GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE



GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef

COMITÉ DE RÉDACTION :

E. BRISSAUD — G. DIEULAFOY — DREYFUS-BRISAC
FRANÇOIS-FRANCK — A. GILBERT — A. HÉNOCQUE — A.-J. MARTIN
A. PETIT — P. RECLUS

A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction



DEUXIÈME SÉRIE — TOME XXX — 1893

90166

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

TABLE DES MATIÈRES

DE LA *GAZETTE HEBDOMADAIRE* ET DU *MERCREDI MÉDICAL*[1]

(Année 1893)

A

---

1. Pour la commodité des recherches, les deux tables ont été réunies en une seule. Les articles où le mot est suivi d'un G renvoient à la pagination de la *Gazette hebdomadaire;* les autres, à la pagination du *Mercredi médical.*

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

S

T

U

V

W

X

Y

Z

TABLE DES FIGURES

FIN DES TABLES

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 6 janvier 1893.

Le budget de l'Assistance publique.

Nous avons pris connaissance, il y a quelques jours, du rapport fort instructif que M. Navarre a fait devant le *Conseil municipal*, au nom de la cinquième commission, sur le budget de l'Assistance publique de Paris. Il ne s'agit pas là d'une misère, puisque ce budget s'élève, en recettes et dépenses, à 45,336,385 francs 50; dont 34,143,885 fr. 50 pour le service ordinaire propre à l'Administration.

Mais la hauteur du total n'est rien. Le fait capital à retenir est qu'en somme, actuellement, ce budget est sinon en déficit, au moins en état d'équilibre instable. Dans son rapport au *Conseil de surveillance* sur le budget de 1893, M. Risler a pu dire : « En attendant le jour où l'Assistance publique disposera du nombre de lits d'hospices qui lui fait actuellement défaut, en attendant le jour où la ville de Paris dotera annuellement les services hospitaliers d'une subvention ordinaire d'au moins 20 millions, il est à craindre que les situations exceptionnelles ne se représentent non pas les mêmes à la fin de chaque exercice, mais aggravées d'année en année. »

Et M. Navarre ajoute : « En parlant de *situations exceptionnelles*, l'honorable rapporteur faisait allusion à la nécessité où l'administration de l'Assistance publique s'est trouvée d'aliéner 64,000 fr. de rente pour couvrir les découverts des exercices passés. »

Comme conclusion, M. Navarre montre « qu'il sera de toute nécessité d'augmenter, à bref délai, d'au moins un million la subvention ordinaire de l'Assistance publique, ce million étant indispensable pour assurer la marche des services déjà existants ; toute création nouvelle exigera en outre un supplément nouveau de ressources. » Et cela va faire pour 1893 une subvention de 19,949,085 fr. 50.

C'est que les dépenses de l'Assistance publique s'accroissent d'année en année. Par rapport au budget de 1892, celui de 1893 accuse une augmentation de 1,150,998 fr. pour les prévisions — et on ne saura qu'en 1894 ce qu'aura été la réalité. Et si on établit un parallèle, à 20 ans de distance, entre 1872 et 1893, les chiffres sont les suivants, en ne prenant que les dépenses « pour le service ordinaire propre à l'Administration » :

En 1872 : 20,859,736 fr. »
En 1893 : 34,143,885 fr. 50

soit une augmentation de 13,284,149 fr. 50.

Pendant ce temps, la subvention municipale passait de 12,342,450 à 19,949,085 fr. 50, soit une augmentation de 7,606,635 fr. 50 ; tandis que les ressources propres de l'Assistance (8,517,586 et 14,194,800) augmentaient de 5,677,514 fr.

Durant ce laps de temps, sans doute, la population parisienne s'est notablement accrue, passant de 1.851.792 à 2.447,957 habitants, soit 596.165 en plus. Il est donc naturel que les dépenses d'Assistance publique aient augmenté, elles aussi. Mais, toutes proportions gardées, elles ont grossi plus vite que la population. La preuve en est facile à donner en calculant ce que coûte à l'Assistance chaque tête d'habitant. Et voici les chiffres :

En 1872, 11 fr. 25 par tête; en 1893, 13 fr. 92 par tête ; soit une augmentation de 2 fr. 68 par tête.

Cette augmentation, je le sais, est en partie couverte par les ressources propres de l'Assistance, qui se sont augmentées de 1 fr. 20 par tête d'habitant. Mais ne voit-on pas que la plus grande part doit être fournie par les contribuables, et l'augmentation des subventions de la ville pèse de 1 fr. 48 en plus sur chaque tête d'habitant.

Je m'excuse d'avoir cité tous ces chiffres, malgré leur aridité. Mais n'ont-ils pas leur éloquence brutale pour nous conduire aux deux propositions suivantes :

1° L'augmentation des dépenses va plus vite que celle de la population ;

2° L'augmentation des recettes propres de l'Assistance va moins vite que celle des dépenses, et la Ville doit fournir des subventions à la fois absolument et relativement croissantes.

La part considérable prise par la Ville dans ce budget, en chiffres ronds 20 millions sur 45, est l'origine des exigences de plus en plus grandes des conseillers muni-

cipaux pour la surveillance des établissements hospitaliers. Il y a quelques jours, il a été décidé, malgré les réserves de M. le Directeur général, qu'une série de sous-commissions seraient créées pour mettre en coupe réglée, quartier par quartier, l'inspection des hôpitaux. Aux protestations du Directeur général ont bientôt fait suite celles du Conseil de surveillance, qui voit là un empiétement manifeste sur ses fonctions et prérogatives. Mais c'est un débat — qui d'ailleurs vise plus haut et touche à la grave question des rapports de la Ville et de l'Etat — dans lequel, comme je l'ai dit dans mon dernier article, je n'ai nullement l'intention d'entrer. La politique ne me touche guère, mais je crois utile d'examiner, en me plaçant exclusivement au point de vue médical et hospitalier, pourquoi les dépenses augmentent et s'il est possible de les modérer.

Les causes d'augmentation des dépenses énumérées par M. Navarre dans son rapport sont les suivantes :

1° Nombre des lits;
2° Secours à domicile;
3° Objets de pansement;
4° Hygiène hospitalière;
5° Etudes médicales;
6° Epidémie cholérique;
7° Laïcisation.

Les réformes qu'il propose portent sur :

1° Les secours à domicile;
2° Le mode d'admission des malades et la consultation du Bureau central;
3° Le fonctionnement de la maison municipale de santé et de Sainte-Périne;
4° La forme du budget, en donnant à chaque établissement une certaine autonomie.

Enfin il termine son rapport par divers chapitres qui ont trait :

1° A la nécessité de créer de nouveaux lits;
2° A l'hospitalisation des enfants dans diverses stations thermales et maritimes.

Je n'ai pas l'intention de toucher à tous ces sujets; et d'abord, sauf pour citer quelques chiffres, je ne parlerai pas des secours à domicile. Je désire seulement rechercher aujourd'hui, en comparant les chiffres actuels à ceux de 1872, si le fonctionnement des hôpitaux est la vraie cause des menaces de déficit.

Pour nous demander si le budget de l'Assistance a subi ou non sa progression ascendante normale, il faut nous reporter, en tenant compte de l'accroissement de population, au calcul précédent, nous ayant montré une augmentation relative de 2 fr. 68 par tête d'habitant. Pour parler autrement, la population ayant été augmentée de 0.32 de son effectif, le budget d'assistance correspondant avait le droit d'être élevé, lui aussi, de 0.32 de son total; soit de 6.675.114 fr., ce qui l'eût porté à 26.658.485. Au lieu de cela, le total se monte à 34.143.885 : soit une augmentation relative de 7.609.400 fr.

Mais cette augmentation correspond, pour une bonne partie, à celle du nombre des lits d'hôpital. Ce nombre, en effet, a crû plus vite que celui des habitants. Il était de 8.152 en 1872 et est aujourd'hui de 12.486, soit une augmentation de 4.334 lits; et le rapporteur ajoute : « Si ce chiffre pris d'une manière absolue est considérable, il ne représente pourtant, en tenant compte de la population, qu'une augmentation de 70/100 de lit par 1000 habitants ». Mais un calcul que n'a pas fait M. Navarre et qui est, je crois, fort important est celui qui donne la proportion suivante :

En 1872, il y avait un lit pour 227,15 habitants.

En 1893, il y aura un lit pour 195,49 habitants.

La population parisienne possède donc un nombre de lits relativement plus grand qu'il y a 20 ans.

Pour donner aux 596.165 nouveaux venus la quantité de lits dont se contentaient leurs anciens, soit 1 pour 227,15, il eût suffi de créer 2.624 nouveaux lits. Nous en avons 4.334 : soit un excédent de 1710. Je ne songe pas un instant à trouver qu'on a eu tort d'améliorer ainsi la situation de la classe malheureuse, et plus on pourra hospitaliser de malades indigents, meilleure sera la besogne. Mais ce progrès, naturellement, se paye et, pour l'évaluer, on peut, sans entrer dans des proportionnalités complexes, prendre une base de calcul assez simple, en attribuant à chaque lit 365 journées de malade, à 3 f. 50 l'une, selon le prix de revient établi en moyenne par l'Assistance. On arrive à trouver ainsi 2.149.530. Reste à expliquer autrement l'emploi de 5.459.870 fr.

Or, dès ses premières pages, le rapport de M. Navarre nous montre une cause d'augmentation ne dépendant pas des hôpitaux et cependant supérieure à ce chiffre : les secours à domicile étaient en 1872 de 3,668,520 fr.; pour 1893 ils s'élèvent à 9,711,735 fr. 50; en augmentation de 6,043,215 fr.

Donc, malgré les dépenses d'hygiène, de laïcisation (276,210 fr. par an), d'enseignement médical (77,650 fr.), on arrive à cette conclusion au premier abord paradoxale :

Si, toutes proportions gardées relativement au nombre des lits et au nombre des habitants, les dépenses totales ont subi une augmentation de 5,500,000 fr., en chiffres ronds, et si les secours à domicile absorbent, à eux seuls, 6 millions de plus qu'il y a 20 ans, il semble donc que l'assistance à l'hôpital fonctionne relativement à un peu meilleur compte qu'en 1872.

Est-ce à dire, toutefois, que l'argent dépensé dans les hôpitaux soit toujours employé de façon à produire le maximum d'effet? Quoique j'aie cherché à prendre jusqu'à un certain point la défense des hôpitaux, je ne suis pas aussi optimiste que Pangloss et en particulier je suis de ceux qui pensent qu'on pourrait, en prenant des dispositions spéciales vis-à-vis des « chroniques » et des infirmes, secourir à l'hôpital plus d'indigents sans dépenser plus d'argent.

A. Broca.

REVUE GÉNÉRALE

Hospice de la Salpêtrière. — M. le prof. Charcot.

Le somnambulisme hystérique spontané considéré au point de vue nosographique et médico-légal.

Messieurs,

Le premier malade que j'ai fait placer sous vos yeux jouera en quelque sorte le rôle de comparse dans la leçon d'aujourd'hui; il n'en sera pas l'objet principal. Il n'est là que pour la mise en scène et pour mieux faire

ressortir, par contraste, l'intérêt particulier du cas qui vous sera présenté tout à l'heure.

C'est en effet un exemple aujourd'hui vulgaire d'hystérie mâle. Vous savez comment dans ces dernières années, par suite des travaux accomplis dans cet hospice, la physionomie clinique de l'hystérie s'est transformée. Autrefois, c'était une maladie complexe, presque exclusivement féminine, aux traits un peu indécis et à laquelle, en somme, on ne s'attachait guère. Aujourd'hui tout est changé. En même temps que sa séméiologie se faisait plus précise, son domaine s'est étendu et l'on a dû reconnaître que l'homme figurait pour une grande part au casuel de la névrose hystérique. Ce dernier fait, vous le savez, n'a pas été admis sans contestations; il a soulevé en France et à l'étranger, en Allemagne notamment, sous des formes différentes, d'assez vives controverses. Maintenant l'ère des discussions semble close; nous en sommes à la période de retour ou, en d'autres termes, de l'acquiescement général aux enseignements de cette école. Tout récemment M. le Dr Leuch (1), assistant de la clinique de M. le professeur Eichhorst, de Zurich, publiait une série de 18 cas d'hystérie chez l'homme et je dois dire que, dans tous ces faits, on retrouve, selon la remarque de l'auteur, les mêmes formes de l'attaque, les mêmes stigmates, les mêmes types cliniques que je vous ai présentés ici maintes fois. Je pourrais vous citer d'autres publications analogues. La démonstration est faite désormais. L'hystérie virile, vous le voyez, est de tous les pays. Naguère on la voyait peu en Allemagne, maintenant on a appris à la voir. Elle n'est donc pas, comme on l'a dit, un produit de nationalité française.

Mais il est parmi vous des nouveau-venus qui, peu familiarisés avec notre enseignement de ces dernières années, ne seront peut-être pas fâchés d'avoir sous les yeux un bel exemple d'hystérie mâle.

Ce sera du reste, je le répète, un moyen de vous préparer à bien voir le second cas qui, lui aussi, est un remarquable exemple d'*hysteria virilis*, mais, accompagné d'accidents encore insuffisamment étudiés, d'un caractère presque dramatique et d'un réel intérêt au double point de vue de la nosographie et de la médecine légale.

B..., notre premier malade, est un Israélite âgé de 51 ans; ses antécédents héréditaires nous sont à peu près inconnus. Il exerçait le métier de placier en fleurs artificielles. Il n'a eu aucune maladie antérieure et n'a pas commis d'excès. Il est tombé dans l'hystérie, il y a deux ans, à la suite et sous l'influence d'énormes chagrins qui l'ont frappé presque coup sur coup. A cette époque il perdit sa femme et peu après son fils mort au Tonkin. Dès lors il entra dans un état d'accablement extrême. Il n'avait plus d'appétit; la nuit, son sommeil était troublé de rêves terrifiants; ses forces déclinèrent; il dut abandonner sa profession. En juillet 1890, il fut pris de convulsions dans la rue. Cette première crise a été suivie depuis lors d'un grand nombre d'attaques convulsives dont voici la description. Elles sont tantôt diurnes, tantôt nocturnes. Les attaques de jour sont toujours précédées d'une aura caractéristique. Elles s'accompagnent de perte de connaissance. Le malade, après une phase épileptoïde très brève, s'agite violemment, cherche à déchirer ses habits, pousse des cris, etc. Il lui arrive parfois de se mordre la langue et même d'uriner pendant la crise. Cette particularité, jointe à ce fait que l'attaque survient parfois durant le sommeil de la nuit, pourrait en imposer et faire croire à la coexistence chez notre malade de l'hystérie et du mal comitial. Mais il n'en est rien, les crises nocturnes sont de tous points semblables à celles qu'il a pendant le jour, c'est la même agitation violente, ce sont les mêmes grands mouvements, les mêmes contorsions déréglées; évidemment l'hystérie seule est ici en jeu.

Les stigmates ne manquent pas. Nous avons constaté chez lui une hémianesthésie droite absolue, intéressant tous les modes de la sensibilité générale. Le goût est complètement aboli. Il a des points hystérogènes dans les flancs, au creux épigastrique, au vertex. Le champ visuel des deux yeux est rétréci concentriquement.

Au moral, c'est désormais un homme sans énergie, sans volonté, indifférent à tout; sa mémoire est troublée, incertaine. Remarquez cette mine abattue, cet aspect sombre. N'est-ce pas là dans ses traits essentiels le tableau clinique de l'hystérie chez l'homme dans sa forme commune et telle que je vous l'ai montrée bien des fois?

Schm..., le second malade que je vais maintenant vous présenter, est, lui aussi, hystérique. Mais il y a dans l'histoire de sa maladie une certaine particularité peu ordinaire et fort instructive sur laquelle je désire appeler votre attention. Voici quelle a été sa vie. Il est âgé de 34 ans; c'est un étranger, il est né à Zurich. Il y a appris, dans le but de les utiliser comme courrier, quatre langues, l'allemand qui est sa langue maternelle, puis l'anglais, le français et l'italien. A 18 ans, il a quitté son pays natal et a voyagé en différents pays, accompagnant dans leurs pérégrinations les familles de touristes auprès desquelles il trouvait à s'employer en qualité de courrier-interprète. Il y a 6 ans, il eut la fièvre typhoïde. Au sortir de cette maladie il se surmena en soignant un malade qu'il veillait nuit et jour. C'est dans ces conditions que la nouvelle de la mort de sa mère vint le surprendre. Son émotion fut extrême; deux jours après il eut sa première crise d'hystérie. Il avait alors 28 ans. Pendant les trois années qui ont suivi, d'autres crises convulsives se produisirent, mais séparées par de longs intervalles. Cela ne l'inquiétait guère et ne l'empêchait pas de travailler régulièrement. Ces attaques, qui apparaissaient toujours à l'occasion d'une contrariété, ne laissaient après elles aucun trouble permanent et, la crise passée, il reprenait ses occupations. Tels furent les symptômes relativement bénins et très vulgaires qui marquèrent la première phase de son hystérie. Pendant cette première période il vint se fixer à Paris et se maria.

Il fut d'abord heureux en ménage; mais il y a un an il commença à se quereller avec sa femme; ils se séparèrent. Un jour du mois de janvier dernier, sa femme lui signifia qu'elle était résolue à demander le divorce. Cette décision et la crainte que son enfant lui fût ravi le jetèrent dans un état d'angoisse extrême. Retenez bien cet incident du divorce et cette crainte d'être séparé de son enfant qui s'empara alors de son esprit; ils joueront un rôle important dans l'épisode singulier que je vous dirai tout à l'heure et qui doit servir de thème, tout au moins de point de départ, à la démonstration que j'ai en vue.

Sur ces entrefaites il fut victime, le 20 janvier 1891, d'un accident de voiture qui a fortement aggravé sa névrose et inauguré en quelque sorte une ère nouvelle et fait de l'hystérique valide qu'il était l'hystérique infirme que vous allez voir. Le fiacre où il se trouvait, conduit par un cocher novice, fut renversé par un omnibus. Sch... fut projeté hors de la voiture et dans sa chute reçut un choc violent à l'abdomen. On le releva privé de connaissance. Transporté aussitôt à l'hôpital Beaujon, il fut admis d'urgence dans un service de chirurgie. Il avait quelques ecchymoses à la poitrine; il aurait même uriné du sang pendant quelques jours. Mais bientôt tous ces accidents d'ordre chirurgical se dissipèrent et l'on ne tarda pas à s'apercevoir qu'il était hystérique; on le dirigea donc sur cet hospice où il est entré le 16 du mois de mars dernier.

(1) Casuistische Beitræge zur Hysteria virilis, in *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk.* Leipsig, 1er Bd., 1891.

A son arrivée dans le service de la clinique, il était exactement dans l'état où vous le voyez aujourd'hui. Remarquez bien son attitude. Il avance, une béquille sous chaque bras, le tronc incliné en avant; les jambes rapprochées, posant ses pieds sur le sol avec précaution. On le dirait paraplégique, mais sa paraplégie est une fausse paraplégie. Il peut en effet mouvoir ses jambes lorsqu'il est étendu sur son lit. Il peut même courir dans certain état spécial que je vous décrirai bientôt. Ces béquilles, ces membres inférieurs figés l'un contre l'autre et sur lesquels il ne s'appuie que lentement, doucement, enfin tout ce cérémonial de marche auquel vous venez d'assister et qui le fait ressembler à un infirme ou à un grand blessé, tout cela a pour unique raison d'être une large zone d'hyperesthésie située sur la face antérieure de l'abdomen. C'est pour éviter tout ébranlement de la région douloureuse qu'il avance dans la posture que vous venez de voir et porté sur ses deux béquilles. En un mot, ce n'est là qu'une attitude de défense ou de protection et rien de plus. Cette zone hyperesthésique est en même temps hystérogène. Dès qu'on approche la main de sa paroi abdominale, le malade s'émeut; et si l'on insiste, si l'on touche même légèrement à cette zone, l'attaque convulsive éclate aussitôt. Il présente entre autres stigmates : une anesthésie généralisée, du rétrécissement du champ visuel; le goût et l'odorat sont abolis, etc. Voilà, je le dis en passant, un bel exemple de ce que l'on a appelé la névrose traumatique.

Mais tout cela n'offre rien d'extraordinaire. Où est donc, me direz-vous, l'incident singulier dont vous parliez tout à l'heure et qui fait de ce cas un cas exceptionnel? Eh bien, messieurs, le voici :

Peu de temps après son entrée dans le service de la clinique, une nuit, vers une heure du matin, ce malade se leva tout à coup de son lit, ouvrit prestement la fenêtre, et sauta, en passant à travers l'imposte, dans la cour de l'infirmerie. Les infirmiers veilleurs, courant à sa poursuite, le virent s'enfuir à toutes jambes sans vêtements et portant un oreiller sous son bras. Il s'engagea à travers une série de jardins et d'allées qu'il n'avait jamais visités et dont il ignorait complètement la topographie, franchit des barrières, escalada une échelle et de là s'élança sur la toiture de l'établissement hydrothérapique qu'il se mit à parcourir en divers sens avec une agilité surprenante. Parfois il s'arrêtait dans sa course et se mettait à bercer l'oreiller qu'il tenait dans ses bras en lui prodiguant des caresses comme à un enfant. Puis il reprit le chemin qu'il avait parcouru à l'aller. Il marchait les yeux ouverts, le regard fixe, se retournant à chaque pas et prêtant l'oreille comme pour s'assurer qu'il n'était pas suivi. Il passa ainsi, sans le voir, près du garçon qui l'épiait, entra dans la salle, cette fois par la porte, se coucha dans son lit, se plaignit d'avoir très froid et s'endormit aussitôt d'un sommeil naturel. Cette excursion avait duré près d'une heure. Le lendemain, on le questionna; il n'avait aucun souvenir de sa promenade nocturne. L'accès s'est reproduit cinq ou six fois. Les élèves du service ont pu être témoins de cette scène à deux reprises différentes. Tous les détails qui la composent ont donc été dûment constatés. Voilà, n'est-il pas vrai, un accès de somnambulisme, ou bien il n'en existe pas.

Le somnambulisme est, vous le savez, un phénomène de notoriété vulgaire. On en parle beaucoup; on en cite des exemples plus ou moins singuliers; mais il en existe peu d'observations qui soient authentiques, je veux dire prises sur le fait et par des observateurs compétents.

Aussi avons-nous étudié avec le plus vif intérêt ce cas typique que le hasard plaçait ainsi sous nos yeux. Un détail intéressant est celui-ci. Nous nous sommes demandé naturellement ce que pouvaient bien signifier cette course furtive, et cet oreiller que le malade emportait en le couvrant de caresses ou, en d'autres termes, à quelle imagerie mentale répondait ce rêve en action. Voici comment nous avons eu le mot de l'énigme. Pour empêcher ces escapades sur le toit qui n'étaient pas sans danger, nous fîmes enfermer le malade dans une cellule. Là il eut, un jour, mais sur place nécessairement, un nouvel accès de somnambulisme pendant lequel on l'interrogea. Ses réponses nous apprirent que l'oreiller, c'était son enfant, qu'il l'enlevait à sa mère avec l'aide d'un ami, son complice. Il s'imaginait dans son délire que le divorce réclamé par sa femme avait été prononcé contre lui et qu'on allait le séparer de son fils.

Notre malade, en outre des crises d'hystérie convulsive qu'il a présentées, est donc sujet à des accès de somnambulisme. Mais ce somnambulisme n'est autre qu'un équivalent de l'attaque vulgaire hystéro-épileptique. Et voici comment on peut l'établir. Plusieurs fois on a constaté qu'une attaque convulsive précédait l'accès somnambulique. Celui-ci se développait donc aux lieu et place de la phase des attitudes passionnelles de la grande attaque. Ce n'est pas tout. Un jour, vers 10 heures du matin, nous avons, en pressant sur la zone hyperesthésique abdominale, provoqué volontairement l'attaque convulsive et nous avons vu, à la fin de la crise, après les grands mouvements et les contorsions, le malade se lever, saisir son oreiller, traverser la cour, monter sur le toit, reproduire enfin la scène de somnambulisme que vous connaissez. Les accès de somnambulisme nocturne qu'a présentés notre malade ne sont donc qu'une forme ambulatoire et prolongée de la phase passionnelle de l'attaque hystérique.

Les cas de ce genre propres à montrer les relations qui existent entre certains états dits somnambuliques et l'attaque hystérique modifiée, ne sont pas exceptionnels. J'en ai recueilli plusieurs et je vous demande la permission d'y insister quelque peu, à cause de l'importance du sujet.

Voici un fait qui m'a été communiqué par M. P. Janet. Une femme âgée de 20 ans, grande hystérique à stigmates, et anorexique, se lève de son lit, un soir, vers 8 heures, au sortir d'un accès convulsif. Elle descend à sa cuisine et fait cuire un côtelette qu'elle mange. Plus tard cette malade eut plusieurs accès de somnambulisme précédés ou non de crises convulsives, pendant lesquels elle faisait le ménage. Elle ne conservait, à son réveil, aucun souvenir de la besogne qu'elle avait accomplie pendant la nuit.

Nous avions, il y a quelques mois, dans le service de la Clinique, une jeune femme nommée G. C..., chez laquelle le suicide de sa cousine et amie d'enfance avait provoqué l'apparition d'accidents du même ordre. Cette cousine, hystérique elle aussi, s'était jetée par la fenêtre d'un cinquième étage dans la cour de la maison qu'elle habitait. Notre malade, bouleversée par cet événement tragique, eut quelques jours après un accès de somnambulisme dont les détails nous ont été rapportés par le mari. Une nuit, vers deux heures, elle se leva, se dirigea vers la fenêtre, l'ouvrit, et il est vraisemblable qu'elle se serait précipitée dans le vide si à ce moment son mari ne l'avait saisie et recouchée dans son lit. Le lendemain elle n'avait conservé aucune souvenance de l'acte qu'elle avait commis. Peu de jours après, des crises convulsives nettement hystériques éclatèrent, à la suite desquelles cette femme reproduisait la même scène de tentative de suicide. Elle présentait des stigmates non douteux.

Un des premiers exemples de somnambulisme hystérique qui aient été observés est celui que M. Mesnet communiqua à la Société médico-psychologique dans la séance du 26 décembre 1859 (1). J'emprunte à la relation

(1) MESNET, voir *Arch. de médecine*, 1860, t. I, p. 147.

qu'il en a donnée le récit de quelques-unes des scènes de somnambulisme dont il fut témoin. Il s'agissait d'une dame âgée de 30 ans, en traitement à la maison de santé du Dr Archambault pour de violentes attaques d'hystéro-épilepsie.

Le 29, à 3 heures, après une grande attaque convulsive, dit M. Mesnet, « elle se lève, s'habille, fait sa toi-« lette seule, sans aide, déplace des meubles, se promène « dans l'appartement. Puis elle ouvre les portes, descend « au jardin, saute sur les bancs avec agilité (dans l'état « de veille il lui fallait un bras pour la soutenir)... Sa « démarche est assurée ; son regard d'une fixité remar-« quable. Le pouls est calme ; la sensibilité abolie. Elle « ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Elle « nous voit, mais sans nous reconnaître. Nous ne sommes « pour elle que des obstacles matériels qu'elle tourne « quand nous nous mettons devant elle pour lui barrer « le passage. »

Après quoi la malade remonte chez elle, se couche et, à peine couchée, est prise d'une attaque convulsive aussi violente que celle qui avait précédé. Cette crise somnambulique banale et indifférente en quelque sorte par la nature des actes accomplis pendant sa durée, fut suivie peu de temps après de deux nouvelles crises de même ordre, mais d'un caractère fort dramatique.

Le 31, à 3 heures du matin, après une grande crise convulsive accompagnée d'extases et d'attitudes passionnelles, elle se jette en avant, s'écriant : « Laissez-les-moi, laissez-les-moi ! ne les faites pas mourir... ces affreuses bêtes vont les dévorer. » Et elle pousse un cri déchirant. Alors elle se leva, s'habilla comme les nuits précédentes, ouvrit la fenêtre de sa chambre et, sautant sur l'appui de la croisée, *essaya de se précipiter*.

Deux jours après, nouvelle crise et nouvelle tentative de suicide ; celle-ci fut des plus sérieuses et poussée jusqu'au bout, comme vous allez pouvoir en juger. Nul doute que la malade n'eût succombé si une intervention étrangère n'était venue à la dernière minute empêcher le dénouement.

Après avoir ouvert les meubles en témoignant une vive impatience..., elle prit l'un des cordons de son jupon, le tira violemment entre ses mains pour en assurer la solidité et attacha solidement l'autre bout à l'espagnolette de sa fenêtre.

Ces préparatifs terminés, elle resta immobile, comme plongée dans une réflexion profonde, puis se mit à genoux, fit le signe de la croix et sembla prier pendant plusieurs minutes. « C'est alors, dit l'observateur « M. le Dr Mesnet, que nous la vîmes s'approcher de la « fenêtre, monter sur un tabouret, *se passer le nœud « autour du cou et s'abandonner à son propre poids.* « Nous étions aux dernières limites de l'expérimentation. « Je coupai la corde, et la pauvre malade témoigna, par « l'expression de son visage, du mécontentement que lui « causait la main invisible qui luttait ainsi contre ses « projets. »

En M. Mesnet fait remarquer chez cette femme la concentration remarquable de son attention et de sa volonté vers le but qu'elle poursuivait dans ces états de somnambulisme :

— « Nous causions à haute voix, écrit-il, nous nous placions dans la partie la plus éclairée de la chambre, nous frappions violemment à son oreille une cuiller sur le fond d'un instrument de cuivre, rien ne pouvait lui révéler notre présence. » Ainsi l'exercice de ses facultés et des sens ne s'effectuait que dans un cercle restreint, toujours en rapport avec l'idée dominante et exclusivement limitée à son étendue.

Voici encore un cas où la nature hystérique de certains somnambulismes d'abord nocturnes, puis diurnes, est pour ainsi dire prise sur le fait. J'en ai consigné l'histoire dans cette courte note que je vais vous lire. Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui fut amené à ma consultation par mon collègue M. le Dr Bucquoy en juin 1892. « M. K..., fils d'un grand industriel, est de taille élancée, un peu grêle, intelligent et travailleur. Ce jeune homme étant endormi s'est levé, un soir, vers 10 heures, dans son dortoir de collège, a passé par une fenêtre, est monté sur un toit et a poursuivi ainsi sur la gouttière, sans accident, sa course périlleuse. On ignore si cette promenade automatique, qui n'a laissé aucun souvenir dans l'esprit du sujet, a été précédée ou suivie de phénomènes convulsifs. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle paraît s'être produite au milieu d'un état de santé ne laissant en apparence rien à désirer.

Il y a quelque temps, en plein jour, M. X... est sorti de sa pension pour se rendre chez son cordonnier. Parti de son domicile dans un état tout à fait normal et dans un but bien déterminé, il s'est réveillé, quelques heures après, au poste de police, entouré d'agents et fort étonné de se voir en pareille situation. Voici ce qui s'était passé. Il s'était dirigé inconsciemment vers les Magasins du Louvre, où il n'avait pas du tout l'intention d'aller, et, là, il avait mis dans sa poche, sans dissimuler ses mouvements, un certain nombre d'objets de toilette, un savon, des brosses à dents, un foulard. Arrêté aussitôt, il s'est laissé mener au poste sans protester, disant aux agents, d'une façon polie, qu'il était inutile de le saisir par le bras, qu'il irait volontiers là où on voulait le conduire. Arrivé au poste, il s'est endormi d'un profond sommeil, et ce n'est que réveillé de ce sommeil par les agents, qui l'ont vivement secoué, qu'il a repris conscience et qu'il a appris, à sa grande stupéfaction, ce qui lui était advenu.

Un de ses motifs d'étonnement, au réveil, a été de voir qu'il portait des souliers jaunes. L'explication de ce fait a été donnée par la suite. Avant d'aller au Magasin du Louvre, il était entré dans la boutique de son cordonnier et là, déjà inconscient, mais de la façon la plus naturelle du monde, il avait choisi, acheté et chaussé ces fameux souliers jaunes. Cette fois encore, on ignore absolument s'il y eut, pendant cet accès d'automatisme ambulatoire, quelques phénomènes convulsifs. On a remarqué seulement que la crise s'était terminée au poste par un sommeil profond.

Ce jeune homme a, de temps à autre, de petits accès d'étouffement où il accuse la sensation d'une boule qui, de l'estomac, lui monte à la gorge.

La main et l'avant-bras droits sont anesthésiques.

Peu de jours après, j'appris de M. Parinaud, à qui j'avais adressé le malade pour l'examen méthodique de la vision, qu'il avait constaté chez lui l'existence d'un rétrécissement concentrique à 50° du champ visuel des deux yeux.

Je pourrais, messieurs, multiplier ces exemples et vous citer le cas de M. Garnier où le malade fut arrêté pour vol commis en état de somnambulisme, un cas de MM. Mesnet et Mottet... etc., mais je m'arrête, cela me paraît suffisant pour vous bien faire saisir l'étroite connexion qui existe entre certains somnambulismes de jour ou de nuit et l'attaque hystérique.

Mais, me direz-vous, quelle différence y a-t-il entre le somnambulisme naturel et le somnambulisme hystérique ? Messieurs, de la discussion des faits que je viens de vous exposer, on peut, à mon sens, conclure que ces deux espèces sont, au fond, identiques. Le somnambulisme dit naturel, le *sleep-walking* des enfants, des adolescents névropathes, doivent faire retour au groupe des somnambulismes hystériques. Qu'ils aient les yeux ouverts ou fermés, qu'ils soient silencieux ou agités qu'ils accomplissent, en agissant leur rêve, des acte

futiles ou délictueux, tous les somnambules sont, pour la plus grande part, de purs hystériques. C'est là, selon moi, une vérité clinique en même temps qu'une simplification nosographique que M. Gilles de la Tourette (1) a eu le mérite, un des premiers, d'indiquer dans son livre sur les somnambulismes considérés au point de vue médico-légal.

Est-ce à dire que tous les individus qui se lèvent la nuit, pendant le sommeil, et commettent les actes de la veille, tantôt calmes, tantôt, au contraire, paraissant en proie à un délire d'action plus ou moins violent, sont des hystériques?

Non, messieurs, il y a ici une pierre d'achoppement, c'est l'épilepsie. A côté de l'épilepsie convulsive et du petit mal il y a, vous ne l'ignorez pas, les crises mentales, les accès de délire, calmes parfois, parfois ausi bruyants, voire même terribles et meurtriers. C'est pourquoi toute crise de somnambulisme qui se produit soulève immédiatement cette question de diagnostic : Est-ce l'hystérie ou bien l'épilepsie qui est en jeu? Question souvent fort délicate à résoudre, mais d'une importance capitale au point de vue pratique, puisque le pronostic et le traitement lui sont subordonnés.

D'ailleurs, il arrive quelquefois que le somnambule a commis, dans le cours de son accès, tel ou tel acte délictueux. Dès lors, le problème clinique se double d'un problème de médecine légale.

On connaît beaucoup d'exemples de délits et de crimes accomplis par des épileptiques en état de délire ou d'automatisme. Il s'agit de savoir si certains hystériques somnambules peuvent aussi commettre des actes plus ou moins graves, tels que le vol, le suicide, l'homicide, etc., et cela inconsciemment, dans des conditions qui impliquent l'irresponsabilité morale du sujet. Pour ce qui est du vol, du suicide, c'est une affaire entendue. Les faits que je vous ai cités me paraissent, à cet égard, suffisamment démonstratifs.

Mais l'homicide? Un hystérique peut-il commettre un meurtre dans un accès de somnambulisme? Je ne saurais l'affirmer; il n'y en a pas d'exemple bien authentique. Mais l'hypothèse n'a rien d'invraisemblable. Pour ma part, je crois la chose possible et j'ai quelques raisons pour cela. Est-ce que vous croyez, par exemple, que Schm..., notre malade, ne frapperait pas s'il rencontrait sur sa route une personne qui lui fît obstacle et si, dans son rêve, il se croyait en présence d'un ennemi s'opposant à l'exécution de ses desseins?

Fodéré a rapporté un fait dont l'ancienneté (1810) diminue quelque peu la valeur, mais qui me paraît bien être un exemple de tentative de meurtre commise en état de somnambulisme hystérique. Un moine, qui avait eu déjà plusieurs accès de somnambulisme nocturne, se lève une nuit, s'arme d'un grand couteau de cuisine, pénètre dans la cellule du prieur et frappe avec acharnement dans le lit du prieur qui, fort heureusement, ne s'était pas couché. Ici se place un détail intéressant et qui donne à cette observation une certaine couleur de véracité. Le lendemain, le supérieur fit appeler le moine et lui ordonna de se confesser à lui. « Avez-vous eu de mauvaises pensées? lui demanda le prieur. — J'ai eu, cette nuit, un méchant rêve, répondit le moine : j'ai rêvé que je vous avais assassiné à coups de couteau. » Evidemment, il n'y a pas toujours et nécessairement oubli complet des actes exécutés dans la crise de somnambulisme. Cette particularité a été notée maintes fois chez les épileptiques qui avaient conservé au réveil un vague souvenir des actes de violence qu'ils avaient inconsciemment commis.

M. Gilles de la Tourette a vu, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Fournier, un hystérique qui, à deux reprises, dans un accès de délire, aurait frappé à coups de couteau deux personnes.

Lepponi, de Bologne, a relaté, en 1883, l'histoire d'une femme qui, une nuit, s'était jetée dans un étang avec son jeune enfant qu'elle allaitait. L'enfant fut noyé et quand la mère se réveilla, elle n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé.

Enfin je puis vous citer le cas rapporté par Fraser il y a quelques années. Un homme, fils d'alcoolique et d'épileptique, avait eu de fréquents accès de délire nocturne accompagnés d'automatisme ambulatoire. Dans ses hallucinations il voyait habituellement une grosse bête blanche. Une nuit, croyant tenir la bête blanche, il saisit son fils, le jette violemment contre le mur et le tue. Cet homme fut considéré comme irresponsable et interné dans un asile spécial, comme il en existe en Angleterre pour cette catégorie de sujets. Dans la relation médicale de ce fait, il n'est question que de somnambulisme. On ne parle ni d'épilepsie, ni d'hystérie. Cela est pour le moins singulier.

Mais quelle que fût l'origine de ces crises, il s'agissait là évidemment, d'un crime commis dans des conditions équivalant à l'aliénation la plus absolue et marquant celui qui l'avait accompli du sceau d'une irresponsabilité complète.

Dans les cas de ce genre le diagnostic présente souvent de très grandes difficultés; il faut étudier minutieusement et observer longtemps les malades avant de pouvoir se prononcer sur la nature de ces accès. D'ailleurs il n'est pas absolument nécessaire pour le côté médico-légal de trancher péremptoirement cette question du diagnostic. Je crois donc qu'en médecine légale, il faudrait être moins exigeant sous ce rapport, déclarer qu'il existe des états dits somnambuliques, les uns de nature hystérique, les autres de nature épileptique, dans lesquels le sujet peut commettre un meurtre inconsciemment sans que la responsabilité du crime lui incombe; et puis, cela étant établi, le crime étant donné et les circonstances dans lesquelles il s'est produit étant analysées, rechercher si ce crime présente les caractères du crime *inconscient des somnambules*.

Eh bien, dans ces derniers temps, un crime a été commis à X..., à propos duquel, très certainement, les questions que je viens d'agiter peuvent être posées. Il s'agit d'une tentative d'assassinat, dirigée contre une dame Z... et sa femme de chambre par le valet de chambre de la maison, un jeune homme âgé de 19 ans. Le défenseur de l'accusé m'a demandé mon avis sur cette affaire. J'emprunte à la lettre qu'il m'a adressée et au rapport des médecins experts le récit du crime et des circonstances au milieu desquelles il a été accompli.

Un soir, vers 11 heures, l'accusé V..., après s'être couché, se lève, s'arme de deux poignards, de deux revolvers qu'il décroche d'une panoplie, garnit ses poches de cartouches et, une bougie allumée à la main, pénètre dans la chambre de sa maîtresse, Mme Z... Là il pose sa bougie sur une table, se dirige vers le lit où dormait la dame Z... et la frappe. Brusquement éveillée, cette dame, qui n'avait reçu que des blessures sans gravité, aperçoit son domestique tenant dans ses mains les deux poignards avec lesquels il venait de la frapper. Il avait les yeux grands ouverts, le regard fixe. Elle saute à bas de son lit et réussit à le désarmer. Elle saisit alors la bougie qu'avait apportée V... et s'enfuit. Suivie par l'assassin, elle traverse une série de pièces et arrive enfin dans la chambre où dormait sa domestique. Celle-ci, entendant du bruit, se lève sur son séant juste à temps

(1) *L'hypnotisme et les états analogues*, 2e édition, p. 171 et suivantes.

pour recevoir deux coups de revolver que lui tira V... Après quoi, le meurtrier remonte dans sa chambre, change de chaussures et gagne à pied la frontière italienne, emportant un revolver qui appartenait à son maître. Notez bien, messieurs, qu'aucun mobile passionnel, aucun sentiment de haine pouvant expliquer le crime ne fut révélé par l'enquête. Quelque temps après, arrêté à Gênes pour délit de grivèlerie, il déclara délibérément au magistrat qui l'interrogeait qu'il se nommait V... et qu'il était l'assassin de Mme de Z...

Ramené en France, il affirma qu'il avait agi comme dans un rêve, qu'il ne s'était réveillé qu'au bruit des coups de revolver qu'il avait tirés et que, voyant les armes qu'il tenait dans sa main, il avait compris qu'il avait dû commettre un meurtre. Affolé, en entendant les cris poussés par Mme Z... et par sa bonne, il s'était enfui sans trop savoir comment. Telles furent les explications qu'il donna au juge d'instruction. Les médecins chargés d'examiner l'état mental de cet homme ont déclaré qu'il n'avait pas agi en état de somnambulisme et qu'étant un dégénéré, sa responsabilité n'était pas entière. Or (ceci a été prouvé par l'enquête), V... avait eu quelques accès de noctambulisme antérieurement à l'époque du crime ; on a appris qu'il rêvait fréquemment, qu'il parlait et chantait pendant le sommeil de la nuit. Ce n'est pas tout ; ce crime ne vous paraît-il pas absurde, illogique ? Pourquoi ces deux poignards, ces revolvers, ces paquets de cartouches, cet appareil de guerre qu'il emprunte à la panoplie de son maître ? Ce sont les spadassins de théâtre qui s'arment ainsi, les vrais assassins, que je sache, ne procèdent pas de cette façon-là. Pour moi, j'émettrais volontiers l'avis que le malade est dans le vrai plus que les médecins, et que c'est bien dans un état de somnambulisme ou d'automatisme que cette tentative de meurtre a été accomplie. Est-ce un hystérique ? un épileptique ? je ne sais. Pour élucider cette question, il faudrait que le malade fût soumis à une observation de longue durée. Quoi qu'il en soit, V... est, selon moi, un irresponsable, c'est en malade qu'il faudrait le traiter et non en criminel. Assurément c'est un sujet dangereux contre lequel la société doit se protéger. Il conviendrait donc de le placer dans un asile où il serait traité, guéri peut-être, et en tout cas mis pendant un temps plus ou moins long dans l'impossibilité de nuire.

J.-M. Charcot (1).

CORRESPONDANCE

A. M. le Rédacteur en chef de la Gazette hebdomadaire.

La très intéressante étude du Dr Tarnowsky, sur l'abolition de la prostitution en Italie, publiée dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, a ravivé dans mon esprit des réflexions faites il y a déjà longtemps. Peut-être vous intéresseront-elles.

Jusqu'à présent, la réglementation de la prostitution s'est montrée la meilleure sauvegarde des populations contre la propagation de la syphilis et des maladies vénériennes. La vérité de cette proposition a été démontrée, chiffres en mains, par Galligo, Jeannel, Garin, Rollet, pour citer les anciens de vingt ans, et le Dr Tarnowsky vient l'affirmer encore aujourd'hui. Cependant les gouvernements anglais et italien repoussent cette réglementation, et cela au nom de la liberté individuelle. J'estime qu'ils se trompent tous les deux, et que la liberté individuelle n'a rien à faire en cette circonstance.

Certes, la prostituée est une femme, mais elle est aussi une marchandise. Si, comme femme, elle peut réclamer le bénéfice de la liberté individuelle, comme marchandise, elle doit être soumise à la surveillance de l'administration.

Nous, Etat, avons délégué des inspecteurs pour surveiller toutes les choses de notre consommation, viande, pain, fruits, légumes et boissons. Ce que l'administration fait pour les denrées d'alimentation habituelle, n'a-t-elle pas le devoir de le faire pour les autres denrées dont s'accommode la vie animale, sinon la vie organique ? Il est d'une utilité flagrante de constater l'état de cette marchandise d'un ordre particulier, à cet égard nous nommons des inspecteurs, chez lesquels nous exigeons les connaissances techniques nécessaires pour distinguer la prostitution saine de la prostitution avariée. Sur ce point, aucune hésitation ne demeure en mon esprit. La femme qui se vend, et, par ces mots je veux dire, bien entendu, la femme qui fait commerce journalier de son corps, qui sollicite le chaland, qui livre à tout venant ses faveurs en échange d'une somme quelconque, la prostituée, devient justiciable des ordonnances de police qui réglementent le débit des objets de consommation.

Encore un mot, pour compléter l'exposition de ma pensée. Gardons-nous de confondre l'immoralité de la conduite, la licence des mœurs, avec la prostitution. Nous avons tous connu des femmes dont la vie était des plus déréglées et des moins chastes, des femmes qui ont eu beaucoup d'amants ; nous avons pu les blâmer, mais, comme elles se donnaient à leurs amants choisis et ne se vendaient pas, jamais nous ne les avons appelées prostituées. La police n'a aucun droit sur ces femmes-là, lors même que leur boudoir serait l'antichambre d'une officine de spécialiste. La femme qui s'abandonne à tous les dévergondages de ses passions peut être une Messaline, mais celle qui profite de sa beauté pour en faire un commerce lucratif devient une Manon Lescaut. Si ces deux femmes vivaient de nos jours, on verrait les inspecteurs de la police sanitaire franchir la porte de l'une, tandis qu'ils s'arrêteraient devant celle de l'autre, et ce serait justice.

Voilà pour quelles raisons j'estime que les Anglais et les Italiens ont tort de porter la question de la liberté individuelle là où devrait être posée celle de la liberté commerciale.

Dr Servier.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Action de l'alcool sur le système nerveux (On the differentiating action of alcohol in the nervous system), par Alexander Robertson (*The American Journal of the medical sciences*, décembre 1892, n° 248, p. 643. — De même qu'il existe des différences de formes appréciables chez les divers individus, il doit y avoir parallèlement des diversités de structure interne. Celles-ci peuvent être mises en évidence par les réactions que présentent les sujets sous l'influence des toxiques. Au nombre de ces agents, l'alcool possède cette propriété à un haut degré, et l'auteur rapporte un grand nombre d'observations où les phénomènes toxiques ont été différents chez les divers individus. Ceux-ci ont présenté des tremblements, ceux-là des troubles de la sensibilité, d'autres des troubles mentaux, d'autres encore des paraplégies ou des altérations vaso-motrices. On en peut conclure que la raison de ces différences symptomatiques dues à une même intoxication, doit être cherchée en ce que l'alcool exerce une action élective sur divers départements du système nerveux, et que cette sélection est commandée par des particularités de structure congénitales ou acquises.

Hystérie et irritation spinale chez l'homme (A case of hysteria with spinal irritation in a man), par Walbridge (*New-York medical journal*, 3 décembre 1892, n° 731, p. 632). — Il s'agit d'un homme âgé de 41 ans, marié et père de trois enfants, dont les troubles nerveux, reconnaissant pour cause un traumatisme, consistaient en attaques de nerfs, et en une zone hyperesthésique et hystérogène du dos.

(1) Leçon recueillie par M. Dutil, chef de clinique à la Salpêtrière.

Un cas d'hypertrophie des mains et des pieds chez un hystérique, par Souques et Gasne (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, septembre 1892, n° 5, p. 281). — Le sujet, âgé de 23 ans, maçon, entre dans le service pour des troubles respiratoires liés à une pleurésie antérieure. On trouve à l'examen de l'hémi-anesthésie complète à gauche, de l'hypoesthésie à droite, de l'anesthésie complète des mains des deux côtés, de plus des anesthésies sensorielles. Le sujet a eu trois attaques de nerfs avec aura céphalique en 3 ans. On est frappé du volume considérable de ses mains et de ses pieds, qui présentent de plus de la cyanose extrême sous l'influence du froid et des émotions. Les auteurs montrent que ces hypertrophies ne se rapportent à aucune maladie connue, et pensent qu'elles dépendent, de même que la névrose, de l'hérédité névropathique.

Deux cas d'anorexie hystérique, par Wallett (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, septembre 1892, n° 5, p. 275). — La première malade, âgée de 17 ans, est dans un état d'émaciation considérable, à son entrée dans un établissement hydrothérapique, où son séjour entraîna une grande amélioration. La seconde malade présente, outre l'émaciation, un œdème notable des membres inférieurs sans albuminurie. Chez l'une et l'autre, l'origine de l'anorexie paraît avoir été la fixité de l'idée de la peur de grossir, déterminant au début la résolution de ne pas manger, résolution qui ne tardait pas à devenir une habitude. L'auteur note que ces malades présentent un besoin anormal et excessif de locomotion.

Considérations sur la médecine vibratoire, par Gilles de la Tourette (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, septembre 1892, n° 5, p. 266). — L'auteur reproduit la leçon publiée sur ce sujet par M. Charcot, fait l'examen critique des faits analogues, rapportés par Morselli, et, après avoir donné quelques détails de technique sur l'application du *casque vibrant*, conclut que cette méthode lui a donné jusqu'ici les résultats les plus encourageants dans la neurasthénie, particulièrement dans la céphalée.

Symptôme en foyer, rare, dans la méningite tuberculeuse (Ueber ein seltenes (corticales) Herdsymptom bei tuberculœser Meningitis), par Matthes (*Münchener med. Woch.*, 6 décembre 1892, n° 49, p. 868). — Il s'agit d'un sujet âgé de 67 ans, présentant les signes de la tuberculose pulmonaire, qui entre autres symptômes de méningite tuberculeuse qui le prirent peu de temps après son entrée à l'hôpital, offrit les signes précis d'une paralysie de l'hypoglosse. L'autopsie révéla les lésions de la méningite tuberculeuse. L'auteur pense que la paralysie de l'hypoglosse était corticale parce que la tuberculose piemérienne était plus accentuée dans la sphère corticale de ce nerf. Il rapporte à cette occasion les opinions des auteurs sur les paralysies corticales dans la tuberculose méningée; et observe qu'il n'a pas trouvé dans la littérature de cas de paralysie isolée de l'hypoglosse, semblable au sien. Il existe un cas de Reinhold de paralysie double de l'hypoglosse, mais non pas de paralysie unilatérale.

Néphropathies et vésanies (The frequency of renal disease among the insane), par E. D. Bondurant (*The Journal of nervous and mental Disease*, novembre 1892, n° 11, p. 813). — Travail de statistique duquel résulte que les brightiques sont chez les aliénés plus fréquents qu'il ne semblerait. De là, peut-on conclure, selon les vues de l'auteur, à l'influence du trouble de la nutrition dont témoigne l'albuminurie sur la capacité intellectuelle des cellules de l'écorce? Cette opinion ne saurait être encore affirmée, mais nous tenions à faire constater, en ce qui nous concerne, la tendance actuelle manifestée par les aliénistes, à rechercher dans des intoxications la genèse des troubles mentaux, dont ce travail constitue un nouvel exemple.

MÉDECINE

Troubles gastriques chez les phthisiques (The gastric disorders of phthisis), par Haberson (*The american journ. of the med. sc.*, octobre 1892, p. 382). — Les troubles gastriques dans la phthisie pulmonaire ont une importance considérable; on ne doit pas les négliger au point de vue thérapeutique. Mais le diagnostic exact de leur nature est nécessaire pour que l'intervention soit suivie de succès. L'auteur les classe de la manière suivante : 1° vomissements d'origine sympathique et périphérique par irritation des branches pulmonaires du pneumogastrique; 2° vomissements mécaniques dus à la violence de la toux; 3° vomissements gastriques (catarrhe de l'estomac, atrophie des tuniques, ulcérations folliculaires ou non tuberculeuses, beaucoup plus rarement tuberculeuses); 4° vomissements d'origine nerveuse centrale par méningite tuberculeuse.

Fermentation gazeuse dans l'estomac (Die Gasgæhrung im Magen des Menschen und ihre praktische Bedeutung), par Kuhn (*Deut. med. Woch.*, 8 décembre 1892, p. 1107, et 15 décembre, p. 1140). — Dans un grand nombre de dyspepsies, on peut observer de la flatulence, des éructations gazeuses, sans que ces phénomènes soient liés le moins du monde à des fermentations anormales. D'autres fois, au contraire, il se produit de véritables fermentations gazeuses : ceci a lieu d'une façon constante dans l'hypersécrétion continue de l'estomac décrite par Riegel. Dans ce cas, les gaz sont inflammables : il y a là un moyen de diagnostic. Les recherches poursuivies par l'auteur dans cette voie l'ont amené à conclure que les fermentations de cet ordre se produisent d'une façon identique *in vitro* et dans l'estomac. Les gaz peuvent être recueillis d'une façon très simple : le produit de la digestion est mis dans un flacon bouché, muni d'un tube de dégagement qui se rend sous le mercure; le gaz se dégage dans une éprouvette et on peut en apprécier la qualité et la quantité.

L'influence du régime alimentaire sur ces fermentations anormales est très nette. Les hydrocarbonés, le sucre les favorisent; tandis qu'un régime carné exclusif les fait cesser. Mais dans la pratique, ce dernier ne saurait être recommandé. L'auteur s'est adressé aux antiseptiques, parmi lesquels l'acide salicylique, le salicylate de soude, la saccharine lui ont donné les résultats les plus encourageants. Les fermentations gazeuses sont liées en effet à la présence d'organismes vivants dans l'estomac. Antérieurement, l'auteur avait pu isoler une levûre; plus récemment, il a trouvé, dans un cas d'hypersécrétion continue, un bâtonnet court qui produit des gaz en abondance dans les milieux sucrés. Mais ce ne sont certes pas les seuls agents de ces fermentations.

Action des acides et des alcalins sur l'estomac (Ueber den Einfluss von Sæuren und Alkalien auf die Aciditæt des Magensaftes Gesunder), par Du Mesnil (*Deut. med. Woch.*, 8 décembre 1892, p. 1112). — La thérapeutique, en apparence rationnelle, qui consiste à administrer les alcalins ou les acides suivant l'état d'hyper ou d'hypoacidité, n'est pas toujours suivie de succès. Certaines dyspepsies nerveuses avec hyperacidité sont aggravées par les alcalins. Comment interpréter ce résultat paradoxal? Les expériences précises manquent. Leube a noté que le bicarbonate de soude excitait la sécrétion gastrique. L'auteur a expérimenté l'action des alcalins et de HCl à doses variées chez des sujets sains. Pour les alcalins, les petites doses et les doses moyennes (1 à 4 gr.) augmentent l'acidité du suc gastrique; avec les fortes doses (5 grammes), il y a abaissement au-dessous du taux normal. En ce qui concerne HCl, de petites quantités augmentent certainement l'acidité; mais il y a une limite, et avec de fortes doses, le taux revient souvent à son point de départ. Il semble donc, dans les deux cas, que l'organe de la digestion tende à ramener, dans la limite du possible, sa sécrétion à la formule normale. Seulement, dans le premier cas, c'est à l'aide d'une suractivité de ses glandes, dans le deuxième par ralentissement ou arrêt de leur fonction.

Conclusion pratique : quand il y a indication d'augmenter l'acidité gastrique, donner les alcalins à petite dose si la muqueuse est saine (dyspepsies nerveuses, chlorose, etc.). Donner les acides seulement si la muqueuse est altérée anatomiquement, et les glandes incapables de sécréter (cancer, catarrhe de l'estomac, etc.).

Modificateurs de l'acidité du suc gastrique (Einfluss einiger Arzneimittel auf die Salzsæureabscheidung des Magens), par Leubuscher et Schaefer (*Deut. med. Woch.*, 17 novembre 1892, p. 1038). — Les recherches de ces auteurs ont porté sur certains médicaments reconnus capables d'agir sur les sécrétions glandulaires. La pilocarpine provoque une sécrétion abondante dans l'estomac; le taux de HCl est nor-

mal. Mais étant donnée la dilution du contenu, on doit en conclure que ce médicament excite la sécrétion. L'atropine ne modifie pas la teneur en HCl; cependant le produit du repas d'épreuve est mal digéré. L'opium amène une légère diminution avec retard de la sécrétion. Au contraire, la morphine en injections sous-cutanées entraîne une hypoacidité considérable. Ceci explique les troubles gastriques si fréquents chez les morphinomanes.

CHIRURGIE

Luxation du cartilage semi-lunaire (Sopra un caso di lussazione antica della cartilagine semi lunare con corpo mobile articolare), par D. Giordano (*Archivio di ortopedia*, 1892, fasc. 4 et 5, p. 241). — Homme de 34 ans; en sautant un mur de un mètre de haut, douleur très vive à la partie interne du genou gauche qui reste dans la demi-flexion pendant trois mois; à plusieurs reprises et à intervalles variables, douleur subite et très vive suivie de chute; par les mouvements on réveille parfois cette douleur et on perçoit la présence d'un corps irrégulièrement triangulaire sous les téguments à la partie interne du genou, le plus souvent dans la bourse sous-quadricipitale. Arthrotomie avec incision transversale interne, extraction du cartilage inter-articulaire interne qui est peu adhérent à la tête tibiale et jouit d'une mobilité étendue avec rotation de dehors en dedans et d'avant en arrière; guérison complète.

Affections aiguës et chroniques des sinus sphénoïdaux (Ueber acute und chronische Erkrankungen der Keilbeinhœhlen), par Schaeffer (*Deuts. med. Woch.*, 1892, n° 47 p. 1061). — Le travail de l'auteur est une étude clinique des affections catarrhales des sinus sphénoïdaux basée sur un grand nombre d'observations personnelles résumées sous forme de deux tableaux.

Au point de vue clinique, la forme aiguë est caractérisée, subjectivement, par de la céphalalgie profonde occupant le milieu de la tête et l'occiput; par des vertiges quand le malade se baisse, par une sensation de propulsion des yeux en avant, phénomènes qui s'expliquent tous par l'augmentation des sécrétions dans le sinus.

A l'examen de la cavité nasale, on constate que le pli qui se trouve normalement entre la cloison et le cornet moyen est effacé sous l'influence du bombement de la paroi antérieure correspondante du sinus. A ce niveau on trouve un peu de mucus purulent jaunâtre. Pas de sécrétion abondante ni de croûtes dans le naso-pharynx.

Dans la forme chronique, à côté des phénomènes subjectifs déjà cités on trouve encore de la fétidité d'haleine, une sécrétion nasale abondante, la formation des croûtes dans le nez et le naso-pharynx, des insomnies, de l'abattement, etc. Comme signes objectifs, on remarque une dilatation du dos du nez avec épaississement des tissus, de l'hyperplasie de la muqueuse de la cloison au niveau du cornet moyen.

Comme traitement, il faut faire dans la forme aiguë le cathétérisme du sinus soit par l'orifice anatomique soit par un orifice créé à la partie déclive, de façon à obtenir l'écoulement des liquides. Dans la forme chronique, à côté du drainage et de l'ablation avec la pince des granulations et des parcelles osseuses nécrosées, on peut être amené à enlever en totalité le cornet moyen. Dans les deux cas, l'iodure de potassium à l'intérieur rend de grands services.

Auscultation œsophagienne (Ueber œsophageale Auskultation), par Hoffmann (*Centralb. f. klin. Med.*, n° 48, p. 1017). — L'auteur se sert pour l'auscultation œsophagienne d'un simple tube à lavage de l'estomac, à l'extrémité supérieure duquel se trouve adapté le pavillon d'un stéthoscope. Le tube est divisé en centimètres, de sorte qu'à chaque moment on peut connaître la profondeur à laquelle on se trouve.

Ainsi, à 45 centimètres, quand l'extrémité du tube se trouve encore dans l'estomac, on entend déjà les bruits du cœur (surtout quand le malade ne respire pas). A 35 ou 30 centimètres ces bruits sont très nets et on entend le bruit systolique sous forme de deux sons. Entre 30 et 25 les bruits du cœur deviennent moins nets, mais, en revanche, on entend plus distinctement la respiration.

Dans deux cas de dilatation du cœur sans bruits morbides, l'auteur a pu trouver un souffle présystolique par l'auscultation œsophagienne. La méthode pourrait donc avoir des applications pratiques en clinique.

Gastro-entérostomie en deux temps (Die Zweizeitige Gastroenterostomie), par Postnikow (*Centralb. f. Chirurg.*, 1892, n° 49, p. 1018). — La gastro-entérostomie telle que la pratique l'auteur se compose des temps suivants : 1° Incision de la paroi abdominale; 2° Fixation de l'anse intestinale à la paroi de l'estomac par des sutures séro-séreuses; 3° Excision d'un petit lambeau ovalaire à la paroi stomacale jusqu'à la couche musculaire et excision d'un lambeau identique à la paroi intestinale ; 4° Suture des bords postérieurs de la plaie gastro-intestinale; 5° Suture à la soie, autour de la muqueuse stomacale faisant saillie à travers l'incision, et suture à la soie autour de la portion de l'intestin dépourvue de la séreuse ; 6° Suture des bords antérieurs de la plaie gastro-intestinale; 7° Seconde suture séro-séreuse dans le voisinage de la précédente; 8° Suture de la plaie abdominale.

La modification porte donc sur le cinquième temps. Au lieu d'inciser les deux muqueuses, on les laisse se gangréner sous l'influence de la constriction exercée par la suture très rapprochée. La gangrène est complète du troisième au quatrième jour, et la communication s'établit ainsi entre l'estomac et l'intestin.

Les avantages qu'on obtient de cette façon sont les suivants: 1° Possibilité de faire une opération aseptique, le champ opératoire ne pouvant être souillé par le contenu stomacal; 2° Rapidité d'exécution; 3° Possibilité d'éviter le lavage de l'estomac le jour de l'opération chez des malades affaiblis.

Résection du nerf génito-crural (Ueber die Resektion des Nervus genito-cruralis), par Heinlein (*Centralb. f. Chir.*, 1892, n° 49, p. 1033). — Dans un cas de névralgie du nerf génito-crural chez un alcoolique et nerveux sans varicocèle ni autres modifications du côté des testicules, l'auteur fit avec succès la résection du génito-crural après l'échec complet de la médication interne et de l'électricité.

L'incision fut celle de Pirogoff pour la ligature de l'iliaque externe, c'est-à-dire parallèle à l'arcade de Fallope et allant de l'épine iliaque antéro-supérieure pour s'arrêter à trois travers de doigt avant l'épine du pubis. Après la section de l'externe, on trouva l'oblique interne et le transverse qui fut délogé et attiré en haut. On incisa ensuite le fascia transversal et, après décollement du péritoine, on aperçut, en écartant les bords de la plaie, l'artère iliaque externe, de même que le nerf lombo-inguinal avec ses trois branches et, un peu en dedans, le nerf spermatique externe. Les deux nerfs furent alors isolés et réséqués dans une étendue de 5 à 6 cm.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Mémoire sur l'épidémie de grippe dans la circonscription médicale de Baccarat, par le Dr A. Alison. Paris, V. Goupy, 1892.

Ce travail, qui s'appuie sur 13 observations très bien prises et discutées avec une grande sagacité médicale, a été justement couronné par l'Académie de médecine. C'est, en effet, dans les petits centres surtout, qu'un médecin consciencieux et attentif peut trouver l'occasion d'étudier avec détails les maladies épidémiques. Voici les conclusions de M. le Dr Alison :

1° L'épidémie de 1891-92 nous a présenté, comme celle de 1889-90, des formes simples et des formes compliquées en très grand nombre;

2° L'origine de l'épidémie de 1889-90 a été le résultat de l'importation contagieuse; celle de 1891-92 a eu pour cause la reviviscence des germes anciens laissés par son aînée et l'apport de nouveaux germes pathogènes dus à des importations également contagieuses;

3° La contagion a eu lieu par contact, par l'air expiré, par des objets inanimés ou par plusieurs modes réunis;

4° La période d'incubation de la grippe a été, en moyenne, de 14 heures;

5° La durée d'activité du contage grippal a été comprise entre trois et sept mois;

6° Les principales portes d'entrée du contage ont été, outre les

muqueuses habituelles des voies aériennes et digestives, la muqueuse vaginale et la conjonctive enflammée;

7° La fièvre grippale a présenté, comme toujours, des modalités cliniques différentes, permettant, sous l'influence de divers facteurs, à une grippe simple de s'elever à une grippe compliquée, ou *vice versa* à une pneumonie lobaire d'une extrême gravité de descendre jusqu'à une grippe bénigne par ses symptômes locaux, mais, en réalité, souvent plus sérieuse quand on considère les phénomènes généraux.

FORMULAIRE DE L'ANTISEPSIE ET DE LA DÉSINFECTION, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN. Paris, J.-B. Baillière, 1893.

Ce petit livre, qui peut rendre de réels services, est conçu avec méthode et exposé avec clarté. On y trouvera, outre les renseignements pharmacologiques sur les diverses substances antiseptiques, des notions pratiques fort utiles sur l'antisepsie dans les diverses maladies infectieuses, sur la désintection, sur l'antisepsie chirurgicale.



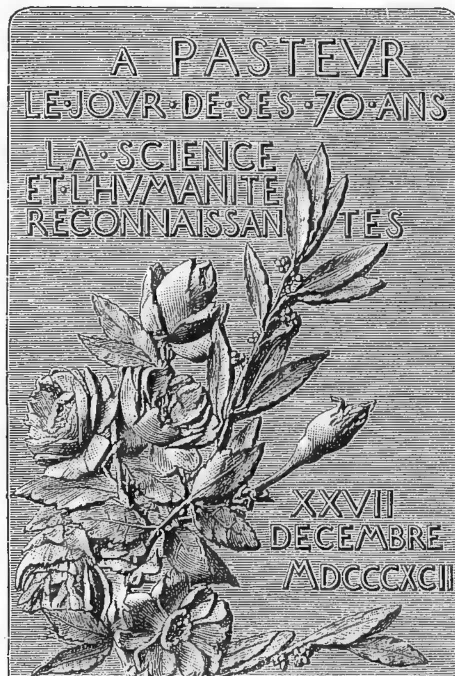


Figure empruntée au journal la *Nature*.

VARIÉTÉS

Le Jubilé de M. Pasteur.

Ce n'est pas seulement l'Académie des sciences ou l'Académie de médecine, non plus que le gouvernement français représenté par le Président de la République, les ministres et les hauts fonctionnaires de l'Etat; c'est le monde savant tout entier qui, le 27 décembre dernier, acclamait M. Pasteur et, à l'occasion du soixante-dixième anniversaires de sa naissance, tenait à lui offrir l'hommage de son admiration respectueuse.

Ambassadeurs des nations étrangères, députations des universités et des sociétés savantes, maîtres et étudiants, délégués de la ville de Dôle ou d'autres cités, chacun tenait à venir affirmer l'importance et la signification de cette ovation exceptionnelle faite à un savant.

C'est qu'en effet par son rare génie et par ses immortelles découvertes, M. Pasteur s'est élevé peu à peu à cette hauteur où l'on cesse d'appartenir à une compagnie pour prendre place dans le concert de la science universelle et pour y occuper le premier rang. S'il a rehaussé le renom de la science française, il a fait plus. Il a forcé le monde entier à reconnaître sa prééminence. En acclamant la gloire de M. Pasteur, les délégués des nations étrangères ont rendu justice à la France, au nom de laquelle ce laborieux qui fut toujours un ardent patriote a si longtemps combattu.

La plupart des journaux ont déjà rendu compte (1) de la fête du 27 décembre, nous tenons cependant à reproduire le spécimen de la médaille offerte à M. Pasteur, les discours de M. le ministre de l'Instruction publique, de Sir John Lister et l'admirable réponse de M. Pasteur.

(1) Le dernier numéro de la *Gazette* n'ayant pu comprendre que la table des matières de l'année, c'est aujourd'hui seulement qu'il nous est possible de reproduire ces discours. Celui de M. le secrétaire perpétuel Bergeron a été publié dans le *Bulletin de l'Académie de médecine.*

Discours de M. Ch. Dupuy,

MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

« Monsieur le président de la République,

» La solennité scientifique que vous avez bien voulu honorer de votre présence et à laquelle assistent, groupés autour de vous, le gouvernement tout entier et les membres du corps diplomatique est, à la fois, la fête de la France et de l'humanité. Il était digne de la République de s'associer à une manifestation qui excite dans le cœur de tous les Français un légitime mouvement de fierté nationale. On peut dire qu'à cette heure la France entière, conspirant avec tout ce qui pense dans le monde civilisé, a les yeux fixés sur l'antique Sorbonne et sur le maître illustre dont les pouvoirs publics et les corps scientifiques célèbrent en ce jour le soixante-dixième anniversaire. Notre nation a toujours aimé à reconnaître et à célébrer ceux qui la servent et qui l'honorent; mais c'est particulièrement aux heures tristes, qui ne sont épargnées dans le cours de l'histoire à aucun peuple, qu'elle se prend à aimer avec le plus d'ardeur, à admirer avec le plus d'élan ceux de ses fils dont la gloire éclatante et pure console sa tristesse, réconforte son cœur et accroît, avec l'estime qu'elle inspire au monde, la confiance qu'elle a le droit d'avoir en elle-même, en ses libres institutions, en ses nobles et généreuses destinées.

» Il ne m'appartient pas, cher et illustre maître, d'entrer dans le détail de vos travaux; d'autres sauront dire avec l'autorité de la science même ce que vous avez fait. Ils vous exposeront vos principes, vos expériences, vos méthodes. Ce que nous sentons tous, ignorants et savants, c'est que vous avez fait quelque chose de grand; pour profane que l'on soit,

on ne peut rester insensible à votre œuvre; elle est si grande qu'elle s'impose à l'attention de tous, si simple qu'un homme cultivé en peut suivre le développement, si efficace et si humaine que les ignorants eux-mêmes, éclairés et convaincus par le secours qu'elle leur apporte, la proclament et la vénèrent. Lorsqu'on l'embrasse dans son ensemble, on est tout d'abord frappé des qualités, de travail, de patience, de ténacité qu'elle atteste. Cette faculté fut la vôtre de pouvoir concentrer votre pensée sur un sujet et de l'y tenir obstinément fixée pendant des journées, des mois, des années; facultés souveraines que votre visage reflète, puissance créatrice dont la postérité lira l'expression sur cette médaille où l'artiste a fixé avec vos traits quelque chose de votre âme. Nous y lisons, avec la même clarté, cette foi profonde en la science, cette foi d'apôtre qui vous a soutenu au cours de votre carrière contre les angoisses du doute et les défaillances du découragement; il faut le dire très haut en ce jour, si vous êtes armé du sens critique indispensable à un savant, vous n'avez rien d'un sceptique, vous eûtes toujours la conviction, je dis plus, la foi, mère des hautes pensées, et des œuvres immortelles.

» Vos études à peines terminées, vous vous révélez comme un inventeur; vos travaux sur la dosimétrie moléculaire, entrepris sous l'influence d'une idée directrice, ingénieuse et profonde sont marqués d'une empreinte si originale que presque personne n'a osé s'attaquer depuis à cette délicate question. La science pure vous promettait les plus beaux succès; mais heureusement pour vous, heureusement pour l'humanité, les circonstances vous ont engagé dans une voie où toute découverte théorique devait aboutir à une satisfaction de nos besoins, à un soulagement de nos misères. On a peine aujourd'hui à se représenter vos efforts et vos luttes, perdus dans le rayonnement de la victoire finale, on peut difficilement se figurer la vivacité de ces batailles à la suite desquelles, vaincue par la force de l'évidence, accablées sous le poids de la preuve expérimentale, l'antique hypothèse, la chimérique illusion de la génération spontanée a battu en retraite devant la triomphante doctrine des germes qui a renouvelé la science et qui est entrée en possession incontestée de l'avenir. Vous avez pénétré jusque dans les mystérieuses profondeurs de la nature élémentaire, vous en avez rapporté ces « preuves sans répliques », dont vous parliez dans votre discours de réception à l'Académie française.

» Renan, qui vous répondait, pouvait vous dire, dans une formule que je m'approprie: « Votre vie scientifique est » comme une traînée lumineuse, dans la grande nuit de » l'infiniment petit, dans ces derniers abîmes de l'être où » naît la vie. »

» C'est vers 1860 que vous abordez cette étude des infiniment petits pour en faire désormais l'unique objet de vos recherches et comme votre domaine personnel. Vous fondez cette doctrine féconde dont vous devinez dès le premier jour la portée et dont les chimistes, les biologistes et les médecins développeront dans la suite des âges l'inépuisable donnée, en se demandant si elle est le fruit des veilles d'un seul homme ou du labeur accumulé de plusieurs générations. Je n'aurais que l'embarras du choix, si je voulais citer les multiples étapes de vos recherches. Vos études sur la maladie des vers à soie, sur les fermentations, sur le vin, sur le vinaigre, sur la bière, affirmations réitérées de la doctrine. La France sait ce qu'elle doit à vos découvertes. Le Parlement, appréciant à la fois la gloire que vos travaux donnaient à la patrie française et les services rendus à notre agriculture, et à notre industrie, a attaché à votre nom une récompense unique, récompense vraiment nationale, dont la valeur principale est dans le sentiment de patriotique reconnaissance qui en a suggéré l'idée. Mais depuis ce mémorable hommage des représentants d'un pays libre, la doctrine a grandi, procédant par ascensions successives, et, ne semblant avoir créé tant de merveilles que pour essayer ses forces et préluder au grand œuvre, elle a atteint les hauteurs de la vie.

» Elle interroge les organismes et analyse les maladies qui les ruinent; elle pose le problème de la transmission et de la contagion du mal; tout d'abord, avec une prudence caractéristique, avec une sorte de réserve pieuse, elle limite ses investigations aux animaux, puis, quand elle a définitivement assuré ses pas en imposant au charbon et au rouget le vaccin dont nos fermiers et nos agriculteurs peuvent seuls dire les bienfaits, elle s'élève jusqu'à l'homme, victorieuse aujourd'hui de la rage, demain peut-être du choléra! Désormais la formule est pleine et définitive, vos disciples la donnent en deux mots: « ferments et virus sont des êtres vivants, le vaccin est un virus atténué, la médecine a pour base l'atténuation artificielle des virus... » Ainsi faisant sortir le remède du mal lui-même, la médecine microbienne est fondée!

» Merveille de la science, miracle du génie, soyez glorifiés au nom de la patrie et de l'humanité. Vous avez justifié les audacieuses espérances que la religion du progrès avait mises aux cœurs de nos pères. Vous avez traduit en réalité incontestables les imaginations de Descartes et les rêves de Condorcet; qui pourrait dire à cette heure ce que la vie humaine vous doit, ce qu'elle vous devra dans la suite des temps? Un jour viendra où quelque nouveau Lucrèce chantera dans un nouveau poème de la Nature le Maître immortel dont le génie a enfanté de pareils bienfaits, et il ne le peindra pas solitaire et insensible comme le poète latin a fait son héros; il le montrera mêlé à la vie de son temps, aux tristesses et aux joies de son pays, partageant son existence entre les sévères jouissances de la recherche scientifique et les douces effusions de la famille, passant de son laboratoire à son foyer, trouvant auprès d'êtres affectionnés, auprès d'une compagne qui a su le comprendre et d'autant plus l'aimer, cet encouragement de toutes les heures, ce réconfort de tous les instants sans lesquels tant de batailles eussent peut-être lassé son ardeur, entamé sa persévérance et énervé son génie.

» Cher et illustre maître, vous disiez un jour dans une fête que vous présidiez en Auvergne que vous aviez comme le sentiment de la gloire, à vous entendre loué par des voix amies. Aujourd'hui ce sentiment doit être entier en vous, car ce n'est pas seulement un département, une région, qui s'inclinent, c'est la France entière qui vous glorifie, c'est l'humanité qui vous bénit. De tous les points du globe vous viennent en foule les hommages; voyez autour de vous cette affluence de savants et de grands personnages, qui vous apportent les vœux et les espérances de leurs compatriotes. Je salue au nom de la République ces messagers de science et de paix, j'adresse à leur patrie le salut cordial de la France.

» Mais ce qui caractérise avant tout cette cérémonie, ce qui donne à votre jubilé sa marque propre, c'est que nos hommages vont moins au passé qu'à l'avenir; la science, dont tout l'univers vous est redevable, a reçu de vous sa méthode sûre et son principe certain, mais vous l'avez dit vous-même: « l'ère des applications ne fait que commencer ». L'institut Pasteur, bâti et doté par la reconnaissance et l'admiration des peuples et des gouvernements pour être à la fois un foyer de haute culture scientifique et une source d'adoucissements aux maux de la famille humaine, réalisera vos espérances.

» Puissiez-vous longtemps, cher et illustre maître, présider aux destinées de cette jeune et glorieuse maison et animer de votre ardeur féconde cette phalange de disciples qui saura tenir les promesses de la doctrine pastorienne! Puisse la France vous posséder de longues années encore et vous montrer au monde comme un digne objet de son amour, de sa reconnaissance et de sa fierté! »

Discours de M. Lister.

« Monsieur Pasteur,

» Le grand honneur m'a été accordé de vous apporter l'hommage de la médecine et de la chirurgie.

» Vraiment, il n'existe dans le monde entier aucun individu auquel doivent plus qu'à vous les sciences médicales.

» Vos recherches sur les fermentations ont jeté un rayon puissant qui a illuminé les ténèbres funestes de la chirurgie et a changé le traitement des plaies d'une affaire d'empirisme incertain et trop souvent désastreux, en un art scientifique sûrement bienfaisant.

» Grâce à vous, la chirurgie a subi une révolution complète qui l'a dépouillée de ses terreurs et a élargi presque sans limite son pouvoir efficace.

» La médecine ne doit pas moins que la chirurgie à vos études profondes et philosophiques.

» Vous avez levé le voile qui avait couvert pendant des siècles les maladies infectieuses. Vous avez découvert et démontré leur nature microbienne; grâce à votre initiative et dans beaucoup de cas à vos propres travaux spéciaux il y a

déjà une foule de ces désordres pernicieux dont nous connaissons complètement les causes.

Felix qui potuit rerum cognoscere causas.

» Cette connaissance a déjà perfectionné d'une façon surprenante le diagnostic de ces fléaux du genre humain et a indiqué la route qu'il faut suivre pour leur traitement prophylactique et curatif. Dans cette route, vos belles découvertes de l'atténuation et renforcement des virus et des inoculations préventives servent et serviront toujours comme étoile conductrice.

» Comme illustration éclatante je puis signaler vos travaux sur la rage. Leur originalité était si frappante que, à part quelques ignorants, tout le monde reconnaît maintenant la grandeur de ce que vous avez achevé contre cette maladie terrible. Vous avez fourni un diagnostic qui dissipe à coup sûr les angoisses d'incertitudes qui hantaient autrefois celui qui avait été mordu par un chien sain soupçonné de la rage.

» Rien que cela aurait bien suffi pour vous assurer la gratitude éternelle de l'humanité.

» Mais par votre système merveilleux d'inoculations antirabiques vous avez su poursuivre le poison après son entrée dans le système et l'y vaincre.

» Monsieur Pasteur, les maladies infectieuses constituent, vous le savez, la grande majorité des maladies qui affligent le genre humain.

» Vous pouvez donc bien comprendre que la médecine et la chirurgie s'empressent, à cette occasion solennelle, de vous apporter l'hommage profond de leur admiration et de leur reconnaissance. »

Discours de M. Pasteur.

« Monsieur le président de la République,

» Votre présence transforme tout : une fête intime devient une grande fête et le simple anniversaire de la naissance d'un savant restera, grâce à vous, une date pour la science française.

» Monsieur le ministre,
» Messieurs,

» A travers cet éclat, ma première pensée se reporte avec mélancolie vers le souvenir de tant d'hommes de science qui n'ont connu que des épreuves. Dans le passé, ils eurent à lutter contre les préjugés qui étouffaient leurs idées. Ces préjugés vaincus, ils se heurtèrent à des obstacles et à des difficultés de toutes sortes.

» Il y a peu d'années encore, avant que les pouvoirs publics et le conseil municipal eussent donné à la science de magnifiques demeures, un homme que j'ai tant aimé et admiré, Claude Bernard, n'avait pour laboratoire, à quelques pas d'ici, qu'une cave humide et basse. Peut-être est-ce là qu'il fut atteint de la maladie qui l'emporta? En apprenant ce que vous me réserviez ici, son souvenir s'est levé tout d'abord devant mon esprit : je salue cette grande mémoire.

» Messieurs, par une pensée ingénieuse et délicate, il semble que vous ayez voulu faire passer sous mes yeux ma vie tout entière. Un de mes compatriotes du Jura, le maire de la ville de Dôle, m'a apporté la photographie de la maison très humble où ont vécu si difficilement mon père et ma mère.

» La présence de tous les élèves de l'Ecole normale me rappelle l'éblouissement de mes premiers enthousiasmes scientifiques.

» Les représentants de la Faculté de Lille évoquent pour moi mes premières études sur la cristallographie et les fermentations qui m'ont ouvert tout un monde nouveau. De quelles espérances je fus saisi quand je pressentis qu'il y avait des lois derrière tant de phénomènes obscurs!

» Par quelle série de déductions il m'a été permis, en disciple de la méthode expérimentale, d'arriver aux études physiologiques, vous en avez été témoins, mes chers confrères. Si parfois j'ai troublé le calme de nos Académies par des discussions un peu vives, c'est que je défendais passionnément la vérité.

» Vous enfin, délégués des nations étrangères, qui êtes venus de si loin donner une preuve de sympathie à la France, vous m'apportez la joie la plus profonde que puisse éprouver un homme qui croit invinciblement que la science et la paix triompheront de l'ignorance et de la guerre, que les peuples s'entendront, non pour détruire, mais pour édifier, et que l'avenir appartiendra à ceux qui auront le plus fait pour l'humanité souffrante. J'en appelle à vous, mon cher Lister, et à vous tous, illustres représentants de la science, de la médecine et de la chirurgie.

» Jeunes gens, jeunes gens, confiez-vous à ces méthodes sûres, puissantes, dont nous ne connaissons encore que les premiers secrets. Et tous, quelle que soit votre carrière, ne vous laissez pas atteindre par le scepticisme dénigrant et stérile, ne vous laissez pas décourager par les tristesses de certaines heures qui passent sur une nation. Vivez dans la paix sereine des laboratoires et des bibliothèques. Dites-vous d'abord : qu'ai-je fait pour mon instruction ? Puis, à mesure que vous avancerez : qu'ai-je fait pour mon pays ? jusqu'au moment où vous aurez peut-être cet immense bonheur de penser que vous avez contribué en quelque chose au progrès et au bien de l'humanité. Mais, que les efforts soient plus ou moins favorisés par la vie, il faut, quand on approche du grand but, être en droit de se dire : J'ai fait ce que j'ai pu.

» Messieurs, je vous exprime ma profonde émotion et ma vive reconnaissance. De même que sur le revers de cette médaille, Roty, le grand artiste, a caché sous des roses la date si lourde qui pèse sur ma vie, de même vous avez voulu, mes chers confrères, donner à ma vieillesse le spectacle qui pouvait la réjouir davantage, celui de cette jeunesse si vivante et si aimante. »

La Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris vient de constituer son bureau pour 1893, comme suit :
Président : M. Dujardin-Beaumetz;
Vice-président : M. de Beauvais;
Secrétaire général : M. Bardet;
Secrétaire général adjoint : M. Crouigneau;
Archiviste : M. Dignat;
Trhsorier : M. Jolly.

La Société de stomatologie vient de renouveler son bureau pour 1893, comme suit :
Président : Magitot;
Vice-président : Cruet;
Secrétaire général : Th. Thomas;
Secrétaires annuels : Jarre; Bouvet;
Trésorier: Chabry.

Souscription pour le monument Villemin.

M. le Dr Labric	20 »
M. le Dr Millard	20 »
Souscription de l'Académie de médecine.	
MM. Bergeron, Guyon, Lereboullet, Luys, chacun 50 fr...	200 »
M. le baron Larrey	40 »
MM. Berger, Blanche, Bucquoy, Budin, Cadet de Gassicourt, Desnos, Duguet, Dujardin-Beaumetz, Fournier, Guéniot, Hardy, Hérard, Laborde, Leblanc, Mesnet, Nocard, Constantin Paul, Périer, Pinard, Tarnier, chacun 20 fr	400 »
MM. Charpentier, J. Chatin, Empis, Fabre (de Commentry), L. Labbé, Moissan, Péan, Rochard, Th. Roussel, Marc Sée, Vidal, Weber, chacun 10 fr	120 »
	760 fr.

L'Union médicale, dont la direction scientifique reste confiée à M. le Dr L. G. Richelot, vient de choisir pour son Rédacteur en chef notre laborieux et distingué confrère le Dr E. Rochard, à qui toutes les communications relatives à la rédaction devront être adressées, 16, rue de Berlin.

Livres déposés au Bureau du Journal

La librairie Asselin et Houzeau vient de mettre en vente l'*Agenda médical pour 1893*. Cet agenda contient : 1° un *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par le Dr Constantin Paul; 2° un *Mémorial obstétrical*, par le professeur Pajot; 3° un *Formulaire magistral*, par M. Delpech ; 4° une *Notice sur les stations hivernales*, par M. de Valcourt, plus un calendrier à une ou deux pages par jour, la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine, la liste des facultés, écoles, hôpitaux et hospices, Sociétés savantes, publications médicales, etc., le nouveau tableau des rues de Paris, etc., etc.

Le prix varie entre 1 fr. 75 et 9 fr., suivant la reliure.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 13 janvier 1893.

Hôpitaux et Hospices.

Dans notre article sur le budget de l'Assistance publique en général, nous sommes arrivé à cette conclusion que, malgré certaines dépenses dont nous aurons à parler ultérieurement, l'assistance à l'hôpital n'est pas la cause de l'élévation croissante du budget. Mais, disions-nous comme conclusion, avec les ressources en lits et en argent dont on dispose à Paris et qui à chaque instant semblent insuffisantes, on pourrait, en réalité, parer largement à tous les besoins actuels si on s'occupait de loger ailleurs les chroniques et infirmes.

Les lits actuels des hôpitaux de Paris sont assez nombreux pour le traitement des maladies aiguës, médicales ou chirurgicales. Et cependant il suffit d'avoir mis un jour les pieds dans une salle d'hôpital quelconque pour constater que, malgré les services et les lits nouveaux, l'encombrement est extrême. Il y a de nombreux services dans lesquels les brancards supplémentaires constituent d'une manière à peu près constante le quart de l'effectif. Et quelle est la cause principale de cet encombrement? L'insuffisance des lits d'hospice, insuffisance sur laquelle, d'ailleurs, M. Navarre attire nettement l'attention du Conseil municipal, et M. Risler celle du conseil de surveillance.

« Depuis 1872, dit M. Navarre, il a été créé 754 lits dans les hospices ou maisons de retraite. Pour que la proportion fût restée la même, ce n'est pas 754 lits qu'il aurait fallu créer, mais 2868. En défalquant les 751 lits nouveaux établis dans les fondations, il manquerait encore 2117 lits. La moyenne des admissions dans les hospices est de 1200 par an environ, et tous les ans il y a 2500 nouvelles demandes faites par des candidats remplissant les conditions réglementaires pour être hospitalisés. C'est là une situation dont la gravité ne saurait échapper. »

La conséquence directe de cet état est facile à constater par une promenade rapide dans un service de médecine ou de chirurgie. Il n'est à peu près pas de salle où vous ne voyiez soit un hémiplégique qui gâte dans un coin, soit un cancéreux atteint d'une lésion inopérable. On les garde, par humanité, en attendant leur placement à l'hospice, ou plutôt leur mort, et pendant des mois ils sont dans un hôpital où ils sont nuisibles pour deux motifs : 1° Ils prennent la place d'un malade qui aurait besoin d'être soigné et non pas seulement nettoyé; 2° ils coûtent à l'administration beaucoup plus cher que les infirmes mis en division.

Mais ces incurables sont encore relativement peu nombreux : c'est dans leur galetas que la plupart meurent avant d'être placés. La véritable plaie des services dits « d'aigus » est l'encombrement par les « chroniques ». Chacun de nous reçoit, par charité, quelques phthisiques, ulcères variqueux, tuberculoses locales non opérables, etc.; et voilà encore qui dure pendant des mois! Il y avait, il y a quelques années, un hôpital réservé à ces chroniques : c'est à peine si aujourd'hui il leur reste quelques lits. Pour les enfants, il y en a encore un peu plus : on prévoit le moment où, dans quelques années, il n'en restera plus.

A cela, le remède consisterait à créer pour les chroniques des fondations spéciales, où l'on tiendrait la main à ce que les admissions restassent, comme dans les hospices, exclusivement administratives, fussent en somme des placements temporaires, avec cette différence qu'il faudrait une surveillance médicale plus attentive. Si on considère, en outre, que ces chroniques sont presque exclusivement des tuberculeux, pulmonaires ou chirurgicaux, on arrive à conclure que ces hôpitaux pour chroniques devront être à la fois spéciaux et situés hors de Paris :

Spéciaux, parce qu'il est vraiment extraordinaire, dans l'état actuel de la science, qu'on laisse les tuberculeux dans les salles communes, où ils contaminent tout ce qui les approche, surveillants, infirmiers, étudiants. On parle, je le sais, de créer *un* hôpital pour phthisiques, et 700,000 fr. sont attribués à cet objet : il y aura là juste de quoi remplir une dent creuse ;

Situés hors Paris, parce que de la sorte le prix de revient de la journée pour ces malades qui n'ont pas besoin de soins médicaux aussi réguliers que les « aigus », sera moins élevé; parce qu'on pourra plus facilement résister aux désirs du corps médical hospitalier, toujours friand de services actifs; parce qu'enfin, et surtout, pour tous

ces malheureux, l'air de la campagne est autrement favorable que celui de la ville. Il serait même excellent, et peu dispendieux, qu'on fît bénéficier les tuberculeux hospitalisés des climats qui leur conviennent particulièrement.

Il y a bien des années déjà j'ai entendu Trélat faire, je ne sais plus à propos de quoi, dans l'amphithéâtre de la Sorbonne, une de ces conférences éloquentes dont il avait le secret pour prouver, chiffres en main, que l'Assistance aurait bénéfice pécuniaire à transporter ses phthisiques sur le littoral méditerranéen; il n'avait pas besoin de prouver que les phthisiques y auraient eu bénéfice sanitaire.

Certes, contre cette conception d'hospitaliser au loin les tuberculeux et même les infirmes — qui saliraient leurs draps aussi bien et à moins cher dans certains pays perdus — on fait une objection de sentiment : on n'a pas le droit d'extirper ainsi un malheureux de son milieu pour l'envoyer dans un asile où il mourra le plus souvent, loin des siens, loin de toutes les consolations. C'est fort beau, le sentiment, mais, comme des meilleures choses, il n'en faut pas abuser. Il doit céder devant l'intérêt des finances de la ville, de la santé des bien portants, et des malades eux-mêmes. N'est-il pas au moins aussi pénible de laisser crever comme des chiens, dans des greniers ou sous les ponts, les 1200 infirmes que tous les ans on inscrit sans pouvoir jamais leur donner de place, les innombrables phthisiques auxquels on ne peut fournir un lit où cracher en paix ce qui leur reste de poumon? De temps à autre, un décès dramatique attire l'attention sur ces désespérés qui frappent vainement à la porte de nos hôpitaux; et la presse politique de dauber à l'unisson sur le corps médical, exclusivement à l'affût des « cas intéressants ».

Il est aisé de répondre qu'en toute conscience un médecin qui dispose d'un nombre déterminé de lits les doit d'abord aux malades « aigus », atteints de pneumonie, fièvre typhoïde, etc., pour lesquels l'absence de soins sera presque à coup sûr une cause directe de mort; et c'est seulement le surplus, quand il y en a, qu'il doit aux malheureux simplement en quête d'un refuge.

Des progrès, il est vrai, ont été faits dans ce sens en ce qui concerne les enfants, et leur exposé constitue une des parties les plus intéressantes du rapport de M. Navarre. Diverses stations maritimes et thermales ont en effet été visitées par une commission du Conseil de surveillance; des enfants ont été renvoyés, en convois successifs, aux Sanatoria d'Arcachon, de Banyuls-sur-Mer; aux stations thermales de Dax et Salies-de-Béarn; des études ont été faites à Pau, à Saint-Jean-de-Luz. Au point de vue médical, l'enquête a été dirigée par M. Millard : c'est dire qu'elle a été conduite avec toute la sagacité désirable. Et, à la suite de notre éminent maître, M. Navarre n'hésite pas à conseiller « d'entrer résolument dans cette voie ». L'hôpital de Berck est en effet devenu insuffisant, et quant à créer dans Paris des lits de chroniques pour enfants scrofuleux, ce serait à la fois dispendieux et inefficace.

Si l'on agit ainsi pour tous les chroniques et infirmes, quel que soit leur âge; si l'on installe des établissements où les demi-infirmes — les ulcères variqueux, par exemple, certains cardiaques — seront astreints à un travail modéré et sédentaire qui allégera d'autant les frais de la maison, on pourra à la fois désencombrer les services parisiens, éviter d'ici à quelque temps des constructions nouvelles dans Paris, et cependant assister efficacement un plus grand nombre de malades.

A. Broca.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Etude sur le pityriasis rubra pilaire (1889-1892), par le Dr Ch. Audry, chargé de la clinique de dermatologie et de syphiligraphie de Toulouse.

Le pityriasis rubra pilaris est une entité morbide nettement définie et parfaitement autonome qui a été vue pour la première fois par Tarral (cité par Rayer en 1835), décrite par Devergie, étudiée par Richaud (1877), dans une thèse inspirée par E. Besnier qui a établi son existence, décrit ses symptômes, déterminé son histoire. On peut considérer l'ensemble des travaux de ce dernier maître consacrés à cette étude comme la plus remarquable production de l'Ecole de Saint-Louis depuis les recherches de Bazin sur les dermatomycoses. Bien qu'il soit facile à reconnaître, le pityriasis rubra pilaire est assez mal connu en dehors de l'Ecole qui lui a donné la vie. Il commence à sortir triomphant des nombreuses discussions qu'il a soulevées en Allemagne au milieu de la question brûlante des lichens rubers. Ayant eu l'occasion d'en observer à ma clinique un cas d'ailleurs intéressant à divers points de vue et instructif, il m'a semblé utile de rassembler les derniers documents relatifs à ce sujet. Mais j'ai jugé entièrement inutile de copier l'œuvre de critique si magistralement exécutée par M. Besnier. Je m'occuperai donc seulement du pityriasis rubra pilaire depuis la fin de l'année 1889, époque à laquelle a paru son travail fondamental, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, et je le prendrai comme point de départ.

Nous décrirons ainsi :

1° La symptomatologie du pytiriasis rubra pilaris; elle n'a pas été modifiée sensiblement depuis 1889;

2° Nous rapporterons les observations publiées depuis cette époque et la nôtre, et nous en ferons la différenciation;

3° Nous indiquerons les résultats qu'a fournis jusqu'ici l'anatomie pathologique;

4° Enfin nous essaierons de voir comment on peut le comprendre.

I

1° α *Les cônes cornés circumpilaires; leur forme, leur siège, leurs rapports. Altérations des phanères : poils et ongles.* β *La desquamation; l'hyperkératose, ses localisations, son apparence.* γ *Rougeur de la peau, infiltration, exagération des plis et des sillons.* δ *Intégrité des muqueuses.* ε *Phénomènes subjectifs, etc.*

2° *Marche. Etat général conservé. Pronostic. Les récidives.*

Ce paragraphe n'est rien autre chose que le résumé des travaux de E. Besnier. Nous ne nous occuperons ici que des formes typiques de la maladie; l'étude de la différenciation clinique que nous ferons tout à l'heure nous permettra d'aborder plus légitimement celles des formes atypiques dans un sens ou dans l'autre (1).

(1) Disons-le une fois pour toutes : le lecteur désireux de connaître avec précision la marche et les symptômes du pityriasis rubra pilaire devra se reporter au moins au t. I de l'*édition française de Kaposi* (2e édition, p. 582-610).

1° α C'est dans les phanères et autour des phanères : l'ongle et le poil, qu'il faut chercher les éléments caractéristiques du pityriasis rubra pilaire ; le cône corné, le cône épidermique d'abord.

On désigne de la sorte « des aspérités généralement coniques, mais pouvant présenter de très grandes variétés morphologiques ». Elles varient dans leur forme d'abord, pouvant être plus ou moins aiguës ou arrondies, quelquefois ombiliquées. Leur teinte est généralement d'un blanc gris ou argenté ; et dès le début elles présentent des signes de desquamation à leur centre ; souvent, à la période d'état, elles sont traversées par un poil plus ou moins altéré et cassé.

Quelquefois, elles sont d'une teinte rouge, et ont un aspect de papule très caractérisé. Enfin le cône épidermique peut être réduit à une simple apparence de squame plus ou moins profondément implantée dans l'épiderme. L'éruption ainsi constituée est normalement absolument sèche : la peau est rugueuse ; on peut toujours enlever les produits d'efflorescence sans amener aucune hémorrhagie. Tantôt isolés, tantôt réunis en groupes, en plaques, etc., les cônes épidermiques peuvent siéger partout, sauf peut-être au cuir chevelu et sur la paume des mains et la plante des pieds. Ils ont leur maximum de développement sur le dos des phalanges, les régions articulaires, le cou, etc. Le plus souvent, ces aspérités naissent de l'infundibulum pilo-sébacé, entourant le poil quand il existe, mais pouvant être sans lui. Si on les enlève, elles laissent une petite cavité sèche. Les cônes cornés sont donc constitués par des produits de kératinisation anormale agglomérés dans l'infundibulum du poil, affectant avec ce dernier des rapports de contiguïté étroite mais secondaire, et non primitive comme l'ont cru H. Renoul et Bæck.

Nous avons déjà indiqué les lésions des poils : c'est-à-dire leur fracture, leur expulsion, leur chute ; du reste, il faut noter une extrême variabilité dans les troubles qui frappent les poils ; normalement, les cheveux sont relativement respectés, mais non pas les sourcils.

Quant aux ongles, ils offrent des troubles extrêmement importants, et qu'il faut considérer comme un des éléments les plus importants du syndrome, bien que leur absence ne permette pas d'exclure l'idée du pityriasis rubra pilaris ; pour ma part, je ne puis me décider à les ranger parmi les troubles trophiques, et je les considère comme équivalant aux lésions pilaires et circumpilaires.

L'ongle est déformé, vallonné en long et en travers, squameux ; sa partie inférieure est soulevée de son lit par la prolifération cornée ; il prend l'aspect moelle de jonc, et se décolle par ses bords ; du reste, ces lésions sont absolument sèches, et la matière de l'ongle est intacte.

β La desquamation est un symptôme essentiel à la maladie ; mais elle s'opère suivant des apparences et des processus très différents suivant les individus, les régions, les périodes.

La première squame est celle qui apparaît au moment des papules du début, ou celles qui constituent immédiatement autour des poils les cônes épidermiques. Elle est caractérisée par sa petitesse, sa sécheresse, son adhérence, le fait qu'en la détachant, on ne produit aucune hémorrhagie.

Elle arrive à constituer : d'abord un état pityriasique plus ou moins généralisé très caractérisé ; puis des plaques granitées (expression de Besnier), farineuses, plâtreuses, semblables à un enduit plus ou moins continu en certaines régions : les sourcils, les oreilles, le cuir chevelu. En d'autres points (membres surtout, nuque), les plaques sont quadrillées suivant les sillons de la peau. Elles sont toujours blanches. Elles sont relativement peu adhérentes sur le cuir chevelu, les sourcils ; enfin sur les mains, au genou, au coude, la desquamation se fait en écailles irrégulières, souples, minces, sèches. Dans nombre de cas, il existe une hyperkératose considérable de l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds épaissies, calleuses, squameuses et fendillées.

γ. Je considère comme les symptômes les plus importants du pityriasis rubra pilaire, au point de vue nosologique, bien entendu, ceux qui dépendent des lésions d'inflammation : c'est-à-dire la rougeur, l'infiltration. L'érythème est parfois localisé autour du cône péri-pilaire. Dans les cas types, il occupe la totalité du tégument ; mais pour bien l'apprécier, il faut que la desquamation se soit effectuée ; on voit alors qu'il existe une teinte rouge diffuse, mais non uniforme, beaucoup plus prononcée en certains points qui paraissent légèrement papuleux. La pression par une plaque de verre transparente laisse une teinte jaunâtre, ou bien la blancheur anémique ordinaire.

L'infiltration est très variable ; on la constate cependant très généralement à la période d'état ; elle a comme toujours son maximum au niveau des membres inférieurs qui gardent du doigt une empreinle œdémateuse. Enfin, les sillons, les plis de la peau sont exagérés plus ou moins profondément, souvent d'une façon très délicate.

δ J'insiste ici sur un signe capital qu'il suffira d'énoncer : *Les muqueuses sont toujours intactes.*

ε. Quant aux phénomènes subjectifs, ils sont constitués par le prurit ; celui-ci est rarement nul ; souvent prononcé, quelquefois très intense, nocturne. Généralement, le traitement l'amé..ore, et il diminue quand la maladie se met à évoluer vers la guérison.

2° Dans tout cela, tandis que la série des phénomènes évolue d'une manière plus ou moins capricieuse, on constate toujours un maintien absolu de l'intégrité de l'état général. Les fonctions se font bien et les viscères ne révèlent aucun trouble important.

Il faut savoir que la marche du pityriasis rubra pilaire est tout à fait variable. Cependant on peut considérer une durée de 5 à 6 mois comme nécessaire à la guérison des cas bénins, des cas normaux. Elle peut du reste exiger plusieurs années ; les quelques faits nouveaux que nous rapporterons plus loin mettront bien en relief ces variabilités.

En clinique, le début normal se fait par l'apparition des aspérités érythémateuses, le plus souvent sur les extrémités, les mains en particulier. Puis, la desquamation s'établit très rapidement ; la rougeur se généralise ; l'infiltration s'établit ; ultérieurement, les symptômes de décroissance s'affirment par la chute définitive des squames, la diminution des accidents de congestion et d'infiltration.

Il est nécessaire de savoir qu'il est fréquent d'observer des récidives, ou mieux des poussées successives dans l'évolution du pityriasis ruber pilaris.

On ne connaît rien de bien précis sur l'étiologie de cette affection. Bornons-nous à signaler ce fait qu'elle ne frappe jamais les enfants au-dessous de 2 ans, et c'est là un caractère qui la distingue entièrement des ichthyoses.

II

Les observations nouvelles. — Celles de Galewsky, Neumann, Dubreuilh, la nôtre. Variabilité des types. Les formes lichénoïdes. Différenciations et parentés. Un mot sur le lichen ruber de Kaposi.

Depuis le grand mémoire de E. Besnier, une assez grande quantité de documents ont été apportés à la question.

Quelques-uns sont inutilisables : Exemple : les faits à

peine indiqués par Elliott, Bronson, etc., à la « New-York dermatological Society » (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, juin, p. 244, septembre, p. 368, 1892). Exemple encore : un fait rapporté de mémoire, par Blaschko (*Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft*, 1892. Supplément aux *Arch. für Dermat. und Syphilis*, p. 235). Le cas présenté par H. von Hébra à la Société viennoise de dermatologie en mai 1890, n'est pas très explicite et la discussion qui l'a suivie n'a pas été bien claire.

Notons une observation bien typique due à Jamieson (analysée par Wickham, dans les *Annales de dermatologie* de 1890).

Nous trouvons en France deux cas d'Hallopeau, un d'Hudelo (Fournier), un de Vidal, un de Du Castel, un de Feulard, tous observés chez des sujets jeunes, tous assez brièvement relatés dans les comptes rendus des réunions de l'hôpital Saint-Louis (1889-1892). On lira plus loin le résumé de l'observation de M. Dubreuilh (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, 1892, janvier).

Restent trois observations importantes : les deux premières, dues à Galewsky, ont été prises dans la clinique de Neisser (v. plus haut l'indication fournie à propos de Blaschko). Enfin le cas extrêmement important de Neumann a été publié dans les *Arch. für Dermat. und Syph.* de 1892, p. 1). Il avait été l'objet de plusieurs vives discussions à la Société viennoise de dermatologie.

Voici le résumé de la partie clinique de ces trois observations; nous reviendrons ultérieurement sur les résultats fournis par l'examen anatomo-pathologique.

Galewsky (Congrès allemand de dermatologie, 1892. Supplément aux Archives, p. 222), (observations prises à Breslau, clinique de Neisser).

Obs. I. — Antonin R... a été vu pour la première fois le 20 mars 1891. Il était âgé de 20 ans, et ne présentait aucun antécédent héréditaire ou personnel. La maladie actuelle avait débuté 14 ans auparavant, le malade étant âgé de 6 ans, par les mains, les pieds, etc. Il avait subi, sans grand succès, toute espèce de traitement : arsenic, etc.; de temps à autre, on avait vu survenir des améliorations spontanées; mais jamais la guérison complète. Du reste, il n'y avait jamais eu de démangeaisons ni de douleurs; la peau était souple; le malade accusait seulement un certain degré d'anesthésie des mains.

Quand G... vit le malade pour la première fois, la presque totalité du tégument était malade. Les plis de flexion des extrémités, le dos des pieds et des mains, la face dorsale des deuxièmes phalanges, à l'exception de celles du pouce et du gros orteil, étaient relativement saines. Sur tout le corps, les follicules étaient rouges, et chacun d'eux coiffé d'un petit cône corné très adhérent qui portait à son extrémité une petite squame farineuse. Ces cônes cornés offraient une coloration gris-blanc sur les phalanges, rouge-brun sur les extrémités inférieures. Au toucher, la peau donnait une sensation de frottement rude.

Sur les premières phalanges des doigts, les cônes répondant aux follicules étaient conglomérés; entre les follicules, la peau était légèrement infiltrée, d'une teinte grisâtre, semée de squames fines. Nulle part, on ne notait d'infiltration dure.

Les accumulations farineuses atteignaient leur maximum sur le cuir chevelu, le pavillon de l'oreille, les sourcils qui en étaient comme poudrés. Sur la face, on notait seulement une légère desquamation qui, sur les ailes du nez, était constituée pas des masses de squames dures, blanches, adhérentes. Sur la plante des pieds et la paume des mains, il y avait de larges écailles, adhérentes, un peu jaunâtres, entrecoupées de fentes et de rhagades qui s'étendaient sur les côtés des doigts et des orteils, jusque sur la face dorsale où elles s'arrêtaient assez brusquement.

Ongles cassants, épaissis, décollés, striés en long. Légère adénopathie inguinale et cervicale. L'état général est bon; il n'y a pas de démangeaisons; pas d'infiltration profonde de la peau. Les viscères étaient sains.

Il fut amélioré, mais non guéri, par l'arsenic, la vaseline salicylée, la chrysarobine, etc.

Obs. II. — Homme de 40 ans; sans antécédent d'aucune sorte. Il fut vu pour la première fois en mai 1890. Trois semaines auparavant, la face s'était brusquement couverte de petites papules bientôt squameuses. Cinq jours plus tard, apparition de nouvelles papules qui s'étendent et s'agravent. Prurit violent, surtout pendant la nuit. Pendant la dernière semaine, il y avait eu de la fièvre.

Actuellement, la peau, depuis le cuir chevelu jusqu'aux mamelles en avant, jusqu'à l'anus en arrière, sur les extrémités supérieures jusqu'aux coudes, est épaissie, rouge, couverte de squames nombreuses, fines, blanchâtres. Exagération des sillons et des plis. La peau du cuir chevelu, des sourcils, de l'oreille est comme poudrée avec de la farine. Il y a un peu d'atrophie du cuir chevelu, une alopécie plus marquée des sourcils. Les follicules saillants, rouges, coiffés de cônes cornés; sur la peau saine, les follicules sont hypertrophiés. La paume des mains offre un aspect semblable à celui noté dans le cas précédent. Ongles cassants, courbés. Démangeaisons violentes; état général bon; apyrexie; les muqueuses sont saines. Le malade eut des améliorations qui furent interrompues par deux récidives; il était guéri en juillet 1891.

Ces deux cas d'ailleurs parfaitement caractérisés sont intéressants à rapporter, surtout à cause des profondes différences qui ont marqué leur évolution. Le premier est un exemple de la chronicité à laquelle peuvent atteindre les formes graves et tenaces de la maladie, tout en respectant l'intégrité de l'état général. Le second, par son début brusque et sa marche rapide, ses poussées, a des allures exanthématiques remarquables.

Voici maintenant le résumé de l'observation de Neumann. Elle offre un intérêt capital à cause des variations qu'a subies le diagnostic en cette occasion, et des discussions qu'il souleva.

Obs. III. — Homme de 33 ans, ayant souffert d'une cystite huit ans auparavant, petit, d'un développement moyen. La maladie de la peau remonte à 14 jours. Les extrémités inférieures présentent des efflorescences lisses, dont les dimensions varient de celles d'une petite lentille à celles d'un pois; elles correspondent aux poils, et sont un peu élevées au-dessus de la surface cutanée. Çà et là, quelques taches papuleuses, plus étendues, couvertes par un épiderme squameux qui semblent s'effeuiller d'une peau souple, non infiltrée. Sur les omoplates, la nuque, une partie de la poitrine, plaques plus volumineuses, confluentes, d'un rouge pâle, modérément élevées, sans infiltration. Sur le dos de la main, les sillons de la peau sont exagérés; sur les premières phalanges, correspondant aux infundibulums pileux, papules grosses comme un grain de millet, un peu rudes au toucher, déjà squameuses à leur centre. Les ongles présentent une apparence hypertrophique moyenne de la substance onguéale. La peau de la face interne des avant-bras et des coudes colorée en brun-rouge est semée de nombreuses pétéchies. La peau de la face est sèche, tendue; celle des paupières est épaissie; le sillon de la paupière inférieure est excavé; l'occlusion palpébrale ne couvre pas complètement le globe de l'œil. Le tégument de la plante des pieds est épaissi; sur le dos du pied, coloration brun rouge semée de pétéchies.

Deux jours après son entrée, le 19 mars 1890, frissons; insomnie.

Le 25 mars, pas de modifications.

1er *avril*. — La peau des mains plus épaissie est fissurée en long et en large suivant les plis des espaces intermétacarpiens. Les papules disséminées sur le tronc et les extrémités inférieures sont d'un rouge livide, quelquefois hémorrhagique, et tendent à s'agminer. La rougeur s'étend sur le dos du pied; les taches se foncent et s'élargissent.

9 *avril*. — Poitrine, abdomen, dos semés de squames, moins œdémateux.

La desquamation a cessé sur la poitrine et l'abdomen, non sur le dos. Les squames du dos des mains sont tombées; sur les premières phalanges, elles restent coriaces, solidement adhérentes, de forme annulaire; sur la paume, elles apparais-

sent diffuses, très adhérentes; les zones ecchymotiques du coude ont pâli; la peau y est souple, élastique; l'œdème et les papules y ont disparu.

21 *juillet*. — Le malade, qui prenait de l'arsenic à haute dose, eut quelques accidents d'intoxication. Ils avaient disparu le 26. A ce moment les zones pileuses de la lèvre supérieure, du menton, des joues étaient couvertes d'écailles blanches, perlées. Sur le tronc, en des points qui présentaient auparavant des plaques rouges, on trouva des efflorescences donnant l'aspect de la peau ansérine et portant à leur centre une petite squame épaisse et ponctiforme. Sur la peau du dos, les sillons sont modérément augmentés. L'épiderme est comme couvert de son. Sur les fesses, on observe un « gazon » épais d'aspect poli, brillant; la peau n'est pas infiltrée. Les doigts maintenus en demi-flexion ne peuvent s'étendre. Sur les premières phalanges, on trouve des groupes de papules en grains de millet qui correspondent aux poils et sont recouvertes par une couche de desquamation sous laquelle on découvre la peau rouge ou normale. Sur la paume des mains et la plante des pieds : hyperkératose et rhagades. L'ongle est normal, sauf l'exagération de la desquamation sous-onguéale.

5 *septembre*. — Tuméfaction des ganglions cruraux et inguinaux des deux côtés, du creux axillaire droit (enflammés); ce dernier s'ouvrit spontanément le 10 septembre.

1er *décembre*. — La surface des ongles est lisse; ils sont taillés en vive arête sur leur bord libre; le lit de l'ongle est séparé du limbe par une couche de desquamation considérable.

21 *février* 1891. — Epaississement considérable des ongles.

1er *mars*. — Sur la poitrine, les extrémités supérieures, autour du nombril, sur le front, la nuque, se montrent de petites plaques blanches, atrophiques.

9 *mars*. — Après 71 injections de 0.005 d'acide arsénieux, toute la surface de la peau est lisse, souple, élastique. Les plis sont encore épaissis ; la rougeur persiste sur les pieds. De nouvelles plaques blanches, d'aspect atrophique, sont apparues, tandis que les anciennes ont disparu.

Les ongles sont lisses et reposent sur un chorion rouge; leur hypertrophie a diminué. L'état général est excellent.

On verra plus loin les résultats fournis par la biopsie.

La desquamation persiste sur les membres inférieurs; l'hyperkératose sur la plante des pieds. Le dos du pied est rouge ; sur les cuisses, il n'y a pas encore de squames ; la pression du doigt y laisse une teinte verdâtre, ecchymotique. Çà et là, quelques papules d'un rouge livide. La peau du front est rugueuse, inégale, ainsi que celle des joues et du pavillon de l'oreille. Le menton, les sourcils, l'arcade zygomatique sont couverts d'écailles nacrées, brillantes, adhérentes.

22 *avril*. — Les signes d'infiltration diminuent partout; la desquamation augmente.

30 *avril*. — Il n'y a plus trace d'infiltration.

1er *mai*. — La peau est partout normale, sauf en quelques points des extrémités. Le malade quitta la clinique.

A cette époque, Neumann le considérait comme un cas d'érythème toxique et il le présenta comme tel à la Société viennoise de dermatologie (4 avril 1890).

Vingt-quatre jours plus tard, une uréthrite ramena le malade à la clinique dans l'état suivant :

Le tronc est d'un rouge pâle, semé de papules nombreuses, disséminées, ponctiformes, avec squames très adhérentes, qui tombent au coup d'ongle et sous l'action de l'alcool. Au voisinage de l'anus et sur les fesses, il y a une accumulation considérable de squames brillantes et nacrées. La peau est modérément infiltrée. Des papules plus larges existent sur le dos de la main, l'avant-bras, et surtout sur les phalanges. L'épiderme de la plante des pieds est calleux et épais. Les ongles sont d'un blanc terne à leur extrémité, rouges à leur base.

A cette époque, Neumann porta le diagnostic de lichen ruber acuminatus, mais bientôt les apparences changèrent.

28 *juin*. — Le nombre des papules s'est accru; on les trouve très nombreuses, squameuses aux coudes, à la nuque, sur les fesses, la partie externe des bras et des cuisses, le creux poplité, les ongles se soulèvent. Les doigts, gênés dans leurs mouvements, se trouvent en demi-flexion.

14 *juillet*. — La peau de la face, de l'oreille est envahie par les squames blanches perlées. Sur les cuisses, exagération et écartement des sillons de la peau. L'hyperkératose de la plante des pieds, de la paume des mains persiste. Les papules en grains de millet qui occupaient les doigts sont remplacées par de volumineuses lamelles qui s'exfolient.

Au résumé de ces trois observations, nous joignons celui du fait de M. Dubreuilh qui a été publié dans un recueil peu répandu, et a été trop brièvement analysé dans les Annales de dermatologie.

Obs. IV. — Homme de 31 ans. Les accidents dataient de 18 jours quand on vit le malade pour la première fois (17 fév. 1891). La maladie avait débuté par des démangeaisons, puis la rougeur partie du tronc avait envahi les membres. Sauf autour de l'ombilic, la totalité du tégument était rouge, épaissie, souple, sèche, rugueuse; les plis normaux sont exagérés. Enfin, il est couvert d'une fine desquamation nacrée. A la face, rougeur, légère tuméfaction des oreilles, desquamation farineuse abondante au niveau de la barbe, des sourcils, du cuir chevelu.

Epiderme de la paume des mains épaissi, sec, calleux; sur le dos des mains et des doigts, quadrillé de blanc. Ongles sains. Mêmes lésions sur le membre inférieur (rougeur, desquamation, etc.), desquamation très abondante et blanche sur le cou-de-pied; orteils sains; un peu d'épaississement de l'épiderme plantaire.

Les démangeaisons sont vives. Etat général excellent. Fonctions intactes.

Autour de l'ombilic, sur une zone de peau où les lésions sont moins avancées, on retrouve les cônes épidermiques péripilaires traditionnels.

Traité (vaseline salicylique, liqueur de Fowler), perdu de vue, guéri à son dire, il fut revu le 26 juin de la même année, trois semaines après le début d'une récidive. Il présentait des signes généralement semblables à ceux de la première poussée; mais en outre, on notait une exagération énorme de l'hyperkératose palmaire et plantaire. Les doigts étaient gênés dans leurs mouvements, les ongles profondément altérés (doublés d'une couche cornée profonde, striés en long, déchaussés sur les bords).

Adénopathies multiples moyennes ; démangeaisons très vives ; état général excellent.

Le 30 juin, l'observation décrit avec soin les altérations des ongles qui sont entièrement caractéristiques, et qui présent, en outre, en leur moitié terminale, une série de taches d'un brun-noirâtre, de nature ecchymotique. Sur les pouces, l'ongle hypertrophié lui-même est recouvert, en outre, de produits de l'hyperkératose du manteau; la matrice restant saine.

Le 6 octobre, le malade était fort amélioré, mais non guéri. Les lésions des ongles, l'hyperkératose palmaire et plantaire persistaient.

Le 22 novembre, la peau était à peu près guérie; mais en un assez grand nombre de points (deux pieds, jambes, sacrum, nuque, etc.) on trouvait des placards de la dimension d'une lentille à un haricot, plus ou moins saillants et agminés, ayant l'aspect du lichen simplex de Vidal. Les démangeaisons sont toujours très vives. Les ongles, la paume des mains, la plante des pieds reviennent à la normale. A noter que le siège des démangeaisons ne coïncide pas rigoureusement avec celui des placards lichénoïdes.

8 *décembre*. — Le malade était à peu près guéri.

Voici maintenant l'histoire de notre malade.

Marie A..., âgée de 20 ans, sans profession, est entrée à la Clinique de dermatologie et de syphiligraphie de Toulouse, le 27 septembre 1892.

Son père et sa mère sont vivants et bien portants.

Réglée à 12 ans, elle a eu une menstruation régulière jusqu'au mois de juillet dernier, époque à laquelle elle a disparu brusquement.

Il y a trois ans, elle a présenté des accidents légers du côté du genou gauche, douleur ayant persisté un mois et demi environ, mais sans avoir entraîné l'immobilisation.

La malade n'accusait ni grossesse, ni avortement; elle affirmait n'avoir présenté aucune espèce d'accident, lorsqu'en l'interrogeant avec soin, elle nous apprit que dans le courant du mois de mai 1892, c'est-à-dire trois semaines avant le début de la maladie actuelle, elle avait présenté de la céphalée, des douleurs dentaires, des plaques et de la douleur

de la gorge, des plaques aux organes génitaux externes. Elle fut alors soignée par un pharmacien qui lui fit prendre des pilules.

Ajoutons qu'à cette époque, elle présenta des croûtes fines dans ses cheveux qui tombèrent ; du reste, elle ne présentait aucun des signes apparus ultérieurement sur le tégument.

La maladie actuelle commença à se manifester au mois de juin 1892. Marie A... constata par hasard qu'elle présentait sur la face dorsale des mains des taches rouges dont elle ne tint pas grand compte parce qu'elles n'étaient pas alors prurigineuses; interrogée sur l'apparence de ces taches, elle les compare à des piqûres d'orties. Quinze jours après, elle s'aperçut que cette éruption, entièrement sèche d'ailleurs et non desquamante, s'était étendue à la plus grande partie du tégument. En même temps, les bras, les jambes, la face présentèrent un peu de gonflement. Un médecin appelé prescrivit des applications d'eau blanche et une pommade blanche sur laquelle elle ne peut fournir aucun renseignement précis. Quoi qu'il en soit, deux jours après le début de ce traitement apparurent des signes d'une inflammation violente avec suintement, croûtes, violentes démangeaisons, surtout sur les membres inférieurs.

Ces phénomènes se généralisèrent, puis cédèrent; le tégument devenu entièrement sec commença à se couvrir de produits de desquamations, les mains et les doigts présentèrent, sur la face dorsale, une surface compacte, farineuse, blanche, semblable à celle qu'on retrouve encore sur le cuir chevelu et les oreilles; les poils tombèrent; les ongles présentèrent des changements et devinrent fragiles.

Elle était dans cet état à son entrée à la Clinique, à la fin du mois de septembre; sa muqueuse buccale présentait toujours des ulcérations.

On lui prescrivit de la liqueur de Fowler, des bains d'amidon, une tisane amère, du lait.

Quand nous prîmes possession du service, le 27 octobre 1892, nous la trouvâmes dans l'état suivant:

Disons dès l'abord que la totalité du tégument est envahie et présente à des degrés différents, suivant les régions, des altérations que nous allons décrire.

Couleur. — La rougeur est universelle, sauf, bien entendu, dans les points où la peau est revêtue d'une cuirasse ininterrompue de débris plâtreux.

Elle a son maximum au niveau des mains, dont la teinte est presque vineuse. En certains points, à la partie supérieure des reins et du thorax en particulier, elle est marbrée, plutôt que répandue en nappe continue ; elle est peu prononcée à la face antérieure du cou, sous le menton.

La rougeur diminue considérablement après la pression énergique du doigt, mais sans disparaître complètement; elle revient d'ailleurs immédiatement; il faut noter que la blancheur anémique relative ainsi obtenue pour un instant ne présente aucune teinte jaunâtre hématique.

Epaisseur, consistance. — La peau est manifestement épaissie, tendue même, sur les membres inférieurs, la nuque, le tronc. Les plis de la peau sont très accusés; ils se dessinent admirablement en particulier au niveau du creux poplité, sous le pli de flexion des avant-bras, au niveau de la nuque, plus délicatement au poignet; à peu près nullement à la région bucco-mentonnière. La peau des avant-bras est d'une souplesse à peu près normale ; du reste, les membres supérieurs sont en voie d'amélioration au dire de la malade.

Cet épaississement, cette rigidité de la peau est appréciable fonctionnellement; la malade dit qu'il y a quelques jours, elle éprouvait de la peine à étendre ses avant-bras. Actuellement encore, elle remarque qu'au sortir du bain, elle jouit de la totalité des mouvements des doigts ; tandis qu'au bout de quelque temps, quand le tégument est sec, elle ne les fléchit que très incomplètement, « la peau étant trop courte ».

En général, dans les points très atteints, les mains, le cuir chevelu, par exemple, on voit que si l'on pouvait décaper complètement les produits de desquamation, l'épiderme apparaîtrait mince, luisant, délicat.

Du reste nulle ulcération : sauf deux ou trois plaques d'érosions épidermiques superficielles sur les côtés de deux doigts, et quelques fissures au devant de l'hélix. Sur les membres inférieurs où le mal semble moins proche de la guérison que sur les bras, le doigt laisse une empreinte d'œdème.

Saillies, desquamation. — Il est extrêmement remarquable qu'on ne découvre pas une papule sur toute la peau. Au niveau du pénil, cependant, il semble que la peau soit irrégulièrement bosselée ; çà et là quelques petites tuméfactions dues à des piqûres de moustiques.

Pas une vésicule, ni une bulle, ni une pustule. Le phénomène évidemment capital, avec l'érythrodermie, c'est la desquamation.

Celle-ci est universelle, elle ne respecte que le pourtour de la bouche, et encore incomplètement.

Elle s'opère en lamelle, en furfur, en poudre farineuse. Elle a un caractère constant qui est d'être très adhérente ; il faut très fortement racler pour la détacher, sauf quand il s'agit de grandes écailles, et jamais on ne fait apparaître la moindre trace de sang.

La desquamation en écailles s'observe au niveau des mains, et en particulier sur la face palmaire ; elle a son maximum dans les espaces interdigitaux.

Sur la plus grande partie de la surface, la desquamation est furfuracée ; lames épidermiques très minces, très fines, très adhérentes, à bord et à forme très irréguliers, moulées sur les moindres aspérités de la peau. Sur le ventre, l'épiderme non encore desquamé est noirâtre.

Le cône épidermique caractéristique manque ici, la maladie étant trop avancée; nous verrons cependant en étudiant le cuir chevelu qu'on en retrouve des vestiges.

Ce qu'il y a de plus caractéristique, c'est l'existence de vastes plaques blanches, poudreuses, crayeuses, qui couvrent toute la moitié antérieure du cuir chevelu, du front à la nuque. Ces plaques seraient continues en un seul enduit, si la malade ne les avait craquelées par le grattage. On les détache en les soulevant, en les arrachant; jamais leur avulsion ne fait apparaître de sang.

Elles descendent sur le front ; il y a quelque temps celui-ci était entièrement cuirassé, mais il est actuellement un peu dépouillé ; les accumulations farineuses reparaissent au niveau des sourcils; elles sont abondantes en avant de l'oreille et sur le bord libre du pavillon.

Prurit. — Nul au début de la maladie, il est actuellement très intense au lit, le soir et la nuit, surtout au niveau des mains.

Rien du côté de la sensibilité, légèrement obtuse dans les points où l'épiderme est notablement épaissi.

Etat des phanères. — Toutes présentent des lésions ou des anomalies.

Ongles. — Les lésions des ongles sont caractéristiques : elles ont leur maximum à la main droite et au pied droit.

L'ongle est extrêmement épaissi, recourbé en arc, fendillé en long sur les doigts, présentant des bourrelets transversaux sur les orteils. Il semble se détacher du lit de l'ongle, comme poussé par une desquamation sous-onguéale ; la lunule, devenue rouge, a pris des proportions considérables ; les bords mêmes des couches les plus externes de l'ongle semblent se soulever ; du reste, tout le système péri-onguéal est indolent, sec, normal.

Petit à petit, l'ongle arrive à être soulevé dans sa moitié inférieure, il se casse et tombe en laissant le lit déjà couvert d'une couche onguifiée, puis il repousse et évolue de même avec une grande rapidité.

Du côté des poils, il semble au premier abord que la malade est devenue glabre ; en fait, sauf au niveau des aisselles, tous les poils sont tombés et le pénil est entièrement nu ; cependant, en examinant les régions avec soin, et à jour frisant, on voit un très grand nombre de petits poils très fins, dorés, incolores, qui contrastent avec la pigmentation intense des poils anciens.

Quant aux cheveux, ils manquent presque totalement sur toute la moitié occipitale de la tête ; on en retrouve çà et là quelques pinceaux ; un assez grand nombre de cheveux minces et incolores commencent à pousser. Quand on les examine avec soin, on voit que *quelques-uns* d'entre eux traversent à leur naissance une squame très petite, et si on les arrache, ils viennent en entraînant une imperceptible bague épidermique. C'est le seul rudiment de cône épidermique que nous ayons découvert. Sur toute la surface de dépilation, le cuir chevelu est rose vif, tendu, luisant, mince, couvert d'écailles assez larges.

Dans la moitié antérieure du cuir chevelu, les cheveux,

d'ailleurs ternes, secs, peu adhérents, pauvres, ont été relativement conservés; on les voit naître non pas de la peau qui est entièrement dissimulée, mais d'un enduit farineux, continu, d'un blanc sale.

Des sourcils, il ne subsiste que la partie la plus interne. Le reste semble avoir disparu; ils sont représentés par une repousse énergique de petits poils nombreux, fins, décolorés, qui percent une couche de revêtement plâtreux un peu moins compact que celui du cuir chevelu.

Dents : normales.

Etat du système ganglionnaire. — Etat normal, sauf dans l'aisselle droite où un petit ganglion superficiel s'est tuméfié et a suppuré consécutivement à une ulcération d'un doigt de la main correspondante.

Muqueuse buccale. — Toute la muqueuse de la face interne des joues présente la teinte blanchâtre et l'infiltration de la leucoplasie syphilitique la plus avancée. Une vaste plaque ulcérée, superficielle, occupe la face interne de la joue gauche. Rhagades aux commissures.

La langue et la gorge sont normales.

Rien aux viscères. Pas de sucre ni d'albumine. Voici l'analyse des urines faite par M. Gérard, agrégé, chef du laboratoire des cliniques :

« Réaction acide. Densité 1.015. Urée 7.68. Acide phosphorique 0.36. Ni albumine, ni glycose. »

Rien du côté des yeux que deux ou trois petites pustules d'acné sur le bord des paupières.

L'état général est excellent.

3 *novembre.* — Les démangeaisons ont été considérablement diminuées par le valérianate d'ammoniaque (0.50).

4 *novembre.* — Excision d'un fragment de peau (voir plus loin les résultats de l'analyse histo-bactériologique).

On donne 0 gr. 15 de tannate de mercure. Glycérolé tartrique.

6 *novembre.* — Amélioration sensible surtout sur les avant-bras depuis deux ou trois jours. On supprime aussitôt Hg dont la malade n'a pris que deux pilules.

8 *novembre.* — Amélioration très rapide. Les démangeaisons ont presque complètement cessé; la rougeur disparaît sur les avant-bras. La desquamation farineuse des sourcils a disparu. La région occipitale est dépouillée. Pas de modifications sur les membres inférieurs.

10 *novembre.* — L'amélioration s'accentue et se généralise; la desquamation a disparu sur la poitrine et le dos; des plaques de peau saine apparaissent.

Ichthyol en pommade.

12 *novembre.* — Tout l'enduit farineux du cuir chevelu est parti, enlevé par la malade; tous les cheveux sont tombés avec lui. La peau s'assouplit et reprend sa teinte normale; elle présente des saillies irrégulières, rouges, qui vont en s'atténuant.

15 *novembre.* — Amélioration continue. Elle s'accentue surtout sur les mains et les doigts qui sont presque dépouillés, deviennent moins rouges et recouvrent leurs mouvements. Le revêtement squameux presque continu des deux cous-de-pied diminue.

20 *novembre.* — La décoloration, l'assouplissement, le décapage se continuent. Les ongles sont encore peu modifiés.

On donne Hg pour la syphilis.

9 *décembre.* — Rien de particulier dans l'évolution de la maladie qui s'améliore régulièrement. Actuellement, la disquamation et l'hyperkératose ont disparu à peu près partout. La peau est un peu grenue sur la nuque. Il y a sur le cuir chevelu une repousse extrêmement intense de cheveux fins, frisés, d'une couleur dorée, très pâle.

Les ongles poussent normaux; leur extrémité qui n'est pas éliminée présente seulement les déformations du début.

Les lésions syphilitiques de la bouche rétrocèdent, mais assez lentement.

Sur la peau de la poitrine, sur les doigts, on voit une assez grande quantité de taches d'un rouge vif, très irrégulières, d'apparence papuleuse; mais au toucher on s'aperçoit qu'il n'y a à leur niveau aucune saillie du tégument. L'infiltration a disparu partout.

Les règles sont revenues. L'état général est excellent.

1er *janvier.* — L'amélioration continue lentement.

Dans ce cas, l'association du pytiriasis rubra pilaris avec la syphilis, avec une syphilis inavouée, nous fournit de sérieuses difficultés. Au début nous pensâmes avoir affaire à une exception à la loi de l'intégrité des muqueuses dans cette maladie; mais cela paraissait si paradoxal que nous finîmes par dépister les antécédents ou mieux les aveux.

Il est remarquable que si nous avions commencé huit jours plus tôt le traitement spécifique, on n'aurait pas manqué de lui attribuer l'amélioration rapide que nous avons vue survenir, spontanément en somme, car on ne peut guère admettre l'influence bien énergique du glycérolé tartrique.

Quant à l'ensemble des symptômes, il fut toujours très caractéristique; l'absence des cônes épidermiques, absence en rapport évidemment avec le degré et l'évolution avancée de la maladie, ne nous inspira pas de doutes sérieux, les autres signes étant tout à fait suffisants. On peut regarder ce cas comme représentant cliniquement l'allure moyenne du pityriasis rubra pilaris.

Il est remarquable que ces différentes observations se rapportent à des types très variés de l'affection qui nous occupe.

Le second cas de Galewsky possédait, ainsi que nous l'avons fait remarquer, une apparence exanthématique assez caractérisée par le début extrêmement rapide en poussées érythémateuses; son premier malade représente au contraire un exemple des formes tenaces qui persistent pendant plusieurs années, résistant à toute médication et même au temps.

J'ai peu de choses à ajouter au sujet de mon observation au point de vue clinique; si nous avons indiqué la difficulté que nous avons eue à y démêler la syphilis, on voit du moins combien est primordiale la loi de l'intégrité des muqueuses dans le pityriasis rubra pilaris, et quels secours sa connaissance peut fournir en pareille occurrence. Enfin c'est un exemple rare d'une chute complète des cheveux, phénomène assez exceptionnel, à ce degré surtout.

W. Dubreuilh a rapproché lui-même son observation de celle de Hans von Hébra en insistant sur les placards de lichénification qui survécurent pendant quelque temps à l'érythrodermie pityriasique. On ne manquera point d'en rapprocher également celle de Neumann, surtout si l'on a vu la figure que cet auteur donne de son malade. Evidemment, ce sont ces cas d'interprétation difficile à certaines périodes de l'évolution qui ont permis de discuter les diagnostics. Ce sont eux qui font la transition, tout apparente, bien entendu, avec quelques-uns des lichens, surtout avec le lichen ruber acuminatus de Kaposi.

Il n'y avait pas lieu de s'occuper en ces différentes occasions de différencier la maladie d'avec l'ichthyose ou la série des kératoses pilaires. Entre le pityriasis rubra de Hebra et le pityriasis rubra pilaire de Devergie, Richaud, Besnier, il n'existe pas de confusion possible. Jadassohn, dans le grand travail qu'il vient de consacrer (1) à la première de ces dermatoses, exprime bien cette opinion sur laquelle on s'accorde unanimement. Nous n'avons pas eu à songer sérieusement au psoriasis; les localisations de cette affection, sa marche, l'absence de plaques plâtreuses (granitées) sont les éléments fondamentaux du diagnostic. Nous ne pouvons ici insister sur toutes ces différenciations; elles nous entraîneraient beaucoup trop loin; le lecteur qui désirerait des indications plus détaillées se reportera au chapitre annexé à la traduction de Kaposi par MM. Besnier et Doyon (2e édition, 1892, T. I, p. 603).

(1) *Arch. für Dermat. und Syphilis*, 1892 (analysés par Doyon dans les *Annales de dermatologie*).

Reste la question des lichens ; je ne crois pas utile d'insister sur l'élimination du lichen de Wilson. Le lichen ruber acuminé des Américains n'est, comme l'a montré M. Brocq, que l'équivalent du pityriasis pilaire. Le lichen ruber acuminé de Unna n'a rien de commun avec le cas qui nous occupe. Il est très difficile d'être fixé sur le lichen ruber du type Hebra, cette maladie si grave qu'on ne rencontre plus guère. Reste la forme décrite par Kaposi qui défend toujours mais plus mollement son existence. Il semble bien, si l'on se rapporte aux discussions des différents congrès (Congrès international, Paris 1889, Congrès allemand de 1892), que la majorité des dermatologistes de langue allemande tendent à considérer ces faits comme identiques au pityriasis rubra pilaire. Il est clair que c'est la présence de l'élément papule sous ses différentes formes qui obscurcit le problème. Mais la papule est un accident non pas essentiel, mais singulièrelièrement fréquent du pityriasis rubra pilaire, surtout aux périodes de début. L'observation de Neumann est tout à fait instructive à ce point de vue. Elle montre à merveille les changements qu'on peut observer dans l'aspect offert par la maladie. Elle montre aussi, ainsi que les cas de H. von Hebra et de Dubreuilh, la possibilité des lichénifications secondaires qui peuvent marquer les périodes avancées du mal. Cela ne veut pas dire que tous les cas que Kaposi considère comme des lichens rubers ressortissent à la maladie de Devergie-Richaud-Besnier. Je pense qu'il faudra isoler parmi eux des affections différentes. Le nombre des érythrodermies exfoliantes est considérable, et on en isole constamment de nouvelles variétés (Besnier : les érythématoses tuberculeuses, Annales de dermatologie, mai 1892. Besnier et Hallopeau : érythrodermie premycosique, id., p. 987, etc. Voyez aussi la singulière épidémie décrite par Sawill, analysée par Sabouraud in Annales de dermatologie de la même année). Il est extrêmement probable que le temps opérera la sélection nécessaire; il est probable aussi que si l'on connaissait les observations détaillées des 66 malades observés en trois ans par le maître viennois et dont le lichen de Wilson réclame certainement une large part, la question serait notablement élucidée.

Qu'on nous permette seulement de faire remarquer une fois de plus l'insuffisance actuelle d'une tradition trop willanique, et les inconvénients d'une importance constamment prépondérante attribuée à l'apparence de l'élément éruptif, surtout considéré à son apparition. Il est infiniment plus important, à notre sens, de s'attacher à l'étude de son evolution. Nous allons voir que l'étude anatomo-pathologique corrobore cette opinion.

III

Anatomie pathologique. — Observations nouvelles de Galewsky, Neumann. Elles confirment les données admises. — Etude de notre cas. — Nécessité d'insister sur l'apparence inflammatoire de la lésion.

En effet, la constante préoccupation des auteurs qui ont pu examiner des fragments de peau atteinte de pityriasis rubra pilaire semble être d'insister sur l'opposition qu'on doit établir entre les lésions du lichen plan et celles de la maladie de Devergie-Richaud-Besnier.

Dans la description actuellement classique (Robinson, Ira van Gieson, Jacquet), on admet que les lésions de l'épiderme sont, toutes proportions gardées, plus importantes que celles du chorion. Sans aller jusqu'à considérer les altérations cornées comme primitives, et leur attribuer le premier rang, E. Besnier semble pencher vers une opinion mixte. Néanmoins, c'est l'habitude d'opposer le pityriasis rubra pilaire au lichen plan.

Voici, du reste, les examens de Galewsky et de Neumann.

Galewsky. — Les résultats obtenus dans ses deux cas étaient concordants :

Sur toutes ces préparations, on notait une légère hypertrophie du réseau ; les papilles étaient un peu gonflées et allongées, sans atteindre le degré d'hypertrophie qu'elles présentent dans le lichen plan. Le corps muqueux était un peu épaissi ; le stratum granulosum, aminci et épaissi par endroits, n'offrait rien de bien net. Partout où les lames cornées étaient accumulées, on découvrait des débris de noyaux, les uns éparpillés, les autres agglomérés. Les cônes cornés coiffaient les glandes sébacées correspondant aux poils ; dans quelques cas très rares, elles répondaient à des sudoripares.

Sur le second des deux malades, les glandes sébacées étaient saines. On poursuivait la spirale du canal excréteur des sudoripares à travers les feuillets cornés épaissis. Galewski n'a pas retrouvé l'élargissement kystique et les débris cellulaires qu'y a vus Jacquet. Sur deux fragments, il a retrouvé les cônes jumeaux décrits par Bœck. Les follicules pileux restent normaux dans leur première partie. Au-dessus, ils sont élargis en entonnoir et remplis de lames cornées concentriquement adossées. Sur les parois de l'infundibulum, on retrouve les lésions connues : infiltration du chorion, inégalité de la couche granuleuse, léger épaississement du corps muqueux.

Sur le cuir chevelu, rien de particulier, si ce n'est un certain degré de prolifération conjonctive et quelques cellules embryonnaires.

Rien d'anormal du côté de la pigmentation, rien du côté des fibres élastiques ou conjonctives.

Galewsky insiste sur les différences avec le lichen de Wilson et il considère la maladie comme une hyperkératose exfoliatrice.

Neumann (Examen sur les coupes de Céak) confirme d'une manière générale les données françaises :

La couche cornée desquame en grosses lamelles qui comblent entièrement les orifices des sudoripares et qui pénètrent dans la profondeur de l'infundibulum du poil qui est séparé de sa papille. Le goulot des glandes sébacées est obturé par les cellules de la gaine externe. Les couches cornées sont disposées en colonnes comme dans toutes les hypertrophies épidermiques, et elles sont immédiatement en contact avec les cellules épineuses, la couche de Oehl manquant. Couche génératrice normale, Papilles augmentées de volume. Glandes sébacées normales; le canal excréteur des sudoripares est dilaté.

Sous le derme, on constate un peu d'hyperémie et quelques cellules embryonnaires.

Neumann insiste de nouveau sur l'opposition qui existe entre ces lésions et celles du lichen planus.

Les résultats que nous a donnés l'examen d'un fragment excisé au-dessus de l'épitrochlée droite, fragment volumineux, comprenant toute l'épaisseur du derme et un peu du tissu conjonctif sous-cutané, nous ont conduit à des résultats différents, du moins comme interprétation. Je ferai seulement remarquer : que l'excision fut pratiquée sur une région glabre, qui présentait des lésions macroscopiques considérables d'hyperkératose blanche, et qu'elle fut faite à un moment où la malade était encore en pleine poussée érythémateuse.

(Fixation par l'alcool absolu).
Carmin aluné ; picro-carmin.
1° Hypoderme : normal.
2° Derme. Dans les couches profondes, l'étage lymphatique du derme, on ne voit rien de bien anormal.

Il n'en est plus de même au niveau des papilles et de la zone du réseau. Nous voyons : une dilatation vasculaire évidente ; une diapédèse très abondante ; un grand nombre de cellules embryonnaires infiltrent toutes les papilles, et dans toute leur hauteur à partir des arcades vasculaires. Les papilles sont très sensiblement allongées, de forme un peu flexueuse. Pas de modifications des fibres conjonctives et élastiques).

3° Couche génératrice, normale.

4° Corps muqueux. Celui-ci présente une extrême irrégularité d'épaisseur ; d'épaisseur normale ou augmenté de volume dans les espaces interpapillaires, il se réduit parfois à deux ou trois couches de cellules au sommet des papilles. Les cellules épithéliales ne nous ont rien révélé d'anormal; nous y avons retrouvé un petit nombre d'éléments en karyokynèse; mais nous y avons vu une assez notable quantité de globules blancs déformés, logés entre les cellules épithéliales; rien à noter du côté des pointes de Schultze.

Les étages les plus superficiels (stratum granulosum) sont gorgés d'eléidine; celle-ci offre évidemment une abondance tout à fait anormale; elle entoure des noyaux clairs, gonflés, pauvres en chromatine. Ces cellules à eléidine se prolongent quelquefois jusque dans les espaces interpapillaires.

5° Les couches cornées s'insèrent directement sur la précédente. Elles présentent l'épaississement en colonne ordinaire. Mais on y note un caractère tout particulier : on retrouve très facilement, et sans faire agir les sels de soude, les noyaux, tous les noyaux jusque dans les feuillets les plus externes. Ils sont du reste plus ou moins bien portants, suivant les couches, mais d'une façon très irrégulière; cela se traduit très bien par les inégalités de coloration orange et jaune que donne le picro-carmin; le carmin aluné montre bien l'existence ou, mieux, l'apparence des noyaux. On retrouve des grains d'eléidine autour de plusieurs d'entre eux.

Les sudoripares sont saines, sauf un degré modéré d'infiltration périphérique. Il n'y avait pas de follicules sébacés sur le fragment excisé. Les fibres musculaires étaient normales. Enfin on notait, et cela encore mieux après l'action des couleurs d'aniline, la présence dans l'axe des papilles de nombreux leucocytes chargés d'un pigment brun, qu'on retrouvait même, très rarement d'ailleurs, dans l'épaisseur du corps muqueux.

On le voit, dans ses caractères généraux, la description des lésions que nous avons constatées se rapproche sensiblement des données antérieures, confirmées elles-mêmes par Galewsky et Neumann. Mais il nous semble qu'elle en est distinguée par un point important : l'intensité des désordres dans la zone du réseau des capillaires superficiels, et l'apparence nettement irritative, inflammatoire même de la lésion. M. le Pr Hermann, à qui nous montrâmes nos préparations, voulut bien nous confirmer dans notre opinion. Il était naturel d'en conclure à la présence possible de micro-organismes.

Nous colorâmes un certain nombre de coupes par la méthode de Gram, et nous crûmes avoir constaté la présence d'un très petit bacille occupant l'étage profond du derme. Cependant des doutes nous restaient, car si nous avions pu facilement distinguer ces éléments des grains de pigment, il n'était pas aussi certain que ce ne fût pas là des débris de chromatine incomplètement décolorés. Sur de nouvelles coupes, nous colorâmes le fond avec le carmin aluné avant le Gram, et sur d'autres, nous employâmes la méthode de Kühne. Nous ne retrouvâmes pas ces bacilles. Nous eûmes alors recours à l'extrême compétence de M. Unna (1). Le maître de Hambourg voulut bien examiner nos coupes et faire lui-même des préparations d'un fragment que nous lui avons envoyé (méthode de Weigert, méthodes personnelles de Unna) : le résultat de ces examens fut que je m'étais trompé. Dans aucune préparation, il ne put être retrouvé d'apparence certaine de micro-organismes.

IV

Nature inflammatoire, peut-être infectieuse, du pityriasis rubra pilaire.

Cependant, nous ne trouvons pas là une raison suffisante de ne pas considérer le pityriasis rubra pilaire comme une maladie réellement inflammatoire. Nous ne faisons que suivre l'opinion de Besnier en nous refusant énergiquement à regarder cette maladie comme une kératose au sens d'Auspitz. L'anomalie de kératinisation présente un aspect tout spécial dû à la persistance des noyaux que l'on peut retrouver jusqu'au niveau des couches de desquamation les plus externes. Le corps muqueux est nettement sain. On ne peut considérer comme une lésion primitive la richesse extrême de l'éléidine, et la pauvreté en chromatine des noyaux des cellules ainsi surchargés d'éléidine n'a rien de paradoxal. Tout au plus pouvons-nous noter comme anomalie douteuse, la présence de quelques cellules lymphatiques dans le corps muqueux. Enfin l'absence de poils dans une zone pourtant évidemment fort malade, l'intégrité déjà connue antérieurement des sudoripares et des sébacées achèvent de détourner de l'idée d'une épidermidose.

Il faut chercher la vraie lésion dans l'étage supérieur du derme; nous avons vu comment elle s'y manifestait, et quels rapports elle affectait avec la distribution vasculaire superficielle. Tout cela nous porte à admettre la valeur *inflammatoire* réelle des désordres anatomiques. Ce n'est point ici le lieu d'agiter la question de l'identité à établir entre l'inflammation et les processus infectieux, généraux ou locaux. Bornons-nous à faire remarquer que les apparences cliniques ne sont pas, autant qu'il semble d'abord, défavorables à cette notion; elle nous paraît bien appuyée par l'existence de ces formes réellement exanthématiques de la maladie qui ont été assez souvent signalées. Il faut, du reste, espérer que des faits plus décisifs, des recherches plus heureuses, découvriront un meilleur critérium d'appréciation. Pour le moment, c'est à cette idée que nous nous arrêtons.

M. Hallopeau, frappé de la quantité des matières grasses qui ont été constatées dans les produits de desquamation de deux malades, pense qu'il faut chercher l'origine de la maladie dans une anomalie de la sécrétion graisseuse, sudoripare et sébacée. Nous ne pouvons pas partager cette opinion, qui est, à notre avis, tout à fait en contradiction avec ce que nous savons de l'état anatomique des glandes. S'il y a hyperproduction de matières grasses, c'est là un phénomène de simple suractivité physiologique, se produisant sous l'influence de l'hyperhémie. Dans un autre ordre de faits, on peut rapprocher le phénomène de l'hyperkératose, toute passive à notre avis. Pour ma part, je ne suis nullement frappé de la parenté, objective ou non, qui existerait entre l'eczéma séborrhéique et le pityriasis rubra pilaire.

J'ai peu de choses à ajouter à ce qui précède. Au point de vue pratique, on notera l'impuissance du traitement, et la facilité qu'il y aurait à confondre la marche naturelle de la maladie avec l'influence thérapeutique. Des malades ont été améliorés par l'arsenic. Tout porte à croire qu'ils eussent également guéri sans son intervention. Je pense cependant qu'il faudra aider la vieille « force curatrice »; on réalisera cette indication en facilitant le décapage par des corps gras aussi peu irritants que possible. Il nous a semblé que l'ichthyol et la résorcine en pommades avaient agi comme on le souhaitait. Le seul fait précis et pratique que nous puissions signaler est l'amélioration très rapide des démangeaisons par le valérianate d'ammoniaque. Encore faut-il se souvenir que l'amélioration générale des symptômes commença à se manifester bien peu de temps après la cessation de ce phénomène.

(1) Je ne saurais trop remercier M. Unna de son exquise bienveillance.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Cécité verbale (Nota clinica sopra un caso di cecità verbale), par G. Pacetti (*La Riforma medica*, 27 octobre 1892, n° 247, p. 256). — Homme de 37 ans, sans antécédents héréditaires : à la suite de rhumatisme articulaire aigu, il fut pris d'hémiplégie droite avec paralysie du facial inférieur, aphasie totale, et perte de la vue de l'œil droit. Plus tard cette dernière fonction se restaura. A l'examen, rien du côté des yeux (pas d'hémiopie ?), hémiplégie droite spasmodique, avec légère diminution de la sensibilité. Les troubles du langage consistent actuellement en une légère paraphasie, et en les particularités suivantes. Pour lire, il reconnaît bien les lettres, mais ne peut les énoncer. Il peut copier, mais sans comprendre ce qu'il écrit, de la main gauche (car il est gaucher). L'auteur conclut des considérations dont il fait suivre l'exposé du cas à l'indépendance et à l'autonomie des centres de la lecture et de l'écriture.

Paralysie faciale totale bilatérale (Paralysi facciale totale bilaterale e paraparesi da polinevrite), par G. Pugliesi (*La Riforma medica*, 9 novembre 1892, n° 257, p. 375). — Sujet âgé de 40 ans, sans antécédents héréditaires, mère de sept enfants, qui fut prise sans cause appréciable de douleurs dans les membres, dans la nuque avec parésie, qui duraient depuis une vingtaine de jours, quand elle entra dans le service. On constata à ce moment une paralysie faciale double ; du côté des membres, les supérieurs sont indemnes, mais aux inférieurs il y a parésie. Il n'existe ni anesthésie, ni atrophie musculaire. Les réflexes patellaires sont conservés. L'auteur met cette paralysie faciale double avec para-parésie des membres inférieurs sur le compte d'une polynévrite.

L'amblyopie transitoire, par A. Antonelli (*Archives de Neurologie*, 1892, n° 71, p. 203, n° 72, p. 423). — L'auteur propose de substituer le nom d'amblyopie transitoire à la dénomination de migraine ophthalmique, en raison de la valeur séméiologique du trouble de la vision dans les diverses formes de ces migraines. Ce symptôme doit être rangé, dans la plupart des cas, parmi les troubles nerveux dynamiques, même lorsqu'il figure à titre prodromique dans l'histoire d'une névropathie organique. Caractérisée par des troubles oculaires différents (scotome périphérique central, scintillant, hémiopie, amblyopie ou amaurose) survenant subitement et disparaissant de même, accompagné souvent de douleurs de tête, de vomissements, de phénomènes vaso-moteurs, de convulsions, de parésies, de paresthésies et de troubles du langage, l'amblyopie transitoire s'observe fréquemment soit en conséquence de l'anémie, de la goutte, du diabète, soit comme épisode neurasthénique, hystérique, épileptique, soit enfin comme prodrome du tabes, de tumeurs du cerveau, de la paralysie générale et peut-être idiopathique. Elle paraît causée par une anesthésie ou une irritation des centres visuels corticaux (cunéus et 1re circonvolution occipitale) survenue en conséquence de troubles circulatoires. Le traitement en variera suivant les cas : le repos en décubitus horizontal les yeux fermés pourra mitiger l'accès, les bromures en prévenir le retour.

De l'onomatomanie, par Charcot et Magnan (*Arch. de Neurologie*, 1885, n° 19, p. 157, 1892, n° 70, p. 1, n° 71, p. 161, n° 72, p. 369). — Les auteurs distinguent plusieurs variétés du syndrome et en rapportent des observations correspondantes qui servent de base à des descriptions cliniques et à des considérations pathogéniques. Il existe ainsi cinq formes de la même obsession ; dans l'une, on constate un appétit irrésistible du nom ou du mot qui pousse à la recherche angoissante, ne laissant du repos qu'au moment où le mot retrouvé donne satisfaction au centre cortical qui le réclame. Dans une autre forme, le mot obsédant s'impose brusquement à l'esprit du sujet qui est poussé, malgré ses efforts, à le projeter brusquement au dehors. Une troisième forme consiste en ce que certains mots provoquent une terreur folle revêtant, pour le malade, une influence funeste. Les mots acquièrent dans une quatrième forme un pouvoir préservateur. Il arrive en dernier lieu, pour une cinquième variété, que les mots deviennent pour le patient un véritable corps solide indûment avalé, pesant sur l'estomac et pouvant être rejeté par des efforts d'expuition et de crachement. Toutes ces variétés d'onomatomanie rentrent dans la classe des syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale héréditaire, et peuvent au reste s'associer avec des formes de délire conscient analogues. L'isolement et le traitement moral sont seuls efficaces au point de vue thérapeutique.

MÉDECINE

Un cas de morve chez une femme, par Péchère (*Journ. de méd. et de chir. de Bruxelles*, 17 décembre 1892, p. 869). — Femme de 62 ans, institutrice. Il a été impossible de trouver l'origine de l'infection. Après une bronchite grave, de longue durée, la malade a dû s'aliter à cause de la grande faiblesse générale, de la céphalée et des douleurs articulaires qu'elle éprouvait. Puis se montra une éruption d'une grande intensité et un écoulement nasal. La mort arriva au milieu d'un coma profond, accompagné d'hypothermie. Le diagnostic de morve fut confirmé par l'examen du liquide des pustules et par l'inoculation au cobaye. Tout porte à croire qu'il s'agit ici d'un cas de morve aiguë survenue au cours d'une farcinose chronique.

Spermine (Der Nachweis des Spermins in verschiedenen Drüsen thierischen Organismus und die chemische Zusammensetzung des Brown-Sequard'schen Heilsmittels), par le prof. Poehl (*Deut. med. Woch.*, 8 décembre 1892, p. 1125). — Les procédés de stérilisation du liquide testiculaire de Brown-Séquard sont insuffisants ; les toxines ne sont pas détruites. L'auteur, dans diverses publications antérieures, a fait connaître la spermine qu'il est parvenu à isoler, et dont l'emploi en injections est absolument sans danger. De nombreuses recherches faites sur des organes frais ont montré que la spermine n'était pas un élément spécial à l'appareil de reproduction mâle, mais qu'elle existait dans un grand nombre de glandes (ganglions lymphatiques, rate, pancréas) et même dans l'organisme femelle (ovaires). Probablement elle existe dans tous les organes, mais en plus ou moins grande proportion. L'auteur n'a pas encore réussi à en démontrer l'existence dans le foie ni dans le cerveau.

Tétanie des enfants et spasme laryngé (Die Tetanie der Kinder und ihre Beziehungen zum Laryngospasmus), par Loos (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, t. L, p. 169). — La tétanie de la première enfance se traduit assez rarement par les contractures toniques spontanées qui forment la caractéristique de la tétanie de l'adulte. Par contre, le spasme laryngé, qui est rare chez l'adulte, est ici très fréquent. La nature de l'affection est indiquée par la présence constante des symptômes que l'on peut constater dans la tétanie de l'adulte : signe de Trousseau, signe de Chvostek (hyperexcitabilité mécanique du nerf facial).

Étiologie des pleurésies (Ein Beitrag zur Ætiologie und Pathologie der Pleuritis), par L. Ferdinand de Bavière (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Bd L, p. 1). — Etude portant sur 23 cas de pleurésies de toute nature, aux points de vue bactériologique, clinique et thérapeutique. L'auteur en conclut que : 1° la majorité des épanchements séreux ne renferme pas de microbes (5 sur 9) ; 2° la plupart des épanchements stériles sont de nature tuberculeuse (4 sur les 5 précédents) ; 3° les épanchements peuvent rester séreux, même quand ils sont dus à des agents le plus ordinairement pyogènes (pneumocoques, staphylocoques). Cette remarque ne s'applique pas au streptocoque qui engendre fatalement la purulence. Les cas les plus favorables pour la restauration *ad integrum*, sont les pleurésies méta-pneumoniques, puis viennent les pleurésies séreuses à staphylocoques. Les pleurésies à streptocoques exigent toujours l'empyème, même quand l'épanchement est séreux à un premier examen.

Maladie de Weil (Weitere Mittheilungen über die Weil'sche Krankheit), par Siedler (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1892, t. L, p. 232). — En s'appuyant sur ses observations personnelles et sur les travaux antérieurs, l'auteur admet que la maladie de Weil est une maladie spécifique, mais dont l'agent infectieux nous est encore inconnu. Elle est vraisemblablement identique à la typhoïde bilieuse décrite

par Griesinger en 1852 au Caire, et qui s'observe encore à Alexandrie. Elle est bien distincte du typhus abdominal et de la fièvre récurrente. Cliniquement, elle débute sans prodromes, par un violent accès fébrile accompagné de frisson. L'ictère survient du 3e au 7e jour, en même temps que le foie augmente de volume et devient sensible à la pression. La courbe de la fièvre est caractéristique; elle dure 8 à 12 jours, puis survient une défervescence en escalier. Souvent, du 5e au 8e jour après le retour de la température à l'état normal, il y a une réascension de courte durée. La tuméfaction de la rate, la coexistence d'une néphrite sont de règle, les complications broncho-pulmonaires sont exceptionnelles. Dans nos climats, le pronostic de la maladie est bénin.

Anatomie pathologique du diabète (Beitrag zur pathologischen Anatomie des Diabetes mellitus), par Sandmeyer (*D. Arch. f. klin. Med.*, vol. 50, p. 381). — Cas de diabète chez un enfant de neuf ans, terminé par la mort après une durée de deux ans. Tous les organes ont été examinés avec le plus grand soin; les lésions constatées ont été les suivantes : dégénérescence graisseuse typique des épithéliums du rein, stéatose assez accentuée du cœur, un petit territoire de dégénérescence dans la moelle cervicale (méthode de Marchi). Le bulbe au contraire était sain, et le pancréas examiné à l'aide des méthodes histologiques les plus variées n'a présenté aucune lésion. Ce fait démontre que l'altération du pancréas n'est pas nécessaire à la production du diabète, et que tous les diabètes graves ne sont pas nécessairement d'origine pancréatique.

CHIRURGIE

Anus vestibulaire chez une fille de quatorze ans (Anus præternaturalis vestibularis), par Himmelfarb (*Arch. f. Gynækol.*, 1892, Bd XLII, p. 372). — L'auteur rapporte un cas d'anus vestibulaire chez une fille de 14 ans. L'anus, bien conformé, se trouvait immédiatement au-dessus de la fourchette, en arrière de l'hymen, et conduisait dans le rectum qui était tout droit. La cloison recto-vaginale était très mince et composée exclusivement de deux muqueuses. L'urèthre était à sa place, l'utérus normal. Pas de troubles fonctionnels.

A part cette malformation, la malade présentait un pouce gauche rudimentaire et n'avait que quatre doigts sur sa main droite.

Une tante de la malade fut opérée à la clinique de Kieff, à l'âge de 12 ans, pour une malformation des organes génitaux, malformation sur laquelle l'auteur n'a pu obtenir aucun renseignement.

Macrochélie par adénome des glandes muqueuses de la lèvre inférieure (Ueber einen Fall von Makrocheilie durch Adenome der Lippenschleimdrüsen), par Fraenkel (*Arch. f. klin. Chir.*, 1892, Bd XLIV, p. 95). — L'auteur rapporte un cas de macrochélie de la lèvre inférieure chez un jeune homme de 21 ans présentant en même temps de l'asymétrie de la face et des maxillaires. L'affection avait débuté à 4 ans et l'hypertrophie augmentait tous les ans. La lèvre pendait jusqu'au bas du menton, était couverte de mucus et, contrairement à ce qui s'observe dans ces cas, présentait une souplesse parfaite.

L'opération a été faite par Schede. A l'examen microscopique de la pièce, on trouva que l'hypertrophie était due à une simple prolifération des glandes muqueuses de la région. Il n'existait aucune trace de dégénérescence ou de formations néoplasiques ou de produits inflammatoires; l'épithélium glandulaire était tout à fait normal.

Il s'agissait donc d'un adénome simple des glandes muqueuses de la lèvre. Un cas analogue a été publié il y a huit ans, par Wright.

Pyohémie par otite (Aural pyæmia successfully treated by removing putrid thrombus of jugular vein and lateral sinus), par Parker (*British med. Journ.*, 1892, p. 1076). — Un enfant de 14 ans reçut un traumatisme dans la région de l'oreille gauche; il eut pendant longtemps un écoulement purulent par cette oreille. Il entra à l'hôpital en août 1891 ayant des douleurs, des frissons, des vomissements, de la fièvre, des vertiges, de la somnolence et un peu de délire. Le gonflement avait envahi le cou. On fit le diagnostic de phlébite de la veine jugulaire. Le 21 août 1891, on opéra : incision longue de 15 à 20 centim. entre l'apophyse mastoïde et la veine jugulaire; on trouva la veine jugulaire et l'embouchure de la faciale envahies par la thrombose; section de ces deux veines entre deux ligatures et excision de leurs portions thrombosées; on ouvrit la région mastoïdienne à la gouge et au maillet et on trouva le sinus latéral rempli par un caillot verdâtre. On excisa les portions thrombosées. Le malade alla beaucoup mieux dès le lendemain, mais la température ne tarda pas à remonter. On creusa de nouveau la région mastoïdienne, de façon à ouvrir la région des cellules; il s'en écoula un pus fétide et crémeux. Lavage au sublimé. Guérison complète.

Cure radicale de fistule omphalo-mésaraïque (Ueber einen Fall von Radicaloperation einer persistirenden Ductus omphalo-mesaraïcus), par Kehr (*Deuts. med. Woch.*, 1892, n° 51, p. 1166). — Dans un cas de fistule ombilicale conduisant dans un canal étroit et donnant lieu à un écoulement muqueux — ce qui permettait de faire le diagnostic d'oblitération partielle du canal omphalo-mésaraïque, l'auteur fit l'incision du canal à moitié oblitéré, au niveau de son insertion sur l'intestin et ferma la plaie intestinale par une série de sutures. La malade guérit.

L'auteur publie cette observation pour compléter le petit travail d'Alsberg qui fit la même opération à un nourrisson.

BIBLIOGRAPHIE

Etudes de clinique chirurgicale (année scolaire 1890-1891), par A. Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris (avec 36 figures dans le texte). Paris, G. Masson, édit., 1892.

Clinique chirurgicale, par A. Richet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. Paris, J.-B. Baillière édit., 1893.

Si l'on veut se rendre compte de la différence fondamentale qu'il y a entre la chirurgie moderne et la chirurgie ancienne — celle-ci régnait encore en maîtresse il y a 20 ans — on peut prendre assez bien comme points de repère les deux volumes qui viennent de paraître et qui résument la pratique, la pensée, de deux professeurs de notre Faculté. L'un deux, A. Richet, est mort chargé d'années, et son fils nous transmet pieusement le meilleur de son enseignement. L'autre, M. Le Dentu, appartient au contraire à la jeune génération de nos maîtres.

Malgré l'opinion émise par M. Blum dans la préface qu'il a écrite pour le livre de son ancien chef, on peut douter en effet, que Richet ait été un des premiers à adopter en France la doctrine et surtout la pratique antiseptique. Aussi bien, quoiqu'il ait fait régulièrement son service d'hôpital et son enseignement jusque vers 1880, avait-il depuis bien des années renoncé à prendre part et même à assister aux débats de la Société de chirurgie. Or ce n'est guère que devant cette Société qu'ont été bien discutées les conditions théoriques et pratiques de l'antisepsie. Richet préférait s'en tenir aux méthodes qui lui avaient donné de brillants succès et nous pensons qu'il passera toujours comme l'un des derniers représentants de l'ancienne chirurgie.

A cette chirurgie, il ne fallait pas demander les résultats merveilleux qui, de nos jours, exigent la réunion immédiate. Péritoine, viscères profonds, articulations étaient des arches saintes devant lesquelles on dansait, sans y toucher, comme David. Mais ce n'est pas à dire que l'œuvre de nos prédécesseurs ait été négligeable. C'est eux qui, de l'Académie de chirurgie à Gosselin et Richet, ont établi la clinique sur des bases solides, nous ont appris à poser avec facilité des diagnostics aujourd'hui banals, mais qui, à l'époque de Dupuytren, même d'Auguste Nélaton, passaient pour des trouvailles de génie.

Le livre d'A. Richet sera à cet égard utile, en nous montrant avec quel soin examinaient leurs malades ces chirurgiens pour qui les séances opératoires étaient autrement moins

longues et moins répétées que de nos jours. Les leçons sur la scapulalgie, sur les fractures de jambe seront toujours bonnes à lire, tout comme on trouve à chaque instant des pages instructives au plus haut chef dans les cliniques de Gosselin.

Ces études nous paraissent aujourd'hui bien terre à terre; nous y reviendrons sans doute en partie, quand nous serons moins grisés par le plaisir de pouvoir inciser la peau sans tuer presque à coup sûr notre patient. Mais pour qu'on puisse à la fois étudier cliniquement les malades, les opérer, puis étudier les pièces ou les liquides histologiquement et bactériologiquement, il faut un personnel autre que celui dont se contentaient nos pères. Presque tous les chirurgiens actuels l'ont compris; plusieurs déjà l'ont dit, imprimé, répété. Il faut savoir gré à M. Le Dentu de nous apporter un volume, conçu suivant l'esprit moderne, et prouvant qu'avec de la science, de la conscience et du personnel on ne doit plus laisser perdre les matériaux d'une clinique chirurgicale.

Dans ce volume, nous trouvons vingt leçons sur des sujets divers, leçons dont plusieurs sont fort intéressantes, fort étudiées. Mais c'est là, à notre sens, la partie accessoire. L'important, c'est de commencer le volume par une statistique intégrale du service pendant l'année précédente; puis de publier une leçon où les causes des échecs sont étudiées sans que le professeur craigne de s'en attribuer quelques-uns; de terminer enfin par un *recueil de faits*, où sont relatées, avec examens histologiques et bactériologiques, 57 observations intéressantes.

Les publications de ce genre sont fort importantes, car aujourd'hui nous nous plaisons moins aux théories et aux discours qu'aux opérations et aux faits. On ne saurait donc trop féliciter M. Le Dentu de s'être engagé dans cette voie, et le remercier de nous avoir promis une série de volumes semblables.

A. BROCA.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

EPURATION DE L'EAU DE BOISSON, par M. le Dr BURLUREAUX, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Les appareils destinés à la stérilisation des eaux potables sont aujourd'hui assez nombreux, qu'il s'agisse de filtres, en tête desquels il convient de placer le filtre Chamberland, ou de machines plus compliquées mais aussi plus efficaces, comme l'excellent appareil de MM. Rouart, Geneste et Herscher. Il suffit de parcourir les travaux du Comité consultatif d'hygiène pour pouvoir apprécier ce qui a déjà été tenté à cet égard. Parmi les procédés d'épuration plus simples, le procédé Anderson, qui consiste à agiter l'eau suspecte avec de la limaille de fer, puis à déterminer, par le battage à l'air, l'oxydation et la précipitation du sel ferreux, enfin à clarifier l'eau, et le procédé Howatson qui a pour objet la précipitation des sels calcaires et magnésiens, ne donnent que des résultats incomplets. M. Maignen a conseillé de faire agir sur l'eau, avant filtration, un mélange de carbonate de soude, chaux et alun qui, dit M. G. Pouchet, dans un rapport approuvé le 2 mars 1891 par le Comité consultatif, donne au moins au début d'assez bons résultats, mais qui modifie tellement la composition chimique de l'eau qu'il motive les plus expresses réserves.

M. Burlureaux a fait usage d'un procédé à peu près semblable à celui de M. Maignen et il en a conclu que si, au point de vue hydrotimétrique, l'épuration de l'eau était satisfaisante, il en était de même au point de vue microbiologique Il a constaté de plus que ni la chaux, ni le carbonate de soude, ni l'alun ne suffisaient à stériliser et à purifier les eaux malsaines, mais que le mélange des trois substances était nécessaire pour assurer son action. Le mélange auquel, après de nombreuses expériences, s'est arrêté M. Burlureaux, lui a paru non seulement inoffensif mais toujours utile. Reste à étudier la question du filtrage et de la décantation de ces eaux.

LES MÉDECINS ET LES CHIRURGIENS DE FLANDRE AVANT 1789, par le Dr A. FAIDHERBE.

Dans ce livre très documenté, accompagné de pièces justificatives très intéressantes, d'un index détaillé des sources historiques et bibliographiques auxquelles a puisé l'auteur, M. le Dr Faidherbe étudie successivement : la condition sociale des médecins et des chirurgiens souvent opposés les uns aux autres, les études médicales, les examens et le droit d'exercice, les services publics imposés aux médecins, les honoraires, les sociétés médicales, les rapports qui ont pu exister entre la science et la pratique, etc. On y trouvera sur bien des questions une série de renseignements utiles à consulter. Bien qu'il ne s'agisse que d'une région très limitée, le rôle qu'y ont joué les médecins, les philosophes, les naturalistes est assez considérable pour justifier l'auteur d'en avoir entrepris l'étude et pour donner à son œuvre un sérieux et réel intérêt.

LE RÉGIME DES DIABÉTIQUES, par le professeur W. EBSTEIN, traduit par le Dr J. DAGONET. Paris, O. Doin, 1893.

Le Dr Dagonet a été bien inspiré en permettant à un plus grand nombre de médecins français de bien connaître les idées d'Ebstein relativement au régime des diabétiques. Partisan de la doctrine de Bouchard qui considère le diabète comme une maladie due au ralentissement de la nutrition, Ebstein partage aussi l'avis du clinicien français en ce qui concerne les régimes exclusifs. Il est hostile à l'exclusivisme de ceux qui proscrivent rigoureusement les aliments hydrocarburés. Il croit que le régime carné pur prédispose au coma diabétique. Par contre il recommande peut-être avec excès l'usage des substances grasses. Le livre que vient de traduire M. le docteur Dagonet analyse et résume la plupart des ouvrages qui parlent du régime des diabétiques. C'est un ouvrage à lire.

PRÉCIS DE TÉRATOLOGIE (anomalies et monstruosités) CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX, par L. GUINARD, chef des travaux de physiologie à l'école vétérinaire de Lyon. Précédé d'une préface de M. le Dr C. Dareste. Avec 272 figures dans le texte. Paris, J.-B. Baillière, 1893.

Ce précis renferme des descriptions courtes et nettes d'un très grand nombre de malformations de l'homme et des animaux. L'auteur, en effet, et cela s'explique par sa position à l'école vétérinaire de Lyon, a fait de nombreux appels à la tératologie vétérinaire. Les étudiants pourront trouver là un manuel à certains égards commode. Ils lui reprocheront, il est vrai, de ne pas indiquer la thérapeutique opératoire des malformations curables. Quant aux amateurs de recherches scientifiques, ils regretteront que, pour certains chapitres tout au moins — et je citerai ceux qui concernent le bec de lièvre, les fistules du cou — les travaux pathogéniques et anatomo-pathologiques récents ne soient pas suffisamment résumés.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Une dépêche de Cannes nous apprend la mort de notre excellent et affectionné confrère le docteur P. Horteloup qui vient de succomber, à l'âge de 55 ans, aux suites d'une longue et douloureuse maladie. Nous ne pouvons aujourd'hui apprécier, comme elle méritera de l'être au sein des Compagnies savantes ou des Sociétés charitables auxquelles il a appartenu, la vie de ce médecin si consciencieux, si honnête. Fils d'un chirurgien des hôpitaux, chirurgien lui-même à l'hôpital Necker, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, membre du Conseil général de l'Association des médecins de France, Horteloup n'a ménagé ni son temps ni sa peine aux œuvres qu'il considérait comme vraiment utiles. Les éloges qu'il a prononcés devant la Société de chirurgie dont il a été longtemps le secrétaire général aussi bien que ses travaux scientifiques prouvent sa laborieuse activité. Ses nombreux amis s'associeront à nous pour rendre à sa mémoire un légitime hommage.

Nous avons aussi le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Chevandier, sénateur de la Drôme, ancien rapporteur à la Chambre des députés de la loi sur l'exercice de la médecine.

AVIS

MM. les abonnés à la Gazette hebdomadaire *et au* Mercredi médical *sont prévenus qu'à moins d'avis contraire de leur part, une quittance leur sera présentée par la poste dans la dernière semaine de janvier, pour le renouvellement de leur abonnement pendant l'année 1893.*

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.
COMITÉ DE RÉDACTION
MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 20 janvier 1893.

Quelques gaspillages hospitaliers.

A notre dernier article, certains administrateurs pur sang ne manqueront pas de répondre : Vous nous la baillez belle avec vos prétendues économies réalisées par l'élimination des chroniques dans les salles d'aigus. Ça ne diminuera pas d'un sou les dépenses de chaque hôpital. Nous ne sommes pas assez naïfs, en effet, pour croire que les lits ainsi débarrassés resteront vides ; on trouvera toujours de quoi les remplir, et au delà, si bien qu'au total le nombre des « journées de malade » sera le même.

Ce raisonnement, dans son apparente simplicité, est pourtant d'une absurdité énorme. L'argent dépensé à secourir un malade curable n'est pas de l'argent perdu : c'est un placement plutôt qu'une dépense. Hospitalisez un typhique et empêchez-le de mourir, il en coûtera sans doute quelques centaines de francs à l'Assistance publique : mais les économistes nous apprennent qu'une vie humaine vaut de 3 à 4,000 fr. — les calculs varient un peu. Cette prétendue dépense se chiffre donc, en réalité, par un bénéfice d'au moins 2,000 francs pour la Société.

Prenez, au contraire, les chroniques et infirmes : la société, à laquelle ils ont rendu des services, leur doit à son tour un asile et des soins, mais elle n'a guère à garder d'illusions sur l'utilité qu'elle-même pourra ultérieurement tirer des dépenses imposées de ce chef. Si donc elle a le devoir d'assister ces malheureux, elle a le droit, en les assistant, de viser à l'économie.

Poussé à l'extrême, cet argument utilitaire nous conduirait à rétablir l'institution de l'Eurotas pour les infirmes et idiots de naissance, incapables de jamais être utilisés par la société. Les mesures de ce genre sont peu admissibles dans une civilisation comme la nôtre, mais il faut reconnaître qu'aux yeux d'une nation encore un peu rude, elles peuvent être d'une efficacité séduisante. De nos jours, les mœurs sont plus douces, en Europe tout au moins. Nous avons remplacé l'Eurotas par des chansons, et un des plus spirituels de mes camarades a exprimé une idée analogue, pour les jeunes idiots, dans un couplet que je demande la permission de citer, malgré la gravité du journal où j'ai l'honneur d'écrire :

Quand on arrive dans ces lieux,
On voit mainte infirmiè-ère,
Qui d'aller proprement aux lieux
Leur montre la maniè-ère.
Ça coûte bien quelques millions,
La faridondaine, la faridondon,
Mais quel profit pour le pays!
Biribi,
A la façon de Barbari,
Mon ami!

Je crois que la pensée philosophique exprimée sous cette forme badine est exacte, et la civilisation va à chaque instant à l'encontre des lois de l'amélioration de l'espèce par la sélection. Mais je ne veux pas entrer dans une dissertation de ce genre, et je reviens à mon point de départ : le raisonnement que j'ai prêté tout à l'heure à un administrateur est absurde, et il y a des dépenses productives qu'il faut faire largement, en économisant au contraire sur les dépenses improductives.

On va m'objecter immédiatement que j'ai beau jeu à déclarer absurde un raisonnement que sans doute personne n'a jamais tenu. Personne parmi les hauts personnages de l'administration, j'aime à le croire. Mais personne parmi les personnages de deuxième grandeur, je le conteste nettement.

Il y a une dizaine d'années, j'étais interne dans un hôpital qui jouissait d'un directeur très remarquable. Un jour, il y eut dans le service un enfant, atteint d'un kyste multiloculaire congénital du cou qu'on voulut traiter par l'électrolyse. Mais la pile ne marchait pas, et un bon fut établi pour la faire réparer. Au bout de deux ou trois mois — j'ai naturellement oublié les dates exactes — la réparation n'était pas encore commencée, malgré bien des bons de rappel signés par le chef, et un beau jour, croyant avoir trouvé un argument décisif, je dis à notre directeur : « Voici tant de jours que cet enfant est là, nourri à ne rien faire ; ça fait une somme de tant, supérieure au prix d'achat d'une pile. » J'avoue que je renonçai à la discussion quand il m'eut répondu : « Ça ne coûte rien du tout, car

à la fin de l'année je n'aurai pas une journée de malade de plus. »

Ne croyez pas que ce fait soit isolé. Il se reproduit tous les jours pour les appareils prothétiques des amputés. Dès que le moignon est cicatrisé, le chirurgien fait un bon pour l'appareil; soit, la plupart du temps, 3 semaines environ après l'opération. Vous croyez peut-être que le lendemain on viendra prendre mesure et que dans le courant de la semaine le malade sera dans la rue ? Apprenez qu'il faut plusieurs semaines pour qu'on vérifie le bon, qu'on établisse le billet à ordre, que le fabricant daigne se déranger pour venir prendre mesure et daigne enfin fabriquer l'appareil. L'an dernier, j'ai vu un homme tout à fait bien portant qui, malgré des avertissements réitérés de ma part à l'administration, est resté environ deux mois dans une salle, attendant la *réparation* d'une jambe artificielle. Il est vrai que le bon avait d'abord été égaré; puis que, pour un travail mal rémunéré, le fabricant fut extraordinairement difficile à faire venir.

Les gaspillages de ce genre sont quotidiens dans les hôpitaux, et il y a quelques jours la *Gazette des hôpitaux* en fournissait des exemples typiques. Voulez-vous maintenant des faits d'un autre ordre, mais non moins nets, pour prouver qu'avec une surveillance plus intelligente on pourrait éviter certaines dépenses?

L'an dernier, j'ai vu établir une petite salle d'opérations sous la direction attentive et éclairée du chef de service lui-même, et l'aménagement en fut à la fois commode et très peu dispendieux.

Mais les travaux furent d'une lenteur désespérante, que rien ne justifiait : les entrepreneurs envoyaient de temps à autre un ouvrier, quand ils n'avaient pas d'ouvrage pressé ailleurs. Et quand tout fut fini, la première fois qu'on opéra on constata que le sol était inondé. Vérification faite, la cause était la suivante : une cuvette de lavabo vidait son eau sur le béton de la salle au-dessus d'un tuyau de descente, et l'architecte avait donné à ce tuyau un diamètre inférieur à celui du tuyau d'arrivée. Il fallut donc enlever ce tuyau et en mettre un autre : dépense bien minime, sans doute, mais vraiment impardonnable.

Les histoires de ce genre sont légion, et il n'est pas de chirurgien ou de médecin des hôpitaux qui ne puisse en citer quelques-unes. Il faut avouer, d'ailleurs, que nous aussi ne sommes pas impeccables à cet égard, et que parfois nous sommes directement l'origine de certaines dépenses inutiles. La plupart du temps, c'est dû à un défaut de réflexion dont nous sommes bien excusables, car nous ne sommes pas versés dans les sciences financière et administrative. Il faudrait souvent que l'administration nous fît comprendre la portée exacte de nos idées avant de les mettre à exécution. Mais cela exigerait un bon accord qui trop souvent n'existe pas. Nous autres médecins disons que c'est la faute de l'administration, et l'administration nous renvoie la balle. La vérité — je la dis quoiqu'elle ne soit de nature à ne contenter personne — est que probablement il y a des torts des deux côtés. Je sais un directeur qui voit les surveillantes d'un mauvais œil et leur fait rogner leurs gratifications quand elles sont bien avec le chef de service, car, prétend-il, il ne les a pas alors bien dans la main. Ce n'est évidemment pas une condition favorable à une entente pour les questions qui nécessitent une marche simultanée des médecins et de l'administration.

Les questions de cette espèce seraient nombreuses, si on voulait les étudier complètement. Mais ces études n'aboutiront jamais si elles restent impersonnelles. Un homme ne s'occupe réellement, dans l'immense majorité des cas, que de ce dont il est directement responsable et, dans l'état actuel des choses, les hôpitaux et hospices forment un bloc dans lequel il est à peu près impossible de débrouiller la part de chaque service. A tous égards, il y aurait un intérêt réel à décentraliser et, comme c'est d'ailleurs jusqu'à un certain point l'avis du conseil de surveillance et du conseil municipal, à accorder à chaque établissement une autonomie relative. Chacun, directeurs et médecins, serait ainsi aux prises directement avec ses propres responsabilités, et, pour nous en tenir aux faits qui font l'objet spécial de cet article, il est probable que l'on éviterait certains gaspillages dus simplement à la nonchalance. En outre, dans certains établissements tout au moins, administration et corps médical s'uniraient pour arriver à des progrès dont tout le monde parle et que personne ne réalise. Mais c'est là un sujet qu'il nous faudra traiter plus tard.

A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

A propos de l'immunité.

Tout ce qui touche à l'immunité, spontanée ou artificielle, est aujourd'hui à l'ordre du jour. A bien des égards, sans doute, la plupart des connaissances que les savants modernes cherchent à acquérir restent dans le domaine théorique et, pour l'homme tout au moins, bien peu de maladies infectieuses peuvent être efficacement prévenues par une vaccination scientifiquement trouvée ou guéries par une thérapeutique de même ordre. Toutefois, on n'a pas oublié les intéressants essais appliqués par divers auteurs à la pneumonie, au choléra, au tétanos. Nous sommes fondés à espérer que de ces travaux de laboratoire sortira, à un moment donné, un progrès pratique réel dans l'art de guérir : nous devons donc nous tenir au courant des travaux purement scientifiques, des doctrines et des théories qu'on en déduit.

On connaît, à cet égard, les idées, parfois opposées, soutenues en France par Metschnikoff, par Bouchard et son école. Nous avons longuement résumé l'état actuel de la question en Allemagne d'après le débat qui a eu lieu l'an dernier devant le *Congrès de médecine interne* (Voyez *Gazette*, 1892). Nous savions moins où en était la science anglaise, presque absolument silencieuse à la discussion du Congrès d'hygiène tenu à Londres en 1891. Mais dans le numéro du 5 novembre du *British medical Journal* nous trouvons deux articles, l'un de Kanthack, l'autre de Ch. Turner, qui nous permettent de combler jusqu'à un certain point cette lacune.

Sans doute, nous ne pensons pas qu'on puisse tirer de là des conclusions particulièrement nettes, mais nous croyons intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs les pièces du débat.

On sait le rôle attribué dans la science moderne aux attractions chimiques, ou chémotaxie, pour expliquer les mouvements cellulaires; on sait quelle importance on attribue soit à la phagocytose, soit au pouvoir bactéri-

cide du sérum pour expliquer la défense de l'organisme contre les germes pathogènes. Plus importante est, d'après A. Kanthack, l'action des leucocytes éosinophiles.

Prenons d'abord ce qui se passe dans une inflammation suppurative circonscrite.

D'après M. A. Kanthack, les véritables cellules du pus sont des leucocytes éosinophiles venant en premier lieu du sang, d'où ils sont attirés par chémotaxie, quoique probablement les cellules éosinophiles prolifèrent et augmentent en nombre après qu'elles ont quitté les vaisseaux.

Quant aux phagocytes, qui chez la grenouille ne commencent à apparaître que trois ou quatre heures après l'inoculation, leur grande majorité est tout à fait distincte des leucocytes et ils apparaissent beaucoup plus tard. Quant aux leucocytes, il faut admettre, avec Ballance et Sherrington, qu'ils viennent du tissu conjonctif.

La phagocytose est un processus de réparation et non le *primum movens* de l'inflammation, laquelle commence longtemps avant que la phagocytose ne devienne évidente.

Lorsqu'on inocule un animal réfractaire avec des organismes pathogéniques, nous voyons que le premier processus reste local, avec inflammation, diapédèse et migration des leucocytes. Ces derniers sont presque uniquement de nature éosinophile.

L'inflammation, en règle générale, va jusqu'à la suppuration, et les éléments cellulaires du pus sont là encore surtout des leucocytes éosinophiles. Ce n'est que lorsque l'inflammation ou la suppuration sont suffisamment avancées que la phagocytose apparaît. Kanthack dit qu'il a trouvé cela vrai pour le charbon chez la grenouille, pour le bacille pyocyanique chez le lapin rendu réfractaire, ainsi que pour le choléra du porc et les formes voisines de cette maladie et aussi pour les lapins accoutumés au venin du cobra.

Donc, lorsqu'un animal est plus ou moins réfractaire contre une maladie infectieuse ou toxique, ses tissus réagissent rapidement par l'inflammation, accompagnée d'une diapédèse bien marquée et une migration des leucocytes; ces leucocytes sont dans le premier cas de nature éosinophile et une phagocytose méritant ce nom apparaît seulement quand ces processus sont bien marqués.

En règle, chez les animaux réfractaires, l'inflammation conduit à la formation de pus. Ainsi nous voyons que chez l'homme une inoculation sous-cutanée du charbon est suivie par une pustule, que chez la grenouille cela conduit également à la formation de pus, et que chez le lapin rendu réfractaire une injection avec le bacille pyocyanique ou le choléra du porc amène au point d'inoculation une collection de pus.

Or, d'après M. Kanthack, le pus a un grand pouvoir destructif; il serait même capable de dissoudre les métaux et les tissus et d'empêcher le développement des micro-organismes aussi bien dans les tissus que dans les tubes à essai.

Cette action du pus a été trop négligée. Metschnikoff et ceux qui l'ont suivi, en étudiant les causes de l'immunité, ont jugé seulement par les changements locaux et ont attribué la propriété destructive aux phagocytes seuls; la chémotaxie leur a paru utile comme un processus pour amener des phagocytes.

Or, c'est par la chémotaxie que les éléments non phagocytiques, c'est-à-dire les cellules éosinophiles, sont attirés et le pus, absolument ou pratiquement libre de phagocytes, consiste presque entièrement en cellules éosinophiles. Mais il a une action dissolvante intense sur des substances extrêmement insolubles et une action destructive sur divers micro-organismes. Dans les processus locaux suppuratifs, les microbes sont dans des milieux destructifs pour eux et les phagocytes ne sont pas nécessaires pour leur destruction.

Il découle de ceci, dit M. Kanthack, que des changements locaux on ne peut tirer une déduction quant à l'acquisition de l'immunité et qu'il nous reste à expliquer pourquoi la lésion reste locale chez un animal réfractaire, tandis que chez un animal non réfractaire elle s'étend dans tout le corps.

A cet égard, il faut constater que ce n'est que lorsque l'inflammation ou la suppuration ont localisé le processus que la phagocytose apparaît. La phagocytose ne localise pas le processus, mais simplement enlève ce qui est laissé des agents de l'infection.

Une rapide inflammation des tissus est par conséquent le plus important facteur et le phénomène principal chez l'animal réfractaire, car de cette façon les microbes ne peuvent pas diffuser.

Si on se demande ce qui donne au pus ou à l'exsudation inflammatoire son pouvoir destructif, la réponse semble être : les cellules éosinophiles; parce que le pus pur ne contient pratiquement rien que ces cellules.

Elles ont sans aucun doute une double fonction à remplir et, au lieu de toujours s'occuper des phagocytes, l'attention devrait être à présent dirigée sur d'autres éléments du sang dont l'apparition ou la non-apparition au siège de l'inoculation est en relation directe avec le degré d'immunité de l'animal et aussi de la phagocytose. Kanthack ne réclame nullement, cependant, qu'on regarde les cellules éosinophiles comme les agents de l'immunité. Il faut seulement noter qu'un animal réfractaire réagit plus vite avec l'inflammation; que cette inflammation localise, en effet, le processus; que les produits inflammatoires sont destructifs des microbes et que les éléments cellulaires, les principaux de ces produits, sont les cellules éosinophiles.

« Aussi loin que j'aie été, dit Kanthack, j'ai seulement discuté les changements se produisant après une inoculation sous-cutanée. Mais comment doit-on expliquer la disparition des microbes après une injection intra-veineuse chez un animal réfractaire? Autant que j'en puis juger d'après mes expériences personnelles, la phagocytose dans le sang lui-même est un phénomène rare, ou peu important, et sans aucun doute les bactéries meurent dans le sang sans intervention de la phagocytose, mais j'ignore les changements qui se passent dans le sang. »

En injectant des produits de bactéries ou de petites doses du bacille pyocyanique, par exemple, on a une leucocytose éosinophile très nettement marquée. Mais en injectant des doses mortelles de bactéries du charbon ou de bacille pyocyanique, ces cellules n'augmentent pas en nombre, mais souvent diminuent. Par contre, d'autant plus longtemps un animal survit à l'infection produite soit par des inoculations intra-veineuses, soit par des inoculations sous-cutanées, d'autant plus est marquée la leucocytose éosinophile.

Il y a donc une corrélation entre la résistance et la leucocytose éosinophile, mais on ne doit pas en conclure que les cellules éosinophiles sont les porteurs des agents conférant l'immunité. Les leucocytes éosinophiles n'apparaissent qu'après que l'animal est devenu réfractaire.

Ainsi en injectant 1 centimètre cube de culture du bacille pyocyanique dans les veines d'un lapin, il mourra, les cellules éosinophiles diminueront en nombre; mais en injectant la même quantité dans les veines d'un animal rendu réfractaire, il survivra et les leucocytes éosinophiles seront très nombreux. La leucocytose qui se produit est simplement un postphénomène. Or, si l'on se souvient que chez l'animal immunisé et inoculé sous la

peau il se produit tout de suite une abondante inflammation, on peut considérer que celle-ci est équivalente à une inflammation du sang, en prenant le mot inflammation dans le sens que lui donne Virchow. Nous avons affaire, dit Kanthack, à une augmentation des processus nutritifs causée par une irritation chimique et caractérisée par une grande activité métabolique.

Les cellules éosinophiles augmentent et sont plus riches en granulations, sont moins stables et en même temps prolifèrent abondamment. Cette forme de leucocytose peut donc être considérée comme une inflammation du sang. On voit que les changements qui s'opèrent dans le sang sont semblables à ceux qui se produisent dans les autres tissus enflammés, excepté que le sang fournit lui-même les corpuscules. Nous n'avons point de diapédèse dans l'intérieur des vaisseaux, mais la diapédèse a lieu néanmoins et des cellules éosinophiles se trouvent souvent en grande quantité dans le liquide péritonéal.

Nous voyons par conséquent que la différence entre un animal rendu réfractaire et un animal ordinaire (prenant, bien entendu, une espèce semblable et un microbe approprié) est que, dans le premier cas, l'injection inoculante est promptement suivie par une inflammation accompagnée par une grande accumulation de cellules éosinophiles, les éléments cellulaires du pus, et nous avons aussi vu que le pus a une action puissante comme dissolvant et destructeur sur des corps plus résistants que les microbes.

Le pus exerce donc une action aussi importante que celle des phagocytes et exerce son influence sans ces derniers.

Kanthack termine son mémoire en faisant observer que Metschnikoff a fait ses observations en étudiant des phénomènes et processus locaux et qu'il est impossible de généraliser en s'appuyant sur eux, car les observations de ce savant sont incomplètes et dirigées vers une seule cellule, en négligeant tous les autres éléments et processus qui se passent au siège de la lésion. Toutes les cellules du corps ont leur rôle à jouer et jusqu'à présent les fonctions des cellules éosinophiles et des autres leucocytes sont à peu près inconnues, et tandis qu'on étudiait la phagocytose, la chémotaxie, la suppuration et l'inflammation, la nature des leucocytes qui entrent en jeu a été trop négligée.

Avec le mémoire de M. Charlewood Turner, nous entrons dans une doctrine bien plus générale encore, où l'auteur se demande quel est le rôle de tous les éléments vivants dans la protection de l'organisme contre les microbes infectants.

Tout d'abord, l'auteur pense que les individus réfractaires contre l'infection par les microbes pathogènes d'une espèce particulière ne diffèrent pas des autres par la possession d'une qualité protectrice de leurs tissus qui les rend réfractaires à l'action pathologique des microbes. Cela résulte de certains faits observés relativement aux personnes réfractaires à certaines espèces de contagion et a été démontré expérimentalement chez les animaux.

Les résultats des recherches pathologiques ont démontré que l'immunité est conférée non par un changement dans la constitution de l'organisme, comme on le supposait autrefois, mais par une augmentation dans la réaction défensive contre les microbes pathogènes.

En outre, le fait que des individus réfractaires peuvent résister avec succès à un développement des microbes pathogènes infectant tout leur corps et causant presque un trouble fatal de leur système de nutrition, montre qu'ils sont pourvus des moyens de défense nécessaires pour lutter dans des conditions désavantageuses contre un développement rapide et abondant des micro-organismes.

La plus grande puissance de la réaction défensive chez l'être réfractaire ne peut pas, lorsqu'on considère ces faits, être attribuée à l'acquisition par eux d'une manière spéciale de défense contre les microbes, mais doit être attribuée à une plus grande puissance des êtres réfractaires dans leur résistance vitale, résistance qui leur est commune avec les êtres non réfractaires.

Quant à ce qui est relatif à la question de savoir jusqu'à quel point la puissance de l'action vitale défensive de l'être réfractaire est dépendante : *a*) d'une augmentation de la capacité de l'action défensive des éléments des tissus ; *b*) d'un développement de leur sensibilité vitale en présence de microbes pathogènes et de leurs produits toxiques, Charlewood Turner avance les faits suivants :

Dans le cas d'une réaction défensive à l'infection par la réception de particules impalpables partant des quantités infinitésimales de microbes et de leurs toxines (insuffisantes pour amener un trouble du système et conduisant seulement à de tels troubles après qu'ils ont pu gagner du terrain par suite d'un développement non arrêté et d'une dissémination du microbe pendant plusieurs jours), les conditions sont telles, que l'acquisition d'une augmentation suffisante de la sensibilité des tissus à la présence des microbes spécifiques, conférera seulement l'immunité, indépendamment d'aucune augmentation de leur faculté de défense contre eux; et cela se produira avec un besoin de plus en plus faible de l'activité de l'action défensive, en proportion du degré de sensibilité acquise et une plus grande rapidité de la réaction défensive après l'introduction des particules chargées de microbes, par lesquelles ces derniers et leurs spores sont transportés; le besoin de l'action vitale défensive est le plus faible possible, si la réaction se produit au moment de l'infection.

L'immunité ainsi acquise sera conférée de la manière la plus en accord avec les principes physiologiques connus en général sous le nom de phénomènes naturels, et se produira avec la plus faible dépense d'énergie vitale possible.

Le fait clinique indiquant chez l'être réfractaire une réaction défensive rapide, avec la destruction des microbes au début de leur développement (si ce n'est au moment de leur introduction), est d'accord avec une interprétation physiologique des faits, mais ne prouve pas l'acquisition par l'être réfractaire d'un pouvoir accru de l'action défensive; cette dernière supposition est plutôt contradictoire, quoiqu'elle ne soit pas indéfendable. Si la preuve de la possession par l'être réfractaire d'un pouvoir destructif ainsi augmenté était faite, cela ne prouverait pas que ce phénomène fût essentiel à l'immunité. Si, d'un autre côté, il y avait des preuves de la moindre puissance de l'être réfractaire en ce qui regarde son pouvoir destructif, cela prouverait que l'acquisition de l'immunité ne peut dépendre d'aucune augmentation de la capacité défensive fonctionnelle. Le fait remarquable, à quelques exceptions près, que le sérum des animaux réfractaires offre un milieu moins favorable au développement de certains micro-organismes que le sérum d'animaux non réfractaires, indique, d'après Charlewood Turner, un pouvoir d'action défensive plus faible. Ces faits, toujours d'après lui, indiquent au moins une diminution dans l'action défensive des leucocytes, etc.

Mais la limitation spécifique de l'immunité en fait, d'accord avec l'interprétation physiologique qui la fait dépendre de l'acquisition d'une sensibilité spéciale des tissus aux micro-organismes d'une certaine espèce, est incompatible avec la supposition qu'elle dépend d'une augmentation de leur action défensive. Car il n'y a pas de relation directe et immédiate entre aucune action fonctionnelle et les conditions dans lesquelles elle peut

être mise en jeu. Elle doit résulter du contact de toute matière, ou de l'influence de cette matière sur les tissus, dont la faculté perceptive a été rendue très sensible, et à un degré dépendant seulement du stimulus reçu, sans que l'adaptation de l'action vitale aux conditions présentes entre en jeu.

L'acquisition d'une augmentation de la fonction défensive des éléments des tissus doit être également utile aussi loin que cela se peut, comme défense additionnelle contre tous les microbes pathogènes auxquels l'organisme est sensible.

Il n'y a pas d'exceptions réelles ou apparentes à la limite que peut atteindre l'immunité.

Les faits qui démontrent cet axiome offrent, pense Charlewood Turner, une évidence exclusive de la dépendance de l'immunité, par l'acquisition d'une sensibilité accrue, des éléments vivants de l'organisme (ou de quelques-uns) à l'action de microbes pathogènes d'une espèce particulière. C'est un résultat physiologique, résultant du contact de ces tissus avec eux et de la mise en jeu d'une puissance défensive, qui est nécessaire dans tous les organismes exposés à une infection microbique; cela montre que l'acquisition de l'immunité est distincte et secondaire de la question plus large et plus importante, c'est-à-dire la nature de l'action vitale défensive, mise en jeu par une faculté perceptive.

Quant au rôle du système vaso-moteur, Charlewood Turner pense qu'une conception juste des moyens par lesquels l'organisme animal se défend contre les microbes infectants ne peut être formée sans prendre en considération la part importante que le système nerveux vaso-moteur peut jouer, non seulement comme auxiliaire de la fonction phagocytaire et des autres fonctions défensives des leucocytes et d'autres cellules, mais indépendamment d'elles et en plus. L'effet visible des actions vitales défensives de ces cellules est la destruction des microbes infectants, qui, avec les cellules ou dans les liquides des tissus, forment un produit microbicide s'augmentant avec le stimulus du contact par les microbes ou leurs toxines, spécialement lorsque ces microbes sont réunis en groupes d'un développement actif.

Une augmentation de l'afflux du sang par la sensibilité des nerfs vaso-moteurs se montre comme une condition nécessaire d'une activité leucocytaire plus grande, dans tous les points où il se produit un trouble par suite du développement des microbes.

L'afflux du sang, ainsi ajouté d'une façon accessoire à l'action résultant d'une augmentation de l'activité défensive des leucocytes, doit aussi avoir un effet direct défensif, à la fois récupératif pour les tissus lésés par les microbes et en leur offrant une plus abondante nutrition. En outre, l'afflux du sang est préjudiciable aux microbes en entraînant les produits toxiques et digestifs par lesquels leur existence parasitaire est conservée.

Mais si les nerfs vaso-moteurs sont sensibles aux toxines ainsi qu'à d'autres irritants et si, dans la réaction déterminée par de tels irritants, il se fait un afflux de sang au siège du trouble, cela constitue un premier acte de défense très puissant ayant pour effet, avec l'aide de la phagocytose et d'autres actions défensives, de conférer rapidement l'immunité en enlevant les toxines et en entraînant les microbes dans le torrent de la circulation, où ils périssent, comme cela se passe pour les embryons de la filaire.

Il semble aussi que cet afflux irritant est la principale cause de la réunion de leucocytes qui se produit au point de l'irritation microbique comme s'il s'agissait d'une autre irritation. On appelle ce phénomène chémotaxie, c'est-à-dire réunion des leucocytes attirés par les toxines ainsi produites. Mais il ne semble pas à l'auteur qu'il y ait une preuve définie du mouvement des leucocytes vers un point d'irritation. Il lui semble plus raisonnable d'attribuer une telle réunion à l'effet mécanique d'un afflux de sang, aidé par un relâchement et un agrandissement des capillaires de la partie du tissu touchée, par suite d'un manque de tonicité, amenant les leucocytes à s'arrêter et ensuite à traverser leur paroi. La masse des leucocytes qui existe à un foyer inflammatoire, comme celle par exemple qui se fait dans une hépatisation du poumon, est, pense-t-il, en grande partie le résultat d'une prolifération même des leucocytes en ce point.

Les conclusions finales de Charlewood Turner sont que l'immunité n'est pas attribuable à l'acquisition de moyens spéciaux de protection ou de défense contre un microbe particulièrement infectant, pour lequel l'individu est *réfractaire*, ni à l'acquisition d'une capacité de défense contre lui, mais à l'action d'un haut degré de sensibilité des éléments vivants des tissus à la présence de ces microbes et de leurs toxines. Cette sensibilité, ou faculté perceptive des tissus, fait entrer en jeu divers actes défensifs vitaux dont nous savons peu de chose, si ce n'est que nous connaissons le fait même de leur existence.

TRAVAUX ORIGINAUX

Observation d'appendicite à répétitions. *Crises douloureuses avec lésions appréciables dans la fosse iliaque droite. Traitement médical très rigoureusement suivi pendant plusieurs mois. Insuccès du traitement médical. Opération. Ablation de l'appendice volumineux et enflammé. Guérison rapide*, par M. Paul Cassin d'Avignon et F. Terrier (1).

M. B..., âgé de 21 ans et 6 mois, a perdu son père à 53 ans d'anévrysme de l'aorte, sa mère est vivante; une sœur et un frère sont morts en bas âge.

C'est un grand garçon brun, maigre, d'aspect délicat; il a été atteint de la fièvre typhoïde à 12 ans; pendant son année de volontariat, à 18 ans, il eut deux poussées fébriles avec phénomènes gastro-intestinaux, récidivant à huit mois d'intervalle avec une durée, la première de 12, la seconde de 17 jours. La première, la seule que soigna le Dr Paul Cassin, avait toutes les allures d'une fièvre typhoïde à type abortif, elle dura 12 jours, avec lysis progressif; il y avait de la sensibilité dans la fosse iliaque droite, *sans empâtement*, ni cette sensation douloureuse spéciale que le malade a si bien connue par la suite, et cependant, huit mois après, pendant l'été de 1890 il était soigné dans le service militaire de l'hôpital d'Aix, pour des accidents analogues, mais plus prolongés; ces accidents durèrent 17 jours et furent appelés typhoïdiques.

Était-ce déjà l'appendice qui était en cause? A cette époque (1889) on fouillait moins la fosse iliaque et il est possible que l'induration secondaire ait échappé à notre confrère de l'armée. Notons que déjà le malade était depuis longtemps (pendant toutes ses années de collège) un constipé d'habitude.

Toujours est-il qu'il revint de son année de service militaire engraissé, avec un aspect plus vigoureux, et que le Dr P. Cassin n'eut plus l'occasion de le voir jusqu'en septembre 1891.

Dans la nuit du 19 au 20, M. B..., alors très constipé, fut pris brusquement de coliques violentes, eut un vomissement alimentaire; le 20 au matin, M. Paul Cassin le trouva avec une

(1) Le jeune malade qui fait l'objet de cette observation a été soigné par MM. Paul Cassin et Pamard (d'Avignon); c'est grâce à ces confrères et surtout à M. Paul Cassin, médecin ordinaire du malade, que j'ai pu obtenir la relation très précise des accidents présentés par ce jeune homme, avant l'intervention chirurgicale; c'est encore à notre confrère que je dois l'histoire des suites opératoires jusqu'à la guérison complète du malade.

F. T.

fièvre violente, 39°3, une sensibilité exquise de tout le ventre, mais principalement exagérée dans la fosse iliaque droite, un état nauséeux, de la constipation — comme de coutume — bref un syndrome à faire redouter une obstruction intestinale; dès le 3e jour il put constater dans la région cæcale un empâtement du volume du poing qui persista malgré l'évacuation alvine que les lavements et le calomel provoquèrent le lendemain. L'état fébrile dura 9 jours, s'en allant en lysis; le traitement employé fut l'opium et les cataplasmes pendant les 3 premiers jours, les évacuants ensuite.

La résolution du point cæcal fut très longue à se faire malgré deux vésicatoires, le repos au lit et le lait. Le malade fut cependant rendu à la vie commune dans les premiers jours de novembre avec toutes les recommandations que pouvait comporter ce premier avertissement. A la fin de ce même mois, 20 novembre 1891, il eut une menace, un peu de douleur fixe, sans fièvre ni réaction générale, et après trois jours d'observation, M. P. Cassin le laissa lever, lui renouvelant toutes ses ordonnances, ponctuellement suivies d'ailleurs, concernant un régime léger, la liberté du ventre et l'absence de fatigue physique. A dater de ce moment le malade fut visité régulièrement chaque semaine, on explora la région cæcale et on surveilla l'état des selles, suffisamment provoquées par un lavement quotidien.

Malgré cela, trois crises survinrent, en tout semblables à la première moins les vomissements et la durée de la fièvre qui fut toujours moindre, les 17 décembre 1891, 15 janvier et 24 février 1892; de causes occasionnelles apparentes point d'autres qu'une marche légère, une promenade, une séance de peinture au grand air par un temps vif; dans la nuit les coliques survenaient violentes et générales d'abord, se localisant au bout de quelques heures dans le flanc droit, et chaque poussée laissait dans la région cæcale un empâtement dur, bien perceptible surtout le lendemain, qui se résolvait assez vite non sans provoquer une parésie prolongée de l'intestin. C'était un clapotement localisé en tout comparable à celui de la gastrectasie, avec cette nuance qu'après un moment d'exploration on sentait filer liquides et gaz intestinaux avec un bruit comparable à celui qui accompagne la réduction des hernies. Cette sensation a toujours persisté depuis la crise de décembre, même alors que toute induration appréciable au palper avait disparu. Le 10 mars, nouvelle rechute, le malade resta couché 8 à 10 jours; enfin en avril, après une longue promenade, légère atteinte qui dura deux jours.

Dans les derniers jours d'avril, M. le Dr Paul Cassin eut l'illusion d'une guérison définitive. Après deux mois de repos, de régime lacté, de vésicatoires, bains et laxatifs, toute trace de sensibilité, d'induration avait disparu; le malade sortait depuis huit jours et se sentait si bien qu'après une soirée au théâtre il prit un sorbet glacé. Dans la nuit du 6 mai, nouvelle rechute. C'est alors que M. le Dr Cassin s'adjoignit, pour discuter l'indication opératoire, notre excellent confrère et ami le Dr Pamard qui, confirmant le diagnostic *d'appendicite à rechute*, demanda à observer le cas : quatre mois durant le malade fut tenu au lit, au lait, aux bains, à la révulsion aidée de laxatifs, par intervalles une sensibilité douloureuse se révélait à la palpation : on sentait alors, sur la partie moyenne d'une ligne tirée du milieu de l'arcade à l'ombilic, mais un peu en dehors, une nodosité dure, allongés de quelques centimètres, du volume d'une plume de corbeau, dont l'exploration provoquait une douleur aiguë, piquante.

C'est dans ces conditions que surviennent deux nouvelles rechutes, l'une légère le 10 septembre, et cela malgré le décubitus antérieur prolongé; l'autre le 10 octobre, encore légère, au dire du malade.

Je vis M. B... le 16 octobre 1892, avec mes confrères MM. Pamard et Paul Cassin.

A l'exploration de la fosse iliaque droite, il me fut très facile de sentir le cordon douloureux signalé plus haut par mon confrère le Dr P. Cassin. Sauf en ce point, l'abdomen était parfaitement souple et indolore ; en somme, il n'y avait pas à hésiter sur le diagnostic d'*appendicite* et l'histoire du malade y faisait ajouter le qualificatif de « *à répétition* ».

Partageant l'avis de mes confrères d'Avignon et aussi celui du patient, l'opération fut décidée et pratiquée de suite, le malade ayant été préparé dès la veille à cette intervention.

Opération. — Nous utilisâmes la méthode antiseptique, employant soit l'acide phénique en solution forte et faible, soit la solution au millième de bichlorure de mercure. Les instruments avaient été stérilisés par l'ébullition.

L'anesthésie fut faite par M. le Dr Isnard et je fus aidé par MM. Pamard, Paul Cassin, Troussaint et Bouyac, pharmacien; ce dernier avait préparé les instruments. Incision de la paroi au niveau de la fosse iliaque et parallèlement à l'arcade crurale, mais en dehors de l'artère épigastrique, dont un rameau fut sectionné et lié au fil de soie phéniqué.

Ouverture facile de la cavité péritonéale par laquelle l'épiploon tend à faire hernie et gêne quelque peu l'opérateur. L'épiploon était tout à fait libre et non adhérent à la paroi, au cæcum ou à l'appendice. Celui-ci, volumineux et adhérent dans la fosse iliaque, fut isolé peu à peu de bas en haut, son méso fut saisi avec deux pinces à pression et lié ultérieurement après libération de l'appendice jusqu'à son insertion sur le gros intestin. Ces deux pinces à pression, ainsi placées à l'avance, furent remplacées par deux fortes ligatures à la soie phéniquée.

Arrivé au gros intestin, c'est-à-dire au cæcum, je plaçai une ligature sur l'appendice qui était manifestement induré et enflammé ; je le sectionnai au-dessus de la ligature et l'enlevai. N'ayant pas de thermo-cautère prêt, une curette fut chauffée à la lampe à esprit-de-vin et je pus cautériser la surface de section de l'appendice. Je ne pensai pas essayer la suture de la muqueuse et au-desus d'elle celle de la musculaire, étant données l'épaisseur et la friabilité du tissu de l'appendice. Au point où l'appendice fut sectionné, il y avait en outre un rétrécissement de consistance fibreuse, dû aux phénomènes inflammatoires et expliquant jusqu'à un certain point les véritables coliques appendiculaires ressenties par le malade dans ses petits accès.

Quoi qu'il en soit, après nettoyage parfait de la fosse iliaque, par des tampons d'ouate trempés dans le bichlorure de mercure en solution au millième, on fit la suture de la paroi à trois étages. D'abord le péritoine avec la fine soie, puis les plans aponévrotiques avec de la soie plus grosse et enfin les téguments furent suturés avec le crin de Florence ; on avait eu soin de placer un drain au niveau même de la section de l'appendice, drain qui sortait par la partie supérieure de la plaie abdominale.

Pansement à la gaze iodoformée et à la ouate hydrophile, le tout maintenu par une ceinture de flanelle. L'opération a duré environ 40 à 45 minutes.

Les suites de l'opération observées et relatées par notre confrère le Dr Paul Cassin furent très simples; le thermomètre ne dépassa pas 38°, le pouls 84, et sauf un vomissement dû au chloroforme dans la soirée du premier jour, il n'y eut pas le moindre incident qui pût éveiller des inquiétudes.

On prescrivit 2 grammes de naphtol pendant les trois premiers jours. Le 4e jour, 30 grammes de citrate de magnésie, mais déjà, il s'était produit une évacuation alvine à la fin du 3e jour.

Premier pansement le 25 octobre (9e jour). Ablation du drain et d'une partie des crins de Florence. Bourgeon épiploïque à l'angle supérieur de la plaie à orifice de drainage.

Deuxième pansement le 3 octobre, ablation des trois derniers fils de la suture qui est parfaite comme réunion.

Jusqu'au moment où l'alimentation du malade n'a plus été exclusivement lactée, 15e jour après l'opération, il s'est produit dans les selles un phénomène que M. Cassin observait depuis le mois de juin : il y avait au fond du vase une quantité notable de sable rougeâtre — une cuillerée à café par selle environ — que l'examen a révélé être constitué par des cristaux de cholestérine; depuis l'alimentation normale, ils ne sont plus appréciables.

Notre confrère a revu l'opéré le 20 novembre, la cicatrice est souple et indolente; les selles sont normales et régulières; le retour à la santé est complet.

Examen de l'appendice, par M. Lieffring, externe des hôpitaux et préparateur du laboratoire de Bactériologie, à l'hôpital Bichat.

Aspect macroscopique. — L'ensemble des tuniques est considérablement hypertrophié et ne mesure pas moins de 1/2 centimètre sur la pièce durcie.

Sur la surface de section de l'appendice, il est déjà facile de constater que la muqueuse est la tunique la plus épaissie.

Aspect microscopique. — (Durcissement à l'alcool. Exa-

men sur coupes colorées au picro-carmin et à l'hématoxyline combinés). Couche muqueuse, considérablement augmentée d'épaisseur, presque exclusivement composée de cellules embryonnaires inflammatoires.

Les glandes rares sont comme étouffées dans la masse des éléments inflammatoires. Sur la surface de coupe intéressant toute la circonférence de l'appendice, on ne compte pas plus de dix culs-de-sac glandulaires. Quelques-uns de ces derniers présentent une prolifération manifeste de leur épithélium.

La couche épithéliale de revêtement de la muqueuse, disparue par places, est représentée en certains endroits par une assise de cellules cubiques.

Cette couche de cellules se détache par places de la zone inflammatoire sous-jacente, ce qui montre son peu de connexion avec elle.

Les tuniques musculeuses, en dehors de leur hypertrophie, ne présentent rien à noter.

En résumé : Hypertrophie inflammatoire de la muqueuse; diminution des glandes avec altération de leur épithélium; modification de la couche épithéliale de revêtement; hypertrophie de la musculeuse.

La recherche des microbes, d'après la méthode de Kühne, est restée négative, mais il faut ajouter que la pièce anatomique avait séjourné longtemps dans l'alcool, avant tout examen micrographique et bactériologique.

L'histoire de ce malade constitue un type parfait de ce que les cliniciens appellent l'appendicite chronique à rechutes. Ce ne sont pas ici des *récidives*, en ce sens qu'il ne s'écoule pas un temps bien long entre chaque crise appendiculaire. Du reste, établir une distinction bien nette entre ces deux variétés d'appendicites n'est pas toujours aussi facile qu'on veut bien le dire; les rechutes quelque peu éloignées les unes des autres devenant des récidives pour certains auteurs, un peu trop désireux de tout classer.

Malgré les tentatives médicales, d'ailleurs fort rationnelles, et souvent d'une rigueur absolue, le malade fort intelligent, acceptant tout traitement pour guérir, malgré, dis-je, cette thérapeutique méthodique, le résultat fut absolument nul, et les rechutes se succédaient incessamment, sous l'influence des causes les plus banales, on peut même dire sans causes valables.

L'indication d'opérer s'imposait donc, et les résultats de l'intervention ont confirmé sa valeur et sa nécessité.

En effet, l'appendice, adhérent aux parties voisines, induré et très hypertrophié, offrait de graves lésions bien étudiées par mon élève et ami M. Lieffring. La muqueuse était fort épaisse, enflammée, et lors de l'enlèvement de l'appendice elle était recouverte d'une couche de mucus grisâtre d'ailleurs peu abondant. Du reste, les glandes y paraissent en voie d'atrophie. De plus, au lieu où a porté ma ligature, très près du cæcum, il semblait y avoir un rétrécissement de l'appendice fort sensible, rétrécissement probablement d'origine inflammatoire et qui en tout cas peut expliquer l'arrêt de l'écoulement normal du mucus de l'appendice dans l'intestin. D'où les coliques appendiculaires, constituant les crises douloureuses des rechutes.

Etant placé dans des conditions spéciales pour faire cette opération, nous avons utilisé la méthode antiseptique pure et elle nous a donné un excellent résultat: toutefois nous lui préférons sans conteste la méthode aseptique.

Une fois de plus, en résumé, on voit que l'*appendicite appartient au domaine de la chirurgie* et qu'elle est justiciable d'une intervention assez hâtive, même dans ces formes chroniques à répétition.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hystérie traumatique, par Orrego Luco (*Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, 1892, n° 6, p. 359). — Journalier âgé de 40 ans; le traumatisme — choc sur la tête — remonte à trois ans. Le sujet présente une hémi-hypoesthésie sensitivo-sensorielle gauche, du rétrécissement du champ visuel plus prononcé à gauche, enfin du tremblement à caractère intentionnel.

Glycosurie transitoire à la suite de l'ictus apoplectique (Ueber das Vorkommen transtorischer Glycosurie, nach apoplectischen Insult), par E. Schütz (*Prager medicinische Wochenschrift*, 14 décembre 1892, n° 50, p. 614). — Observation se rapportant à un homme de 52 ans, qui présenta deux attaques apoplectiques avec hémiplégie et trouble de la parole, à un an d'intervalle. L'examen des urines pratiqué chaque fois immédiatement après l'attaque démontra la présence du sucre, qui ne se maintint que durant quelques jours ensuite.

Glycosurie dans l'apoplexie cérébrale (Glycosurie bei Gehirnapoplexie), par M. Loeb (*Prager medicinische Wochenschrift*, 14 décembre 1892, n° 50, p. 615). — On trouve du sucre dans les urines en nombre de cas d'apoplexie, surtout dans les cas mortels. La glycosurie ne dure guère plus de 12 à 24 heures, et n'est jamais très intense: parfois elle est masquée par de l'albuminurie.

Crampe des écrivains, par M. Le Marinel (*Journal de médecine de Bruxelles*, 31 décembre 1892, n° 53, p. 33). — A l'occasion de deux observations personnelles, l'auteur expose les données connues sur la crampe des écrivains: il en distingue deux formes, spasmodique et paralytique, et comme traitement préconise, outre le massage, l'emploi d'une calligraphie méthodique dont il obtient d'excellents résultats.

Syndrome de Brown-Séquard, par Rémond et Rispal (*Midi médical*, 26 novembre 1892, n° 35, p. 397). — Forgeron âgé de 45 ans, sans antécédents héréditaires intéressants, qui est pris insidieusement d'anesthésie de la jambe gauche et de parésie de la jambe droite. A l'examen, on constate une anesthésie de la jambe gauche et de la même moitié du tronc jusqu'au niveau de la 4[e] côte, une parésie des deux membres avec exagération des réflexes tendineux à droite; il existe de plus un point douloureux sur la région vertébrale, au niveau de la 6[e] vertèbre cervicale. Les auteurs pensent qu'ils ont affaire à une compression unilatérale de la moelle par une tumeur indéterminée.

Le cerveau abdominal (The abdominal brain), par F.-B. Robinson (*The New-York Med. Journ.*, 10 décembre 1892, n° 732, p. 653). — Chez les vertébrés il existe deux cerveaux d'égale importance: l'un est situé dans le crâne et préposé à sa protection et aux progrès intellectuels; l'autre se trouve dans l'abdomen, et veille à la nutrition et au rythme des viscères. L'auteur étend cette manière de voir à l'homme et considère que les plexus abdominaux jouent chez lui le rôle de cerveau abdominal. C'est par son influence, et par acte réflexe, que l'on voit se succéder, par exemple, dans les affections internes, toute une série de phénomènes, irritation, indigestion, malnutrition, anémie, névrose, autrement difficiles à expliquer.

Astasie-abasie (A case of so-called astasia-abasia), par Morton Prince (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, décembre 1892, n° 12, p. 887). — Le cas est rapporté sous le titre d'astasie-abasie, car la difficulté de la station et de la marche est le seul signe présent, toutefois il s'écarte par plusieurs côtés du syndrome classique. Il s'agit d'un homme de 73 ans, marié, père de 6 enfants, sans antécédents, qui fut pris, il y a un an, d'abord par accès, puis d'une façon continue, de troubles de la marche. Actuellement, il marche avec des béquilles et en présentant pendant cet acte des spasmes bizarres des membres inférieurs. A l'examen: pas de tremblements, réflexes normaux. Pas de paralysie, pas d'ataxie, pas de troubles de la sensibilité ni du sens musculaire; pas d'atrophie. Certains caractères rapprochent le cas de la paralysie agitante, et d'une observation publiée par Knapp.

Astasie-abasie, par J.-B. BOUCHAUD (*Journal des sciences médicales de Lille*, 16 et 23 décembre 1892, n° 51, p. 603, n° 52, p. 627.) — Après avoir rappelé les travaux déjà nombreux qui ont suivi la publication du mémoire dans lequel Blocq a donné le nom d'astasie-abasie à un syndrome spécial, l'auteur en rapporte deux observations. La première concerne une femme de 29 ans, hystérique, chez laquelle l'abasie était intermittente et fut guérie par la suggestion hypnotique. Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, où le syndrome se présentait sous la forme saltatoire, et se rattachait également à l'hystérie.

Goître exophthalmique et dégénérescence mentale, par F. RAYMOND et SÉRIEUX (*Revue de médecine*, 1892, n° 12, p. 956). — Les auteurs se sont préoccupés dans cet important mémoire de rechercher quelle est la nature des troubles psychiques dont l'existence a été dès longtemps signalée au cours du goître exophthalmique ; ils sont arrivés aux conclusions suivantes. Les troubles psychiques de la maladie de Basedow ne font point partie intégrante de l'affection, ils n'ont rien de spécifique, et relèvent en réalité de l'association au goître de psychoses distinctes et autonomes, parmi lesquelles on doit compter non seulement la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, la manie, la mélancolie, le délire hallucinatoire et le délire alcoolique, mais encore et surtout les diverses formes de la folie des dégénérés héréditaires. Le goître exophthalmique est, du reste, lui-même une névrose bulbo-protubérantielle constituée par l'exagération et la permanence des phénomènes physiologiques de l'émotion, et, c'est une anomalie psychique, l'émotivité, qui est la base de la maladie. Aussi n'est-elle souvent qu'un cas particulier des troubles fonctionnels qui chez les dégénérés frappent tel ou tel groupe des centres corticaux, soit une déséquilibration des centres vaso-moteurs, coexistant avec des troubles analogues du côté des autres centres.

La circulation artérielle du pédoncule cérébral, par ALEZAIS et LÉON D'ASTROS (*Journal de l'anatomie*, septembre 1892, n° 5, p. 519). — La plupart des lésions pédonculaires, dont le syndrome de Weber est l'expression clinique, sont d'origine vasculaire, aussi les auteurs ont-ils entrepris l'étude descriptive du système circulatoire artériel du pédoncule, étude qui forme la substance de ce travail.

De l'hémiplégie urémique, par BOINET (*Revue de médecine*, 1892, n° 12, p. 1008). — Dans l'observation rapportée et qui a trait à un homme de 37 ans, lors des deux premières attaques d'urémie on ne constate que des convulsions unilatérales à type jacksonien ; dans la troisième, l'hémiplégie fait suite à cette épilepsie partielle ; enfin dans les deux dernières crises la paralysie des membres et de la face se produit d'emblée, sans phénomènes convulsifs antérieurs. Il est à noter que cette hémiplégie s'accompagna d'hémianesthésie « hystériforme », et fut passagère. L'auteur fait suivre son observation d'une étude d'ensemble de l'hémiplégie urémique qu'il attribue soit à des désordres vasculaires — œdèmes — localisés, soit à l'action de produits toxiques sur les centres nerveux.

MÉDECINE

Poids spécifique du sang (Ueber das specifische Gewicht des Blutes und dessen Beziehung zum Hæmoglobingehalt), par MENICANTI (*Deut. Arch. f. kl. Med.*, vol. L, p. 407).— Chez les individus sains, le poids spécifique du sang est dans un rapport déterminé, constant avec la teneur en hémoglobine : il y a seulement quelques variations individuelles très faibles. Il en est de même dans la chlorose, dans un grand nombre d'anémies. Dans les maladies du cœur, dans la grossesse, ce rapport change, de telle sorte que le poids spécifique du sang devient relativement plus faible.

Pleuro-pneumonie suppurée (Beitrag zur Lehre von der Abscedirung der fibrinœsen Pleuropneumonie), par ZENKER (*Deut. Arch. f. kl. Med.*, vol. L, p. 351).—Homme de 53 ans, contracte l'influenza, et au 4e jour de la maladie, présente les signes d'une pneumonie double. Mort au 6e jour. Autopsie : hépatisation rouge du lobe inférieur à gauche, hépatisation grise et abcès du côté droit, exsudats fibrineux à la surface des plèvres ; en outre emphysème très prononcé des deux poumons. L'examen bactériologique démontra la présence du diplocoque de Frænkel seul. Ce fait prouve que la suppuration d'un foyer de pneumonie n'est pas toujours le résultat d'une infection secondaire.

Les circonstances qui, dans le cas actuel, peuvent expliquer cette terminaison fâcheuse, sont d'une part la virulence du pneumocoque exaltée probablement par l'infection grippale antérieure, et d'autre part la difficulté, chez un emphysémateux, de l'expectoration qui est une voie importante d'élimination pour les pneumoniques.

Dénutrition dans la leucémie (Ueber die Ausnutzung der Næhrung bei Leukaemie), par MAY (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, vol. L, p. 393). — Pendant la digestion, une véritable leucocytose se produit par multiplication des leucocytes dans les follicules de l'intestin. Ces leucocytes sont appelés à jouer un rôle important dans la résorption et l'assimilation des substances albuminoïdes. Dans la leucémie, la première fonction ne paraît pas troublée. Mais si l'on envisage la proportion considérable de peptone qui s'accumule dans le sang, dans les organes des leucémiques et qui souvent a pour conséquence la peptonurie, on est conduit à admettre cette hypothèse que la seconde fonction des leucocytes (assimilation) est perdue chez ces malades : d'où la cachexie leucémique, qui dans cette manière de voir serait le fait d'une véritable intoxication par la peptone. Les altérations des éléments figurés du sang, la présence des myéloplaxes résulteraient des troubles de nutrition des organes hématopoïétiques.

Lymphémie (Ueber Lymphæmie), par H. FR. MULLER (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, vol. L, p. 47). — Un malade âgé de 39 ans, ayant contracté la malaria 13 ans auparavant, est pris de point de côté avec frisson, maigrit et présente des tuméfactions ganglionnaires multiples ; le foie et la rate s'hypertrophient, l'examen du sang décèle 180.000 globules blancs par millimètre cube. Les leucocytes sont presque exclusivement mononucléés (93 0/0), basophiles comme dans le sang normal ; les myéloplaxes se montrent extrêmement rares. Ces caractères appartiennent à la variété de leucémie désignée sous le nom de lymphémie (Virchow). A cette occasion, l'auteur, passant en revue les faits publiés et les théories dont ils ont été le point de départ, conclut que les formes lymphatique, splénique, myélitique de la leucémie ne sauraient être séparées d'une façon radicale, mais qu'elles doivent être considérées comme l'expression d'un même processus intéressant d'une façon variable les organes hématopoïétiques. Les variétés observées dans le sang au sujet de la nature des éléments n'ont pas toutes l'importance qu'on a voulu leur donner. D'autre part, l'organe le plus gravement atteint n'indique pas toujours le point de départ de la maladie. Ainsi, dans le cas actuel, le malade ayant succombé, on trouva une prolifération du tissu lymphoïde non seulement dans la rate et les ganglions, mais dans le foie, dans la moelle des os. L'évolution clinique seule peut renseigner sur l'origine de la maladie d'une façon certaine.

CHIRURGIE

Cent ovariotomies (Zweiter Bericht über 100 Ovariotomien), par OMODI et IKEDA (*Centralb. f. Gynæk.*, 1892, n° 52, p. 1009). — Les auteurs donnent dans leur travail une nouvelle statistique portant sur cent ovariotomies faites à l'hôpital de Fukuoka (Japon).

Sur ces cent cas, il existait trois fois la torsion du pédicule avec ascite considérable et cinq fois la complication de myome. Dans seize cas la lésion était bilatérale.

Quatre-vingt-une fois l'opération a été terminée avec succès, quatorze fois elle ne fut pas terminée à cause de complications diverses ; il y a eu cinq cas de mort, dont trois seulement imputables à l'opération.

Les adhérences étaient vingt-sept fois pariétales, vingt-six fois épiploïques, sept fois intestinales, huit fois pelviennes, deux fois vésicales, deux utérines ; trois fois il existait des adhérences dans la fosse iliaque droite. Dans trente cas il n'y avait pas d'adhérences.

Au point de vue anatomo-pathologique les tumeurs étaient des kystes proliférants, dermoïdes, parovariaux, et des sarcomes durs.

Un kyste dermoïde renfermait un doigt entier.

Emphysème septique (Zur Bacteriologie des «septischen Emphysems »), par Chiari (*Prag. med. Wochenschr.*, 1893, n° 1, p. 1). — L'auteur rapporte un cas de gangrène du pied consécutive à une plaie du second orteil chez une diabétique de 62 ans, ayant nécessité l'amputation de la cuisse au tiers moyen à cause de la marche progressive de la gangrène. La femme succomba deux jours après l'opération, après avoir présenté une petite plaque de gangrène au niveau de son moignon.

A l'autopsie faite vingt-trois heures après la mort, on fut frappé de l'emphysème qui occupait tout le moignon, la fesse et la grande lèvre du même côté. Toutes ces parties, principalement les muscles, étaient infiltrés d'un liquide gélatineux contenant des bulles d'air.

L'examen microscopique des parties, les cultures et les expériences sur des animaux ont montré la présence du coli-bacille virulent à l'état de culture pure. Le bacille d'Escherich était très virulent pour les animaux sans qu'il fût toutefois possible de provoquer chez eux le tableau de l'emphysème septique.

L'auteur ne veut pas généraliser, mais admet que dans son cas l'emphysème septique a été provoqué par le coli-bacille.

Polype poilu du naso-pharynx (Ein behaarter Rachenpolyp), par Conitzer (*Deut. med. Wochenschr.*, 1892, n° 51, p. 1163). — Il s'agit d'un homme de 26 ans venu à la clinique pour des douleurs de la gorge avec irradiation dans la nuque et le bras gauche. A l'inspection on trouva un polype en forme de bouteille, des dimensions d'une amande, pendant à gauche de la luette de façon à toucher la base de la langue et s'insérant pour son pédicule sur la paroi antérieure du naso-pharynx, à gauche de la ligne médiane immédiatement au-dessous de la choane.

L'ablation de la petite tumeur fût faite avec la plus grande facilité. Elle se composait d'une enveloppe présentant la structure complète de la peau, épiderme, derme, glandes sébacées et sudoripares, poils fins, etc., et d'un centre composé de tissu adipeux au milieu duquel se trouvait un noyau cartilagineux, une veinule, une artériole et un petit nerf, et un amas de cellules rondes présentant la structure d'un follicule lymphatique.

Ces polypes sont très rares, et dans la littérature on ne trouve qu'une dizaine d'observations de ce genre.

L'auteur les a résumées sous forme de tableau synoptique.

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie du cerveau de l'homme. — Atlas et Texte, par E. Brissaud. Paris, 1893, G. Masson, édit.

Encore que les progrès accomplis en neurologie aient été incessants et considérables dans ces dernières années, nous ne possédions pas, jusqu'à présent, une anatomie d'ensemble précise et complète des régions cérébrales ; aussi attendions-nous avec une certaine impatience la publication du travail que nous savions entrepris dès longtemps par M. Brissaud pour combler cette lacune ; et il ne nous coûte pas d'avouer que la perfection de l'œuvre colossale qui nous est présentée dépasse encore les prévisions les plus optimistes que l'on était en droit de fonder sur les laborieuses études et sur la compétence éclairée de l'auteur.

***

Certes, il s'agit là d'un ouvrage de haute science, mais il atteint néanmoins un but essentiellement pratique, en ce que, selon que l'a désiré M. Brissaud, il répond au besoin, de plus en plus urgent, de localiser avec précision les lésions du cerveau. Aussi l'auteur n'a-t-il pas négligé de nous faire connaître dès l'abord, dans son introduction, les notions les plus minutieuses qui se rapportent à son sujet, nous donnant même des conseils de technique dont, à en juger par les résultats qu'il en a obtenus, on tirera le plus grand profit.

La façon dont il faut s'y prendre, à son avis, pour prélever l'encéphale sur le cadavre, et pour détacher ensuite les hémisphères en sectionnant la protubérance perpendiculairement à son milieu, est déjà exposée avec soin. On fera bien de disposer ceux-ci, en les plaçant sur leur face interne, dans une couche de ouate arrangée sur le fond plat d'un cristallisoir pouvant contenir quatre litres de liquide conservateur. M. Brissaud préconise à cet égard l'emploi d'une solution saturée de bichromate d'ammoniaque, à renouveler au début tous les trois jours, trois ou quatre fois par exemple. On obtiendra ainsi un durcissement convenable dans un minimum de temps de deux mois et demi, et un durcissement parfait au bout de trois à quatre mois. Un procédé très simple de conservation ultérieure serait le suivant. La pièce est retirée après durcissement de la solution bichromatée, puis sa surface s'étant desséchée à l'air en quelques minutes, on l'enveloppe dans une couche épaisse de coton hydrophile imprégné d'eau et légèrement comprimé, et on la garde, ainsi traitée, dans une boîte de fer-blanc. On conserverait de la sorte des hémisphères cérébraux, en excellent état, pendant des années.

Quant aux coupes, il suffit de les pratiquer à l'aide du cérébrotome d'autopsie ordinaire, et sans qu'il soit nécessaire de recourir aux inclusions. Pour l'étude anatomique pure, il est indispensable de pratiquer des séries de coupes verticales, horizontales, et sagittales ; mais pour se renseigner au point de vue seulement de l'anatomie pathologique, on s'en tiendra de préférence à des séries de coupes portant sur un seul sens, dont la nature de la lésion indiquera la direction pour chaque cas particulier, bien que, en général, les coupes verticales paraissent les plus avantageuses.

***

Avant d'entrer dans la description de ses planches pour laquelle sont employées 400 pages de texte illustrées elles-mêmes de 204 figures schématiques, M. Brissaud a soin de résumer, au préalable, dans un exposé d'ensemble, comment il comprend la conformation des organes essentiels qui sont visibles à la surface et dans la profondeur de l'hémisphère, estimant fort judicieusement, que cette « mise en place préliminaire », qui n'occupe pas moins d'un cinquième du volume, facilitera d'autant la lecture et la compréhension des explications suivantes.

Rapidement il passe en revue la configuration générale, soit : les faces supérieure, inférieure, et la base du cerveau, pour revenir ensuite avec plus de détails à l'étude de l'hémisphère proprement dit ou mieux de ses deux parties : le seuil ou *limen*, et les circonvolutions. A ce propos, il signale les difficultés qui résultent actuellement encore des indécisions de la nomenclature, et, tout en souhaitant que cette question soit définitivement fixée par un congrès scientifique autorisé, il s'en rapporte pour sa part à la nomenclature de Broca. Il insiste ensuite spécialement sur les différences morphologiques relativement considérables qui existent, en fait, entre les apparences des circonvolutions sur les diverses pièces et les figures schématiques classiquement adoptées pour le type du cerveau normal, d'où cette importante conclusion pratique, à savoir : qu'il est nécessaire dans les autopsies que les lésions circonscrites de l'écorce soient représentées non plus sur des schémas, mais sur des figures reproduisant exactement les profils de l'hémisphère pour chaque cas particulier.

Il propose toutefois, à son tour, l'adoption, nécessaire pour l'étude descriptive, d'un type schématique dont il emprunte les bases aux données de l'embryologie. Il ne faudra pas oublier que les modifications de ce type schématique sont variables à l'infini, et que ce type lui-même, consistant en somme en une simple conception de l'esprit, on ne saurait tirer de conséquences des légères dissemblances qu'on trouvera morphologiquement entre lui et les diverses individualités cérébrales concrètes, comme on l'a fait, à tort, dans les théories du cerveau génial et du cerveau criminel.

Au surplus, M. Brissaud signalera-t-il les plus importantes de ces modifications, et proposera-t-il pour interpréter les causes de ces variétés du plissement cérébral, une théorie ingénieuse basée sur les suppléances et compensations réciproques des différentes parties du manteau cortical. Il établit, en effet, s'aidant d'une comparaison bien trouvée dont la légitimité est éclaircie par les schémas qui en illustrent l'exposé, qu'en somme, la situation des centres fonctionnels ne change pas relativement aux centres profonds, mais seule-

ment relativement aux parties de l'écorce qui l'environnent.

⁂

L'atlas comporte 43 planches et 205 figures. Ses neuf premières planches représentent les circonvolutions cérébrales et les principales dispositions des plis du manteau. Les vingt-quatre planches qui suivent reproduisent la série des coupes verticales de l'hémisphère depuis la région occipitale jusqu'à la région frontale. Neuf planches sont ensuite consacrées à figurer les surfaces de section de la série horizontale : la dernière représente enfin quatre coupes de la série sagittale.

Toutes ces figures sont, sans exception, la reproduction exacte, en grandeur naturelle, des préparations anatomiques; et, si elles ont, de ce chef, le mérite de la sincérité que seul revendique l'auteur qui les a dessinées lui-même, il nous sera permis d'ajouter qu'elles offrent de plus une incontestable valeur artistique.

Nous ne saurions entrer plus dans l'analyse de l'explication des planches, encore moins rendre compte de la partie purement iconographique elle-même. Tout ce qu'il nous est possible d'en dire, c'est que ces planches, en dépit de la complexité des objets qu'elles représentent, sont extrêmement nettes, et malgré qu'elles reproduisent des préparations anatomiques, affectent la clarté de véritables schémas. L'auteur ne s'est pas borné à figurer *un* hémisphère d'*un* cerveau, mais il présente l'hémisphère gauche et l'hémisphère droit de plusieurs types choisis, dont une notation analogue de leurs parties correspondantes aide à saisir mieux les ressemblances et les différences. Grâce aux coupes si nombreuses en même temps que variées et méthodiques, dont les aspects sont dessinés, à l'aide aussi des commentaires qui étendent la description et la rendent moins aride, M. Brissaud parvient à vous pénétrer des notions les plus précises et les plus complètes sur cette anatomie compliquée et difficile.

Les soins apportés à l'exécution héliographique et typographique contribuent encore à rehausser la valeur de l'ouvrage.

Aussi bien, en dehors des services considérables que cet atlas nous semble destiné à rendre aux travailleurs, constitue-t-il, à vrai dire, un monument scientifique glorieux qui, s'il honore surtout son auteur, ne laisse pas que de jeter un nouveau lustre sur l'Ecole de la Salpêtrière, à l'éminent maître de laquelle l'œuvre est dédiée.

Paul Blocq.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Indicazioni curative del cancro della lingua e modificazioni al methodo Regnoli, par Ag. Paci. Broch. in-8° de 32 pages. Florence, tipografia cooperativa, 1892.

L'auteur rapporte 3 cas d'amputation totale de la langue; il vante cette opération qu'il considère comme devant toujours être préférée à l'excision partielle de l'organe. Pour l'amputation totale, il n'a eu qu'à se louer de l'incision de Regnoli qui est la plus simple et offre une large voie à l'opérateur, découvre largement les régions ganglionnaires sus-hyoïdienne et sous-maxillaires et permet de faire rapidement l'ablation de toute la langue et des tissus voisins qui peuvent être infectés. Il recommande, au lieu de pénétrer dans la cavité buccale sur la ligne médiane entre les apophyses géni, comme le fait Regnoli, en incisant d'avant en arrière, à droite et à gauche, les tissus adhérents ou maxillaire, de perforer la muqueuse buccale au niveau du pilier antérieur, d'introduire un bistouri boutonné en se guidant sur le doigt et de raser le bord inférieur du maxillaire d'arrière en avant jusqu'à la ligne médiane.

Précis de diagnostic chirurgical (examen clinique, pronostic traitement), par le Dr A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux. Paris, G. Steinheil, 1893.

Livre écrit exclusivement à l'usage des étudiants, auxquels il pourra rendre des services, en leur servant de guide dans l'interrogatoire des malades. Un point intéressant de ce livre consiste au renvoi, en tête de chaque chapitre, aux pièces particulièrement probantes du musée de Saint-Louis et du musée Dupuytren. L'étudiant pourra ainsi se faire l'éducation de l'œil, dont nul n'ignore l'importance.

Transactions of the Association of american physicians, seventh session held at Washington, 1892. 1 vol. in-8° de 355 pages. Philadelphia, 1892.

Ces « Transactions », parues moins de 6 mois après le Congrès, c'est-à-dire dans un espace de temps plus court que cela n'est habituel pour les comptes-rendus officiels des Congrès, renferment *in extenso* les mémoires communiqués à l'Association des médecins américains. Nous n'avons pas à revenir ici sur ces travaux, dont l'analyse se trouve dans le *Mercredi médical*, 20 et 27 juillet 1892, p. 343 et 357.

Leçons de clinique chirurgicale, par M. le Dr Péan, t. VIII.

Ce volume contient les leçons professées par M. Péan à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1887 et 1888; il contient en outre les observations recueillies dans le service de l'auteur pendant les mêmes années, et la statistique des opérations de gastrotomies et d'hystérectomies abdominales et vaginales pratiquées par lui en 1888 et 1889.

Huit de ces leçons se rapportent à la gynécologie opératoire. Elles traitent du diagnostic et du traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale, du traitement des suppurations pelviennes par les mêmes moyens, du manuel opératoire de l'ablation complète de l'utérus par le vagin, de la castration utérine et de la castration ovarienne. D'autres sont consacrées aux kystes du parenchyme utérin, au traitement des fistules uréthro-vaginales, à un nouveau procédé de vagino-fixation applicable dans les cas de prolapsus de l'utérus, au morcellement.

Enfin, parmi les divers sujets de clinique ou de médecine opératoire à l'ordre du jour, nous signalerons les leçons sur les rétrécissements de l'intestin correspondant à la valvule iléo-cæcale, le traitement des rétrécissements du rectum, la trépanation dans l'épilepsie et les tumeurs veineuses intra-crâniennes. (1 fort vol. grand in-8° de 1450 pages avec 67 figures dans le texte et 2 planches hors texte, 25 francs. Félix Alcan, éditeur.)

Traité des maladies des voies urinaires, par H. Picard. Paris, J.-B. Baillière, 1892.

Petit traité d'ordre pratique où sont successivement passées en revue : 1° les maladies de l'urèthre; 2° les maladies de la prostate; 3° les maladies de la vessie; 4° les maladies des reins; 5° les maladies calculeuses; 6° la séméiologie des voies urinaires; 7° l'incontinence nocturne de l'urine; 8° la spermatorrhée et l'impuissance; 9° les maladies engendrées par celles des voies urinaires; 10° le diabète.

VARIÉTÉS

Séance annuelle de la Société de chirurgie :

Éloge de Trélat

par M. Charles Monod, secrétaire général.

Ce n'est ni un éloge banal ni une simple biographie que vient d'écrire M. Monod. Elève fidèle et affectionné du professeur Trélat, ayant été deux fois son interne, ayant vécu dans son intimité, il était mieux à même que personne d'écrire l'histoire de sa vie et de juger son caractère. Il l'a fait avec cette grande sincérité qui donne à ses écrits tant d'autorité et d'intérêt. Tout en faisant bien ressortir les qualités de l'homme, les mérites du savant, l'éloquence de l'académicien et du professeur, il nous a montré Trélat tel qu'il a vécu, avec sa physionomie si originale, son caractère si attachant et si personnel. Je ne puis mieux faire, ne pouvant tout citer, que de reproduire le portrait suivant :

Ceux qui approchaient Trélat, dit M. Monod, ne se sentaient pas de prime abord attirés vers lui. Son accueil n'avait rien d'avenant. Je me souviens de l'impression de respectueuse crainte que je ressentis lorsque, jeune élève en médecine, je fus pour la première fois mis en sa présence. Je le revois tel qu'il m'apparut alors, les traits fortement accusés, l'œil perçant, scrutateur, caché sous des sourcils noirs et fournis, le front chargé de rides volontaires, la bouche s'avançant en une sorte de moue menaçante, que dissimulait mal — qu'accentuait bien plutôt — une barbe courte, soignée, mais abondante, contribuant à donner à l'ensemble un aspect sombre et sévère.

Je ne soupçonnais pas, alors, mais je sus bientôt ce que cette apparence un peu farouche cachait de douceur et de bonté. Et, cependant, bon plutôt qu'aimable, plus soucieux de suivre le chemin qu'il s'était tracé que de chercher à plaire, sachant ce qu'il valait, supportant mal qu'on parût en douter, Trélat ne fut pas de ceux qui s'entourent d'amitiés faciles.

Celles qu'il détermina n'en furent que plus solides. On le vit bien, le jour qu'il disparut. Au concert de louanges qui s'éleva de toutes parts se joignit un cri de douleur. Pouvaient-ils ne pas le pleurer, ceux qui avaient su trouver en lui, comme le disait l'un d'eux, et non le moins éloquent, « l'ami fidèle et qui ne variait pas... se donnant à ses amis, comme il se donnait à ses élèves, de la totalité de son âme aimante ? »

Trélat fut aimé. Peut-être fut-il plus encore admiré. Il était difficile en effet de le voir de près, et surtout de l'entendre, sans être sous le charme.

Possédant une instruction des plus variées, toujours au courant, il était prêt à tenir tête à ses interlocuteurs, quel que fût le terrain sur lequel il était conduit. Arts, sciences, littérature, religion, politique, questions sociales, rien ne lui semblait étranger.

Et l'on ne savait ce qui étonnait le plus en lui, ou de la valeur de ses connaissances, ou du sens critique qui le conduisait comme d'instinct aux solutions justes, ou de la forme merveilleuse, toujours claire, pleine de saillies, que, dans les plus simples causeries, il donnait à sa pensée. Esprit éminemment généralisateur, il saisissait les questions par leur côté le plus large. C'était plaisir de le suivre dans ces hautes envolées où, planant au-dessus des petitesses et des arguties, il s'élevait à ces hauteurs où les vues d'ensemble dominent les faits particuliers et les expliquent.

. . . .

Parlerai-je, dit un peu plus loin M. Monod, de l'intégrité de Trélat, de sa probité, de son désintéressement? Peut-être ne serait-il pas nécessaire de rappeler qu'il possédait à un haut degré ces vertus cardinales du médecin, si nous ne vivions en un temps où faire fortune est, dit-on, pour quelques-uns la préoccupation suprême, et où parfois, pour atteindre le but, on ne se montre pas très scrupuleux sur le choix des moyens. Trélat ne connut aucune de ces défaillances. Et par là encore il nous laisse un salutaire et fortifiant exemple.

Il était de mœurs simples, conservant au milieu de la grande aisance que lui procurait son travail un train de maison modeste.

Sa vie n'était pas celle de tout le monde. Il se levait tard et avait pour cela une large excuse. Il dormait peu et mal. Tourmenté par les quintes d'une toux dont vous avez encore dans l'oreille les pénibles éclats, il ne trouvait un peu de repos que dans les dernières heures de la nuit. Cette infirmité qu'aucun traitement ne parvint à atténuer fut une vraie souffrance. Ceux qui l'ont vu, peu après son lever, en proie à ces horribles secousses qui ébranlaient son corps à le briser, peuvent seuls comprendre ce qu'il lui fallait d'énergie pour aborder sans faiblesse la tâche de chaque jour. Il n'en faisait pas moins son service avec régularité et avec soin; mais il le commençait tard, et sortait tard de l'hôpital. Il fallait ensuite suffire aux devoirs et aux occupations multiples de la journée; et on avait vite fait de l'accuser d'inexactitude, lorsqu'il ne se se montrait pas aussi esclave de la ponctualité que d'autres mieux portants que lui.

Aussi bien, faut-il l'avouer, il n'était pas dans son caractère de se soumettre à des règles rigides. Il s'abandonnait volontiers à la fantaisie du moment, ne résistant pas au plaisir de deviser avec l'ami rencontré au sortir d'une réunion ; tout surpris, au bout de quelques instants, de constater que le temps avait passé ; achevant cependant la phrase commencée, causant encore l'espace d'une cigarette, puis courant au rendez-vous promis, où il arrivait en retard. Parfois aussi on le voyait s'arrêter à l'échoppe d'un marchand de tableaux et de curiosités, découvrant d'un coup d'œil l'objet de valeur, se plaisant à en rechercher l'origine, à l'estimer, le maniant avec la passion d'un fin connaisseur, s'oubliant là plus peut-être qu'il n'eût fallu.

Petits travers que vous me pardonnerez de rappeler! Ne font-ils pas partie de la physionomie de notre collègue, de cet homme si foncièrement original qui, aux connaissances précises du savant, aux qualités du praticien le mieux pondéré et le plus possesseur de lui-même, joignait l'imprévu, le brillant, ce je ne sais quoi de poétique fantaisie qui est le propre de l'artiste.

Artiste, Trélat l'était dans l'âme. Il avait au plus haut point l'amour du beau, de l'achevé, du parfait sous toutes les formes et dans toutes les branches du savoir humain. Tel nous l'avons vu jusque dans sa pratique chirurgicale; tel il était dans toutes les circonstances de la vie. Il aimait à s'entourer d'objets d'art, de tableaux de maîtres, de faïences de choix, de belles tentures. Il les admirait chez les autres, au point qu'on a pu lui reprocher plaisamment de sembler prendre plus d'intérêt à la décoration de la chambre qu'au malade pour lequel on l'avait appelé: simple apparence, ai-je besoin de le dire, qui ne pouvait en imposer qu'aux esprits malveillants ou superficiels. De fait, rien n'échappait à son œil clairvoyant. Une étoffe heureusement drapée, un meuble bien planté et de formes harmonieuses, l'objet le plus simple, pourvu qu'il eût quelque valeur artistique, attirait immédiatement son attention et sa critique. Son goût était sûr, délicat, éclairé. Il n'appréciait pas seulement avec justesse, mais savait donner les raisons de ses préférences; qualité rare qui rendait sa conversation particulièrement attrayante et, comme l'on dit aujourd'hui, suggestive. Il comptait de nombreux amis parmi les artistes de profession qui le considéraient comme un des leurs.

Il semble donc que rien ne manquait à Trélat pour réaliser le type de l'homme accompli. Intelligence de premier ordre; possédant à fond les secrets de la science et les procédés de la pratique; ouvert aux sensations et aux plus hautes jouissances de l'art; orateur incomparable et causeur charmant; maître aimé, écouté, recherché par tous; ayant à ses côtés, vous me permettrez de le dire, une compagne digne de lui, ferme soutien et guide sûr dans les jours difficiles, grande artiste elle aussi et maîtresse dans son art, et deux enfants qui ne lui donnaient que de la joie, — son sort n'était-il pas de tous points enviable? ne devons-nous pas, en déplorant sa disparition avant l'heure, reconnaître au moins que les jours qu'il passa sur cette terre furent ceux d'un homme heureux ?

Et pourtant Trélat ne fut point un heureux.

« Sa nature inquiète », disait de lui un ami qui le connaissait bien, « toujours en quête du mieux, lui avait refusé cette sereine philosophie qui n'attend de la vie que ce qu'elle peut donner. » Il aspirait toujours plus haut pour lui-même, pour les siens, pour son pays, et souffrait de voir la réalité répondre si mal à ses désirs. Plaignons-le, messieurs, ne le blâmons pas. « La nature de l'homme », a dit un grand écrivain contemporain, « est composée d'aspirations infinies que notre condition présente ne peut satisfaire. » Bien peu ont le sentiment et le souci de cette impuissance. Les âmes bien nées, éprises d'idéal, connaissent seules d'aussi nobles tourments. Trélat appartenait à cette élite.

J'ai tenu à commencer par reproduire ces passages qui terminent l'éloge prononcé par M. Monod. Comme ils peignent bien le maître regretté qui a laissé un si grand vide à la Faculté, à l'Académie, à la Société de chirurgie!

Mais M. Monod avait à apprécier le savant, le chirurgien, le professeur. Il l'a fait, aux applaudissements de ses collègues, avec une compétence et un talent qui ne pouvaient être égalés. Nous devons donc reproduire presque *in extenso* les principaux passages de cette éloquente harangue.

Trélat fit toutes ses études classiques à la pension Froussard. Il en sortit bachelier en 1844; il n'avait que seize ans.

Il commença aussitôt ses études de médecine. A 21 ans (1849), à la fin de sa seconde année d'externat, il était nommé interne des hôpitaux. Ce ne fut que quatre ans plus tard (1853) qu'il conquit le grade d'aide d'anatomie; les concurrents étaient nombreux et de valeur, le combat difficile. Dès lors le succès était certain. Prosecteur en 1856, agrégé de chirurgie en 1857, chirurgien des hôpitaux en 1860, il emportait de haute lutte ces divers postes si enviés, émerveillant ses juges, tant par la précision de ses connaissances que par la forme originale de son exposé.

Sa juste ambition devait le porter plus haut. En juin 1872, à l'âge de 44 ans, la Faculté de Médecine lui confiait la chaire de pathologie externe, qu'il échangeait plus tard contre celle de clinique chirurgicale.

Là était sa véritable place. Il n'avait pas attendu, d'ailleurs, sa nomination de professeur pour prendre part à l'enseignement clinique. Tous les ans, dans les divers services dont il fut chargé, à Saint-Antoine, à Saint-Louis, à la Pitié, il se plaisait à faire des conférences à ses élèves.

Qui de nous n'a gardé le souvenir d'un tel maître? Non qu'il visât à l'éloquence, ou qu'il donnât à sa parole aucun apparat. Mais quelle clarté d'exposition! Quelle richesse de langage! Se préoccupant avant tout d'être bien compris, il aimait à reprendre sous une forme nouvelle l'idée déjà énoncée, jusqu'à la rendre d'une évidence et d'une simplicité telles que le moins attentif ou le plus ignorant en était comme pénétré.

Ah! comme l'on comprenait, en l'écoutant, ce mot de Renan : « On dit que la langue française est pauvre! ceux qui parlent ainsi montrent bien qu'ils ne la savent pas. » C'était merveille, en effet, de voir sur les lèvres de Trélat les mots se succéder, chacun apportant une clarté nouvelle, et semblant mieux approprié à l'objet exprimé. Et cela sans effort apparent, sans recherche : la phrase, tantôt serrée, concise, lapidaire, tantôt se développant en plus longues périodes, toujours correcte et élégante, coulait comme une source. Souvent elle s'éclairait de pittoresques images qui éveillaient et soutenaient l'attention, et elle avait constamment à son service, pour lui donner plus de relief et de vie, une mimique singulièrement expressive.

Je me reprocherais de ne louer que la forme de ces leçons. Parcourez les deux volumes publiés après sa mort par des élèves dévoués, et vous jugerez si jamais enseignement fut plus varié et plus solide. Toutes les questions à l'ordre du jour sont abordées par lui; sur toutes il a un avis personnel formulé avec précision. On retrouve à chaque page le chirurgien consciencieux, fidèle observateur du malade, fort au courant de tous les progrès de la science moderne, mais remontant volontiers dans le passé, ne fût-ce, comme il le dit quelque part, que pour donner à ses élèves le spectacle instructif « de tous les méandres où la chirurgie s'est égarée avant d'atteindre le but »; soucieux enfin de bien poser les indications opératoires, et faisant appel, pour cela, aux ressources d'une intelligence supérieure, d'une expérience déjà longue et de l'instruction la plus étendue.

Rappellerai-je, à cet égard, son heureuse intervention dans la question de *la cure radicale des hernies*? Vous n'avez pas oublié

comment, en une formule qui fit fortune, il résumait la ligne de conduite qu'il avait adoptée et qu'il préconisait : « Toute hernie, disait-il, qui n'est pas complètement, constamment et facilement contenue par un bandage, doit être opérée. » On ne pouvait mieux dire en moins et de mots.

C'est à lui que l'on doit aussi une bonne connaissance des indications et des règles de la *staphylorrhaphie*, un de ses sujets de prédilection. L'âge auquel l'opération peut et doit être entreprise, les soins antérieurs et consécutifs, la nécessité d'imposer au malade, avant comme après l'intervention, une éducation spéciale de la parole, sans laquelle le résultat phonétique peut être nul ; la meilleure technique à suivre pour mener l'opération à bien, — tous ces points sont discutés par lui avec l'autorité que lui donnait la pratique la plus habile et la plus heureuse.

Il me serait facile de citer beaucoup d'autres sujets où il porta la lumière : ses recherches sur le mécanisme et les conséquences des *fractures du crâne*, sur les avantages respectifs de *l'anus iliaque et de l'anus lombaire*, sur *les tumeurs lymphatiques*, sur *la maladie kystique du testicule*, sur *le lymphadénome* du même organe et la gravité du *lymphadénome en général*, sur *l'ulcère tuberculeux de la langue*, sur les indications de *la trachéotomie dans les affections syphilitiques des voies respiratoires*, etc., énumération bien complète à laquelle il faut absolument ajouter deux thèses qui demeurent classiques : sa thèse inaugurale consacrée à l'étude des *fractures de l'extrémité inférieure du fémur* et sa remarquable thèse d'agrégation sur *la nécrose phosphorée*.

L'œuvre écrite de Trélat n'est cependant pas considérable. La mort l'a surpris trop tôt, au moment où il allait coordonner et mettre en œuvre les nombreux matériaux qu'il avait amassés.

C'est surtout par son enseignement oral et par sa pratique hospitalière qu'il a eu, sur de nombreuses générations d'élèves, une influence féconde. Aussi est-ce à bon droit que l'un de ceux-ci, le plus distingué et le plus aimé, se souvenant de ce qu'il avait vu et entendu, le mettait au nombre des plus grands chirurgiens de notre époque.

Clinicien consommé et opérateur hors ligne, Trélat possédait en effet les deux qualités maîtresses du chirurgien.

Elève, et digne élève, de Nélaton, nul mieux que lui n'a connu cet art difficile de bien examiner un malade et d'arriver par une suite de déductions, toujours justes, souvent ingénieuses, à poser un diagnostic précis, conduisant à une action opératoire nettement formulée.

Dans les cas douteux ou obscurs, il attendait pour se prononcer, revoyant le malade à diverses reprises, y songeant lorsqu'il avait quitté l'hôpital, finissant toujours par se faire une opinion ferme, quitte à reconnaître loyalement son erreur si elle lui était démontrée.

Il répugnait à user des ponctions exploratrices, estimant que le chirurgien ne devait prendre l'instrument en main que lorsqu'il était arrivé par un examen minutieux à une notion exacte de la maladie ou de la lésion.

« Il y a à l'époque actuelle, » disait-il dans une de ses leçons, « une certaine tendance à négliger le diagnostic précis, pour s'en tenir au diagnostic apparent ; personnellement, je suis resté le passionné de ce diagnostic précis, et je le recherche toujours avec persévérance et avec opiniâtreté. »

Tous ceux qui ont suivi Trélat de près dans son service savent combien il conformait sa conduite chirurgicale à ces paroles.

C'est aussi au souvenir de ses élèves que je voudrais faire appel pour évoquer devant vous le brillant opérateur que nous avons admiré ensemble. Et je ne songe pas ici seulement à ces opérations délicates, autoplasties de la face, réparation de la fente palatine, restauration du périnée, où il excellait, mais aux interventions les plus diverses et les plus vulgaires, auxquelles il procédait avec le même soin, j'ai presque dit avec la même coquetterie. Il avait horreur de l'à peu près, et tendait sans cesse à la perfection, aussi bien pour le résultat final que pour tous les détails de l'acte opératoire. Dans sa pensée comme dans sa pratique, le beau s'associait nécessairement au bien. Une opération, pour mériter d'être dite achevée, devait avoir été proprement et également conduite.

Un incident imprévu, un vice d'instrumentation, la faute d'un aide l'irritaient. Il manifestait parfois son mécontentement avec une certaine violence, élevant la voix, frappant du pied, envoyant même au loin le bistouri qui coupait mal. Mais ces colères n'étaient qu'à la surface ; elles ne lui faisaient rien perdre de son sang-froid ; et, l'opération terminée, il savait, soit par un mot bienveillant, soit seulement par son attitude, faire oublier sa vivacité.

Il poursuivait le fini de l'acte opératoire jusqu'au bout, apportant au placement des fils et au pansement la même précision qu'à l'opération elle-même.

J'ajoute qu'il avait eu de tout temps, au plus haut degré, le souci de la propreté : propreté du malade, propreté des instruments, propreté du chirurgien. A cet égard on pourrait dire qu'il fut un précurseur, ou du moins que la grande réforme accomplie par Lister devait trouver en lui un esprit bien disposé. Il fut, en effet, un des premiers, et presque le seul parmi les chirurgiens de son âge, à se soumettre sans arrière-pensée aux règles de la plus minutieuse antisepsie. Il avait compris toute la portée de cette évolution de l'art chirurgical ; il ne tarda pas à en constater par lui-même les bienfaits. Il les proclamait bien haut. « Il y a quinze ans, » disait-il peu de temps avant sa mort, « nous en étions encore à secouer cette robe de Nessus des complications septiques, infection purulente et autres ; aujourd'hui nous en sommes arrivés, non pas à discuter la guérison physiologique, qui ne peut être révoquée en doute, mais à rechercher les moyens qui nous permettront de l'obtenir de plus en plus fréquemment. » Et il entrevoyait le moment où « par la connaissance de plus en plus complète de tous les agents, de toutes les ressources et de tous les détails de l'antisepsie, cette guérison devenant la règle, l'avenir de la chirurgie deviendrait lui-même indéfini ».

Une pareille adhésion, au jour où les pratiques de Lister n'avaient en France que de rares partisans, était précieuse. On a pu dire, non sans raison, qu'elle a été pour beaucoup dans l'avènement parmi nous et le triomphe aujourd'hui incontesté de la méthode.

M. Monod parle encore de la place remarquable qu'a tenue Trélat dans les diverses compagnies auxquelles il a appartenu. C'est qu'en effet nul mieux que lui ne savait résumer un débat, bien poser les questions, résoudre les problèmes qu'une discussion trop souvent diffuse avait obscurcis. Trop de fois nous avons ici même rendu justice à son incomparable facilité d'élocution, à son rare bon sens, à la netteté de son esprit, à la loyauté de son caractère pour qu'il nous paraisse nécessaire d'insister sur ce sujet ! Nous n'avons voulu d'ailleurs, en reproduisant quelques extraits du discours de M. Monod, qu'encourager tous les anciens amis de Trélat à relire dans le compte-rendu de la *Société de chirurgie* l'éloge d'un maître éminent qui ne pouvait trouver parmi ses anciens élèves un plus habile, un plus consciencieux, un plus éloquent panégyriste.

Nécrologie. — La mort subite de M. le Dr J.-L. Desnos a profondément attristé ses collègues de l'Académie de médecine et de la Société des hôpitaux. Médecin consciencieux et très attaché à tous ses devoirs, aussi bien à ses fonctions hospitalières qu'il remplissait avec une scrupuleuse exactitude, qu'aux charges que lui avait imposées la confiance de ses collègues, M. Desnos était un modèle de droiture, d'intégrité, de désintéressement. Il avait écrit de nombreux articles de pathologie et de clinique dans le *Dictionnaire de médecine pratique*, plusieurs observations médicales et divers travaux de thérapeutique appliquée. Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, il avait écrit l'histoire et raconté la vie d'un grand nombre de ses collègues. C'est à cette Société, qu'il présidait l'année dernière, qu'un hommage respectueux devra être rendu à sa mémoire.

Concours de l'internat. — Ont été nommés : *Internes titulaires* :

1. Mouchet, Dujon, Collet, Binot, Lévy (Emile), Ravanier, Lapointe, Thomas, Lévi (Ch.), Bensaude.

11. Bodin, Baraduc, Auclair, Josué, Ranglaret, Laurens, Baudet, Isidor, Flandre, Jeannin.

21. Gasne, Griner, Du Bouchet, Robineau, Hermary, Philippe, Ouvry, Apert, Gesland, Baillet.

31. Diriart, Emery, Desfosses, Boquel, Brouardel, Leblanc, Macé, Collinet, Petit (René), Martin (Albert).

41. Kuss, Mourette, Fauquez, Pochon, Pagny, Venot, Vermorel, Claude, Guillemot, Lapeyre.

51. Caboche, Fredet, Ramond, Derocque, Petit (Raymond), Beaussenat, Magdelaine, Bellot (Eugène), Benoist, Paul Boncour.

61. Schmid, Coquelet, Courtillier, Levy (Samuel), Mermet, Bolognesi.

Internes provisoires :

1. Salmon, Long, Martin (Ch.), Blanc, Miquet, Hepp, Anglelesco, Vanvert, Bigeard, Garnier.

11. Lenoble, Piaget, Estrabaut, Eliacheff, Pouquet, Bonnin, Guibert Lasalle, Jacoliot, Wiard, Gellé.

21. Wiart, Plicot, Batigue, Bouchacourt, Chauvel, Chabry, Didsbury, Lorrain, Lévy (A.), Reinet.

31 Dominici, Fauvelle, Roger, Grasset, Escat (Jean), Papillon, Luton, Millon, Choppin, Fournier.

41. Tissier, Marmée, Thorémire, Lenoir, Bruyère, Poix, Grenet, Hobbs, Tariel, Berthelin.

51. Haury, Escat (Et.), Brunet (Louis), Pinault, Delamare, Bartoli, Bonnet (René), Rudaux, Nordmann, Trenel.

61. Charnaux, Beaulam, Siguier, Pasteau, Griffon, Crochet.

Faculté de médecine. — Pour la chaire de médecine opératoire la liste de présentation est dressée : 1° M. Terrier, 2° M. Berger, 3° M. Terrillon.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON. 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 27 janvier 1893.

L'autonomie hospitalière.

Lorsque l'on étudie le fonctionnement des hôpitaux en Angleterre, en Amérique, on est frappé de l'autonomie absolue dont jouit chaque établissement. Au point de vue financier aussi bien que pour l'enseignement, que pour le recrutement du personnel médical à tous ses degrés, chaque hôpital est absolument indépendant de ses voisins. On ne peut pas songer, en France, à créer un système de ce genre : ce serait aller à l'encontre de tous les principes à l'aide desquels depuis des siècles on nous gouverne. La centralisation a été le rêve de nos gouvernements passés ; petit à petit elle a été inventée, établie, aggravée, et elle a acquis son dernier degré de perfection dans les conceptions et réglementations de Napoléon Ier. Depuis, il n'y a pas eu aggravation, — ce qui serait difficile, — mais état à peu près stationnaire. Se demander si on ne pourrait pas, en règle générale, atténuer cet état de choses serait entrer dans le domaine de la politique. Mais, sans s'aventurer sur ce terrain brûlant, on peut se poser cette question pour l'Assistance publique en particulier.

Chaque partie, en effet, est l'image du tout, et l'administration de l'Assistance publique de Paris est un chef-d'œuvre de centralisation. Chaque hôpital, sans doute, possède, en théorie, un budget déterminé ; mais quand un établissement se trouve en déficit, on fait appel aux bénéfices réalisés par un autre. Dans ces conditions, personne ne cherche à faire des bénéfices, et le déficit se généralise : ce qui se termine par une aliénation de capital. Rendez, au contraire, chaque hôpital sinon réellement responsable — en notre pays la responsabilité individuelle n'est pas à la mode — tout ou moins relativement responsable, et vous aurez réalisé un grand progrès.

Ces idées sont nettement exprimées par M. Navarre dans son rapport ; elles sont également celles du conseil de surveillance et, si nos renseignements sont exacts, ce conseil a pris à cet égard une décision fort intéressante. Sera-t-elle suivie d'effet? on ne le saura qu'à l'usage. Mais c'est déjà beaucoup que d'en avoir eu l'idée.

L'habitude était, paraît-il, jusqu'à ces derniers jours, qu'une fois l'an un des membres du Conseil fît un rapport général sur le fonctionnement des hôpitaux. Vous voyez d'ici ce que pouvait être un document de cette nature, et vous ne vous étonnerez pas qu'il fût lu à un auditoire médiocrement attentif. Les détails étaient noyés dans la masse ; sans compter qu'un rapport de ce genre peut bien difficilement être fait avec compétence et précision par un homme qui toujours exerce une profession plus ou moins absorbante, outre ses fonctions de membre du conseil de surveillance.

Or il m'a été dit que le Conseil, reconnaissant l'inanité d'un pareil rapport, avait décidé que la surveillance de chaque hôpital serait attribuée spécialement à un de ses membres, chargé d'en suivre de près tous les services et d'en rendre compte tous les six mois dans un rapport. C'est substituer au rapport en bloc une série de rapports individuels ; et l'effet de cette mesure, si elle est jamais appliquée, sera considérable, car il sera aisé, par comparaison, de voir pourquoi tel établissement fonctionne bien, avec des chefs et des élèves assidus et réguliers, avec des salles proprement tenues, avec un budget qui reste dans les limites assignées, tandis que dans tel autre tout va à vau-l'eau.

Pour nous en rendre compte, examinons une question spéciale, qui s'est posée il y a quelque temps.

Actuellement, chaque service est ou peut être muni d'un laboratoire et nombre de bons esprits trouvent que c'est un mauvais système, pour la science, comme pour le budget ; qu'il faudrait avoir dans chaque hôpital un seul laboratoire dirigé par un anatomo-pathologiste de profession. La question a d'ailleurs été débattue ici en son temps, par M. Cornil lui-même (Voy. *Mercredi médical*, 1890, p. 598), et je n'ai pas l'intention d'y revenir.

Pour démontrer que ce laboratoire unique peut fonctionner dans un hôpital, avec un directeur bien rétribué, sans qu'on augmente les dépenses de cet hôpital, il faut recourir à la méthode expérimentale, c'est-à-dire installer un laboratoire central dans un établissement où tous les médecins seraient d'accord pour en admettre l'utilité.

Or cet hôpital existe, et ce sont précisément les médecins qui, désireux de fonder un centre d'enseignement, ont d'eux-mêmes mis la question à l'étude. Unis ensemble par de bonnes relations individuelles, travaillant d'accord avec le directeur, ils ont, grâce à cette marche simultanée, réalisé sur l'exercice précédent d'importantes économies. A la fin de l'année, ils se sont trouvés à la tête d'une assez jolie somme, les malades ayant été soignés aussi bien — mieux peut-être — que dans des maisons où ils avaient coûté plus cher. Ils étaient donc fiers de leur œuvre et espéraient qu'on les laisserait appliquer leur boni aux quelques améliorations qu'ils désiraient, en particulier à la création d'un laboratoire commun. Ils avaient compté sans la centralisation : et le boni augmenta la caisse commune, pour boucher le déficit d'autres établissements moins bien gérés.

Depuis cet échec, on a renoncé à une tentative nouvelle, car on n'a guère de cœur à la besogne quand on ne travaille pas pour obtenir un résultat déterminé, tangible, et dont on sera directement responsable. Supposez, au contraire, un hôpital ayant une certaine autonomie, sous le contrôle spécial d'un membre du conseil de surveillance, des expériences analogues à celles dont nous venons de parler pourront être tentées ; entre les divers établissements il y aura une émulation favorable au progrès, et l'on sera ainsi amené à étudier les principales réformes, à modifier les règlements vieillis — il en existe peut-être. Il est vrai que cela troublerait un peu dans son travail uniforme et routinier une administration « que l'Europe nous envie ».

A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

De la médication antidyspeptique.

La digestion mauvaise, la *dyspepsie*, a depuis longtemps fixé l'attention des médecins. Successivement, les modalités cliniques par lesquelles elle se traduit, les conditions étiologiques et les lésions multiples et variées desquelles elle découle, la thérapeutique qu'elle réclame ont été l'objet de recherches considérables. Son étude toutefois n'a été serrée de près que dans ces dernières années, où sont entrés en scène le *physisme stomacal* avec les travaux de M. le professeur Bouchard, puis le *chimisme* avec ceux de différents observateurs, parmi lesquels, au premier rang, se place M. le professeur Hayem.

*
* *

S'appuyant sur la méthode d'analyse ingénieuse et précise imaginée par M. Winter, M. Hayem a été conduit à distinguer, dans le chimisme gastrique, trois catégories de troubles : les *troubles quantitatifs*, les *troubles qualitatifs*, les *troubles évolutifs*.

Les troubles quantitatifs se distinguent en deux groupes, selon que les phénomènes réactionnels intra-stomacaux sont exagérés ou amoindris. On dit dans la première alternative qu'il y a *hyperpepsie*, dans la seconde, *hypopepsie*.

L'hyperpepsie a pour caractère général l'exagération de la *chlorhydrie*.

Tantôt elle consiste dans la formation d'une quantité anomale d'acide chlorhydrique libre, tantôt dans l'augmentation de l'acide chlorhydrique combiné aux substances organiques alimentaires, tantôt dans la réunion de cette double condition. Il y a donc lieu de reconnaître une *hyperpepsie chlorhydrique* ou *hyperchlorhydrie*, une *hyperpepsie chloro-organique* et une *hyperpepsie générale ou typique*.

L'hypopepsie, par contre, est constituée par un affaiblissement du processus stomacal pouvant aller jusqu'à son annihilation. Elle a pour caractéristique la diminution dans la formation de l'acide chlorhydrique libre et combiné aux substances organiques. Elle offre 3 degrés, le dernier correspondant à la suppression de la fonction de l'estomac et méritant ainsi le nom d'*apepsie*.

Les troubles qualitatifs sont variables dans leur nature: le plus ordinairement ils résident dans l'addition à la fermentation gastrique normale de fermentations anomales qui se traduisent par une élévation dans le taux acide du contenu gastrique, c'est-à-dire par une *fausse hyperacidité*.

Les troubles évolutifs, enfin, sont marqués soit par l'*accélération* de la digestion, soit par son *ralentissement*. C'est l'hyperpepsie chlorhydrique avec hypersécrétion qui offre l'exemple de la plus grande prolongation du travail stomacal. Sous l'influence de l'excitation persistante, due à l'acide chlorhydrique, l'estomac sécrète constamment, aussi cet état s'accompagne-t-il fréquemment de *gastrosuccorrhée*. Chez certains malades, les troubles évolutifs s'accompagnent d'une modification dans le type chimique : à l'hyperpepsie générale ou à l'hyperpepsie chloro-organique succède l'hyperchlorhydrie simple qui mérite ainsi le qualificatif de *secondaire* ou *tardive*.

Lorsque l'on veut apprécier exactement l'état du chimisme stomacal, il ne faut donc pas seulement tenir compte des altérations quantitatives subies par les liquides gastriques, mais encore faire une place aux altérations qualitatives et aux troubles d'évolution.

Au-dessus de la notion chimique, se place d'ailleurs la notion étiologique qui commande la division des dyspepsies en deux grandes sections dénommées par M. Hayem, *dyspepsie organopathique* et *dyspepsie nerveuse*.

La dyspepsie organopathique engendre tantôt l'hyperpepsie et tantôt l'hypopepsie.

La *forme hyperpeptique* est liée à une *gastrite parenchymateuse avec irritation des glandes à pepsine*. Celle-ci dérive elle-même de causes diverses : intoxications alcoolique, tabagique ou médicamenteuse, alimentation vicieuse, mauvaise hygiène, maladies diathésiques, chlorose, etc.

Elle comprend des cas de gravité croissante : les légers sont représentés chimiquement par l'hyperpepsie générale ou chloro-organique sans hyperchlorhydrie tardive ; les moyens par la succession à l'hyperpepsie totale ou chloro-organique de l'hyperchlorhydrie tardive ; les sérieux par l'hyperchlorhydrie d'emblée, souvent accompagnée de ralentissement de la digestion et de gastrosuccorrhée.

Dans tous les cas le régime alimentaire est la base du traitement. Il sera exclusivement lacté tout d'abord dans l'hyperchlorhydrie d'emblée.

Le lait sera administré selon la méthode de Karell : au début, les malades ne prendront par 24 heures que trois ou quatre doses de 60 à 200 grammes de lait écrémé, à des intervalles égaux ; la quantité en sera progressivement élevée jusqu'à 2 litres.

Le régime lacté est également de rigueur pendant un temps assez long, — on le sait depuis Cruveilhier — dans l'hyperpepsie compliquée d'ulcère stomacal.

Plus tard, au fur et à mesure de l'amélioration de l'état

gastrique, on permettra aux malades les aliments inscrits au premier régime de Leube, puis successivement aux régimes suivants :

Régime 1. — Bouillon, solution de viande, lait, œufs mollets et crus, biscuits non sucrés, eau pure ou minérale et gazeuse.

Régime 2. — Cervelle de veau bouillie, ris de veau bouilli, poulet bouilli, pigeon bouilli, pied de veau bouilli, volailles jeunes, dont on ne doit pas manger la peau, soupes bien trempées au repas du soir, bouillie au lait préparée avec du tapioca et des œufs battus.

Régime 3. — Bœuf à moitié ou complètement cru, bœuf saignant, pulpe rôtie dans du beurre frais, jambon maigre rôti de la même façon, un peu de purée de pomme de terre, un peu de pain blanc pas trop frais, à titre d'essai, faibles doses de thé ou de café avec du lait.

Régime 4. — Poulet et pigeon rôtis, chevreuil, perdrix, un peu de lièvre, rosbif saignant surtout froid, veau rôti, brochet, macaroni, bouillie de riz au lait.

Dans les cas légers et moyens, le régime lacté pourra être évité et d'emblée, suivant les circonstances, on permettra le régime 1 ou les deux premiers régimes.

Les seuls médicaments utiles sont les alcalins pris d'une façon discontinue et particulièrement efficaces ingérés en solution naturelle pendant une cure à Vichy.

Mais un grand nombre de moyens thérapeutiques peuvent intervenir pour le grand profit des malades : il en est ainsi du maillot humide, des pédiluves chauds, des bains alcalins, des lotions et des douches suivies de frictions; ainsi encore du massage et de l'électricité qui sont commandés par la dilatation stomacale souvent coexistante; ainsi enfin des lavages stomacaux.

Les lavages sont indiqués par l'existence de fermentations anomales et par la gastrosuccorrhée. M. Hayem les prescrit le matin à jeun et recommande pour les pratiquer l'acide salicylique en solution à 1/1000.

Sous l'influence de cette médication les cas légers guérissent aisément et les cas moyens s'amendent vite; mais les sérieux offrent une grande résistance et le plus souvent les malades doivent demeurer pour ainsi dire indéfiniment soumis à un régime assez sévère s'ils veulent maintenir une amélioration péniblement conquise.

La *forme hypopeptique* de la dyspepsie organopathique est liée soit à une *gastrite parenchymateuse muqueuse*, soit à une *gastrite interstitielle avec atrophie des glandes à pepsine*. Elle apparaît d'emblée ou succède à la forme hyperpeptique et découle des mêmes conditions étiologiques que celle-ci.

De même que l'ulcère stomacal se rattache à la dyspepsie hyperpeptique, de même le cancer se traduit chimiquement par l'hypopepsie.

Nous avons vu que l'hypopepsie présente à considérer 3 degrés. La thérapeutique de l'hypopepsie des deux premiers degrés est différente de celle de l'hypopepsie du troisième degré, c'est-à-dire de l'apepsie.

Le régime lacté constitue le fondement du traitement de l'hypopepsie des deux premiers degrés. Lorsque l'état gastrique est amélioré, doivent intervenir les régimes de Leube.

Aucun médicament n'est indispensable : toutefois, la pepsine, la papaïne, les alcalins pris avant les repas peuvent être prescrits d'une façon efficace.

La dilatation stomacale, beaucoup plus fréquente que dans l'hyperpepsie, réclame le massage, l'électricité, l'usage de la strychnine; les fermentations anomales sont avantageusement combattues par l'administration de l'acide chlorhydrique et par les lavages faits avec une solution d'acide salicylique, d'acide borique ou de benzoate de soude.

La médication de l'apepsie consiste essentiellement dans la cure képhirique. Si l'apepsie s'accompagne de diarrhée, les malades doivent suivre le régime képhirique exclusif et ingérer de 2 à 5 bouteilles de képhir par jour.

Dans les autres cas, le régime doit être mixte : les malades prendront tout d'abord par jour une bouteille de képhir en 3 portions, la première entre les deux déjeuners, la seconde entre le déjeuner et le dîner, la troisième le soir. La dose sera progressivement augmentée. A partir de deux bouteilles, les malades consommeront une partie du képhir aux repas et une partie en dehors des repas. Bien entendu, les aliments permis pendant ce régime mixte seront choisis parmi ceux dont la digestion est le plus facile.

Sous l'influence du képhir l'apepsie se modifie assez fréquemment dans un sens favorable. Quelquefois elle se montre rebelle et incurable; toute autre médication échoue alors pareillement, et le mieux est de se borner à recommander une bonne hygiène et une alimentation choisie.

La dyspepsie nerveuse comprend deux groupes de faits distincts.

Dans le premier se rangent les cas dans lesquels, au cours d'une dyspepsie organopathique, apparaissent des phénomènes nerveux variables : gastralgie, hystérie gastrique, neurasthénie. Pour ces cas on pourrait réserver la dénomination de *forme nerveuse de la dyspepsie organopathique*.

Dans le second groupe rentrent les faits dans lesquels l'affection du système nerveux est notoirement primitive: c'est-à-dire les faits de *dyspepsie nerveuse proprement dite*.

Dans la forme nerveuse de la dyspepsie organopathique, l'effort thérapeutique doit principalement porter sur l'estomac qui sera traité de façon variable selon l'état chimique des sécrétions, en tenant compte de la possibilité d'une dilatation coexistante. Mais il ne faudra pas négliger de combattre concurremment les phénomènes nerveux surajoutés.

A la gastralgie on opposera les nervins et les sédatifs bien connus de la douleur.

A l'hystérie gastrique, outre un régime convenable, on opposera les inhalations d'oxygène, l'hydrothérapie et l'électrisation pour combattre les vomissements, les lavages suivis ou non de gavage, pour combattre l'anorexie. Dans les cas graves, l'isolement des malades seul pourra rendre ces moyens d'action efficaces.

A la neurasthénie, enfin, on opposera l'hydrothérapie et la cure de Weir Mitchell (régime lacté et alimentation progressive poussée jusqu'à la suralimentation).

La dyspepsie nerveuse proprement dite comprend des faits d'origine très disparate. On sait que les maladies du système nerveux central, la paralysie générale, la sclérose en plaques disséminées, la myélite subaiguë et surtout le tabes sont capables de s'accompagner de crises gastriques. Les névroses, l'hystérie et la neurasthénie notamment peuvent également occasionner des troubles dyspeptiques. Enfin, sous l'influence du surmenage intellectuel et des chagrins peuvent se montrer des troubles stomacaux auxquels Rossbach a donné la désignation de *gastroxynins*. Il est probable que dans tous ces faits, si les sécrétions stomacales sont modifiées cliniquement, la structure de l'estomac reste tout d'abord normale pour s'altérer ultérieurement. Quoi qu'il en soit, la maladie nerveuse ici doit surtout fixer l'attention du thérapeute, l'estomac n'occupant que l'arrière-plan et devant toutefois être traité comme il convient d'après la détermination des troubles chimiques et physiques dont il est le siège.

***

Dans le traitement des dyspepsies, tel que le conçoit le savant professeur de thérapeutique de la Faculté, n'intervient qu'un petit nombre de moyens curatifs nouveaux. Mais l'emploi des moyens connus s'y trouve réglé d'une façon précise et à vrai dire scientifique.

L'estomac n'est pas un simple sac musculaire, c'est encore une cornue où s'élaborent des opérations chimiques importantes. Pour remédier à ses états pathologiques variés, d'une façon efficace, on doit s'efforcer de pénétrer, par tous les moyens dont on dispose, les troubles dont il est le siège. Les modifications de son chimisme ne doivent pas plus que le reste échapper à notre connaissance.

Aujourd'hui encore, les médecins, en général, traitent les affections de l'estomac en insuffisante connaissance de cause. La plupart fondent leur thérapeutique sur les perturbations fonctionnelles que leur signalent les malades. Quelques-uns remontent à la notion causale et tiennent compte du physisme stomacal. Combien en est-il à qui le chimisme importe ?

Aussi la thérapeutique gastrique est-elle souvent aveugle et tâtonnante. On administre le bicarbonate de soude et, s'il ne réussit pas, l'acide chlorhydrique; on essaie les lavages de l'estomac, quitte à les suspendre s'ils aggravent l'état préexistant, etc. Combien la conduite à tenir est mieux réglée, combien la thérapeutique plus prompte, plus efficace et en même temps plus innocente, lorsque le chimisme gastrique est connu et lorsque la part qui lui revient dans les indications est appréciée à sa juste valeur !

A. Gilbert.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôtel-Dieu de Lyon. — Service de M. le prof. Poncet.

Une observation d'actinomycose de la joue et du maxillaire inférieur droit, avec propagation au poumon droit,

par M. le Dr Louis Dor, chef du laboratoire de la Clinique chirurgicale (1).

L'actinomycose est une affection rare en France. Nous avons entendu plusieurs chirurgiens étrangers soutenir qu'il n'en était pas ainsi, et que s'il existe jusqu'à ce jour peu d'observations françaises de cette maladie, il faut en chercher l'explication non pas dans le peu de fréquence des cas d'actinomycose, mais bien plutôt dans la négligence des examens microscopiques systématiques de toutes les suppurations. Or, nous ne prétendons pas que l'on ne laisse pas échapper quelques cas par indifférence, mais notre attention ayant été attirée sur cette question depuis plusieurs années, nous avons recherché méthodiquement des actinomyces dans le pus de toutes les suppurations de différente nature que nous avons recueilli dans l'une des cliniques chirurgicales de la Faculté de médecine de Lyon, et nous sommes arrivé à la conviction que l'actinomycose est réellement une affection très rare dans notre région. Pour la première fois, au mois d'octobre de cette année, il nous a été donné d'en observer un cas dans le service de M. le professeur Poncet. Or, dans cette circonstance, l'évolution clinique et l'aspect de la malade étaient tellement différents de ce que l'on observe lorsqu'on est en présence d'une ostéite tuberculeuse ou d'une ostéomyélite que le diagnostic s'imposait avant tout examen de laboratoire, et certainement le cas que nous allons publier n'aurait pas passé inaperçu même si nous n'avions pas eu l'attention attirée sur ce sujet. Voici l'observation de cette malade (1) :

(1) Cette observation a fait l'objet d'une communication de M. Poncet à l'Académie de médecine dans la séance du 20 décembre 1892.

Syl... Claudine, 59 ans, cultivatrice, née au Bourget, demeurant à Chanaz (Savoie) depuis 30 ans, entrée le 27 octobre 1892 salle Sainte-Anne, n° 9, service de la clinique chirurgicale de M. le prof. Poncet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La malade a eu une excellente santé dans son enfance, elle n'a présenté aucun accident scrofuleux. Réglée à 17 ans, elle a toujours eu une menstruation régulière. Ménopause à 45 ans. A eu trois enfants qui sont en bonne santé. Son mari est mort il y a trois ans.

Toute sa vie durant, la malade a travaillé la terre pour cultiver son champ, elle vit dans une modeste aisance et possède six « journaux » de terrain. En outre, elle a toujours eu dans son étable deux vaches, et, interrogée sur l'état de santé de ces animaux, elle a répondu que dans son pays, lorsqu'on donnait un coup à la mâchoire de ces vaches, il se développait quelquefois des « grosseurs » qui ne se guérissent pas.

Vers le 10 avril de cette année, la malade souffrait d'une dent (la dernière prémolaire droite de la mâchoire inférieure) ; cette dent était cariée depuis un an et déchaussée. La malade l'arracha elle-même avec les doigts.

Huit jours après elle eut une adénite sous-maxillaire droite, très douloureuse et qui dura un mois.

Les souffrances étaient si vives que la malade ne pouvait pas dormir. Cette adénite suppura, il s'établit une fistule qui a donné pendant un mois et demi. Mais en même temps que cette fistule existait, la tuméfaction sous-maxillaire gagna l'angle de la mâchoire, la région parotidienne et la joue; il se forma de nouveaux centres de suppuration et de nouvelles fistules ne tardèrent pas à s'ouvrir; l'une d'elles paraît avoir percé dans le conduit auditif externe d'où, par deux fois, pendant une quinzaine de jours, s'est écoulé un pus sanguinolent. En outre, la malade a mouché du pus par la narine droite pendant une huitaine de jours, comme si une fistule avait pénétré dans les fosses nasales, peut-être par l'antre d'Highmore.

Il y a un mois, la maladie prit subitement une extension nouvelle, la tuméfaction gagna très rapidement toute la région temporale et une nouvelle fistule vint s'ouvrir au bout de quinze jours à l'angle supéro-externe de l'orbite.

Enfin il y a un mois également, ont apparu des phénomènes pulmonaires; la malade s'est mise à tousser et à cracher, elle perdit rapidement ses forces, maigrit considérablement et se décida à entrer à l'hôpital.

Au moment de son entrée, on constate que l'on est en présence d'une femme cachectique, jaune, ridée plus qu'une femme de son âge, marchant avec peine et ayant une expression de grande tristesse que l'on put immédiatement attribuer à l'immobilité de la face par suite d'une paralysie faciale partielle. Au premier abord, en présence d'une fistule provenant du maxillaire inférieur, on aurait pu songer à une ostéite chronique, mais l'existence d'une tuméfaction dure, lisse, douloureuse, non phlegmoneuse, adhérente aux tissus sous-jacents et développée dans toute la région temporale, la présence de grosses masses dures, adhérentes à la fois à la peau et à l'os dans la région parotidienne et sous-maxillaire indiquaient que l'on se trouvait en présence d'une affection d'une nature toute particulière. La syphilis tertiaire aurait pu produire une affection de ce genre, mais la malade niait formellement tout antécédent spécifique.

En examinant la malade plus attentivement, on apprit qu'elle ne pouvait plus ouvrir la bouche et, même avec un écarteur des mâchoires, il était impossible de vaincre la résistance que l'on éprouvait. Par l'exploration de la face interne de la joue, on ne sentait pas de tumeur, mais néanmoins il semblait que l'on pouvait deviner une propagation du processus le long de la branche montante du maxillaire et

(1) Cette malade a été présentée à la Société des Sciences médicales (séance d'octobre), par M. L. Dor (voir *Lyon médical*, 13 novembre 1892).

admettre une continuation du foyer temporal avec le foyer maxillaire par l'intermédiaire de la fosse zygomatique et expliquer par la réplétion de cette fosse l'immobilisation du maxillaire inférieur.

Depuis quelques jours la fistule supérieure suppure abondamment et ce point paraît être actuellement le foyer de la plus grande activité de la maladie. En effet, les tissus ambiants sont œdématiés, rouges, chauds et douloureux, tandis que dans le reste de la face la peau n'est pas chaude. Il résulte de cette inflammation autour de la fistule un œdème des deux paupières et la malade a de la peine à ouvrir franchement l'œil droit; elle ne peut d'ailleurs pas non plus le fermer complètement à cause de la paralysie faciale dont elle est atteinte. Cette circonstance est particulièrement fâcheuse en raison de l'existence d'une cataracte sénile développée depuis un an sur l'œil gauche et qui est assez avancée pour n'avoir laissé à cet œil qu'une vision insuffisante pour permettre à la malade de se conduire.

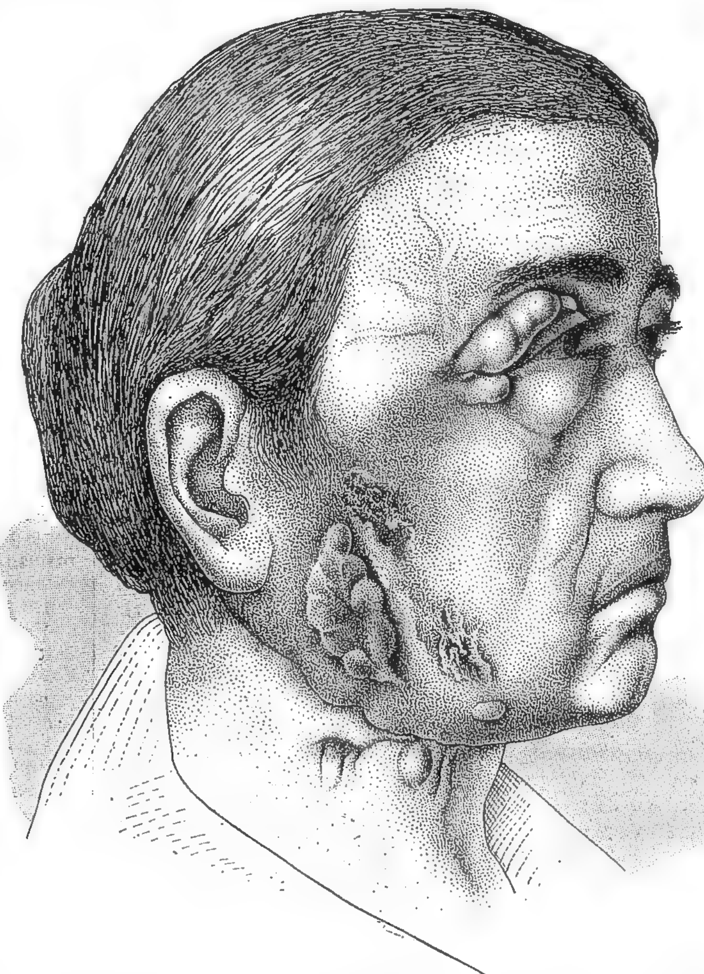
On note actuellement, en outre de cette fistule supérieure, six autres fistules dont trois sont complètement taries et dont trois autres se terminent à la joue par un renflement de la peau en cul de poule et suppurent encore d'une façon intermittente (Voir Figure ci-jointe).

En pressant sur toutes ces fistules on fait sortir un liquide purulent et sanguinolent, visqueux, et dès l'issue des premières gouttes M. Poncet constate dans ce pus l'existence des petits grains jaunes caractéristiques de l'actinomycose. Dans chaque goutte il s'en trouve au moins trois ou quatre.

L'examen microscopique fait au laboratoire de la clinique a permis de s'assurer qu'il s'agissait bien réellement d'actinomyces. En colorant les grains soit avec le picro-carmin, soit avec l'éosine, et en ayant soin de ne pas les écraser avec la lamelle couvre-objet, il était facile de constater que l'on avait sous les yeux les étoiles rayonnées à renflements en massue, prenant une teinte jaune d'or par le picro-carmin alors que le reste de la préparation se colorait en rouge.

En examinant complètement la malade, on constata, en outre des symptômes que nous avons décrits, qu'il existait une lésion avancée au sommet du poumon droit : matité en avant et en arrière, respiration soufflante, bronchophonie, râles cavernuleux, craquements humides, tout semblait indiquer l'existence d'une tuberculose pulmonaire, les crachats nummulaires muco-purulents ressemblaient à s'y méprendre à des crachats tuberculeux, mais l'examen de laboratore nous permit de constater à encore la présence des actinomyces et, fait important, l'absence de bacilles tuberculeux. Les granulations étaient moins faciles à voir dans les crachats que dans le pus; leur coloration était moins jaune et elles étaient plus rares, mais néanmoins elles étaient parfaitement visibles à l'œil nu, et, transportées sous le microscope, elles avaient le même aspect que celles du pus.

L'examen de ces actinomyces est une chose tellement facile, leur aspect est tellement caractéristique que les cultures et les inoculations étaient parfaitement inutiles et ne pouvaient rien nous apprendre de plus que ce que nous savions. Néanmoins il était intéressant de faire ces recherches et c'est pourquoi nous avons fait ce qui suit. Prenant avec une aiguille quelques grains dans le pus, nous les avons déposés dans de l'eau stérilisée. Au moyen d'une seringue de Strauss préalablement passée à l'autoclave, nous avons désintégré ces grains en aspirant et en refoulant plusieurs fois le liquide jusqu'à ce qu'il fût impossible d'y reconnaître à l'œil nu des actinomyces; chargeant alors notre seringue, nous avons injecté au moyen d'une aiguille de platine-iridié quelques gouttes dans la chambre antérieure d'un lapin après avoir déposé entre les paupières une goutte de solution de sublimé au 1/2000. Naturellement l'humeur aqueuse s'écoula d'abord par notre piqûre et une grande partie du liquide injecté sortit également de l'œil; après avoir fait passer environ une demi-seringue, nous avons retiré l'aiguille et nous avons cautérisé très légèrement la petite plaie cornéenne. La piqûre avait été pratiquée dans la région supéro-antérieure de l'œil. Trois jours après nous avons vu apparaître dans la partie déclive de la chambre antérieure, c'est-à-dire environ à 120° de l'endroit où nous avions fait la piqûre, un petit point jaune à peine visible à l'œil nu. Dans l'espace de huit jours ce petit point se transforma en un corpuscule arrondi, jaunâtre, qui atteignit et dépassa même le volume des actinomyces du pus de notre malade. Mais après avoir suivi une marche croissante et être restée stationnaire pendant 5 à 6 jours, cette petite granulation diminua et se résorba complètement, si bien qu'au bout de 20 jours elle avait totalement disparu.



Nous avons alors inoculé un autre lapin dans le péritoine et nous ne savons pas encore si la maladie exerce lentement ses ravages. Actuellement cet animal se porte tout à fait bien, il y a plus d'un mois que l'inoculation a été pratiquée.

En même temps nous avons fait une tentative de culture. A vrai dire, nous espérions prendre à l'autopsie de nos lapins une semence très pure, et nous attendions la mort de ces animaux pour faire un grand nombre d'ensemencements. Les essais que nous avons faits n'ont pas été très heureux, mais cela tient à ce que nous n'avons pas mis beaucoup de persévérance à ces recherches, parce qu'il était extrêmement difficile d'obtenir une culture pure en ensemençant directement le pus de fistules ouvertes depuis longtemps. Si nos lapins succombent, nous nous promettons de faire des essais plus nombreux que nous ne l'avons fait jusqu'à présent.

Néanmoins, en ensemençant directement une granulation préalablement lavée dans du bouillon stérilisé, sur quelques tubes d'agar glycériné, lesquels ont été déposés dans un récipient clos renfermant du pyrogallate de potasse (méthode de Büchner appliquée par Odo Bujwid, Congrès international d'Hygiène, Paris 1889); nous avons vu dans un des tubes se développer une culture en tout point identique à celles que nous possédions depuis deux ans au laboratoire et qui pro-

venaient d'une culture mère qui nous avait été obligeamment donnée par M. Schmorl, assistant de M. Birsch-Hirschfeld, lors de notre passage à Leipsig au moment du Congrès de Berlin, et semblable également à une autre culture que nous avons achetée à M. Kral de Prague.

Mais la culture que nous avons obtenue se couvrit rapidement de moisissures après avoir été sortie du récipient au pyrogallate de potasse, ce que nous avons cru devoir faire d'après les indications orales de M. Schmorl.

M. Schmorl nous a dit, en effet, que s'il était nécessaire de commencer la culture à l'abri de l'oxygène, il n'était plus indispensable de prendre cette précaution à partir du moment où le développement apparaissait, et que même les réensemencements successifs pouvaient se faire en présence de l'air, fait que nous avons d'ailleurs constaté plusieurs fois en nous servant, comme point de départ, de la culture que nous avait donnée M. Schmorl.

En somme, nous avons obtenu une culture et nous avons observé chez un lapin un développement d'actinomycose intra-oculaire qui a rétrocédé.

Ces résultats ne sont pas très remarquables, mais, nous le répétons, il était absolument inutile de faire ces recherches, car l'examen microscopique du pus était suffisant pour permettre d'affirmer la nature actinomycosique de l'affection dont notre malade était atteinte.

Le 4 décembre, la malade a quitté l'hôpital dans un état sensiblement identique à celui qu'elle présentait à son entrée: la diffusion des lésions, la propagation aux poumons interdisaient toute intervention et la malade insista pour qu'on lui permît de retourner chez elle. Au moment où elle quitta le service, elle présentait une véritable caverne au sommet du poumon droit, mais le poumon gauche était sain.

Contribution à la chirurgie des nerfs, par le Dr R. Froelich, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy.

La chirurgie des nerfs périphériques traverse une période de transition, de tâtonnement. Nos connaissances à leur sujet n'ont pas encore été classées, catégorisées, et en face de chaque cas particulier le chirurgien en est réduit à sa propre inspiration pour savoir s'il doit ou s'il ne doit pas intervenir. Dans des cas en apparence identiques, l'un obtient un succès, l'autre un échec, sans que souvent on sache la cause de ces résultats disparates. La raison en est sans doute que dans les lésions des nerfs deux facteurs sont en cause: une lésion anatomique d'une part, et, d'autre part, une lésion physiologique, dynamique pourrions-nous dire — terme au sujet duquel nous aurons à nous expliquer dans le cours de ce travail. La lésion anatomique, il nous est facile de l'étudier, à l'aide de la dissection et du microscope; la lésion dynamique, au moins en ce qu'elle dépasse les conséquences prévues de la lésion anatomique, nous est totalement inconnue dans son essence.

Tel étant l'état de la question, toute observation clinique est utile, elle fournit les matières premières indispensables, pour ceux qui dans un avenir plus ou moins éloigné tenteront de catégoriser les faits pour en tirer des règles plus générales. C'est mû par cette pensée que nous publions les deux observations de chirurgie nerveuse qui suivent : l'une relative à une tumeur du nerf poplité interne avec résection de 9 centimètres du nerf et restauration de la fonction, l'autre qui a trait à une névrite du médian guérie par désenclavement, résection d'un névrome (1) et élongation. Les deux malades qui font l'objet de ces deux observations, nous les avons opérés dans le service de notre maître M. le professeur Heydenreich qui avait bien voulu nous confier son service pendant les vacances.

Dans les deux cas, la guérison fut absolue; nous ferons suivre ces observations de la discussion du mécanisme de la guérison, mécanisme d'ailleurs très difficile à élucider.

Observation I. — *Tumeur du nerf poplité interne, restauration de la fonction après résection de 9 centimètres du nerf.*

R. S., homme de 25 ans; a toujours joui d'une excellente santé; constitution robuste, aucun antécédent morbide, entre à l'hôpital civil de Nancy le 19 août 1892, et voici ce qu'il nous raconte: Il y a dix-huit mois il éprouva des douleurs le long de la face postérieure de la cuisse gauche. Ces douleurs ressemblent à des coups de couteau, elles sont lancinantes; elles surviennent trois ou quatre fois par jour. Pendant le reste du temps le malade éprouve des fourmillements surtout dans les orteils, plus dans les trois premiers à partir du pouce que dans les deux autres. Le maximum de la douleur était localisé entre le gros trochanter et l'ischion. Un médecin consulté diagnostiqua une névralgie sciatique, fit prendre des médicaments, et posa des vésicatoires, mais les douleurs étaient de plus en plus fortes et fréquentes; les fourmillements étaient continuels, la jambe maigrissait rapidement.

Il y a six mois, c'est-à-dire un an après le début des phénomènes douloureux, la marche devint difficile, le malade marchait sur la pointe du pied, position qui diminuait ses douleurs: à cette même époque il constata une tumeur du volume d'une noix dans le creux du jarret. Cette tumeur était excessivement douloureuse à la pression; son volume croissait de jour en jour, c'est ce qui décida le malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. 20 août. — A l'inspection, la jambe gauche malade paraît beaucoup plus mince que la jambe droite. Les mensurations donnent une différence de trois centimètres à la cuisse et de quatre centimètres au mollet.

Le malade marche sur la pointe du pied; il boite fortement.

Dans le creux poplité, dans sa portion supérieure, on constate à la palpation une tumeur du volume d'un œuf de poule, excessivement douloureuse à la pression et au toucher. Cette tumeur est légèrement mobile dans le sens transversal, immobile dans le sens vertical. La pression du nerf sciatique est douloureuse jusqu'à son émergence. — La pression du sciatique externe sur la tête du péroné n'est pas douloureuse.

Les courants interrompus produisent sur le trajet du nerf dans le voisinage de la tumeur une vive douleur. Les muscles de la jambe malade répondent bien moins à l'excitation électrique que ceux de la jambe droite.

Diagnostic. — Nous posons comme diagnostic : tumeur du nerf sciatique poplité interne, et nous nous décidons à extirper la tumeur.

Opération. 22 août. — Chloroforme ; incision verticale de la peau du creux poplité, sur une longueur de 12 centimètres, au niveau de la tumeur. Après avoir récliné en dedans le demi-tendineux, nous apercevons une tumeur du volume d'un œuf de poule, de couleur blanc nacré, sur laquelle serpentent des petites veines flexueuses. Aux deux pôles de la tumeur qui est allongée dans le sens vertical, se trouve le nerf poplité interne, épaissi. La tumeur est située à quatre centimètres au-dessous de la bifurcation du nerf sciatique. Le nerf sciatique externe est adhérent à la capsule fibreuse qui enveloppe la tumeur. Nous commençons par le libérer; avec beaucoup de peine cette dissection réussit. Le nerf poplité interne se perd au pôle supérieur de la tumeur, quelques filets nerveux rampent à la surface de cette dernière, mais n'atteignent pas le pôle inférieur. A un millimètre de la tumeur nous sectionnons en travers le nerf sciatique interne après avoir pris la précaution d'en fixer l'extrémité par une anse de catgut; nous faisons la même opération au pôle inférieur. Le nerf se trouve donc réséqué sur une longueur de neuf centimètres. Entre le bout supérieur et le bout inférieur du nerf nous plaçons 6 fils de catgut qui sont tendus comme des cordes de violon sur le creux poplité. Lavage au sublimé, puis réunion de la plaie au crin de Florence ; pansement sec ; enlèvement de l'Essmarch.

Examen de la tumeur. — La tumeur a le volume d'un œuf de poule. Elle est recouverte d'une enveloppe nacrée sur

(1) Nous remarquons, une fois pour toutes, que, dans ce travail, nous avons appelé névrome le renflement nerveux qui se forme presque toujours au point où un nerf a été sectionné ou seulement entamé.

laquelle on remarque des stries nerveuses et par places un lacis de veinules flexueuses. A la section on trouve à l'intérieur du néoplasme des cavités du volume d'une noisette, remplies de caillots désorganisés; la coupe du reste de la tumeur est lisse, blanchâtre. A l'examen microscopique on voit que la tumeur est un sarcome, composé, partie de tissu embryonnaire, partie de tissu fibro-cellulaire. A la périphérie de la tumeur on rencontre quelques tubes nerveux sains.

23 août. — Pas de fièvre; tout mouvement volontaire des orteils est devenu impossible; l'extension et la flexion du pied ne peuvent plus se faire. Tous ces mouvements étaient possibles avant l'intervention, mais douloureux. Il existe de l'anesthésie sur toute la face plantaire, sur la face dorsale et sur la face externe de la moitié inférieure de la jambe. La sensibilité est conservée au niveau de la malléole interne et de la face interne de la jambe. Le pied et la jambe sont froids, presque glacés.

24 août. — Même état.

25 août. — Fait qui nous étonne: le malade remue légèrement le gros orteil; il fléchit et étend le pied. La piqûre est sentie sur toute la jambe, sur la face dorsale du pied, et même sur la face plantaire, quoique un peu moins. La jambe et le pied sont toujours glacés.

26 août. — Les mouvements et la sensibilité persistent.

29 août. — Pansement; trois fils ont lâché en coupant les tissus; légère suppuration. La jambe est toujours froide.

Pendant 4 semaines, jusqu'au 24 septembre, la jambe est placée sur une attelle en bois en bonne position; une partie de la plaie qui bourgeonne est cautérisée au nitrate d'argent.

30 septembre. — J'enlève l'attelle; le malade se lève; mais marche avec des béquilles.

8 octobre. — Le malade s'appuie sur sa jambe; elle gonfle encore le soir.

4 novembre. — Le malade sort de l'hôpital; il marche facilement; les muscles de la jambe réagissent à l'électricité; la flexion du gros orteil et du deuxième est possible; le triceps sural se contracte sous la main.

La sensibilité est normale; à peine diminuée au niveau de la plante du pied.

En somme, restauration des fonctions du nerf poplité interne.

Obs. II. — *Névrite du nerf médian. — Désenclavement, résection d'un névrome, élongation. Guérison.*

Mme Roz..., 24 ans, cuisinière, sans antécédents spéciaux, se présente à l'hôpital civil de Nancy le 6 septembre 1892.

Elle raconte que le 6 mars dernier elle s'est blessée au poignet droit avec un tesson de bouteille. Au moment de l'accident, elle ressentit une douleur aiguë, comme un éclair, qui remonta jusqu'à l'aisselle. La plaie fut pansée avec des pommades, et mit un mois à se fermer. Depuis la cicatrisation, la malade éprouve, de temps à autre, des lancées dans le bras, toutes les heures ou toutes les deux heures; des fourmillements dans les doigts presque continuellement. La force de la main diminua; la flexion des doigts devint de jour en jour plus difficile, finalement impossible; de l'anesthésie survint dans la main, le toucher, les piqûres n'étaient plus senties. A la pulpe des doigts annulaires, médius et index, apparaissent des vésicules remplies de liquide jaune; elles crèvent et laissent à leur place une plaie indolore. Le même fait se produit sur la face dorsale de la troisième phalange de ces mêmes doigts.

Toutes ces lésions progressent; le bras et l'avant-bras ont beaucoup maigri.

Etat actuel. — 6 septembre. — Femme de bonne constitution, le bras droit est plus mince que le gauche; un centimètre au bras et un centimètre à l'avant-bras. Au milieu de la face antérieure du poignet, à deux centimètres de la saillie palmaire, on voit une cicatrice en demi-lune, de un centimètre et demi d'étendue. Au-dessous de la cicatrice on sent dans la profondeur un nodule dur, gros comme une petite noisette; la pression y est très douloureuse. Les doigts, le pouce excepté, sont en demi-flexion sur la main, et cette flexion ne peut être complétée spontanément.

L'anesthésie est complète sur toute la face palmaire de la main et des doigts ainsi que sur la face dorsale des deuxième et troisième phalanges de l'annulaire, du médius et en partie de celles de l'index.

Sur ces mêmes phalanges on remarque des ulcérations à fond grisâtre, à bords taillés à pic, du volume d'une pièce de 50 centimes.

Les muscles de l'avant-bras et de la main répondent, à peu près de la même façon que ceux du bras sain, à l'excitation électrique.

Diagnostic. — Nous posons le diagnostic de névrite du nerf médian, avec névrome au point de section ou de lésion; nous nous décidons à opérer, dans le but d'extirper le névrome et de dégager le nerf.

Opération. 9 septembre. — Chloroforme. Essmarch. J'incise la peau du poignet au niveau de la cicatrice et du nodule senti dans la profondeur. Je tombe sur un amas de tissu cicatriciel au milieu duquel se trouve le nerf sur lequel est placé un noyau du volume d'un gros haricot. La couleur de ce nodule est nacrée, plus blanche que celle du nerf; j'excise le nodule, ce qui me force à enlever tout près de la moitié des fibres du médian; je dégage par une dissection très laborieuse le nerf du tissu cicatriciel que j'excise, enfin je fais l'élongation du nerf.

Puis je referme la plaie au crin de Florence; drainage à l'un des angles de l'incision avec quelques crins de Florence accolés. Pansement et enlèvement de l'Essmarch. Le névrome examiné au microscope est composé de tissu fibreux en majeure partie, et de quelques tubes nerveux qui se colorent par l'acide osmique.

12 septembre. — La sensibilité est revenue jusqu'au niveau du grand pli palmaire qui coupe le milieu de la paume de la main.

14 septembre. — La sensibilité est rétablie jusqu'à la racine des doigts, elle empiète de quelques millimètres sur la première phalange de l'index.

18 septembre. — Réunion par première, sauf au niveau du drainage, où il y a une légère suppuration. La sensibilité existe sur tout l'index à sa partie antérieure, sur le petit doigt et la première phalange de l'annulaire et du médius.

27 septembre. — Les doigts se fléchissent presque complètement. La sensibilité est rétablie sur toute la face palmaire de la main et des doigts. La face dorsale de la troisième phalange de l'annulaire et du médius seule, est encore insensible à la piqûre. Les ulcères trophiques sont en voie de guérison.

3 octobre. — Les ulcérations sont presque guéries; la flexion est rétablie; le dynamomètre marque 20°. La malade guérie quitte l'hôpital le 4 octobre 1892.

Dans notre première observation, il s'agit, comme on a pu le voir, d'une tumeur du nerf sciatique poplité interne. Cette tumeur existait depuis un an et demi au minimum; car dès cette date elle s'était révélée par des douleurs lancinantes attribuées pendant une année à une névralgie sciatique. Nous réséquons cette tumeur, il en résulte sur le trajet du nerf sciatique poplité interne une solution de continuité longue de 9 centimètres. Les deux bouts sont suturés à distance par 6 fils de catgut. Remarquons que pendant cette opération nous avons été obligé d'isoler par une dissection laborieuse le nerf poplité externe intimement soudé à la capsule de la tumeur du poplité interne.

Immédiatement après l'opération, nous constatons une anesthésie absolue de toute la face plantaire du pied, de toute sa face dorsale; de la partie antérieure et externe de la jambe: voilà pour la sensibilité. Du côté de la motilité, nous remarquons une paralysie complète de tous les muscles de la jambe et du pied.

Cette anesthésie et cette paralysie disparurent dès le troisième jour.

Essayons de nous rendre compte de ces phénomènes, en apparence si anormaux.

Après la section ou la résection du nerf poplité interne, nous étions en droit de voir se produire la paralysie et l'anesthésie des muscles et territoires cutanés desservis par ce nerf; nous aurions dû constater la paralysie du triceps sural, des fléchisseurs propres et communs des orteils, du jambier postérieur, et l'anesthésie de toute la face plantaire du pied. Toutes ces lésions existaient, en

effet, mais il y avait en plus : l'anesthésie de la face dorsale du pied, et de la face antérieure et externe de la jambe, la paralysie des extenseurs, des péroniers latéraux et du jambier antérieur. Cette sensibilité et cette motilité sont sous la dépendance du nerf poplité externe. Or, ce nerf n'a pas été sectionné ; mais, comme nous l'avons dit, il a été fort malmené dans le cours d'une dissection difficile ; nous croyons donc, et avec beaucoup de vraisemblance, pouvoir attribuer sa paralysie temporaire aux traumatismes qu'il a subis.

Si les lésions que nous avons observées sont assez faciles à expliquer grâce aux quelques notions d'anatomie que nous venons de rappeler, il n'en est plus de même de la guérison de ces lésions.

Dès le troisième jour, après l'intervention, les mouvements reparurent et avec eux la sensibilité : Rien n'est plus logique que d'admettre la restitution *ad integrum* du nerf poplité externe qui avait été simplement contusionné ; nous aurions donc dû retrouver la sensibilité sur la face dorsale du pied et la face externe de la jambe, et la motilité dans les extenseurs des orteils (fléchisseurs du pied), le jambier antérieur et les péroniers latéraux. Mais, en outre, nous avons pu constater des mouvements dans les muscles commandés par le nerf poplité interne et de la douleur à la piqûre sur la face plantaire du pied.

Comment expliquer ces faits ? Il est évident qu'il ne faut même pas songer un instant à un phénomène de restauration due à la suture nerveuse. Les deux extrémités du nerf étaient distantes de 9 centimètres et dès le troisième jour la conductibilité était rétablie. D'ailleurs, alors même qu'il eût été possible de juxtaposer intimement les deux bouts du nerf, cette suture n'aurait pu se faire, les expériences de Quénu et d'autres encore sont absolument concluantes et montrent que deux extrémités de nerf sectionné se soudent toujours par une pièce intermédiaire de tissu conjonctif ; et que jamais les filets nerveux ne s'accolent directement.

Nous n'osons pas avancer, non plus, que l'influx nerveux, ce fluide dont l'essence nous est si profondément inconnue, puisse se transmettre à travers un corps inerte, les six fils de catgut au moyen desquels nous avons réparé la solution de continuité du nerf.

Nous restons donc en présence de deux hypothèses, de deux explications qui valent la peine d'être discutées, pour nous rendre compte du retour de la motilité et de la sensibilité dans les territoires musculaire et cutané inervés par le nerf poplité interne. Ce sont d'un côté *la théorie de la motilité et de la sensibilité suppléées*, théorie défendue avec beaucoup de science par Letiévant dans son *Traité des sections nerveuses* ; et d'un autre côté *la théorie de la sensibilité et de la motilité récurrentes*.

Quelle est la théorie la plus rationnelle dans le cas présent ?

Après la section du nerf poplité interne, par la neurilité suppléée, le pied pourrait continuer à être mis en extension par les péroniers latéraux qui, non seulement sont abducteurs mais encore extenseurs, ces muscles étant inervés par le nerf poplité externe. La flexion également est encore possible par les extenseurs des orteils qui sont fléchisseurs du pied et par le jambier antérieur qui est antagoniste du long péronier latéral. (Sappey.)

Si nous constatons chez notre malade la flexion et l'extension du pied, ce ne serait donc pas que le poplité interne fonctionne encore ; mais bien parce que ces mouvements sont suppléés par l'action du nerf poplité externe. Nous verrons tout à l'heure le défaut de cette explication dans le cas particulier, mais passons d'abord à la sensibilité. Ici la théorie est tout à fait mal à l'aise. Nous devrions avoir une anesthésie absolue de la plante du pied, mais si cette anesthésie a disparu presque complètement, c'est que, dit Letiévant (*loc. cit.*, p. 151) pour un cas analogue : « Les régions sur lesquelles les sensations de contact ou de frottement sont seules perçues, sont surtout voisines des parties saines, ce qui rend très rationnelle leur interprétation par l'ébranlement des papilles les plus rapprochées et qui dépendent des nerfs sains du membre. Ces papilles recueillent les impressions qui se produisent sur les bords de la plaque anesthésiée et les transmettent au sensorium commune qui les apprécie. » Et plus loin, page 155 : « Il est probable que peu à peu la sensibilité vraie ou suppléée qui reste au malade se perfectionne et permet de percevoir de mieux en mieux les impressions produites sur la plante du pied. »

Dans notre observation, cette interprétation ne peut être acceptée. Nous avons constaté, dès les premiers jours qui suivirent l'opération, des contractions dans le muscle triceps sural ; de plus, au moment de la sortie du malade de l'hôpital, lorsqu'on lui recommandait d'étendre le pied sur la jambe, on sentait avec la main le triceps se contracter et se durcir. C'était donc lui et non pas le long péronier latéral qui produisait l'extension. Enfin, le gros orteil et l'orteil suivant se fléchissaient isolément, faiblement il est vrai.

Quant à la sensibilité, le retour de la fonction était tout aussi évident. La plante du pied, non seulement sur ses bords mais même au milieu, était sensible au frottement, à la piqûre, un peu moins que du côté sain, mais la différence n'était pas bien grande.

Reste la théorie de la sensibilité et de la *motilité récurrente*. Cette dernière expression est tout à fait impropre, je le reconnais. La motilité est toujours centrifuge et jamais récurrente ; néanmoins je crois devoir me servir de ce terme pour mettre en regard la sensibilité récurrente et la motilité, les deux fonctions nerveuses pouvant se faire, par l'intermédiaire des mêmes organes, les anastomoses.

Nous avons dit que dans notre observation le nerf poplité externe était conservé : or ce nerf contracte avec le poplité interne une ou plusieurs anastomoses. Cette anastomose se fait quelquefois immédiatement au-dessous du creux poplité, elle est alors assez forte, quelquefois, beaucoup plus bas, à la partie supérieure du tendon d'Achille (Gegenbauer, *Anatomie des Menschen*, p. 913, 2e édition, Leipzig, 1885).

Rien ne nous empêche d'admettre que la sensibilité excitée au niveau de la plante du pied suive des filets nerveux qui passent par les anastomoses dont l'existence est indiscutable, et passe de là dans le poplité externe, jusqu'aux centres nerveux. Pour la motilité, les choses se passeraient encore de la même façon. L'influx nerveux qui doit faire contracter les muscles ne trouvant plus à passer par son conducteur habituel, le nerf poplité interne peut très bien suivre la même voie des anastomoses et par ce chemin détourné arriver aux muscles qu'il s'agit d'actionner. C'est ce que nous appellerons, faute d'une meilleure expression, *motilité récurrente* ou par anastomose. Il n'y a là qu'une hypothèse, mais hypothèse parfaitement admissible.

Puisqu'il y a eu rétablissement des fonctions de tous les organes inervés par le nerf sciatique poplité interne, et que ce dernier n'a pu se régénérer, c'est que, et c'est là l'explication qui nous semble la plus rationnelle, le sciatique poplité externe, grâce à son anastomose avec le poplité interne au-dessous des points de section, a été le vecteur et de la sensibilité et de la motilité restaurées.

II. *Névrite traumatique du médian.* — Notre deuxième observation prête autant que la première à des considérations intéressantes, et mérite un examen attentif. Une cuisinière se fait une entaille au niveau du poignet avec

un tesson de bouteille; petit à petit tous les signes de la névrite du nerf médian se manifestent : abolition de la flexion des doigts, fourmillements, anesthésie absolue de la face palmaire de la main, troubles trophiques sur le médius et l'annulaire; rien ne manque. Dans le cours de l'opération je trouve le nerf perdu dans une gangue de tissu cicatriciel mais sans solution de continuité, et au niveau de la lésion subie six mois auparavant un névrome gros comme un haricot. Remarquons ici que le professeur Heydenreich, dont l'expérience sur ce sujet est grande, a toujours vu des névromes se développer au point où un nerf a été blessé, et qu'il croit le fait général. Ce névrome, au microscope, est composé de tissu fibreux et de quelques fibres nerveuses qui se colorent à l'acide osmique. J'excise le névrome et je pratique l'élongation. Trois jours après, la moitié de la paume de la main était de nouveau sensible, et très rapidement la guérison totale fut obtenue.

Que conclure de ces faits, et quel est le mécanisme de la guérison? Malgré tous les travaux accumulés sur cette question, il faut bien le reconnaître, nos connaissances exactes sont très restreintes; tout est hypothétique, en dehors du fait clinique.

Le nerf était comprimé dans du tissu cicatriciel, voilà le fait anatomique. Dans un nerf ainsi comprimé une inflammation se produit : mais est-ce la compression ou l'infection qui produit la névrite, ou les deux combinées? Premier point obscur.

Trois jours après l'opération, le nerf semble être redevenu normal, du moins au point de vue de sa fonction. Le rétablissement de la structure anatomique du nerf a-t-elle coïncidé avec la restauration de son état normal physiologique? Nous l'ignorons. Cette guérison est si rapide cependant, qu'il est impossible d'admettre que les tubes nerveux ont pu être guéris de leur inflammation, la myéline s'être reconstituée, et le cylindre axe avoir repris son intégrité.

En effet, que produisent anatomiquement les tentatives de désenclavement du nerf et son élongation? On ne peut nier que dans ces interventions un grand nombre de tubes nerveux encore sains soient sectionnés, d'autres arrachés, les antiseptiques eux-mêmes nuisent à leur vitalité. L'élongation, dont les effets ont été étudiés par Vogt, par Pauline Zarnowska (cités par Th. Kœlliker, *Verletzungen und chirurgische Erkrankungen der peripheren Nerven*. Stuttgart, 1890), et une élongation très modérée donne lieu à une dissociation (lockerung) des tubes nerveux, à des hémorrhagies capillaires entre les faisceaux nerveux, à une rupture d'un certain nombre de tubes nerveux.

Toutes ces modifications sont des lésions, des traumatismes qui augmentent, au lieu de les diminuer, les lésions anatomiques du nerf, et ce n'est qu'au bout de quelques semaines que leur guérison doit être achevée. Et cependant nous voyons immédiatement après ces interventions, après 24 heures, comme dans la célèbre opération du professeur Tillaux (in *Bulletin de l'Académie de médecine* 1884), après 48 heures ou trois jours, le nerf récupérer sa conductibilité, alors qu'avant le traumatisme opératoire, il l'avait perdue.

S'agit-il plutôt là d'un phénomène dynamique? Mais ici nous arrivons au seuil de l'inconnu et il est trop facile de donner cours à l'imagination en créant des hypothèses. Rappelons cependant celle de Brown-Séquard, que nous empruntons à l'excellent article de Lejars (*Plaie des nerfs*, t. II, p. 59, in Duplay et Reclus). La restauration immédiate de la conductibilité nerveuse serait due à une sorte de dynamogénie. Lors de lésions nerveuses il y a à la fois suppression d'action pour les fibres directes coupées et inhibition des fibres récurrentes par l'action réflexe du bout central du nerf irrité par la section, l'irritation traumatique enraye l'activité physiologique du nerf, le paralyse, mais sans l'altérer dans sa structure; c'est un état d'inertie, de mort apparente d'un organe encore intact. Survienne une irritation nouvelle et l'engourdissement cesse et brusquement l'activité renaît dans toute sa plénitude; le nerf est dynamogénié.

Cette explication pourrait être invoquée avec quelque apparence de raison, lorsqu'il y a simplement section nerveuse avec toutes ses conséquences, mais sans névrite, sans inflammation; mais quand il y a des fourmillements, des douleurs lancinantes, des troubles trophiques, on ne peut pas parler de paralysie ou d'engourdissement sans altération de structure, il y a là un processus pathologique bien réel qui suit son cours, et qui brusquement est enrayé par l'intervention, mais dont les lésions déjà acquises, lésions augmentées encore par l'opération, ne sont pas réparées immédiatement. Et cependant, le nerf escompte sa guérison et le fonctionnement se rétablit avant qu'anatomiquement la guérison soit survenue.

Il y a là un fait clinique indiscutable; mais quelle est son explication?

Sans doute, il est facile de dire que le nerf enserré dans le tissu cicatriciel, étranglé pour ainsi dire, avait perdu sa conductibilité que le désenclavement lui restitue, en rendant plus aisé l'apport nutritif; et l'élongation, que l'on y ajoute, « normaliserait la circulation et replacerait le nerf sous le contrôle du système nerveux central » (Th. Kœlliker, *loc. cit.*).

Cela est possible, mais, encore une fois, ce n'est là que la constatation d'un fait, d'une guérison, et non pas l'explication de son mécanisme.

Ce qui est certain, c'est que l'intervention dans le plus grand nombre de cas d'enclavement d'un nerf, et dans quelques autres cas de névrites traumatiques, nous donne la guérison, guérison souvent presque instantanée: il n'en faut pas davantage au chirurgien; et ces heureux résultats doivent nous encourager à tenter dans tous les cas une opération.

CONTRIBUTION PHARMACEUTIQUE

Préparation du sirop de lactophosphate de chaux.

Le *Journal de pharmacie et de chimie* publiait dans le numéro du 15 novembre dernier un nouveau procédé pour la préparation du sirop de lactophosphate de chaux.

Le *modus faciendi* est pratique et donne un bon résultat, mais la formule est inacceptable :

1° Parce que la proportion des acides est beaucoup trop forte pour le poids de carbonate de chaux employé.

2° Parce que la dose de lactophosphate de chaux formée après la réaction est beaucoup plus élevée que la dose prescrite par le Codex.

Nous proposons de transformer cette formule comme il suit :

Carbonate de chaux.............	9 gr. 20
Acide phosphorique à 50 0/0......	34 —
Acide lactique..................	13 —
Sucre..........................	600 —
Alcoolature de citron............	10 —
Eau distillée pour 1000..........	Q. S.

Mélangez les acides avec 250 gr. d'eau distillée; projetez peu à peu dans ce mélange le carbonate de chaux. Quand l'action sera terminée, ajoutez le sucre, l'alcoolature de citron et Q. S. d'eau distillée pour compléter 1,000 gr. de produit; faites dissoudre le sucre à froid et filtrez.

Le produit que donne cette formule est absolument identique à celui du Codex.

Rappelons que le lactophosphate de chaux se décompose à une température supérieure à 60°, et que pour cette raison il est indispensable d'opérer la dissolution du sucre à froid ou à l'aide d'une très douce chaleur.

Roussel.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie isolée de la troisième branche du trijumeau avec troubles du goût (Ein neuer Fall von isolirter Læhmung des drittes Trigeminusastes mit Geschmæcksstorüngen), par Ziehl (*Virch. Arch.*, Bd CXXX, Hft 3, p. 528). — L'auteur a déjà publié un cas de paralysie isolée et complète de la troisième branche du trijumeau avec agueustie de la moitié antérieure de la langue. L'observation actuelle concerne un homme de 50 ans qui, à la suite d'une douche de vapeur dans le dos et d'un refroidissement, fut pris de douleurs dans le côté droit de la face, puis d'anesthésie de la moitié droite du menton, et d'agueustie de la moitié droite de la langue. A l'exploration, tous les modes de sensibilité sont considérablement diminués dans le domaine de la troisième branche du trijumeau droit (nez, langue, gencives, menton), les muscles temporal, masséter, ptérygoïdien, sont, en outre, paralysés et atrophiés avec réaction de dégénérescence. La moitié antérieure droite de la langue a perdu le goût, tandis que le reste de la langue n'offre rien d'anormal. Tous les troubles disparurent en quelques mois, seule la paralysie atrophique du temporal persistait encore au bout d'un an. L'auteur conclut de ce cas, conformément aux vues déjà exprimées par lui à propos du précédent, que cette perte du goût est en rapport avec l'opinion de certains physiologistes que les fibres gustatives du trijumeau lui appartiennent depuis l'origine et ne lui sont pas fournies, comme on l'a prétendu, par d'autres nerfs.

Des mouvements volontaires au repos chez les tabétiques, par Grasset (*Nouveau Montpellier médical*, n° 51, p. 1003; n° 52, p. 1034; n° 53, p. 1043, 1892). — Chez une femme présentant le tableau clinique classique du tabès avec ataxie locomotrice, on constate que les jambes et surtout les pieds exécutent des mouvements involontaires spontanés au repos. Ceux-ci sont lents, peu étendus, de type choréique. Après avoir rappelé les faits analogues décrits par divers auteurs, en particulier par Rosenbach et Audry, et que Michaïlowsky appelle mouvements athétosiformes ou athétoïdes, M. Grasset indique les diverses théories pathogéniques proposées qu'il ne croit pas applicables à son cas. Il pense qu'il s'agit d'une ataxie du tonus, due au défaut de la synergie des muscles destinés à établir l'équilibre au repos.

Observation d'ataxie locomotrice avec atrophie musculaire et ataxie du tonus, par Sacaze (*Nouveau Montpellier médical*, n° 1, p. 8, 1893). — Le sujet, âgé de 64 ans, présente les signes d'un tabes avéré (diplopie, douleurs fulgurantes, incoordination motrice, perte des réflexes); de plus, il est pris spontanément de mouvements involontaires, brusques, énergiques, de grande amplitude, au point que lorsqu'on le découvre, il avertit l'observateur de se tenir à distance pour ne pas recevoir de coups de pied, comme le fait s'est produit déjà. L'auteur, toutefois, n'a pas observé lui-même le phénomène en question. Il rapproche ce cas de celui de M. Grasset, et pense que l'un et l'autre font partie d'un groupe qu'il serait légitime de créer sous le nom de chorées tabétiques.

Valeur séméiologique des tremblements (The clinical characters and diagnostic significance of tremor), par Ch. Dana (*Medical News*, 17 décembre 1892, n° 1040, p. 673). — L'auteur passe en revue les modifications que présentent les caractères de fréquence, de forme, de constance, de localisation du tremblement dans les divers cas : paralysie agitante, atrophie musculaire progressive, hémiplégie de l'adulte et infantile, épilepsie, démence, myélite, goître exophthalmique, hérédité, sénilité, neurasthénie, intoxication quinique et alcoolique, tabes, où il est susceptible d'intervenir.

MÉDECINE

Mal de Bright (The albuminuria and the Bright's disease of uric acid and of oxaluria), par Da Costa (*The american Journ.*, janvier 1893, p. 1). — L'auteur appelle l'attention sur une forme particulière du mal de Bright, dans laquelle l'albuminurie s'accompagne d'une excrétion plus ou moins abondante d'acide urique et d'acide oxalique. La condition pathologique de ces troubles morbides réside non pas dans une affection primitive du rein, mais dans un désordre des fonctions d'assimilation et dans l'oxydation imparfaite des produits excrémentitiels. Secondairement, le rein irrité par le passage de ces substances anormales peut présenter des lésions. Cette variété d'albuminurie peut s'observer chez des adolescents. Le pronostic en est beaucoup plus favorable que celui des néphrites primitives. Le traitement est tout différent de celui qui convient à celles-ci. Ainsi la vie au grand air, l'exercice modéré activent les combustions et diminuent l'albuminurie. L'usage du régime lacté exclusif n'a pas la même importance; mais les hydrocarbonés doivent être proscrits. La base de l'alimentation soit se composer de végétaux, viandes blanches, œufs avec modération.

Thymol comme anthelminthique (Thymol as an anthelminthic remedy), par Sonsino (*The Lancet*, 19 novembre 1892, p. 1156). — Le thymol se révèle comme supérieur à tous les autres anthelminthiques contre l'ankylostome duodénal. Il doit être administré en poudre par cachets ; on ne doit pas dépasser généralement 4 grammes. Par contre, il est inférieur à la santonine contre les ascarides, à la pelletiérine et à la fougère mâle contre le trichocéphale, le tænia.

Gaz de l'estomac (Zur Kentniss der Magengæhrung mit besonderer Berücksichtigung der Magengase), par Hoppe-Seyler (*Deuts. Arch. f. kl. Med.*, vol. L, p. 82). — Il est facile de recueillir les gaz de l'estomac avec une légère modification de l'appareil ordinaire du lavage. L'analyse de ces gaz pratiquée dans 22 cas de dilatation a démontré la présence de l'acide carbonique et de l'hydrogène : ce mélange est inflammable. La production d'hydrogène accompagne la fermentation butyrique; elle peut avoir lieu alors même que le contenu liquide de l'estomac renferme une proportion de 0,2 de HCl. Dans les cas d'anachlorhydrie l'estomac contient habituellement une plus forte proportion de CO^2. Le développement des levures ne s'accompagne pas de fermentation gazeuse évidente. Très souvent le contenu gazeux de l'estomac n'est autre que de l'air dégluti, privé d'une partie de son oxygène et mélangé d'acide carbonique. C'est encore CO^2 qui peut pénétrer du duodenum dans l'estomac par régurgitation. Dans les cas douteux, l'analyse peut établir si la présence des gaz résulte de fermentations anormales ou de la déglutition d'une certaine quantité d'air.

CHIRURGIE

Laparotomie (Report of the fourth laparotomy on a hysterical patient), par Bryant (*Medical Record*, 24 décembre 1892, p. 726). — N. N., 22 ans, artiste. Elle a eu deux pneumonies, la fièvre typhoïde, trois attaques de rhumatisme articulaire aigu, la diphthérie. Elle a eu ce qu'elle appelle trois attaques d'inflammation intestinale avec douleur dans la région iliaque gauche, frisson, fièvre, vomissements de sang et hémorrhagies intestinales. Pour chacune de ces attaques on fit une laparotomie. Elle entre actuellement à l'hôpital pour une attaque exactement semblable aux précédentes. On lui donna des lavements nutritifs, mais elle les rendait immédiatement par la bouche. Pour être bien sûr qu'elle vomissait le lavement, on lui en administra un coloré avec du violet de méthyle; elle le vomit au bout de trente secondes. On crut alors à une fistule entre le côlon et l'estomac. Le lendemain, on fit une laparotomie ; on fit deux incisions, l'une verticale, l'autre transversale à travers le muscle droit du côté gauche, afin de mieux découvrir l'estomac. On trouva des adhérences péritonéales entre les anses intestinales supérieures, au point de les oblitérer, le côlon transverse était réuni à la grande

courbure de l'estomac par de vieilles adhérences, mais on ne put découvrir aucune fistule entre l'estomac et l'intestin; l'S iliaque occupait sa situation normale, loin de l'estomac. Ce fut en vain qu'on incisa la paroi de l'estomac, qu'on en explora la surface interne et qu'on injecta du liquide dans l'intestin, on ne vit aucune fistule.

Guérison de l'opération pratiquée le 24 février; mais il persista une fistule stercorale. Le 20 avril la malade eut des manifestations hystériques très nettes. En mai, nouvelle crise nécessitant des lavements nutritifs que la malade vomit encore, au moins en partie. On l'isola, on lui attacha les mains et on la soumit à une surveillance continue. Les symptômes disparurent; et la malade réclama des aliments.

Cette malade finit par avouer qu'elle avait eu des impulsions irrésistibles la portant à placer dans sa bouche une partie des lavements qu'on lui donnait et elle les rejetait ensuite pour faire croire à des vomissements.

Contribution à l'étude expérimentale du streptocoque de l'érysipèle, par Roger (*Revue de médecine*, 10 décembre 1892, p. 929). — Le streptocoque de l'érysipèle, inoculé au lapin par voie intra-veineuse, produit tantôt une septicémie aiguë, tantôt une maladie chronique caractérisée par une cachexie progressive, tantôt une poliomyélite avec atrophie des muscles des membres postérieurs. Inoculé sous la peau de l'oreille, il amène, suivant son degré de virulence, une septicémie mortelle, un érysipèle ou un simple abcès. La section du grand sympathique hâte la guérison de l'érysipèle : la section des nerfs sensitifs favorise l'infection. On peut conférer l'immunité contre le streptocoque par plusieurs procédés : inoculation intra-veineuse de cultures atténuées; inoculation sous-cutanée d'une culture de virulence moyenne; injection intra-veineuse de produits solubles chauffés. Dans un milieu à l'abri de l'air, le streptocoque sécrète des produits toxiques, précipitables par l'alcool et détruits par la chaleur. Les cultures filtrées non chauffées, injectées dans les veines à des doses variant de 0,5 à 12 c. c., exercent une action prédisposante. Les mêmes cultures chauffées à 110° confèrent l'immunité. Le streptocoque semé dans le sérum des animaux vaccinés donne une culture peu virulente qui agit en atténuant le microbe. Le streptocoque semé dans le sérum des animaux prédisposés donne une culture plus nocive que celle dont il provient.

Achillodynie (Achillodynie), par Albert (*Wien med. Presse*, 1892, n° 2, p. 41). — Sous ce nom, l'auteur attire l'attention sur le complexus symptomatique suivant :

Le malade présente des douleurs intolérables pendant la marche et la station debout, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. A ce niveau, on trouve une tuméfaction qui paraît formée par l'épaississement du tendon. De chaque côté de l'insertion tendineuse, le calcanéum paraît un peu boursouflé. Ces douleurs sont tenaces et résistent à toute médication topique.

Ce tableau clinique, que l'auteur a rencontré dans six cas, n'est pas celui de la cellulite périphérique du tendon d'Achille décrite par Raynac ni de la rupture ou divulsion partielle du tendon de Billroth et Pitha.

Tétanos céphalique (Zur Frage des Kopftetanus), par Klemm (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 3, p. 65). — L'étude critique des observations et des opinions des divers auteurs amène l'auteur à conclure que le tétanos céphalique ou hydrophobique ne se distingue en rien de celui des autres parties du corps. Si, dans son tableau, on trouve certaines particularités, elles s'expliquent par la disposition anatomique de la région. Le trait caractéristique du tétanos céphalique est l'existence d'une paralysie faciale, aussi l'auteur est-il d'avis de désigner le tétanos hydrophobique sous le nom de paralytique.

Résection temporaire du sacrum (Eine neue Methode der temporæren Resektion des Kreuzsteissbeines, etc.), par Rydygier (*Centralbl. f. Chirur.*, 1893, n° 1, p. 1). — Dans les cas de cancer du rectum l'auteur propose de faire la résection temporaire du sacrum de la façon suivante :

Incision verticale commençant au-dessous de l'épine iliaque postéro-supérieure gauche, passant à un centimètre en dehors du bord du sacrum et descendant sur la ligne médiane à partir de la pointe du coccyx. Incision profonde allant jusqu'à l'os et section des ligaments sacro-épineux et sacro-iliaque. Décollement des parties molles de la face antérieure du sacrum et résection transversale du sacrum à deux travers de doigt au-dessus du coccyx, environ à la hauteur du troisième trou sacré, de façon à ce que le lambeau triangulaire puisse être rabattu à gauche.

Le carcinome réséqué et les sutures intestinales une fois faites, la cavité est tamponnée avec de la gaze iodoformée et le lambeau simplement remis en place sans être suturé.

Les avantages de ce procédé seraient les suivants : le lambeau ne se mortifie pas; les sécrétions s'écoulent facilement; la résection est plus facile que dans les procédés classiques.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux, par Henri Huchard, 2e édition entièrement remaniée, avec 65 figures (4 planches hors texte). Paris, O. Doin, 1893.

Ce n'est pas une deuxième édition d'un livre rapidement épuisé, c'est un ouvrage nouveau que nous présente aujourd'hui M. H. Huchard. Et cependant les lignes générales et les observations les plus probantes du traité que nous avons analysé il y a 3 ans (1889, p. 666) ont dû rester intactes. Aussi pouvons-nous répéter aujourd'hui ce que nous disions jadis d'un travail riche de recherches personnelles, d'enseignements utiles et qui ne saurait laisser indifférents ceux qui tiennent à rester au courant du mouvement scientifique contemporain et à rendre justice à tous ceux qui ont contribué à faire progresser l'étude des cardiopathies. Elève du professeur Potain, auquel il dédie l'œuvre qu'il considère aujourd'hui comme définitive ou tout au moins comme traduisant avec exactitude et fidélité le résultat de ses travaux anciens ou récents, notre laborieux confrère a su apprendre à son école les méthodes d'observations et les ingénieuses recherches qui ont permis à ce maître éminent d'établir sur des bases nouvelles la doctrine des maladies du cœur et des vaisseaux. On trouvera donc dans le livre de M. Huchard comme un reflet de ces leçons si suggestives dans lesquelles M. Potain a émis un si grand nombre d'idées originales et d'aperçus nouveaux qu'il a généreusement confiés à ses élèves.

Mais l'étude des cardiopathies artérielles, M. Huchard l'a faite sienne, pour ainsi dire, grâce au nombre vraiment considérable d'observations et de faits cliniques sur lesquels il l'a appuyée. Depuis 20 années, c'est-à-dire depuis ses études sur la myocardite varioleuse, mais surtout depuis l'année 1883, notre collègue a cherché à faire ressortir la différence qui existe entre l'angine de poitrine vraie et les fausses angines, le plus souvent d'origine nerveuse. Il a su insister, dans une série de mémoires dont plusieurs ont été publiés par la *Gazette hebdomadaire*, sur la symptomatologie des scléroses artérielles et cardiaques et sur les notions cliniques que peut fournir à un médecin éclairé et bon observateur l'étude de la tension artérielle, qu'on la considère dans les artério-scléroses où elle est augmentée ou dans les maladies adynamiques infectieuses où l'hypotension artérielle est de règle.

Une série de leçons très-intéressantes est consacrée à l'étude de l'évolution anatomo-pathologique et clinique de la cardio-sclérose divisée en trois périodes : artérielle, cardio-artérielle et mitro-artérielle. Elle conduit à une division des cardiopathies chroniques en deux groupes : celui des cardiopathies valvulaires qui commencent à la valvule pour finir au muscle cardiaque et aux vaisseaux et qui sont caractérisés dès leur début par la tendance à l'hypotension artérielle et celui des cardiopathies artérielles qui commencent aux vaisseaux et au myocarde pour finir à la valvule et qui se traduisent au contraire par tous les signes de l'hypertension artérielle. Tous les symptômes qui permettent de bien reconnaître ces diverses manifestations morbides; toutes les méthodes thérapeutiques qui servent à les combattre sont bien établis, bien discutés par M. Huchard. On ne peut donc qu'applaudir aux principes qui ont dirigé ces longues,

patientes et fécondes recherches. M. Huchard s'est appuyé sur l'autorité de Cl. Bernard en soutenant, après lui, qu'il ne faut subordonner la pathologie ni à la physiologie, ni à la bactériologie, mais qu'il importe de poser d'abord le problème médical tel qu'il est donné par l'observation de la maladie, sauf à en chercher ensuite l'explication physiologique. Ses idées sont défendues par plus de 400 faits cliniques et par 150 constatations anatomo-pathologiques. Elles resteront donc dans la science et il est bien permis à celui qui a consacré sa vie tout entière à leur vulgarisation d'affirmer hautement qu'il a contribué, lui aussi, à servir la science et la clinique françaises.

L. LEREBOULLET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

ESSAI SUR LES TUMEURS MALIGNES DE LA VOUTE PALATINE, par ALEXANDRE VILLEQUEZ.

Il existe à la voûte palatine un groupe de productions caractérisées, au point de vue histologique, par leur structure complexe, et au point de vue clinique, par leur évolution en deux temps.

Après être restées stationnaires pendant une durée plus ou moins longue, elles se développent rapidement et revêtent la forme maligne. Ces tumeurs sont analogues à celles qu'on a récemment décrites au sein et à la parotide sous le nom de *tumeurs mixtes*. Elles sont beaucoup plus rares à la voûte palatine qu'au voile du palais. Elles sont enkystées, et leur membrane d'enveloppe conjonctive protège longtemps les tissus voisins contre l'envahissement du néoplasme.

Les tumeurs du palais dur constituées par une hypertrophie glandulaire simple semblent être exceptionnelles : on trouve généralement des culs-de-sac glandulaires au sein d'une gangue de tissu fibreux, myxomateux, épithéliomateux ou sarcomateux, et quand la néoformation récidive après son ablation, elle se reproduit sous la forme du tissu morbide qui lui servait de support, les acini ont alors disparu.

Le sarcome paraît exister à l'état pur au palais; mais il est le plus souvent le résultat de l'évolution sarcomateuse d'une tumeur mixte. Il est d'autant plus grave qu'il se rapproche davantage du type embryonnaire pur et que son organisation est moins élevée. Il se présente sous la forme enkystée.

L'épithélioma primitif s'observe sous deux formes à la voûte palatine : tumeur arrondie ou ulcération cancéreuse à bords indurés. C'est un épithélioma pavimenteux : la variété tubulée est la plus fréquente. Il se signale par sa marche rapide, sa tendance à détruire les os de la voûte et à envahir les sinus. Il s'accompagne presque toujours d'engorgement ganglionnaire et se propage rarement du côté du pharynx. Sa récidive est fatale et survient à bref délai. Il peut produire des greffes cancéreuses dans les organes voisins.

Le pronostic est incertain lorsqu'il s'agit des tumeurs mixtes : elles peuvent rester stationnaires ou devenir rapidement malignes. On doit les enlever dès qu'il survient un changement notable dans leur marche.

Le pronostic de l'épithélioma est toujours très grave. Il est souvent inopérable et justiciable seulement d'un traitement palliatif.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Né à Paris le 30 novembre 1811, Louis-Philippe-Alfred HARDY avait brillamment obtenu au concours les situations les plus enviées et parcouru successivement tous les échelons de la hiérarchie médicale. Interne des hôpitaux en 1832, docteur en médecine en 1836; chef de clinique médicale à la Pitié en 1839 ; médecin des hôpitaux en 1840 ; agrégé en 1847 ; professeur et membre de l'Académie de médecine en 1867 ; Président de l'Académie en 1883, il avait toujours dignement mérité les suffrages de ses maîtres, les votes de ses collègues, l'estime et le respect de ses élèves. Avant que sa réputation de clinicien et de dermatologiste fût établie par son enseignement de l'hôpital Saint-Louis, le *Traité élémentaire de pathologie interne* (1844-1853), qu'il avait publié avec Béhier, rendait son nom populaire. Ses *Leçons sur les maladies de la peau* (1859-1860), *sur les affections cutanées dartreuses* (1862), *sur la scrofule et les scrofulides* (1864), *sur les maladies dartreuses* (1868), enfin toute une série de mémoires et de communications à l'Académie de médecine ou à diverses sociétés savantes, lui valurent la plus juste renommée. C'est aux acclamations des membres du congrès international de dermatologie de Vienne qu'il en fut nommé le président d'honneur. D'une activité et d'une énergie que l'âge n'avait pu affaiblir, M. Hardy n'a cessé pendant plus d'un demi-siècle de faire face, avec autant de dignité que de talent, à tous ses devoirs professionnels. C'est à regret qu'il fut contraint, par les règlements universitaires, de quitter la chaire de clinique médicale qu'il occupait à l'hôpital de la Charité ; mais il trouva dans l'exercice de son art et dans la présidence de la Société de dermatologie l'occasion de continuer la vie utile à laquelle il s'est jusqu'à son dernier jour passionnément dévoué. C'est ainsi qu'à l'âge de 82 ans il continuait à être recherché non seulement comme le consultant, mais encore comme le médecin dévoué et fidèle de nombreuses familles. A l'Académie de médecine, où sa parole ardente et convaincue était toujours écoutée, il laisse à tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'un grand talent joint à une probité scientifique et à une franchise qui commandaient le respect.

L. L.

Association de la Presse médicale.

Congrès international de Médecine de Rome en 1893.

Le 13 janvier dernier a eu lieu, chez Marguery, un dîner spécial de l'Association de la Presse médicale, sous la présidence de M. le Pr Cornil.

Ce banquet, auquel assistaient les syndics, MM. de Ranse et de Cezilly, les membres du Conseil judiciaire de l'Association et quinze membres participants, était offert à M. le commandeur professeur Edouard Maragliano, directeur de l'Institut de clinique médicale à l'Université royale de Gênes et secrétaire général du XIe Congrès international de Médecine, venu à Paris pour se mettre en rapport avec l'Association de la Presse médicale, au sujet du prochain Congrès qui doit avoir lieu à Rome, du 24 septembre au 1er octobre 1893.

M. le Président a présenté M. le Pr Maragliano, qui a répondu en termes des plus flatteurs pour notre pays.

Après discussion, il y a été décidé ce qui suit :

1° Par les soins de l'Association de la Presse médicale, un Comité est institué sous la dénomination de « *Comité français d'initiative et de propagande pour le Congrès international de Rome en* 1893. »

Ce Comité a pour mission de mettre tout en œuvre pour assurer la participation de la France au Congrès de Rome.

2° Sont nommés membres de ce Comité tous les membres de l'Association de la Presse médicale présents au dîner du 13 janvier, à savoir : MM. Cornil, président ; Cezilly, de Ranse, syndics; Chervin, Chevallereau, Délefosse, Doléris, Gorecki, Gougenheim, Joffroy, Laborde, Landouzy, Lereboullet, Meyer, Moure, Prengrueber, Ch. Richet; M. Baudouin, secrétaire général.

3° Le bureau du Comité, composé de M. Cornil, président, de Ranze et Cezilly, syndics, Marcel Baudouin, secrétaire, fournira tous les renseignements nécessaires aux intéressés et à toutes les personnes qui désireraient visiter l'Italie, en allant assister au Congrès de Rome.

4° Toutes les communications relatives aux travaux de ce Comité doivent être adressées à M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Livres déposés au Bureau du Journal

Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Anatomie normale et pathologique de l'œil, par le Dr Berger. Ouvrage couronné par l'Institut (Académie des sciences), avec 31 figures intercalées dans le texte et 12 planches hors texte. Deuxième édition corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1893. 1 vol. in-8°. 15 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 3 février 1893.

Les subventions municipales. — Laboratoires et bibliothèques.

Dans le dernier des très intéressants articles que notre collègue A. Broca a consacrés à l'étude du budget de l'Assistance publique, il aborde la question des laboratoires des hôpitaux et montre à quels heureux résultats une entente commune entre les médecins d'un même hôpital pourrait arriver sur ce point.

Nous voudrions à notre tour revenir un peu sur ce sujet en nous plaçant surtout au point de vue budgétaire.

M. le Dr Navarre, rapporteur au Conseil municipal du budget de l'Assistance publique, s'exprime ainsi (p. 7 du rapport) : « En dehors des dépenses considérables faites pour le traitement des malades, il est d'autres dépenses qui, par leur caractère, concernent plutôt les études médicales, et il est bon de placer sous vos yeux l'état de ces dépenses en faisant observer que le désir du Conseil n'est pas de diminuer les crédits de cette nature, mais de les augmenter encore quand les circonstances le permettront. » Voilà qui est parfait et montre que l'on n'a pas gardé rancune, au Conseil, d'événements encore récents.

Ces crédits se montent au total respectable de 85.000 fr.; mais il ne faudrait pas croire qu'il s'agit d'une subvention nouvelle. M. Navarre a seulement retiré des divers chapitres et sous-chapitres du budget où ils figuraient un certain nombre de crédits à destination spéciale et les a réunis en un seul groupe dont l'importance est destinée à montrer l'intérêt que le Conseil municipal porte aux études médicales dans les hôpitaux. Cette façon de faire nous paraît parfaitement rationnelle et nous espérons que dans le budget de l'Administration, en 1894, figureront dans un chapitre à part, ces sortes de dépenses dont on pourra constater et suivre ainsi l'importance.

Voici comment elles se répartissent pour 1893 :

1° Bibliothèques des hôpitaux et hospices (sous-chapitre II du budget de l'administration, art. 5)....	19.050
2° Musées (sous-chapitre II, art. 4)................	18.400
3° Amphithéâtre de Clamart, frais de cours et injections des sujets (sous-chapitre II, art. 2)..........	2.400
4° Bourses de voyages; médailles d'or, 3 bourses (sous-chapitre II, art. 1)........................	9.000
5° Produits chimiques pour laboratoires (sous-chapitre X, médicaments chimiques)...	11.000
6° Instruments de laboratoires (sous-chapitre XVIII).	7.000
7° Subventions spéciales à des laboratoires de sept chefs de service dont une de 6.900 fr. (1.)........	16.100
Total...............	82.950

Les sommes consacrées aux quatre premiers crédits n'ont guère varié depuis quelques années.

Les musées ont pris dans ces derniers temps une si grande extension qu'on pourra presque s'étonner que la somme qui leur est consacrée (frais de personnel compris) ne soit pas plus élevée ; 200 francs par mois pour les frais de l'amphithéâtre de Clamart ne sont pas une dépense folle; et les 3,000 francs attribués chaque année à chacune des médailles d'or paraîtront bien gagnés; quant à l'argent des bibliothèques, nous nous réservons seulement de rechercher tout à l'heure s'il ne pourrait en être fait un emploi plus profitable aux élèves que celui que comporte la répartition actuelle.

Toutes ces sommes figuraient d'ailleurs avec leur désignation spéciale dans le budget administratif; mais c'est la première fois qu'apparaissent ainsi en bloc les crédits destinés aux laboratoires, jusqu'alors éparpillés dans divers chapitres.

Ceux-ci vont donc avoir à disposer en 1893 d'une somme de 36,200 fr., somme qui se divise en deux parts : l'une de 18,200 fr. forme le total des subventions particulières votées par le Conseil, à quelques chefs de service; les 18,000 francs restant seront pour la masse (11,000 francs de produits chimiques, 7,000 francs d'instruments).

(1) Ces subventions ont encore été augmentées par le Conseil municipal; une subvention ancienne a été portée de 1,500 à 1,800; une nouvelle de 1,800 a été accordée, c'est donc à la somme de 18,200 fr. que montent les huit subventions spéciales; et le total général sera par conséquent de 85.050 fr.

Or il y a, dans les hôpitaux, 190 services titularisés (médecine, chirurgie, accouchements), et 22 pharmaciens en chef. Laissons de côté, si on le désire, ces 22 laboratoires de pharmaciens, encore que leur dépense doive être à bon droit supérieure à celle de beaucoup de laboratoires médicaux, mais nous supposons, ce qui n'est pas indiqué cependant, qu'elle comptera sur le chapitre général de la pharmacie; retirons les services des cliniques de la Faculté qui, dotés d'un budget spécial, ne doivent naturellement pas participer à cette répartition, les huit services dont les titulaires sont subventionnés à part; il restera encore au moins 120 services qui peuvent réclamer quelque chose pour leur laboratoire. Supposons encore que cent seulement fassent une demande; combien leur sera-t-il, budgétairement et régulièrement, accordé? — **180 francs.**

Nous n'étonnerons personne en disant que ce chiffre est très largement dépassé. Donc une partie, la plus grande, pourrions-nous ajouter, des dépenses occasionnées par les laboratoires est forcément prise sur d'autres chapitres du budget, et il est impossible d'en connaître le chiffre exact. C'est cet état de choses que l'Administration et le Conseil doivent avoir à cœur de faire cesser, la première en mettant à l'étude et en réglementant une bonne fois cette question des laboratoires, le second en augmentant dans une proportion convenable la subvention qu'il veut bien accorder aux laboratoires.

Un jour ou l'autre d'ailleurs il faudra bien y arriver; le minimum des subventions particulières accordées par le Conseil est de 1500 francs; c'est donc un chiffre qu'il juge au moins nécessaire à l'entretien d'un laboratoire convenable; qu'un grand nombre de chefs de service demandent une subvention à l'exemple de quelques-uns de leurs collègues, c'est donc une subvention de 100.000, 150.000 francs que le Conseil se verra demander; et comment refuser à M. X. ce qu'on a accordé à M. Z.? Nous ne doutons pas un instant de sa grande libéralité, mais voudra-t-il la pousser jusque-là? Il est donc absolument indispensable que cette question des laboratoires soit dès à présent étudiée et qu'on adopte, après enquête et réflexion, une solution compatible à la fois avec l'intérêt des études et avec les nécessités d'économie budgétaire.

La création de laboratoires centraux dans les hôpitaux les plus importants, telle qu'elle a été déjà souvent proposée, serait certainement excellente; au lieu de l'éparpillement actuel des instruments et des produits souvent achetés en double ou en triple pour le même établissement, on réunirait économiquement et sous une seule direction les élèves qui trouveraient ainsi un guide dans leur travail et l'avantage du travail en commun; pour quelques jeunes savants qui ne recherchent le titre de médecin des hôpitaux que pour avoir un laboratoire et pour qui la clinique a moins d'attraits, il y aurait là des situations honorables qui devraient les assimiler aux médecins chefs de service.

Mais les laboratoires centraux ont de nombreux adversaires, quelques chefs de service entendant travailler séparément. Soit, mais en pratique le plus souvent est-ce bien le chef lui-même qui use de son laboratoire et non pas plutôt son interne?

Et alors qu'arrive-t-il? suivant que l'interne de l'année « fait ou ne fait pas de laboratoire », celui-ci est occupé ou délaissé; les instruments et les produits achetés pour l'un s'abîment pendant l'année qui suit, si le successeur néglige le laboratoire, et sont remplacés à grands frais la troisième année si de nouveau l'interne de l'année veut y travailler; et ainsi de suite; quelquefois même, c'est au bout de six mois que le laboratoire, bien garni au début de l'année, sera délaissé par suite d'un changement de service.

N'y a-t-il pas là l'occasion d'un peu de gaspillage et nos jeunes travailleurs n'auraient-ils pas avantage à se placer sous l'égide d'un *senior* qui les guiderait et au besoin les instruirait? et les années où son interne « ne fait pas de laboratoire », le chef aurait la ressource de faire faire quand même les examens et les recherches dont il a besoin.

Nous pensons en tout cas que l'on pourrait attribuer à chaque établissement une somme fixe pour l'année et qui ne pourrait être dépassée, en rapport avec le nombre et l'importance des services qu'il comporte, et en laisser la répartition aux chefs de service entre eux, soit que chacun désire garder pour lui seul sa quote part, soit que deux ou trois se réunissent pour mettre en commun leurs ressources, ou que mieux encore, par une heureuse entente commune, le laboratoire central se trouve créé du même coup : c'est une expérience à tenter et qui vaut la peine d'être faite. Pourquoi, d'autre part, si chaque chef a droit à une certaine somme fixe annuelle qu'il ne peut dépasser, ne pas l'autoriser à dépenser d'un coup plusieurs annuités s'il désire monter plus complètement de suite son laboratoire, mais après qu'il se sera engagé à rester le nombre d'années correspondantes dans le même service? Ce procédé pourrait aussi bien être appliqué à certaines demandes d'installations chirurgicales coûteuses presque aussitôt abandonnées que faites; il faudrait également, comme le montrait M. Broca, que les boni réalisés, s'il y en a, pussent profiter l'année suivante à celui qui les a faits. Quelle que soit la solution adoptée, une organisation ou une réorganisation des laboratoires hospitaliers s'impose; l'administration ne peut tarder à s'en occuper, car l'intérêt est double, celui des études médicales et celui du budget.

Ce que nous avons dit des laboratoires va retrouver son application à propos des bibliothèques; il est certain qu'actuellement (pourquoi ne pas dire tout haut ce que chacun pense ou dit tout bas?) les bibliothèques des salles de garde, sauf quelques exceptions, ne répondent pas tout à fait au but excellent que s'étaient proposé leurs fondateurs. Par suite du changement des internes chaque année, du manque de direction et de responsabilité, la tenue de beaucoup d'entre elles laisse à désirer, et il est bien difficile d'ailleurs qu'il en soit autrement. Si quelque année, quelque interne, ami des livres et pris de beau zèle, veut s'employer à remettre de l'ordre dans la bibliothèque (ce à quoi il n'arrive d'ailleurs qu'en employant ordinairement presque toute la subvention à compléter les ouvrages dépareillés les années précédentes), ce rangement et cet ordre durent à peine le temps que notre jeune bibliophile passe dans la même salle de garde et au bout d'une, mettons deux ou trois années, le même travail est à recommencer.

Songe-t-on à ce que pourraient être après dix ans, — beaucoup sont même plus anciennes — des bibliothèques qui reçoivent gratuitement à peu près tous les périodiques, toutes les thèses intéressantes et qui ont des sub-

ventions annuelles de 400 ou de 500 francs, qu'elles peuvent consacrer par moitié au moins à leur entretien, et par moitié à l'achat d'ouvrages nouveaux.

Pourquoi ne pas créer en quelques endroits des bibliothèques centrales bien organisées et surveillées, reporter sur ces bibliothèques qui seraient ouvertes aux élèves des hôpitaux (internes et externes) avec facilité de prêt sous certaines conditions, une partie des subventions; ne laisser celles-ci en totalité qu'aux bibliothèques des hôpitaux excentriques, et aux autres ce qu'il leur faut pour entretenir (reliure et classement, etc.) les ouvrages qu'elles reçoivent gratuitement? Croit-on que des bibliothèques de groupes (Necker, les Enfants-Malades et Laennec (1), — Midi, Lourcine et Cochin, — Saint-Antoine et Trousseau, par exemple) ne rendraient pas plus de services; et la réunion en une seule de deux ou trois subventions ne permettra-t-elle pas de faire plus grandement? Beaucoup de médecins sachant que leurs livres seront *conservés*, n'hésiteraient pas à envoyer des dons nombreux à ces bibliothèques et il n'est pas douteux qu'elles hériteraient souvent de legs importants. Nous avons déjà étudié avec quelques collègues le projet d'une bibliothèque centrale de l'*internat*, placée à l'Hôtel-Dieu, et nous sommes sûrs que cette création aurait le plus grand succès; on peut d'ailleurs se rendre compte des résultats que l'on pourrait obtenir en visitant la bibliothèque du musée de l'Hôpital Saint-Louis. Il pourrait aussi s'établir des échanges importants entre les bibliothèques au sujet des doubles, et nous ne doutons pas qu'au bout de quelques années ces bibliothèques ne deviennent des centres de travail très recherchés dont les internes seront les premiers à reconnaître les avantages par les facilités de travail et de recherches rapides qu'elles leur procureront.

C'est là encore une réforme que l'administration, après entente avec le corps médical, peut réaliser facilement et sans qu'il lui en coûte un sou; un peu de bonne volonté de part et d'autre, que les sentiments de particularisme fassent trêve et que l'on n'ait en vue que l'intérêt général et celui de l'avenir des études; et nous sommes assuré qu'il ne faudra pas chercher longtemps une bonne solution à la double question qu'on nous pardonnera d'avoir si longuement traitée, des laboratoires et des bibliothèques des hôpitaux.

Henri Feulard.

(1) Dans ces trois hôpitaux très voisins, il y a six bibliothèques distinctes: 3 de médecine, 3 de pharmacie, représentant 2,100 fr. de subventions: une bibliothèque de groupe recevant 1,500 francs rendrait beaucoup plus de services et il resterait encore assez à chaque salle de garde pour subvenir à l'entretien des périodiques et des ouvrages reçus gratuitement.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Des pseudo-paralysies générales névritiques.

Dans ces dernières années, l'attention a été particulièrement appelée en Russie, en Allemagne et en Angleterre sur les relations fréquentes qui existent entre la névrite périphérique et la folie. Nous citerons sur ce sujet les mémoires et communications de Korssakow (1), Serbski (2), Dubrowin (3), H. Hœvel (4), Th. Iling (5), Goldscheider (6), Remak (6), Frænkel (6), James Ross (7), Hack Tuke (7).

Pour exprimer ce rapport des lésions des nerfs périphériques et des troubles psychiques, Korssakow a créé le terme de « *psychoses poly-névritiques* ».

Indépendamment des névrites s'associant à des troubles d'ordre vésanique, nous avons reconnu de notre côté la possibilité de névrites s'associant à des troubles mentaux susceptibles d'en imposer pour une paralysie générale; de là le terme de *pseudo-paralysie générale névritique* qui semble convenir à ce dernier cas.

Envisagé dans son acception habituelle, ce terme de pseudo-paralysie générale nous paraît offrir de grands avantages, devoir être conservé et appliqué à un grand nombre d'affections, autres que la paralysie générale elle-même, mais qui en revêtent cliniquement la forme. Du reste, depuis qu'il a été appliqué par M. le Pr Fournier à certains cas de syphilis cérébrale, ce terme est devenu habituel dans le langage médical.

Le terme de pseudo-tabes alcoolique, remarquons-le par analogie, en dit plus que celui de névrite alcoolique, car il implique, au milieu des formes variées de la névrite alcoolique, un aspect plus particulier, qu'elle peut revêtir, celui du tabès.

Si nous insistons sur cette terminologie de pseudo-paralysie générale, c'est que, dans ces derniers temps, elle a été attaquée et accusée de ne pas répondre à quelque chose de précis.

Ici, tout dépend de la définition et des faits que le mot doit éveiller dans l'esprit.

Nous aurons à définir rigoureusement ce que nous entendons par pseudo-paralysie générale névritique.

De même que les troubles purement fonctionnels et ne répondant à aucune lésion matérielle, comme est l'hystérie, par exemple, peuvent simuler une foule de maladies organiques bien définies, de même la névrite peut revêtir l'aspect clinique de maladies multiples et ressortissant à des lésions d'un genre tout différent :

C'est ainsi que telle névrite donnera le tableau de l'atrophie musculaire progressive ou telle autre offrira celui d'une amyotrophie localisée, ou telle autre se présentera avec l'aspect de la paralysie spinale antérieure subaiguë de Duchesne, de Boulogne, ou bien encore avec celui du tabès (sclérose des cordons postérieurs), etc.

Les lignes qui suivent tendent à établir que la névrite peut en outre en imposer pour la paralysie générale.

Pour qu'il en soit ainsi, deux conditions doivent être réunies simultanément :

1° Il faut une lésion généralisée et spéciale des nerfs périphériques;

(1) Korssakow, Ueber psychische Stœrungen bei Alcohollæhmungen und multipler Neuritis. *Neurologisches Centralblatt*, 1887, p. 210.

Korssakow, Pseudoreminiscenzen bei Polyneuritischer. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII, 3 et 4.

(2) Korssakow et Serbski, Ein Fall polyneuritischer Psychose mit Autopsie. *Arch. f. Psych.*, XXIII, et *Neurolog.*, 1er février 1891.

(3) Ein Fall von post-typhœser psychischer Erkrankung. Gesellschaft der Neuropathologen und Irrenærzte z. Moskau. *Neurolog.*, 1891, p. 405.

(4) H. Hoevel, Ueber post-typhœser Dementia acuta, combinirt mit Poly-neuritis. *Jahrb. f. Psych.*, Bd XI, H. 3. *Neurolog.*, 1er novembre 1892.

(5) Iling, Ueber die amnestische Geistesstœrung. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, Bd XLVIII, H. 6. *Neurolog.*, 1er novembre 1892.

(6) Goldscheider, Remak, Frænkel, Névrites multiples avec troubles psychiques, Soc. méd. de Berlin. *Berl. klin. Woch.*, n° 51, 1891.

(7) James Ross, Hack Tuke, *Assoc. médico-psych. de la Grande-Bretagne et de l'Irlande.* Séance du 13 mars 1890.

2° Des troubles psychiques identiques ou analogues à ceux de la paralysie générale.

On comprend facilement qu'on aura alors une maladie répondant à l'aspect clinique de la paralysie générale et méritant un diagnostic différentiel et une description anatomique séparée.

Pour réunir ces deux conditions il n'est pas nécessaire de deux maladies différentes, l'une lésant les nerfs et l'autre troublant les fonctions intellectuelles.

Un même agent morbide peut produire ce double effet.

L'alcool, par exemple, le fait est d'observation journalière et bien connu, produit volontiers des lésions des nerfs périphériques. Mais aussi il frappe souvent le cerveau et crée alors différents délires. Il en est de même du plomb, de l'oxyde de carbone, etc.

Ce sont là des faits généraux. Ce qui, par contre, paraît dépendre du sujet lui-même, c'est la forme du délire et nous ajoutons aussi la forme de la névrite, dans sa généralisation ou dans sa localisation et dans son degré de destruction de la fibre nerveuse. Si donc l'agent toxique a produit la névrite et les troubles mentaux, le sujet lui-même semble créer leur forme particulière, celle de la névrite et celle du délire.

Il arrive quelquefois que ces deux éléments concordent pour produire l'aspect de la paralysie générale. On est alors en présence du syndrôme qui nous occupe.

Il arrive souvent que l'examen histologique du cerveau d'un malade ayant présenté dans ses grands traits le tableau clinique de la paralysie générale, est en désaccord complet avec l'évolution symptomatique. On est alors autorisé à admettre qu'il s'agissait en réalité d'une pseudo-paralysie générale. Et d'ailleurs, dans la plupart des cas de ce genre, l'examen clinique avait déjà montré quelques particularités, étrangères au tableau normal, fait naître des doutes dans l'esprit et fait réserver le diagnostic.

Tel est le cas de quelques malades que nous avons pu observer à la clinique de Sainte-Anne.

Si dans ces cas l'examen histologique ne permet pas de trouver les lésions habituelles de la paralysie générale, il en fait constater d'autres qui, habituellement, expliquent par leur diffusion et leur multiplicité l'aspect clinique des malades.

Or, ces lésions sont tantôt rencontrées surtout dans l'encéphale et dans la moelle; tantôt on les retrouve surtout dans les nerfs périphériques qui seuls peuvent expliquer alors un ensemble de troubles fonctionnels, tel que le tremblement des membres, la faiblesse, l'irrégularité des mouvements, etc.

Dans le premier cas il s'agit de pseudo-paralysies générales à lésions principalement centrales; dans le second cas, de paralysies générales à lésions périphériques égales ou plus considérables que celles des centres.

Cette dernière forme est loin d'être une rareté, surtout si on y fait rentrer les observations où les deux ordres de lésions sont d'égale intensité. Et dans ces conditions bon nombre de pseudo-paralysies générales, alcoolique, saturnine, tuberculeuse, etc., paraissent relever autant des lésions périphériques que de celles qu'on trouve dans l'écorce.

Dans plusieurs de nos observations dont presque toutes avaient trait à des alcooliques, dont une fort nette était celle d'un tuberculeux présentant des amyotrophies névritiques, les lésions de la paralysie générale étaient absentes et cela en ce qui concernait l'examen à l'œil nu du cerveau, de la surface des ventricules, des méninges et en ce qui concernait l'examen microscopique. Mais, par contre, il existait d'autres lésions qui suffisent à nous expliquer la symptomatologie observée au lit du malade.

Ce qu'on trouve dans la paralysie générale ordinaire, ce sont des adultérations très diffuses des zones corticales du mouvement et de la sensibilité; ce qu'on observait ici, ce sont des lésions non moins diffuses, mais occupant surtout les terminaisons nerveuses, c'est-à-dire les organes périphériques du mouvement et de la sensibilité.

Certes, la fréquence de cette forme névritique paraît très grande et englober peut-être la majorité des affections qui simulent la paralysie générale. Cependant nous ne saurions encore préciser sa fréquence absolue par des chiffres et donner une réponse définitive à cette question : Tous les cas de pseudo-paralysie générale toxique directs jusqu'ici, sont-ils dus à des névrites compliquées de troubles cérébraux?

Quelque multiple que puisse être l'étiologie de la pseudo-paralysie névritique, la maladie se présente toujours avec des lésions et des caractères spéciaux qu'il importe de préciser. C'est ce que nous tenterons de faire en considérant rapidement l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic et le pronostic de cette forme particulière, en n'insistant que sur les particularités relatives à cette manière d'interpréter la maladie.

Auparavant il importe, à titre de généralité, de dire quelques mots de la valeur de cette névrite qui est l'un des éléments les plus importants de ce groupe d'affections.

Les altérations des nerfs au cours des états pathologiques sont choses démontrées aujourd'hui comme fréquentes. Les principaux facteurs des névrites sont les infections, les intoxications de cause externe, les cachexies et les œdèmes. Or, le pseudo-paralytique général, qu'il soit alcoolique ou tuberculeux, est toujours un cachectique à la dernière période de sa vie. Les névrites rencontrées chez lui à l'autopsie pourraient donc ne pas être la lésion essentielle, mais quelque chose de surajouté. Dans ces conditions l'ordre des choses serait renversé, et ce que nous considérions comme cause deviendrait effet.

A cette manière de voir s'opposent deux faits d'une observation très précise :

Les altérations rencontrées dans les nerfs sont ici assez spéciales et n'atteignent pas le degré qu'on rencontre dans les cachexies névritiques où les destructions sont beaucoup plus profondes. Il y a plus, ces lésions n'égalent même pas en intensité celles qu'on observe assez souvent dans la paralysie générale proprement dite. Car, dans celle-ci tout le système nerveux est profondément atteint, comme nous l'avons remarqué dans des travaux précédents.

La névrite dans la paralysie générale vraie a été décrite par plusieurs auteurs (1).

A côté de la destruction anatomique qui porte surtout sur le degré de lésion, il faut signaler une preuve d'ordre clinique : le tremblement, l'irrégularité des mouvements, la faiblesse, les secousses fibrillaires des muscles, l'incertitude de la parole, etc., en un mot les troubles du mouvement que nous rattachons à la névrite diffuse, se montrent au début et avant la période de cachexie.

On doit encore ajouter à ces considérations le haut degré de vraisemblance de ces lésions *précoces* des nerfs chez des malades atteints d'alcoolisme, de saturnisme, etc., affections dont on connaît parfaitement l'affinité pour les nerfs périphériques. Pour de tels cas, il semble inutile d'aller chercher des causes plus contingentes et plus éloignées.

D'ailleurs, comme le plus souvent en pathologie, il s'agit ici d'un fait fondé sur un ensemble de considérations très multiples et faites pour entraîner la certitude par leur réunion.

Mais nous tenions à mettre les objections possibles en

(1) Voir à ce sujet le mémoire de PICK. *Berl. klin. Woch.*, 1891.

regard des faits positifs et c'est pourquoi nous insisterons encore sur la particularité suivante :

Le délire observé chez ces malades, et impliquant un trouble de l'écorce du cerveau, est-il capable de produire, indépendamment de la participation des nerfs périphériques, les troubles moteurs rencontrés chez nos malades? Nous ne le pensons pas : ces mêmes formes du délire se rencontrent chez d'autres sujets où l'on n'observe pas de symptômes moteurs et sensitifs. On peut voir, en effet, le délire des grandeurs, l'amnésie, l'affaiblissement démentiel de l'intelligence sans le syndrome moteur de la paralysie générale.

Ces considérations générales étant faites, nous allons donner un résumé des principaux chapitres que comporte cette étude :

I

ÉTIOLOGIE DES PSEUDO-PARALYSIES NÉVRITIQUES.

Dans les cas que nous avons observés, l'étiologie se résumait dans l'alcoolisme, la tuberculose ou dans ces deux maladies évoluant ensemble sur le même sujet. Mais les agents morbides susceptibles d'entrer ici en ligne de compte sont plus nombreux, s'il est permis de raisonner par analogie et par ce que nous savons du mode d'action d'autres agents toxiques.

L'alcool est sans doute et de beaucoup la cause la plus fréquente ; même nous ne serions pas éloignés de croire que toutes les pseudo-paralysies de cette étiologie rentrassent dans la catégorie des névrites compliquées de troubles cérébraux. On trouve bien dans ces cas d'alcoolisme chronique quelques lésions cérébrales à caractères particuliers, mais suffisent-elles à expliquer les troubles moteurs? C'est fort invraisemblable. L'alcool a une affinité particulière aussi bien pour les nerfs périphériques que pour le cerveau et il les altère dans des proportions variables. Quelquefois c'est une destruction complète avec dégénérescence wallerienne. Ce n'est pas le cas ici et cet exemple n'est destiné qu'à montrer le rôle de l'alcool dans ce qu'il a de plus complet.

La tuberculose est un facteur de même valeur, même si l'on fait abstraction des névrites cachectiques qu'entraîne cette maladie. Il est, en effet, des formes de névrites tuberculeuses à apparition précoce et évoluant, tandis que les tubercules du poumon n'ont pas dépassé la première période et n'ont encore subi aucun ramollissement (1). Mais la tuberculose occupe beaucoup moins de place ici, car si elle touche les nerfs aussi souvent que l'alcool, elle épargne le cerveau bien plus souvent que lui.

Nous n'avons jamais eu l'occasion de faire l'examen histologique de pseudo-paralysie générale saturnine et, à notre connaissance, l'examen des nerfs périphériques n'y a pas été pratiqué. Mais deux faits sont certains et semblent entraîner la conviction que le saturnisme doit figurer ici. C'est que, d'une part, cette intoxication est la cause extrêmement fréquente de névrite dont les lésions sont bien connues et que, d'autre part, les examens du cerveau dans l'encéphalopathie à forme paralytique ne révèlent aucune lésion ayant quelque valeur.

Les mêmes remarques doivent s'appliquer à d'autres intoxications ou maladies générales. La pellagre, par exemple, produit quelquefois le tableau de la paralysie générale et cela à s'y méprendre.

L'oxyde de carbone, le seigle ergoté, l'arsenic, etc., pourraient encore être cités, mais sans preuves anatomiques à l'appui de leur action. Ce qu'on sait, c'est que ces agents comme les précédents produisent volontiers des névrites et des accidents cérébraux, et, pour quelques-uns, assez voisins de la paralysie générale.

(1) KLIPPEL, Thèse de Paris, 1889.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un premier point d'une certaine importance est l'absence de lésions cérébrales à l'œil nu et permettant déjà de mettre en doute, après un bref examen, le diagnostic de paralysie générale. Les cerveaux n'ont pas l'état mou et flasque qu'on voit dans cette maladie ; ils ne s'affaissent pas sur la table d'autopsie, les ventricules latéraux n'ont pas ce haut degré de dilatation qu'on y voit ; les méningites n'offrent que des lésions banales de congestion, sans être adhérentes, sans entraîner par l'arrachement de substance corticale, sans causer d'érosion. L'absence d'érosion nous paraît surtout un caractère distinctif avec la paralysie générale vraie et nous croyons utile d'attirer l'attention sur ce point.

Les érosions de la paralysie générale vraie sont assez profondes, toujours multiples, excepté toutefois au début de la maladie, et là, n'y en eût-il qu'une seule, elle est profonde et caractéristique. Ces caractères de l'érosion doivent toujours être pris en considération, à notre avis, dans le but d'un diagnostic anatomique différentiel à l'œil nu. On évitera ainsi de décrire comme érosion ayant une valeur quelconque de légères pertes de substance qui se font assez souvent en certains points du cerveau lors de la décortication, vingt-quatre heures après la mort. De telles lésions se rencontrent, que les malades aient succombé à l'aliénation mentale ou à toute autre maladie. Et partant, elles appartiennent à la pseudo-paralysie névritique, ou du moins peuvent s'y rencontrer. Leur siège de prédilection est aux parties les plus déclives du lobe sphénoïdal qui, souvent, présente un certain degré de ramollissement purement cadavérique.

Ceci mis de côté, on peut dire qu'un caractère distinctif important est l'absence d'érosions corticales. Mais cette constatation est insuffisante, car il y a des paralysies générales vraies qui ne s'accompagnent d'aucune méningite et d'aucune érosion. L'examen microscopique s'impose donc dans tous les cas. Il démontre alors qu'il n'existe pas de lésions de paralysie générale.

On rencontre, par contre, des adultérations d'un autre genre, particulièrement s'il s'agit d'alcooliques. Mais nous ne saurions y insister. Disons seulement qu'elles n'expliquent pas les troubles moteurs observés pendant la vie et que, dans la plupart des cas, on ne saurait y voir la cause unique du délire.

Lésions des nerfs. — La diffusion des lésions, voilà le premier caractère de cette névrite. On la retrouve dans les fines ramifications nerveuses où elle est le plus accusée, puis également dans les troncs nerveux qui président à tout le système moteur. La lésion est ainsi généralisée et c'est là ce qui explique le syndrome clinique observé, les troubles diffus du système musculaire. Le second caractère de cette névrite est d'être constituée par des lésions n'arrivant pas en général jusqu'à la destruction anatomique et physiologique complète de la fibre nerveuse.

Voici ce qu'on constate : — A. — Un certain nombre de fibres, visibles sur toutes les préparations, dont la destruction est à peu près complète. Nous les évaluons sur les dissociations bien faites à environ une sur dix. La lésion consiste en dégénérescence de la myoline dont la plus grande partie a été résorbée, de sorte que la fibre nerveuse n'en présente que de distance en distance, sous

la forme de quelques boules parfaitement rondes, agglomérées en amas dans une gaine renflée en ce point et revenue sur elle-même partout ailleurs. On ne voit plus de cylindres d'axe quel que soit le procédé de coloration employé. D'ailleurs la gaine dans les points où les deux parois se touchent ne laisse pas place au passage d'un cylindre d'axe. La dégénération est donc complète. Il s'agit là d'une lésion qu'on retrouve souvent dans les états cachectiques. — B. — D'autres fibres sont lésées d'une manière bien plus superficielle, mais ces fibres sont en très grande abondance. On voit la myéline comme déchiquetée sur les bords ou festonnée, présentant des encoches ou golfes par perte de substance. Le cylindre d'axe peut être en partie dénudé, mais il est conservé à peu près intact. Sur certains points on peut l'observer très grêle ou irrégulier. Aucune préparation n'offrait de traces de régénération. — Les noyaux ne sont pas notablement augmentés de nombre, mais tous se détachent nettement des parties environnantes; tous sont augmentés de volume, refoulant la myéline et le cylindre d'axe, tous ont un protoplasma rempli de granulations noires.

La fragmentation de la myéline en blocs et les fibres entièrement vides de myéline sont assez rarement observées. Ce qui domine donc, c'est une lésion très nette et incontestable, mais aussi superficielle, bien que le nombre des fibres entièrement détruites soit lui-même une lésion assez marquée pour entrer en ligne de compte.

La moelle épinière n'offre que des lésions peu importantes et banales.

Les muscles ont des fibres grêles. Dans quelques-uns on trouve une dégénérescence granulo-pigmentaire, jamais graisseuse, avec prolifération des noyaux.

III

ÉVOLUTION CLINIQUE.

Le tableau clinique est celui de la paralysie générale, mais avec toutes les particularités qui distinguent cette maladie des affections qui ont mérité le nom de pseudo-paralysies générales. Les principales sont la lenteur de la marche de la maladie, les rémissions et les apparences de guérison.

Nous n'insisterons donc pas sur cette symptomatologie bien connue. Ce qui est remarquable, c'est de voir une maladie dont les troubles moteurs ressemblent à s'y méprendre à ceux de la paralysie générale, être définitivement constituée par des lésions des nerfs périphériques.

Si l'on se rappelle que la paralysie générale reconnaît pour cause les lésions très diffuses du système nerveux, il paraîtra moins invraisemblable qu'une lésion qui est généralisée à tout l'appareil périphérique, puisse en revêtir la forme.

Tous les nerfs de l'économie sont touchés par cette forme de névrite, cependant ceux des muscles des membres et des lèvres le sont davantage. Ceux des muscles de l'œil, notamment de l'iris, le sont peut-être moins souvent, mais les troubles pupillaires appartiennent également à ces formes. Enfin nous ajouterons encore, pour marquer davantage les analogies, que, dans la paralysie générale vraie, le rôle dévolu aux nerfs périphériques, qui sont lésés, n'a pas encore été fixé au point de vue clinique, malgré les constatations positives de l'anatomie pathologique.

En ce qui touche, enfin, les rémissions un peu durables de la maladie, on remarquera que les nerfs périphériques sont bien plus susceptibles de régénération que les éléments corticaux.

IV

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Il n'est pas très rare de rencontrer des malades offrant à la fois des troubles cérébraux et des névrites périphériques. Ces deux dernières années ont vu paraître des travaux anglais, russes et allemands sur ce sujet (1).

Le tableau clinique se compose alors de signes d'une névrite plus ou moins localisée occupant, en général, les extrémités inférieures et de symptômes psychiques dont les plus habituels sont l'excitation et l'amnésie.

Dans la pseudo-paralysie générale, les signes de la névrite et les symptômes psychiques sont tels que, réunis, ils donnent le tableau de la paralysie générale elle-même et peuvent en imposer pour cette maladie, si l'attention n'est pas attirée vers une autre possibilité.

Ainsi l'alcoolisme chez tel sujet produira une névrite wallérienne des muscles inférieurs qui seront complètement atrophiés, chez tel autre une névrite localisée aux mêmes parties, mais dont les symptômes moteurs seront ceux du tabès; chez un troisième, la névrite sera plus vaguement dessinée, et chez ces trois malades pourront s'ajouter des troubles de l'intelligence, sans qu'on ait lieu de songer à la paralysie générale et, par conséquent, sans que nous ayons à insister sur les différences cliniques qui séparent ces différents cas. Il nous suffira de les avoir signalés.

Mais il était important de montrer, au point de vue du diagnostic et de la pathologie de la pseudo-paralysie générale névritique, que les mêmes causes qui lui donnent naissance sont susceptibles de produire d'autres syndromes relevant de ces deux facteurs principaux et réunis sur le même sujet : la névrite, les troubles mentaux.

Nous savons que l'alcoolisme et la tuberculose (2) peuvent produire la paralysie générale vraie. Cependant et surtout pour la tuberculose les cas en sont rares (3) : aussi chaque fois qu'on se trouvera en présence d'un malade franchement alcoolique et surtout tuberculeux, on ne devra pas se hâter pour formuler le diagnostic de paralysie générale. En ce qui touche la tuberculose, outre l'association de la névrite dont nous parlons, on pourra avoir affaire à une méningite tuberculeuse chronique qui de son côté pourrait être une cause d'erreur.

Pour l'alcoolisme, souvent il s'agit d'une pseudo-paralysie générale comme le démontrera ultérieurement l'autopsie. En présence de tels malades la marche de la maladie et les symptômes cérébraux devront toujours être attentivement considérés. C'est par là surtout qu'on arrivera à éviter l'erreur.

Dans le cas contraire on s'exposerait souvent à une erreur de pronostic portant essentiellement : 1° sur la marche de la maladie qui n'est pas fatalement progressive; 2° sur la rémission possible et 3° surtout sur la durée de l'affection qui souvent est bien plus longue.

V

REMARQUES SUR LES PSEUDO-PARALYSIES GÉNÉRALES ET LEUR CLASSIFICATION

Comme corollaire des lignes précédentes, nous pouvons jeter un coup d'œil d'ensemble sur la vaste question

(1) Voyez les mémoires et communications de MM. Korssakow, Serbski, Dubrowin, H. Hœvel, Th. Iling, Goldscheider, Remak, Frænkel, James Ross, Hack Tuke, cités plus haut.

(2) Klippel, *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, 1er sept. 1891 et 1er sept. 1892.

(3) De plus, il est très rare qu'un paralytique général devienne tuberculeux au cours de la maladie. Il est donc d'autant plus légitime de prendre en considération la tuberculose comme élément de diagnostic.

des pseudo-paralysies générales et tenter d'indiquer les grandes lignes de leur classification en tenant compte des faits précédents.

Les unes reconnaissent des causes essentiellement centrales, des lésions prononcées de l'encéphale; les autres offrent surtout des lésions périphériques; celles-ci prenant dans la maladie une grande importance, tandis que les lésions peu marquées du cerveau et quasi banales apparaîtraient comme insuffisantes à expliquer à elles seules les symptômes observés pendant la vie.

De là deux catégories :

I. *Maladies à lésions essentiellement centrales.* — Dans ce groupe se placent : 1° la *pseudo paralysie générale syphilitique* dont les symptômes sont commandés par des lésions spécifiques gommeuses et scléreuses de l'encéphale; 2° la *pseudo-paralysie générale arthritique* où la lésion consiste dans l'altération dégénérative généralisée du système vasculaire de l'encéphale et en atrophie granuleuse des éléments nobles de l'écorce (1).

Dans ce groupe les lésions sont sans doute diffuses ou en foyers multiples, mais elles occupent surtout l'encéphale.

II. *Maladies à lésions essentiellement périphériques.* — Ici se placent probablement toutes les pseudo-paralysies générales toxiques. En première ligne il faut citer celle qui évolue chez les alcooliques. Il en est probablement de même pour le saturnisme et beaucoup d'autres intoxications de causes externes ayant une affinité spéciale et bien connue pour les nerfs périphériques. Ainsi, tandis que dans le groupe précédent nous voyons la détermination de la maladie se faire surtout sur l'encéphale sous forme de lésions profondes et souvent spécifiques, nous rencontrons dans cette deuxième variété les lésions qui, en outre, ont des localisations particulières sur tout l'appareil nerveux périphérique. La lésion y est, à la vérité, assez superficielle pour ne pas entraîner de destruction profonde des éléments anatomiques, mais elle a pour caractère essentiel d'en frapper un très grand nombre.

L'encéphale et la moelle offrent, eux aussi, des lésions ayant les mêmes caractères : diffuses plutôt que prononcées. Ces lésions elles-mêmes diffèrent donc de celles plus profondes de l'encéphale constatées dans le premier groupe. Pour résumer les caractères de cette deuxième catégorie due à une origine toxique ou bien à des affections générales comme la tuberculose, on peut dire qu'ils dénotent *une dystrophie généralisée de tout le système nerveux.*

Ces derniers caractères mis en parallèle avec les plaques de méningites gommeuse ou fibreuse, avec les foyers gommeux, avec les lésions vasculaires qu'on rencontre dans le premier groupe, feront sans doute apparaître la légitimité de cette double division des *pseudo-paralysies générales.*

Klippel.

(1) Nous avons isolé cette forme du groupe encore si confus des maladies appelées « démences séniles ».

On reconnaîtra en effet : 1° que cette forme a des lésions spéciales; 2° qu'elle peut se montrer avant 60 ans, c'est-à-dire avant la vieillesse; 3° qu'elle offre à s'y méprendre le tableau clinique de la paralysie générale; 4° qu'elle est pour le moins une forme à part de la démence sénile qui d'un côté n'offre pas toujours les lésions vasculaires et qui d'un autre côté se résume souvent dans des foyers de ramollissement multiples qui n'existent pas ici.

Voyez *Revue de médecine*, mars 1892.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Résultats éloignés de la cystostomie chez les prostatiques, par M. P. Diday.

Je divise en deux parties les enseignements à tirer de mon expérience sur un sujet que je dois connaître *un peu plus qu'aussi bien* que personne : 1° indication de l'opération ; 2° mécanisme et réglementation de l'urination consécutive.

§ I. — Indication de la cystostomie.

N'ayant jusqu'à ces derniers temps été acceptée par les malades qu'à une période où les accidents de rétention complète et d'empoisonnement urinaire imminent ou réalisé créent un péril sérieux et prochain, la cystostomie ne devait guère avoir aux yeux des chirurgiens que la valeur d'une ressource extrême.

L'opération de A. Poncet a pourtant mieux, beaucoup mieux que cela à offrir aux malheureuses victimes du prostatisme sénile. En les dotant d'une vessie susceptible d'être aisément vidée, elle met fin à l'état anti-physiologique auquel ils étaient réduits (semi-réplétion vésicale permanente); état non seulement pénible, mais dangereux; soit parce qu'il aboutit presque fatalement à la pyélo-néphrite infectieuse, soit parce qu'il provoque dans les grands actes nutritifs des perturbations d'autant plus redoutables que le médecin, qui souvent en méconnaît le point de départ, doit en méconnaître le seul traitement curatif.

Mais quelque évident, quelque libérateur sur l'heure même, quelque rassurant pour l'avenir que soit cet avantage, comme il faut l'acheter par *une opération*, on comprend que la plupart de nos malades ajournent et ajournent encore, s'en tenant, soit à d'aussi insuffisantes que fréquentes urinations, soit à des cathétérismes qu'il est bien rare de pouvoir réitérer assez pour conjurer le péril, exécuter assez correctement pour ne pas l'aggraver.

C'est donc un service à rendre, surtout aux prostatiques qu'ont déjà effleurés les affres de la *deuxième période*, — et c'est un devoir pour celui qui peut le rendre, — de leur montrer par son propre exemple ce qu'est cette opération; quels en sont les bienfaits durables; comment, au prix fort peu onéreux de quelles simples précautions, opéré moi-même, il y a un an, *sur le seuil de l'urgence*, je me trouvai immédiatement affranchi des incessants ténesmes, de l'intolérable dysurie et aujourd'hui rendu au fonctionnement presque intégral de la vie sociale telle qu'un homme de mon âge doit la concevoir et peut se flatter d'en jouir.

Je me crois donc en mesure d'apprécier, d'après mon expérience d'une année aujourd'hui révolue, quelle place doit être faite à la cystostomie pratiquée contre le prostatisme sénile.

De toutes les opérations destinées à créer ou à rétablir une ouverture artificielle aux réservoirs ou conduits naturels, soit au dehors, soit entre eux, celle-ci est assurément celle qui, sous le rapport du résultat, comporte le pronostic le plus favorable.

D'abord, on n'est pas, comme dans la gastrostomie ou la cholécystostomie, en face d'un sérieux danger pour la nutrition. Il ne s'agit ici que d'évacuer un liquide absolument excrémentitiel.

Puis la lésion, qui met obstacle à son évacuation naturelle, est une dystrophie rebelle à tout traitement, il est vrai, et même fatalement progressive. Mais, double

condition avantageuse : d'abord l'opération ne peut qu'arrêter ce progrès; puis cette dystrophie n'est point de nature à dégénérer, à se généraliser, ainsi que cela a lieu pour les opérations similaires pratiquées contre des affections du tube digestif.

Rien n'empêche par conséquent, on le voit, l'opération de produire son plein effet curatif, de le produire immédiatement, de le maintenir de façon durable.

De par la théorie comme de par le fait démontrée efficace, l'opération peut donc se présenter avec confiance. Mais elle ne constitue pas seulement le meilleur remède : elle est l'unique. Et ce n'est pas même assez dire. Ce qui doit être bien entendu et ne saurait être trop répété, c'est que pour les prostatiques *parvenus à une certaine période*, il n'y a pas à opter entre deux partis. Celui-là s'impose; sans lui, point de salut. Doutez-vous de ma parole ? Faites l'expérience : telle que je la conseille, vous le pouvez impunément.

Dans une grande ville quelconque, à Paris, par exemple, où la conviction que je veux propager est loin d'être faite, suivez dans ceux des services hospitaliers où l'on n'a pas adopté la cystostomie, suivez les malheureux prostatiques qui en sont au point où j'étais moi-même. Traités par la méthode qui a l'approbation des maîtres (ponctions capillaires bi-quotidiennes, sonde à demeure, lavages vésicaux, médications internes contre les accidents infectieux), après quelques semaines d'une lutte inégale, ils meurent, c'est la règle; mais le médecin traitant peut se rendre la justice qu'ils sont morts *dans les règles*.

Une nouvelle lumière a surgi dont je me félicite et m'honore de porter haut le flambeau. A sa clarté, le danger a disparu; mais par là les sérieuses, les réelles responsabilités s'imposent d'autant plus. C'est donc dans le plein sentiment du plus sacré des devoirs à remplir que à tous, aux malades pour les renseigner, aux confrères pour les avertir, je répète en terminant : En cas d'urgence, il n'y a point, il n'y a plus à choisir. Avec l'opération, guérison immédiate ; avec les moyens dilatoires, la mort à brève échéance.

§ II. — De l'évacuation de l'urine par le cathétérisme du nouvel urèthre.

Créé extemporanément, le canal artificiel a toute la résistance de tissus qui n'ont pas servi. Il possède la robustesse d'un organe de récente formation. Il est, oserai-je dire, tout ce qu'a de jeune dans son organisme l'individu placé dans ces conditions. Aussi, — sans prétendre qu'on le doive jamais brusquer — dès le troisième mois, que vous le fassiez traverser par une sonde molle ou, en cas de besoin d'uriner très pressant, par une sonde rigide, que vous hâtiez ou non l'introduction du cathéter, ni vive douleur, ni saignement, ni, à plus forte raison, rupture de ce canal n'est à appréhender.

Mais ce tout jeune déversoir aboutit à un trop vieux réservoir, à une vessie que l'âge et les infirmités commandent de ménager; car c'est de l'irritabilité de cet organe que proviendront les douleurs, épreintes, ténesmes, élancements, sensibilité à la pression, à la marche, aux cahotements de la voiture, etc., qui assombrissent les futurs derniers mois, ou les enviables dernières années de l'opéré. Et comme il est désormais irrévocablement condamné à la sonde, il faut s'arranger de manière à manier cet instrument de façon à ce que, une fois introduit dans la vessie, il l'irrite le moins possible. Or, c'est sur ce point qu'il est le plus naturel au malade de se faire une illusion pernicieuse, sur ce point par conséquent que j'ai le plus sérieux devoir de lui donner un éclaircissement salutaire.

En principe, en principe strict, pour que l'emploi de la sonde soit inoffensif, il faut qu'elle ne soit pas enfoncée jusqu'à toucher la paroi vésicale. — Et fort heureusement, en fait, il n'est point nécessaire, pour qu'elle évacue toute l'urine, de la faire pénétrer jusqu'à cette profondeur.

Le second de ces énoncés suppose que la vessie se contracte, se contracte assez, se contracte dans le sens voulu pour pousser l'urine par la sonde.

Où la vessie du cystostomisé se contracte-t-elle ainsi ?

M. Poncet a eu raison de signaler ce fait, savoir : que par suite de l'opération « la vessie étant fixée désormais sur une certaine longueur à la paroi abdominale... sa paroi antérieure, immobilisée, ne doit jouer qu'un faible rôle dans la poussée de l'urine; que c'est surtout la paroi postérieure, le sommet de la vessie qui interviennent ».

Que les choses se passent de cette façon, l'anatomie l'établit et l'expérience le confirme. Mais qu'elles se passent ainsi indéfiniment, c'est question à examiner. Les deux parois vésicale et abdominale resteront à jamais adhérentes; oui, assurément. Mais cette adhésion de la vessie implique-t-elle son immobilisation définitive ?

Non. Ce n'est pas l'abdominale qui fixe la vésicale, c'est la vésicale qui peu à peu s'est annexé l'abdominale : usurpation qui est trop dans l'intérêt de la fonction pour ne pas entrer dans les vues de la nature. Un exemple en démontre à la fois la nécessité et la réalité. Alors que, après l'évacuation d'un empyème, la paroi thoracique, paroi osseuse, cède elle-même et se rétracte, pour se prêter au jeu de l'appareil respiratoire, comment admettre qu'une mince couche musculo-membraneuse opposera plus de résistance ?... Aussi voit-on peu à peu se dessiner autour du méat hypogastrique une dépression circulaire, qui par ses forme et dimensions rappelle le creux ombilical ; phénomène dénotant que, dans ce *mariage forcé* de deux parois qui avaient été créées pour remplir séparément leur office, si l'une des deux a pris le dessus, a entraîné l'autre, c'est celle dont à la fois le rôle est le plus essentiel et l'action la plus soutenue, c'est la vésicale.

Mais quels qu'en soient le mécanisme et les agents, cette contraction de la vessie peut-elle se vérifier ? peut-elle se mesurer ? Plusieurs circonstances de mon observation personnelle m'en ont démontré l'existence ainsi que la puissance et marqué même le degré de cette puissance :

1° Du troisième au quatrième mois, à partir du jour de l'opération, j'avais déjà recouvré la faculté de retenir mon urine; mais le méat hypogastrique étant encore assez large, j'urinais par cette voie, à volonté, sans avoir besoin du cathétérisme. Eh bien, à cette période, je voyais l'urine sortir *par un jet en arcade*. Et cette projection en arcade se maintenait avec la même force, alors que je restais assis, la paroi abdominale étant par conséquent relâchée ; alors même que je m'appliquais à ne pas contracter cette paroi.

2° Depuis que, maintenant, j'use du cathétérisme, un mouvement naturel, la sonde une fois introduite, me porte à en abaisser le pavillon, afin que l'urine tombe dans le vase. De sorte que l'on pourrait croire que l'urine s'écoule par le seul effet des lois de la pesanteur. Mais elle sort de même, avec la même force, lorsque, au lieu d'abaisser le pavillon, je l'élève, quoique, dans cette situation, l'urine pour sortir ait besoin de contrevenir à ces mêmes lois.

3° Veut-on maintenant la mesure du pouvoir de cette force expulsive dévolue à la contractilité vésicale ? Le 9 juin 1892, étant resté trois heures et demie sans uriner, partant sous le coup d'un assez pressant besoin, j'introduis ma sonde d'argent à mandrin boutonné. Je fais observer que, avec ce mécanisme, pour que l'urine

sorte, il faut, après avoir fait pénétrer la sonde, en retirer le mandrin. C'est ce que j'allais faire lorsque j'aperçois, sur ma table, un livre. Craignant qu'il ne soit éclaboussé, machinalement je lâche le mandrin et étends la main pour écarter le livre. Mais à cet instant un bruit me frappa : c'est le mandrin qui, n'étant plus tenu, avait été chassé par l'urine et était allé tomber à terre, à 60 centimètres de distance. — Certes, entièrement préoccupé à ce moment du soin de déplacer le livre, je ne pouvais songer à contracter mes parois abdominales. La forte propulsion de ce corps métallique, du poids de 4 grammes, ne peut donc être attribuée qu'à la contraction de la vessie.

De cette longue démonstration, quelle est la conclusion à tirer, le bénéfice à attendre ? Rien moins que la constitution rationnelle d'une technique spéciale, d'un art bien précieux pour le cystostomisé : l'art de vider sa vessie complètement, sans s'exposer à l'irriter par le contact de sa paroi avec la sonde qui sert soit à évacuer, soit à laver.

Un préjugé règne, en effet, à cet égard : préjugé dont moi-même d'abord j'éprouvai, dans la personne de ma vessie, la fâcheuse influence.

Par ce motif plausible, mais spécieux, qu'il s'agit d'un réservoir plein, dont l'ouverture est située en haut, on se figure qu'il ne sera complètement évacué que :

En faisant pénétrer l'instrument évacuateur jusqu'au fond du réservoir;

Ou bien en aspirant le liquide par cet instrument.

Je proscris absolument ce second procédé qui, avec quelque ménagement qu'on le mette en œuvre, expose à ce que la paroi vésicale attirée par l'acte aspirateur vienne frapper contre le bec de la sonde? Qu'on en croie celui qui a ressenti la torture due à cette manœuvre. M. Poncet nous avait cependant mis en garde contre ces dangereuses inconséquences en écrivant : « La vessie du cystostomisé doit être considérée comme un *noli me tangere*. »

Eh bien ! voici justement que, donnant à la pensée du maître son complément logique et pratique, je viens enseigner d'après mon expérience le moyen de la vider *sans y toucher*.) Ainsi :

La sonde étant huilée, je l'introduis aussi vite que possible jusqu'à trois centimètres environ (je rappelle que mon urèthre artificiel en a près de cinq).

Arrivé là, je procède avec plus de lenteur; et dès que je vois l'urine couler, non pas goutte à goutte, ni en bavant, mais par un jet bien formé, continu, net et vif, je m'arrête, je fixe l'instrument entre deux doigts au degré de profondeur qu'il avait atteint au moment où le jet a commencé.

Mais bientôt le jet faiblit. Attention ! Il y a alors quelque chose à éviter et quelque chose à faire. (Et justement le préjugé conseillerait de faire ce qu'il faut éviter, et réciproquement.) Ainsi :

Bon à éviter : de pousser la sonde. — *Bon à faire* : de la retirer au contraire, et la retirer assez promptement pour que la vessie, en finissant de se contracter, ne vienne pas se heurter contre son bec.

« Mais, se dit le malade, pourquoi donc ne pas chercher à *obtenir les dernières gouttes*, en poussant un peu la sonde?» Vous le voulez, mon ami ? Eh bien ! donnez-vous satisfaction. Poussez, enfoncez l'instrument à deux, trois ou quatre centimètres de plus; et vous obtiendrez, — ce que plus d'une fois j'obtins moi-même au début : une vive et persistante douleur résultant du choc ainsi exercé sur la vessie; mais *pas une goutte d'urine de plus*.

Voulez-vous mieux encore? une initiation plus efficace ? Voulez-vous le moyen d'éviter non seulement tout choc, mais toute rencontre de la surface vésicale et de la sonde? C'est un secret que je réserve aux dilettanti de ce cathétérisme, parce qu'eux seuls, comprenant les délicates nuances que son exécution comporte, sauront le mettre convenablement en pratique. Pour retirer la sonde, n'attendez pas que le jet d'urine *ait cessé*. Un moment avant, c'est-à-dire au moment où il *va cesser*, si vous vous observez attentivement, vous percevrez dans la région vésicale une sensation distincte, quoique faible, de *resserrement*. J'appelle cette sensation *prémonitoire*. Obéissez effectivement à l'avertissement, et dès lors, retirez la sonde.

Mais, que vous la retiriez tôt ou tard, dès que le jet d'urine faiblit ou dès qu'il a cessé, ayez soin de donner à la partie de la sonde qui est restée dehors une courbure à convexité regardant en bas : ceci, afin d'éviter pendant que vous la retirez l'introduction de l'air dans la vessie; accident sans sérieuse importance, mais engendrant des gargouillements prolongés assez incommodes.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Polynévrite alcoolique (Beitrag zur Kenntniss der multiplen Alcoolneuritis), par Reunert (*Deuts. Arch. für klin. Med.*, Bd L, 1892, p. 213). — Travail d'ensemble sur la névrite alcoolique portant sur 25 cas, recueillis sur 755 alcooliques, dont 5 avec autopsie. Les sujets sont répartis en quatre groupes : névrites typiques (13 cas), paralysies et atrophies localisées (4 cas), formes légères sans paralysies nettes, avec troubles de la sensibilité et des réflexes (6 cas), troubles oculaires (2 cas). Après avoir exposé le résumé de toutes les observations, l'auteur étudie les symptômes en particulier : mode de début, délire, troubles mentaux, complications tuberculeuses, ataxie des mouvements, paralysies et atrophies, troubles des réactions électriques et de la sensibilité, état des réflexes, lésions des nerfs cérébraux, des vasomoteurs, troubles des réservoirs. Quant aux altérations anatomiques, on est d'accord aujourd'hui pour les trouver dans les névrites périphériques, bien que dans quelques cas il existe des lésions de la moelle.

Deux cas de syringomyélie (Zwei Fælle von Syringomyelie), par Mann (*Deuts. Arch. für klin. Med.*, Bd L, 1892, p. 112). — L'un des cas est celui d'une femme âgée de 57 ans, dont l'affection a débuté cinq ans avant par des douleurs (brûlures) dans les membres supérieurs, bientôt accompagnées d'atrophie musculaire, puis de faiblesse des membres inférieurs. A l'examen, légère parésie faciale droite inférieure, inégalité pupillaire sans trouble des réactions. Pas de rétrécissement du champ visuel. Atrophie musculaire des membres supérieurs, sans secousses fibrillaires, avec altérations des réactions électriques. Hyperhidrose, panaris, furoncles. Symptômes tabétiques — signe de Westphal, de Romberg, ataxie — aux membres inférieurs. Plaques d'analgésie et de thermo-anesthésie. Convulsions spontanées des membres inférieurs. Dans le second cas, les signes principaux sont les suivants : atrophie dégénérative des petits muscles de la main gauche avec conservation du toucher et du sens musculaire, troubles trophiques, inégalité pupillaire, parésie faciale droite. L'auteur discute le diagnostic différentiel de ces cas, qu'il rapproche de ceux qui ont été déjà publiés.

Tétanie des enfants et spasme de la glotte (Die Tetanie der Kinder und ihre Beziehungen zum Laryngospasmus), par J. Loos (*Deuts. Arch. für klin. Med.*, Bd L, 1892, p. 169). — Le spasme laryngé est le signe diagnostique le plus important de la tétanie de l'enfance : tel est le résultat principal de l'étude de l'auteur basée sur 24 observations personnelles, dont 15 garçons et 9 filles. Onze de ces enfants n'avaient pas dépassé un an, le plus jeune avait quatre mois, l'aîné cinq ans. Les décès, au nombre de cinq, ont été reconnus dus à des affections pulmonaires aiguës intercurrentes. Les conclusions de cet important mémoire sont que : la tétanie

est une maladie particulière à l'enfance ; elle se caractérise par des contractures spontanées des extrémités supérieures et inférieures ; elle traduit parfois sa présence par un autre signe, le spasme de la glotte, le fait est prouvé même pour les cas où ce spasme existe sans les autres signes de la tétanie ; le signe le plus clair de la malade est l'hyperexcitabilité des nerfs et des muscles ; les causes de cette hyperexcitabilité aussi bien que celles de la maladie elle-même nous sont inconnues ; la tétanie règne avec une prédilection marquée dans certains mois de l'année, elle n'affecte aucun rapport causal avec le rachitisme.

Atrophie musculaire aiguë régressive (Atrophia musculorum acuta regressiva), par Adamkiewicz (*Prager med. Woch.*, 11 janvier 1893, n° 2, p. 11). — Les muscles sont susceptibles de s'atrophier selon deux modes : l'atrophie atypique et systématique. Dans le premier cas, l'atrophie est la conséquence de l'abolition des fonctions des nerfs. Dans le second cas, on distingue l'atrophie musculaire progressive myélopathique et myopathique. Bien que distinctes, ces deux formes ont un caractère commun, à savoir leur constante terminaison fatale au bout d'un temps plus ou moins long. Aussi est-il d'un grand intérêt de savoir qu'une fois au moins, l'atrophie myopathique s'est terminée par guérison. C'est un cas de ce genre que rapporte l'auteur ; il concerne une femme de 28 ans, qui fut prise au troisième mois de sa quatrième grossesse, et, vers le huitième mois, époque à laquelle elle fut examinée, présentait le tableau classique d'une atrophie musculaire myopathique parvenu à son degré le plus extrême de développement. La réaction électrique était partout diminuée, mais seul le long extenseur commun des doigts du côté gauche offrait la réaction de dégénérescence. Il existait, de plus, des contractures en flexion et des douleurs à la pression des membres inférieurs. Lors de ses grossesses précédentes, il avait existé des vomissements, mais cette fois ils furent incoercibles. L'auteur discute, au point de vue du diagnostic, si l'atrophie était due à l'inanition, et en se basant sur les caractères des muscles et sur la disposition de l'atrophie, montre que celle-ci est bien myopathique. A peine l'accouchement était-il terminé que les contractures disparurent, l'amélioration survint ensuite si rapidement que le 8e jour la malade put se tenir sur ses jambes. Trois mois après, la guérison était presque complète. L'auteur attribue l'atrophie à une action réflexe partie de l'utérus gravide, et conclut de ce fait que les troubles de la nutrition et les influences nerveuses sont susceptibles de provoquer des atrophies musculaires ; on devra donc les rechercher à l'avenir.

MÉDECINE

Note sur un cas de gangrène de la main consécutive à l'influenza (*Revue méd. de la Franche-Comté*, septembre 1892, p. 155). — Un homme de 34 ans, vigoureux, sans tare antérieure, quelques jours après une attaque d'influenza, est pris de faiblesse, d'engourdissement, puis de douleurs très vives dans la main droite. On crut à du rhumatisme ; mais la main tuméfiée devint bientôt livide et froide. La gangrène s'accusa de plus en plus : les doigts et la main en partie furent éliminés. A quelques jours de là le pied droit fut pris de même, et le malade succomba. Les observations de ce genre ne sont pas absolument rares, mais, la plupart du temps, il s'agit d'individus âgés dont les artères ne sont pas indemnes selon toute vraisemblance.

Des voies d'élimination du plomb chez les ouvriers cérusiers atteints d'intoxication saturnine aiguë, par Lavrand (*Journal des Sc. méd. de Lille*, 18 novembre 1892, p. 507). — D'après l'opinion généralement reçue, le plomb, quelle que soit la voie d'absorption, serait transporté par les globules du sang dans tous les tissus ; puis il s'éliminerait très lentement par la bile et par les urines. En ce qui concerne les urines, l'analyse faite chez les ouvriers cérusiers sous le coup de l'intoxication montre qu'il n'y a trace de plomb à aucun moment. Celui-ci n'apparaît pas davantage quand on administre les iodures alcalins, en dépit de la propriété qui leur est reconnue d'activer l'élimination.

Péricardite tuberculeuse (Tuberculous pericarditis), par Osler (*The American Journal*, janvier 1893, p. 20). — Dans l'étiologie de la péricardite, la tuberculose vient après le rhumatisme. La tuberculose du péricarde atteint tous les âges ; elle paraît plus fréquente chez l'homme. Dans la majorité des cas, l'infection bacillaire se fait par propagation des ganglions du médiastin à la séreuse. D'autres fois, c'est secondairement à la tuberculose de la plèvre ou du poumon que le péricarde est atteint. Ou bien il est touché au même titre que les autres séreuses dans une tuberculose généralisée. Anatomiquement on doit distinguer une forme chronique adhésive, et une forme exsudative à marche plus aiguë, dans laquelle il peut y avoir épanchement de sang, de pus, dans la cavité péricardique. Dans cette dernière on peut constater la présence des granulations tuberculeuses à la surface de la séreuse. Cliniquement quatre cas peuvent se présenter : 1° la péricardite est latente ; 2° elle se manifeste par des symptômes d'insuffisance cardiaque (dans la forme chronique) ; 3° on a sous les yeux le tableau de la tuberculose aiguë généralisée ; 4° enfin les symptômes d'une péricardite aiguë primitive dominent la scène.

Bradycardie, par Sendler (*Centralb. für klin. Med.*, 1892, n° 31, p. 642). — Femme de 35 ans, souffrant d'une affection cardiaque depuis quelques années, admise à l'hôpital avec un pouls ralenti oscillant entre 40 et 22 sous forme de périodes qui se succèdent au milieu de troubles graves, défaillances, etc. La malade meurt subitement au milieu d'un état lipothymique plus prolongé. A l'autopsie on trouve un rétrécissement prononcé de l'artère pulmonaire et de l'œdème cérébral. Il est vraisemblable que la lésion de l'orifice pulmonaire troublant l'irrigation du poumon a pu amener une anémie relative de l'appareil à sang rouge et des coronaires : d'où le trouble de la systole cardiaque et la bradycardie.

Œdème para-pneumonique (Lungenœdem bei Kroupœser Pneumonie), par Kornfeld (*Centralb. für klin. Med.*, 1892, n° 37, p. 777). — Chez un homme de 37 ans, vigoureux et très alcoolique, on voit se développer au cours d'une pneumonie migratrice des phénomènes d'œdème pulmonaire étendu accompagnés d'une recrudescence des symptômes généraux, fièvre, dyspnée, délire. Cependant, le cœur reste calme, et la tension artérielle satisfaisante. En quelques heures, il se produit une grande accalmie, le malade expectore abondamment et tout rentre dans l'ordre. Il est à penser que cet œdème n'a rien à faire avec un affaiblissement du cœur et qu'il s'agit d'une simple perturbation angio-neurotique analogue à celle qu'a observée Müller.

CHIRURGIE

Résection de la troisième branche du trijumeau d'après le procédé de Mikulicz (Die Resection des dritten Trigeminusastes nach Mikulicz), par Drobnik (*Arch. f. kl. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 343). — Le procédé de Mikulicz tel que le rapporte Drobnik consiste en ceci :

L'incision de la peau, qui commence à la hauteur du lobule de l'oreille, suit le sterno-mastoïdien jusqu'à la grande corne de l'os hyoïde et s'infléchit ensuite en avant pour contourner l'angle du maxillaire, rencontrer le corps de l'os au niveau du bord antérieur du masséter et se continuer ensuite sur une étendue de 1 cm. à 1 cm. 1/2. On met à nu le maxillaire et la partie cervicale de la parotide, on sectionne le ligament qui va de l'angle du maxillaire à l'aponévrose et on scie le maxillaire en zigzag (deux traits verticaux séparés par un horizontal).

On décolle ensuite le périoste des faces antérieure et postérieure de l'os jusque derrière la dernière molaire et avec une scie à chaîne introduite entre la dernière molaire et la branche ascendante, on scie verticalement la branche horizontale à moitié ; une section analogue est faite de bas en haut, à 1 cm. en avant, avec une scie ordinaire, et le pont intermédiaire coupé avec le ciseau (section en zigzag qui empêche le déplacement ultérieur des fragments).

Le fragment intermédiaire est alors attiré au dehors, le muscle ptérygoïdien interne décollé de la face interne du maxillaire et le nerf maxillaire inférieur attiré derrière l'épine osseuse. Ce nerf et le nerf lingual, qui se trouve au-dessous de la muqueuse buccale, conduisent vers le trou ovale. Avant, on rencontre la corde du tympan au niveau de la fusion de ces deux nerfs, et le nerf auriculo-temporal venant

de la troisième branche du trijumeau. Si dans ces manipulations on est par trop gêné par le ptérygoïdien externe, on peut l'attirer à l'aide d'un crochet mousse.

Les avantages de ce procédé que Mikulicz employa avec succès dans deux cas rapportés par Drobnik en détail, sont : 1° une cicatrice peu visible; 2° l'absence de troubles fonctionnels du côté de l'appareil masticateur; 3° l'intégrité du facial.

Suc thyroïdien dans le myxœdème (Un cas de myxœdème amélioré par les injections de suc thyroïdien), par Wiehmann (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 2, p. 26). — L'auteur publie un cas de myxœdème datant de trois ans chez une femme de 37 ans, considérablement amélioré par les injections sous-cutanées de suc thyroïdien. Le changement fut si rapide, qu'après la cinquième injection, la malade n'avait plus l'aspect ni l'état psychique d'une myxœdémateuse.

Le Wladimirow-Mikulicz comme opération orthopédique (Ueber die Bedeutung des osteoplastischen Resektion des Fusses nach Wladimirow-Mikulicz als orthopædischer Operation), par Samter (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 334). — L'auteur rapporte deux cas de Wladimirow-Mikulicz légèrement modifiés, faits à la clinique de Mikulicz pour un pied varus paralytique et un pied calcaneus.

La modification consistait en ce que la résection fut aussi économique que possible. L'opération se composa, en somme, des cinq temps suivants : 1° incision circulaire postérieure de la pointe d'une malléole à celle de l'autre et deux incisions parties des extrémités de l'incision et descendant verticalement à la plante du pied; 2° section (avec la scie) du calcanéum dans la direction des incisions verticales; 3° section des ligaments latéraux et luxation de la tête de l'astragale; 4° section de l'astragale dans la direction de la surface de section du calcanéum; 5° section de toute la tête de l'astragale, suture osseuse, etc.

Succès thérapeutique.

Ostéoplastie (Ueber Osteoplastik in klinischer und experimentaler Beziehung), par Schmitt (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 401). — Les conclusions de ce travail, basé sur un grand nombre d'expériences, sont les suivantes :

Dans les conditions favorables, les corps étrangers de nature et de dimensions variables peuvent être incorporés par l'organisme.

S'il s'agit d'*hétéroplastie*, cette incorporation a lieu quand le corps étranger ne doit pas participer aux fonctions de l'organe; dans le cas contraire, il survient, si le corps étranger n'est pas résorbé, une nécrose de l'os au niveau de l'implantation du corps étranger et une élimination de celui-ci.

L'*homoplastie*, c'est-à-dire le transport de tissu osseux de la même espèce animale, est très limitée dans ses applications à cause des difficultés pour trouver des matériaux appropriés, et très problématique au point de vue des résultats. Quelquefois il se fait une réunion osseuse, mais dans la majorité des cas il se fait soit une réunion fibreuse, soit la résorption du lambeau.

Seule l'*autoplastie*, c'est-à-dire l'obstruction d'une perte de substance osseuse par du tissu osseux pris sur le même animal, assure une réunion et une cicatrisation osseuse parfaite.

Résection partielle de l'ovaire (Zur Kasuistik der erkrankten Ovarium), par Sippel (*Centralb. f. Gynækol.*, 1893, n° 3, p. 43). — Dans un cas de tumeurs (?) des deux ovaires chez une femme de 30 ans, l'auteur après laparotomie enleva l'ovaire droit qui formait une masse des dimensions d'une tête d'enfant. Du côté gauche la tumeur était grosse comme un œuf de dinde et présentait, du côté de la trompe, une bande de tissu ovarique sain, épaisse de 3 et 4 millim. et longue de 4 centim. On réséqua alors tout ce qui était malade, en conservant précieusement le tissu sain. Guérison sans complications; les règles revinrent normalement et six mois après l'opérée devenait enceinte et accouchait d'un enfant vivant.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur le sang et la lymphe (Studien zur Physiologie und Pathologie des Blutes und der Lymphe), par Lœwit. (Iéna, Verlag von G. Fischer, 1892).

L'étude expérimentale très complète que vient de faire paraître le prof. Lœwit, ne peut manquer d'intéresser vivement non seulement les hématologistes, mais tous les médecins qui ne restent pas étrangers aux questions de pathologie générale. Les recherches actuelles sur l'immunité, la phagocytose donnent un nouvel intérêt à tout ce qui concerne l'évolution des globules blancs dans l'organisme, et c'est tout particulièrement sur les leucocytes qu'ont porté les recherches de l'auteur, soit dans le sang, soit dans la lymphe.

Après quelques indications relatives au mode d'extraction de la lymphe chez les lapins, sont exposées les conditions physiques qui font varier la proportion des globules blancs dans le sang. Le refroidissement, les chocs sur la nuque, le simple fait d'attacher l'animal réalisent une *leucopénie* par insuffisance des organes hématopoïétiques. Dans d'autres cas, il y a *leucolyse*, c'est-à-dire destruction des éléments. Un grand nombre de substances injectées dans le sang produisent la leucolyse chez le lapin, substances albuminoïdes, toxines bactériennes, curare, etc. La destruction est très rapide; et la diminution de nombre porte surtout sur les leucocytes polynucléés; les organes hématopoïétiques fonctionnent activement en vue de la réparation, et les éléments jeunes se montrent en plus forte proportion dans la lymphe. D'une façon constante la réparation dépasse le but, et 24 heures après l'injection de substance leucolytique, on trouve une augmentation énorme du nombre des globules blancs (leucocytose). Dans la pensée de l'auteur, leucolyse et leucocytose sont dans la relation de cause à effet, c'est-à-dire que la leucocytose est la conséquence forcée de la destruction des leucocytes en grande quantité.

De cette leucocytose expérimentale l'auteur rapproche : la leucocytose post-hémorrhagique, cachectique, celle de la grossesse, de la digestion, enfin la leucocytose inflammatoire. Sans doute, dans cette dernière, il y a d'abord émigration des leucocytes, diapédèse; mais l'auteur pense qu'il y a également leucolyse sous l'influence des poisons bactériens; et rejetant la théorie de l'action chimio-toxique de ceux-ci, il incline à croire que la leucocytose observée se produit, comme dans l'expérience, en conséquence de la leucolyse.

Ce chapitre constitue la partie la plus personnelle et la plus originale du mémoire, qui se termine par d'intéressantes considérations sur la part de la leucolyse dans la coagulation, et sur le mode de régénération de la lymphe dans l'organisme.

Lamy.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Du traitement des formes graves de la colique hépatique par les grands bains froids, par Mollière (Extrait du *Lyon médical*, 1892).

Dans deux cas de colique hépatique compliqués de phénomènes ataxo-adynamiques, de fièvre, la méthode des grands bains froids telle qu'on l'applique aux typhiques a donné un résultat des plus encourageants. Le froid agit sur les accidents nerveux d'une part, et d'autre part amène la décongestion du foie, fait cesser le spasme du cholédoque.

Traité des rétrécissements de l'urèthre, par le Dr P. Hamonic, ancien interne des hôpitaux de Paris. Précédé d'une préface de M. le prof. Tillaux, avec 107 figures dans le texte. Paris, O. Doin, 1893.

Après une préface, fort intéressante, où M. le professeur Tillaux résume en quelques pages le traitement des rétrécissements de l'urèthre tel qu'il le comprend pour sa pratique personnelle, nous entrons dans le volume gros et compact qu'a écrit M. Hamonic. Ce volume est divisé en trois parties : causes et symptômes; complications; traitement. L'auteur déclare qu'il n'a pas voulu faire œuvre

élémentaire, et il faut l'en féliciter. Peut-être les matériaux, fort abondants, auraient-ils gagné à être par moments un peu mieux ordonnés.

Les maladies de la première enfance, par Jacquemet. Paris, J.-B Baillière. 1 vol. in-12 de 175 pages.

Ce n'est pas un traité scientifique que l'auteur s'est proposé d'écrire, mais un guide pratique, un véritable manuel de garde-malades précieux à consulter pour toutes les personnes qui sont appelées à soigner des enfants du premier âge.

Thèses de Paris.

De la cystocèle inguinale rencontrée au cours de la kélotomie, par Bourbon. Thèse doctorat, Paris.

Dans toute opération de cure radicale, surtout s'il s'agit d'une hernie très douloureuse et relativement petite, il faut être prévenu de l'existence possible de la vessie dans le canal inguinal, même s'il n'y a pas eu de troubles de la miction.

La cystocèle inguinale est, ou bien primitive et le plus souvent congénitale, ou bien acquise et dans ce cas la vessie est ordinairement entraînée par l'intestin.

Le point capital du diagnostic n'est pas d'affirmer la cystocèle inguinale avant l'opération, c'est de *reconnaître la vessie au cours d'une opération de cure radicale*; les deux signes principaux sont : la présence d'une masse graisseuse qui enveloppe la vessie, et l'épaississement notable du sac avec aspect rosé.

La cystocèle inguinale résultant le plus souvent d'un vice de développement, sinon d'adhérences péritonéales, il est difficile de ne pas léser la vessie; il vaut alors mieux faire antiseptiquement, et de parti pris, l'ouverture de la vessie qu'on fermera ensuite par trois plans suivant la méthode de M. Lucas-Championnière.

VARIÉTÉS

Souscription au monument Villemin. — Depuis la publication de la dernière liste, nous avons reçu les sommes suivantes :

MM. le pharmacien inspecteur Marty	50 frs.
le professeur L. Le Fort	25 »
le professeur I. Straus	20 »
le Dr Joffroy, professeur agrégé de la Faculté	20 »
le Dr Burlureaux, professeur agrégé du Val-de-Grâce	20 »
le Dr Armaingaud (de Bordeaux)	20 »
le médecin principal Servier	10 »
le Dr Michel (de La Bourboule)	10 »
le Dr Leuget (de Vichy)	5 »
le Dr Ribes (de Pau)	3 »

D'autre part, nous avons reçu plusieurs lettres nous demandant s'il était définitivement convenu qu'un monument serait élevé à Villemin au Val-de-Grâce, et plusieurs souscriptions ayant un caractère conditionnel, c'est-à-dire devant être remboursées si le comité Vosgien demeurait seul chargé d'honorer, sur l'une des places de la ville de Bruyères, la mémoire de notre regretté maître.

Nous ne pourrions répondre à ces correspondants qu'en reproduisant l'article que nous avons publié le 24 décembre dernier (*Gaz. hebd.*, 1892, p. 624), et dans lequel nous disions que « quelles que soient la forme et les dimensions du monument élevé à Bruyères, une somme suffisante serait prélevée sur les fonds souscrits pour pouvoir réaliser au Val-de-Grâce le vœu que nous avons exprimé ». Nous n'avons rien à retirer de ce que, d'accord avec M. le Dr Fournier, nous avons promis à cet égard. Malheureusement il ne peut nous être permis non plus de contester la pénible impression qu'a produite l'abstention de l'immense majorité des médecins de l'armée. En nous envoyant la liste de ceux qui lui ont adressé leur offrande, en nous rappelant toutes les démarches qu'il a faites pour solliciter leur concours, M. le Dr Fournier ne nous dissimule point la déception qu'il a éprouvée. 62 médecins militaires sur plus de 1,200 se sont souvenus que Villemin avait été l'une des gloires du corps de santé de l'armée, et quelques-uns d'entre eux en envoyant 1 fr. ou 1 fr. 10 centimes au Comité chargé de centraliser les souscriptions ont paru considérer l'initiative qu'il avait prise comme peu digne de leur respect. Nous persistons cependant à espérer que l'exemple donné par M. le médecin inspecteur général Colin sera suivi par un plus grand nombre de ses collègues et c'est pourquoi nous hésitons encore à déclarer close la souscription à laquelle les amis de la *Gazette* ont pris une si grande part.

Association générale des médecins de France. — La séance annuelle de la *Société centrale* aura lieu le dimanche 5 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Ordre du jour : Allocution du Président; rapport du Secrétaire; compte rendu du Trésorier; ratification des admissions faites dans l'année; rapport de M. le docteur Philbert sur les vœux des Sociétés locales; votation sur la Caisse Indemnité-maladie; élection d'un vice-président et de neuf membres de la Commission administrative, en remplacement des membres sortants.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Externat.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite :

1. Cunéo, Ombredaine, Herbet, Bickert, Pédeprade, Chabry, Seringe, Gandy, Brin, Irimescu.

11. Pauly, Bernard (Léon), Mousseaux, Sauvage (Camille), Tournemelle, Bardury, Tisso (André), Cestan, Nobécourt, Rosal.

21. Deguy, Claisse, Cerf, Ferrand (Jean), Fournier (Edmond), Guéry, Riuréan, Bramel de Clépule, Imbert, Péronnet.

31. Guilbaud, Lardennois, Audiau, Blandain, Frivet, Zamfiresco, Bellin, Chevrey, Clerc (Antonin), Colin (Gabriel).

41. Lacambre, Lambard, Mesnil, Nauu, Barusby, Boumy, Bureau, Cannet, Cavalié, Comar.

51. Mme Eliacheff, Guibert-Lassalles, Leven, Rist, Vaquer-Bestard, Veillard, Wesberge, Liégeard, Lefèvre (Gaston), Thoyer.

61. Duclos, Le Fur, Weil (Emile), Mlle Bouet, Debienne, Dupuy (Emile), Jaulin, Lorrain, Raoux, Renault.

71. Babon, Eleutérescu, Leroy des Barres, Mlle Podobedoff, Pouquet, Robillard, Tallandier, Proust, Bouvard, Galca.

81. Bonnus, Bossan, Delestre, Giusez, Lecoq, Pératé, Thoizon, Walbaum, Wéber, Aldhuy.

91. Brosset, Cadol, Mlle Kédroff, Théohari, Tissier (Henri), Vignandon, Esca (Jean), Hauser (Achille), Minet, Kiffé.

101. Brinon, Grognot, Guillot (Hippolyte), Masbrenier, Petit, Pompéani, Andréau, Escat (Etienne), Jacomet, Mendelson.

111. Sauvage (Raymond), Soulier, Turot, Couvreur (Emile), de Font-Réaulx, Descazals, Duviard, Guillarmain, Keim, Monod.

121. Siron, Lanoix, Puech-Legoyt, Thiénot, Tronchaud, Bossu, Ménier, Choppin, Cohan, d'Herbicourt.

131. Herrenschmidt, Kuborn, Levillain (Henry), Corby, Guilmard (Alfred), Jalaguier, Lafont, Pasquier, Thirard, Trujillo.

141. Unganer, Bacaloglu, Marçais, Morély, Zeimet, Chaillous, Debray, Kourilsky, Fournié (Jacques), Chéron.

151. D'Arbois de Jubainville, Mlle Marein, Mlle Schultz, Chevallier, Lenglet, Coursier, Schweisguth, Veuillot, Mlle Corodianu, Fancy.

161. Malartic, Marotte, Montalescot, Ovize, Wahl, Bécart, Choyan, Couillaud, Ducamp d'Orzas, Lucas.

171. Grosjean, Peaudecerf, Nicaise, Mlle Chrzanowska, Arnal, Brun, Canu, Guilleminot, Martinet, Neveu.

181. Ancelet, Emmerich, Ganault, Guessarian, Hauviller, Jay, Rochebois, Roglet, Chauveau, Boyon.

191. Janot, Pierrot, Schachmann, Tissier (Paul), Fernique, Leroy (Paul), Milian, Berthelin, Lacroix (Pierre), Nicoloff.

201. Garoflid, Rousseau, Bernard (Arthur), Grisel, Le Lionnais, Nollet, Ségall, Bertherand (Lucien), Bourg, Caracotchian.

211. Ecart, Julien (Camille), Mulon, Picard (Henri), Bluysen, Boutin, Dauriac, Joguet, Bochon, Juillot (Maurice).

221. Marcille, Métivier, Richelot, Lejonne, Pasquet (Victor), Chalochet, Hallet, Baranger, Bürmann, Cros.

231. Forestier, Baudrand, Bertrand (Gabriel), Bluzat, Lanos, Marcotte, Cels, Guillemot (Albert), Herscher, Bouquet.

241. Ehrmann, Clément, Bellot, Arago, Faure, Langlois, Mlle Myzynska, Patricopoulos, Abdullahian, Desbordes.

251. Garin, Laroche, Dardonnat, Bron, Cahuzac, Labbé, Legay, Mercier, Mlle Broïdo, Siems.

261. Soukernik, Sibut, Rousseau (Paul), Villeneuve, Boricaud, Brusset, Delmond-Bibet, Retournard, Grenet, Minelle.

271. Planchon, Dally, Le Maguet, Cauchemez, Plésoïanu, Cochemé (H.), Got, Spindler (H.), Glindziez, Mlle Lapre.

281. Bourdier, Farabeuf, Marchais, Chéloldaeff, Elias, Hernette (Louis), Quentin, Archambault, Bruchon, Devié.

291. Dulac, Grasset, Kottenberg, Boulle (Félix), Dézon, Lévy (Armand), Vlantassopoulo, Dupouy (Marcel), Bonté, Thielmans.

301. Roullier, Degrenne, Boyer, Rochory, Mlle Bromberg, Devoir, Dujon, Néret, Bernard (Armand), Fsorman.

311. Bucquet, Etable, Carcy, Loubel, Tsakiris, Viollet, Dézanneau, Fortunet, Guibé, Salvy.

321. Lefèvre (Charles), Magne (Joseph).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et Dubuisson
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 10 février 1893.

Blouses antiseptiques.

L'Assistance publique se meurt, l'Assistance publique est morte.... faute d'argent. Vite, aux économies! et nous avons reçu il y a quelques jours la circulaire suivante, que M. le Directeur de chaque hôpital a hiérarchiquement transmise à chaque chef de service :

Paris, le 24 janvier 1893.

Monsieur le Directeur,

Les demandes de blouses antiseptiques se sont considérablement multipliées dans les derniers mois de l'année 1892 et sont venues confirmer les craintes que j'avais antérieurement conçues au sujet d'un excès de dépenses pour cet objet, important sans doute, mais dont la nécessité n'est pas toujours suffisamment démontrée.

Je me suis donc vu dans l'obligation de ne répondre à ces demandes qu'à titre très exceptionnel.

Il importe aujourd'hui de réglementer nettement l'usage des blouses antiseptiques.

Je suis certain de me trouver d'accord avec MM. les chefs de service pour établir, comme rigoureux principe, que la blouse antiseptique doit être revêtue à l'entrée et quittée à la sortie des localités où son emploi est nécessaire. Or, je sais que trop souvent cette blouse est dans nos établissements d'un usage constant, ce qui revient à dire qu'elle y est plutôt nuisible qu'utile, ne constituant qu'un pardessus qui économise et garantit les vêtements usuels, et non une enveloppe pour la localisation des germes infectieux.

J'ai, en conséquence, pris les dispositions suivantes applicables à dater du premier février prochain :

1° Dans les services ordinaires de Médecine, de Chirurgie et d'Accouchement les blouses antiseptiques seront accordées au chef de service et à ses internes, y compris l'interne en pharmacie.

Les élèves externes, stagiaires et bénévoles, pour lesquels le Chef de service estimerait nécessaire l'emploi de la blouse, la recevront moyennant le dépôt, à la Caisse du Comptable, d'un nantissement de cinq francs.

Un usage analogue existe déjà pour les tabliers et les bouts de manche.

Vous aurez, dès maintenant, à examiner l'état de vos ressources en lingerie pour assurer l'échange et vous produirez, s'il y a lieu, un billet d'ordre motivé pour les compléter.

Les sous-employés et serviteurs devront se procurer la blouse à leurs frais. Elle pourra leur être fournie au prix de revient du Magasin Central.

2° Si vous avez un service d'isolement, vous me ferez des propositions spéciales suivant les exigences de ce service, dont vous me donnerez l'état très détaillé, en indiquant la qualité et les fonctions des personnes pour qui le port de la blouse sera jugé obligatoire. La dépense entière, dans ce cas, restera à la charge de l'Administration.

Il convient, en même temps, de prendre note que, dans vos prévisions, vous devrez, en dehors des besoins du personnel administratif, tenir compte de l'obligation imposée, dans certains de ces services, à toute personne étrangère, de revêtir, avant d'y pénétrer, la blouse antiseptique.

J'apprécierai les propositions que vous aurez à me faire dans le sens de ces indications.

J'appelle, Monsieur le Directeur, toute votre attention sur les prescriptions de cette circulaire et je compte que, soucieux des intérêts qui vous sont confiés, vous saurez, par votre surveillance personnelle, en assurer la stricte exécution.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur
de l'Administration Gle de l'Assistance publique,
E. PEYRON.

Et voilà trouvés quelques billets de mille pour alléger l'exercice de 1893!

Mais d'abord, me demanderez-vous, une blouse « antiseptique », *qu'es aco*? On se sert donc de blouses pour tuer des microbes, et au besoin pour protéger des plaies? Votre erreur, cher lecteur, est grande, et c'est tout simplement une blouse de toile propre — quelquefois on la fait aseptiser à l'étuve sèche, puis on la fait transporter, pour plus de sûreté, par un infirmier aux mains sales — que doit revêtir tout membre du personnel hospitalier soignant les malades. Quand on pénètre dans une salle de contagieux, on revêt à l'entrée une de ces blouses, que l'on quitte à la sortie, et c'est un moyen important pour ne pas transporter partout la contagion; en chirurgie, c'est un des éléments de la chirurgie antiseptique, pour remplacer l'horrible paletot plein d'ouate, de sang et de pus que, lors du début de mes études, mes maîtres et moi portions pendant plusieurs années consécutives. Donc « blouses antiseptiques » est une heureuse ellipse pour signifier « blouses permettant de faire de la médecine et la chirurgie antiseptiques», par imitation du vers fameux de Scribe et C. Delavigne dans les *Huguenots* :

Ses jours sont menacés! Ah! je dois l'y soustraire.

Et, comme je suis absolument certain que M. Peyron, pris par d'autres soucis, n'a pas le temps de rédiger les

circulaires qu'il signe, on ne peut que le féliciter de confier sa plume à un employé qui connaît et imite ses classiques.

Après ces quelques mots d'explications littéraires, entrons dans la partie scientifique du sujet. Qu'en diront mes collègues de médecine, je n'en sais rien; mais ce que je sais, c'est que mercredi dernier, à la réunion des chirurgiens des hôpitaux, les avis défavorables étaient unanimes. Tous nous pensons que « la blouse antiseptique doit être revêtue à l'entrée et quittée à la sortie des localités où son emploi est nécessaire »; formule heureuse au point de vue littéraire, malgré son apparence La Palicienne, car elle nous permet de déclarer que ces « localités » sont constituées par *toutes* nos salles; que la blouse *doit* être portee par *tout* le personnel pendant *toute* la durée des opérations, visite, pansement, consultation; qu'elle doit être *renouvelée* dès qu'elle porte une tache de pus et même de sang. Ce n'était pas la mode chez nos devanciers, je le sais, et nombreux étaient les chirurgiens qui ne redoutaient pas quelques macules sur leur tablier, voire sur le col de leur chemise, pour montrer aux population ébahies qu'il n'est pas besoin d'être garçon boucher pour n'avoir pas peur du sang. Mais aujourd'hui nous pensons tous que cette saleté est dangereuse, et que, même ne le fût-elle pas, il est inutile d'effaroucher nos malades par la vue du sang répandu.

Tous nous sommes donc d'accord pour défendre à quiconque de notre personnel de se montrer dans les salles ou dans les cours avec une blouse maculée — ce qui exige son changement plus d'une fois par jour pour l'opérateur et son aide immédiat; à peu près une fois par jour pour les autres membres du personnel.

A qui, maintenant, doit incomber la dépense occasionnée par ces blouses? Incontestablement, à l'administration, et c'est faire une mauvaise besogne que de chercher des économies en rognant sur les dépenses qui ont pour résultat de sauver des vies humaines. Car en chirurgie, de nos jours, le port d'un paletot malpropre est un véritable crime; car en médecine c'est un crime aussi que de ne pas prendre toutes les précautions possibles, même dispendieuses, pour éviter les contagions intérieures ou extérieures. Ces dépenses, en somme, ont trait à la protection de la santé publique et dès lors elles rentrent dans l'ordre des dépenses productives et je répéterai à l'administration : Si vous voulez équilibrer votre budget, arrangez-vous, ce qui est facile, pour que les amputés n'attendent pas pendant des semaines leur pilon, pour que vos constructions n'atteignent pas des prix extraordinaires, etc., mais laissez en paix les blouses « antiseptiques », et ne vous ingéniez pas à faire des économies de bouts de manches.

Que vous fassiez déposer 5 fr. à chaque externe et stagiaire, pour vous mettre à l'abri de certaines exportations peu scrupuleuses, c'est fort bien. Mais déclarer que tous les employés et serviteurs seront obligés de s'offrir des blouses sur leurs deniers devient quelque peu abusif. Comment! voilà des gens qui sont payés de 25 fr. à 50 fr. par mois, les infirmières de 2e classe touchant 25 fr. par mois, et vous voulez les forcer à acheter des blouses à 5 fr. l'une, prix minimum? Il leur en faudra au moins trois, et elles s'useront, car toutes les ménagères vous diront que la lessive fréquente use abominablement le linge. Pour ma part, je n'oserai jamais ordonner à une infirmière de changer de blouse et sous peu les marchands de nouveautés auront remplacé la couleur « isabelle » par la couleur plus moderne « blouse antiseptique. »

Les infirmières tout à fait rangées pourront, il est vrai, s'entretenir luxueusement de ce linge si chichement distribué, et l'an prochain, sans doute, une revue de fin d'année nous montrera une infirmière modèle, propre, élégante, bien blousée quoique vertueuse, qui chantera, sur l'air de la *Dame Blanche*, deux vers dédiés à l'auteur de la circulaire par un librettiste inexpérimenté :

Et l'on ne dira pas que je fais des folies!
Je me paye un sarrau sur mes économies!

Et le compère répondra probablement que

Le plus blousé des deux n'est pas celui qu'on pense.

A. Broca.

REVUE GÉNÉRALE

Des diabètes glycosuriques.

I

Le diabète sucré a été l'objet de nombreuses recherches dans ces dernières années. En clinique, les distinctions adoptées par M. Lancereaux (1) et son école tendent à se généraliser de plus en plus, si bien que le diabète apparaît aujourd'hui non comme une entité morbide, mais comme un syndrome lié à des états pathologiques différents. Sous l'impulsion de ces idées nouvelles, les expériences se sont multipliées et elles ont eu pour résultat, sinon d'élucider la pathogénie si obscure de cette affection, du moins d'apporter une confirmation éclatante aux données de la clinique. A la suite des mémorables travaux de Cl. Bernard sur le rôle du foie et du système nerveux méritent de prendre place dans cette question les recherches récentes sur le pancréas, que nous signalerons au cours de ce travail. Notre but n'est pas de faire l'histoire du diabète sucré, mais d'indiquer simplement comment la signification de ce syndrome est actuellement comprise par les cliniciens, et dans quelle mesure cette conception nouvelle du diabète peut être mise en parallèle avec les théories proposées et avec les expériences instituées pour en élucider le mécanisme. Suivant en cela l'enseignement clinique de M. Lancereaux, nous distinguerons trois sortes de diabètes glycosuriques : le *diabète constitutionnel*, le *diabète pancréatique* et le *diabète nerveux*.

II

Le *diabète constitutionnel* n'est, pour ainsi dire, qu'un des nombreux incidents de cet état diathésique désigné sous le nom d'arthritisme, d'herpétisme, dont la cause intime nous échappe, dont la réalité est démontrée par l'observation clinique et qui se caractérise, selon M. Bouchard, par un ralentissement dans les actes de nutrition. La gravelle, la goutte, les migraines, l'artério-sclérose figurent parmi les antécédents personnels ou héréditaires des malades. M. Lancereaux le désigne sous le nom de *diabète gras*, parce que son apparition est souvent précédée de l'obésité. Il se montre en moyenne de

(1) Lancereaux, *Bull. Acad. de Méd.* 1888, t. XIX, et *Leçons de clin. méd.*, 1889-90.

25 à 30 ans, mais d'une façon tellement insidieuse que c'est par hasard souvent qu'on découvre la présence du sucre dans l'urine. C'est seulement vers 35, 40 ans que le diabète se révèle par ses signes habituels, polydipsie, polyphagie, polyurie. Souvent la glycosurie est intermittente; elle est rarement excessive et ne dépasse guère 150 à 200 grammes de sucre par jour. L'albuminurie s'observe fréquemment en même temps, parfois elle alterne avec elle; elle peut être assez intense pour devenir une complication sérieuse. De tous les symptômes, la polyphagie est le plus *inconstant* et le plus *tardif*. L'évolution de ce diabète est lente et sa marche est sujette à des rémissions, soit spontanément, soit sous l'influence du régime. La durée peut être de 10, 20, 40 ans (Lancereaux). Parfois tous les symptômes s'aggravent subitement sous l'influence d'un excès de fatigue, d'un écart de régime, au point que l'on pourrait croire à un début subit si l'existence antérieure de la maladie avait passé inaperçue. Sous l'influence des mêmes causes, le coma diabétique peut apparaître. D'ailleurs, à la longue, le diabète peut s'aggraver; alors l'amaigrissement se montre, la polyphagie et les autres symptômes prennent une grande intensité, l'organisme subit des pertes considérables et le diabétique devient d'une susceptibilité extrême aux agents infectieux. L'anthrax, les suppurations, la pneumonie, la tuberculose sont d'une gravité excessive dans ces conditions, et ce sont ces complications qui hâtent le plus souvent la terminaison fatale. En résumé, cette variété de diabète peut rester latente pendant fort longtemps; elle a des allures relativement bénignes, elle est souvent compatible avec une vie plus ou moins active. Mais elle est susceptible de s'aggraver à un moment donné, et les symptômes prennent alors l'intensité qui les caractérise dans la forme suivante.

Le *diabète pancréatique* ou *diabète maigre* débute presque toujours d'une manière brusque, dramatique; il surprend l'individu en pleine santé, et les symptômes atteignent d'emblée une grande intensité. C'est une soif excessive, impérieuse, qui exige parfois 6, 8, 15 litres de liquide par jour. La polyphagie est, dans certains cas, véritablement effrayante; l'amaigrissement survient d'une façon très précoce et progresse rapidement. Les facultés morales et intellectuelles sont profondément atteintes. Les symptômes du diabète, d'abord diurnes, arrivent à être nocturnes et occasionnent l'insomnie. Les troubles digestifs ne tardent pas à apparaître; le ventre se ballonne et souvent la diarrhée se déclare; les selles sont poisseuses, analogues à du goudron, très fétides, rarement graisseuses. Les troubles trophiques ne sont pas rares : chute des cheveux, des dents, altération des ongles. A la période d'état, la glycosurie atteint des proportions qui ne se rencontrent dans aucune autre forme de diabète : on a noté 500, 1000 et 1400 grammes de sucre dans les 24 heures.

Par opposition à ce que l'on observe dans le diabète gras, la présence de l'albumine dans l'urine est ici tout à fait exceptionnelle. L'évolution du diabète maigre est fatale et progressive; jamais elle ne présente les rémissions que l'on observe dans la marche du diabète constitutionnel. Sa durée est de 3 à 4 ans au maximum. Dans les dernières périodes l'amaigrissement fait des progrès énormes; la mort arrive dans le marasme le plus profond, souvent au milieu du coma. Elle peut être hâtée par le fait d'une complication infectieuse : tuberculose pulmonaire à marche rapide, broncho-pneumonie, pleurésie purulente, etc.

Le diabète sucré d'origine *nerveuse*, par opposition aux deux variétés précédentes, n'a pas d'évolution clinique qui lui soit propre, ce qui se conçoit facilement si l'on envisage la grande variabilité de siège et de nature des lésions qui peuvent lui donner naissance. Une première forme bien connue aujourd'hui est celle qui succède à un *traumatisme crânien*. Leyden rapporte l'histoire d'un étudiant qui, à la suite d'un choc violent dans la région occipitale, non suivi de fracture, présenta pendant quatre ans un diabète typique avec polyurie de 4 à 10 litres par jour. Goolden, Lasègue, Fischer ont publié des faits analogues. Le diabète sucré a été signalé maintes fois à la suite de blessures graves du crâne et du cerveau. Dans une observation célèbre publiée par Larrey (1820), c'était un enfoncement de l'os frontal par un fleuret qui traversa les deux hémisphères et s'arrêta au voisinage du bulbe. Friedberg cite un cas de fracture de la fosse occipitale inférieure avec ramollissement du cervelet. On sait que Cl. Bernard avait réussi à produire la glycosurie en défonçant d'un coup de marteau l'occipital d'un chien. On a signalé au même point de vue l'influence des *traumatismes médullaires*, fractures vertébrales, commotions de la moelle (Schiff, Hermann).

Dans un autre ordre de faits, le diabète est sous la dépendance d'affections spontanées des centres nerveux. En première ligne, il convient de citer la *méningite chronique*, surtout lorsqu'elle envahit le bulbe (Leudet), les *tumeurs du cervelet*. La glycosurie a été signalée chez les *ataxiques*, et elle a paru dans certains cas en relation avec l'envahissement de la moelle allongée (Oppenheim). Enfin certaines lésions des *nerfs périphériques* ont pu être considérées à bon droit comme la cause du diabète. Témoin le cas remarquable de Henrot (de Reims), dans lequel on découvrit à l'autopsie une tumeur du pneumogastrique.

Dans cette variété de diabète sucré, les symptômes atteignent rarement une grande intensité. La glycosurie est rarement très abondante; on l'a vue atteindre cependant 100 gr. de sucre par jour (Lancereaux). Dans l'ensemble du tableau clinique, le diabète est ici relégué au second plan et ce sont le plus souvent les accidents nerveux qui attirent l'attention. La même remarque s'applique au pronostic et à l'évolution du diabète nerveux. Sa marche se règle sur celle de la lésion qui lui a donné naissance. Il peut cependant persister plus ou moins longtemps à la suite d'une cause tout à fait passagère, comme une commotion cérébrale : tel le fait de Leyden cité plus haut; ou bien, au contraire, il se montre d'une façon intermittente malgré la persistance de la lésion. Ceci peut avoir lieu dans les tumeurs cérébrales, par exemple.

II

Parmi les lésions multiples que l'on rencontre à l'autopsie des diabétiques, certaines peuvent être considérées à bon droit comme secondaires; soit qu'elles résultent de l'action nuisible exercée à la longue par la présence du sucre en excès sur les éléments de l'organisme, soit qu'elles reconnaissent pour cause certaines infections secondaires auxquelles le diabète semble prédisposer d'une manière toute spéciale. Dans le premier groupe se placent tout d'abord les altérations du foie et des reins. L'activité morbide du foie joue un rôle prépondérant dans la production exagérée du sucre : c'est là un fait généralement admis depuis les travaux de Cl. Bernard : mais on s'accorde non moins généralement à reconnaître que les lésions de cet organe ne sont point le facteur essentiel du diabète glycosurique. La congestion chronique, la dégénérescence graisseuse observées sont des lésions banales qui, dans une foule d'autres circonstances, n'ont pas le diabète pour conséquence. Différentes formes de cirrhose hépatique ont été signalées :

cirrhose portale, sus-hépatique ou bi-veineuse. Une des plus curieuses est la cirrhose hypertrophique pigmentaire, étudiée par MM. Hanot et Chauffard (1), Letulle (2), Brault et Galliard (3). La pigmentation peut n'être pas limitée au foie et s'accompagner de mélanodermie, au point de justifier la dénomination de *diabète bronzé* qui a été proposée. Bien que l'on ne puisse, en l'état actuel, donner la raison précise de cette déviation dans la fonction chromatogénique de la cellule hépatique, il semble qu'elle soit sous la dépendance de l'altération antérieure du sang, l'hyperglycémie.

Les reins ont présenté tantôt des modifications sans caractère spécial (congestion, lésions ordinaires du mal de Bright), tantôt des altérations particulières, propres au diabète, portant sur les cellules épithéliales : *nécrose de coagulation* (Ebstein, Straus), *infiltration glycogénique de l'épithélium* (Armanni, Ehrlich). Signalons encore les altérations du myocarde, les dégénérescences artérielles, stéatose, athérome, qui peuvent avoir pour conséquence des ramollissements dans les centres nerveux, des gangrènes des membres (Charcot, Lécorché). Parmi les lésions nerveuses, quelques-unes doivent être également considérées comme secondaires; telles les altérations observées par MM. Luys, Homolle, dans le bulbe des vieux diabétiques, les névrites périphériques signalées par Auché.

Non moins variées sont les lésions anatomiques qui résultent d'infections surajoutées. Au premier rang figure la tuberculose pulmonaire, souvent remarquable par la confluence des granulations, par la rapidité avec laquelle survient la fonte caséeuse. Viennent ensuite les pneumonies, la gangrène pulmonaire, les suppurations microbiennes qui rencontrent dans les tissus imprégnés de sucre des conditions particulièrement favorables à leur développement (Bujvid). Toutes ces complications du diabète sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Mais où siègent les lésions initiales ? Quel est l'organe dont les troubles fonctionnels suffisent à produire le diabète sucré ? Ce syndrome, malgré les variétés cliniques qu'il peut présenter, ne reconnaît-il pas dans tous les cas un mécanisme identique ? C'est là une des questions qui ont le plus passionné les médecins et les physiologistes dans ces dernières années. Or, sur le terrain de l'anatomie pathologique, actuellement l'unification du diabète n'est pas plus possible qu'en clinique, et nous retrouvons ici la grande division proposée par M. Lancereaux.

Le diabète constitutionnel n'a pas de lésion qui lui soit propre: c'est une maladie de la nutrition (Lancereaux). Les lésions du foie, des reins, des vaisseaux, etc., qu'on y a maintes fois rencontrées sont en partie secondaires au diabète, en partie sous la dépendance du même état diathésique que la glycosurie. Il en est de même, selon toute vraisemblance, des modifications du pancréas que l'on a observées chez des diabétiques de vieille date (Lemoine et Lannois). D'ailleurs elles ne sont pas constantes ou du moins elles n'ont jamais l'importance que présentent les altérations de cette glande dans le diabète maigre.

Ce dernier, au contraire, a pour condition anatomique invariable une atrophie plus ou moins complète du pancréas. Depuis la célèbre observation de Cawley (1788), qui trouva à l'autopsie d'un diabétique le pancréas rempli de calculs, l'examen de cet organe n'avait guère attiré l'attention des observateurs dans les cas analogues. Cependant Bouchardat, en 1846, sans invoquer des faits précis, déclare que le pancréas lui paraît jouer le principal rôle dans la pathogénie du diabète. Frerichs, Griesinger rencontrent des lésions de cette glande, mais ne se prononcent point sur leur signification. Cl. Bernard, à l'occasion de deux observations personnelles, se demande s'il n'y aurait pas lieu de placer la cause du diabète dans le pancréas. En 1877, M. Lancereaux fut témoin de deux faits du même genre : dans une communication à l'Académie de médecine qui fait époque dans l'histoire du diabète, il n'hésita pas à rapporter la maladie aux lésions profondes du pancréas qu'il avait rencontrées; et de plus il établit un rapport entre l'existence de celles-ci et l'évolution particulièrement grave du diabète. Son élève Lapierre (1879) développa ces idées dans sa thèse inaugurale ; elles ont été confirmées depuis par un grand nombre d'observations nouvelles qui sont résumées dans la thèse de Boutard (1).

Les lésions anatomiques rencontrées dans ces conditions ont pour caractère commun, quelle que soit leur nature, d'aboutir à la *sclérose* de la glande. Le plus souvent cette sclérose est *secondaire* et consécutive à la *lithiase pancréatique*. Dans ce cas l'atrophie est rarement complète; très fréquemment elle s'accompagne de la formation de kystes plus ou moins volumineux, par rétention de la sécrétion pancréatique en amont de l'obstacle. Le tissu glandulaire ambiant est plus ou moins détruit; les lobules qui persistent sont frappés de dégénérescence graisseuse. La sclérose du pancréas peut se développer indépendamment de la lithiase ; MM. Lannois et Lemoine en ont rapporté des exemples ; dans quatre cas observés par eux, la lésion s'était développée manifestement autour des vaisseaux; par contre, elle était très peu accentuée au niveau des canaux excréteurs. La diminution du volume de l'organe peut être telle qu'on a de la peine à le retrouver au milieu du tissu adipeux qui l'entoure.

Dans d'autres cas, les modifications portent sur l'épithélium glandulaire. La *dégénérescence graisseuse* peut être primitive; le plus ordinairement elle accompagne la sclérose. Baumel a observé la stéatose du pancréas dans un cas de diabète gras. L'*épithéliome* du pancréas, qu'il soit primitif ou secondaire, donne rarement lieu au diabète. Il en va de même des *inflammations suppuratives* du pancréas quelle que soit leur origine, qu'elles se propagent suivant la voie vasculaire ou la voie canaliculaire ; on doit faire remarquer d'ailleurs que la glande est rarement détruite dans toute son étendue. Thiroloix (2), en présence de la grande variabilité quant à leur nature et à leur étendue des lésions glandulaires trouvées aux autopsies des diabétiques maigres, incline à attribuer une importance prépondérante aux altérations du système nerveux intra ou extra glandulaire (sclérose des ganglions semi-lunaires, dégénérescences des fibres nerveuses).

Tous les diabètes graves, à évolution rapide, sont-ils fatalement sous la dépendance d'une altération pancréatique ? Si l'on s'en rapporte à une fort intéressante observation récemment publiée par Sandmeyer, il pourrait en être autrement dans le diabète des enfants. Une enfant de 9 ans, issue d'un père rhumatisant et d'une mère hystérique, mourut d'un diabète grave qui évolua en deux ans. Le pancréas, examiné avec le plus grand soin, à l'œil nu et à l'aide de toutes les méthodes histologiques connues, ne montra pas la moindre lésion. L'autopsie révéla d'autre part une dégénérescence graisseuse des épithéliums du rein, une légère stéatose du cœur, et quelques corps granuleux dans la moelle cervicale, traitée par la méthode de Marchi (3).

(1) Hanot et Chauffard, Cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré (*Rev. de méd.*, 1882).
(2) Letulle, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1885.
(3) Brault et Galliard, *Arch. de méd.*, 1888 (vol. I, p. 38).

(1) Boutard. *Des différents types du diabète sucré* (Thèse, Paris, 1891).
(2) Thiroloix, *Le diabète pancréatique*. Th. de Paris, 1892.
(3) Sandmeyer, *Deut. Archiv. f. klin. Medic.*, vol. 50, p. 392.

Le diabète d'origine nerveuse peut être sous la dépendance des lésions anatomiques les plus variées comme siège et comme nature. En premier lieu, il convient de mentionner celles qui occupent un point quelconque de l'appareil régulateur de la fonction glycogénique, telle que nous avons appris à le connaître depuis les mémorables expériences de Cl. Bernard et de Laffond. Cet appareil, comme on sait, est représenté par un grand arc réflexe ayant son centre dans le bulbe, dont les nerfs pneumo-gastriques sont les conducteurs centripètes, et dont les fibres centrifuges, passant par la moelle cervicale, se rendent au foie par les racines dorsales et les nerfs splanchniques.

Au nombre des lésions bulbaires qui peuvent produire le diabète, on a signalé : la méningite chronique (Leudet), les tumeurs du quatrième ventricule (Traube, Levrot-Perroton), tumeurs du cervelet (Becquerel), altérations vasculaires du plancher du quatrième ventricule (Lancereaux), toutes lésions dans lesquelles le centre glycogénique, déterminé par Cl. Bernard, a été directement atteint.

La moelle épinière dans ses régions supérieures a été trouvée altérée par des foyers de myélite (Becquerel), par de la méningite spinale (Leyden). Schiff a observé la glycosurie dans trois cas de fracture de la colonne dorsale supérieure, Hermann dans un cas de luxation cervicale.

En ce qui concerne les altérations des nerfs périphériques, les faits sont beaucoup moins nombreux. Nous nous contenterons de signaler la remarquable observation de M. Henrot de Reims. A l'autopsie d'un malade qui avait présenté un diabète intense (900 gr. de sucre), on trouva une tumeur de la grosseur d'une aveline, qui englobait le pneumogastrique droit. Rappelons à ce sujet que MM. Arthaud et Butte (1) sont parvenus, en produisant des lésions du bout périphérique du nerf vague après section, chez les animaux, à produire non seulement la glycosurie, mais tout l'ensemble des troubles nutritifs qui caractérisent le diabète.

En regard des lésions anatomiques des centres nerveux dont les localisations sont en concordance avec celles des lésions expérimentales, relativement à la production du diabète sucré, nous signalerons celles qui n'ont aucune relation avec l'appareil régulateur de la fonction glycogénique, et dont la physiologie ne nous a pas encore fait comprendre le mode d'action. Telles sont les lésions de la protubérance, des pédoncules cérébraux. On a souvent observé la glycosurie indépendamment des lésions bulbaires à la suite de traumatismes cérébraux, de fractures du crâne (Larrey, Szrokalski). Les faits non moins nombreux de glycosurie consécutive aux commotions cérébrales sans fractures sont d'une interprétation également difficile.

III

Malgré les innombrables travaux dont elle a été l'objet, la pathogénie du diabète est encore aujourd'hui une des questions les plus obscures de la médecine. On peut ranger sous trois chefs les théories actuellement proposées : 1° il y a production exagérée de sucre ; 2° il y a défaut de destruction du sucre dans l'organisme ; 3° il y a défaut d'assimilation du sucre par les tissus.

1° *La production exagérée du sucre* a été rapportée à un trouble de la fonction glycogénique du foie, à l'hyperactivité de la cellule hépatique (théorie dite de Cl. Bernard), ou bien à une désassimilation anormale des tissus.

(1) Arthaud et Butte, *Archiv. de physiologie*, 1888, p. 344.

Les théories hépatiques du diabète ne sont plus guère en honneur aujourd'hui. On sait que le foie est l'organe essentiel de la transformation du glycogène en sucre, mais non unique ; et l'on a cherché plus profondément, dans l'intimité des tissus, la cause de cette déviation des phénomènes nutritifs. Cependant il paraît incontestable que l'hypersécrétion glycogénique joue un rôle au moins dans certains diabètes (Arthaud et Butte), et principalement dans les diabètes qui sont dus à des lésions nerveuses. Elle est l'intermédiaire obligée de certaines glycosuries toxiques (chloroforme, curare, injections d'éther dans la veine porte).

Les auteurs qui considèrent le diabète comme l'expression d'une désassimilation anormale des tissus, formulent leur opinion de la façon suivante. La matière protéique, quand elle se désassimile en présence d'une quantité d'oxygène suffisante, fournit de la graisse ; si la quantité d'oxygène est insuffisante (et c'est le cas chez le diabétique), c'est du sucre qu'il fournit (Pettenkoffer et Voit). Selon M. Lécorché, c'est indirectement que la désassimilation de la matière protéique entraîne la formation de sucre : car cette désassimilatipn se fait ici avec une grande activité, elle consomme une quantité considérable d'oxygène, et il n'en reste plus suffisamment pour brûler le sucre qui s'accumule dans le sang et s'élimine par les urines.

Bouchardat avait pensé que l'élaboration défectueuse des aliments, sous la dépendance de troubles gastro-intestinaux, devait entraîner la formation des matières sucrées en excès. Cette théorie, généralement abandonnée aujourd'hui, a été reprise sous une nouvelle forme à propos du diabète pancréatique, qui ne serait, en dernière analyse, qu'une *maladie de la digestion*, par opposition au diabète constitutionnel, *maladie de la nutrition* (Lancereaux).

2° D'autres auteurs ont incriminé le *défaut de destruction du sucre dans l'organisme*. Bence Jones, Schültzen attribuent cet arrêt à l'absence d'un ferment, sans préciser davantage. C'est principalement aux diabètes en rapport avec des altérations du pancréas que cette théorie a été appliquée dans ces derniers temps. Méring et Minkowski (1), dans une série de travaux remarquables, ont démontré qu'il était possible de produire chez les animaux un véritable diabète maigre, en pratiquant chez ceux-ci l'extirpation complète du pancréas ; mais que si cette condition n'était pas expressément remplie, s'il restait en place le moindre fragment de la glande, le diabète n'apparaissait pas. On savait d'autre part que la ligature des canaux excréteurs, l'injection de substances coagulables dans ces conduits n'étaient point suivies de glycosurie. Les expériences précédentes ont été pleinement confirmées par celles de MM. Lépine, Hédon, Arthaud et Butte, etc., Mais si tous les auteurs sont à peu près d'accord sur ce fait, ils sont loin d'être aussi unanimes sur l'interprétation qui lui convient. L'absence du suc pancréatique dans l'intestin n'est pas une condition suffisante : c'est là un premier point que démontre l'expérience. Le diabète pancréatique ne saurait donc être considéré comme le résultat d'une perturbation apportée aux fonctions digestives.

Cette première hypothèse écartée, on est conduit à se demander si le pancréas n'a pas dans l'organisme d'autre fonction que sa sécrétion intestinale. On tend à admettre aujourd'hui qu'il représente une glande à double sécrétion, et qu'il a pour rôle, indépendamment de l'élaboration du sucre pancréatique, de fournir au sang certaines substances destinées soit à détruire le sucre, soit à en ré-

(1) Méring et Minkowski, *Archiv. f. experim. Path.*, 1889-90, t. XXVI, p. 371.

glementer l'utilisation. Suivant M. Lépine (1), la destruction du sucre (glycolyse) est immédiatement entravée par la suppression de cette dernière fonction du pancréas. Il sécrète en effet un *ferment glycolytique* dont l'expérimentation démontre l'existence dans le sang. On a objecté que chez les chiens dépancréatés, la consommation du sucre était encore considérable malgré la glycosurie (Thiroloix). Ajoutons que M. Arthus n'accorde aucune valeur à la démonstration du ferment glycolytique *in vitro* : d'après ce dernier auteur, ce ferment ne préexisterait pas dans le sang en circulation, et la glycolyse serait un phénomène cadavérique. Pour M. Hédon (2), le diabète serait dû à la rétention dans le sang de certaines substances que le pancréas a pour mission de détruire à l'état normal. Ces substances (poisons ou ferments) amèneraient par leur action les plus graves perturbations dans les échanges nutritifs, et la glycosurie résulterait de celles-ci.

3° M. le prof. Bouchard, envisageant le diabète comme une maladie générale de la nutrition, dans laquelle les échanges sont ralentis, attribue la présence du sucre en excès au défaut d'assimilation, de consommation de cette substance par les éléments anatomiques. Cette théorie, plus large, plus compréhensive, cadre admirablement avec l'histoire nosographique du diabète constitutionnel en vue duquel elle a été formulée. Elle est d'ailleurs corroborée par les relations du diabète sucré avec les autres maladies du groupe arthritique (gravelle, lithiase biliaire, etc.), dans lesquelles la nutrition est ralentie également.

Si l'on envisage dans leur ensemble toutes les hypothèses que nous venons de passer en revue relativement à la nature intime du diabète glycosurique, en les mettant en regard des trois grandes divisions cliniques si nettement indiquées par M. Lancereaux, on est conduit à les classer de la façon suivante : Les théories qui font la plus grande part aux troubles de la nutrition ont été surtout invoquées dans la pathogénie du diabète constitutionnel. Le défaut de destruction du sucre dans l'organisme serait la cause du diabète pancréatique. Enfin, les lésions nerveuses engendreraient de l'hyperglycémie en activant la formation du sucre dans le foie en particulier (Cl. Bernard), mais aussi en modifiant les conditions générales de la nutrition (Bouchard).

Existe-il un lien commun entre ces différentes espèces de diabètes ? Il est permis de le penser. Mais jusqu'ici du moins ni l'anatomie pathologique ni l'expérimentation n'ont réussi à donner la clef du problème d'une façon satisfaisante. La théorie hépatique est, sinon abandonnée, du moins reconnue insuffisante. L'hypothèse suivant laquelle tous les diabètes auraient une origine pancréatique supporte difficilement la discussion (Thiroloix), en dépit des lésions constatées dans cette glande en dehors du diabète dit pancréatique (Lemoine et Lannois). Serait-ce enfin à une origine nerveuse que le syndrome *diabète* devrait être rapporté en dernière analyse quelle que soit sa forme clinique ? L'observation des faits montre dans tous les cas une parenté intime entre le diabète et les maladies nerveuses. M. le prof. Charcot a maintes fois attiré l'attention sur ce point : la coïncidence du diabète et des affections du système nerveux soit dans une même famille, soit chez un même individu. MM. Féré et Bernard ont montré combien nombreuses sont les complications nerveuses du diabète. Le diabète pancréatique n'échappe pas à cette grande loi d'observation clinique (Lancereaux). L'anatomie pathologique et l'expérimentation, en ce qui concerne cette dernière variété, viennent à l'appui de cette manière de voir (Thiroloix, Klebs et Munk) : dans l'espèce, la destruction de la glande ne serait pas la cause immédiate de la maladie. Celle-ci aurait pour base anatomique invariable l'altération du système nerveux intra ou extra-glandulaire.

H. Lamy.

(1) Lépine, *Semaine médicale*, 21 mai 1890.
(2) Hédon, *Arch. de méd. exp.*, 1891.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot, à propos de quatre nouveaux cas de guérison. Leçons professées à la Policlinique générale de Rio-de-Janeiro, par le Dr Moncorvo, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris (deuxième leçon) (1).

Messieurs,

Je ne cesserai de vous intéresser à tout ce qui se rapporte à l'étude des modalités cliniques de l'hérédo-syphilis, de même que sur les moyens de la guérir. Je serai tout naturellement conduit à m'en occuper devant la fréquence vraiment exagérée de la vérole congénitale dans le tableau de la pathologie infantile au Brésil, fait sur lequel j'ai à plusieurs reprises largement insisté, car vous m'avez vu toujours signaler la syphilis au premier rang des fléaux qui concourent à la plus large échelle de la mortalité ainsi qu'à la déchéance physique de l'enfance de notre pays. Je serais entraîné très loin si je me proposais de discuter en ce moment les conditions diverses et multiples, dont je me suis déjà occupé ailleurs, qui en sont la cause, et je reviendrai aujourd'hui à un intéressant sujet qui a été traité ici avec quelques détails l'année dernière, je veux parler de la pseudo-paralysie syphilitique, si justement aussi désignée sous le nom de maladie de Parrot. Malgré la rareté partout signalée des cas de ce genre, un heureux hasard avait fait passer sous nos yeux dans un court laps de temps, plus de trois faits de cette maladie, ceux-ci étant devenus très intéressants en raison de leur terminaison qui a été la guérison.

Je n'ai nullement l'intention de revenir à l'histoire de cette grave complication osseuse de la vérole infantile ou mieux de cette dystrophie syphilitique des os que j'ai tracée d'une façon à peu près complète dans ma leçon de l'année dernière; mon but principal à présent est de vous éclairer encore plus, à l'aide de nouveaux contingents d'ordre clinique, au sujet de son pronostic.

Vous n'aurez certes oublié que Parrot, qui a le premier démontré la vraie nature de ces paralysies des nouveau-nés, serait disposé à les juger d'une exceptionnelle gravité, presque souvent même fatalement mortelles. Ce ne fut à proprement parler qu'en 1883 que la première observation bien précise d'un cas de guérison publié par Millard vint modifier l'avis porté à ce sujet par l'éminent pédiatre et généralement adopté. Depuis lors, une enquête faite dans les diverses archives m'a fourni ainsi l'ensemble de quatorze cas de guérison qui réunis à mes trois faits personnels ont formé un stock de 17 observations où la terminaison a été heureuse. Enfin ce chiffre s'est depuis enrichi d'un nouveau cas également terminé favorablement, publié par M. Comby après le récit de ma précédente conférence. Fondé alors tout particulièrement sur mes propres observations, se rapportant à des nouveau-nés cachectiques présentant des signes assez

(1) La première leçon a été publiée dans la *Gazette hebdomadaire* (janvier 1892, nos 4 et 5).

graves de la syphilis congénitale, je me suis cru autorisé à conclure que la paralysie syphilitique des nouveau-nés attaquée à temps par un traitement approprié aurait dans la majorité des cas une issue heureuse, encore même qu'elle coïnciderait avec d'autres accidents de la même nature arrivés à un haut degré de gravité.

Or, par un heureux hasard, nous avons été tout dernièrement à même d'observer presque simultanément cinq nouveaux cas de ce genre qui m'ont été apportés ici peu après la constatation de l'impotence du membre ou des membres atteints. Ceux d'entre vous qui auront suivi de près leur évolution sous l'influence du traitement que j'ai adopté pour eux, ont pu se rendre bien compte de l'atténuation et bref de la disparition de leur paralysie dans un laps de temps beaucoup plus court que pour les autres cas heureux précédemment cités.

Ces nouvelles observations me semblent ainsi donc dignes d'une relation à peu près détaillée, tout en devenant de la sorte de profitables contingents à l'étude du sujet dont je m'occupe. Je les décrirai successivement d'après l'ordre de leur inscription dans ce service.

Il s'agissait dans le premier de ces cas d'une fillette nommée Cypriana, amenée ici le 2 mai dernier, dont les antécédents de famille étaient les suivants : son père avait été atteint, trois ans auparavant, d'éruptions cutanées répétées, plus ou moins généralisées; il portait encore sur l'une de ses jambes une vaste cicatrice provenant d'un ulcère qui aurait résisté à un grand nombre de moyens topiques; il était d'ailleurs sourd d'un côté, avait mal à la gorge, présentait une rhinite assez intense, de même que des pléiades de ganglions tuméfiés et indolents au pli de l'aine de chaque côté. Enfin il éprouvait fréquemment, disait-il, des maux de tête ainsi que des arthralgies bien accusées.

Sa mère, pour sa part, me déclarait que quelques mois après son mariage elle était, elle aussi, souvent atteinte d'ulcérations de la gorge ainsi que de céphalées d'une certaine intensité. Sa première grossesse aboutit à un avortement de deux mois. Après cela elle avait eu une fillette née avant terme, fort chétive, ayant présenté bientôt les signes les plus marqués de la syphilis congénitale. La petite malade qui lui succéda était venue au monde à l'époque normale à la suite d'un accouchement sans accidents et mieux développée qu'elle. Nourrie dès le début au sein par sa mère, elle aurait quelque peu engraissé, ayant atteint au moment de mon examen le poids de 4 k. 950 gr. A l'exception de plusieurs croûtes desséchées au cuir chevelu, provenant de la dernière de plusieurs efflorescences y survenues auparavant, il n'y avait lieu de retrouver chez elle aucune autre manifestation du côté des téguments ni des ganglions périphériques dénonçant de la syphilis congénitale. Celle-ci serait peut-être même restée inaperçue si une circonstance accidentelle n'eût contraint les parents à me l'amener ici.

Dans l'après-midi du 28 avril dernier, à un moment où sa mère se dirigeait vers une cour de sa maison en la pressant contre elle avec son bras gauche et tenant avec sa main droite un gros paquet de linge mouillé, une autre femme se lança à l'improviste vers elle avec l'intention apparente de la pincer. Effrayée, elle recula brusquement, tout en retenant avec ses bras son enfant si fortement serrée contre sa poitrine que celle-là éclata en cris perçants en faisant croire qu'elle aurait éprouvé quelque vive douleur. Quelques instants après, elle se calma et dormit ensuite tranquillement toute la nuit.

Le lendemain matin, en la regardant avec plus d'attention, sa mère ne tarda guère à découvrir qu'elle remuait assez librement ses deux bras de même que sa jambe droite, tandis que celle du côté gauche restait flasque, sans aucun mouvement, en même temps que l'enfant poussait des cris au moindre attouchement sur ce membre.

Cette situation n'ayant subi la moindre altération au cours des trois jours suivants, elle s'en inquiéta tellement qu'elle se décida à venir demander les secours de l'art.

Au fait, la complète immobilité de son membre pelvien gauche offrait, de prime abord, un contraste frappant avec l'agitation ample des autres membres de cette fillette.

En la faisant suspendre par les aisselles, on le voyait pendant et flasque comme un battant de cloche. Aussi tout mouvement communiqué à cette jambe semblait lui provoquer de vives douleurs. D'autre part, les excitations faites à la plante du pied du même côté restaient absolument incapables de vaincre son inertie.

Les grosses jointures étaient pourtant indemnes, de même que leurs muscles n'offraient pas de signe d'atrophie et répondaient activement aux excitations électriques. Cependant, au tiers inférieur de la cuisse, il y avait à constater un empâtement fusiforme faisant augmenter de 2 centimètres la circonférence de cette partie du membre par rapport à celle de l'autre. La peau correspondante offrait une très légère coloration violacée et avait sa température quelque peu élevée.

Ici toute pression était intolérable à l'enfant, qui poussait des cris pendant l'exploration, par laquelle il ne m'a point été difficile d'apercevoir une mobilité anormale de l'épiphyse inférieure du fémur de même qu'une sensation de crépitation semblable à celle due à une fracture en faisant frotter l'un contre l'autre les deux pièces osseuses. L'épiphyse inférieure de l'os se trouvait donc décollée et était la seule cause de l'impotence du mouvement. Je lui prescrivis de suite la liqueur de van Swieten à la dose journalière de deux cuillerées à café et, le 11 mai, bien que l'enfant eût été atteinte de quelques accidents paludéens légers, sa nutrition générale ne fut pas notoirement enrayée, son poids montant alors à 5 kil. 100 gr. En même temps, le travail de consolidation du fémur gauche paraissait déjà bien avancé; il n'y avait plus à constater la mobilité épiphysaire ; la pression n'y étant non plus douloureuse.

Le 14, l'œdème de la cuisse avait complètement disparu, en même temps que ce membre avait recouvré presque entièrement ses mouvements; c'était à peine si la flexion de la cuisse sur le ventre se faisait encore d'une façon incomplète.

Bref, une semaine plus tard, la réintégration fonctionnelle du membre était parfaite. D'autre part, la santé générale de l'enfant avait beaucoup gagné, son poids s'étant élevé à 5 k. 200 gr. Enfin, lorsque je la vis pour la dernière fois, le 1er juin dernier, sa nutrition s'était améliorée encore davantage ; elle pesait alors 5 k. 450 gr. et il ne restait pas la moindre trace de son décollement épiphysaire. Il est bon d'ajouter que pendant tout ce temps-là la liqueur de van Swieten ne cessa guère d'être administrée à la dose sus-indiquée.

Ce cas est donc un exemple légitime de pseudo-paralysie syphilitique limitée à un seul membre en l'absence presque complète des autres manifestations plus caractéristiques de l'hérédo-infection et aboutissant à la guérison dans un laps de temps moindre de trois semaines sous l'action exclusive du sublimé corrosif. D'après les conditions qui ont précédé l'apparition de la pseudo-paralysie, rien ne s'oppose à admettre qu'un tiraillement ou une forte pression agissant sur la cuisse de l'enfant eût peut-être abrégé le décollement épiphysaire prêt à se faire.

Mon deuxième sujet était une fillette de deux mois, amenée le 5 mai, dont la mère s'était deux fois mariée. Celle-ci avait eu de son premier mari :

1° Un enfant mort le 15e jour à la suite d'une fièvre pernicieuse ;

2° Une fillette âgée actuellement de douze ans, portant des tares de l'hérédo-syphilis ainsi que des signes d'une lésion mitrale survenue à la suite d'un rhumatisme polyarticulaire;

3° Un avortement;

4° Un enfant né à terme ayant succombé le 7e jour;

5° Une fillette enlevée à l'âge de deux ans par une méningite après avoir manifesté les symptômes les plus évidents de la vérole congénitale.

De sa deuxième union lui survinrent :

1° Un enfant né à terme, mort au bout de deux mois et demi, avec les signes extérieurs de la syphilis congénitale ;

2° Un enfant né à terme, âgé alors de cinq ans;

3° Une fillette mort-née ;

4° Un avortement;

5° La petite malade, laquelle était née à terme à la suite d'un accouchement normal.

Son père, en outre qu'il était tuberculeux, avait présenté à plusieurs reprises déjà des efflorescences cutanées spécifiques et portait encore à sa jambe gauche un ulcère de date très ancienne. Venue au monde très chétive et maigre, cette fillette avait présenté au bout de quatre jours une éruption de pemphygus occupant tout particulièrement la paume des mains et la plante des pieds, à laquelle succéda une autre efflorescence de papules miliaires généralisées. Sa tête, entièrement dépourvue de cheveux, portait encore un certain nombre de croûtes provenant d'une éruption pustuleuse contemporaine de la précédente. Elle avait, d'ailleurs, le facies sénile fort marqué, du coryza, le bout du nez teint d'une coloration jambonnée, des rhagades aux commissures labiales, la peau sèche partout, parcheminée et parsemée notamment aux fesses de taches jambonnées, sa musculature flasque et grêle. Aussi ses ganglions épitrochléens et inguinaux étaient gonflés, en même temps qu'il y avait lieu de constater une micro-polyadénite cervicale.

Quatre jours avant sa présentation, son père avait remarqué qu'elle ne remuait point du tout son bras droit, tandis qu'elle agitait bien librement ses autres membres. Cela tenait, d'après lui, à ce qu'il la serrait souvent contre lui en la tenant dans ses bras dans la crainte de la laisser se renverser. A mon examen, je constatai vite l'inertie complète de ce membre, lequel, une fois relevé, retombait lourdement à côté du tronc dans le sens de la pronation. Si on pinçait la peau de la main respective, on la voyait à peine contracter quelque peu les doigts. Les mouvements provoqués éveillaient d'autre part de vives souffrances. Les jointures n'y étaient cependant en aucune façon affectées ni particulièrement douloureuses non plus. Les muscles n'étaient pas visiblement atrophiés et répondaient d'ailleurs normalement aux excitations électriques, tant faradiques que galvaniques.

En poursuivant l'examen, je ne tardai guère à rencontrer un point très douloureux à l'extrémité inférieure de l'humérus qui était entouré d'un bourrelet œdémateux. Cette sensibilité anormale tenait au décollement de l'épiphyse inférieure de l'os très perceptible à l'exploration et donnant lieu à une sensation de crépitation par son frottement avec l'extrémité diaphysaire correspondante. Il est bon cependant de dire que le motif principal de la présentation de cette fillette était l'aggravation des manifestations fébriles datant de plusieurs jours auparavant et compliquées ensuite de la diarrhée et de symptômes de bronchite; sa température rectale était alors à 39°4. Elle avait d'ailleurs le foie et la rate engorgés et laissait percevoir à l'auscultation du souffle au sommet des deux poumons de même que des râles sous-crépitants disséminés des deux côtés. Enfin la percussion révélait de la submatité à la paroi postérieure du thorax. Ce fut pour cela que, à côté de la liqueur de van Swieten à la dose quotidienne de deux cuillerées à café, j'ai été forcé de faire appel à d'autres moyens appropriés, tels que le quinine, l'alcool, l'antisepsie intestinale, etc.

Au bout de deux septénaires, la chaleur fébrile s'était abaissée à la normale, les accidents pulmonaires n'ayant subi pourtant qu'un léger amendement. Cependant les mouvements du bras affecté étaient entièrement rétablis; l'épiphyse inférieure de l'humérus se trouvait recollée, l'enfant ne donnait plus de signes de souffrance à la pression qu'on y exerçait. Aussi la peau était partout blanchie, mais sa santé générale pourtant n'avait point subi un changement en mieux, ce qui était dû à la marche ascendante de sa tuberculose.

Il s'agissait donc ici d'un nouveau-né ayant hérité simultanément la tuberculose et la syphilis paternelle et par suite profondément atteint dans sa nutrition générale. Sa cachexie était en effet fort accusée pour que j'eusse bien douté de la prompte réparation de la lésion osseuse. Cependant, malgré toutes ces mauvaises conditions de l'état général, le traitement spécifique en a eu raison dans un court délai qui n'alla pas au delà de deux septenaires.

Cinq jours s'étaient à peine écoulés après l'admission de cette dernière fillette que j'avais ici à voir un autre cas analogue se rapportant à une fillette de 3 mois, dont la mère m'a fait savoir qu'en la baignant, un mois auparavant, elle avait été étonnée de voir le bras gauche de son enfant privé de tout mouvement, tandis qu'elle remuait assez librement ses autres membres, celui-là étant d'ailleurs le siège de vives douleurs au moindre attouchement. Elle ne savait du reste en soupçonner la cause, car, n'ayant point quitté un instant son enfant, elle était bien sûre de ne la voir jamais vue subir aucun traumatisme ni faire aucune chute. Elle pensa d'abord que cette impotence du mouvement s'en irait d'elle-même, mais, s'étant trompée dans son attente et la voyant de plus prise d'accidents palustres particulièrement traduits par des accès de fièvre quotidiens et une diarrhée croissante, elle se décida à la faire soigner. La petite malade, née à terme et pesant alors 4 kil. 600 grammes, était la dernière de quatre enfants dont elle était du reste la seule survivante. Elle portait déjà au moment de la naissance les traces d'une dystrophie marquée; était excessivement maigre, avait la peau sèche parcheminée et les muscles très grêles. Peu de jours après, il survint un coryza qui n'a plus cessé, de même qu'à la fin du premier mois une efflorescence papulo-vésiculeuse généralisée. Au moment de mon examen elle avait des croûtes sur la tête dépourvue de cheveux à la région fronto-pariétale, les ganglions occipitaux engorgés, des taches jambonnées au visage, aux jambes, aux fesses, enfin deux plaques muqueuses au pourtour de l'anus. Elle était en possession de tous les mouvements de ses membres, à l'exception pourtant du bras gauche qui restait flasque et inerte le long du tronc. Les excitations de la peau n'y provoquaient que quelques légères contractions des doigts. Ses muscles n'étaient nullement atrophiés, de même que ses grosses jointures restaient absolument indemnes. Cependant la moindre tentative de mouvement communiqué au membre faisait pousser des cris à l'enfant; en regardant de plus près je pus me rendre compte de la mobilité anormale de l'épiphyse supérieure du radius donnant lieu à une sensation de crépitation au frottement des deux surfaces osseuses, au niveau de laquelle il y avait un empâtement qui ne remontait guère au delà de la ligne articulaire du coude respectif. A ce point-là le moindre attouchement était intolérable au petit patient. Enfin l'examen électrique a laissé bien voir la parfaite intégrité fonctionnelle de tous les groupes musculaires du membre. La perte de sa motilité ne tenait donc à autre cause qu'au défaut de continuité du levier osseux. Or, l'origine du décollement épiphysaire était chez notre sujet fort éclairée par le cortège des symptômes les plus caractéristiques de l'hérédo-syphilis. J'ai eu ainsi recours tout de suite à l'administration de la liqueur de van Swieten à côté des moyens adressés contre les accidents malariens, et bref, au bout d'une semaine nous étions à même de constater une remarquable amélioration; son poids avait augmenté de 240 grammes, les plaques muqueuses aussi bien que les autres manifestations spécifiques s'étaient beaucoup amendés. La sensibilité anormale du bras s'était de beaucoup apaisée, mais celui-ci restait encore inerte. Huit jours plus tard néanmoins il y avait lieu de constater la réapparition des mouvements, la continuité du levier osseux s'étant parfaitement rétablie. L'enfant avait acquis un poids de 4 k. 950 g.; les plaques muqueuses s'étaient cicatrisées, de même que les autres manifestations tendaient à leur complète disparition.

Enfin il ne restait alors plus de traces de son intoxication palustre.

Bref, le 1er juin suivant, les signes externes de la syphilis congénitale n'existaient plus, les mouvements spontanés du bras gauche étaient aussi complets que ceux de son congénère. La santé générale n'en bénéficia d'ailleurs pas moins; elle était ainsi devenue plus grosse et grasse, son poids s'élevant alors à 5 kil. 100 grammes. Je n'aurai à ajouter que la liqueur de Van Swieten lui fut sans interruption administrée, toujours à la dose journalière de deux cuillerées à café.

Encore cette fois, messieurs, vous avez été à même de voir un cas de pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés absolument guéri au bout d'une quinzaine sous la seule influence du bichlorure d'hydrargyre, malgré la gravité marquée des autres accidents spécifiques.

Notre quatrième sujet, encore une fillette, âgée de deux mois, a été vue pour la première fois le 8 août dernier.

Sa mère, mariée deux fois, n'avait eu de sa première union qu'une fillette âgée alors de treize ans. Néanmoins, de son second mariage lui étaient survenus :

1° Un avortement;

2° Un avortement;

3° Une fillette enlevée au troisième mois par une bronchite après avoir présenté des éruptions cutanées diverses;

4° Un garçon ayant succombé à l'âge de cinq mois avec les signes bien caractéristiques de la vérole congénitale;

5° La petite malade.

Celle-ci était venue au monde à l'époque régulière, mais assez peu développée et chétive. Son père se trouvait, de longue date, atteint d'accidents vénériens tels que maux de tête violents, arthralgies, éruptions cutanées généralisées et répétées, etc. Sa mère, qui se plaignait, elle aussi, de céphalées survenues après son deuxième mariage, présentait au visage des taches jambonnées ainsi que des placards disséminés. Quoique nourrie au sein maternel, l'enfant ne pesait pourtant alors que 3 k. 550 gr. L'accouchement qui avait précédé sa naissance avait été naturel et c'est à peine si la tête, après avoir franchi le détroit inférieur, les contractions utérines, devenues d'une extrême énergie, avaient amené la brusque projection du corps de l'enfant; il n'en était survenu néanmoins aucune conséquence fâcheuse.

A mon premier examen, on constatait un coryza datant des premiers jours, une fissure à la fourchette vulvaire et l'engorgement des ganglions inguinaux. Le but principal de sa mère était cependant de la faire soigner de quelques manifestations malariennes survenues peu de jours auparavant, ainsi que tout particulièrement d'une paralysie complète du bras gauche datant déjà d'un mois environ. Or, en l'examinant, je ne tardai guère à m'assurer que ce membre se montrait tout à fait indifférent à toute provocation du mouvement, tandis que leurs articulations n'offraient rien d'anormal et que leurs muscles non atrophiés répondaient bien aux excitations électriques. Néanmoins, aux deux extrémités du radius, il était facile de constater un bourrelet œdémateux à travers duquel on s'assurait du décollement des deux épiphyses traduit par leur mobilité anormale et par la crépitation. A côté des moyens prescrits contre le paludisme, j'ai eu de suite recours aux onctions avec l'onguent napolitain.

L'amélioration ne se fit nullement attendre; huit jours après, en effet, les accidents paludéens étaient éteints et l'enfant, dont le poids avait gagné 150 grammes, ébauchait quelques mouvements avec son bras gauche. Le 1er juin nous étions à même de voir la complète réintégration fonctionnelle du membre datant pourtant d'une semaine. Bref, le traitement spécifique ayant été poursuivi jusqu'au 24 octobre dernier, il y avait lieu de constater un notable changement de la santé générale de l'enfant qui pesait alors 4 kil. 500.

Dans le cas présent, la perte du mouvement tenait au décollement épiphysaire double du radius dont la réparation complète n'exigea pas plus d'une quinzaine de jours sous l'influence du bichlorure de mercure.

La dernière de cette série, une fillette de deux mois, me fut amenée le 7 novembre d rnier. Sa mère me raconta que trois jours auparavant, au moment où elle la rapprochait de son sein pour lui donner à téter, elle fut très étonnée de l'entendre crier d'une façon anormale. En en recherchant de suite la cause, elle reconnut sans retard que le bras droit de sa fillette était le siège de vives douleurs au moindre attouchement, en même temps qu'il pendait inerte et flasque comme un battant de cloche.

En pinçant la peau de la main, on la voyait soulever quelque peu l'épaule, mais les autres segments n'entraient nullement en mouvement. L'articulation du coude ainsi que celle du poignet n'offrait rien d'anormal; c'est à peine si à l'extrémité supérieure du radius un empâtement très sensible au toucher où il m'a été très facile de reconnaître les signes caractéristiques du décollement de l'épiphyse supérieure de cet os. Les muscles du membre n'étaient nullement atrophiés et répondaient parfaitement bien aux excitations électriques. Son père, qui avait eu déjà des accidents vénériens bien avérés, se plaignait encore de céphalée ainsi que de douleurs ostéocopes.

Elle avait été précédée de cinq autres enfants dont le premier n'avait pas vécu plus de vingt-quatre heures. Chétive et assez peu développée au moment de sa naissance, sa nutrition générale avait quelque peu gagné par suite de l'allaitement maternel, son poids était arrivé à 4 kil. 750. Elle offrait d'autre part des signes de vérole congénitale traduits par l'alopécie presque totale, le coryza précoce, la coloration jambonnée du bout du nez, ainsi que par une efflorescence papuleuse occupant le visage, les avant-bras et les jambes.

Les frictions avec l'onguent napolitain amenèrent en moins d'une dizaine de jours le rétablissement de la continuité de l'os et par suite la réintégration fonctionnelle du membre.

Voilà donc, messieurs, exposés avec plus ou moins de détails, cinq exemples frappants de la dystrophie syphilitique des os, lesquels aboutirent sans exception à la complète guérison dans un laps de temps qui n'alla jamais au delà de vingt jours. L'ensemble des faits qui me sont personnels forme de la sorte un stock de huit observations qui pourront être distribuées comme il suit:

D'après l'âge :

Un mois et demi	1
Deux mois	5
Deux mois et demi	1
Trois mois	1
Total	8

D'après le sexe :

Garçons	3
Fillettes	5
Total	8

D'après l'ordre de la naissance :

Premier-né	3
Deuxième	1
Troisième	1
Cinquième	2
Sixième	1
Total	8

D'après l'intensité des autres accidents spécifiques :

Cachectiques avec des manifestations externes marquées	6
Accidents peu accusés	2
Total	8

D'après le siège de la paralysie :

Les deux bras et la jambe droite	1
Bras droit	3
Bras gauche	3
Jambe gauche	1
Total	8

D'après le temps réclamé pour la guérison :

Dix jours	1
Quinze jours	3
Dix-huit jours	1
Vingt jours	1
Trente jours	1
Quarante jours	1
Total	8

Pendant les premiers temps qui suivirent les fructueuses recherches de Parrot au sujet de la dystrophie osseuse des nouveau-nés syphilitiques, les cas de cette nature communiqués à la presse médicale n'étaient qu'en nombre relativement restreint; c'est ainsi que dans une vingtaine d'années on n'en comptait peut-être pas plus d'une trentaine. Ce ne fut, en effet, qu'à partir de la publication du cas de Millard que les communications d'autres analogues devinrent plus fréquentes. Je ne me crois pas néanmoins loin de la vérité en vous affirmant qu'un certain nombre de faits pareils auraient passé certes inaperçus, non seulement aux yeux des parents, mais peut-être même à ceux du médecin. Cette rareté du mal dont je vous ai parlé tout à l'heure, serait ainsi plus apparente que réelle. J'aurai donc eu raison de vous tenir au courant de tout cela pour que vous puissiez vous mettre à l'abri de pareilles méprises. Quoi qu'il en soit, je ne pourrais me soustraire à vous rappeler cette

série de faits qui se sont successivement présentés ici à notre observation dans l'espace de moins d'un an; il était d'ailleurs intéressant de signaler cette singulière circonstance que les cinq derniers sujets appartenaient tous au sexe féminin.

L'époque de l'apparition de l'inertie du membre n'a pas offert chez eux la moindre particularité à signaler; le plus jeune n'avait qu'un mois et demi et le plus âgé trois mois. Le décollement épiphysaire s'était opéré chez quelques-uns au cours du premier mois, chez d'autres, cependant, vers la fin du troisième. Dans la majorité des cas elle avait eu lieu spontanément en absence de toute cause externe, mais dans d'autres conditions un léger traumatisme, une torsion ou quelque tiraillement du membre était venu vraisemblablement abréger la rupture de la continuité osseuse qui n'attendait que cela pour se compléter. Vous en avez eu, chez une de mes fillettes, un exemple probant.

En ce qui concerne leurs antécédents de famille, il m'a toujours été donné de bien vérifier la préexistence de la syphilis maternelle ou paternelle dont j'ai eu, du reste, souvent l'occasion de constater les accidents encore en pleine évolution. Enfin l'hérédité spécifique y a été de plus pleinement confirmée par la polyléthalité souvent signalée dans nos observations aussi bien que par les stigmates caractéristiques présentés tant par nos petits sujets que par leurs prédécesseurs. Je vous avais dit, dans ma précédente leçon sur ce sujet, que la pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés avait, dans la plus grande majorité des cas, une tendance à se généraliser tout en ayant une prédilection marquée pour les membres supérieurs; mais les faits qui me sont personnels laissent bien voir que cette règle est loin d'être fixe; au fait, d'après ceux-ci, la pseudo-paralysie sept fois sur huit n'a atteint qu'un seul membre, trois fois le bras droit, trois fois le bras gauche, une fois enfin la jambe gauche. Il ne faut néanmoins pas oublier que d'après Laffite et Jæger, deux membres congénères ayant été simultanément affectés, l'un d'eux pourrait reprendre ses mouvements complets avant l'autre. Il s'agissait là pourtant d'une réparation spontanée, et je ne manquerai pas d'ajouter pour ma part que je n'ai jamais eu l'occasion d'en observer un seul exemple. Un fait aussi digne d'être ici relevé est le court délai réclamé dans tous les cas pour la complète réparation des lésions osseuses; six fois sur huit le rétablissement du mouvement s'était opéré, ainsi que vous en avez été témoin, entre dix et vingt jours. Deux autres cas ont été guéris l'un au bout de trente jours, l'autre après quarante jours de traitement; ce dernier pourtant avait trait à un nourrisson, né avant terme et jumeau d'un autre mort-né, au dernier degré de la cachexie syphilitique, ne pesant, du reste, pas plus de 500 grammes.

Il ressort donc de tout cela qu'un traitement intensif inauguré aussitôt après l'apparition de cette localisation osseuse de la syphilis congénitale, peut bien en amener la réparation dans un laps de temps beaucoup plus court qu'on n'aurait cru jusqu'ici.

Je vous engage ainsi donc, messieurs, à retenir les succès auxquels je viens de me rapporter, car en adoptant dans votre pratique une pareille manière d'agir chez vos petits pseudo-paralytiques, vous aurez certes à compter autant d'autres triomphes d'une thérapeutique rationnelle et active.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Folie chez les jeunes enfants (Insanity in early childhood), par Wahrton Senkler (*University medical magazine*, janvier 1893, vol. V, n° 4, p. 248). — En faisant abstraction de l'idiotie et de l'imbécillité, la folie est relativement rare chez les jeunes enfants, ainsi que cela résulte des statistiques publiées par divers auteurs à cet égard; il en existe néanmoins un nombre suffisant pour légitimer une étude d'ensemble. En dehors de la démence congénitale et de l'idiotie, les causes en sont nombreuses: les lésions des nerfs périphériques, la dyspepsie, les ascarides, les oxyures (par la masturbation qu'entraînent ces vers), les maladies aiguës, fièvres éruptives et dothiénentérie, en sont les principales. On y peut joindre l'influence de la frayeur dont l'auteur rapporte des exemples, et surtout celle de l'hérédité nerveuse et de l'alcoolisme des parents. Les formes les plus fréquentes de l'aliénation chez les enfants sont la monomanie impulsive et la folie morale, on y peut ajouter les psychoses aiguës, comme la manie, la mélancolie et la catatonie. Il ne semble pas qu'on rencontre chez eux de psychoses systématiques.

Hémiplégie double avec symptômes bulbaires (A case of double hemiplegia with bulbar symptoms), par Hughlings Jackson and James Taylor (*The Lancet*, 10 décembre 1892, n° 3615, p. 1320). — Sujet âgé de 42 ans qui eut, à la suite d'une attaque en 1888, une hémiplégie gauche; cinq ans auparavant il avait eu de même une hémiplégie droite avec une aphasie qui n'avait pas duré. On constate à l'examen: déviation de la langue à gauche, paralysie complète du voile du palais, pas de paralysie du larynx. Pas d'atrophie ni de secousses fibrillaires; diminution considérable de la force dynamométrique des membres supérieurs: légère faiblesse de la jambe gauche. Exagération des réflexes tendineux des deux côtés. Sensibilité et sphincters indemnes. Il existe en même temps de l'albuminurie à laquelle le malade succombe après avoir présenté des difficultés dans l'articulation des mots, sans aphasie. A l'autopsie, hémorrhagie cérébrale diffuse et intra-ventriculaire d'origine récente. Dégénération descendante des faisceaux pyramidaux des deux côtés. Pas de lésions du noyau de l'hypoglosse. (L'intensité de l'hémorrhagie récente a empêché de localiser les lésions hémisphériques anciennes). Les auteurs rapportent la bibliographie des cas analogues (paralysies pseudo-bulbaires) et, après avoir établi les éléments du diagnostic d'avec la paralysie bulbaire vraie, expliquent que la paralysie des muscles associés (palais, larynx) ne s'établit que lors des lésions doubles.

Sclérose latérale amyotrophique avec autopsie, par Destrée et Le Bœuf (*Journal de médecine de Bruxelles*, n° 49, p. 843). — Sujet âgé de 48 ans, ayant présenté les signes classiques de la maladie de Charcot, à début par les membres inférieurs, et qui succomba à la paralysie bulbaire. L'autopsie démontra l'atrophie des cellules des cornes antérieures et de la sclérose symétrique des faisceaux pyramidaux. Il existe de plus de la sclérose des cordons de Goll.

MÉDECINE

Action diurétique de la théobromine (Ueber die diuretische Wirkung des Theobromins), par Cohnstein (*Berl. klin. Woch.*, 23 janvier 1893, p. 91). — La théobromine est un diurétique énergique, mais son mode d'action est encore mal élucidé. Administrée aux animaux sous la forme de salicylate de soude et de théobromine (diurétine), à la dose de 1 gr. 80 à 3 gr. 60, elle n'amène aucune modification de la pression sanguine, ni de la fréquence ou de l'énergie cardiaque. C'est donc en agissant directement sur les éléments sécréteurs du rein qu'elle produit la diurèse.

Influence du chloral et de l'hydrate d'amyle sur l'excrétion de l'azote (Ueber den Einfluss des Amylenhydrats und des Chloralhydrats auf die Stickstoff-Ausscheidung bei Menschen), par Peiser (*Fortschritte der Medicin*, 1er janvier 1893, p. 1). — Ces deux hypnotiques influencent

d'une façon directement opposée l'excrétion de l'urée. Le chloral l'active, tandis que l'hydrate d'amyle abaisse le taux normal. Ce dernier doit donc être employé de préférence dans les maladies où la désassimilation est exagérée, affections fébriles, diabète sucré, tuberculose.

Contribution à l'étude de l'analyse du suc gastrique, par SLOSSE (*Journal de médecine de Bruxelles*, n° 47, 19 novembre 1892, p. 805). — On sait combien est difficile la recherche de HCl libre dans l'estomac. L'albumine brute, les peptones, la fibrine du sang se combinent avec lui et en masquent la présence. Les réactifs colorants, tels que celui de Günsburg, peuvent donner des résultats négatifs en pareil cas. L'auteur a eu recours à un procédé ingénieux déjà appliqué à l'étude des matières colorantes. Mettant à profit la capillarité du papier non collé, il plonge une série de bandelettes de ce papier dans un mélange de HCl et d'une solution de peptone en présence duquel le réactif de Günsburg reste inactif. Le liquide monte dans le papier; celui-ci est ensuite retiré, imbibé de quelques gouttes du réactif. Après évaporation lente à siccité, on voit apparaître la coloration rouge caractéristique de la présence de HCl.

Thorax en entonnoir (Fall von Trichterbrust), par EICHHORST(*Deuts. Arch. für klin. Med.*,Bd XLVIII, Hft 5 et 9, p. 613). — On connaît cette curieuse déformation thoracique qui est essentiellement caractérisée par un enfoncement de la partie inférieure du sternum et des côtes voisines. La lésion est rare, assez souvent congénitale ou développée dans la première année, beaucoup plus commune dans le sexe masculin, non héréditaire. On l'a attribuée à la pression du menton dans l'attitude de flexion du fœtus, à des traumatismes survenus pendant la grossesse, à un arrêt de développement en longueur ou un ramollissement du sternum, à des pressions exercées, par exemple, pendant la respiration artificielle, ou par le fait de la profession. Le cas rapporté par E. est intéressant eu égard à l'âge et la profession du sujet; c'est un homme de 49 ans, ouvrier au chemin de fer et habitué à pousser des wagons en appuyant le devant de la poitrine contre les angles, les tampons, etc. Cet homme est mort de tuberculose pulmonaire. L'affection s'est développée vers 37 ans, et paraît nettement en rapport avec cette action physique secondaire, le malade étant resté bien conformé jusque très tard et ayant des antécédents négatifs. Eichhorst n'a vu que sept cas de cette déformation sur un total de 14,000 malades. Chez un des malades, il y avait de l'idiotie et du paramyoclonus multiplex.

CHIRURGIE

Hydronéphrose intermittente (A case of intermittent nephrydrosis), par ROGERS (*New-York med. Journ.*, 31 décembre 1892, p. 742). — Rose F..., 18 ans, célibataire, souffre depuis trois ans de crises douloureuses au niveau de l'hypochondre droit et des régions lombaires, s'accompagnant de vomissements, mais sans ictère ni fièvre. On trouve une tumeur du côté droit, immédiatement au-dessous du rebord costal, tumeur dont la matité ne se confond pas avec celle du foie. Cette tumeur peut être déplacée et elle est fluctuante. Urines absolument normales. On fit le diagnostic de néphrydrose intermittente. On fit une incision le long du bord externe du carré des lombes du côté droit. On put arriver péniblement sur le rein et on trouva le bassinet énormément dilaté; on le ponctionna et on en retira un liquide qui n'était autre que de l'urine normale. On ne put trouver aucun calcul. On passa trois points de suture au catgut pour maintenir le rein en bonne position. Pansement iodoformé. Le lendemain on retire le pansement tout imprégné d'urine. Guérison sans fistule urinaire. Il y a trois mois que l'opération a été faite et il n'y a eu aucune récidive.

Traitement des pleurésies (The treatment of serous and purulent effusions into the pleural cavity), par CRAWFORD (*New-York med. Journ.*, 31 décembre 1892, p. 743). — L'auteur rapporte quelques observations : dans la première il s'agit d'une pleurésie séreuse simple qui guérit par une ponction. Dans un deuxième cas, il s'agit d'un épanchement hémorrhagique avec symptômes très alarmants chez un homme ayant présenté, quelques mois auparavant, des signes de tuberculose. Une ponction guérit la pleurésie et améliora beaucoup l'état général du sujet. Une troisième observation est celle d'un homme de 61 ans, maigrissant beaucoup depuis plusieurs mois et présentant finalement une dyspnée intense. Une ponction aspiratrice de la plèvre gauche ramena cinq litres de liquide hémorrhagique; mais le liquide se reforma très rapidement et on dut ponctionner toutes les semaines. Le malade mourut et on trouva un cancer de la plèvre. La quatrième observation est celle de Katie G..., petite fille de 6 ans, qui eut une pneumonie double et une pleurésie purulente du côté gauche. Une ponction retira près d'un litre d'un pus crémeux riche en pneumocoques. Au bout de huit jours on dut faire l'opération de l'empyème. La malade guérit complètement.

La thoracentèse est une excellente opération, pourvu qu'on prenne toutes les précautions antiseptiques.

Néphrectomie lombaire (A case of lumbar nephrectomy for pyonephrosis), par GRAVES (*Medical News*, 26 novembre 1892, p. 602). — Mme H. B. K., 52 ans, mère de six enfants, tomba et se heurta le côté à l'âge de 18 ans. Depuis elle a toujours souffert; depuis trois ans il y a une tumeur dans le côté droit de l'abdomen; quand la malade est debout, cette tumeur tombe au-dessous de l'ombilic, produisant des douleurs très vives; dans la position horizontale la tumeur glisse derrière les côtes et échappe à la palpation. Quand la malade est couchée sur le côté gauche, elle comprime l'épigastre et produit des palpitations très fortes. En 1892, au mois de mai, la malade fut opérée et on fit une néphrorrhaphie. Mais il persista une fistule purulente, la malade maigrit. Le 1er octobre 1893, M. Graves l'opéra; il enleva le rein droit, et malgré toutes les précautions prises, le péritoine fut ouvert. Il lava la cavité abdominale et sutura la plaie péritonéale. Il laissa en place la pince placée sur le pédicule rénal. Shock considérable. Guérison complète.

Fistule biliaire (A case of biliary fistula in the newborn), par DAREY (*Medical News*, 26 novembre 1892, p. 610). — Chez un enfant âgé de 4 jours la nourrice remarqua que le cordon ombilical sectionné rendait quelques matières analogues à des matières fécales; l'ombilic en effet n'était pas guéri. On cautérisa la surface avec un cristal de sulfate de cuivre. Mais bientôt on vit en effet sourdre par l'ombilic un liquide jaunâtre, dépourvu d'odeur, et on vit à ce niveau une petite ouverture dans laquelle on put introduire une petite sonde, qui se dirigea en haut et à droite et qui vint buter sur quelque chose de solide qui ne pouvait être que le foie. On passa alors dans ce conduit une sonde munie d'un crayon de nitrate d'argent, et on répéta cette opération chaque jour pendant dix jours. Guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de pathologie externe, par MM. POULET et BOUSQUET, professeurs agrégés du Val-de-Grâce. Deuxième édition, revue et corrigée par A. RICARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et H. BOUSQUET, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur de clinique à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, membre correspondant de la Société de chirurgie. 3 vol. in-8°, O. Doin, 1893.

Lorsque, il y a sept ans, le livre de Poulet et Bousquet apparut, il répondait certainement à un besoin, car il se trouva être le seul traité complet, au courant de la bibliographie moderne. Sans doute, c'était un ouvrage un peu trop nourri pour être le livre de chevet des élèves — et c'est là un reproche adressé non à l'œuvre, mais bien au contraire aux élèves — mais c'était le seul endroit où les lecteurs français pussent trouver un résumé exact de toutes les questions de pathologie externe. Tous ceux qui s'intéressaient à la chirurgie avaient donc besoin de ce livre, dont les qualités étaient réelles, et le succès de la première édition ne surprit personne.

Quand il fallut en faire une seconde, les choses avaient changé : après les vaches maigres, les vaches grasses, et actuellement c'est de pléthore que souffrent les traités et manuels de pathologie externe. Mais les allures générales du traité de Poulet et Bousquet n'ont été nulle part imitées, et pour leur seconde édition MM. Ricard et Bousquet ont eu

raison de les conserver, de garder le plan général, la conception, de se borner à compléter les descriptions, à les remettre au courant. Leur livre reste intermédiaire aux *Manuels* et au grand *Traité de chirurgie* : c'est là sa raison d'être et la cause de son futur succès. A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Poisons de l'organisme. Poisons de l'urine, par A. Charrin. Collection Léauté. Masson et Gauthier-Villars, éditeurs. Paris, 1893, Prix : 3 fr. 50.

Dans un premier chapitre de généralités, l'auteur montre l'importance du rôle des substances toxiques dans les phénomènes de l'organisme. C'est par des poisons que les microbes agissent; ce sont les poisons, les anciennes matières peccantes qui interviennent dans les affections humorales, dans la goutte, dans le diabète, dans les lésions viscérales, dans celles du rein, du foie, du cœur, etc. On retrouve ces principes à l'origine comme à la terminaison des processus morbides; ils engendrent les néphrites ou les cirrhoses (urate de soude, acide lactique, toxines); ils occasionnent les accidents ultimes de l'urémie ou de l'insuffisance hépatique.

De cette importance dérive la nécessité de leur étude, et cela d'autant plus que les traités les plus récents ont oublié de s'occuper des auto-intoxications (le plan de l'ouvrage exclut les poisons du dehors, bien entendu).

Un parallèle entre les divers émonctoires, intestin, poumons, peau, rein, établit la prééminence de la voie rénale. Dès lors commence l'étude de la toxicité urinaire : effets des injections d'urine, physiologie pathologique de cette auto-intoxication chez l'homme, chez l'animal; recherches sur l'urine humaine, sur celle du chien, du lapin, du cobaye. Après cette digression de pathologie comparée, suit l'exposé très détaillé des causes capables de faire varier cette toxicité urinaire, causes des plus nombreuses. — Quelles sont les substances toxiques? Quelle est leur nature, leur origine?

Comment combattre les conséquences de leur intervention? Nécessité de déceler leurs sources : source extérieure ou alimentaire, source gastro-intestinale, hépatique, source microbienne, désassimilation. Utilité du lait, de l'oxygène, de divers émonctoires, du foie, de l'antisepsie digestive, de la saignée, etc. Telles sont quelques-unes des questions traitées dans ces différents chapitres, riches en aperçus généraux.

Viendront ensuite les poisons gastro-intestinaux, biliaires, respiratoires, cutanés, interstitiels. Souhaitons leur prochaine publication.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — C'est avec une douloureuse surprise que les nombreux amis du Dr Louis Thomas ont appris sa mort subite, arrivée le 5 février dernier. Notre regretté collaborateur était né à Ticheville (Orne) le 1er janvier 1846; ses débuts furent pénibles : d'abord instituteur communal, il arriva par la force du travail à acquérir les grades nécessaires pour commencer l'étude de la médecine. Son premier maître fut le Dr Ollivier, et c'est sous son inspiration qu'il écrivit en 1875 sa remarquable thèse de Doctorat : *De l'hémoptysie dans la vieillesse.* Deux années après, il entra comme sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris et, il y a six mois à peine, il a été promu bibliothécaire-adjoint. Esclave du devoir, il a rempli ses fonctions avec un zèle et un dévouement exceptionnels. Il a fait preuve de la même abnégation dans son enseignement à l'Ecole dentaire depuis la fondation de celle-ci en 1880.

Le Dr Thomas a publié des *Lectures sur l'histoire de la médecine* (Paris, 1885, in-8°); un mémoire sur *La Migraine* (Paris, 1887, in-8°) a été couronné par l'Académie de médecine en 1886. En 1889, il a fait paraître un *Dictionnaire abrégé des Sciences médicales* et divers articles dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.* Il a donné à la *Gazette hebdomadaire* des *Chroniques de l'étranger* longtemps remarquées. Le Dr Thomas était un homme de bien dans toute la force du terme; il n'avait pas d'ennemis, et il vivra toujours dans le souvenir de tous ceux qui l'ont connu. Dr L. Hahn.

— Nous avons aussi le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Cazenave, associé national de l'Académie de médecine, doyen honoraire de la Faculté de Lille, ancien vice-président de l'Association générale des médecins de France; de M. le Dr Davaine, ancien interne des hôpitaux de Paris; de M. le Dr Sainton, professeur à l'Ecole de médecine et médecin en chef des hôpitaux de Tours.

Association générale des médecins de France. *Société centrale.* — La réunion annuelle de la Société centrale a eu lieu dimanche dernier, sous la présidence de M. le Dr Bucquoy, assisté de MM. Lannelongue, président général, Brun, trésorier, G. Piogey, secrétaire de la Société centrale, etc. Après avoir applaudi un éloquent discours dans lequel le président, M. Bucquoy, a rendu hommage à la mémoire de notre regretté confrère le Dr Horteloup et appelé l'attention de ses collègues sur les vœux qui allaient leur être soumis, l'Assemblée a écouté avec la plus sympathique attention le remarquable rapport dans lequel M. le Dr G. Piogey a rendu compte des actes de la Société centrale et exposé les motifs divers qui rendent actuellement impossible l'adoption d'un projet relatif à l'indemnité en cas de maladie autre que celui qui avait été proposé l'an dernier par M. le Dr Bucquoy. Les conclusions de ce rapport ont été adoptées à l'unanimité par l'Assemblée, qui a ensuite élu comme vice-président notre éminent confrère M. le Dr Vidal, de l'Académie de médecine, et les membres de la commission administrative.

Association de la Presse médicale. — Cette association vient de nommer une commission chargée de soumettre à la bienveillante attention des commissions militaires du Sénat, de la Chambre des députés et de M. le ministre de la guerre la proposition suivante, votée à l'unanimité des membres présents :

« Les étudiants en médecine feront leur service militaire comme médecin, leurs études médicales terminées; ils devront être, à l'âge de vingt-sept ans, docteur ou interne nommé au concours dans une ville où siège une faculté. »

A titre de mesure transitoire, l'Association de la presse médicale a, en outre, émis à l'unanimité les vœux suivants :

« 1° Tout étudiant en médecine pourvu de treize inscriptions ou nommé au concours externe ou interne des hôpitaux fera son service militaire comme infirmier dans une ville où existe une faculté ou école de médecine;

» 2° Tout étudiant en médecine ayant subi avec succès l'examen d'aptitude devra remplir, pendant l'année qu'il passe sous les drapeaux, les fonctions de médecin auxiliaire. »

Hommage au professeur Gairdner (de Glascow). — Le samedi 28 janvier, les élèves du professeur Gairdner ont offert à l'Université de Glascow un portrait de leur éminent maître dû au pinceau de sir George Reid, en même temps qu'un second exemplaire de ce portrait était offert à la famille.

Le Révérend Principal Caird, représentant l'Université, présidait la cérémonie, à laquelle se pressait une foule d'amis et d'élèves.

Le Dr Coats, au nom des souscripteurs, a offert le portrait à l'Université; il a retracé en termes élevés la carrière du professeur Gairdner et les titres qu'il avait à la reconnaissance de ses élèves après trente ans d'un enseignement vraiment clinique.

Puis le Principal Caird a remercié les souscripteurs et rappelé les nombreux services que le Dr Gairdner avait rendus à l'Université de Glascow, et tout ce que lui devait le corps enseignant de cette ville.

Le Dr Gellowlees a prononcé ensuite quelques paroles éloquentes et offert à la famille un second exemplaire du portrait de son maître, car, a-t-il dit, la reconnaissance des élèves allait autant à l'homme, à ses qualités et à son dévouement qu'au savant et au professeur.

Enfin le Dr Gairdner a pris la parole, et en termes émus et souvent applaudis, a remercié ses collègues, ses élèves, ses amis, de l'honneur qu'ils lui faisaient. Il leur a exposé ses débuts, les événements qui avaient marqué son entrée dans la carrière médicale; il a rendu hommage à la mémoire de ses maîtres et a terminé en exposant quelles avaient été les idées qui avaient toujours dirigé sa conduite.

Les médecins français qui connaissent et apprécient le savant auteur de tant de mémoires et de travaux cliniques justement célèbres applaudiront à cet hommage qui lui a été rendu par ses collègues, ses élèves et ses amis.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et Dubuisson
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 17 février 1893.

Le choléra de 1892-1893.

A peine l'épidémie de choléra de 1892 a-t-elle cessé de préoccuper l'opinion publique qu'il faut se demander si nous n'allons pas avoir à subir une réviviscence de l'épidémie mal éteinte, de nouvelles explosions locales ou une nouvelle importation du mal. Partout ces questions se posent, au fur et à mesure que dans divers pays d'Europe, notamment en Allemagne, en Belgique et en France, des cas de choléra, en nombre généralement restreint, se montrent ici ou là; il n'y a que des avantages, à notre sens du moins, à n'en pas laisser ignorer l'existence, afin que chacun soit bien sur ses gardes et que l'on puisse éviter des indécisions malhabiles ou des résistances funestes.

L'histoire des épidémies cholériques est devenue singulièrement difficile à retracer; toutefois des exposés, tels que celui qui a été présenté la semaine dernière à l'Académie de médecine par M. Proust, et cette semaine par M. Brouardel, apportent de précieux renseignements pour cette histoire, surtout lorsqu'ils se font remarquer par une aussi grande précision et une clarté si parfaite. Ils servent en effet à reconnaître que l'épidémiologie actuelle est dans une période de transition où toutes les hypothèses ont également beau jeu, parce que les conditions d'observation sont, en pareille matière, obscurcies plutôt que facilitées par les conditions mêmes de la vie et des échanges internationaux entre les divers peuples. A mesure que les distances se rapprochent, les maladies exotiques peuvent de plus en plus nous surprendre et rendre quelquefois difficile, sinon impossible, la recherche des manifestations intermédiaires qui témoignaient autrefois d'ordinaire d'une expansion progressive et continue, ne laissant plus aucun doute sur la nature de la maladie. Ce n'est plus par des mois de navigation ou des semaines de voyage par caravanes que nous sommes éloignés de certaines localités où sévissent endémiquement le choléra, la peste, la fièvre jaune, etc.; quelques jours seulement, à peine quelques semaines nous en séparent. Combien sont alors facilités les moyens de transmission, combien ils peuvent se multiplier et produire leurs effets à des échéances rapides !

Dans son beau livre sur *La défense de l'Europe contre le choléra*, M. Proust a récemment déterminé avec une rare puissance de persuasion les voies de pénétration de ce fléau en Europe, sans méconnaître que les transformations économiques des relations internationales présentent à cet égard un redoutable inconnu, soit qu'elles en facilitent l'expansion ou qu'elles puissent renforcer ou réveiller des foyers antérieurs. On continue très justement à reconnaître deux principales voies d'introduction du choléra en Europe, la voie de mer et la voie de terre; mais il faut aussi admettre que les différences si tranchées qu'on observait autrefois entre l'une et l'autre ne sont plus de mise au point de vue des facilités de propagation et surtout de la durée de celles-ci.

Quoi qu'il en soit, il n'est malheureusement pas douteux que l'Europe est ainsi devenue chaque jour plus vulnérable, à tel point que lorsque le choléra y apparaît, on peut hésiter longtemps à s'en convaincre, tant qu'on n'a pas réussi à trouver une filiation quelconque entre les cas constatés et des manifestations épidémiques plus ou moins éloignées. Nombre de bons esprits vont même jusqu'à penser que le choléra peut se reproduire dans nos régions sous l'influence de variations dans le milieu atmosphérique, variations qui sont encore si mal connues qu'il est bien malaisé de les définir. Dualisme pathogénique du choléra avec importations spéciales, ou conception unitaire d'une affection contaminant la même dans les deux mondes dans son essence, mais modifiable suivant les contrées et les climats et non suivant les mers, toutes ces discussions théoriques paraissent, il ets vrai, sans grande portée pour le vulgaire, puisque le choléra, d'où qu'il vienne, n'a pas cessé d'être l'une des affections les plus graves de la pathologie, tuant près de 50 0/0 des malades, quelque thérapeutique qu'on lui ait jusqu'ici opposée.

« Le choléra légitime est né en 1892, en France, fait observer M. Arnould dans un très remarquable mémoire

sur les enseignements du choléra, en cours de publication dans la *Revue d'hygiène*, aux portes de Paris, sans qu'il soit possible d'en saisir l'importation d'Orient, avec ou sans étapes intermédiaires. » Et M. Proust, dans sa communication à l'Académie, rappelle que deux courants épidémiques ont ainsi traversé l'Europe : l'un a débuté le 4 avril dans la banlieue de Paris pour gagner lentement la capitale d'abord, puis diverses parties de la France, surtout au Nord et à l'Ouest, et enfin la Belgique et la Hollande; le second, ayant pour origine le Turkestan et comme voie de propagation rapide le chemin de fer transcaspien, s'est montré à Bakou le 4 juin, a envahi la Russie et est parvenu à Hambourg d'où il a rayonné dans divers pays, notamment en Belgique et Hollande où les deux épidémies semblent s'être rejointes.

Ainsi que l'a très soigneusement établi M. Proust, il n'est pas douteux qu'entre ces deux courants épidémiques ont existé certains caractères différentiels : brusquerie d'expansion, ascension rapide de la courbe de la mortalité, rapidité de dissémination pour le choléra qui a commencé en Europe à Bakou; par contre, le choléra qu'on a d'abord observé dans la banlieue parisienne a eu une expansion et une dissémination lentes, la courbe de sa mortalité a été peu élevée et a mis longtemps à atteindre son apogée. « Jamais, ajoute-t-il, on n'avait vu, à la même époque, des manifestations cholériques ayant deux points de départ aussi distincts, aussi éloignés, ayant une marche aussi différente, rapidité dans un cas, lenteur dans l'autre, et arrivant enfin à se rencontrer et à se rejoindre. » Depuis le choléra s'est montré de nouveau dans des points très éloignés; il sévit actuellement encore dans diverses parties de l'Allemagne; en France, Marseille, visitée tardivement par cette maladie dont elle a tant de fois déjà été l'une des portes d'entrée, subit en ce moment encore une légère recrudescence de l'épidémie qui ne laisse pas de justifier certaines inquiétudes.

C'est qu'au fond de toutes ces manifestations dont les caractères épidémiologiques et pathogéniques autorisent des divergences d'appréciations théoriques, il est une fâcheuse ressemblance que le public retient et qui guide la prophylaxie tant administrative que privée, à savoir, sinon la multiplicité des atteintes, du moins la gravité exceptionnelle des cas reconnus. Que ce soit en Asie ou en Europe, à n'importe quelle latitude, le choléra de 1892 et celui qui reparaît dès le début de 1893, présentent la même virulence dans leurs attaques, depuis les cas foudroyants qui ne sont pas rares jusqu'à ceux qui laissent à la médecine le temps de tenter quelque moyen de défense.

Doit-on cependant se laisser envahir par un pessimisme qui ne serait qu'une forme civilisée du fatalisme avec lequel les Asiatiques considèrent les ravages que le choléra fait parmi eux ? Si les modifications survenues dans la vie des peuples tendent à rapprocher et même à uniformiser peu à peu leurs conditions de réceptivité, si les ressources de la thérapeutique sont restées presque aussi impuissantes à l'égard du choléra malgré les transformations des doctrines pathogéniques, si enfin le trouble apporté dans nos conceptions étiologiques a rendu plus obscur peut-être encore dans son essence le redoutable problème qui s'est posé à l'Europe depuis 1832, est-ce à dire que nous soyons plus désarmés contre l'apparition du fléau et que nous sachions moins vite nous en délivrer ? Ici la confiance est plus justifiée, quelque réserve qu'il y faille apporter.

On doit lire dans l'ouvrage de M. Proust, que nous signalions tout à l'heure, les règles de cette prophylaxie, soit internationale, soit nationale. Le jour n'est peut-être pas très éloigné où tous les peuples en auront compris l'égale importance pour chacun d'eux; ils pourront alors l'instituer en temps utile et en poursuivre l'exécution avec persévérance et sans exagérations inutiles. La prophylaxie du choléra se résume d'ailleurs dans des formules simples, qui sont également applicables à la plupart, sinon à toutes les maladies transmissibles.

Il y a longtemps que l'on considère comme un lieu commun que le choléra se montre et se développe surtout dans les milieux insalubres, où l'entassement, le confinement de l'air, la malpropreté des habitations rendent la vie difficile et produisent des promiscuités de toutes sortes.

Ces conditions ont en effet pour résultat de rendre plus aisée la propagation de la maladie et surtout de rendre plus difficile l'application des mesures qui peuvent y remédier. Pour ne parler que de ce que nous avons vu l'an dernier, à Paris, au cours de cette légère épidémie qui a été si promptement arrêtée dès qu'on a pu la combattre rationnellement, c'est exclusivement dans de tels milieux qu'elle a sévi. Mais si l'on veut que la désinfection et que tous les moyens d'assainissement provisoire puissent promptement empêcher la transmission du choléra, si l'on veut surtout que les secours thérapeutiques soient promptement mis à la disposition des malades, c'est au prix de l'extrême rapidité de l'information des cas observés, de la véracité de ces informations et de l'apport immédiat de ces secours tant thérapeutiques que prophylactiques. A quoi pourrait-il servir de multiplier les moyens de défense s'ils ne devaient être utilisés que lorsque le fléau a déjà fait des victimes ? On sait qu'au cours de l'année dernière plusieurs exemples ont témoigné clairement en faveur de cette manière de voir. En présence d'une maladie dont l'issue fatale peut être aussi prompte, maladie, ne l'oublions pas, qui n'a pas encore disparu de l'Europe, le devoir commande de se préparer à n'apporter aucune entrave, ni administrative ni particulière, à la mise à exécution de telles mesures. N'a-t-on pas vu, l'an dernier, l'Angleterre repousser ainsi de son territoire toutes les importations qu'elle dut subir ? N'a-t-on pas vu telles villes, comme le Havre, Bruxelles, Berlin, Paris même dans une certaine mesure, organiser avec ensemble et peu après avec succès une prophylaxie efficace parce qu'elle avait pu ne pas trop tarder, tandis que Hambourg, dans des conditions tout autres, a été si cruellement frappée ? C'est qu'ici les secours faisaient défaut, que le transport à l'hôpital exigeait un temps considérable et que la désinfection, l'assainissement manquaient ou ont été insuffisants dès le début de l'épidémie, à ce moment psychologique où, quelle que soit la gravité des cas constatés, on peut, si l'on sait agir avec vigueur et persévérance, avoir confiance dans la prophylaxie. De tels enseignements, que nous ne pouvons qu'esquisser ici à propos des faits rappelés si opportunément par M. Proust, méritent assurément de n'être pas oubliés.

A.-J. Martin.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de l'ostéomalacie.

Depuis quelques années on a tenté de régulariser et de rendre chirurgical le traitement de l'ostéomalacie, affection souvent observée dans certains pays des bords du Rhin. Ces tentatives ont abouti, sous l'impulsion de Fehling (de Bâle), à des résultats très intéressants que nous croyons utile de faire connaître. Pour cela, nous n'avons qu'à reproduire, en l'allégeant des observations et des statistiques, une importante revue que M. le Dr Labusquière vient de publier dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*.

A. — Traitement médical

Étant données les altérations profondes, étendues, que subit le système osseux (membres, bassin, colonne vertébrale, thorax), il n'est pas étonnant que l'ostéomalacie ait attiré l'attention surtout des médecins, et exercé leur sagacité. *A priori*, on jugeait que l'on se trouvait en présence d'un trouble grave de la nutrition, d'une maladie générale de l'organisme dont les effets se manifestaient, par une sorte de prédilection, sur le système osseux, et se traduisaient par la décalcification des os. Et ici, comme dans tous les cas où la cause primordiale échappe, on a émis successivement toutes les hypothèses de nature à fournir une explication, au moins plausible, des altérations observées. Notre grand clinicien Trousseau a consacré à l'ostéomalacie, qu'il dénomme *rachitis des adultes*, parce qu'il la considérait comme l'analogue du rachitis infantile, plusieurs pages fort intéressantes au cours desquelles il relate, avec ce talent de description merveilleux que tout le monde sait, un exemple typique de cette affection (1). De l'idée qu'il avait de l'ostéomalacie, Trousseau avait déduit la thérapeutique à instituer, c'est-à-dire celle qui réussissait très bien dans le rachitisme : l'administration de l'huile de foie de morue. La malade guérit.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une femme âgée de *quarante-huit* ans, ostéomalacique à un profond degré, et qui faisait remonter le début de sa maladie à une première grossesse, survenue à l'âge de 32 ans, peu après son mariage. Depuis, étaient survenues deux nouvelles grossesses, la dernière à 38 ans, qui se termina par la naissance d'un enfant venu vivant, mais qui mourut 2 jours après : il n'y eut donc pas, à cette occasion, les fatigues de l'allaitement. L'état de gestation avait toujours eu, mais surtout lors de la 3e grossesse, une influence des plus défavorables sur la marche de la maladie. Et depuis, l'affection, malgré l'absence de nouvelle grossesse, n'avait fait qu'empirer jusqu'à 48 ans, époque à laquelle la malade entra dans le service de Trousseau. Relativement à ce cas, il n'est peut-être pas indifférent de noter que les règles étaient supprimées depuis deux ans déjà, et de faire remarquer par conséquent que cette guérison a pu, sinon être en relation étiologique absolue avec la cessation de l'activité génitale, du moins être très efficacement favorisée par cette circonstance à laquelle on accorde, actuellement, une action capitale.

Il est vrai encore que Trousseau relate à l'actif du traitement médical, du traitement par l'huile de foie de morue, un autre cas de guérison qui n'est pas passible de la même interprétation. C'est l'observation d'une jeune femme chez laquelle l'ostéomalacie, très caractérisée, aurait apparu quelques années après un premier et unique accouchement, survenu à 21 ans.

(1) *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, vol. III, 6e édit., p. 521.

En résumé, pour Trousseau, l'ostéomalacie est le rachitis des adultes et, comme le rachitis infantile, elle est justiciable du traitement par l'huile de foie de morue.

Le professeur Bouchard a également étudié l'ostéomalacie (1), et en particulier celle de la grossesse. Contrairement à Trousseau, il la distingue complètement du rachitisme, et tend à la ranger dans le groupe des *dyscrasies acides*. « Quoi qu'il en soit, écrit le professeur, l'os ostéomalacique a fréquemment une réaction acide et contient anormalement de l'acide lactique. Or, l'acide lactique comme tous ces autres acides dont je parlais à propos du rachitisme, acides carbonique, oxalique, acétique, formique, lorsqu'ils s'accumulent dans le tissu osseux au point de produire la réaction acide de ce tissu, créent une circonstance suffisante pour que le phosphate de chaux d'ossification se redissolve et s'élimine »; un peu plus loin : « l'ostéomalacie de la grossesse, comme toute autre ostéomalacie, *paraît* donc compter au nombre de ses conditions pathogéniques une formation exagérée *ou* une combustion insuffisante des acides organiques et plus particulièrement de l'acide l'actique ou, d'après Beneke, de l'acide oxalique, etc. », et encore : « ce qui importe dans l'interprétation pathogénique de ces faits, ce n'est pas seulement l'insuffisance de l'alimentation ou le défaut des phosphates alimentaires, c'est surtout le vice des mutations nutritives générales qui amène l'accumulation des acides organiques, soit qu'ils pénètrent en excès par suite de fermentations digestives anormales, soit qu'ils résultent des fermentations intra-organiques, soit qu'enfin la nutrition se ralentisse et diminue les oxydations, etc Enfin, un grand nombre de circonstances hygiéniques qui intéressent la respiration et la circulation ou *qui influencent le système nerveux* peuvent faire varier l'activité des métamorphoses et, en particulier, créer, suivant l'expression de Beneke, la nutrition ralentie, ou nutrition retardante. Dans toutes ces circonstances, les acides organiques peuvent ne pas être brûlés, l'alcalinité du sang diminue, l'acide urique augmente dans les urines, les urates s'y précipitent plus facilement, l'acide oxalique y fait son apparition. Dans ces cas encore, des acides gras volatils s'éliminent par les sueurs et par la perspiration pulmonaire. Dans ces cas enfin, la constitution intime des tissus est altérée par le fait de la dissolution plus facile ou de la fixation entravée des éléments minéraux qui sont la charpente de tous les éléments anatomiques. Tout l'organisme est lésé, certains tissus le sont plus particulièrement et de ce nombre est le tissu osseux, etc. »

Il est assurément difficile d'aborder d'une manière plus méthodique, plus scientifique, le problème ardu de l'étiologie de l'ostéomalacie. Mais, ces citations ne suffisent-elles pas à démontrer que la cause primordiale échappe, ou plutôt que le « ramollissement des os » peut être la conséquence d'une foule de circonstances étiologiques différentes ? Il faudrait donc, dans chaque cas pour ainsi dire, préciser le facteur en jeu, avant d'instituer une thérapeutique qui, à défaut de cette condition, serait nécessairement empirique. Cela est si vrai, que le professeur Bouchard ne peut d'une conception complexe de la maladie que déduire une thérapeutique assez complexe aussi, c'est-à-dire formuler des indications thérapeutiques multiples, des règles générales de traitement : lutter contre l'acidité des humeurs par les alcalins, parer à la spoliation des principes calcaires par l'usage des aliments riches en phosphates ou même par des phosphates médicamenteux, combattre les dyspepsies acides au moyen de l'eau de chaux, de la magnésie décarbo-

(1) *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 2e édition, p. 58.

natée, donner des aliments suffisants mais non excédants, supprimer autant que possible toutes les influences qui ralentissent la nutrition (humidité, vie sédentaire, air confiné, défaut d'exercice, etc.), stimuler les mutations nutritives en agissant surtout sur le système nerveux (hydrothérapie, bains salés, etc., etc.).

Donc pour le professeur Bouchard — et il est bien difficile de n'être pas frappé par ses conceptions nosologiques, basées sur la physiologie, la chimie biologique — l'ostéomalacie comporte une étiologie, une pathogénie complexe, multiple, et, conséquemment, exige une thérapeutique variée, qui doit être savamment déduite pour chaque cas. Grosse difficulté pour le praticien, grand *alea* pour la malade !

En ce qui concerne les résultats obtenus par cette méthode thérapeutique rationnelle, nous ne possédons malheureusement aucun document.

Encore dans ces derniers temps, plusieurs auteurs étrangers (l'ostéomalacie, très caractérisée, est d'ailleurs une affection relativement rare en France) ont signalé les très bons effets, dans quelques cas, du phosphore (W. Bursch) (1), du phosphore et de l'huile de foie de morue (Sternberg) (2). D'autre part, Marocco (3), considérant que dans l'ostéomalacie il s'agit, comme dans le rachitisme, d'un trouble grave de la nutrition, se demande si les courants galvaniques ne donneraient pas les mêmes bons résultats que Tedeschi en a obtenus dans le second.

Somme toute, il ne paraît pas douteux que le traitement médical ait produit un certain nombre de guérisons, bien réelles et définitives. En conséquence, comme le traitement chirurgical, dont nous allons nous occuper maintenant, comporte, en dépit même de l'habileté des opérateurs, un *alea* très sérieux, puisqu'il implique jusqu'à la mort, c'est par le traitement médical qu'il faudra commencer, toutes les fois, bien entendu, qu'une indication urgente ne viendra pas forcer la main du chirurgien (femme en travail, par exemple, et accouchement par les voies naturelles rendu impossible par les déformations pelviennes de nature ostéomalacique). Ce traitement médical conviendra surtout pour les cas légers d'ostéomalacie, qui se présentent assez fréquemment dans la pratique; mais nous savons qu'il réussit quelquefois aussi pour des formes très avancées de la maladie. Il consiste, en résumé : dans l'administration de l'huile de foie de morue, du phosphate de chaux, et dans la réalisation des conditions essentielles de l'hygiène (nourriture suffisante et appropriée, vie au grand air, logement salubre, etc.).

B. — Traitement chirurgical.

Comment est venue l'idée de combattre l'ostéomalacie par un traitement chirurgical ?

On avait fait la remarque qu'un nombre relativement considérable de femmes qui avaient subi, à l'occasion de l'accouchement et pour cause de sténose pelvienne de nature ostéomalacique, l'opération de Porro, avaient rapidement et définitivement guéri de l'ostéomalacie. D'autre part, l'expérience avait montré que cette même guérison constitue une éventualité extrêmement rare après l'opération césarienne classique. Pourtant, il y a quelque exagération à dire, ce que nous lisons dans une monographie, d'ailleurs très intéressante, sur le même sujet (4) : « la guérison de l'ostéomalacie n'avait, au contraire, pas lieu quand l'opération césarienne étai terminée par la simple suture avec conservation des organes génitaux internes ». Winckel, Freund, Breus, Guéniot (1) ont cité, en effet, des cas de guérison à la suite de la césarienne classique. Voici, en particulier, ce qu'a dit M. Guéniot, à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, à propos de son opérée : « elle était affectée d'une ostéomalacie des plus graves, lorsque je dus intervenir pour la délivrer le 11 novembre 1891. Présentement (trois mois jour pour jour après l'opération), *elle est non seulement guérie de la césarienne, mais encore de son ostéomalacie*; *et cela, sans que j'aie pratiqué sur elle aucune mutilation. J'ai, en effet, volontairement laissé ses ovaires en place.* »

Donc, la proposition qui se dégage de l'ensemble des faits connus jusqu'à ce jour, est la suivante : *l'ostéomalacie, même grave, guérit très fréquemment consécutivement à l'opération de Porro ou amputation utéro-ovarique, et quelquefois, mais beaucoup plus rarement, après l'opération césarienne classique, c'est-à-dire, celle qui laisse en place les organes génitaux internes.*

Fehling (de Bâle) (2), à qui revient certainement l'honneur d'avoir en quelque sorte systématisé le traitement de l'ostéomalacie, avait été très frappé de cette différence si grande d'action de l'amputation utéro-ovarique et de la section césarienne simple sur la maladie dont il s'agit. Et il pensa que cette supériorité de l'opération de Porro tenait à ce que, par cette intervention, on supprimait l'ovulation et simultanément la fécondité, la grossesse et l'allaitement. « Pénétré de ces idées, écrit-il, je fis, il y a trois ans 1/2 maintenant, la tentative, dans un cas des plus graves d'ostéomalacie, chez une femme absolument incapable de marcher et complètement impotente, de modifier la marche de l'affection par l'ablation des ovaires. Je le dis franchement, ce fut une tentative, ainsi que je m'en expliquai très nettement auprès de la malade (3) ».

Or, dans cette observation, le résultat obtenu par l'amputation utéro-ovarique a été favorable, après cette opération qui, de l'aveu même du chirurgien, n'avait été qu'une tentative, justifiée d'ailleurs par la remarque que lui avait suggérée en quelque sorte l'empirisme clinique. Il y avait des faits accumulés, et Fehling avait su lire dans ces faits, ce qui est le privilège des intelligences supérieures. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau concluant, dressé par Kummer (4), pour constater que cette efficacité surprenante de la castration contre l'ostéomalacie, s'est retrouvée dans presque tous les cas sinon dans tous (5). Elle a été si manifeste, si constante que Fehling a été conduit à formuler une opinion nouvelle sur la nature de la maladie, opinion qu'il entoure cependant de grandes réserves, à juste raison, pensons-nous, car il existe des faits bien paradoxaux, bien contradictoires.

Cette nouvelle conception qui, indépendamment de l'efficacité merveilleuse de la castration bilatérale, avait en sa faveur la constatation, tout au moins chez les premières opérées de Fehling, d'une vascularisation anormale, intense (6), des ovaires, peut être résumée de la façon suivante : « l'ostéomalacie serait la conséquence » d'une hyperactivité pathologique des ovaires. Les

(1) Eichhorst, *Traité de pathol. interne et de thérapeutique.* trad. française, 1890, vol. IV, p. 200.
(2) Sternberg. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 26.
(3) Marocco, *Verhand. des X internat. Kongress*, Hirschwald, Bd III, p. 100.
(4) Kummer, *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1892, n° 7, p. 409.

(1) *Bull. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1892, n° 4, p. 66.
(2) *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXIX, Hft 2, p. 170.
(3) *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXIX, Hft II, p. 170.
(4) *Loc. cit.*
(5) Le tableau de Kummer porte sur 38 femmes qui toutes souffraient beaucoup et ne marchaient pas (20) ou mal (18) et qui sont arrivées à marcher bien (35) ou assez bien (2), une seule ayant encore besoin de béquilles; les souffrances sont devenues nulles 32 fois et légères 6 fois.
(6) *Annales de gyn. et d'obst.*, septembre 1890, p. 199.

» ovaires seraient de ce fait le point de départ de réflexes » actionnant les nerfs vaso-dilatateurs des vaisseaux » des os, aboutissant à une hyperémie passive et, consécutivement, à une résorption énergique des éléments » du tissu osseux. La castration, en supprimant le foyer » d'origine de ces réflexes, portant l'action sur les vaso- » dilatateurs, aurait pour résultat la contraction des » vaisseaux et la guérison. »

Cette théorie a contre elle bien des faits : guérison observée après la césarienne simple (Winckel, Breus, Guéniot, Freund); guérisons non douteuses sous l'influence d'un traitement purement médical (Trousseau, Busch, Sternberg, etc.), constatation d'ovaires normaux ou même atrophiés (Hofmeier) (1); développement de l'ostéomalacie même chez l'homme, etc. De ces faits divergents, il semble ressortir au moins que l'affection ostéomalacique n'a pas une cause unique, que son étiologie est complexe, multiple, et qu'il n'y a pas lieu de rejeter délibérément les hypothèses diverses formulées par Bouchard. On est même conduit à penser que l'ostéomalacie, comme l'albuminurie, le diabète, l'artério-sclérose, etc., n'est pas, dans la plupart des cas, sinon dans tous, une maladie essentielle, primitive, qu'elle est plutôt l'aboutissant, l'expression symptomatique la plus accusée de processus divers.

Somme toute, la nature de l'ostéomalacie nous paraît entourée des mêmes obscurités. Mais si c'est là un objet de préoccupation pour le médecin, surtout pour le savant médecin et le physiologiste, de cela le malade n'a nul souci, le praticien qu'une préoccupation relative. Pour le malade, il suffit que Fehling ait résolu, pratiquement, cette question embrouillée, véritable nœud gordien, à la manière d'Alexandre qui avait su trancher le nœud sans se préoccuper de poursuivre les tours compliqués et décevants du lien.

Le fait thérapeutique est acquis, et le nom de Fehling reste désormais attaché à cette nouvelle conquête de la chirurgie abdominale.

Voici les conclusions qui nous paraissent découler de cette étude :

1° En premier lieu, rappelons qu'il n'est pas douteux que le traitement médical ait procuré un certain nombre de guérisons. En conséquence, toutes les fois qu'il n'y a pas urgence, c'est à lui qu'on devra avoir recours. Il est surtout indiqué dans les cas où la maladie ostéomalacique est pour ainsi dire à l'état d'ébauche, aussi faut-il s'appliquer à la dépister. De plus, il ne faut pas oublier que ce traitement médical a réussi même contre des formes avancées de la maladie.

2° Quand il s'agit d'une femme non gravide, chez laquelle la maladie, très accusée, a résisté à tous les traitements médicaux, et dont les conséquences sont pour une raison quelconque intolérables, il faut intervenir résolument par la castration bilatérale. Nul acte chirurgical ne paraît plus justifié par les résultats thérapeutiques.

3° Quand on a affaire à une femme en état de gestation, rarement on a l'occasion de songer à la provocation de l'accouchement prématuré. On est consulté trop tard. Dans le cas contraire, si l'on évacuait à temps l'utérus, les conditions seraient les mêmes que celles envisagées dans la proposition précédente. Mais, en général, on est conduit à laisser la gestation aller à terme, et c'est à ce moment que se pose la question du choix du mode d'intervention : opération de Porro ou opération césarienne. Or, à l'heure actuelle, malgré quelques faits en faveur de la seconde, l'avantage reste décidément à la première. Il est vrai qu'à l'opération de Porro on pourrait opposer, ainsi que le fait Velitz (1), la césarienne suivie de l'extirpation des ovaires. Mais c'est là, pensons-nous, pour le moment, affaire de préférences individuelles, en attendant que la multiplication et l'enseignement des faits permettent de formuler un jugement plus absolu (2).

(1) Cet état anatomique n'a pas été retrouvé dans d'autres cas, où cependant la castration s'est montrée radicalement curative. Ainsi, dans le cas rapporté par Hofmeier : femme âgée de 30 ans, atteinte d'ostéomalacie très accusée, qui paraissait tout à fait indépendante des causes habituelles incriminées (grossesse, accouchement, mauvaises conditions d'hygiène, etc.). Or les ovaires extirpés étaient petits, atrophiés, profondément ridés, sans hyperplasie ou dilatation anormale des vaisseaux. La couche ovigène était conservée seulement en quelques points, avec quelques rares follicules et ovules. Somme toute, il y avait plutôt état atrophique et activité fonctionnelle réduite. (*Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 12 p, 226.)

(1) Ueber die Heilung der Osteomalacie. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd. XXXIII, Hft 2, p. 337.

(2) Dans sa thèse, que nous avons déjà citée, le Dr Beer fait à ce sujet la remarque suivante : « Tandis que la césarienne, avec la castration bilatérale, entraîne nécessairement trois plaies, l'opération de Porro n'en produit qu'une et permet, grâce à la technique adoptée par Fritsch, de rendre le moignon complètement extrapéritonéal, et d'éviter toute infection du péritoine ayant la plaie pour origine.» (*Beitræge zur Behandlung der Osteomalacie.* Breslau, 1892, p. 30.)

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'emploi du sublimé dans le traitement interne des fièvres typhoïdes, par le docteur Loranchet, médecin du lycée Lakanal.

En publiant les quelques observations que l'on trouvera exposées dans le cours de cet opuscule, ainsi que les réflexions qu'elles m'ont suggérées, je n'ai d'autre intention que de signaler à ceux de nos confrères qui voudront bien me faire l'honneur de me lire, les bons effets que j'ai retirés de l'emploi du sublimé dans le traitement interne des fièvres typhoïdes.

Je souhaite que la lecture de ce travail les engage à appliquer le même traitement : l'expérience qu'ils en en feront permettra de juger, par un plus grand nombre de faits, le système que je préconise.

La statistique que je présente se trouve, en effet, forcément réduite entre les mains d'un praticien comme moi qui ne dispose d'aucun service hospitalier où l'on rencontre des éléments plus nombreux pour appliquer une méthode thérapeutique et en apprécier l'action.

Je désire qu'on apporte des faits nouveaux pour corroborer mes assertions, et qu'on produise des termes de comparaison plus amples, plus variés et plus complets que je n'ai pu le faire, pour fixer la valeur du traitement des fièvres typhoïdes par le sublimé.

Dans la clientèle privée, en effet, où j'ai dû puiser mes observations, il n'est guère possible de trouver un assez grand nombre de cas pour pouvoir les compter par centaines, et présenter ainsi des résultats irréfutables. Mais si l'on tient compte qu'il faudrait des années pour arriver à de pareils chiffres, on voudra bien m'excuser de ne produire que les 21 observations que j'ai consignées, lesquelles représentent une pratique d'une année et demie environ, et accueillir avec bienveillance les conclusions, fort réservées du reste, dont je les fais suivre.

On comprendra également que je ne fasse qu'effleurer la bactériologie dans ses rapports avec l'antisepsie interne. C'est un chapitre de science pure qu'il convient de laisser aux savants des laboratoires. La thérapeutique tirera meilleur profit de leurs recherches approfondies que des hypothèses hasardées que l'on a trop de tendance à lancer dans le monde médical.

Pour l'instant, l'antisepsie interne est un problème difficile : Il y a (n + 1) inconnues dans cette équation que chacun veut résoudre sans en avoir posé les termes. Je n'aurai pas la témérité d'en donner la solution. Moins heureuse, en antisepsie, que la chirurgie, je crois que la médecine n'en est encore qu'à la période des tâtonnements ; je me suis permis d'exposer les miens avec leurs résultats, tout simplement.

Observation I (guérison). — Le 29 juillet 1891, j'étais appelé auprès d'une jeune malade de 15 ans atteinte de fièvre, avec étourdissements, vertiges et céphalalgie; quelques saignements de nez, gargouillement de la fosse iliaque, en somme tout le cortège des symptômes de la fièvre typhoïde confirmée. Cette jeune fille était couchée misérablement dans un mauvais taudis où l'on faisait en même temps la cuisine pour toute la famille, qui se composait de quatre autres enfants, du père et de la mère. A peine existait-il, à côté, une chambre assez grande pour remiser tout le reste de la famille et pratiquer un isolement que je ne pouvais considérer que comme illusoire.

La mère n'ayant pas voulu consentir au transport de la malade à l'hôpital, je dus commencer le traitement dans les conditions défectueuses que je viens de faire connaître.

Entre temps les symptômes s'aggravaient rapidement chez ma jeune malade : les cauchemars, les hallucinations, le délire s'accentuaient; plus d'intelligence, plus de parole, plus de rapports avec le monde extérieur. La figure devenait terreuse et mon pauvre sujet présentait bientôt l'aspect quasi cadavérique que l'on a coutume d'observer dans cette maladie. Mais tout cela s'était développé plus vite que je n'avais eu occasion de le remarquer d'autres fois, et je me fis cette réflexion qu'il fallait d'urgence procéder à la désinfection de cet organisme. Je pensai au sublimé : je fis donner à l'intérieur une cuillerée à bouche par jour de liqueur de van Swieten diluée dans un verre d'eau sucrée bouillie, à boire en 4 fois dans la journée. Cette solution fut très bien tolérée; elle fut continuée sans interruption jusqu'à la fin de la fièvre.

L'aspect général ne tarda pas à se modifier; la langue devint humide, la peau moite, la physionomie plus vivante, et le 20 août la fièvre avait cessé.

La maladie avait duré 21 jours environ.

Je ne pouvais imaginer que ce cas resterait isolé dans cette famille, et je m'attendais, à quelque temps de là, à être appelé pour d'autres membres qui auraient contracté la même fièvre dans le milieu infecté où ils étaient tous disséminés, pêle-mêle, couchant comme une nichée d'oiseaux, dans un local malsain. — Une année s'écoula, il n'y eut pas de cas nouveau.

Bravo ! pensai-je d'abord: le sublimé a non seulement désinfecté l'individu, mais il a même désinfecté ses excrétions à ce point que, sans hygiène et sans précautions, six membres de la famille sont demeurés indemnes.

J'ai dû revenir de mon enchantement par la suite, puisqu'on verra aux observations suivantes que sept personnes d'une même famille ont été contaminées malgré le traitement par le sublimé institué tout d'abord chez les premiers sujets atteints (1).

Je rapporte pourtant cette impression première malgré les démentis que les faits m'ont infligés plus tard. Comme tous les novateurs, je me livrais à des hypothèses *hyperboliques*, j'attribuais au sublimé plus que la guérison d'un état infectieux individuel, je me plaisais à lui reconnaître la propriété de détruire la transmissibilité; c'était trop merveilleux pour que cela pût être, absolument. Mais l'on verra pourtant ce qu'il faudra en penser lorsque je rapporterai les observations auxquelles j'ai déjà fait allusion et concernant sept malades atteints dans le même temps et dans la même famille, sans qu'un seul cas soit mortel, et sans que, pour la plupart, les symptômes de la maladie se soient manifestés avec des caractères alarmants. S'il n'y a pas eu d'immunité absolue, il y a eu certainement une atténuation dont il est permis de tenir compte au point de vue de la prophylaxie.

(1) Observations : VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII.

Obs. II (guérison). — Chez le malade qui fait l'objet de ma seconde observation, les symptômes ataxiques de la dothiénenterie s'accusèrent tout d'abord avec une grande violence.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans auprès duquel je fus appelé le 17 novembre 1891. Il était installé à la campagne, dans un logement d'ouvriers assez grand, mais aussi assez mal tenu ; il se plaignait depuis le 14 novembre de céphalalgie occipitale vive; il présentait déjà du délire la nuit; il occupait le décubitus dorsal; il n'avait pas encore eu d'épistaxis : je m'en tins pour le premier jour à l'expectation. Le lendemain, 18 novembre, épistaxis abondante, effrayante même pour l'entourage du malade; la céphalalgie est plus vive, le délire a augmenté aussi. La température du matin est à 38°6, le soir à 39°3.

J'ordonne le sublimé à l'intérieur, ainsi que les boissons et le régime qu'on a coutume d'instituer en pareil cas. Les deux jours suivants, le malade présente encore un délire intense, la céphalalgie continue, la température du soir est à 39°. Enfin le 21 novembre, le 4e jour de l'administration du van Swieten, et le septième du début probable de la maladie, une sueur critique intense se produisit et la température du matin descendit à 37°. Les symptômes alarmants avaient cédé. Mais ce qu'il y a de particulier, c'est que ce jeune homme est resté pendant 15 jours encore, dans son lit, sans forces, avec un appétit nul, des étourdissements lorsqu'il voulait s'asseoir; en somme, dans un état typhoïdique latent pour ainsi dire, dont les phénomènes infectieux auraient disparu pour ne laisser subsister que les phénomènes asthéniques. L'amaigrissement continuait progressivement, comme si la fièvre avait parcouru ses stades pathologiques; mais la figure était bonne, l'intelligence nette, les douleurs de tête avaient cessé et le sommeil était calme. Pendant tout le temps qu'a duré cet état j'ai administré le sublimé. Enfin, après une durée totale de trois semaines environ, l'appétit est revenu, la convalescence s'est affirmée, les forces se sont relevées avec l'embonpoint, et le jeune homme a pu reprendre son travail assez rapidement.

Lorsque, dans le cours de sa maladie, j'allais le voir, et que je le trouvais au lit avec sa bonne figure, la langue nette et rose, sans présenter aucun symptômes infectieux, mais seulement dans l'impossibilité absolue de quitter son lit et de marcher sans tituber et chanceler, j'admirais comment il parcourait si paisiblement les stades d'une affection qui s'était annoncée avec des symptômes graves, et je disais que sa fièvre typhoïde se passait en dormant.

Obs. III (guérison). — Cette observation se rapporte à une jeune fille de 13 ans dont la famille habite dans de bonnes conditions hygiéniques. Je fus appelé auprès d'elle au mois de mai 1892, alors qu'elle présentait seulement quelques symptômes fébriles qu'on pouvait croire justiciables du sulfate de quinine. Mais, malgré l'administration de ce médicament, et trois jours après, la fièvre persistant, je dus porter le diagnostic de fièvre continue.

Bien que les symptômes fussent tous des plus bénins j'ordonnai le sublimé à l'intérieur (un cuillerée à bouche de liqueur de van Swieten chaque jour). Pendant six jours la température du soir fut à 40° ; puis la défervescence s'opéra progressivement pendant huit autres jours et après vingt jours de maladie la convalescence commença. La jeune fille a pris pendant 15 jours une cuillerée à bouche de liqueur de van Swieten, et la fièvre qui avait débuté avec une bénignité remarquable a continué son évolution dans les mêmes conditions : s'il était trop osé de dire qu'elle a été maintenue dans sa forme anodine grâce au sublimé — car on ne sait jamais quelles proportions peut prendre une fièvre typhoïde au début, — il sera juste au moins de reconnaître que l'emploi du sublimé, pendant tout le temps de la maladie, n'a donné lieu à aucun incident anormal.

Obs. IV (guérison). — Je rapporterai brièvement cette observation qui présente beaucoup d'analogie avec la précédence quant à la bénignité des symptômes.

C'est une fillette de 12 ans que j'ai vue le 27 juin 1892 : fièvre, diarrhée légère, épistaxis, gargouillement, etc. Une cuillerée à bouche de van Swieten chaque jour.

La fièvre tomba le 12 juillet ; durée de la maladie : 15 jours ;

pas de symptômes graves pendant toute la durée de l'affection.

Ici se place cette particularité dans le traitement, c'est que j'ai combattu la tendance à la diarrhée en faisant administrer 2 gouttes de laudanum, une fois ou deux par jour, lorsque les selles paraissaient devenir trop fréquentes. Dans la suite, j'ai continué cette pratique chaque fois que j'ai eu à combattre une diarrhée trop prononcée. Par contre, je me suis presque toujours abstenu de purgatifs.

Obs. V (mort). — A peine ma petite malade dont il est question dans l'observation précédente était-elle sur pied, que son père, âgé de 35 ans, tomba malade. Je lui fis ma première visite le 1er août 1892. Il était en proie à une céphalalgie violente qui n'a cédé ni au sulfate de quinine ni à l'antipyrine; il y avait du délire, des hallucinations, quelques épistaxis légères. J'étais en présence d'une fièvre typhoïde à forme ataxique grave, avec vomissements répétés. Je n'étais pas suffisamment certain de l'innocuité du sublimé en pareille occurrence, et je ne l'essayai que timidement pour le faire cesser presque aussitôt : je craignais d'augmenter les vomissements. L'usage que j'en ai fait depuis m'a confirmé dans cette opinion qu'aucun mécompte ne saurait être imputé au sublimé; et si pareille circonstance se représentait, je ne le cesserais pas; mais je le ferais administrer avec de l'eau de Seltz, à raison d'une cuillerée à café, avec un jet de siphon, donnée 4 fois par jour. Quoi qu'il en soit, j'en revins tout simplement aux boissons gazeuses, à la potion de Rivière, au naphtol. Ce n'était plus que de l'expectation classique. Tout semblait pourtant marcher à souhait par la suite; les désordres gastriques s'atténuaient, la fièvre jusqu'au 18 août restait modérée. Mais on me présenta le matin une selle d'un brun-rouge sale, d'au moins trois quarts de litre : mon malade venait d'avoir une hémorrhagie intestinale ! Le ventre se ballonnait, une teinte subictérique, comme bronzée, envahissait les téguments, la fièvre se rallumait ; le délire reprenait son empire : potions astringentes, lotions fraîches, drap mouillé, musc, etc. J'obtins pourtant de bonnes sueurs, mais elles n'amenèrent aucune rémission dans les accidents ; les selles hémorrhagiques continuèrent, le coma survint, et finalement le malade mourut le 22 août, vers le vingt-cinquième jour de la maladie.

Ce n'est pas pour invoquer les circonstances atténuantes que je ferai remarquer ici que le traitement par le sublimé a été, par la force des choses, incomplètement et irrégulièrement pratiqué. Dans les fièvres typhoïdes quelles qu'elles soient, il faut savoir que la mort guette à la porte et qu'il n'est pas toujours facile de lui barrer le passage. Aussi n'ai-je pas la prétention de l'arrêter toujours avec le sublimé; et malgré la discontinuité de l'emploi de ce médicament, je compte franchement ce cas facheux comme un insuccès dans ma statistique de mortalité. Mais je ne m'en demande pas moins si je n'aurais pas pu prévenir les accidents redoutables qui ont entraîné la mort, en insistant sur le traitement d'emblée, et sans interruption de la liqueur de van Swieten.

Observations VI, VII, VIII, IX, X, XI et XII (7 guérisons).

Du mois de juin 1892 jusqu'au mois de septembre de la même année, c'est-à-dire dans un espace de temps de quatre mois environ, j'eus à soigner sept malades de la même famille atteints quasi simultanément ou peu après les uns les autres de la fièvre typhoïde.

Cette famille, composée de neuf personnes : le père, la mère et sept enfants, occupait un local composé de deux chambres garnies de quatre mauvais lits où ils couchaient par deux et par trois. La mère, qui passa tout ce temps à soigner les malades, ne fut pas atteinte, ainsi qu'un enfant de deux ans. Voici, par rang d'âge, quels furent les malades de cette maison : Le père, 45 ans ; l'aîné des garçons, 20 ans; un autre, 16 ans ; une fille, 15 ans; un garçon, 12 ans; un autre garçon, 6 ans; et une fillette de 5 ans.

La misère et l'encombrement se mettant de la partie, on peut juger dans quelles conditions j'étais appelé à soigner tous ces pauvres malheureux. La mère fit preuve, en ces pénibles circonstances, d'un courage et d'un dévouement absolus. Elle n'avait pas voulu se séparer de ses enfants, et s'était opposée à leur transport à l'hôpital; elle s'acquitta de ses devoirs maternels avec une sollicitude au-dessus de tout éloge : nuit et jour elle veillait sur les siens, passant son temps à leur préparer leurs boissons et leurs potages, et employant les quelques heures qu'elle aurait pu consacrer à un rapide repos, à nettoyer le linge, les planchers, les vases, etc.

C'est là que la fièvre typhoïde aurait dû prendre un développement intensif ! aucun pourtant ne succomba ; je vais raconter brièvement leur histoire.

Obs. VI. — La fièvre a surtout été grave et longue chez l'aîné des garçons, âgé de 20 ans; elle dura chez lui du 25 juin au 5 août ; un mois et dix jours. Il est vrai qu'il présenta une rechute vers le 20 juillet. Pendant tout le temps de la maladie il prit une cuillerée à bouche de liqueur de van Swieten chaque jour. Je ne donnerai pas les détails infinis de cet état typhoïde, je dirai seulement que, malgré un amaigrissement absolu et un séjour au lit si prolongé, il ne s'est produit aucune érosion du côté du sacrum; la peau du visage avait conservé un aspect convenable; la langue est toujours restée propre, sans fuliginosités.

La diarrhée a persisté pendant toute la maladie, elle était tempérée par le laudanum. Il y eut quelques selles hémorrhagiques légères, qui ne nécessitèrent pas d'intervention spéciale. Des râles fins s'entendaient dans toute la poitrine. La température n'a jamais dépassé 40°.

Obs. VII. — Le second garçon, âgé de seize ans, était couché dans un autre lit de la même chambre; malade en même temps, il éprouvait surtout une céphalalgie intense; il prit également la liqueur de van Swieten et la fièvre évolua chez lui dans une période de dix jours. Courageux au travail, il aurait voulu aussitôt retourner au chantier; mais il ne pouvait marcher sans chanceler. Il semblait que la maladie qui ne donnait plus de symptômes extérieurs n'était pas éteinte encore. On eût dit qu'il avait fait une maladie grave, bien qu'il ne ressentît plus aucun mal. Il était dans le cas du jeune homme de mon observation II. Les manifestations infectieuses de la fièvre étaient jugulées pour ainsi dire, mais l'économie avait été atteinte profondément et les forces musculaires faisaient défaut à la volonté. Cet état dura peu, et la convalescence s'établit régulièrement.

Obs. VIII. — En même temps, le garçon de douze ans était malade; on lui administra la liqueur de van Swieten; il guérit en huit jours.

Obs. IX. — La petite fillette de cinq ans fut plus malade; elle refusait toute boisson et souvent elle ne prenait pas sa petite potion de sublimé. Elle fut sujette à des rechutes et mit aussi longtemps à guérir que son frère aîné (observation VI).

Obs. X. — Vers le milieu de juillet, le père commença à être fatigué. Lorsqu'il rentrait de son travail, le soir, et qu'il voyait toute sa maisonnée atteinte, les plus malades, les grands, couchés dans des lits, d'autres, les plus petits, étendus sur des bancs qui servaient de couchettes improvisées, il était pris de désespoir, son cœur se serrait à la vue de ce triste spectacle et il maudissait son sort. Cette disposition d'esprit imprima à la maladie un cachet tout particulier. Après une courbature prémonitoire, il fut pris d'un violent mal de tête; je prévins sa femme qu'il allait être « pincé » comme les autres et elle lui administra d'emblée du sublimé. Il voulut sortir encore, tellement il avait le sentiment que son travail était indispensable à la subsistance des siens, mais il fut obligé de rentrer à la maison. Je l'ai vu alors, pendant quatre jours au moins, lutter contre le mal, tempêtant, s'écriant qu'il n'était pas assez malade pour ne pas travailler, parcourant la chambre comme un fou pour me montrer qu'il avait bonne jambe, puis, se heurtant à quelque meuble, il se prenait la tête dans les mains en s'affaissant sur un banc. Lorsqu'il dut se coucher enfin, il essayait encore, quand j'entrais, de se mettre debout; il sautait à bas du lit, et se tenant immobile : « Voyez, me disait-il, je n'ai rien; pourquoi ne

puis-je pas marcher? Pourquoi ne puis-je travailler? » Puis, se raidissant contre son sort, il tentait de faire un pas et retombait sur son lit, vaincu. A la fin il y demeura résolument, ne présentant plus que de l'excitation cérébrale. Il resta couché quinze jours à peine, puis la convalescence s'établit dans de bonnes conditions.

Obs. XI. — Mais la fille de quinze ans qui, jusque-là, avait aidé sa mère, fut atteinte à son tour de céphalée; elle dut s'aliter après avoir traîné pendant quelques jours un état de fatigue qui précède presque toujours l'éclosion de la fièvre. Elle fut mise au sublimé tout d'abord, avant même l'apparition des symptômes types. Elle ne fut malade que huit jours.

Obs. XII. — Enfin, pour en finir avec cette série, le garçon de six ans subit aussi les atteintes de la fièvre; on lui fit prendre le Van Swieten d'emblée, et la guérison s'obtint sans incidents, dans une courte période de temps.

N'est-il pas remarquable de voir ces sept malades, occupant ensemble deux mauvaises chambres, guérir tous d'une maladie dont l'infection aurait dû sévir avec d'autant plus d'intensité que toutes les circonstances se prêtaient à son développement? Je ne crois pas qu'on ait vu bien souvent guérir sept fièvres typhoïdes dans la même famille et dans pareille misère. C'est pourquoi je suis porté à croire que le sublimé a atténué la contagion des uns sur les autres, et contribué largement à la guérison de tous.

Observations XIII et XIV (2 guérisons).

Obs. XIII. — Dans cette même maison, à un étage inférieur, je fus appelé le 27 août auprès d'un petit malade de onze ans qui paraissait avoir la fièvre depuis deux jours; je lui donnai immédiatement la liqueur de van Swieten. Tous les symptômes de la fièvre typhoïde s'accusèrent nettement : abattement, gargouillement du ventre, épistaxis, céphalalgie, etc., température maxima le soir 40°.

Comme chez tous les malades qui font l'objet de ces observations, la figure resta bonne, le teint n'avait pas cet aspect terreux et blême des typhoïdiques en général; la langue était propre. La fièvre commença à décroître le 9e jour pour disparaître le 9 septembre. La maladie avait duré 15 jours. Comme épiphénomène, la mère me signala, vers la fin, un petit abcès à la marge de l'anus qui s'ouvrit spontanément et guérit de même, après que je l'eus fait laver et injecter avec la liqueur de van Swieten.

Obs. XIV. — Le frère du précédent, un petit garçon de six ans, fut pris de fièvre à son tour le 31 octobre; la température maxima fut de 39°6. Traitée au sublimé également, la fièvre tomba rapidement le 7e jour.

Obs. XV (guérison). — Dans une famille d'une aisance plus large, j'eus à soigner un jeune garçon de dix ans qui présentait d'abord les symptômes caractéristiques d'un embarras gastrique simple : mal de tête, langue pointillée, saburrale; j'ordonnai un vomitif. Nous étions au 21 novembre.

Le lendemain, sa mère, le trouvant mieux et bien débarrassé par son vomitif, l'emmena avec elle à Paris; mais le surlendemain j'étais rappelé et je pus constater le soir une température de 39°5, avec le cortège habituel d'une fièvre typhoïde au début. Immédiatement je fis prendre la liqueur de van Swieten. Le 25 novembre nous avions une température de 40°5. Pendant six jours j'eus à constater des températures vespérales de 40°2,; puis la température baissa progressivement pour rentrer dans la normale le 6 décembre. Cette première période nous donnait 15 jours de maladie, pendant lesquels il ne s'était produit aucun phénomène infectieux; la langue, en effet, était toujours restée humide et propre, le teint de la physionomie était pâle et rosé à la fois; la convalescence semblait devoir s'établir, mais l'appétit restait nul et les forces faisaient défaut. Ce n'était pas encore la convalescence. Comme dans deux observations précédentes, la fièvre était restée latente; il n'y avait plus de symptômes d'infection, plus de température; mais l'effet toxique, pour ainsi parler, n'était pas épuisé. Aussi, vers le douzième jour de cette convalescence apparente, soit que l'enfant se fût fatigué à la promenade, soit qu'il eût pris quelque excès de nourriture en disproportion avec le faible appétit qu'il avait encore (sous prétexte de ramener plus vite les forces), il eut une rechute le 18 décembre. Je fus rappelé et je constatai une température de 39°3 le soir qui monta le lendemain à 39°5. Etat général très bon, du reste; bon aspect, bonne figure, langue propre, à peine saburrale. Je fis reprendre le sublimé. Le 26 décembre la température revient à 37°. La vraie convalescence commence.

Durée totale 35 jours, en deux périodes de 15 jours et de 8 jours, séparées par un intervalle de pseudo-convalescence de 12 jours.

Obs. XVI (guérison). — Dans la même maison où j'avais déjà soigné neuf des malades dont il est question plus haut, j'eus occasion d'observer une nouvelle fièvre typhoïde chez une femme de 26 ans, enceinte de sept mois et demi.

Elle rentrait d'un petit voyage qui, disait-elle, l'avait fatiguée, et comme elle ressentait quelques douleurs dans le ventre, elle avait mandé d'abord la sage-femme auprès d'elle. Une épistaxis abondante s'étant déclarée, je fus appelé d'urgence par la sage-femme pour lui prêter mon concours.

C'était dans l'après-midi du 24 novembre 1892. Plutôt préoccupée de ses douleurs utérines et terrifiée par son hémorrhagie nasale, la patiente ne tenait aucun compte des symptômes concomitants, et les réponses qu'elle faisait à mes questions m'eussent laissé parfaitement dans l'ignorance de son état, si je n'avais réfléchi qu'elle habitait un local suspect, que cette hémorrhagie n'était que le sceau d'un empoisonnement typhique, et que les prétendues fatigues du voyage attribuées à l'état de grossesse n'étaient aussi bien que les prodromes de l'infection typhoïdique.

Je fus bientôt convaincu que mes prévisions n'étaient que trop fondées, lorsque le thermomètre m'eut accusé 39°2 de température.

Le col était déjà quelque peu dilaté : la sage-femme resta auprès de la malade pour l'assister dans ses couches, et le lendemain, lorsque je revins, l'accouchement était fait. C'était une petite fille, venue à sept mois et demi de gestation, que nous avons bien chauffée, bien soignée et qui a vécu très bien jusqu'au moment où j'ai cessé les visites à la mère (1).

Quant à celle-ci, je lui donnai immédiatement la liqueur de van Swieten à l'intérieur, tandis que la sage-femme, pour le reste, fit les injections d'usage.

Deux jours après son accouchement, la malade me raconta qu'elle avait eu dans la nuit un dévoiement excessif; elle prétendait n'avoir pas été moins de trente fois à la selle; d'autre part elle baignait dans une sueur profuse. Suivant la coutume que j'avais adoptée, je conseillai le laudanum pour arrêter ou tempérer le flux diarrhéique. En outre la malade se plaignait d'une violente douleur à la tempe gauche; cette douleur sembla céder à quelques cachets d'antipyrine; mais la liqueur de van Swieten fut continuée sans désemparer. Cette fois, ni l'épistaxis abondante, ni l'état puerpéral, ni la diarrhée colliquative, n'eurent raison de ma ténacité; chaque jour le sublimé fut administré.

La température monta le cinquième jour de mon intervention jusqu'à 39°9, puis elle diminua régulièrement. Enfin la fièvre tomba le 15 décembre. J'estime la durée totale de la maladie à vingt et un jours. Comme chez les autres malades, la langue a toujours été nette, propre et humide; l'expression de la physionomie était bonne, et la convalescence s'établit sans incident.

Obs. XVII (guérison). — Je ne veux relater que très brièvement l'historique d'une fièvre typhoïde que j'eus à observer le 26 novembre chez une jeune fille de 17 ans, dont la maladie évolua en 15 jours dans les mêmes conditions que celles de mon observation III. Le sublimé fut administré pendant tout le cours de la maladie, et il ne se présenta pas un seul symptôme qui méritât une mention spéciale.

La température maxima ne dépassa pas 39°8. L'état général fut toujours satisfaisant et la convalescence se dessina dans les meilleures conditions.

Obs. XVIII (guérison). — Un garçon de 11 ans, dont les parents font partie des nombreux locataires de cette maison où j'eus à soigner tant de malades antérieurement, fut conta-

(1) Elle est morte depuis, d'atrepsie.

miné le 12 décembre 1892. Je le mis au sublimé de suite. Il fut guéri le dixième jour. Ce fut un des cas les plus bénins de ceux qu'il m'a été donné d'observer dans cette série.

Je fais remarquer seulement qu'il figure ici comme onzième sujet atteint dans le foyer typhique, et qu'il ne le fut que très légèrement.

Obs. XIX (guérison). — Le 25 décembre, la mère de cet enfant, âgée de trente ans, fut prise de fatigue, courbature et céphalalgie avec fièvre modérée. Mise au sublimé, la fièvre était tombée le 6 janvier. Durée 10 jours. C'est le douzième cas dans la maison.

Obs. XX (guérison). — Vers le neuvième jour de sa maladie, le 5 janvier 1892, je fus appelé auprès d'une femme de 48 ans qui présentait les symptômes suivants : langue sèche, teinte subictérique, surdité, prostration; température vespérale 39°6. On commence le sublimé, eau de citron, etc.; le lendemain la langue devient humide. La malade avait tellement souffert de sa langue sèche, et les sensations de la bouche lui étaient redevenues si agréables qu'elle m'accueillit le second jour avec une effusion de remerciements. Dans la suite la température n'a pas dépassé 39°6; elle rétrocéda même rapidement, et le 10 janvier, le quinzième jour de la maladie, elle était tombée à 36°8. A partir de ce moment on pouvait croire que la convalescence allait s'établir nettement; mais, ainsi que je l'ai déjà fait observer dans d'autres cas, le virus sommeillait, il n'était pas éteint complètement; l'appétit restait nul, et la malade, qui se trouvait merveilleusement bien dans son lit, n'éprouvait aucune envie de se lever, sentant qu'elle n'en avait pas la force. Deux jours plus tard, je constatai encore une température de 37°8 le matin; il y avait des ondulations fébriles, bien insignifiantes d'ailleurs, qui restaient comme les derniers vestiges de la maladie. Mais sur ces entrefaites, un caprice d'appétit poussa la malade à goûter à un petit oiseau ; elle me soutint bien qu'elle n'avait fait que le sucer, sans en avaler un morceau ; toujours est-il que je constatai, le soir, une température de 39°2. C'était une rechute. La température baissa ensuite régulièrement, pour retomber à 36°8 le quatrième jour.

La maladie avait duré vingt jours, y compris une petite rechute de quatre jours.

Obs. XXI (guérison). — Je pensais préparer mes matériaux pour relater l'historique des vingt observations précédentes, lorsqu'un nouveau cas se produisit chez un homme de 27 ans que je vis le 5 janvier dernier. Il me consulta d'abord, chez un voisin, pour de violents maux d'estomac avec dévoiement. Comme on me fit entendre qu'il avait quelque peu fêté le jour de l'an et que son indisposition devait tenir à une absorption trop copieuse d'alcool, je l'envoyai tout simplement se reposer avec une potion laudanisée. Le surlendemain il me fit demander chez lui ; il avait dû se coucher, il ne pouvait plus se tenir sur ses jambes, il se disait tout étourdi et il m'attendait au lit. La diarrhée avait continué malgré le laudanum et le malade se trouvait dans un état d'affaissement très prononcé. Je pris sa température : elle était de 40°5! Pas de point de côté ; pas de crachats rouillés ; rien à l'auscultation. Quelle était donc cette fièvre? Je fis prendre deux cachets de sulfate de quinine à 60 centigr. chacun, et du sublimé.

Le lendemain matin, température 39°4, épistaxis, gargouillement de la fosse iliaque, mal de tête, etc. Le jour suivant : température du soir 40°3 ; délire, cauchemars, hallucinations, taches rosées en masse, sur le ventre ; rien à la poitrine. Plus de doute : c'est la fièvre typhoïde. J'augmente la dose de van Swieten et j'en fais prendre une cuillerée et quart. Le quatrième jour de mon intervention, la température est à 39°8 seulement, le soir ; le cinquième jour elle tombe à 38°4, le malade est beaucoup plus calme ; il se plaint pourtant vivement du mal de tête : antipyrine 1 gr. Après une nouvelle poussée à 39°3, la température se met à décroître pour tomber à 36°6, dans la matinée du 16 janvier. Cette fièvre qui s'annonçait dans des conditions graves était guérie en quinze jours.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

On conçoit que je n'aie pas donné pour chaque observation le tableau journalier des phases de la maladie, pas plus que je ne pouvais relater les incidents multiples qui se produisent au cours d'une fièvre typhoïde, sans m'exposer à des longueurs et à des redites qui seraient devenues fastidieuses pour le lecteur. J'ai voulu donner surtout un exposé rapide de chaque cas dans ce qu'il a pu présenter de particulièrement remarquable par le traitement au sublimé.

Et d'abord il m'a paru que, dans tous les cas que j'ai traités et rapportés ici, l'infection typhoïdique avait été considérablement atténuée par le sublimé, sinon complètement arrêtée. J'en ai jugé d'une part par l'état du facies, de la langue et de la bouche, ainsi que par l'état du ventre qui n'a jamais été extrêmement ballonné. On verra, d'autre part, ce que je pense de l'état du cœur.

En effet, les malades, comme je l'ai déjà dit au cours de mes observations, ont tous conservé un teint rosé malgré sa pâleur, et il semblait qu'à travers la peau diaphane et fraîche du visage, on devinât la netteté et la pureté de la circulation capillaire. La langue a toujours été humide et rose ; à peine était-elle quelque peu chargée, parfois, d'une simple saburre blanche qui disparaissait par un lavage à l'acide salicylique. Je n'ai jamais remarqué de fuliginosités sur les dents.

Ces constatations me firent faire cette réflexion que si le pus avait disparu en chirurgie, de même il ne devait plus se produire de fuliginosités dans la fièvre typhoïde. Ces remarques déjà signalées par le professeur Bouchard (1) constituent un grand pas dans l'antisepsie des affections typhoïdes, et je suis heureux, pour mon compte, d'en rapporter aussi les preuves authentiques.

Je n'ai pas consigné non plus, pour chaque cas, les rapports du pouls avec la température, bien que j'aie fait à cette occasion une remarque très curieuse sur laquelle je veux m'arrêter un instant : j'ai observé très souvent que le nombre des pulsations était de beaucoup inférieur au nombre des degrés thermométriques que l'on pouvait s'attendre à rencontrer chez le même malade.

Ainsi, lorsque je comptais 72 pulsations, par exemple, je croyais la fièvre tombée ; pas du tout : le thermomètre me donnait encore 38°6. J'ai eu 39°8 avec 80 pulsations seulement, etc. Cette disproportion entre les deux termes fébriles en faveur de la régularité des fonctions du cœur et du repos du muscle cardiaque s'est répétée très fréquemment.

J'ai pu en conclure que l'élévation de la température ne tenait pas à une suractivité de la circulation, mais paraissait procéder d'un état fermentescible contre lequel il importait de lutter. Et j'ai pensé aussi que, le cœur restant indemne contre l'invasion des ferments organiques, le maintien de la vie se trouvait assuré par la régularité de ses fonctions.

Quelle part revient au sublimé dans cette préservation du cœur contre l'infection typhoïdique? On en jugera par l'avenir. Mais s'il est reconnu qu'il oppose une barrière aux myocardites infectieuses, comme je le pense, on voit combien de chances de mort il enlève à la fièvre typhoïde, et quelle importance prend, dans le traitement de cette maladie, l'antisepsie par le sublimé telle que je la pratique.

L'ensemble du traitement a été généralement le même pour tous les cas. Je le résume dans le tableau synoptique ci-contre. Le sublimé, administré comme je l'ai prescrit, a été très bien accepté par tous les malades, et toujours très bien toléré. Il a été continué jusqu'au jour où la fièvre était complètement tombée. Les malades ne commençaient à en manifester du dégoût que vers le moment où la fièvre cessait. Même pendant la défervescence, les plus difficiles se laissaient encore faire. Autant

(1) Bouchard, *Leçons sur les auto-infections.*

que possible, je ne cessais le sublimé que deux ou trois jours après que la température était revenue à 37°. Dans les rechutes, je le faisais reprendre immédiatement.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU TRAITEMENT

Toute l'eau qui devra servir à l'usage du malade sera préalablement bouillie.

Liqueur de van Swieten.	Adultes : Une cuillerée à bouche chaque jour, dans un verre d'eau bouillie sucrée, à boire en 4 fois dans la journée. A 12 ans : 3 cuillerées à café, *idem.* A 6 ans : 2 cuillerées à café, *idem.*
Collutoires et gargarismes.	Acide salicylique......... .... 10 gram. Eau bouillie...................... 1 litre. Alcool de menthe (pour aromatiser).. X gouttes On peut étendre d'eau si la solution pique trop fort la muqueuse.
Boissons à la température de la chambre.	*a* Sirop de framboises........... 150 gram.; Chlorate de potasse........... 6 —; Eau bouillie.................. 850 — A boire à discrétion. *b* Sirop de groseilles et eau de Seltz. *c* Citronnades. Varier à la volonté dn malade.
Diarrhée.	*a* Laudanum de Sydenham......... 2 gouttes. Répétées deux ou trois fois par jour, dans un peu d'eau bouillie sucrée. *b* Naphtol.
Poussée fébrile, douleurs.	*a* Sulfate de quinine, suivant l'âge. *b* Antipyrine, *idem.*
Insomnie et agitation.	*a* Eau de laurier-cerise ; une cuillerée à café le soir dans un peu d'eau sucrée. *b* Lotions fraîches à l'eau additionnée d'eau sédative ou d'eau de Cologne.

Régime alimentaire : Bouillon, lait bouilli, potages au tapioca, eau vineuse; puis panades claires, purées, qu'on épaissit de plus en plus au fur et à mesure qu'on avance dans la convalescence.

Contagion : Sulfate de cuivre dans les vases de nuit, lavage des pavés et parquets, etc.

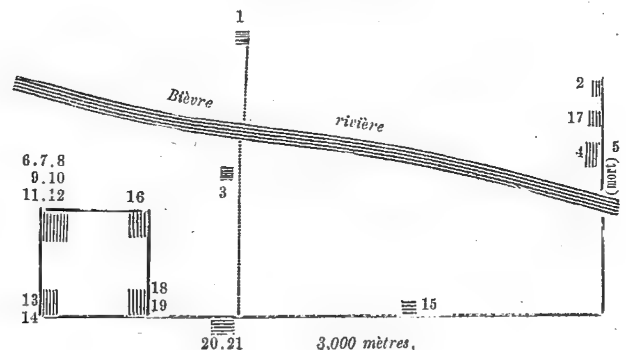
STATISTIQUE

Les 21 cas observés se répartissent ainsi :

Par âge.	20 ans et au-dessus	7	21
	de 15 à 20 ans	5	
	de 10 à 15 ans	6	
	au-dessous de 10 ans	3	
Par sexe.	Masculin	12	21
	Féminin	9	
D'après les caractères morbides.	Bénins, observ. VIII, XI, XII, XIV, XVIII, XIX	6	21
	Moyens, observ. III, IV, VII, X, XIII, XV, XVI, XVII, XX	9	
	Graves, observ. I, II, V, VI, IX, XXI	6	
Par rapport à l'agglomération.	*a* Dans le même immeuble	12	21
	a Autres	9	
	b Dans la même famille	7	21
	b	2	
	b	2	
	b	2	
	b	2	
	b Isolés	6	
Terminaison.	Guérisons	20	21
	Mort	1	

Mortalité : 5 0/0 (Exactement 4,76 0/0).

RÉPARTITION TOPOGRAPHIQUE, AVEC LES NUMÉROS DES OBSERVATIONS.



(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur un cas de gliome intéressant les tubercules quadrijumeaux, par Tissier (*Annales de médecine*, 1893, n° 3, p. 19, et n° 5, p. 33). — Sujet âgé de 21 ans, souffrant depuis 1882 de céphalalgies intenses par accès, et ayant présenté ultérieurement des crises épileptiques. Celles-ci augmentent de fréquence, la vue baisse, il se produit insidieusement une hémiplégie gauche avec exagération des réflexes. L'examen des yeux montre de la mydriase double plus accentuée à droite, avec réactions pupillaires faibles; les pupilles sont grisâtres, le champ visuel est irrégulièrement rétréci des deux côtés, il y a de l'achromatopsie, le champ du bleu est seul respecté. A l'autopsie on découvre une tumeur gélatiniforme mal circonscrite, du diamètre d'une pièce de 1 franc, au niveau du tubercule quadrijumeau antérieur droit, du ramollissement de l'étage inférieur du pédoncule du même côté. La tumeur est un gliome. L'auteur étudie à cette occasion la physiologie de la vision; il rappelle les cas analogues encore très rares ; il insiste sur ce point que les lésions des tubercules quadrijumeaux antérieurs détermineraient des troubles de la vision, tandis que celles des postérieurs seraient suivies de paralysies des mouvements de l'œil et d'ataxie.

Pseudo-tumeurs multiples de la moelle chez un paralytique général (Ein Fall von multiplen tumorartigen Missbildungen am Rückenmark eines Paralytikers), par B. Feisst (*Archiv. Virch.*, Bd CXXX, Heft 3, 1892, p. 444). — Sujet âgé de 49 ans, paralytique général depuis 3 ans, mort par accident. Dans la moelle cervicale on trouve une hyperplasie névroglique réticulaire dans les cordons de Goll; le faisceau radiculaire du cordon antéro-latéral présente beaucoup de vaisseaux à direction compliquée. Des formations névrogliques analogues se trouvent dans la moelle dorsale dans les cornes antérieures, entre la 2e et la 5e paire. Ces parties sont homogènes et se colorent fortement par les réactifs : au niveau de la 5e dorsale ces formations pénètrent latéralement dans la substance blanche, et atteignent même la pie-mère. Il existe de la dégénération des cordons de Goll dans les régions lombaire et dorsale.

Sur la migraine (On migraine), par Alex. Wallace (*The Lancet*, 14 janvier 1893, n° 3620, p. 79). — Le cas rapporté est très intéressant en ce qu'il concerne la propre observation de l'auteur, qui conclut des remarques faites à ce propos sur lui-même et sur d'autres malades que la migraine est avant tout le résultat d'un vice de la nutrition, ou mieux à une excrétion défectueuse ou insuffisante partiellement du foie, principalement du rein. Il déduit de là une thérapeutique préventive particulière, et un traitement de l'attaque dont les boissons alcalines associées au salicylate de soude font tous les frais.

Hémi-anesthésie chez le père et la fille (Hemianæsthesia in father and daughter), par S. Placzek (*Medical

Record, 24 décembre 1892, n° 1155, p. 735). — Famille neuropathique : père et grand-père alcooliques, mère à tentatives de suicide. L'enfant a eu des convulsions, a souffert récemment d'irritabilité nerveuse; son jeune frère est bègue. Chez le père on constate une hémi-anesthésie gauche, sensitivo-sensorielle avec rétrécissement concentrique du champ visuel total; il existe de plus de la faiblesse et du tremblement des membres inférieurs. Le tremblement s'exagère, sous l'influence des mouvements, en véritables convulsions qu'arrêtent diverses manœuvres suggestives, l'hypnotisme en particulier. La fillette, âgée de neuf ans, offre aussi une hémi-anesthésie gauche; elle tombe fréquemment dans l'état cataleptique. En somme il s'agit d'hystérie typique chez l'un et chez l'autre.

Persistance d'une modification profonde de la formule des phosphates chez un hystérique, en dehors de la période d'attaque, par E. Poels (*Journal de médecine de Bruxelles*, 14 janvier 1893, n° 2, p. 24). — Le sujet, âgé de 43 ans, après avoir eu une attaque il y a deux ans, a présenté à la suite d'une chute, en même temps que des signes de neurasthénie, des tremblement au début des mouvements volontaires, des réflexes tendineux normaux, une hypo-esthésie droite, sensitive et sensorielle avec rétrécissement concentrique du champ visuel, enfin des attaques convulsives épileptiformes. Les analyses d'urine commencées deux jours après la dernière attaque, et continuées pendant cinq jours, ont montré constamment l'inversion de la formule des phosphates que Gilles de la Tourette et Cathelineau ont donnée comme n'existant au contraire chez les hystériques que pendant les manifestations pathologiques autres que les stigmates. L'auteur conclut de là que le caractère pathognomonique attribué à ce signe perd *ipso facto* de sa valeur.

MÉDECINE

Sclérodermie (Sklerodermie), par Duikler (*Deut. Arch. für kl. Med.*, Bd XLVIII, Hft 5 et 6, p. 514). — Il s'agit d'une affection spéciale comportant au début des phénomènes vaso-moteurs et hyperémiques, puis une tuméfaction dense des parties tégumentaires, et à la fin une atrophie presque cicatricielle. La pigmentation et la desquamation peuvent exister, mais sont des phénomènes contingents. Il existe deux formes, circonscrite et diffuse, de la maladie ; elles peuvent coïncider ou se transformer l'une dans l'autre; quoiqu'il s'agisse d'un processus cutané, on a pu voir des lésions névromusculaires topografiquement correspondantes. Ce sont les lésions vasculaires qui dominent toute l'anatomie pathologique de l'affection ; il y a de l'artérite totale des moyennes et petites artères. Du côté du tissu conjonctif, il y a des formations embryonnaires qui se tassent, s'organisent et finalement se rétractent. La pigmentation est produite par une accumulation du pigment dans la couche cylindrique basale. Les lésions de la substance grise médullaire affirmées par Chalvet et Luys n'ont plus été retrouvées. La sclérodermie peut survenir spontanément, ou suivre un traumatisme. Rien ne prouve qu'elle soit d'origine infectieuse; on peut la comparer à une inflammation chronique ordinaire, régie par une lésion primordiale du système artériel.

Tuberculine dans la tuberculose inoculée (Tuberculin bei Impftuberculose), par Yamagirva (*Virch. Arch.*, Bd CXXIX, Hft 2, p. 337). — L'évolution de la tuberculose expérimentale chez le cobaye et le lapin n'est pas modifiée par les injections de tuberculine : la généralisation se fait à son heure, elle n'est pas d'ailleurs avancée. Les foyers tuberculeux ne sont nullement envahis par un travail nécrosique ; les tubercules de la rate chez les cobayes sont seulement plus tôt calcifiés, ou envahis par le dépôt pigmentaire. Peut-être peut-on dire qu'autour des foyers tuberculeux étendus et dans ces foyers mêmes, l'infiltration embryonnaire paraît plus développée. L'ulcère tuberculeux du point inoculé guérit ou s'améliore plus aisément chez les animaux injectés. La tuberculose des animaux injectés fournit des inoculations en séries parfaitement régulières.

Paralysie aiguë du cœur (Zwei Fælle von rapider Herzlæhmung), par F. Crooke (*Virch. Arch.*, Bd CXXIX, Hft 2, p. 186). — Le premier cas se rapporte à un homme de 30 ans, chez qui se développa au cours d'une syphilis secondaire acquise, une endaortite très caractérisée avec extension du processus aux artères cardiaques. L'une des coronaires a été oblitérée lentement. C'est au moment où un thrombus se forma dans l'autre que le malade fut pris d'une angoisse cardiaque et d'étouffements qui l'emportèrent en quelques heures.

L'autre malade, homme de 45 ans, était pris subitement d'un grand malaise, s'affaissait sans perdre connaissance, mais accusant une douleur violente à la région précordiale. Le cœur était ralenti, à peine sensible. La mort survenait 8 à 9 heures après les premiers symptômes. A l'autopsie on trouvait un hémopéricarde considérable, et une rupture de la crosse de l'aorte. Le vaisseau très friable avait complètement perdu son élasticité : ce fait était en rapport avec des altérations histologiques spéciales des lames élastiques du vaisseau.

Tumeurs des voies aériennes (Primære Geschwülste der unteren Luftwege), par Siegert (*Virch. Arch.*, Bd CXXIX, Hft 3, p. 413). — Le premier cas est une tumeur développée au niveau de la bifurcation de la trachée, et trouvée fortuitement chez un homme de 54 ans mort de septicémie. Il s'agissait d'un papillome typique assez riche en vaisseaux, mais ne contenant pas de nerfs. La surface est recouverte de cellules épineuses. On pourrait penser qu'il s'agit d'une métaplasie de l'épithélium trachéal; mais le siège même de la tumeur indique plutôt une relation avec le développement et une connexion embryologique avec l'intestin supérieur.

La deuxième tumeur est un enchondrome intra-bronchique trouvé à l'autopsie d'une femme de 61 ans morte de broncho-pneumonie. La néoplasie siégeait vers le hile dans le lobe moyen; elle semblait manifestement née du périchondre d'un cartilage bronchique. Le développement des vaisseaux prenait ici une importance telle que la tumeur pourrait justement être dénommée chondro-angiome.

CHIRURGIE

Contribution à l'étude pathogénique des abcès tropicaux du foie, par Loison et Arnaud (*Revue de médecine*, novembre 1892, p. 898). — Les abcès tropicaux du foie sont d'origine microbienne; ils sont mono ou polymicrobiens, quelquefois amicrobiens en apparence, ils ne présentent par conséquent aucun caractère de spécificité bactériologique ; ils ne présentent non plus aucun caractère de spécificité clinique et se développent dans le cours de diverses infections du tube digestif; ces abcès paraissent être le plus souvent d'origine pyocholique, rarement ils paraissent être d'origine pyohémique; sitôt reconnus, ils doivent être débridés largement et drainés suffisamment, sans s'occuper des adhérences pleurales et péritonéales.

Tumeur rachidienne, extirpation (Estirpazione di un tumore intradurale del canale rachideo), par A. Caponotto et B. Pescarolo (*La Riforma medica*, 25 novembre 1892, p. 543). — Homme de 33 ans; depuis 14 ans, douleurs intercostales gauches (du 3e au 7e espace), puis spasmes dans les membres inférieurs, puis paraplégie complète; ablation des apophyses épineuses et des lames des 2e et 3e vertèbres dorsales, incision de la dure-mère; on trouve une tumeur arrondie, blanchâtre, remontant jusqu'à l'arc de la 3e vertèbre, se prolongeant sous les 4e et 5e dont on extirpe les arcs; avec le doigt, on détache la tumeur qui se rompt à sa partie moyenne et est très adhérente à sa partie inférieure; le canal rachidien est absolument vide dans sa partie inférieure, la moelle s'arrête brusquement à la partie supérieure de la tumeur; suture, drainage, la tumeur est un fibro-sarcome avec des parties d'aspect myxomateux; cicatrisation lente, retardée par le développement d'un abcès; aucune modification dans les troubles sensitifs et moteurs des membres inférieurs.

Néphrorraphie (Studii sperimentali sulla nefrorrafia), par C. Zatti (*La Riforma medica*, 22 et 23 novembre 1892, p. 508 et 519). — Chez le chien, le travail de granulation est plus actif lorsqu'on dépouille le rein de sa capsule fibreuse que lorsqu'on ne la décortique pas; en dépouillant le rein de sa capsule propre on produit des destructions superficielles de la substance rénale qui se comblent par du tissu cicatriciel et qui s'accompagnent de lésions dégénératives et inflammatoires limitées à la partie la plus externe de la substance cor-

ticale. En cautérisant la capsule avec le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent, on provoque une néoformation plus active qu'en décortiquant la capsule et on ne détermine aucune altération de la substance rénale; l'extirpation du tissu adipeux périrénal et de celui de la capsule adipeuse du rein permet d'obtenir des adhérences plus étendues du rein à la paroi lombaire que lorsqu'on laisse ce tissu en place.

Cure radicale de l'hydrocèle (Contributo alla cura radicale dell' idrocele col processo del Tuillard), par D. Boui (*La Riforma medica*, 19 et 20 décembre 1892, p. 771 et 782). — Sur 48 cas d'hydrocède, Boui a employé quarante-six fois le procédé de Tuillard et deux fois, en raison de l'épaississement notable de la vaginale, le procédé de Bergmann. La guérison complète s'est faite vingt-huit fois en 7 à 12 jours, onze fois en 12 à 15 jours, quatre fois en 15 à 20 jours, cinq fois en 20 à 28 jours : ces cinq derniers cas ont trait à des hydrocèles volumineuses, ponctionnées plusieurs fois, à parois épaisses, pour lesquelles l'opération sanglante était certainement indiquée, même pour les partisans de la ponction. Aucun des malades qui ont été vus ultérieurement n'a eu de récidive.

Synovite proliférante et boursites du genou (Di un caso di sinovite prolifera e borsite del ginocchio), par D. Biondi (*Archivio di ortopedia*, 1892, fasc. 6, p. 452). — Homme de 49 ans, souffrant du genou droit depuis quatre ans environ; tuméfaction du genou, surtout au niveau du cul-de-sac supérieur et des bords de la rotule, augmentant par la flexion, fluctuation au niveau de l'articulation, crépitation dans les mouvements, nombreux corps lobulés, disposés en grappes, assez consistants, peu douloureux et fuyant sous le doigt, un corps non mobile au niveau du cul-de-sac supérieur; à la face postéro-interne de la jambe, une tumeur remontant depuis son tiers moyen et se plaçant en dehors du tendon du demi-membraneux; atteignant le volume d'un œuf d'autruche, communiquant avec l'articulation. Une incision sur le bord interne permet de pénétrer dans l'articulation, de ruginer les végétations à large base qui tapissent la séreuse; une autre incision sur le bord interne de la jambe fait pénétrer dans la bourse séreuse située entre le jumeau interne et le demi-membraneux dont les parois adhèrent intimement aux tissus environnants; l'orifice de communication avec la synoviale a une forme elliptique, mesure environ un centimètre et demi de large et correspond à la partie la plus saillante du condyle interne du fémur; on retire des deux cavités 150 grammes de liquide citrin et 125 grammes de villosités. Guérison en 20 jours.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine publié sous la direction de MM. Charcot, Bouchard et Brissaud. T. IV. Paris, G. Masson, 1893.

Ce quatrième volume contient l'étude des maladies des fosses nasales et du larynx par M. Ruault; de l'asthme par M. Brissaud; de la coqueluche par M. Le Gendre; des maladies des bronches, des maladies chroniques du poumon et des maladies du médiastin par M. A. Marfan; des maladies aiguës du poumon et des maladies de la plèvre par M. Netter.

Quel que soit le mérite, et nous nous plaisons à le proclamer hautement, des monographies relatives aux maladies du larynx, à l'asthme et à la coqueluche, nous devons signaler d'une manière toute spéciale les chapitres dus à M. Marfan, en particulier l'étude si complète, si approfondie, qu'il a faite de la phthisie pulmonaire et l'article dans lequel M. Netter a étudié la pneumonie. On doit faire remarquer aussi que, dans ce volume et, en particulier, dans les chapitres que je viens de signaler, la thérapeutique occupe la place qu'elle mérite et qui parfois lui a été ailleurs trop rigoureusement mesurée. On lira avec intérêt ce que M. Marfan déclare nettement au sujet de la méthode révulsive appliquée au traitement des lésions inflammatoires du poumon (p. 314). Quelles que soient les explications théoriques, l'effet de la révulsion locale est indéniable aussi bien dans les bronchites que dans les pneumonies et les pleurésies. Il est vrai que révulsion n'est pas synonyme de vésicatoire et que, si nous admettons l'utilité des ventouses sèches souvent répétées au début des pneumonies et des pleurésies, nous contestons l'utilité du vésicatoire, sauf à la période d'état ou au déclin de certaines pleurésies. Mais ce n'est pas le lieu de répéter ce que nous avons maintes fois écrit dans ce journal. Nous préférons recommander aux méditations des systématiques d'une part, et d'autre part des jeunes médecins sceptiques, ce que M. Netter a si bien dit du traitement de la pneumonie. On ne l'accusera point d'être hostile aux idées nouvelles et cependant, s'il ne s'étend pas aussi longuement que M. Marfan pour bien préciser les traitements qu'il préfère, il n'hésite pas à signaler, sauf à les discuter, les médications anciennes et à affirmer qu'il n'existe pas de médication uniforme de la pneumonie, mais qu'il importe d'agir suivant les indications fournies par le pouls, le thermomètre et les symptômes cérébraux.

Il va sans dire cependant que la thérapeutique n'occupe et ne devait tenir dans ces deux grands articles qu'un petit nombre de pages et qu'on y cherchera surtout un brillant exposé des notions récentes fournies par l'anatomie pathologique, la bactériologie et la clinique. A ce point de vue, les chapitres dus à M. Netter empruntent aux travaux personnels de l'auteur une valeur incontestable et qui donne plus de mérite encore à l'œuvre qu'il a écrite. Quant à l'article de M. Marfan, il a été rédigé avec une conscience, un sens clinique et une érudition critique qui font le plus grand honneur à son auteur. Ce nouveau volume continue donc dignement une publication qui rendra les services les plus signalés, parce qu'elle est rédigée par des cliniciens déjà expérimentés, en mesure par conséquent de bien discerner ce qu'il faut retenir des traditions du passé et ce qu'il convient d'y modifier en raison des découvertes contemporaines. L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Contribution a l'étude de la blépharite ciliaire, par Borno. Thèse doctorat, Paris, 1892-1893.

Pour le traitement de la blépharite ciliaire par la glycérine au sublimé, on a recours au procédé suivant :

On prescrit deux solutions de glycérine au sublimé : l'une à 1 0/0 dont tous les jours le malade se servira lui-même pour faire des badigeonnages à la base des cils du côté de la peau. Ces badigeonnages doivent être faits à l'aide d'un petit pinceau à miniature. Si par mégarde il laisse pénétrer un peu de solution sur la conjonctive, le mal ne sera pas grand et se réduira à une sensation de brûlure pas trop forte que fera cesser une simple lotion d'eau froide; la seconde solution au 1/30e sera appliquée par le médecin lui-même tous les deux jours et toujours en badigeonnages à la base externe des cils.

Quelques considérations sur l'emphysème sous-cutané et médiastin, par Héan. Thèse doctorat, 1892-1893.

L'emphysème du tissu cellulaire du médiastin peut dans certains cas être diagnostiqué : il se traduit, à l'auscultation, par une crépitation fine, synchrone à la systole cardiaque, et, à la percussion, par une disparition de la matité cardiaque, qui est remplacée par une sonorité anormale.

L'emphysème sous cutané ayant largement envahi la face peut déterminer un véritable *kémosis aérien*.

L'emphysème sous-cutané entraîne une anémie très prononcée de la peau, et peut, lorsqu'il porte sur la tête, déterminer une congestion cérébrale supplémentaire qui assombrira le pronostic.

L'emphysème sous-cutané non traumatique est plus fréquent qu'on ne l'avait cru chez l'adulte. On l'a signalé au cours de la fièvre typhoïde; il peut être une complication rare de l'emphysème pulmonaire. Il constitue une des complications peu fréquentes, mais incontestables, du choléra.

La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira le vendredi 12 mai, à 9 heures du matin, au Palais des Sociétés savantes. Le titre des communications devra être adressé *avant le* 25 *avril* au secrétaire général, M. le Dr Joal, 17, rue Cambacérés. Dans sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour la discussion des questions suivantes :

1° *Traitement de l'otorrhée;* Rapporteurs : MM. Miot (de Paris); Polo (de Nantes);

2° *Traitement de la tuberculose laryngée;* Rapporteurs : MM. Garel (de Lyon), Moure (de Bordeaux); Castex (de Paris);

3° *Affections des cavités accessoires du nez*; Rapporteurs : MM. Cartaz (de Paris); Lacourret (de Toulouse).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 24 février 1893.

L'obstétrique et la gynécologie dans les hôpitaux.

M. Doléris vient de faire imprimer et distribuer un rapport sur l'enseignement de la gynécologie en France. Très habilement présenté, ce mémoire tend à établir que si l'enseignement de la gynécologie présente en France « une insuffisance flagrante » (1), cela tient uniquement à ce que les salles de gynécologie ne sont pas rattachées aux salles d'obstétrique. Tout irait, au contraire, pour le mieux dans le meilleur des mondes, si le gynécologiste était accoucheur au lieu d'être chirurgien.

La preuve de ce qu'il avance, M. Doléris croit la trouver dans l'observation de ce qui se passe à l'étranger. La question y serait, à l'en croire, « tranchée avec une unanimité parfaite; *la gynécologie est classée comme une suite naturelle de l'obstétrique.* »

Si nous recherchons dans nos souvenirs ce que nous avons vu à l'étranger, nous ne trouvons plus aussi parfaite cette conjonction de l'obstétrique et de la gynécologie. Pour prendre l'Angleterre, — dont nous croyons connaître l'organisation hospitalière, — comme exemple, nous voyons bien, comme le dit M. Doléris, que dans les hôpitaux, à Saint-Barthélemy, pour citer le plus important, il y a une salle spéciale réservée au traitement des maladies des femmes; nous voyons même, comme il le rappelle, que des hôpitaux entiers, le Samaritan Hospital, pour parler toujours de l'établissement le plus connu, ne reçoivent que des femmes ou des enfants. Mais, ce que M. Doléris oublie de dire, c'est qu'à Saint-Bartholomew's hospital, l'accoucheur n'a, *de par les règlements*, pas le droit de toucher un bistouri même chez une de ses accouchées; que, pour le moindre abcès à ouvrir, il est obligé d'appeler son collègue de chirurgie, *à fortiori* qu'il ne peut exécuter la moindre opération gynécologique, pas même la plus petite intervention plastique sur le col ou sur le périnée. Il se passe donc dans la plus grande école de Londres, de par les règlements, ce que, de son plein gré et en vertu de ses idées bien connues sur les avantages de la séparation des pouvoirs, le professeur Pinard a institué dans sa clinique, que M. Doléris regardait, sur la foi de renseignements erronés, comme la seule dont le titulaire appelât un chirurgien pour pratiquer non pas dans son service les opérations sanglantes (tout le monde sait que M. Pinard fait la chirurgie obstétricale, césarienne, Porro, symphyséotomie, ischiopubiotomie, grossesse extra-utérine), mais les opérations de chirurgie gynécologique, ce qui est tout autre chose.

Quant aux grands hôpitaux consacrés aux femmes, comme le Samaritan, nous rappellerons que toutes les opérations y sont faites par des chirurgiens qui s'appelaient hier Spencer Wells et Kn. Thornton, qui s'appellent aujourd'hui Bantock, A. Doran et Meredith, dont aucun n'a fait, ne fait, ni ne fera d'accouchements.

Hors de Londres, il en est de même; le plus grand nom de la gynécologie anglaise, L. Tait, n'écrivait-il pas récemment encore : « *Le temps n'est plus où le traitement des affections pelviennes était l'apanage exclusif des accoucheurs. La gynécologie et l'obstétrique ont désormais leurs voies bien séparées, et de cette division du travail sont résultés des progrès immenses pour chacune des deux sciences.* »

C'est parce qu'en France on a constaté que dans les services mixtes les accouchées étaient un peu abandonnées, que l'on a créé il y a une douzaine d'années les accoucheurs des hôpitaux. Ceux-ci ont déjà rendu, rendent et rendront encore d'immenses services à la classe pauvre de la population parisienne. On ne voit plus aujourd'hui, ce que nous avons vu partout au début de nos études médicales, de malheureuses parturientes ou accouchées délaissées ou à peu près, abandonnées aux soins d'une infirmière improvisée sage-femme ou, ce qui ne valait guère mieux, d'un interne de garde ignorant le premier mot de l'obstétrique. Je ne dis pas que l'on reviendrait fatalement à cet âge de pierre si l'on adoptait les conclusions de M. Doléris; mais la plus grande variété

(1) Il est curieux de voir M. Doléris s'apitoyer sur l'insuffisance de la gynécologie française au moment où elle vient de produire un traité traduit en anglais, en allemand, en italien et en espagnol, traité regardé déjà comme classique dans toutes les parties du monde. Il est vrai que ce traité n'émane pas d'un accoucheur.

des cas gynécologiques tentera presque toujours le chef de service, dont les deux heures de présence chaque matin (et nous faisons la part large) suffiront à peine à l'examen des postulantes, au diagnostic des entrantes, aux opérations et aux soins consécutifs.... du service gynécologique. Ne serait-ce même pas l'attrait exercé sur lui par les cas si variés de la gynécologie qui a poussé M. Doléris à écrire son rapport, j'allais dire son plaidoyer? L'expérience nous montre que, de tous temps, les services mixtes ont eu tendance à devenir surtout des services de gynécologie. Il suffit d'aller en Allemagne, pays de prédilection des services mixtes, pour voir que, dans la majeure partie de ces services, l'obstétrique est reléguée au second plan, souvent abandonnée à un assistant, qui n'est même pas toujours le premier assistant.

La question nous paraît donc tranchée au point de vue des malades. *Les femmes en couches ont tout intérêt à être soignées par des accoucheurs, exclusivement accoucheurs.*

Quant aux femmes qui sont justiciables non plus d'une intervention obstétricale, mais d'une opération gynécologique, il semble *a priori* évident qu'elles auront avantage à recourir à un chirurgien dont l'éducation manuelle aura été plus complète que celle d'un accoucheur chirurgien.

Reste le second point, la question de l'enseignement. Certes il y a de ce côté beaucoup à faire, mais pas seulement en gynécologie, et la modification consistant à adjoindre aux salles d'obstétrique des salles de gynécologie, n'aurait probablement pour résultat que de diminuer l'importance de l'enseignement de l'obstétrique. Ne voyons-nous pas depuis quelques années l'école obstétricale française tendre à reprendre peu à peu le terrain perdu par elle, au temps des services mixtes? Cette renaissance des études obstétricales ne cesserait-elle pas si l'on revenait à ces derniers? Il suffit pour en juger de peser ce qu'ont fait en obstétrique les accoucheurs gynécologues.

Peut-être trouverait-on le moyen de ramener à Paris la clientèle étrangère partiellement perdue par l'institution de l'enseignement payant ou par celle, que propose M. Doléris, d'un hôpital général des spécialités, une « post graduate school ». Ce sont là de grosses questions qui entraîneraient probablement d'autres réformes et que nous ne pouvons traiter en quelques mots à la fin d'un article.

HENRI HARTMANN.

REVUE GÉNÉRALE

L'Amusie (1).

Le terme général « *amusie* » a été récemment introduit dans la nomenclature médicale, pour servir à désigner des troubles de la faculté musicale qui paraissent correspondre à ceux de la faculté du langage connus sous le nom d'aphasie. L'amusie constitue donc une des formes de l'atymbolie, c'est-à-dire un mode d'altération de l'utilisation des signes qui servent à l'homme pour exprimer ou pour comprendre les idées et les sentiments, presque au même titre que l'aphasie à laquelle, au reste, elle est le plus souvent associée.

Ces troubles n'ont guère été étudiés que dans ces dernières années, et ils ne paraissent pas avoir attiré l'attention autant qu'il eût été désirable. Cela tient, sans doute, à ce que, en premier lieu, ils sont véritablement exceptionnels à l'état de pureté ou mieux d'isolement; cela provient aussi de ce qu'ils supposent un degré spécial de culture chez les sujets qui sont frappés des lésions susceptibles de leur donner naissance.

***

Il nous faut en effet arriver jusqu'en 1888, date du mémoire de Knoblauch, pour trouver un véritable travail d'ensemble sur ce point spécial, car, auparavant, nos connaissances sur l'amusie se réduisent aux quelques particularités notées sur ce mode d'expression, au cours des relations d'aphasie.

Toutefois, l'intégrité que peut conserver la faculté de chanter chez des aphasiques est déjà mentionnée par Bouillaud dès 1865. L'histoire est devenue classique de cet aphémique qui chantait la *Marseillaise* avec le seul son qu'il pouvait articuler. Un aphasique de Béhier, cité par Bernard, « chantait très nettement la *Marseillaise* et la *Parisienne*, sans articuler les paroles, mais en modulant ces airs à l'aide du même monosyllabe *tan, tan, tan*, qu'il pouvait émettre. »

Un malade de M. Proust pouvait écrire la musique, mais était incapable de la lire. M. Grasset (1878) a raconté un fait plus curieux : un officier réduit à *pardi* et à *b*, et incapable de prononcer les mots *enfant* et *patrie*, isolément, chante exactement, *paroles* et musique, le premier couplet de la *Marseillaise*. Un cas semblable est rapporté par M. Brown-Séquard. M. Charcot a cité deux faits d'amusie ayant trait à des variétés diverses du syndrome. Dans l'un, le sujet ne pouvait lire la musique, dans l'autre il s'agit d'un joueur de trombone qui était devenu incapable de se servir de son instrument, bien qu'ayant conservé toutes ses autres facultés.

Jusque-là ces particularités ne sont guère remarquées, sinon comme des complications ou des anomalies de l'aphasie. Avec Kast et surtout Stricker (1885), on se préoccupe déjà de rapporter ces phénomènes à des altérations d'une mémoire *spéciale*. Dans l'observation de Kast le malade présentait, il est vrai, de l'aphasie motrice et de la cécité verbale, mais ce qui frappait surtout, c'était l'impossibilité où il était de chanter, alors qu'il entendait et comprenait très bien les airs exécutés devant lui. Stricker de son côté étudiait la psychologie du langage intérieur, et en particulier celle de la musique.

(1) **Bibliographie**: BOUILLAUD, *Bulletins de l'Académie de médecine*, 1865. — PROUST, *Archives de médecine*, 1866. — WERNICKE, *Die aphasische Symptomencomplex*. Breslau, 1874. — GRASSET, *Montpellier Médical*, 1878. — GRANT-ALLEN, *Mind*, avril 1878. — CHARCOT, *Progrès médical*, 1883. — BROWN-SÉQUARD, *Société de Biologie*, 19 avril 1884. — KAST, Ueber Stœrungen des Gesangs und des müsikalischen Gehœrs bei Aphasischen, *Aertzlich Intelligenzblatt*, n° 44, 1885. — STRICKER, *Le langage et la musique*. Trad. française, Paris, 1885. — BERNARD, *De l'aphasie et de ses diverses formes*. Th. Paris, 1885. — BALLET, *Le langage intérieur*. Th. d'agrég., Paris, 1886. — KNOBLAUCH, Ueber Stœrungen der musikalischen Leistungsfæhigkeit infolge von Gehirnlæsionen, *Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, Bd. XLIII, Ht 4 et 5, 1888. — WYSMAN. Aphasie und verwandte Zustænde, *Deutsches Archiv für klinische Medicin*, Bd XLVII, Ht 1 et 2, 1890. — KNOBLAUCH, *Brain*, n° 41, 1890. — WALLASCHECK, L'aphasie et l'expression musicale, *Viertelsjahrschrift für Musikwissenschaft*, fasc. 1, 1891. — DÉJERINE, Cécité verbale avec autopsie, *Société de biologie*, 27 février 1892.—P. BLOCQ et ONANOFF, *Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses*, Paris, 1892. — BRAZIER, Du trouble des facultés mentales dans l'aphasie, *Revue philosophique*, n° 202, p. 337, octobre 1892. — PAULHAN, La composition musicale et les lois générales de la psychologie, *Revue philosophique*, n° 204, p. 590, décembre 1892.

Cependant, Bernard non plus que M. Ballet ne consacrent dans leurs remarquables travaux sur l'aphasie (1885-1886) aucun *chapitre spécial* à l'amusie, bien que ce dernier auteur ait, pour sa part, reconnu nettement l'indépendance des troubles de la faculté musicale. « Certains faits, dit-il, démontrent la réalité et l'indépendance d'images motrices des mouvements du larynx et du thorax affectés à la production des sons musicaux. Il y a, en effet, *une aphasie motrice pour la musique*, comme il y a une aphasie motrice pour les mots.

Malgré cela, il est permis de dire que l'autonomie de l'amusie n'a guère été établie qu'à dater du premier mémoire de Knoblauch (1888). Il est certain que les travaux de cet auteur sont surtout d'ordre théorique. C'est en quelque sorte un « cadre sans tableau », pour employer l'expression imagée de M. Charcot, qu'il s'est attaché à construire, en créant neuf formes d'amusies, basées sur des analogies supposées avec les formes décrites par Lichtheim, dont il adopte les vues et le schéma fameux. Ces études eurent néanmoins un résultat heureux en ce qu'elles provoquèrent des recherches ultérieures, et surtout en ce qu'elles différencièrent plus complètement qu'on ne l'avait fait encore les troubles de la faculté musicale de ceux de la parole. Wysman s'inspira des vues de Knoblauch, pour émettre à son tour diverses considérations sur les aphasies de conductibilité, et les modes d'amusie qui y correspondent.

Mais l'importante publication de Wallaschek (1891) est assurément l'essai le plus complet de systématisation des troubles de la faculté musicale qui ait été produit. Cet auteur distingue : l'*amusie motrice*, — le malade comprend la musique, mais ne peut plus chanter, — l'*amusie sensorielle*, — le sujet ne distingue plus les sons ; — la *paramusie*, — le patient chante, mais se trompe sur les intervalles et les sons —, enfin l'*agraphie musicale*, — impossibilité d'écrire les notes —, l'*alexie musicale*, — perte de la faculté de lire la musique —, et l'*amimie musicale*, — impuissance de jouer d'un instrument.

Nous avons nous-même adopté avec Onanoff une division analogue, et distingué : une *amusie réceptive ou sensorielle*, — amusie auditive et alexie, — et une *amusie motrice*, — amusie vraie (chant), amimie musicale, et agraphie musicale. Il nous reste à mentionner en dernier lieu un travail très complet et très intéressant de M. Brazier, qui représente la seule monographie française que nous possédions jusqu'ici sur ce sujet. Cet auteur, après une revue critique d'ensemble de la question, la reprend à son point de vue personnel, expose la psychologie du trouble, en complète la description en se basant sur de nouvelles observations originales, et propose enfin de reconnaître des amusies *complexes* et *simples*, ces dernières comprenant des amusies de réception — auditive et visuelle — et des amusies de transmission — motrice, chant et instruments. — Nous aurons occasion de revenir sur cette étude à laquelle nous ferons au reste de fréquents emprunts.

***

La connaissance du mécanisme de la formation du langage pourra-t-elle nous éclairer sur la pathogénie des troubles de la faculté musicale ? Il est certain que si les deux fonctions ne sont pas identiques d'une façon absolue, en ce que le langage articulé offre une précision à laquelle ne saurait en aucun cas prétendre le langage musical, toutes deux sont cependant analogues, du moins par leur caractère symbolique commun, qui, à notre avis, importe le plus d'être considéré dans la circonstance.

Au reste, la musique paraît avoir la même origine que la parole, car leur fond commun est évidemment tiré du langage émotionnel. L'émission réflexe de cris, sous l'influence de diverses excitations, en serait l'unique point de départ. Ultérieurement ce genre d'expression se serait différencié, et chacun des deux modes, la parole, la musique, issus de cette différenciation, se serait perfectionné en suivant des voies d'organisation parallèles.

La musique vocale, le chant, procédant du cri, est apparue en premier lieu ; plus tard, la musique instrumentale, destinée sans doute au début à imiter le bruit (1), a pris naissance. Ce n'est qu'ultérieurement que furent créés les signes symboliques, les notes, répondant aux mots,

De même que, d'après la doctrine de M. Charcot, le mot est un complexus à la formation duquel concourent quatre éléments : la mémoire auditive, la visuelle, la motrice d'articulation et la motrice graphique, de même aussi la note est-elle parallèlement un composé d'éléments analogues. Il est aisé, en effet, de concevoir que la note peut être entendue, vue, chantée et écrite mentalement, et qu'il existe, de plus, des représentations mentales correspondant au jeu des divers instruments.

Poursuivant le parallèle au point de vue de l'acquisition de ces diverses fonctions du langage musical, on voit que ce sont les images auditives qui se forment les premières : sous leur influence se différencieront ensuite les images motrices du chant. Seules ces deux variétés pourront exister chez les sujets non éduqués. La lecture et l'écriture de la musique, le jeu des instruments s'acquerront par des études particulières plus ou moins durables, et détermineront à la longue la formation de centres fonctionnels correspondants, dont les manifestations intérieures seront d'autant plus importantes que l'éducation qui aura présidé à leur formation aura été mieux poursuivie.

A cet égard si, dans le début et comme pour le langage, il existe une dépendance certaine entre les centres sensoriels et les moteurs, si même le jeu des instruments apparaît comme un dernier perfectionnement, il n'en est pas moins vrai, comme on le verra, que chacun des centres peut, ici aussi, acquérir une autonomie relative. La connaissance des signes graphiques représentatifs, des notes, ne précède pas non plus, en tous les cas, celle des mouvements nécessaires au jeu des instruments. On sait, en effet, qu'il est des sujets aptes à se servir plus ou moins brillamment d'instruments de musique qui ne possèdent aucune notion symbolique des notes ; on peut les comparer, à notre avis, aux calculateurs qui ne savent ni lire ni écrire les chiffres.

Bien qu'il en soit, les images auditives paraissent jouer un rôle prépondérant, et selon M. Brazier « les représentations auditives, les images sonores sont si bien *spécifiques* de la musique que, sur soixante musiciens professionnels ou tout au moins pratiquant à fond cet art, neuf seulement ont affirmé se servir sciemment, mais non d'une façon constante, des images d'ordre visuel et moteur comme complément des images auditives. Les cinquante et un autres ne conçoivent intérieurement la musique qu'au moyen de ces dernières. »

On sait que, pour le langage, les images auditives jouent également un rôle important, puisqu'en réalité, ce sont elles qui se forment en premier lieu et qui servent à établir les autres. A cet égard, M. Ballet s'est demandé si les images des sons musicaux ne s'installeraient pas avant celles des mots, et, se basant sur un certain nombre d'observations, il résout cette question par l'affirmative pour la plupart des cas. Beaucoup d'enfants, a-t-il remarqué, chantent avant de savoir parler. Il cite

(1) D'après M. Letourneau, « La sociologie, Paris 1880 », le premier instrument de musique aurait été une sorte de tambour.

aussi le cas de Reyer, d'un enfant de neuf mois qui répétait exactement les notes jouées au piano, celui de l'enfant de Dworak qui chantait des airs complets à l'âge d'un an. Ces derniers exemples sont, à n'en pas douter, exceptionnels, mais il est une observation que nous serions plutôt tenté d'invoquer à l'appui de la manière de voir de M. Ballet. Les enfants attribuent une signification aux airs musicaux bien avant que les paroles revêtent pour eux aucun sens.

A l'encontre de cette opinion, toutefois, M. Brazier fait valoir que chez un certain nombre d'enfants les centres auditifs relatifs à la musique ne fonctionnent que très tardivement, quelquefois même jamais, comme dans le cas de Grant-Allen. Le sujet dont parle ce dernier auteur resta toute sa vie dans l'incapacité absolue de distinguer deux notes du même octave. C'est là aussi un fait d'exception.

L'époque relative d'acquisition des images auditives musicales et verbales aurait une certaine importance, car en se fondant sur la *loi de régression* formulée par M. Ribot à l'occasion des amnésies et d'après laquelle la désagrégation se fait, des impressions les plus récentes aux plus anciennes, M. Ballet a pu conclure, avec réserve il est vrai, que les représentations auditives musicales s'organisant avant les verbales, celles-là ne sauraient disparaître avant celles-ci. La surdité verbale précéderait alors la surdité musicale, qui ainsi ne serait pas susceptible de se montrer isolément.

« Nous nous représentons, dit M. Ballet, le langage émotionnel, le langage musical et le langage verbal comme correspondant à trois cercles d'inégales dimensions, le plus grand étant celui du langage émotionnel, le plus petit celui du langage verbal. En supposant que ces trois cercles soient concentriques et que la dissolution de la mémoire commence par le centre commun, on comprend que cette dissolution intéressera d'abord les souvenirs auditifs verbaux, puis les musicaux, puis enfin les images qui correspondent au langage naturel. »

Nous verrons que M. Brazier a rapporté, contradictoirement, une observation de perte isolée de l'audition musicale sans surdité vocale.

Les images auditives, il importe de le remarquer, ne sont jamais purement sensorielles, en ce sens qu'à leurs éléments composants auditifs, essentiels, s'associent toujours, entre autres et pour une part importante, des éléments de sensibilité musculaire provenant du jeu nécessaire des muscles de l'oreille moyenne. C'est en particulier dans l'appréciation de la *direction* et de l'*intensité* des sons que nous renseigneraient ces sensations; aussi nous semble-t-il permis de préjuger que les centres particuliers de ces éléments pourraient être affectés isolément, parallèlement à ce qui se passe, comme nous l'avons montré, en ce qui concerne les centres moteurs du langage en particulier. Dans cette hypothèse, un sujet ne reconnaîtrait plus ni la direction, ni l'intensité des sons, alors qu'il en distinguerait la hauteur et le timbre.

Le rôle des images visuelles, dans le langage musical intérieur, ne peut offrir d'intérêt que chez des musiciens exercés. Encore est-il que, dans ces cas, il est rare de voir, lors de la remémoration musicale, ces images réapparaître isolément, c'est-à-dire sans que soient évoqués simultanément des concomitants auditifs ou moteurs. Cependant M. Brazier cite le cas d'un jeune chef d'orchestre qui dirige ses partitions de mémoire, en *lisant* mentalement l'œuvre entière. Le même auteur ne peut lui-même se rappeler le motif le plus élémentaire à la simple audition, même plusieurs fois renouvelée ; il faut qu'il l'ait vu *écrit*, pour que l'image en demeure fixée.

Les images motrices (pour le chant et pour le jeu des instruments) (1) offrent au contraire une grande importance, comme suffit à le démontrer ce fait vulgaire, que souvent un musicien qui ne parvient pas à se remémorer un souvenir musical, y arrive en fredonnant ou en jouant d'un instrument. Il fait dans ce cas appel à sa mémoire motrice de la même façon que nous, lorsque, pour retrouver l'orthographe d'un mot qui nous échappe, nous écrivons ce mot. Parfois même, certains sujets sont de véritables *moteurs*, en ce sens qu'ils ne peuvent « se figurer un air » qu'en le chantant intérieurement soit en se remémorant les mouvements nécessaires. Les mouvements pour le chant, aussi bien que ceux qu'exige le jeu des divers instruments, paraissent ainsi dépendre de centres spécialisés, et ce qui suffirait au besoin à le démontrer, en dehors des considérations d'ordre physiologique que nous avons fait valoir, c'est qu'en réalité on a rencontré des cas pathologiques qui réalisent leur dissociation.

On a isolé des images motrices particulières relatives au chant et au jeu des instruments, un de leurs éléments, commun à tous deux, celui qui correspond au *rhythme*. Il s'agit là d'un élément de sens musculaire, comme le démontre non seulement le rôle évolutif du rhythme qui apparaît comme l'unique condition de la musique primitive — bruit rhythmé, — mais de plus cette constatation, à savoir qu'il nous est impossible de nous représenter un rhythme déterminé autrement que sous forme de mouvement. On conçoit ainsi que Wallaschek ait pu constater dans certains cas (paramusie) la conservation de l'élément *rhythme* chez des malades incapables soit de se représenter les sons, soit de les reproduire avec leurs autres qualités.

Nous venons de passer en revue les *composantes essentielles*, pourrait-on dire, de la faculté musicale, la dissociant en des éléments moteurs et sensoriels parallèles à ceux qui constituent le langage parlé. Il est aisé de concevoir que la lésion de l'un ou de l'autre des centres correspondant à ces fonctions distinctes sera susceptible d'entraîner une forme *simple* de l'amusie.

Il s'en faut néanmoins qu'il en soit toujours ainsi dans la réalité, et l'on devra compter, si l'on veut comprendre la pathogénie des troubles : d'une part sur les rapports qui existent entre le langage parlé ou écrit et la musique, d'autre part sur les relations qui unissent entre eux tous les centres précités, ceux de la musique les uns avec les autres ou avec ceux de la parole.

L'éducation musicale nécessite, en effet, l'aide du langage, tant en ce que le chant est généralement vocalisé, qu'en ce que pour l'apprentissage de la signification des notes, c'est à des mots qu'on a recours pour fixer dans l'esprit leur valeur symbolique. Il résulte déjà de là qu'il se crée à l'état normal une union intime entre les deux ordres de facultés, ce qui rend compte de leurs liens pathologiques.

A un autre point de vue, il faut remarquer avec Wysman que le son musical peut être représenté, non seulement par un symbole (note), mais aussi par une *lettre* ou par un *chiffre*. Ces éducations différentes engendreront en conséquence des rapports très particuliers entre les images des représentations diverses des sons musicaux et des mots correspondants.

Il peut survenir, en dernier lieu, des troubles de communication (amusies de conductibilité) que nous nous contenterons de signaler plus loin au point de vue descriptif.

En somme, le mécanisme psycho-physiologique qui préside à l'élaboration et à la constitution de la faculté musicale est plus ou moins analogue à celui de la faculté du langage.

(1) On ne connaît pas jusqu'à présent de cas purs d'agraphie musicale.

***

Il nous reste à établir que ce parallélisme se poursuit au point de vue pathologique, c'est-à-dire qu'aux diverses variétés d'aphasie, correspondent autant de formes d'amusies similaires. En ce qui a trait aux constatations anatomiques relatives à l'amusie, nous ne connaissons encore, à la vérité, rien de précis ; car, dans tous les cas où des troubles amusiques avaient été notés pendant la vie, il existait en même temps de l'aphasie verbale, et ce sont les lésions des centres du langage qui ont été trouvées dans les autopsies. Sans doute paraît-il vraisemblable d'après cela que les centres des images musicales correspondants occupent dans les zones corticales les mêmes régions que ceux des images verbales ; il est cependant admissible qu'il s'est différencié pour la musique des centres spéciaux, que, par exemple, du centre moteur articulatoire des mots s'est séparé un centre particulier pour le chant; seules des études ultérieures conduites dans cette direction, pourront nous renseigner sur ces délicates localisations.

***

Nous sommes à la vérité mieux instruits peut-être en ce qui concerne les données cliniques, encore que les cas d'amusie pure publiés jusqu'ici soient relativement rares.

A cet égard, sinon au point de vue didactique, du moins pour la description clinique, il nous sera aisé de suivre la division proposée par M. Brazier, car elle a le mérite de ne tenir compte que *des faits réellement observés*. Cet auteur distingue les *amusies totales complexes*, dépendant du défaut simultané de plusieurs ou de toutes les mémoires musicales, et les *amusies simples* ne portant que sur l'un quelconque des centres. Ces dernières comportent alors les diverses catégories que nous-même avons exposées avec Onanoff.

Amusie (troubles de la faculté musicale).	Réceptive ou sensorielle.	Amusie sensorielle vraie (auditive).
		Alexie musicale.
	Expressive ou motrice.	Amusie motrice vraie (impossibilité de chanter).
		Amimie musicale (impossibilité de jouer d'un instrument).
		Agraphie musicale.

Toutefois, après avoir passé en revue ces dernières formes relativement simples et dans lesquelles l'amusie se montre plus ou moins isolée des troubles aphasiques en général, nous reviendrons sur les rapports de l'amusie et de l'aphasie, et sur les amusies de conductibilité.

Les *amusies complexes* sont celles où plusieurs modalités de la faculté musicale sont atteintes en même temps, indépendamment des fonctions du langage verbal qui, elles, demeurent indemnes. Un sujet devient par exemple incapable de comprendre la *musique entendue* et de *chanter*, alors qu'il a conservé le pouvoir de répondre correctement (pas d'aphasie) à ce qu'on lui dit (pas de surdité verbale).

Des faits de ce genre sont vaguement mentionnés par Wallaschek; M. Brazier en rapporte, lui, deux observations concluantes. Il cite le cas d'un ténor qui, en pleine représentation, s'aperçut tout à coup qu'il ne comprenait plus ce que ses partners chantaient, et ne pouvait plus lui-même émettre une note, bien qu'il perçût très bien le langage ordinaire et n'eût pas d'aphasie. Un autre cas est celui d'un pianiste qui perdit, de même, pendant qu'il exécutait un concert en public, la mémoire musicale visuelle (il ne pouvait plus lire la musique), la mémoire musicale auditive (il ne comprenait plus les sons de l'orchestre qui l'accompagnait) et la mémoire motrice instrumentale (il était incapable de jouer), sans qu'il existât, en même temps, d'aphasie verbale.

Ces amusies *complexes* seraient, pour M. Brazier, plus fréquentes que les *amusies simples*. Toutefois les exemples de ces dernières sont mieux connus. La *surdité musicale* — amusie sensorielle vraie — a, en effet, été signalée dès longtemps. Elle consiste, à l'état de pureté, en ce que le sujet est devenu incapable de reconnaître les sons et les airs qu'il entend et qui ne lui paraissent plus dès lors qu'un bruit dépourvu de tout caractère, alors qu'il comprend parfaitement ce qu'on lui dit. Un cas de ce genre a été également rapporté par M. Brazier. Il s'agit d'un homme de 50 ans, sujet depuis trois ans à des accès de migraine ophthalmique accompagnée. A la suite d'une crise de ce genre, il fut pris de *surdité tonale* (il ne reconnaissait plus, en particulier, l'air de la *Marseillaise* joué par la musique d'un régiment passant sous ses fenêtres, non plus que différents airs joués sur le piano). « Il rapportait fort bien les sons entendus à leur source, à leur cause, aux instruments, mais il était devenu incapable d'apprécier les seuls sons musicaux, en tant que sons musicaux ». Il connaissait les airs, comme on pouvait s'en assurer en les lui indiquant et en le priant de les fredonner. Il n'avait pas, comme on voit, de surdité verbale.

Des cas plus fréquents sont ceux où la surdité musicale s'accompagne de surdité verbale (Wernicke, Bernard).

La *cécité musicale* — alexie musicale — est caractérisée par la perte de la faculté de lire les notes de musique, alors que la vision en général, et que la vision des lettres mêmes sont conservées. M. Charcot a raconté l'histoire d'un malade, musicien distingué, qui s'aperçut un jour en se mettant au piano qu'il lui était impossible de déchiffrer les notes. Des exemples analogues sont rapportés par M. Proust (malade pouvant écrire la musique, mais incapable de la lire), par Finkelburg (musicien jouant de mémoire, très aisément, et devenu incapable de lire la musique), par Bernard (malade capable de chanter de mémoire n'arrivant plus à lire la musique, bien que reconnaissant le sens des mots imprimés sur la partition — pas de cécité verbale —). La cécité musicale peut précéder la cécité verbale, et se montrer isolément comme dans le cas précédent, ou l'accompagner. Outre le fait de Bernard, il existe une observation de cécité musicale pure et complète. La malade dont il s'agit, observée par M. Brazier, chantait et jouait du piano de mémoire (pas d'amusie motrice), appréciait bien la musique entendue (pas de surdité musicale), mais ne pouvait lire les notes, bien que la lecture des caractères ordinaires fût conservée (pas de cécité verbale).

M. Déjerine a rapporté récemment un cas de cécité verbale et musicale, dont la pathogénie était surtout intéressante en ce que le trouble était lié non pas à la destruction du centre visuel des mots (pli courbe), mais à la rupture des communications existant entre le centre visuel commun (cunéus) et ce centre spécial. Son cas se rapporte également à de l'alexie musicale pure, car le malade avait conservé la faculté de jouer d'un instrument et de comprendre les airs entendus, mais avec cécité verbale.

L'*amusie motrice* comprend deux variétés. Dans l'*amusie motrice vraie*, le sujet a perdu la faculté de chanter ou de *fredonner* des airs; dans l'*amimie motrice instrumentale*, il est devenu incapable de jouer d'un instrument. Les exemples ressortissant à la première de ces catégories sont assez nombreux : il arrive, réciproquement, et ces cas démontrent jusqu'à un certain point l'autonomie du centre moteur musical, que des aphasiques, incapables de parler, ont conservé la faculté de chanter. Tels, le malade aphasique de Béhier qui chan

tait la *Marseillaise* à l'aide d'un seul monosyllabe qu'il lui était possible d'articuler, celui de M. Charcot qui chantait le même air avec un son guttural, etc.

On connaît aussi des cas qui diffèrent en ce que les malades articulent, en les chantant, des mots qu'ils ne peuvent prononcer en parlant (Brown-Séquard, Grasset).

Dans l'amusie motrice, au contraire, les sujets ont complètement perdu la faculté de chanter. Une malade de M. Proust reconnaissait les airs entendus, jouait par cœur, mais ne pouvait fredonner. La malade de Grasset est incapable de chanter l'air de musique qu'elle exécute au piano.

On ne connaît guère jusqu'à présent d'exemples très typiques d'*amimie motrice instrumentale*, sinon le cas de M. Charcot. Il a trait, comme nous l'avons rappelé, à un musicien joueur de trombone, qui, ayant conservé intactes ses autres mémoires motrices, avait perdu le souvenir des mouvements nécessaires au jeu de son instrument.

Nous exposerons en dernier lieu, schématiquement, et d'après Wysman, les amusies *dans leurs corrélations avec l'aphasie*, et les *amusies de conductibilité*. Cet auteur ne figure dans son schéma sur l'aphasie qu'un seul centre différencié pour la faculté musicale : le centre de l'*image motrice du chant*.

Il admet alors que des amusies pourront survenir dans les cas suivants : A. dans le cas d'altérations des centres, B. dans le cas de rupture des voies de communication de ces centres entre eux.

A. — 1° Suppression du centre des images motrices du chant (Erinnerungsbilder Gesangbewegung). Elle entraîne l'impossibilité absolue de chanter volontairement et en écho; toutes les autres fonctions sont intactes.

2° Suppression du centre des images du son (Lautbild). Elle détermine la perte de la compréhension des airs, l'impossibilité de composer, de chanter volontairement et en écho, de lire les notes de musique. Les autres fonctions sont intactes.

3° Suppression du centre des images visuelles des objets (Objectbild). Il en résulte : l'impossibilité de reconnaitre les objets vus, la perte des représentations visuelles, des troubles de la parole et de l'écriture volontaires, le défaut de la compréhension de la lecture, l'impossibilité de dessiner volontairement ou en copiant, et de lire les chiffres; enfin celle de lire les notes (alexie musicale). La parole en écho, la lecture à haute voix, le chant volontaire, l'écriture sous dictée, l'acte de copier sont respectés.

4° Suppression des représentations motrices graphiques. Elle entraîne l'impossibilité absolue d'écrire ou de dessiner quoi que ce soit, soit spontanément, soit sous la dictée, soit en copiant. Toutes les autres fonctions sont intactes.

B. — 1° Rupture de communication entre le centre des représentations graphiques, et le noyau moteur des nerfs destinés à l'écriture. Elle entraîne l'agraphie complète, musicale par conséquent.

2° Rupture des communications entre le centre visuel des images des objets et le centre des représentations graphiques. Il en résulte de l'agraphie musicale, en même temps que la perte du dessin volontaire ou copié, et de la faculté d'écrire les chiffres.

3° Rupture des communications entre le centre des représentations motrices du chant, et le noyau moteur des nerfs qui fonctionne pour l'exécution. Elle a pour seule conséquence la perte de la faculté de chanter spontanément ou en écho.

4° Rupture des communications entre le centre des images du son et le centre des représentations motrices du chant. Perte du chant volontaire et en écho. Toutefois on pourra chanter la mélodie d'une chanson connue, dont on entendra dire les paroles.

5° Rupture des communications entre le centre des représentations motrices des mots et celui du chant. Elle a pour conséquence l'impossibilité de chanter une chanson, en adaptant régulièrement les paroles à la musique.

Ce résumé montre suffisamment, et sans qu'il soit besoin d'y insister, que les vues de Wysman non seulement sont hypothétiques, mais de plus ne font guère que représenter les déductions tirées par cet auteur d'une théorie de l'aphasie basée elle-même sur une certaine subordination des centres admise par lui qui est loin d'être démontrée.

Toutefois, et la seule appréciation des données cliniques que nous avons mises ici à contribution nous paraît à cet égard amplement démonstrative, l'autonomie de la faculté musicale ne saurait être contestée, non plus que la réalité de l'existence des diverses formes de l'amusie. Il n'en est pas moins vrai que la question recèle encore actuellement un très grand nombre d'inconnues, à la solution desquelles des faits bien observés contribueraient sans doute mieux que des hypothèses, si judicieuses soient-elles; celles-ci ne doivent pas pour cela être négligées en ce qu'elles peuvent servir à susciter sinon à guider les recherches nécessaires.

Paul Blocq.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques réflexions sur la pathogénie des affections tuberculeuses, d'après des observations cliniques et anatomo-pathologiques, par Mr Kelsch, médecin principal au Val-de-Grâce. (Mémoire lu à l'*Académie de Médecine* le 7 février 1893.)

La tuberculose se présente dans l'armée avec les différentes modalités cliniques et anatomiques qu'elle revêt dans les autres groupes de la population. On y rencontre cependant des manifestations de cette affection qui y sont peut-être plus remarquées qu'ailleurs, parce qu'elles soulèvent d'importantes questions de pathologénie, auxquelles les médecins d'armée sont toujours obligés d'accorder une grande place dans leurs préoccupations professionnelles. C'est de quelques-uns de ces faits que j'ai sollicité l'honneur de vous entretenir.

Les découvertes de ces vingt dernières années ont introduit dans l'étiologie et surtout la pathogénie des lésions tuberculeuses une simplicité lumineuse, qui semble défier toute velléité de retour vers les notions pathogéniques antérieures à l'ère ouverte par Villemin. La tuberculose est devenue une maladie d'inhalation et d'ingestion. C'est par l'air que nous respirons, par les aliments que nous consommons, que le virus s'introduit dans l'organisme. Les idées qui ont cours actuellement n'attribuent guère d'autre origine au microbe que le milieu extérieur, d'autre voie à l'infection que le poumon et l'intestin.

Que cette pathogénie si lucide embrasse un grand nombre de faits, personne n'oserait y contredire. Mais on en rencontre journellement d'autres qui s'y adaptent difficilement. C'est ainsi que la tuberculose si fréquente de la première enfance, et précisément certaines formes assez souvent observées dans l'armée, ramènent toujours la pensée sur le rôle de l'hérédité, à laquelle l'ancienne étiologie assignait une importance prépondérante, et que les théories nouvelles laissent trop dans l'ombre, comme

si la notion de la virulence était incompatible avec celle de l'hérédité en matière d'étiologie.

D'ailleurs, les localisations primitives de la tuberculose sur le système osseux sont bien éloignées des voies d'introduction habituelles du virus ; elles suscitent plutôt la pensée d'une infection hématogène que celle d'une absorption directe de ce dernier par les voies aériennes ou digestives. Même celles qui siègent sur les muqueuses en rapport avec l'extérieur, ou sur les appareils qui sont en connexion avec elles, ne se laissent pas toujours rapporter si aisément à l'infection par les ingesta ou les circumfusa. En voici, nous semble-t-il, un témoignage.

Un jeune soldat, de 22 ans, entre dans mon service le 23 mai 1891. Il paraît de bonne constitution, et, à part une bronchite légère de 15 jours, survenue en février précédent, il a toujours joui d'une excellente santé. Son envoi à l'hôpital est motivé par un épanchement pleurétique droit qui date de cinq jours et qui cède rapidement — peut être trop rapidement — aux moyens les plus simples. A la date du 15 juin, la cavité pleurale était complètement asséchée et le malade se disposait à aller jouir d'un congé de convalescence, quand, le 20 juin, il fut repris de fièvre et de toux, avec une expectoration albumineuse qui par son abondance rappelait celle que provoque parfois la thoracentèse. En même temps l'exploration de la poitrine fit découvrir les signes d'une congestion générale des deux poumons. Ces symptômes persistèrent, avec des alternatives variables, jusqu'au milieu du mois d'août, où le malade, déjà affaibli par la fièvre et la diarrhée survenue dans l'entre-temps, fut pris d'une méningite aiguë qui l'emporta au bout de trois jours.

L'autopsie révéla : une méningite récente, deux noyaux tuberculeux anciens, de la grosseur d'un œuf, enkystés dans la plèvre gauche démesurément épaissie, une infiltration générale des deux poumons par des granulations récentes, sans cavernes, ni foyers de ramollissement, une tuberculose généralisée du péritoine, du foie, de la rate et des reins, enfin 60 à 70 ulcérations tuberculeuses étendues de l'intestin grêle.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. On y voit une expectoration albumineuse figurer parmi les symptômes de la congestion pulmonaire, et une éruption tuberculeuse généralisée suivre à brève échéance la résorption rapide d'un liquide pleurétique. Or, on connaît les controverses suscitées par la pathogénie de l'expectoration albumineuse : ce fait montre péremptoirement que les actes traumatiques de la thoracentèse y restent absolument étrangers. Et d'autre part, la clinique nous a appris à redouter l'éventualité de l'infection tuberculeuse aiguë généralisée, après l'absorption trop rapide d'un épanchement pleurétique. L'histoire de ce sujet justifie une fois de plus cette appréhension. Mais ce sont là des points accessoires de cette observation. Mon but est de fixer seulement votre attention sur les nombreuses ulcérations de l'intestin. Elles sont profondes et étendues, semblables à celles que l'on rencontre chez les vieux phthisiques, lesquelles sont d'ordinaire attribuées à l'inoculation de crachats virulents déglutis par eux. Et pourtant les poumons de cet homme ne présentaient que des tubercules récents, sans foyers de ramollissement. Ses crachats, examinés à plusieurs reprises, ont été trouvés exemps de bacilles. N'est-il pas au moins vraisemblable que la tuberculose intestinale doit être attribuée chez lui, non pas à un virus venu directement de la bouche, mais à une auto-infection, une infection hématogène ou lymphogène ? Les ulcères de l'intestin, les granulations tuberculeuses les plus anciennes du poumon, et la pleurésie, sont, à en juger d'après leur aspect, des lésions contemporaines dues à des colonies microbiennes émigrées du même foyer, de la masse caséeuse pleurale. Quoi qu'il puisse en être, celles qui sont venues faire souche dans la paroi intestinale ne sont pas, à coup sûr, venues directement du dehors.

La tuberculose intestinale ne ressortit donc pas toujours aux ingesta ; nous croyons de même que la phthisie pulmonaire ne relève pas constamment d'une infection par inhalation. L'une et l'autre procèdent, plus souvent qu'on ne pense, de foyers tuberculeux anciens et latents, qui peuvent, à toutes les époques de la vie, engendrer des lésions patentes, en infectant l'organisme lentement et à jet continu, ou brusquement et à doses massives ; d'où les différents modes aigus et chroniques, circonscrits ou diffus de la tuberculose.

Il me semble que le rôle de ces foyers latents dans le développement de la cruelle endémie, est non moins redoutable pour l'homme que celui de l'inhalation ou de l'ingestion du virus. Du moins nous paraît-il des plus importants dans la pathogénie des différentes formes de la phthisie dans l'armée. Il me serait facile, si le temps le permettait, d'en produire de nombreux témoignages. Qu'il me suffise de vous dire que chaque année nous recevons dans nos services des sujets vigoureux, ou au moins doués d'une constitution moyenne, exempts de toute maladie antérieure, qui, au premier abord, paraissent atteints d'un simple embarras gastrique fébrile, et qui, quelques jours après, sont emportés par une tuberculose miliaire aiguë généralisée. La fréquence de ces formes si soudaines dans leur invasion, et si rapides dans leur évolution, constitue un des traits caractéristiques de la tuberculose du soldat. L'autopsie révèle, chez ces sujets, indépendamment de l'éruption granuleuse récente, des dégénérescences tuberculeuses anciennes des ganglions médiastins ou mésentériques : ce sont les véritables foyers d'origine du virus, car le poumon et l'intestin, ces portes d'introduction habituelles de celui-ci quand il vient directement du dehors, sont exempts de toute lésion ulcérative.

Dans certains cas, du reste, l'auto-infection a pu être surprise sur le fait. Ponfick et Weigert ont constaté chez des sujets emportés par la granulie aiguë la communication du canal thoracique ou d'une veine pulmonaire avec des excavations tuberculeuses des ganglions du hile du poumon. Il y a quelque temps, je perdais un officier supérieur en retraite de 58 ans, d'une tuberculose miliaire aiguë du péritoine et du poumon. A l'autopsie, nous trouvâmes une grosse masse caséeuse à la base du poumon droit, reliquat d'une pleurésie subie vingt ans auparavant. La poussée granuleuse péritonéale et pulmonaire apparaissait d'autant plus confluente qu'on se rapprochait de l'ancien foyer pleural que cette circonstance désignait formellement comme la source de l'infection. Celle-ci était effectuée d'ailleurs par la voie des lymphatiques, tous les vaisseaux blancs qui émergeaient du foyer étaient remplis de matière tuberculeuse et infiltrés de fines granulations dans leurs parois.

C'est un fait indéniable, il y a des tuberculoses plus ou moins généralisées, aiguës ou chroniques, qui ne se rattachent pas directement à l'infection bronchique ou intestinale, qui procèdent de lésions anciennes, ignorées du malade et du médecin, qui relèvent, en un mot, de l'auto-infection. Ces faits, qui, avant Villemin et Koch, avaient si vivement fixé l'attention, auxquels les cliniciens consacraient naguère des études intéressantes, ces faits ont été quelque peu relégués dans l'ombre, depuis qu'à la faveur des éclatantes découvertes dues à ces deux médecins, la tuberculose est devenue une maladie si complètement assimilable, dans sa nature, son étiologie, son mode pathogénique, aux autres maladies infectieuses, à la fièvre typhoïde par exemple. Ils méritent pourtant de ne pas être perdus de vue ; ils sont surtout dignes de fixer l'attention des médecins de l'armée, qui chaque jour ont

à se prononcer sur l'origine de la phthisie du soldat, à qui la loi protectrice demande, au moment du renvoi du phthisique dans ses foyers, d'établir la part de responsabilité qui incombe à la caserne dans le développement de cette affection, et qui pourraient être entraînés, sous la pression des idées régnantes, à faire remonter constamment celle-ci à la souillure spécifique du milieu ambiant, de l'atmosphère des salles habitées.

Il est certain que la possibilité du mélange à l'air des crachats pulvérisés des phthisiques, la prédilection de la tuberculose pour le poumon, son début fréquent par cet organe, sont de nature à légitimer l'opinion qui assigne à l'appareil respiratoire la première place parmi les voies d'introduction choisies par le bacille. Nous croyons, avec tout le monde, que les bronches servent de porte d'entrée habituelle au virus. Mais nous sommes convaincu que le rôle de l'inhalation a été bien exagéré. Sans doute, on rend certains animaux tuberculeux en leur faisant respirer une atmosphère saturée de crachats virulents humides ou desséchés. Mais ces conditions sont bien éloignées de celles dans lesquelles nous vivons. Si nous absorbons les bacilles de Koch avec l'air inspiré, nous en prenons certes infiniment peu par ce véhicule, car l'analyse bactériologique ne les a jamais décelés dans l'air de nos chambres, pas même dans celui des salles d'isolement des phthisiques, non plus qu'à la surface des bronches, où vivent tant d'autres germes, ni enfin dans les crachats des individus non phthisiques. Les inoculations tentées chez des animaux très réceptifs avec des poussières condensées, fournies par les salles des phthisiques, voire même par des chambres ou l'on répandait intentionnellement depuis de longs mois des crachats de ces derniers, n'ont donné que très exceptionnellement des résultats positifs. Vraiment, la croyance qui fait de la phthisie de l'homme une maladie d'inhalation repose avant tout sur l'induction.

Il serait d'autre part téméraire de conclure d'une manière absolue de la prédilection du tubercule pour le poumon, ou de la prédominance des lésions pulmonaires, à l'infection par les voies respiratoires. Le poumon, en effet, est un organe d'élection pour les localisations des maladies virulentes. Dans la syphilis congénitale, il est souvent le seul organe atteint, ou du moins le plus fortement lésé. Quelle que soit la voie d'introduction du virus, peau, péritoine, veines, dans la tuberculose expérimentale, les déterminations locales s'effectuent toujours avec une préférence marquée sur le poumon. Celui-ci est rarement indemne. On ne pourrait, sans encourir des chances d'erreur, conclure du siège de la localisation d'une maladie à la porte d'entrée de sa cause.

Daignez ne pas vous méprendre sur ma pensée. Je suis bien éloigné de combattre la notion de l'infection par les voies respiratoires. Je crois simplement que beaucoup de faits qui lui sont attribués, à elle ou à l'infection intestinale, doivent être rapportés à ces mystérieux foyers ganglionnaires ou osseux, auxquels la médecine militaire se voit toujours obligée d'accorder une place importante dans l'étiologie, malgré le triomphe des idées contagionnistes.

A vrai dire, ces lesions tuberculeuses anciennes étant en général en rapport avec les voies respiratoires ou digestives, il est toujours permis d'arguer qu'en dernier ressort c'est par les muqueuses pulmonaire ou intestinale que le virus a pénétré à un moment donné.

Nous hésitons à croire que cette interprétation soit toujours exacte, parce que ces muqueuses ne présentent le plus souvent aucune trace d'ulcération ni ancienne ni récente. L'hypothèse que les bacilles peuvent traverser le poumon ou la paroi intestinale, et échouer dans les ganglions lymphatiques afférents sans laisser des désordres appréciables à la porte d'entrée, me paraît inadmissible. Elle est, du moins, en contradiction formelle avec les enseignements de l'expérience. A de rares exceptions près, en effet, les inoculations tuberculeuses pratiquées sur la peau ou les muqueuses, aboutissent toujours à des lésions locales qui précèdent l'infection des ganglions du voisinage et des organes plus profonds. Et d'ailleurs les tuberculoses primitives des os et des articulations, non moins communes que les ganglionnaires, se prêtent bien moins aisément que celles-ci à la notion de l'infection par les surfaces en rapport avec l'extérieur.

Les dimensions souvent considérables de ces masses néoplasiques et leur structure fibro-caséeuse leur assignent une origine ancienne. A mon avis, nos jeunes soldats sont déjà, au moment de leur admission au service, porteurs de ces lésions que leur profondeur dérobe à l'attention la plus vigilante, et qui, vraisemblablement, reviennent à la première période de la vie. On sait en effet, grâce aux recherches faites dans les hôpitaux d'enfants, combien la tuberculose est fréquente à cet âge. L'athrepsie mise à part, sur quatre décès se rapportant aux deux premières années de l'existence, il y en a au moins un imputable à la tuberculose.

Si la tuberculose de l'adolescence se trouve ainsi n'être dans un grand nombre de cas que la deuxième étape de celle de la première enfance, cette dernière du moins ressortit-elle uniquement à l'infection par les circumfusa ou les ingesta, comme l'enseignent les doctrines nouvelles ? Ici encore, nous croyons qu'il faut se garder de formuler une opinion exclusive.

De même que beaucoup de phthisies de l'adolescence se rattachent à l'auto-infection, ainsi nombre de tuberculoses de la première enfance doivent être inscrites au compte de l'hérédité, dont on a peut-être trop de tendance à restreindre le rôle. La transmission héréditaire pourtant est scientifiquement démontrée. Les observations n'en sont pas nombreuses, mais elles sont précises. Il est certain, toutefois, que, jusqu'à 3 mois, la tuberculose est exceptionnelle chez le bébé. Mais elle se multiplie à partir de cet âge, jusque vers la 4e année, où le tiers ou le quart au moins des enfants hospitalisés en sont affligés. On a de bonnes raisons de croire que, contrairement à l'opinion accréditée, un certain nombre de ces tuberculoses infantiles doivent être mises à la charge de l'hérédité, et non à celle de l'infection post-utérine. Ce qui a pu porter à exagérer le rôle de cette dernière, c'est précisément la rareté de la tuberculose congénitale, comparée à sa fréquence croissante à partir du quatrième mois de la naissance.

Mais si l'on considère que la tuberculose est une maladie essentiellement lente et chronique, surtout dans ses formes massives, caséeuses et ulcéreuses, si l'on songe qu'il faut plusieurs semaines pour tuberculiser un petit animal auquel nous inoculons des quantités relativement considérables de virus, on concevra aisément que 3 ou 4 mois au moins sont nécessaires au développement de lésions apparentes chez un enfant qui ne reçoit forcément que très peu de germes pendant sa vie intra-utérine, car le nombre de ceux qui traversent le placenta est toujours extrêmement exigu. Peut-on s'attendre à ce que quelques bacilles échoués dans l'œuf avant ou pendant la conception, ou dans l'embryon durant son développement, puissent, dans le court intervalle de la vie embryonnaire, se multiplier suffisamment pour faire naître une tuberculose manifeste déjà chez le nouveau-né ? Cette éventualité est d'autant plus improbable que, dans le corps de l'embryon, les germes sont en concurrence avec un tissu en plein développement. Or, l'activité formative est une force par laquelle les cellules résistent aux micro-organismes ; plus elle est énergique, et moins les entreprises microbiennes ont chance d'aboutir. Bref, l'enfant naît

bacillisé, mais non pas tuberculeux. Il ne le devient qu'au bout de quelques mois. La tuberculose tardive doit être la règle, la hâtive l'exception. Et c'est pour cette raison que le rôle de l'hérédité a pu être méconnu. La bacillose congénitale n'est d'ailleurs pas une vue de l'esprit; elle est fondée sur l'examen microscopique des tissus du fœtus et les inoculations fœtales pratiquées par MM. Landouzy et Martin, Charrin et Kalt, et plus récemment par M. Birch-Hirschfeld.

Ne sommes-nous pas autorisé, enfin, à invoquer en faveur de l'origine héréditaire de la tuberculose infantile, la fréquence extrême de ses localisations sur les ganglions, les os et les articulations, localisations si difficiles à interpréter dans la doctrine de l'infection extra-utérine, si faciles à concevoir si on les rapporte à l'hérédo-contagion, dont les déterminations anatomiques appartiennent presque exclusivement à ces organes ?

Je n'ignore point que les recherches expérimentales n'ont pas toujours sanctionné ces déductions, fondées en grande partie sur l'observation clinique. On sait que M. Sanchez-Toledo a tenté en vain de communiquer la tuberculose au produit de la conception en inoculant des cobayes pleines. Mais de Reuzi a été plus heureux que lui, grâce à certains artifices d'expérimentation. En sacrifiant les petits quelque temps seulement après la naissance, de façon à laisser aux lésions tuberculeuses le temps de se produire, en recherchant celles-ci dans les organes qui en sont le plus volontiers le siège, c'est-à-dire dans les ganglions lymphatiques, cet expérimentateur a enregistré 5 résultats positifs, sur 18 inoculations. Cinq femelles sur 18 inoculées ont mis bas 19 petits, dont 12 tuberculeux. Sur ces 12 animaux malades, 10 ont présenté une tuberculose exclusive des ganglions bronchiques ou abdominaux, et 2 une tuberculose caséeuse du poumon et du foie. Ces résultats, qui ont été vérifiés et confirmés ultérieurement par Gærtner sur des souris et des lapins, sont fort suggestifs. Ils démontrent que la transmission héréditaire est réelle et même fréquente, que la tuberculose congénitale affecte avec une prédilection marquée les ganglions lympathiques, si souvent malades chez les enfants et les soldats, enfin que la localisation pulmonaire du tubercule n'est pas un témoignage formel en faveur de l'infection par inhalation, puisqu'elle peut être réalisée par la contagion intra-utérine.

Aux chances de l'infection placentaire ou sanguine, il convient d'ailleurs d'ajouter celles de la transmission germinative. La possibilité de l'infection de l'œuf par la mère ou le père est fondée sur des faits cliniques bien observés, et elle peut se réclamer d'expériences auxquelles il n'y a rien à reprocher.

Il va sans dire que le moment de l'échéance des lésions tuberculeuses chez l'enfant bacillisé est subordonné à la quantité et à l'énergie du virus qu'il reçoit, et au degré de résistance de ces tissus. Si les conditions sont éminemment favorables au microbe, le bébé pourra faire dès les premiers jours de la naissance une tuberculose plus ou moins apparente. Dans le cas contraire, les lésions ne se développeront que plus tard, tantôt plus ou moins diffuses, d'autres fois localisées et dissimulées dans la profondeur de l'organisme. Que d'états fébriles vagues de la première enfance, passés au compte d'un refroidissement, de la dentition ou d'un embarras gastrique, et qui correspondent à des tuberculoses ganglionnaires ou osseuses frustes! C'est la destinée future de ces foyers latents qui mérite de fixer toute notre attention. C'est de là, en effet, que s'échapperont plus tard, à jet intermittent ou continu, des colonies bacillaires qui iront ensemencer d'autres organes, notamment le poumon, la plèvre, le tube digestif. Il en résultera une santé fragile, traversée par des bronchites réitérées, des fièvres muqueuses, des pleurésies *à frigore*. Dans l'observation rapportée plus haut, et dans mainte autre de notre dossier, cette auto-infection a pu être prise en quelque sorte sur le fait. Mais elle ne se produit point fatalement, Dieu merci. Réduits au silence, soit par un enkystement solide, soit par une vigoureuse et persévérante résistance de l'organisme, ces foyers peuvent rester latents pendant toute la vie. Que de fois ne trouvons-nous pas des ganglions crétacés, des nodules caséeux chez nos soldats morts de fièvre typhoïde ou de maladies étrangères à la tuberculose ! Que de fois ne les rencontre-t-on pas à l'autopsie des vieillards emportés par les affections de la sénilité ? Nous estimons à une fois sur deux la fréquence de cette constatation, et certains anatomo-pathologistes la portent même à 3 fois sur 4 (Baumgarten). Peut-être la transmission héréditaire pourrait-elle s'appuyer sur ces lésions latentes pour revendiquer un certain nombre de tuberculoses observées chez des sujets issus de parents en apparence sains.

C'est sous la pression des faits dont nous venons de vous entretenir que nous nous demandons chaque jour si les notions accréditées actuellement suffisent à la pathogénie de la tuberculose, s'il n'y a pas lieu de réintégrer dans l'étiologie de cette maladie, en leur assignant le rang qui leur convient, les idées qui la défrayaient à l'époque prémicrobienne. Il nous semble que l'histoire de la tuberculose a eu les mêmes péripéties que celle de la fièvre typhoïde. Avant l'avènement du bacille d'Eberth, l'étiologie se préoccupait vivement du rôle de l'organisme et des causes secondes dans la genèse de cette affection. Mais après la publication du retentissant travail de Gaffky, elle n'eut plus en vue que la recherche du bacille dans les milieux ambiants. Il lui a fallu reconnaître depuis que l'ennemi vit en nous, en parasite latent, et que nos prédécesseurs étaient dans la voie de la vérité, en attachant une si grande importance aux causes banales, puisque celles-ci ont le pouvoir d'appeler ce germe silencieux à l'activité pathogène. Or, l'histoire de la tuberculose semble calquée sur celle de la dothiénentérie. On sait la place que l'observation de tous les temps a assignée dans l'étiologie de la première aux facteurs propres aux individus, et notamment à l'hérédité. Ces facteurs ont été relégués dans l'ombre depuis la découverte du bacille, qui a le privilège de fixer l'attention du plus grand nombre, qu'on ne cherche guère que dans les poussières et certains aliments, de même qu'on cherche celui d'Eberth presque uniquement dans les eaux de consommation.

Nous avons la conviction qu'à l'instar des microbes de la pneumonie, de la diphthérie, de la fièvre typhoïde, le bacille de Koch est un hôte habituel de notre corps, où il pénètre par des voies diverses, notamment par celles de la transmission héréditaire, où il vit, retranché d'ordinaire dans des foyers pathologiques latents, dont le développement remonte aux premiers âges de la vie, foyers qui l'annihilent pour toujours, ou se prêtent à un moment donné à son émigration.

Cette dernière éventualité est subordonnée à des conditions nombreuses et diverses qui ont été mises admirablement en relief par l'ancienne médecine, et qui, pour être des causes secondes, n'en ont pas moins une importance capitale, car elles sont les complices indispensables de la cause première ; on doit appliquer à la tuberculose ce que l'on dit des maladies infectieuses en général : elle ne résulte point fatalement du contact fortuit du germe et de l'organisme.

Nulle part le rôle de ces influences ne se dénonce aussi ouvertement que dans l'armée. La pathologie militaire nous enseigne que toutes les circonstances qui mettent pendant quelque temps l'organisme en défaut, soit par l'usure excessive, soit par la réparation insuffisante, se

traduisent, à brève échéance, par une augmentation des affections tuberculeuses dans les groupes soumis à ces influences. Nous pourrions en fournir plus d'une preuve précise. Nous nous bornerons à citer la suivante, elle est empruntée à la lamentable histoire de nos prisonniers en Allemagne pendant la guerre de 1870-71.

Dans ce groupe d'hommes si profondément éprouvés au physique et au moral, la tuberculose a causé d'épouvantables ravages. La phthisie pulmonaire y a déterminé quatre fois plus de décès que dans l'armée allemande pendant la période correspondante; et ceux qui succombaient à d'autres maladies étaient la plupart affligés de lésions tuberculeuses en évolution, jusque dans la proportion de neuf sur dix, d'après les statistiques fournies par certains hôpitaux du nord de l'Allemagne.

En vérité, les observations que nous avons réunies nous ont démontré que la fréquence de la tuberculose dans les armées était plutôt subordonnée aux péripéties de la vie militaire, qu'aux chances de contagion ou d'infection dans les locaux. Et cette constatation n'est certes pas faite pour infirmer la pensée dont s'inspire d'un bout à l'autre cette note, à savoir que c'est l'homme lui-même qui très souvent fournit le germe, et que ce sont les vicissitudes de l'hygiène qu'il subit qui font sortir celui-ci de son silence, et lui ouvrent des chances de multiplication et de dissémination dans l'économie. Ces enseignements recueillis dans une grande collectivité, où les problèmes étiologiques sont simplifiés, grâce à l'homogénéité de sa composition et à la similitude des conditions d'existence imposées à tous ses membres, ces enseignements montrent peut-être mieux que tous autres la haute importance des causes secondes et de l'hérédité dans le développement de la tuberculose. Nous avons la conviction, fondée sur une longue expérience de la clinique et de l'amphithéâtre, que le soldat apporte le tubercule à la caserne aussi souvent qu'il l'y prend. Nous l'exprimons avec d'autant plus d'assurance, qu'elle s'appuie sur la haute autorité de notre maître, M. l'Inspecteur général Colin, qui a consigné cette opinion dans plusieurs de ses écrits et l'a appuyée des plus imposants arguments. A aucune époque, il n'a été fait autant pour l'hygiène de l'armée que dans ces dernières années, aucun groupe de la population n'a peut-être profité autant qu'elle des progrès dont la prophylaxie est si justement fière. Le service de santé fait une guerre acharnée au bacille de Koch, comme il poursuit sans trêve ni relâche celui d'Eberth; mais il n'est pas aussi heureux à l'égard du premier qu'à celui du second.

Les tuberculeux sont éliminés de l'armée au premier soupçon de leur affection; les casernes sont méthodiquement et périodiquement désinfectées par les moyens les plus rationnels et les plus efficaces. A l'hôpital les sécrétions virulentes sont détruites au fur et à mesure. Cela se pratique dans toutes les armées européennes; et pourtant la tuberculose est loin d'y diminuer, si nous en croyons les statistiques officielles de ces 15 dernières années. Elle y est plutôt en voie d'accroissement, comme si sa fréquence était en rapport avec l'aggravation des obligations professionnelles imposées aux armées actuelles dans le but d'atteindre la perfection dans l'art de la guerre dans le moins de temps possible. N'est-ce point là un témoignage positif, bien qu'indirect, que l'importation est responsable d'une partie des méfaits mis à la charge de la contagion? Le nier, serait renoncer à comprendre le mouvement ascensionnel que subit cette maladie depuis de longues années.

Elle est importée dans nos casernes à l'état d'affection latente, de foyers ganglionnaires dissimulés dans les replis les plus profonds du corps. La vigueur de la constitution et les attributs d'une santé robuste n'excluent point l'existence de ces lésions cachées, qui se démasqueront un jour ou l'autre à l'occasion d'une perturbation quelconque de la santé générale, engendrant, par infection secondaire, la pleurésie, la bronchite à répétition, la phthisie ou enfin la granulie généralisée.

La réalité, nous osons dire la fréquence de cette origine interne des affections tuberculeuses, élargit les devoirs de la prophylaxie. Détruire le bacille qui vit dans les milieux ambiants, c'est faire bien. Empêcher en outre de naître à l'activité pathogène celui qui dort silencieusement en nous, c'est faire mieux. C'est à l'hygiène des milieux et à celle des individus de poursuivre ce double but. Pour nous, médecins militaires, il nous en resterait un troisième à atteindre, c'est d'empêcher les tuberculoses latentes d'entrer dans l'armée. Malheureusement, tous les efforts déployés pour y réussir restent stériles, en raison de l'insuffisance des moyens de diagnostic, et nous ne pouvons que regretter que la méthode qui réussit si admirablement dans cette direction à M. le professeur Nocard, n'ait point son équivalent dans la pathologie de l'homme.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Astasie-abasie hystérique (A case of hysterical astasia-abasia seeing for damages with remarks on the nature of this disease and the hysterical temperament), par L. Bremer (*The Journal of Nervous and mental Disease*, janvier 1893, n° 1, p. 13). — A l'occasion d'un choc causé par l'arrêt brusque d'un ascenseur où elle avait pris place, une femme de 49 ans est prise d'accidents, paralytiques en apparence, des membres inférieurs qui durent deux ans. Une action en dommages-intérêts est intentée au propriétaire de l'ascenseur, et dans les avis contradictoires des médecins préposés, de part et d'autre, à l'expertise, on reconnaît qu'il s'est agi d'un cas typique d'astasie-abasie. Il existe en effet de l'impossibilité de la station et de la marche, alors que la force dynamométrique, la coordination motrice et la sensibilité des membres inférieurs sont indemnes, de même que les réflexes et les sphincters. L'auteur discute la question de simulation, et rapporte plusieurs des affaires judiciaires où la tromperie des hystériques a été révélée, et terminée par des considérations sur les travaux produits antérieurement sur le syndrome.

Réparation de muscles paralysés à la suite de poliomyélite (The restoration of vitality to muscles which have been completely paralysed from poliomyelitis), par Græme M. Hammond (*The Journal of Nervous and mental Disease*, janvier 1893, n° 1, p. 27). — L'auteur rapporte trois observations de poliomyélite antérieure remontant à plusieurs années et ayant laissé comme reliquats des paralysies atrophiques de muscles qui non seulement ne se contractaient plus volontairement, mais de plus ne répondaient plus à l'excitation électrique, et dans lesquelles néanmoins l'électrisation poursuivie pendant des mois avait provoqué le retour de la contractilité des muscles qu'on croyait irrémédiablement perdus. Il conclut de là que rien ne permet actuellement de décréter dans ces cas que les muscles sont définitivement atteints, et qu'il importe d'électriser avec persistance même les muscles qui sont inexcitables.

Neurasthénie (The electrical treatment of certain phases of neurasthenia), par Robinson (*The Journal of Nervous and mental Disease*, janvier 1893, n° 1, p. 33). — L'auteur pense que le traitement électrique est particulièrement favorable dans la forme cérébrale de la neurasthénie, c'est-à-dire dans celle où dominent la céphalée, les préoccupations, la fatigue intellectuelle, soit lorsque les signes psychiques l'emportent sur les manifestations somatiques. Il donne la préférence à l'électrisation statique, qui devra être répétée tous les jours, et, si elle ne réussit pas, conseille la galvanisation à courants interrompus opérée à l'aide d'électrodes larges et placées dans la région lombo-spinale.

Convulsions et amnésie chez un pendu rappelé à la vie (Ueber Kræmpfe und Amnesis nach Wiederbelebung erhængtes), par Wagner (*Münch. med. Woch.*, 31 janvier 1893, n° 5, p. 87). — L'auteur a publié antérieurement deux cas de ce genre. Dans un travail postérieur Mœbius a cru pouvoir rattacher ces accidents à l'hystérie : dans cette nouvelle publication, M. Wagner s'attache à démontrer que les vues de Mœbius ne sont pas suffisamment fondées.

Maladies nerveuses post-traumatiques (Zur Lehre von den Nerventkrankheiten nach Unfallen), par Schultze (*Deut. med. Woch.*, 5 janvier 1893, n° 1, p. 5, 12 janvier 1893, n° 2, p. 31). — Article de polémique dans lequel l'auteur défend à nouveau les idées qu'il a déjà exposées précédemment, et combat d'une part la création d'un type nouveau, *la névrose traumatique* de M. Oppenheim, d'autre part, l'exagération avec laquelle on trouve, à son avis, l'hystérie chez l'homme. Il existerait plus souvent qu'on ne pense de la simulation dans les cas d'accidents, et à cet égard M. Schultze discute vivement les objections qu'a fait valoir M. Oppenheim. Quant à l'hystérie mâle, M. Schultze la croit exceptionnelle, et pense que si M. Marie la reconnaît fréquente, c'est qu'il se base sur des signes insuffisants pour en établir le diagnostic (?). L'auteur relate l'observation d'un sujet qui, à la suite d'un coup, souffrit de douleurs de la jambe gauche avec gêne de la marche, secousses convulsives dans le muscle triceps de la cuisse et œdème du membre. Cette triade symptomatique aurait suffi à beaucoup pour porter le diagnostic de névrose ou d'hystérie traumatique, néanmoins il n'en peut être question, et il s'agit d'une lésion vasculaire.

MÉDECINE

Méningite par bacile d'Eberth (Un caso di meningite cerebro-spinale da bacillo di Eberth), par E. Meusi et T. Carbone (*La Riforma medica*, 3 janvier 1893, p. 14). — Enfant de 6 ans, fièvre typhoïde, trois jours après la défervescence complète, frisson violent avec céphalée intense, fièvre, puis délire, contracture des membres, herpès labial; paralysie faciale droite, mort au cinquième jour; à l'autopsie, ménincérébro-spinale fibrino-purulente, lésions de l'intestin et des ganglions mésentériques, bacille d'Eberth dans les méninges.

Phénocolle dans l'impaludisme (Sul potere antimalarico della fenocolla), par V. Cervello (*Archivio di farmacologia e terapeutica*, janvier 1893, p. 1). — Le phénocolle à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50 agit très favorablement contre les fièvres intermittentes; il s'absorbe plus rapidement que la quinine et jouit d'un fort pouvoir antithermique; ces propriétés le rendent très précieux dans les cas de fièvre pernicieuse. Chez les enfants, il a l'avantage que l'on peut masquer sa saveur au moyen du sucre.

Empoisonnement par l'oxyde de carbone (Il meccanismo della morte nell'avvelenamento per ossido di carbonio), par A. Marcacci (*Archivio di farmacologia e terapeutica*, janvier 1893, p. 7). — Les animaux atropinisés résistent plus à l'action de l'acide carbonique que les animaux non atropinisés; leur résistance est due à ce que les effets réflexes de l'oxyde de carbone peuvent produire la mort par syncope réflexe primitive du cœur ou de la respiration; aussi chez les animaux atropinisés les troubles cardiaques font défaut et l'anesthésie complète qui précède la mort n'est annoncée par aucun autre phénomène. L'oxyde de carbone peut donc être dangereux soit rapidement par syncope réflexe, soit lentement par formation d'hémoglobine oxycarbonée.

Bradycardie (Ueber die Bradycardie bei Erkrankungen des Herzens), par Struebing (*Deut. med. Woch.*, 26 janvier 1893, p. 73, et 2 février, p. 101). — Le ralentissement des battements du cœur lié à une excitation centrale ou réflexe du vague, nous est bien connu. La physiologie nous en montre le mécanisme : les anémies, hyperhémies bulbaires, certains toxiques peuvent le réaliser chez l'homme. Mais la bradycardie, liée aux maladies du myocarde, l'est moins : elle est même presque un fait paradoxal, car dans les myocardites c'est la tachycardie qui s'observe le plus souvent. La pathogénie est obscure : est-ce à l'affection du muscle cardiaque lui-même ou à l'altération des ganglions intra-cardiaques qu'il convient de l'attribuer ?

L'auteur apporte cinq observations nouvelles de ce genre : dans deux cas la bradycardie survint brusquement en même temps que la maladie cardiaque (dilatation aiguë) sous l'influence d'excès de fatigues physiques. Il étudie très minutieusement les nouvelles conditions mécaniques de la circulation dans le cas actuel. Les troubles circulatoires ne peuvent être évités que par une augmentation d'énergie des contractions cardiaques véritablement *compensatrice*. C'est ce qu'il put constater chez un garçon de 15 ans : l'énergie du choc cardiaque se montrait d'autant plus grande que le cœur battait plus lentement. Le cœur vient-il à faiblir, tout en conservant sa lenteur, deux fonctions en souffrent d'abord : les fonctions cérébrales (syncope, pseudo-apoplexies) et les fonctions respiratoires (accélération des mouvements, dyspnée). La bradycardie de cause cardiaque est toujours liée à une lésion matérielle du cœur (myocardite chronique, stéatose, etc.) ; le pronostic et l'évolution sont subordonnés à la nature de celle-ci.

Cardiopathies congénitales (Bemerkungen zur Pathologie und Pathogenese der angeborenen Herzfehler), par Eger (*Deut. med. Woch.*, 26 janvier 1893, p. 81). — Les maladies du cœur congénitales sont mal connues, surtout cliniquement. D'après sa pratique personnelle, l'auteur pense qu'elles sont moins rares qu'on ne le croit. La cyanose, la dyspnée qui indiquent une communication anormale des deux cœurs ou des gros vaisseaux, peuvent manquer chez l'enfant et n'apparaître qu'à un âge plus avancé. Il n'est pas impossible, cependant, de porter un diagnostic avant leur apparition. Quand un nouveau-né, en dehors de toute affection évidente, digestive, respiratoire ou autre, se développe mal en dépit d'une bonne alimentation, on doit songer à un vice de développement du cœur. L'examen du cœur peut être négatif au repos, alors que l'agitation, les mouvements provoqués font apparaître les bruits morbides, et parfois d'ailleurs aussi la cyanose.

En pratique, l'atrésie de l'artère pulmonaire, la communication des deux cœurs donnent lieu à un souffle systolique sur le bord gauche du sternum dans le 2e espace intercostal. En dehors de l'arrêt de développement physique et intellectuel souvent signalé, l'auteur a observé plusieurs fois chez ses malades des déviations rachidiennes par insuffisance musculaire, une fois l'albuminurie intermittente. Les causes de ces anomalies cardiaques sont très mal connues : l'auteur signale, d'après sa statistique, l'influence de la syphilis et de la consanguinité des parents.

CHIRURGIE

Kyste hydatique du cerveau, résection temporaire et étendue de la voûte crânienne; extirpation du kyste, par Llobet (*Revue de Chirurgie*, 10 novembre 1892, p. 970). — Argentin, 13 ans, souffre depuis deux ans de douleurs dans la tête, surtout prononcées à gauche. Pas d'antécédents syphilitiques, puis survinrent de l'épilepsie jacksonienne, une hémiplégie totale du côté droit, des contractures, de l'aphasie partielle, une abolition presque complète de l'intelligence et de la mémoire, une altération des sentiments affectifs. Vision diminuée du côté droit; mydriase exagérée du même côté. Pouls lent et régulier, respiration lente, salivation abondante. L'état général était resté bon. On fit le diagnostic de *tumeur cérébrale* comprimant les centres psycho-moteurs de l'hémisphère gauche. L'auteur résolut d'avoir recours à la résection temporaire de la voûte crânienne, au lieu de pratiquer la trépanation qui pouvait être suivie de hernie du cerveau. Lambeau ostéo cutané de 8 c.m. dans le diamètre horizontal, sur 10 c. m. dans le diamètre vertical. On divisa l'os avec la scie circulaire du politritome de Péan et on acheva la division à l'aide du ciseau et du marteau. Dure-mère lisse et soulevée : on ne percevait pas les battements du cerveau. Une ponction amène du liquide de kyste hydatique. Incision de la dure-mère et du cerveau sur une étendue de 2 c.m. et après avoir extrait 260 grammes de liquide, on pratiqua sans difficulté, à l'aide d'une pince, l'extraction de la vésicule. Il n'y avait pas d'hydatides filles. A la place occupée par le kyste, on voyait, dans l'hémisphère gauche, une excavation considérable et la portion de substance grise qui le recouvrait était réduite à une feuille mince qui flottait dans la cavité, appliquée à la dure-mère. Lavage de cette cavité à l'eau boriquée tiède; drainage. Replaçage du lambeau ostéo-cutané. Suture

de la peau à la soie. La guérison est à peu près complète; la perte de la mémoire persiste, mais l'intelligence est améliorée.

La cholédochotomie proprement dite, par Terrier (*Revue de Chirurgie*, 10 novembre 1892, p. 897). — La cholédochotomie proprement dite est une opération fort rationnelle et qui a donné de bons résultats dans la proportion de 82,36 p. 100. Elle paraît avoir des indications fort nettes, le diagnostic de l'existence de calculs dans le cholédoque pouvant être porté dans bien des cas. Son *modus faciendi* n'est pas encore bien arrêté, même dans ses temps en quelque sorte accessoires, par exemple l'ouverture de la cavité abdominale. Souvent la recherche de la vésicule et du canal est très difficile, vu l'atrophie fréquente de la première, les adhérences nombreuses de la face inférieure du foie aux organes voisins, enfin la profondeur à laquelle on est obligé d'agir sur le canal. Dans certaines circonstances, ne pouvant atteindre le calcul, ou craignant de pratiquer son extirpation à l'aveugle, on comprend que les chirurgiens aient préféré la cholécystentérostomie à la cholédochotomie proprement dite. Nous croyons toutefois que la cholédochotomie doit être l'*opération de choix*, lors de calcul du canal cholédoque.

Arrachement du vagin pendant l'accouchement (Colpaporrhexis in partu), par Bidder (*Centralb. f. Gynækol.*, 1893, n° 3, p. 41). — Il s'agit d'une 8e pare dont les grossesses se sont terminées par l'avortement ou l'accouchement avant terme ou l'accouchement par le basiotripe. A son 9e accouchement, après 10 heures de travail et la perte des eaux, la parturiente éprouva une vive douleur dans le ventre suivie de cessation complète du travail. Vingt-quatre heures après, elle fut amenée à la clinique, où l'on fit la version après avoir constaté une déchirure de l'utérus avec sortie de l'enfant, en partie, dans la cavité abdominale. La version a dû être complétée par la céphalotripsie.

En présence d'une déchirure datant de 24 heures et probablement infectée, on se décida à faire une laparotomie exploratrice et au besoin l'hystérectomie. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva non pas une déchirure de l'utérus, mais un arrachement du vagin qui ne tenait à l'utérus qu'au niveau du cul-de-sac postérieur. Hystérectomie et suture des deux parois du vagin avec place pour drainage par gaze iodoformée. Guérison sans complication.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire d'anatomie pathologique, par M. Coyne, professeur d'anatomie pathologique à la faculté de Bordeaux.

Le professeur Coyne vient de faire paraître la première partie de son traité d'anatomie pathologique. Ce premier volume comprend l'anatomie pathologique générale et quelques points de l'anatomie pathologique spéciale.

Après avoir décrit la cellule, ses propriétés de relation, de nutrition et de reproduction, l'auteur trace les diverses altérations qui peuvent atteindre l'élément cellulaire: l'hypertrophie, l'atrophie, les nécrobioses, enfin les infiltrations et les dégénérescences. Le chapitre inflammation est remarquable par la mise en relief des diverses opinions qui ont été émises sur cette question, depuis la théorie de la congestion jusqu'à la théorie phagocytaire de Metchnikoff. Les divers phénomènes qui caractérisent l'inflammation sont ensuite passés en revue : les phénomènes vasculaires, c'est-à-dire, l'hypérémie, la stase, l'exsudation, la diapédèse; les phénomènes cellulaires, c'est-à-dire la phagocytose, la suppuration, la régression, les néoformations et la sclérose.

L'auteur décrit sous le nom d'inflammations infectieuses la gonorrhée et la diphthérie et sous le nom d'inflammations nodulaires infectieuses: la tuberculose, la lèpre, le syphilome, la morve.

Le chapitre tuberculose est très bien exposé; les diverses théories successivement émises sur l'origine et la nature de la cellule géante sont examinées. Nous aurions aimé à voir l'auteur s'étendre un peu plus sur les pseudo-tuberculoses, quoique cette question soit plutôt considérée comme une question de bactériologie pure.

Nous recommandons d'une façon particulière la lecture du chapitre des tumeurs. On voit que le savant histologiste de Bordeaux est en pleine possession du sujet qu'il expose de main de maître. Il adopte la classification de Cornil et Ranvier à part quelques légères modifications. Sous le nom de lésions parasitaires, le prof. Coyne passe en revue les hydatides, la trichinose, la filariose, l'actinomycose. Enfin l'auteur termine ce premier volume en entamant l'anatomie pathologique spéciale. Il traite successivement les lésions du système séreux et lymphatique, les lésions du système locomoteur.

Pour nous résumer, les qualités primordiales de l'ouvrage du professeur Coyne sont la clarté et la simplicité d'exposition, qualités de premier ordre quand on traite une matière aussi ardue que l'histologie pathologique; on voit que l'auteur a vu ce qu'il décrit.

Ce premier volume nous fait bien augurer du second qui doit paraître incessamment. Nous souhaitons ardemment que l'ouvrage du savant professeur bordelais obtienne tout le succès qu'il mérite.

Paul Reclus.

VARIÉTÉS

Souscription au monument Villemin.

MM. le médecin inspecteur Vallin, directeur de l'Ecole de médecine de Lyon	50 fr.
le médecin principal Viry, sous-directeur	10
le médecin-major Lemoine, répétiteur	10
le médecin-major Manquat, répétiteur	5
le médecin-major Berthier, répétiteur	5
le médecin-major Ferraton, repétiteur	5
le médecin inspecteur Widal	20
le médecin principal Sorel	10
le médecin-major Pagès	5
le médecin-major Gouell	5
le médecin-major Lesbros	5
le médecin-major Aubry	3
le médecin aide-major Fosse	3
le médecin aide-major Payerne	3
le médecin principal Crussard	6
le médecin-major Delamare	5
le médecin-major Maljean	10
le docteur Guermonprez, professeur à Lille	5

Patente des médecins. — Dans sa séance du 20 février dernier, la Chambre des députés vient de voter une aggravation de la patente déjà très lourde que paient les médecins. Ceux qui, à Paris, auront un loyer d'une valeur de 3,000 fr. et au-dessus seront taxés au douzième (et non plus au quinzième) de la valeur locative imposable. Il en sera de même des médecins qui, en province, dans une ville de plus de 100,000 âmes, occuperont un appartement dont la valeur excédera 2,000 francs.

Nécrologie. — Aujourd'hui 23 février ont eu lieu à l'église St-Etienne-du-Mont les obsèques de M. Mariotte, étudiant de 2e année, enlevé en 48 heures par une diphthérie maligne qu'il avait contractée à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le Dr Troisier. Le Conseil municipal, la Faculté de médecine, l'Association des Etudiants et les amis de notre regretté camarade avaient tenu à témoigner de leurs regrets en envoyant de nombreuses couronnes. Sur le porche de l'église, M. le Dr Poirier, au nom de la Faculté, M. Vorbes, conseiller municipal, au nom de l'Assistance publique, et M. Tissier au nom des étudiants en médecine, ont exprimé en termes élevés les sentiments douloureux que nous inspire la mort prématurée de cette nouvelle victime du devoir professionnel.

— Au dernier moment, nous apprenons la mort de M. le professeur Ball. Nous reviendrons sur la vie et les œuvres de ce regretté savant.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 4 mars 1893.

Les médecins des campagnes, les municipalités et les sociétés de secours mutuels.

Une épidémie de scarlatine se déclare dans une commune de Bretagne. Cinquante-huit malades sont atteints ; on a onze décès à regretter. Et voici que la presse politique s'empare de cet incident pour nous traiter de mandarins et réclamer... la suppression des études classiques pour les médecins. Je n'invente rien. On a pu lire dans *le Temps* du 23 février dernier — et en première page, s'il vous plaît — l'article auquel je fais allusion. L'honorable publiciste qui l'a écrit suppose que si l'on créait en France, comme Paul Bert l'avait proposé jadis pour l'Algérie, des sous-officiers de santé choisis parmi les jeunes gens « qui, par leur origine, leur éducation, leur milieu social, ne doivent pas ressentir pour la vie rurale l'aversion que témoignent trop souvent les fils de la haute bourgeoisie », on trouverait les médecins qui ont fait défaut en Bretagne et que tout serait pour le mieux dans notre beau pays de France. Il ignore sans doute que les officiers de santé dont l'éducation première était, pour quelques-uns d'entre eux, assez rudimentaire s'installaient presque tous dans les grands centres et dédaignaient, au moins autant que les docteurs en médecine, les chefs-lieux de canton où ils étaient assurés de mourir de faim. Il ne sait pas non plus que la loi nouvelle a identifié tous les titres et ne peut admettre, nous aimons à le penser, que pour poursuivre la chimérique espérance de peupler nos campagnes de praticiens éclairés, on ira jusqu'à avilir le diplôme de docteur. Laissons donc de côté les arguments de ce genre. Ce qu'il nous faut retenir de ce fait-divers, c'est, comme l'a bien compris le Comité consultatif d'hygiène, la nécessité de faire voter par le Sénat et de promulguer le plus tôt possible la loi sur l'assistance médicale dans les campagnes; c'est aussi et surtout d'imposer aux municipalités l'obligation de veiller sur la santé publique et de voter d'urgence, en cas d'épidémie, les mesures nécessaires.

Comment, voici une commune de 4,000 habitants atteinte et terrorisée par une épidémie de scarlatine et ni le maire, ni le conseiller général du canton, ni le député de l'arrondissement ne songent à appeler d'un chef-lieu voisin un interne ou un médecin qui n'aurait pas hésité à répondre à cette requête, à indiquer les mesures d'assainissement et d'isolement jugées nécessaires et à soigner les malades! Eût-il réussi à empêcher quelques décès? Là n'est pas la question. La gravité des épidémies de scarlatine est, on le sait, très bizarre. La mortalité peut varier de 1 à 40 pour 100, suivant les cas. Mais nul n'ignore que l'on parvient vite à enrayer la marche de ces épidémies et surtout à en éviter le retour. C'est ce qu'eût obtenu une municipalité un peu prévoyante en s'adressant immédiatement au préfet du département ou même au directeur de l'Assistance publique. Mais il convient d'ajouter que les municipalités et les sociétés diverses qui ont besoin du secours des médecins se hâtent trop souvent de blâmer ceux-ci ou, lorsque vient le moment d'acquitter la dette qu'elles ont contractée, de refuser les subsides qu'elles leur avaient promis.

Là est la vraie, la seule question qu'il importe de bien poser et de chercher à résoudre. En cas d'épidémie grave, de danger public, le médecin n'hésite guère à se dévouer sans réserves. Il n'en peut, il n'en doit pas être de même lorsqu'on fait appel à lui soit pour organiser un service régulier d'assistance, soit pour lui demander de remplir à la frontière un rôle de surveillance médicale. Dans ces circonstances, il agit comme fonctionnaire public et sa peine mérite salaire.

Or, nul n'a encore oublié la triste aventure de nos confrères des Pyrénées-Orientales qui, se fiant à la parole donnée par le maire de Perpignan et au décret du 4 juillet 1890, avaient, durant plusieurs mois, abandonné leur clientèle pour faire à la frontière d'Espagne les visites sanitaires qui nous ont préservés du choléra. La municipalité les a renvoyés au ministre de l'Intérieur. Celui-ci a déclaré qu'il n'avait pas à intervenir. Les tribunaux se sont déclarés incompétents à juger ce conflit et les médecins en ont été pour leurs frais.

De tels incidents sont faits pour refroidir le zèle de nos confrères. Il en est de même des prétentions élevées parfois par les Sociétés de secours mutuels. Celles-ci, parvenant de plus en plus difficilement à équilibrer leur budget, ne veulent pas admettre que les médecins s'entendent pour leur refuser un concours qu'elles taxent parfois à un taux absolument dérisoire. Elles protestent contre les syndicats médicaux qu'elles traitent de coalitions déshonnêtes et ne réfléchissent pas que bien des économies, à commencer par les frais pharmaceutiques, pourraient être réalisées si elles s'entendaient avec eux pour assurer aux médecins, qui acceptent la pénible tâche de soigner les ouvriers ou les adhérents d'une Société quelconque, des honoraires convenables.

Les nombreux conflits d'intérêts qui nous ont été signalés dans ces derniers temps sont de nature à faire réfléchir les associations médicales aussi bien que les dépositaires de l'autorité publique. Pour faire cesser ces conflits, il conviendrait de rester toujours équitable et, malheureusement, nous ne sommes point encore arrivés à la période d'apaisement. Aussi devons-nous protester hautement contre les assertions de ceux qui s'imaginent qu'en abaissant le niveau des études, on arriverait plus aisément à assurer dans les campagnes un service médical régulier. Ce qu'il convient de tenter, c'est une organisation de la médecine publique pour éviter la propagation des épidémies et une organisation de l'assistance médicale gratuite pour faire obtenir aux indigents les soins qui leur sont nécessaires. Mais, pour que cette réorganisation puisse être obtenue, il faut que les municipalités, les associations charitables, les Sociétés de secours mutuels sachent offrir aux médecins une situation matérielle qui leur permette, sinon de prospérer, du moins de vivre dans les localités où ils auront été appelés. Aussi longtemps que cette nécessité n'aura pas été comprise, on verra des régions entières dépourvues de médecins, ceux-ci préférant toujours, à la certitude de mourir de faim dans un village où l'on abusera de leur patience et de leur dévouement, l'espérance trop souvent aussi déçue de réussir dans un centre populeux.

L. Lereboullet.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des médicaments cardiaques.

I. Diverses classifications et interprétations des médicaments.

Depuis longtemps on parle de toniques cardiaques qu'on n'a jamais pu définir, et de leurs antagonistes dont on cherche encore le nom. Il y a bientôt quatre ans que Huchard, qui a bien décrit les scléroses artérielles, s'est occupé de leur trouver des hypotenseurs en même temps qu'il énumère les hypertenseurs. Ce n'est pas tout encore. Autrefois on a classé les médicaments en aortiques et mitraux, cette question sera jugée. Enfin voici une nouvelle ère qui s'ouvre pour les médicaments que j'ai rattachés il y a deux ans à leur action sur l'élasticité du cœur, et surtout à la distension du cœur.

La *première idée* qui surgit, ce fut celle de *fortifier le cœur;* c'était sans doute pour augmenter son travail effectif. Bucquoy, dont l'esprit et la science sont bien pondérés, a même dit qu'il serait intéressant d'établir une distinction physiologique entre les divers toniques, tels que la digitale, le strophanthus, etc., qui tous ont pour objet d'agir en renforçant la systole ventriculaire, en relevant et régularisant le pouls, en augmentant la tension artérielle, et en produisant la diurèse. Or il y a là une série de qualités tellement hypothétiques, particulièrement la 1re et la 2e, que C. Paul a fini par dire : il n'y a de toniques que ceux qui font uriner, et Lépine a fini par supposer avec raison que les toniques, surtout la digitale, produisent une dilatation du ventricule (gauche), de telle sorte que cette cavité reçoit plus de sang et en débite plus. Que reste-t-il alors dans le domaine des toniques? l'hypertension artérielle? nous allons la retrouver, et la discuter à propos de la deuxième classification et surtout à l'occasion du strophanthus et de la strophantine déjà énumérés.

La classification trouvée par Huchard dans les papiers de la famille de l'artério-sclérose n'est malheureusement pas aussi exacte que sa pathogénie des artères. Tous les médicaments devraient venir se ranger sous le drapeau des forts et des faibles, c'est-à-dire des hypertenseurs ou des hypotenseurs. Or la tension ou plutôt la *pression intra-vasculaire* est loin d'être la simple expression de la vaso-motricité; il n'est pas exact de dire que la vaso-constriction soit synonyme d'hyper-pression; nous le verrons à l'occasion des principaux régulateurs, de l'iodure, de la digitaline, comme de la caféine. La digitaline surtout produit une pression considérable avec une vaso-constriction médiocre; l'iodure augmente la pression en raison de la vaso-constriction, puis diminue cette même pression en faisant fonction de vaso-dilatateur avéré (Huchard, Sée).

La caféine, qui est un vaso-constricteur énergique, élève la pression et use ainsi finalement la force du cœur. Nous verrons les mêmes oscillations dans l'action des vaso-paralysants, et surtout des *vaso-constricteurs* comme l'ergotine, qui tantôt resserre les vaisseaux et tantôt les dilate. Au résumé, cette dichotomie laisse beaucoup à désirer.

On ne saurait, d'ailleurs, se faire à l'idée de *permanence* de la pression qui est censée présider au développement de la sclérose, et l'accompagner dans toutes les manifestations de cette artério-sclérose, par exemple au cœur, ou aux reins sous forme de myosclérose ou de néphrite interstitielle. Les médicaments dépresseurs ne sauraient être prescrits impunément dans toutes les affections dites hypertensives, ils perdent eux-mêmes leurs effets, et, si cela n'est pas, ils combattent une *pression imaginaire.*

La pression moyenne ou constante est invariable; il n'y a qu'une pression variable, et ce n'est pas d'elle qu'il s'agit ici, puisqu'il y aurait, sous l'influence d'un spasme vasculaire, ou de la rigidité des parois artérielles ou de l'inélasticité des artères, un état permanent durant des mois et des années sans aucune modification; ce serait plus qu'une pression constante, comme celle qui a été acceptée universellement depuis Cl. Bernard, Marey et Chauveau; ce serait la pression éternelle.

Or, voici ce que nous apprend l'étude récente et expérimentale des pressions et de leur rapport avec le volume pulsatile du cœur. En 1890, Frey et Krehl ont étudié ces pressions à l'aide de sondes introduites dans le cœur de grands animaux, et ils ont vu que la pression *intra-cardiaque* varie extrêmement peu, et qu'après une variabilité instantanée elle rentre facilement dans l'état normal. Pour la *pression vasculaire*, on connaît également, disent les mêmes auteurs, son étonnante constance, malgré les nombreuses perturbations auxquelles elle est

exposée. L'injection de sang dans les veines ne trouble l'équilibre que pour un temps très court; les vaisseaux se relâchent ou se contractent pour s'adapter à la quantité de sang injecté; le cœur lui-même peut contribuer à cette accommodation. Johansen et Tigersted (*Centr. f. Phys.*, 1890) ont déterminé, sur un lapin curarisé, la mesure de la pression, et en même temps le volume du cœur. En transfusant du sang dans la veine jugulaire ils ont vu les battements du cœur augmenter d'étendue, et le cœur lui-même augmenter de volume. Après une saignée, ils observent de fortes variations de volume du cœur; l'organe devient plus petit, ce qui prouve que la systole n'amène pas toujours l'évacuation absolue du ventricule; ils ont remarqué enfin que le ventricule gauche, étant fortement rempli, a un travail plus énergique.

Il ressort de là que, si la pression est constante, elle ne peut s'exagérer, et surtout en permanence, et par conséquent que les médicaments dépresseurs n'ont pas de raison d'être. Ce qui peut varier dans ces artères, avant qu'elles ne soient devenues des tuyaux de pipe, c'est non pas la pression, mais leur reste de vaso-motricité dans les parois qui sont restées intactes; c'est contre ces utiles restes que l'iodure en particulier agit avec une grande supériorité sans modifier la pression.

Pour montrer les instabilités des mesures de pression, je fais le relevé complet, d'abord des pressions, ce dont on n'a guère tenu compte jusqu'ici dans l'état physiologique, puis des pressions dans les affections du cœur et les autres maladies, enfin les modalités de la pression par les médicaments.

Je constitue ce tableau, d'après les indications assez obscures de Maximowitch et Rieder (*Arch. f. klin. Med.*, t. XLVI, mai 1890).

II. Pressions physiologiques.

La pression est plus élevée dans l'artère temporale gauche, à cause de la provenance directe de la carotide dans la crosse de l'aorte, que dans l'artère radiale. (Alexandra Eckart.) Les heures du jour la font varier singulièrement; dans l'après-midi elle est constamment plus élevée, qu'il y ait eu ou non un repas; le soir elle s'abaisse, principalement après un long repos. Dans la position couchée elle est au maximum et dépasse les autres attitudes; le même fait s'observe par l'hémodynamomètre chez les animaux. L'âge exerce une influence très marquée; il en est de même du poids et de la longueur du corps; avec l'augmentation de ces facteurs la pression s'élève proportionnellement.

A noter surtout l'effet du travail musculaire, qui détermine une ascension très marquée de la sphygmo-grammétrie, principalement après un exercice musculaire intense, et la marche dans les montagnes. (Oertel, Basch, Zadeth.) Il suffit de 1 à 5 minutes de travail musculaire chez l'individu sain pour élever la pression, et en même temps accélérer le cœur. Au bout de 20 à 30 minutes le retour à l'état normal a lieu.

Il est à remarquer que la musculation dans certains états pathologiques ne provoque pas l'élévation de la pression, qui reste égale ou s'abaisse, et s'accompagne d'une dyspnée considérable.

L'usage des boissons élève d'une manière très marquée la pression et la fréquence du pouls, et cela selon la qualité des boissons: la bière (à cause du CO^2), l'alcool, produisent cet effet constamment. Les autres boissons considérées à ce point de vue ont une influence décroissante, à partir du vin, du café, du thé, etc.

L'ingestion des boissons en même temps que l'exercice physique provoquent le maximum de la pression et de l'accélération du pouls.

Les bains exercent sur la pression vasculaire des effets assez contradictoires. Kisch dans sa balnéothérapie dit que le bain chaud produit le dicrotisme du pouls, et la dilatation artérielle qui ne tarde pas à rentrer dans l'état normal.

Après les bains froids il a été noté chez les fiévreux une grande dépression, plus encore chez les pneumoniques et néphrétiques traités par le bain de siège froid: c'est surtout chez l'individu sain, après une douche froide, qu'il se produit une élévation considérable de l'inspiration. (L. Basch, Schott.)

Oertel, après un bain d'une durée de 15 minutes, a vu l'ascension de la pression qui cessa au bout de quelques heures, après avoir communiqué à l'artère une dureté, une tension et une certaine étroitesse.

III. Pression pathologique et thérapeutique.

Dans la fièvre, au début, la pression monte à 30 et 60 millimètres, et ce changement tient moins à la température qu'à la force d'impulsion du cœur, et à l'intensité des obstacles que le sang éprouve dans son parcours. Si la fièvre dure, la pression s'abaisse par suite de la faiblesse de l'impulsion cardiaque. D'une manière générale, il y a abaissement de la tension artérielle et de là le dicrotisme du pouls.

Les néphrites font monter la pression, mais non dans teutes les circonstances. Les maladies du cœur ont des effets variables et contradictoires.

Parmi les médicaments hyperpresseurs on cite la digitale, la caféine, le strophantus, les alcools, le salicylate (Maragliano). Les premiers sont naturellement employés dans les cardiopathies marquées par des dépressions d'une manière plus ou moins durable.

Le nitrite d'amyle, ce qui est noté pour la première fois par Maximowitch, augmente énormément la pression, puis au bout de quelques minutes il la fait retomber complètement à l'état normal. Le moment de la plus haute pression cadre avec une sensation de chaleur, des battements dans la tête, l'injection colossale du visage et des palpitations. Schweineburg, qui relate ces faits, ne nie pas les vasodilatations, mais leur corrélation avec la pression.

Parmi les dépresseurs on compte la *morphine*, qui se recommande dans l'asthme cardial, dans les spasmes du cœur, où il a y un véritable danger de prescrire les douches froides qui font monter subitement la pression; le même danger existe dans l'artério-sclérose et lors des fortes tensions artérielles.

Il est des médicaments indifférents en tant que pression; l'antipyrine est du nombre.

On voit qu'il n'y a aucune règle fixe pour les effets de pression des médicaments, encore moins pour la pathogénie. Pour être plus sûr des résultats annoncés, et tâcher de les mettre d'accord, j'établis en fait que le sphygmomanomètre, malgré ses imperfections, est le seul moyen de diriger nos connaissances. A cet égard, il faut commenter le travail que Mme Sophie Frænkel a entrepris à la clinique de M. Sahli à Berne et qui complètent ceux de Basch. Je résume ce travail, sauf à revenir en détail sur chacune des propositions thérapeutiques (*D. Arch. f. klin. Med.*, 1890, J. t. 46).

1° La digitale donne d'abord une élévation de pression au bout d'un jour et demi à deux jours; puis état stationnaire et avec cette particularité qu'elle ne produit rien s'il y a une pression antécédente forte, dépendant de la maladie cardiaque;

2° La caféine qui, de même que la digitale, a été essayée

seulement chez les cardiaques, principalement en injections sous-cutanées, augmente la pression, mais d'une manière très modérée, et cette élévation ne dure pas. Il est à noter, et nous en tirerons des conséquences quand nous étudierons ce troisième type des médicaments régulateurs, que la pression caféique n'est nullement proportionnée à la diurèse;

3° L'ergotine produit des effets contradictoires et très discutés;

4° L'atropine augmente la pression en même temps qu'elle accélère le pouls;

5° La morphine, tantôt laisse la pression au même point, tantôt l'élève légèrement. L'abaissement de la pression est généralement admis (Christeller, Nothnagel). Nous ne sommes fixés que sur : 1° les régulateurs vaso-dilatateurs cardiaques dont le type est l'iode; 2° les régulateurs cardiaques, dont le type est la digitale; 3° les régulateurs diurétiques, à type caféique.

Nous entrons maintenant dans les détails et les applications de chacun de ces groupes après quelques notions sur les dilatateurs.

Ces résultats, d'après ce qui précède, prêtent singulièrement à la discussion. On peut en conclure seulement ceci, c'est que l'hypertension ou l'hypotension ne répond nullement à un acte défini, constant, et qu'elle n'est par conséquent pas capable de suffire au traitement des malades cardiaques à forte ou faible pression constante. La division des médicaments cardiaques en presseurs, en plus ou en moins, n'est donc pas définie ni rigoureuse. Il ne reste plus qu'un moyen d'éluder les difficultés en reconnaissant qu'il n'existe ni fortifiants, ni débilitants, ni presseurs ni dépresseurs : on est ainsi amené forcément à la constitution, à la définition des régulateurs cardiaques, et cela sous les trois types que nous avons groupés; une dernière catégorie agit sur des distensions subites. En effet, des hypertrophies aux dilatations et distensions permanentes, il n'y a qu'un pas, mais infranchissable actuellement, pour les distinguer les uns des autres.

De là nous arrivons aux *distensions* du cœur, à sa flaccidité qui résultent souvent des obstacles à la circulation artérielle, ou d'un travail excessif; ce dernier cas mène tout droit au *cœur forcé*, ou distendu et atrophique.

La dernière étape à franchir, c'est la variabilité de forme et de volume sous les influences les plus insignifiantes; ce fait étrange, indiqué par Potain et Foubert, se trouve étudié dans un travail que nous avons, avec Pignol, communiqué à l'Académie, le 2 juin 1891; par un procédé spécial et rigoureux de percussion, on assiste aux changements incessants de volume du cœur, c'est la distension instantanée, qui est sans rapport exact avec la distension prolongée, laquelle se rapproche de la dilatation permanente. La plupart des lésions du myocarde, telles que les dégénérescences, les fragmentations pathologiques, peuvent exister sans entraîner le moindre *trouble fonctionnel;* au point de vue de la clinique on peut dire dans ce cas qu'il n'y a point de maladie du cœur; en effet celle-ci ne se manifeste que quand il survient une distension. Une deuxième catégorie de faits est absolument l'opposé; les manifestations chroniques se produiront avec tous les symptômes habituels de la cardiopathie, sans qu'il y ait la moindre lésion anatomique du muscle cardiaque. La clé de toutes ces anomalies paradoxales est dans la distension du cœur gauche; si elle est permanente, constatable dans toutes circonstances, ce sera la véritable maladie du cœur.

L'étude des médicaments examinés à ce point de vue, c'est-à-dire de leurs effets sur le volume et la forme du cœur, ou plutôt sur la distension du cœur, nous fournit des données curieuses et confirmatives de la pathologie du muscle. La percussion nous montre ici encore des révolutions momentanées, qui ont plus de signification quant à la dynamique et quant à la puissance du cœur, que les résultats de l'auscultation. En mesurant le cœur et en déterminant sa forme sous l'influence des remèdes principaux de la régulation, systoliques ou bien dépresseurs, nous sommes arrivés aux remarques suivantes :

1° La *spartéine* est celui qui diminue le plus promptement les dimensions du cœur, qui renforce le mieux le muscle cardiaque. 2° La *digitaline* diminue également le cœur, mais elle agit surtout sur les cavités droites, particulièrement quand elles sont préalablement dilatées. 3° L'*iodure de potassium* réduit également le volume du cœur, mais moins que ne le fait la spartéine. La série opposée comprend l'*antipyrine* qui augmente le volume total, sans influencer la pression artérielle ; puis le *bromure*, qui ressemble sous ce rapport à l'antipyrine, et, par conséquent, met le cœur dans un état opposé à celui de l'iodure de potassium ; il dilate le cœur droit dans sa totalité, peut-être plus le ventricule droit.

Ce n'est pas là une classification, ni une dichotomie, semblable à celle qu'on a appliquée aux artérioles sous le nom d'hyper ou d'hypotenseurs. Les documents quoique encore incomplets, sur la dynamique du cœur, sont bien autrement importants et ont été totalement négligés jusqu'ici.

IV. DES MOYENS ET MÉDICAMENTS D'ACTION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.

Voici un autre mode d'intervention des médicaments sur le cœur, et plus encore sur la pression. Jusqu'ici, dans toutes ces appréciations de la pression, le cœur a été pour ainsi dire négligé ; il joue pourtant un rôle considérable et direct dans la formation de la pression; nous la retrouvons *augmentée* chaque fois qu'il y a une vraie *systole*, une contraction de force; il en est de même chaque fois que cette systole est *pleine*, c'est-à-dire quand le ventricule a reçu beaucoup de sang dans la *diastole* augmentée, comme cela a lieu pour la *digitale*. Les médicaments *hypersystoliques* directs, ou par voie *diastolique*, seront les seuls qu'il faille considérer; la part que le cœur prend par ces moyens à renforcer la pression est prédominante.

Mais comment connaître cette forte ou large systole ? Est-ce par la *mesure de la pression* ? Nos instruments, comme je l'ai dit, pour l'apprécier chez l'homme ne sont pas parfaits ; le sphygmographe n'en dit rien, et le sphygmomanomètre de Bash, modifié ou non par Potain, ne donne pas une certitude absolue; nous en verrons l'emploi et les résultats d'application dans un instant.

Est-ce par la *palpation du cœur* ? Il semble que rien ne soit plus facile que de reconnaître, par le choc, la force ou la faiblesse du cœur. Or, c'est tout au plus si on peut soupçonner la débilité musculaire du cœur par la faiblesse du choc ou du pouls.

Les observations de Miller et de Martius (Vienne, 1889) prouvent que le choc peut être faible dans les hypertrophies, et fort dans d'autres circonstances. Si on attend plus longtemps, on aura la certitude de cette déchéance cardiaque par la décompensation, c'est-à-dire par les stases veineuses pulmonaires, rénales, périphériques, mais alors il est trop tard pour faire rétrograder ces troubles profonds. On ne saurait dans l'incertitude, comme on l'a dit à l'Académie en 1889, faire servir un médicament dit tonique, comme pierre de touche.

Laissons de côté le choc et le pouls, et adressons-nous au volume du cœur pour en juger la force. Quand la percussion nous donne des dimensions exagérées, nous ne savons pas s'il s'agit d'une hypertrophie, d'une dilatation persistante ; ou d'une distension passagère, ou d'une élasticité perdue.

L'hypertrophie n'engage en rien l'état du cœur ni son avenir. Le cœur peut rapidement ou tardivement être frappé d'une dégénérescence fibro-scléreuse des plus graves, étendues ou partielles et fragmentaires. Letulle, Renaut, Browitcz ont démontré ces myocardites segmentées et dégénérées, que nous ne savons pas distinguer des dégénérations complètes et qui font croire à une hypertrophie compensatrice salutaire, dite providentielle. Nous ne savons même pas discerner cette hypertrophie, de *l'adipose ou cœur gras*, dont Penzold (1887) dit que les cœurs qui ont résisté à la digitale ont été les cœurs gras constatés à l'autopsie.

Reste la question de l'élasticité que nous avons indiquée et largement utilisée au point de vue physiologique et clinique.

V. DES MÉDICAMENTS AORTIQUES MITRAUX ET CORONAIRES.

On discute depuis longtemps sur l'utilité des médicaments dans les affections valvulaires ; on a cru trancher la question en les divisant en aortiques, mitraux, coronaires.

Médicaments aortiques. — Ainsi à propos des lésions aortiques nous voyons les dissensions les plus complètes. Tandis que Corrigan, Sydney-Ringer, Niemeyer regardent la digitale (qui est, dit-on, un médicament tonicardiaque presseur) comme absolument contre-indiquée, voici Folhergill, Germain, suivis par Gubler et Lelion, qui lui reconnaissent dans ces cas une efficacité *spéciale*. Comme dans les lésions valvulo-aortiques, la compensation se fait presque toujours par *l'hypertrophie* du ventricule gauche chez les jeunes gens, il n'y a pas à songer à intervenir (Tessier de Lyon) ; ce sont les premiers observateurs qui ont raison, ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille rien faire dans le cours de ces maladies, particulièrement chez les vieillards, quand il s'agit d'une insuffisance aortique avec rétrécissement de cet orifice, attendu que dans la grande majorité de ces cas, c'est une sclérose artérielle. Ainsi les *aortiques* ne réclament pas ordinairement une médication *aortique*.

Médicaments mitraux. — Lorsqu'on a affaire à une lésion mitrale, il faut distinguer le *rétrécissement* ; la digitale y est vivement condamnée par Potain, et non moins vivement recommandée par Niemeyer. Il est clair que tout dépend de l'état de compensation ; s'il y a une hypertrophie droite efficace, il n'y a rien à faire ; si elle manque, il faut interroger l'état d'énergie du muscle cardiaque gauche et droit ; si elle se traduit par une grande faiblesse du cœur, la digitale est indiquée au moins temporairement, mais la difficulté est toujours dans la mesure de cette force ; le pouls ne sert à rien, car il est généralement petit et faible ; il n'y a que la *dyspnée* qui compte ; dès qu'elle est prononcée, c'est qu'il y a un commencement de décompensation.

Pour ce qui est de l'insuffisance mitrale, il est rare que la digitale et les régulateurs n'y soient pas indiqués. En effet, *l'insuffisance mitrale* n'est jamais à l'état absolu de bénignité, et elle ne fait pas partie de cette catégorie privilégiée de cardiopathies que le malade tolère pendant une partie de sa vie sans s'en préoccuper.

Le moins de troubles qu'elle provoque consiste dans la gêne de la respiration, dans la dyspnée de travail. Il est rare ensuite qu'elle laisse au cœur sa régularité, et qu'elle ne touche pas à son rhythme, à l'enchaînement de ses pulsations. Il est plus rare encore, surtout à une certaine phase de son évolution, qu'elle ne gêne pas la circulation veineuse périphérique, le cours du sang dans le *foie*, et la *sécrétion rénale*, de manière à provoquer la formation des hydropisies, des hypérémies hépatiques, d'oligurie ou d'albuminurie, en un mot qu'elle n'entre dans la période troublée ou asystolique. Pendant tout ce temps la pression sanguine est *abaissée*, et s'il est difficile de le certifier, et surtout de la mesurer, on peut en toute sécurité en calculer les effets, à en juger non pas seulement par la diminution de force du pouls tracé au sphygmographe, mais encore par les stases veineuses qui se produisent à un certain moment dans le système veineux de la petite comme de la grande circulation.

Médicaments artério-coronaires.—Ici à plus forte raison il ne saurait être question d'une médication curative absolue ; nous ne connaissons l'artério-sclérose que par ses effets, et s'il s'agit de la sclérose coronaire, on ne peut la juger que par les accès d'angine de poitrine. Plus tard il arrive une période d'insuffisance du cœur, une dégénération fibreuse qui rentre dans la catégorie de toutes les dégénérations, et par conséquent de tous les défauts de la compensation.

GERMAIN SÉE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Bactériologie clinique du chancre simple et des blennorrhagies compliquées, par le Dr CH. AUDRY, chargé de la clinique de dermatologie et de syphiligraphie de Toulouse.

I. — *Chancre simple.*

Le bacille du chancre simple aurait été vu par M. de Luca.

Il a été pour la première fois bien étudié par M. Ducrey (Naples), puis par M. Unna dont H. Pusey nous a fait connaître les résultats. MM. Quinquaud et Nicolle ont confirmé les données fournies par les précédents observateurs. Enfin, M. Krefting (Christiania) a publié sur ce sujet un travail excellent de tous points (1).

J'ai naturellement employé comme colorant le bleu de méthyle. Les formules de Kühne, de Lœffler, de Unna m'ont donné des résultats nuls. Le bleu de Bœck, employé par Krefting, m'a paru infiniment supérieur, à cause de son élection pour le microbe, et aussi pour la chromatine. — Borax 16 ; solution aqueuse saturée de bleu de méthyle 24 ; eau 20. Baigner la lamelle pendant une demi-heure (moins longtemps si l'on chauffe), laver à l'eau distillée, sécher, éclaircir avec l'essence de cèdre, monter dans le Dammar au xylol. L'immersion à huile de Leitz 1/12 est parfaitement suffisante pour l'examen (0 c. 3 ou 4).

Tous mes examens ont porté sur du pus (2). Je n'ai pas éprouvé de difficultés appréciables, et ne puis m'expliquer les insuccès de M. Jullien.

C'est un bacille dont l'apparence m'a semblé un peu

(1) DUCREY, *Giornale ital. delle malat. venerei et della pelle*, 1889. — PUSEY, UNNA, *Annales dermat. et syph.*, 1892. — QUINQUAUD, *Id.* — KREFTING, *Arch. für Dermat. und. Syph.*, 1892.

(2) NICOLLE (*Annales de l'Institut Pasteur*, novembre 1892) a récemment recommandé de fixer le bleu de méthyle, sur les microbes non colorés par le Gram, au moyen d'une solution de tannin à 1/10 sur les coupes, bien entendu. Je n'ai pas encore pu obtenir de bonnes préparations. Une seule fois, j'ai vu un bacille ; encore siégeait-il dans l'exsudat qui couvrait la surface ulcérée. La décoloration est restée trop incomplète. Il est possible que M. Nicolle se soit inspiré des recherches faites par les botanistes allemands (Pfeffer surtout) qui utilisent inversement le bleu de méthyle pour la recherche du tannin dans les tissus végétaux. Je me propose dans mes tentatives ultérieures d'employer la solution de Weingærtner qui ajoute 1/10 d'acétate de sodium, mon collègue et ami M. Bræmer en ayant été fort satisfait en d'autres circonstances.

Je n'ai pas essayé la méthode de Unna qui décolore par le styrone.

variable. Dans la majorité des cas, il m'est apparu comme à M. Ducrey sous la forme d'un bacille renflé en massue à ses deux extrémités qui sont séparées par un espace clair. C'est ainsi du reste qu'il est figuré par M. Krefting. Ces deux observateurs ont, comme moi, fait porter leurs études sur le pus. A côté de cette forme, j'ai retrouvé plus rarement le bacille en chaînette, le strepto-bacille de Unna. MM. Quinquaud et Nicolle l'ont également facilement observé. On notera que MM. Unna, Quinquaud et Nicolle ont étudié des coupes. Pour ma part, j'ai vu de très belles chaînettes dans le pus, et en particulier dans le pus d'un bubon. Dans ces conditions, la forme renflée aux extrémités et l'espace clair central sont moins accusés et finissent même par disparaître. Cependant, comme je les ai retrouvés sur des chaînettes, je crois pouvoir admettre l'identité probable de ces deux micro-organismes.

Ils se présentent tantôt isolés, tantôt en groupes; je n'en ai jamais vu plus de 7 ou 8 agminés, et encore exceptionnellement.

Ils siègent parfois hors des globules du pus; assez souvent, on les trouve à l'intérieur de ces derniers; ils sont généralement alors disposés en groupes. On ne les rencontre ainsi que dans les cas où ils sont très abondants; or, il n'en est pas toujours ainsi, il faut parfois les chercher avec un certain soin; en pareil cas, ils sont le plus souvent répartis par petites zones sur la lamelle.

A ma connaissance, on n'a pas réussi à les cultiver; l'exiguïté actuelle du personnel et de l'installation de ma clinique ne m'a pas encore permis de l'essayer.

Nous avons étudié :

1° Les sécrétions de l'ulcère primitif;
2° Celles des pustules d'inoculation;
3° Le pus des bubons.

1° Je dois dire immédiatement que je n'attache aucune valeur aux examens des sécrétions de l'ulcère primitif; il y a cependant une exception pour le cas où il siège en dehors de la région balano-préputiale ou de la région vulvaire.

En effet, toutes les fois que j'ai examiné des exsudats de phimosis ou de chancres occupant la rainure du gland, j'ai constamment trouvé une très grande quantité de micro-organismes, le plus souvent bacillaires, de toutes formes, de toutes dimensions, qui se colorent très bien par le bleu de Bœck, et se décolorent après le Gram comme le bacille spécifique. Même constatation quand j'ai étudié les liquides vulvaires et uréthraux de la femme. Et cela, bien entendu, dans des cas où il n'existait aucune trace de chancre simple.

Il n'en est pas tout à fait de même quand la lésion siège en dehors de cette zone. J'ai retrouvé le bacille caractéristique dans une ulcération croûteuse du fourreau qui m'avait un moment paru syphilitique. Cette constatation me fit changer mon diagnostic; l'auscultation, l'examen du pus de cette dernière et l'observation ultérieure du malade me montrèrent que, sans aucun doute, il s'agissait d'un chancre simple.

D'autre part, j'ai également retrouvé le bacille seul et d'aspect très caractérisé sur un petit chancre thoracique survenu après une inoculation et que la négligence du porteur avait laissé s'agrandir.

2° Voici maintenant le résumé très bref de mes observations qui portent surtout sur l'étude de la pustule d'inoculation plus ou moins sériée.

1° Homme de 40 ans. Petit chancre simple du prépuce actuellement à peu près guéri, accompagné de deux volumineux bubons suppurés.

Examen de l'exsudat de l'érosion : négatif. Inoculation négative.

2° Homme de 31 ans. Chancre simple du méat. Deux inoculations successives, positives l'une et l'autre, examinées chacune à deux reprises, ont toutes deux présenté des bacilles.

Revu un mois après avec un bubon suppuré.

3° Homme de 30 ans. Chancre simple de la face interne du prépuce. Deux pustules successives ont donné des résultats positifs au point de vue du bacille. Une nouvelle pustule née du chancre inoculé à une période assez avancée de sa réparation est bacillaire.

Un mois plus tard, nous retrouvons encore des bacilles dans un petit chancre thoracique qui a succédé à cette dernière inoculation.

4° Homme de 29 ans. Chancre simple du filet. Quatre séries successives ont été positives au double point de vue de l'inoculation et de l'examen des bacilles. Ceux-ci étaient très nombreux.

Le malade présenta un bubon suppuré sus-pubien sur lequel nous reviendrons.

5° Homme 21 ans. Chancre simple du fourreau. Résultat positif de deux inoculations successives. Bacilles constants.

6° Homme 40 ans. Chancres multiples sans phimosis. Inoculations positives au double point de vue.

Je n'ai tenu aucun compte des examens de liquides primitifs, ni des examens qui me paraissaient insuffisants.

Je rappelle cependant que sur un chancre du méat qui ne figure pas dans la précédente liste, j'ai retrouvé des bacilles offrant avec le bacille ordinaire des ressemblances considérables.

Je juge inutile de rapporter ici les six cas de contrôle, où l'examen de liquides préputiaux et vulvaires survenus indépendamment du chancre simple m'ont fourni des exsudats bourrés de microbes innombrables et indéfinissables. Ainsi, *toutes les fois que l'inoculation m'a donné la pustule caractéristique, j'ai retrouvé sans difficulté le bacille incriminé dans l'exsudat de cette pustule.* La seule fois où mon examen a porté sur un chancre ayant perdu sa virulence, l'examen microscopique a été négatif comme l'inoculation.

Ces faits coïncident manifestement avec ceux de Ducrey et de Krefting. Il est remarquable que l'on retrouve presque immédiatement le bacille à l'état de pureté, et indépendamment de tout autre microbe. On peut considérer ces faits comme équivalents à des cultures intra-épidermiques. Cependant, aussi longtemps qu'on ne sera pas parvenu à le cultiver *in vitro*, les faits positifs auront quelque utilité; car ils viendront à l'appui de notions qui peuvent être attaquées théoriquement. Il est inutile d'insister sur l'importance nosologique de ces données. Si, en France, nous sommes habitués à considérer le chancre simple comme une lésion spécifique, il n'en est pas de même en Amérique où l'opinion de Bumstead est encore fort répandue : que le chancre simple est simplement le résultat d'inoculation de substances septiques banales. Il faut savoir qu'à Vienne, M. Kaposi est encore uniciste; et que, quoique dualiste pour sa part, M. Finger est partisan de l'opinion de Bumstead. Je me propose du reste de reprendre ses expériences. Si, comme lui, j'arrive à faire avec des liquides non chancreux des pustules inoculables en séries, il y a lieu de croire, sauf erreur totale de la part de Ducrey, Unna, Krefting et moi, que leur pus ne renfermera pas notre bacille.

3° On n'a pas oublié la surprise que causa la communication de M. Strauss annonçant que le pus du bubon suppuré satellite du chancre simple n'était pas virulent lors de son ouverture. M. Ducrey a émis la même opinion. L'un et l'autre ont été vivement combattus par des arguments expérimentaux et cliniques. Je n'ai pas à rechercher la cause des résultats qu'ils ont obtenus. Mais déjà M. Krefting a montré que, de par les examens bactériologiques, cette proposition était inexacte.

J'ai pu étudier quatre fois le pus du bubon chancreux à l'ouverture. Trois fois je l'ai trouvé dépourvu de bacille

et non inoculable. Une fois, j'y ai retrouvé d'emblée de très beaux bacilles et obtenu une série d'inoculations également positives au double point de vue de la pustule et du microbe.

Il s'agit précisément de notre observation et nous vîmes survenir sur la ligne médiane, à 0,03 centimètres du pubis, une nodosité mobile sous la peau du début, qui devint douloureuse, puis fluctuante et adhérente. Nous l'incisâmes; le pus fut recueilli, inoculé et examiné immédiatement. Il était bourré de bacilles et donna une belle pustule qui en engendra une seconde également bacillaire.

Je ne veux pas insister ici sur la singulière localisation de cette adénite. Je pense que, toutefois, l'observation montre sans contestation possible que le pus du bubon chancreux peut être primitivement virulent, spécifiquement parlant.

Il est à noter que les trois autres fois, je ne vis aucun micro-organisme dans mes préparations. Krefting pense aussi qu'on peut avoir des pus aseptiques; il en est qui ne lui ont donné en cultures que des résultats négatifs. Aucun des trois bubons en question ne s'est chancrellisé ultérieurement et n'a pu être inoculé positivement.

On peut donc admettre que l'*adénopathie du chancre simple peut être* :

1° *Essentiellement virulente, et ainsi le bacille du chancre simple nous apparaît comme un microbe pyogène par lui-même*

2° *Inflammatoire* (1) *et aboutissant soit simplement à de la tuméfaction, soit à de la suppuration de qualité ordinaire relevant d'agents pyogènes ordinaires.*

3° *Enfin, il y a des cas où le pus ne présente aucun micro-organisme,* sans qu'on puisse savoir si, comme l'avait pensé Ducrey, il résulte de l'action de produits solubles irritants absorbés par les lymphatiques, ou si les microbes qui en ont provoqué la production n'ont pas disparu secondairement.

J'ai, pour ma faible part, de grandes tendances à adopter cette dernière opinion, à l'appui de laquelle on peut invoquer la rareté ou l'absence du bacille de Koch dans de très anciens produits tuberculeux.

En revenant *au point de vue pratique*, je crois pouvoir conclure comme il suit :

1° *Il ne m'est pas possible de regarder comme un chancre simple ou comme née d'un chancre simple une lésion dépourvue du bacille étudié*;

2° *On ne peut tirer aucune conclusion positive de l'examen du pus pris dans la zone vulvaire ou balano-préputiale.*

II

Présence de micro-organismes dans le pus uréthral des blennorrhagies compliquées.

Chez l'homme, je considère comme complications tous les accidents survenus dans le cours d'une blennorrhagie à gonocoques et frappant un organe autre que l'urèthre. J'admets que l'uréthrite postérieure ne peut pas être regardée comme une complication; c'est un point sur lequel Aubert (de Lyon) a insisté dès 1884, et qui paraît actuellement bien établi (derniers travaux de l'école de Necker, Rona, Jadassohn, Heissler, etc.).

En 1887, j'ai cru devoir soutenir (2) que les arthrites et les synovites dites blennorrhagiques étaient, en réalité, dues à des infections surajoutées. Je reste fidèle à cette donnée qui est, d'ailleurs, celle de la majorité des auteurs actuels. Mon opinion n'a pas été influencée par le travail de M. Jacquet, qui est lui-même peu affirmatif à l'endroit de ses examens microscopiques (*Annales derm. et syph.*, 1892). Je suis cependant obligé d'admettre qu'il existe des cas de métastases gonococciennes vraies. Exemple : le fait récent de Lang (*Arch. für Dermat. und Syph.*, 1893) qui a trouvé des gonocoques dans un abcès sous-cutané développé autour d'une articulation métacarpo-phalangienne. Mais ces faits sont extraordinairement rares au milieu du nombre des examens pratiqués en des circonstances analogues. D'autre part, il est à regretter que nous ne soyons pas assurés de la présence du seul gonocoque dans ce pus.

Les travaux récents de l'Ecole de Necker (v. l'excellente étude de Reblaub, Paris, 1892) nous ont montré que, dans la grande majorité des cas, *les cystites* de la blennorrhagie étaient dues à des infections secondaires, à des microbes surajoutés.

Enfin la série des travaux de Hugounenq et Eraud (de Lyon), très bien exposée dans l'excellente thèse de d'Ahrlac (Lyon 1892), rend fort probable ce fait que l'épididymite de la blennorrhagie est également due à un microbe assez semblable au gonocoque, mais en différant cependant par des caractères fondamentaux, et en particulier par la facilité avec laquelle on le cultive.

Je me borne à dire qu'au cours des nombreux examens de pus blennorrhagiques faits à la clinique (dans le but d'étudier le traitement de la chaudepisse par les différentes méthodes, et en particulier par celle de Janet), j'ai pu constater ce qui suit :

1° *Toutes les fois que j'ai examiné le pus uréthral d'individus atteints d'une blennorrhagie à gonocoques accompagnée de complications quelconques, j'y ai vu à côté du gonocoque des micro-organismes différents par leur aspect et de distribution topographique.*

J'ai pu, en particulier, constater cela sur un homme porteur d'une synovite blennorrhagique du long extenseur propre du pouce droit.

2° Je ne puis pas être aussi catégorique sur la proposition inverse. Cependant, dans la majorité des cas, *quand on trouve à côté du gonocoque des microbes différents, et cela dans le pus de l'urèthre, on a beaucoup de chances d'avoir affaire à un malade, qui a, qui a eu ou qui aura des complications.*

Je n'hésite pas à accorder à ce fait une véritable valeur pronostique. Au contraire, quand le pus ne présente que que des gonocoques, on peut compter sur une marche normale, je veux dire sur l'absence de complications extra-uréthrales.

Pour le moment, je ne puis appliquer ces conclusions qu'à l'homme.

Je dois avouer que je m'appuie uniquement sur les examens pratiqués après coloration par les solutions aqueuses ordinaires. Je pense que, en bactériologie clinique, cette technique est suffisante, étant donné que le gonocoque typique est en somme très fortement caractérisé. D'ailleurs le critérium nous manque encore: il ne m'est plus possible d'attacher une importance quelconque à la méthode de Gram. Il est parfaitement exact que le gonocoque se décolore après le Gram. Mais si l'on veut prendre la peine d'examiner les innombrables microbes des régions préputiales et vulvaires non infectées par la blennorrhagie, on verra que l'immense majorité de ces micro-organismes se décolorent parfaitement par le Gram. Nous avons vu tout à l'heure que ce caractère leur était commun avec le bacille du chancre simple.

Je ne puis donc, pour ma faible part, accorder au signe de G. Roux et, par suite, à la méthode de M. Steinschneider qu'une importance tout à fait relative.

(1) Inflammatoire au sens d'infection banale.
(2) *Annales de dermat. et syph.*

De l'emploi du sublimé dans le traitement interne des fièvres typhoïdes, par le docteur Loranchet, médecin du lycée Lakanal.

(*Fin.*)

DISCUSSION

I

Prenons d'abord comme point de départ de la discussion la statistique de la mortalité dans la fièvre typhoïde telle qu'elle a été donnée par les principaux auteurs.

Les anciens donnaient une moyenne de 25 0/0; Valleix (1) dit : « La fièvre typhoïde est une des maladies aiguës dont la terminaison est le plus souvent fatale. » Niemeyer (2) donne 25 0/0 de mortalité; « le quart des malades, dit-il, succombe à cette affection ».

Plus récemment, Dieulafoy (3) donne encore un chiffre élevé. « En moyenne la mortalité serait de 18 à 20 pour 100 (Murchison, Griesinger), de 20 pour 100 (Jaccoud). » Bouchard (4) donne différentes statistiques, suivant les méthodes diverses de traitement qu'il a appliquées. « Autrefois, dit-il, la mortalité par fièvre typhoïde dans mon service était de 25 p. 100. Quand j'ai su neutraliser les poisons intestinaux, elle est tombée à 15 p. 100; puis à 10 p. 100, quand j'ai réussi à obtenir l'antisepsie intestinale. Elle est tombée jusqu'à 7 p. 100, quand j'ai institué le traitement complet. » Mais dans une note parue à la fin du chapitre (p. 238), on fait remarquer que la mortalité est remontée à 11,7 p. 100.

Dans ma série de 21 observations, il ne s'est produit qu'un décès; soit 5 p. 100 de mortalité seulement.

Puis-je attribuer ce résultat à l'emploi du sublimé? c'est ce que je vais essayer de démontrer.

Il est une objection qui viendra tout naturellement à l'esprit du lecteur : c'est que j'ai pu avoir la chance de rencontrer une série heureuse, et qu'aussi bien, en d'autres temps et en d'autres circonstances, il pourrait se présenter une suite de cas graves qui viendraient augmenter dans de notables proportions le chiffre de la mortalité que j'ai signalé dans ma statistique. Cette objection a sa valeur et mérite qu'on s'y arrête. Aussi bien ai-je eu soin déjà d'exprimer cette opinion qu'il fallait un plus grand nombre de cas pour fixer la valeur thérapeutique d'une méthode; mais le nombre d'observations que je présente est pourtant suffisant pour que l'on puisse en raisonner.

Une série heureuse! oui; il s'en rencontre en médecine, tout comme, hélas! il se rencontre aussi des séries noires qui viennent dissiper toutes les illusions d'un système. Mais si l'on veut bien tenir compte que j'ai soigné 12 malades dans la même maison, dont 7 dans la même famille, presque tous malades en même temps, sans linge, sans ressources, épuisés par le travail ou les privations, mal nourris souvent, réduits pour la plupart à boire les sales boissons alcooliques que l'industrie fabrique à bon marché, alités dans des chambres mal aérées et malsaines suant l'humidité et puant le moisi, on reconnaîtra que les chances de la série heureuse étaient singulièrement compromises par des mauvaises conditions d'hygiène qui auraient dû, au contraire, amener un redoublement de l'intensité infectieuse. Pourtant tous ces malades ont guéri.

Au surplus, pour restreindre les chiffres de ma série heureuse, je veux bien défalquer les six cas que j'ai notés comme bénins. Il restera encore 15 cas pour lesquels la mortalité n'aura été que de 6,6 p. 100.

(1) Valleix, *Guide du médecin praticien.*
(2) Niemeyer, *Pathologie interne.*
(3) Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne.*
(4) Bouchard, *Leçons sur les auto-intoxications.*

En offrant cette déduction aux plus rigides statisticiens, ne leur faudrait-il pas beaucoup de sévérité pour ne pas me laisser admettre comme plus probable que le sublimé a exercé vraisemblablement deux actions : l'une, individuelle, en tant qu'antiseptique chez le sujet atteint; l'autre, plus générale, en atténuant les effets de la contamination.

On ne manquera pas non plus d'objecter que ma statistique porte sur des malades dont l'âge comporte une mortalité plus faible que celle qui résulterait d'observations prises chez des adultes. Pour lever l'objection, je veux bien ne comprendre que la série des sujets âgés de plus de 15 ans : cette opération ne me donnera encore que 8,3 0/0 de mortalité, représentant encore, malgré mes éliminations, la proportion la plus faible qui ait été présentée jusqu'alors.

Mais la mortalité est moins forte dans la clientèle extérieure que dans les hôpitaux? — Je veux bien retenir l'objection, et je conviens que si l'on veut entendre par « clientèle extérieure » la clientèle aisée, largement pourvue d'air, de confortable et de ressources hygiéniques, pouvant recevoir le concours d'un personnel domestique, ou de gardes, pour administrer les soins continuels et minutieux qu'exige cette maladie, les conditions seront probablement meilleures qu'à l'hôpital. Mais les trois quarts de mes malades ont été dans des conditions plus mauvaises que dans les hôpitaux; leurs chances de guérison étaient aussi compromises que celles de la population hospitalière, et je n'en ai perdu qu'un sur vingt et un. Cette objection, dans l'espèce, tournerait plutôt à mon bénéfice.

Je suis donc en droit de conclure que j'ai obtenu des effets sérieux de l'emploi du sublimé administré à l'intérieur, comme je l'ai prescrit dans tous les cas susmentionnés; car la proportion des guérisons que j'ai obtenues est supérieure à celle de toutes les statistiques fournies jusqu'à ce jour.

II

L'action du sublimé s'étant manifestée par des faits, il me reste à en chercher l'explication. Ici, je suis obligé d'entrer dans le domaine des hypothèses; je vais m'efforcer de parcourir ces chemins ardus en m'aidant autant que possible de la raison scientifique afin d'éviter l'écueil des utopies où je sens qu'il me serait trop facile d'échouer, si je me laissais aller à des interprétations fantaisistes qui viennent trop facilement à l'esprit pour aider à résoudre, selon ses caprices et ses désirs, les questions les plus difficiles.

Et c'en est une entre toutes, d'abord, que de dire au juste ce qu'est, en définitive, la fièvre typhoïde. Je sais bien qu'on a découvert son microbe qui s'appelle le bacille d'Eberth. Mais ce microbe n'entre en scène et ne joue son rôle actif qu'à la condition de rencontrer dans les humeurs où il doit vivre, pulluler et se régénérer, des éléments particuliers qui favorisent sa nutrition et se prêtent à son développement.

Il est généralement admis que l'atmosphère et les eaux sont remplis de micro-organismes de toute nature que nous absorbons incessamment. Pour en revenir plus spécialement au microbe de la fièvre typhoïde, il est indéniable que chacun de nous en ingère de temps en temps. Nous le rencontrons plus ou moins endormi, plus ou moins dégénéré. Si les sécrétions du tube digestif sont absolument saines et normales, le bacille qui vient s'y baigner n'éprouve aucune modification; il y demeure inerte, comme il était à son entrée et il le parcourt sans avoir pu se reproduire d'une part, et sans avoir acquis de

propriétés nocives. Il est purement et simplement éliminé sans avoir laissé traces de son passage.

Que si, au contraire, ces mêmes humeurs sont altérées dans leur composition, ou seulement imprégnées de ferments qui ne soient pas des ferments normaux (ferments pathogènes), le bacille trouvera là un milieu de culture dans lequel il va reprendre toute son activité vitale, toute sa nocivité.

D'où il suit que pour lutter contre la maladie qui va naître des désordres causés par le pasasite nouvellement introduit dans l'économie, il importe moins de chercher à tuer le bacille lui-même — chose impossible d'ailleurs, car la dose toxique pour le bacille le serait également pour la cellule vivante, — que de chercher à neutraliser et à stériliser les milieux.

On comprendra donc que je ne m'arrête pas à l'objection des partisans des agents microbicides, qui prétendraient que ma solution n'est pas assez concentrée pour détruire le bacille, et qu'au surplus, elle ne l'attaque même pas dans son lieu d'élection, les plaques de Peyer; le sublimé n'y arrivant pas, absorbé qu'il est déjà par l'estomac et les premières portions de l'intestin.

Je répète qu'on tue les bacilles comme on veut, et avec n'importe quoi, en dehors de l'économie. On les tue dans les selles, dans les déjections de toute nature, avec des solutions de cuivre, d'acide phénique, etc.; on les tue par la chaleur à l'étuve, dans les objets de literie; on prévient ainsi, pour les autres, l'absorption trop immédiate de bacilles tellement vivaces qu'ils créeraient des désordres même chez les individus sains qui les recueilleraient. — C'est ainsi du reste que s'explique la contagion. — Mais tuer le bacille dans l'économie, jamais! on tuerait plutôt le malade. Je ne me préoccupe donc pas que le sublimé n'aille pas sur les plaques de Peyer, si tant est que même il n'y arrive pas un peu. Le mécanisme de son action est tout autre, je vais m'en expliquer.

Et tout d'abord il commence par laver la bouche, le pharynx, l'œsophage et l'estomac. C'est déjà beaucoup, ce me semble, que de n'offrir au bacille qu'un terrain ainsi neutralisé; on peut admettre, sans forcer l'hypothèse, que le sublimé agit de même sur le duodénum.

Or tous les ferments qui se seraient produits dans ces divers organes et qui auraient été entraînés dans l'intestin se trouvent détruits. L'aspect de la langue indique que les voies digestives supérieures sont en parfait état. Les fermentations secondaires qui se produiraient donc plus tard dans l'intestin par l'apport des éléments fermentescibles des premières voies, sont atténuées d'autant. Le milieu de culture du bacille sera modifié au détriment de celui-ci dont l'activité sera amortie, la pullulation amoindrie.

Parallèlement à cette action mécanique toute locale, modificatrice des ferments, il s'en exerce une autre par la saturation de l'économie par le sublimé.

Le sang lui-même qui charrie vers tous les émonctoires les cellules mortes, les toxines que les glandes excrétoires doivent éliminer, déverse dans ces mêmes glandes et dans leurs liquides une partie des produits hydrargyriques dont il avait été chargé par l'absorption intestinale.

Ces excrétions conservées pour un temps dans leurs réservoirs naturels: — bile, urine, et même le mucus intestinal, — seront moins fermentescibles et partant moins aptes à participer à l'auto-intoxication. Il en est de même pour les glandes sécrétoires, dont les produits seront heureusement influencés par leur imprégnation hydrargyrique.

La plus remarquable entre autres, et la plus utile, je pense, de ces sécrétions, c'est la salive. Ce sont les glandes salivaires qui éliminent en plus grande quantité les sels mercuriels introduits dans l'économie. La salive va donc rester chargée continuellement de solution hydrargyrique. Chaque déglutition apportera encore dans les voies digestives une dose de l'agent neutralisant.

C'est ainsi que se trouvent stérilisés, pour une part, les liquides divers où les parasites ont fait invasion pour y pulluler.

De ces fermentations atténuées il ne peut plus résulter que des phénomènes morbides d'une intensité médiocre. L'organisme moins profondément troublé dans toutes ses fonctions lutte plus avantageusement contre l'empoisonnement typhique, et la guérison devient la règle.

PARALLÈLE DE MA MÉTHODE AVEC DIVERSES AUTRES

Je ne parlerai que pour mémoire des anciennes méthodes qui consistaient à donner tout simplement des boissons tempérantes et des purgatifs pour déterminer l'évacuation plus rapide des selles et des détritus organiques qui pouvaient encombrer l'intestin. C'est de ce temps que datent les statistiques de mortalité de Niemeyer et de Valleix que j'ai données plus haut.

Depuis qu'on a reconnu à la fièvre typhoïde les caractères d'une maladie infectieuse, diverses substances antiseptiques ont été employées, sans que les auteurs que j'ai pu consulter s'étendent beaucoup sur les résultats obtenus. Je ne vois à noter ici et à mentionner plus particulièrement, comme ayant été suivis de succès, que les traitements de Dujardin-Beaumetz, par l'eau sulfo-carbonée, et celui de Bouchard par le charbon, l'iodoforme, etc.

Il est une méthode qui a révolutionné, en son temps, la thérapeutique de la fièvre, qui a fait, à juste titre, beaucoup de bruit, et qui a donné lieu à de grande discussions et à une vaste expérimentation: c'est la méthode des bains froids, connue sous le nom de système de Brand. Elle a ses partisans et ses détracteurs; elle a été modifiée depuis, presque à l'infini. On n'est pas d'accord sur la température des bains, sur leur fréquence, sur leur durée, je n'en veux retenir qu'une chose: c'est que cette méthode de traitement par les bains — froids ou non — est d'une application difficile hors des établissements hospitaliers possédant le personnel et le matériel nécessaires, et que c'est un service à rendre aux malades et aux médecins que de se mettre en situation de s'en passer.

On remarquera que, dans les observations que je présente, je n'ai pas fait usage des bains chez un seul sujet, n'ayant jamais rencontré une température qui m'obligeât à recourir à ce moyen pour obtenir un abaissement de l'hyperthermie.

Je n'hésite pas à attribuer au sublimé cet abaissement relatif de la température: sans pouvoir préciser à quelles causes plus spéciales est due l'élévation thermique dans la fièvre typhoïde, et en admettant qu'elle soit produite par plusieurs conditions morbides, on peut faire entrer comme facteur probable l'état fermentescible des diverses sécrétions au milieu desquelles se développent les éléments parasitaires qui, par leur nutrition, provoquent des réactions chimiques qui élèvent à leur tour la température, comme on le voit dans les fermentations naturelles.

Quelque exagérée que puisse paraître cette comparaison, je ne crains pas de la formuler; car lorsqu'on a pu constater, comme je l'ai fait, des températures de 38°5, 39° et 39°8, avec 70 à 80 pulsations seulement, il est difficile d'admettre une autre explication de la chaleur que la comburation par fermentation.

Que si dans les fermentations naturelles comme celles du vin, de la bière, etc., on neutralise le liquide par l'acide salicylique, la graine de moutarde, ou une autre

substance, la fermentation s'arrête et, partant, la chaleur qui s'en dégageait diminue.

N'est-il pas vrai aussi que, si l'on verse de l'eau froide dans ces liquides en fermentation, l'abaissement de la température suspend l'action des ferments? C'est le résultat que l'on obtient par les bains froids dans la fièvre typhoïde. Est-ce que cela ne prouve pas que ces deux fermentations sont comparables ?

J'en conclus donc qu'il y a deux moyens de combattre la température fébrile : ou bien la stérilisation des milieux ou l'application du froid. L'un de ces moyens est applicable en tous temps et sans difficultés, c'est la stérilisation par le sublimé ; l'autre, la méthode des bains froids, est difficile, sinon même impossible, en dehors de l'hôpital : on conçoit que je donne la préférence au premier, sans préjudice, dans les cas où on peut le faire et où on croit devoir le faire, de les appliquer tous les deux.

Quoi qu'il en soit, je serais heureux que par la suite il se confirmât que la température des malades traités par le sublimé se maintient dans des limites modérées qui n'obligent plus de recourir, que dans les cas véritablement exceptionnels, aux pratiques difficiles de la balnéation.

CONCLUSIONS

Je livre donc de bonne foi à l'appréciation du corps médical le résultat de mes observations sur l'emploi que j'ai fait du sublimé dans le traitement interne des fièvres typhoïdes, et je me résume par les propositions suivantes :

1° Le sublimé, administré à l'intérieur dans la fièvre typhoïde, ne provoque jamais d'accidents toxiques ou autres que l'on puisse attribuer aux préparations mercurielles. Il est bien toléré.

2° Son emploi facile ne complique en rien le traitement et ne s'oppose pas à la pratique de telle ou telle méthode déjà adoptée par l'Ecole.

3° Si son action curative générale pouvait être mise en doute, le sublimé serait au moins un adjuvant précieux et une garantie de plus contre les phénomènes d'infection générale et surtout cardiaque.

4° Il paraît éteindre l'action des ferments pathogènes et enrayer la surélévation de la température ; ce qui permettrait de se dispenser des bains froids.

5° Il paraît atténuer la contagiosité.

6° Enfin, il a donné un chiffre de guérisons qui ne permet plus de mettre en doute l'efficacité de son emploi.

Bourg-la-Reine, janvier 1893.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Syringomyélie (Case of syringomyelia with necropsy), par James Taylor (*The Lancet*, 28 janvier 1893, n° 3622, p. 286). — Il s'agit d'un homme de 24 ans, qui succomba au bout de trois ans après avoir présenté les premiers signes à la suite d'une bronchite compliquée de faiblesse du cœur. Pendant la vie, il avait existé un peu d'incoordination motrice avec exagération des réflexes, de l'atrophie de l'un des membres supérieurs et de la dissociation syringomyélique de la sensibilité aux membres supérieurs, à la face et à la moitié du thorax. A l'autopsie, cavité cérébrale considérable à la région cervicale, allant en diminuant jusqu'à la région lombaire, à la partie inférieure de laquelle le canal a repris ses dimensions normales. La paroi de la cavité est revêtue d'épithélium, son épaisseur est formée d'un tissu fibroïde. L'auteur pense que ces lésions correspondent à une malformation congénitale sur laquelle une néoplasie aurait pris naissance; le cas représenterait donc l'association des formes hydromyélique et gliomateuse de la syringomyélie.

Paralysies radiales (Ueber den Werth der elektrischen Behandlung bei Schlafæhmungen), par Delprat (*Deut. med. Woch.*, 19 janvier 1893, n° 3, p. 49). — On sait que, depuis quelques années, Mœbius soutient qu'il n'est pas démontré que l'électricité ait une réelle action curative sur les paralysies ni sur les douleurs, et qu'il paraît, au contraire, probable que c'est à la suggestion que doivent être attribués les résultats favorables obtenus dans ces circonstances. Dans ce travail, Delprat a démontré que la thèse de Mœbius est vraie pour une part, soit en ce qui concerne les paralysies du sommeil, car, dans les cas qu'il rapporte, le traitement électrique n'a pas donné de meilleurs effets que la simple suggestion. Les recherches poursuivies depuis dix ans ont porté sur 133 cas dont il faut défalquer 46 observés insuffisamment. Sur les 87 cas restants, 33 ont été traités par le courant faradique, 28 par la galvanisation, 26 par la pseudo-électrisation. Les résultats obtenus, représentés graphiquement par des courbes, démontrent jusqu'à l'évidence que les effets de l'électrisation ne sont guère supérieurs à ceux de la pseudo-électrisation.

Nerfs trophiques (Einige neuere Arbeiten über trophische Nerven zusammengestellt), par Gruetzner (*Deut. med. Woch.*, 5 janvier 1893, n° 1, p. 15). — L'auteur passe en revue quelques-uns des travaux les plus récents sur cette question. Après avoir rappelé l'expérience célèbre de Claude Bernard où il avait constaté que la section du trijumeau produit des résultats différents selon qu'elle porte au-dessus ou au-dessous du ganglion, il rapporte les résultats des examens histologiques de Gaule sur les lésions trophiques de la cornée. Cet auteur ne peut admettre que ces troubles soient des troubles d'excitations, car le trijumeau ne contient que des fibres centripètes. Il voit dans le ganglion de Gasser une sorte de réservoir qui contient certaines substances qui lui arrivent de la périphérie, de sorte que celles-ci (s.-nucléaire), lors de section, restent à la périphérie et provoquent l'hyperplasie des cellules. Pour Eckardt, les altérations de la cornée seraient d'origine opératoire. Joseph a extirpé le deuxième ganglion cervical et a constaté des troubles de nutrition des poils sur l'oreille du lapin opéré; de là il a conclu à l'influence trophique du ganglion. Arloing a trouvé des fibres trophiques dans le sympathique.

MÉDECINE

Traitement de la pleurésie aiguë (A contribution of the subject of acute pleurisy; its pathology, etiology, symptomatology, and treatment), par Parsons (*Medical News*, 21 janvier 1893, p. 57). — Dans un article très étendu sur la pleurésie aiguë, l'auteur passant en revue les diverses méthodes de traitement, en propose une qui n'a pas encore été expérimentée : c'est l'emploi de l'électrolyse. L'opération prendrait alors le nom d'*électrocentèse*. Une des électrodes est placée sur la poitrine; l'aiguille qui présente l'autre est poussée dans l'épanchement. On peut faire passer ainsi à travers le liquide un courant de 30 à 50 milliampères; le passage du courant, donnant lieu à une coagulation de la fibrine, pourrait faciliter la résorption de la partie liquide de l'épanchement. Cette méthode serait réservée, d'ailleurs, au cas où la thoracentèse est contre-indiquée, à ceux où l'épanchement se reproduit sans cesse malgré les ponctions répétées.

Traitement de la pneumonie (Ice in the treatment of croupous pneumonia), par T. Mays (*Medical News*, 21 janvier 1893, p. 68). — Les applications de glace sur la poitrine ont donné d'excellents résultats dans le traitement de la pneumonie franche. La douleur, la dyspnée, la toux sont soulagées aussitôt l'application. La glace semble exercer une action résolutive sur l'exsudat pneumonique. (Courbe de température à l'appui.) La strychnine, à dose relativement élevée et en injections hypodermiques, peut rendre de grands services.

Traitement de la pneumonie (Note on the use of heart-stimulants, and particularly of strychnine, in the treatment of acute lobar pneumonia), par Roosevelt (*Med. Record*, 24 décembre 1892, p. 728). — La mort est très souvent causée, dans la pneumonie, par l'épuisement du cœur. Tantôt celui-

ci se manifeste dès le début de la phlegmasie. Tantôt il n'apparaît qu'au moment de la défervescence (6e au 10e jour); et c'est à cette époque que la mort est le plus fréquente. D'où l'indication pressante de stimuler le cœur dans certains cas : ceux où le pouls faiblit, où la circulation a lieu d'une façon défectueuse. Parmi les stimulants du cœur en usage, l'auteur déclare n'avoir jamais vu ses malades bénéficier de l'emploi de la digitale, de la convallaria, du strophantus. Par contre, il a eu des succès avec l'alcool et la strychnine. Ce dernier médicament peut rendre des services, notamment lorsque l'alcool reste sans effet, comme chez les alcooliques invétérés. Il doit être administré à dose assez élevée. L'auteur donne la préférence à la méthode hypodermique : 2 à 3 milligr. par injection, répétée toutes les demi-heures s'il est nécessaire, jusqu'à ce que le cœur ait repris son énergie. On doit s'arrêter dès les premiers symptômes d'intoxication, qui se traduisent par une exaltation des réflexes tendineux. L'auteur conseille de se régler sur les réflexes des membres supérieurs.

Tachycardie après extirpation du larynx (Ueber Tachycardie nach Kehlkopfexstirpation), par Toti (*Deut. med. Woch.*, 26 janvier 1893, p. 87). — Extirpation totale du larynx, et 30 heures après tachycardie colossale (160-180). Au bout de 24 heures le malade succomba à la paralysie cardiaque. L'auteur, sans donner d'interprétation du mécanisme de cette tachycardie, s'élève contre l'opinion de Stœrk qui, dans les cas de ce genre, admet comme cause la section au cours de l'opération d'un filet nerveux cardiaque inconstant, fourni par le laryngé supérieur, filet nerveux qui aurait la même fonction que le nerf de Cyon.

CHIRURGIE

Deux symphyséotomies (Symphyseotomien), par Schwartz (*Centr. f. Gynækol.*, 1893, n° 5, p. 84). — L'auteur rapporte deux observations de symphyséotomie dont la première très mouvementée.

Il s'agit d'une femme à bassin étroit. Après plusieurs tentatives d'extraction par le forceps, on fait la version, mais, la tête ne sortant pas, on fait la décollation. Nouvelles tentatives d'extraction de la tête avec le forceps, pendant lesquelles on déchire le col de l'utérus qui se referme tétaniquement sur la tête, et de plus la femme est prise d'accès d'éclampsie. L'auteur, appelé en consultation, fait la symphyséotomie, extrait facilement avec le forceps une tête volumineuse et fait la suture de la déchirure. La femme finit par guérir après avoir eu encore plusieurs accès éclamptiques et des complications puerpérales.

La seconde observation se rapporte à un cas de symphyséotomie faite dans les conditions classiques.

Symphyséotomie (Ein Fall von Symphyseotomie), par Krassowsky (*Centr. f. Gynækol.*, 1893, n° 5, p. 81). — Ce cas de symphyséotomie présente les particularités suivantes :

La section du cartilage inter-pubien ne fut faite qu'aux deux tiers de sa hauteur, aussi pendant l'engagement de la tête se produisit-il un éclatement de la symphyse avec rupture du clitoris, d'où hémorrhagie abondante dont on se rendit maître avec beaucoup de difficultés. En plus, pendant l'extraction de la tête avec le forceps, une symphyse sacro-iliaque céda. Enfin, après la délivrance, au moment où, pour se rendre maître de l'hémorrhagie clitoridienne, l'auteur faisait le toucher vaginal, son doigt perfora la paroi antérieure du vagin qui fut suturée séance tenante.

Malgré toutes ces péripéties, la malade guérit après avoir présenté de la cystite pendant cinq jours.

Hernie diaphragmatique (Ein zweiter Fall von Hernia diaphragmatica), par Giese (*Berl. klin. Woch.*, 1893, n° 5, p. 107). — Un ouvrier pris dans un éboulement et apporté à l'hôpital avec une fracture de la cuisse droite et de plusieurs côtes, une déchirure de l'oreille et des plaies superficielles multiples, succombe au bout de douze heures.

A l'autopsie on trouve une déchirure énorme de la moitié gauche du diaphragme à travers laquelle l'estomac, tordu sur son axe, a passé dans la cage thoracique gauche en refoulant le poumon gauche en haut et le cœur à droite. Le diaphragme était uni par des adhérences anciennes, assez solides, au foie, à la rate et à la base des deux poumons.

L'auteur pense que ce sont ces adhérences qui ont contribué à la rupture du diaphragme dont ils ont gêné le jeu au moment du traumatisme.

Tumeurs malignes des côtes (Beitrag zur operativen Entfernung der malignen Tumoren), par Caro (*Deuts. med. Woch.*, 1893, n° 3, p. 57). — Femme de 31 ans, ordinairement bien portante, est prise de douleurs lancinantes de plus en plus fortes, et voit en même temps se développer sur le côté droit du thorax une tumeur.

A l'examen, on trouve entre la clavicule et la 4e côte une tumeur grosse comme le poing, bien limitée, non mobile, de consistance élastique, non fluctuante, non douloureuse à la pression. La peau est mobile, les ganglions axillaires non infiltrés. La ponction donne issue à un liquide séro-sanguinolent. Diagnostic : sarcome des côtes.

Incision parallèlement à la clavicule, section du pectoral et on trouve la tumeur recouverte par les intercostaux. La tumeur dégagée adhère à la 2e côte et à la plèvre. Ablation de la tumeur et résection de la côte et d'une partie de la plèvre malade. Guérison opératoire malgré l'hémo-pneumothorax. Mort de récidive un an après l'opération.

Sur 27 cas de ce genre, on a eu 5 morts opératoires datant de la période pré-antiseptique. La plupart des opérés ont été perdus de vue et la survie, après ces opérations, reste encore à étudier.

La teucrine, par Mosetig-Morhof (*Wien. med. Presse*, 1893, n° 6, p. 201). — L'auteur a trouvé une substance, la teucrine (extrait aqueux de teucrium scordium) qui en injection sous-cutanée provoque d'abord une élévation de la température à 39° pendant 5 à 6 heures, puis une congestion locale au niveau des foyers tuberculeux (ganglions tuberculeux, tuberculose osseuse, lupus). Si, au bout de 3 jours, on incise et on nettoie le foyer, la cicatrisation se fait très rapidement et la tuberculose locale guérit.

L'auteur dit avoir essayé avec succès les injections de teucrine dans plus de 300 cas.

BIBLIOGRAPHIE

La pathologie des émotions, par Ch. Féré, Paris, 1892, Alcan, éditeur.

Cet important ouvrage s'ouvre et se termine par des citations de Herbert Spencer des tendances duquel il est comme imprégné, mais c'est là la seule unité manifeste que nous y ayons découverte. La définition des émotions, admise par l'auteur, est celle de Spencer; elles sont considérées comme des *états de conscience venant du centre*. Leurs conditions physiologiques sont-elles identiques, aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique, à celles des *états de conscience d'origine périphérique*, ou sensations? Se modifient-elles les unes et les autres sous l'influence des mêmes agents physiques? leurs signes extérieurs peuvent-ils être étudiés par les mêmes procédés? M. Féré s'est proposé dans ce volume de résoudre ces problèmes par l'affirmative, en démontrant que « les émotions sont des états somatiques qui s'accompagnent d'états de conscience que l'on peut voir se développer en conséquence d'excitations physiques ».

Aussi bien, est-ce, comme on le voit, plus qu'une *pathologie des émotions* qui nous est offerte, et cette étude représente-t-elle, en réalité, un véritable Traité des émotions, en même temps qu'un compendium de documents pour le choix desquels la sélection ne paraît pas, toutefois, être inspirée de l'absolutisme des vues scientifiques dont se proclame l'auteur, à maintes reprises.

Après avoir dans plusieurs chapitres décrit d'une façon générale les effets physiologiques et pathologiques des agents physiques sur l'homme, et rappelé en particulier l'influence de l'activité physique sur les fonctions intellectuelles, M. Féré aborde l'exposé des conditions physiologiques des émotions. Il rapporte à cette occasion, et commente, en leur attribuant un substratum physiologique souvent discutable, nombre d'expressions métaphoriques, empruntées soit au langage populaire, soit à celui des philosophes : « Aliment désiré est à moitié digéré », etc. Il montre là que les émotions s'accompagnent de modifications variables selon leur nature, mais appréciables dans toutes les sphères fonctionnelles de l'organisme — respiration, circulation, digestion, sécrétion, motilité, sensibilité... etc. Les effets pathologiques des émotions sont ensuite passés en revue ; la mort peut en être la consé-

quence. « Homère nous a peint le chien d'Ulysse mourant de joie en retrouvant son maître »; parfois ce sont des troubles circulatoires, sécrétoires. « Liard signale le flux de sperme dans la terreur », trophiques, infectieuse. A cet égard, certaines expériences de l'auteur seraient démonstratives : le sang d'animaux effrayés et d'animaux témoins étant ensemencé avec la même culture, celui de ces derniers se montrait stérile alors que celui des premiers donnait une fois sur deux des colonies plus ou moins nombreuses. Les émotions influent également sur le développement et sur la marche des maladies nerveuses, et même des maladies générales. Dans ces cas, si les conditions physiques de l'émotion reproduisent dans une certaine mesure les conditions physiologiques de la maladie, celle-ci se développera, et, inversement, la maladie sera modifiée, voire même guérie par l'émotion, si ces mêmes conditions physiques sont incompatibles avec les conditions de l'état morbide. « Cullen cite un jeune homme qui aurait guéri d'une fièvre intermittente pour avoir vu sa maîtresse une heure avant le moment de l'accès. » M. Féré qui rapporte cet exemple, entre autres analogues, ajoute que ces faits sont sujets à discussion, « mais, dit-il, il faut bien reconnaître qu'à part quelques spécifiques, peu de médicaments sont capables de subir avec plus de sécurité les épreuves de la philosophie positive. » La peur serait susceptible, elle aussi, d'effets favorables. « Velpeau a signalé la résorption d'abcès sous l'influence de la peur. » La blennorrhagie se trouverait particulièrement modifiée par les émotions; outre le fait d'Escoubas, dans lequel un écoulement cessa sous l'influence de la peur à l'entrée des troupes de la République à Lyon, M. Féré « pourrait citer en détail l'observation d'un écoulement blennorrhagique résistant depuis plus d'un an à des traitements rationnels et qui guérit le jour d'une épreuve heureuse au concours de l'internat des hôpitaux. »

Plusieurs chapitres sont après cela consacrés : aux signes physiques des psychopathies, à ceux des hallucinations; enfin, à l'émotivité morbide. Sous ce titre, l'auteur passe en revue diverses formes d'obsessions conscientes : agoraphobie, claustrophobie, misonéisme, hématophobie... etc.

Il propose ensuite une théorie des émotions; l'écorce grise étant considérée comme leur organe central, le nerf grand sympathique en représenterait l'organe périphérique. En faveur de cette dernière hypothèse, on remarque que les conditions physiologiques des émotions *sthéniques* reproduisent la plupart des effets de la section du grand sympathique au cou, les conditions physiologiques des émotions *asthéniques* rappelant au contraire la plupart des effets de la galvanisation des mêmes nerfs.

La recherche des conditions individuelles de l'émotivité morbide montre que l'homme bien constitué et absolument en bonne santé est incapable d'éprouver des émotions violentes. Aussi l'existence de celles-ci étant constatée, devra-t-on établir le diagnostic de l'affection qui en rend compte : neurasthénie, hystérie, épilepsie, intoxications chroniques. Le traitement consistera en des mesures d'hygiène bien entendues. Quant aux moyens prophylactiques, considérés au point de vue social et légal, et dont le but serait de restreindre les tares dégénératives, l'émotivité avec ses conséquences ethnologiques déplorables étant le plus souvent un vice héréditaire, M. Féré a réservé leur exposé pour son dernier chapitre. On devra propager la notion de l'hérédité morbide pour empêcher, dans la mesure du possible, les unions entre émotifs. Plus tard, on préconisera une éducation ferme pour entraver le développement de l'émotivité. Enfin, on montrera moins d'indulgence pour les crimes passionnels : à cet égard l'auteur s'affirme utilitaire convaincu, en tant que partisan de l'application sociale de toutes les conséquences de la théorie de la lutte pour l'existence : aussi en arrive-t-il logiquement à conclure que s'il fallait établir une différence entre les malades et les gens bien portants au point de vue de la législation prophylactique ou réparatrice, ce devrait être plutôt au profit de ces derniers.

On voit par cet exposé la quantité et la diversité des matières contenues dans ce volume, à qui l'on pourrait peut-être reprocher de ne pas critiquer toujours assez rigoureusement les faits cités. Cette réserve faite, il ne coûte pas de reconnaître le grand intérêt que présente ce nouvel ouvrage de M. Féré qui continue très dignement la série de ses devanciers.

Paul Blocq.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — *Le professeur Benjamin Ball.* — Le 23 février, notre excellent maître et ami le professeur Benjamin Ball succombait à la longue et douloureuse maladie qui le tenait éloigné, depuis plus d'un an, de la chaire de médecine mentale qu'il occupait avec tant de distinction à la Faculté de Paris; il n'avait que cinquante-huit ans. Sa vie, si prématurément interrompue, fut celle de tous les grands travailleurs. Nourri de fortes études classiques, connaissant à fond plusieurs langues étrangères qu'il parlait même couramment, il fit sa médecine et passa brillamment les concours répétés qui mènent de l'externat à l'agrégation. Les nombreux mémoires qu'il publia pendant cette phase de son existence sont tous relatifs à des sujets de pathologie générale ou de médecine clinique.

C'est en 1875 que, sur les conseils de Lasègue, il se consacra tout entier à l'étude des maladies mentales. Il fit, pendant deux ans, un cours supplémentaire de psychiatrie à la Faculté de médecine, et, une chaire ayant enfin été créée en 1877, il en fut nommé le titulaire. Par suite de complications administratives dans le détail desquelles il serait fastidieux d'entrer, le nouveau professeur ne put faire sa première leçon, à l'asile Sainte-Anne, qu'en novembre 1879.

L'enseignement de M. Ball fut des plus brillants; il attira dès le premier jour un nombreux auditoire charmé par la parole élégante du maître et par la clarté de son exposition. Dans ces sujets si délicats, souvent tout de nuances, il savait frapper l'esprit, grâce à des formules brèves et heureuses résumant admirablement tout un exposé clinique. Qu'on relise ses *Leçons sur les maladies mentales*, aujourd'hui à leur deuxième édition, et l'on comprendra le succès de cet enseignement. Ce volume, qui mérite d'être comparé à la *Clinique Médicale* de Trousseau, est, comme elle, une œuvre durable parce qu'il est vivant, littéraire, qu'il est un résumé clair et précis de la science de l'époque où il parut.

Mais, si M. Ball possédait des qualités remarquables d'exposition qui faisaient de lui le meilleur des « enseigneurs », il était aussi un observateur très fin, très sagace, ainsi que le prouvent les nombreux mémoires qu'il a insérés dans son journal l'*Encéphale*, publié en collaboration avec son ami M. J. Luys, et qui élucident certains points controversés de la médecine mentale. Avant tout partisan de la méthode clinique, il ne la croyait pas incompatible avec la tradition, surtout en psychiatrie; il était convaincu que la voie la meilleure pour arriver à de nouvelles connaissances est encore celle indiquée par les maîtres qui ont fondé la science.

M. Ball était le meilleur des hommes; tous ceux qui ont vécu dans son intimité s'attachaient à lui et ont rendu justice à l'élévation de ses idées, à la délicatesse de ses sentiments. Tous ses élèves — et ils sont nombreux — sont devenus ses amis; ils conserveront précieusement la tradition du maître, le souvenir de son inaltérable bonté et de sa grande probité scientifique et professionnelle.

Ant. Ritti.

Le banquet offert à M. le docteur Dujardin-Beaumetz, par ses élèves et ses amis, à l'occasion de sa promotion dans la Légion d'honneur, aura lieu, le lundi 13 mars, à l'Hôtel Continental.

Les cotisations et adhésions sont reçues chez M. O. Doin, 8, place de l'Odéon.

L'Assemblée générale de la Société protectrice de l'Enfance se tiendra dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue de la Sorbonne, 15, le dimanche 5 mars 1893, à *deux heures précises*, sous la présidence d'honneur de M. le docteur Xavier Gouraud, médecin à l'hôpital Cochin.

Ordre du jour : 1° Discours de M. le docteur Xavier Gouraud; — 2° Compte rendu moral et financier, par M. le docteur Blache; — 3° Rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs, par M. le docteur Sanné; — 4° Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. Carlier.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 11 mars 1893.

ÉTUDES DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

La loi nouvelle et les dentistes.

On sait que suivant les termes de la loi sur l'exercice de la médecine, loi aujourd'hui promulguée, nul ne pourra exercer la profession de dentiste s'il n'est pourvu soit du titre de docteur ou d'officier de santé, soit du diplôme nouveau créé spécialement par cette loi, le diplôme de *dentiste*. La suppression du titre d'officier de santé doit même réduire, par voie d'extinction, les conditions d'exercice de cette profession aux seuls docteurs en médecine et aux titulaires du nouveau diplôme.

Ce n'est pas sans une vive résistance et sans bien des protestations que la loi nouvelle a été adoptée dans le texte qu'on lui connaît.

Mais, détail digne de remarque, ce n'est pas dans le Parlement que se sont produites les protestations; la Chambre a voté, presque sans discussion et tout de confiance, un projet qui avait d'ailleurs subi pendant plusieurs législatures antérieures bien des remaniements, et le Sénat, malgré une enquête assez longue, n'en a pas modifié les points essentiels. C'est dans le monde médical et la presse, même dans la presse politique, que des écrivains, médecins ou jurisconsultes, firent de vains efforts pour montrer les défectuosités et les dangers de la nouvelle loi, défectuosités et dangers qui même avant son application éclatent déjà de toutes parts (1). Nous avions pris nous-même une modeste place parmi ces écrivains et avec eux nous fûmes vaincu dans une campagne où tous nos arguments furent négligés, repoussés, peut-être même complètement ignorés.

On se rappellera sans doute que, sur la question spéciale de l'exercice de l'art dentaire, trois solutions étaient en présence :

1° Laisser entièrement libre la profession de dentiste, ainsi qu'elle l'était d'ailleurs sous la loi de l'an XI restée muette à son égard.

2° Rattacher purement et simplement l'art dentaire à la profession médicale et exiger du dentiste, de même que pour toutes les autres spécialités, le grade de docteur.

3° Créer un nouveau titre et un nouveau diplôme.

De la première solution on ne voulut point entendre parler, car la liberté avait précisement engendré tant d'abus et causé un si grand nombre d'accidents qu'il y avait danger réel pour la santé publique.

La seconde solution, l'obligation du titre de docteur, fut repoussée par le plus grand nombre des projets émanés des conseils d'hygiène ou des commissions parlementaires. Seul, un projet rédigé par le Comité consultatif d'hygiène, dit « projet du gouvernement », réclamait pour le dentiste le diplôme médical. C'était précisément la thèse que défendaient la plupart des médecins, Dechambre à leur tête, et à laquelle s'étaient du reste ralliés la grande majorité des savants faisant partie de nos académies et de toutes les Facultés de France. C'est de cette idée qu'était née la Société de Stomatologie chargée d'en appliquer et d'en défendre le principe. C'est elle enfin qui était adoptée déjà dans deux pays d'Europe, nos voisins, l'Autriche-Hongrie et l'Italie, où l'unification des titres, sous le diplôme de docteur, comprend tous les praticiens sans exception.

Quoi qu'il en soit, et malgré les protestations et les exemples, c'est le troisième projet qui prévalut, c'est-à-dire la création d'un nouveau praticien et d'un nouveau diplôme, celui de « *chirurgien-dentiste* ».

Sans donc s'attarder à discuter davantage une loi aujourd'hui votée ou promulguée, cherchons sans idée préconçue quel parti on peut en tirer au point de vue de l'organisation de l'enseignement et de la pratique de l'art dentaire en France.

C'est là, au surplus, la tâche qui vient d'incomber au Conseil supérieur de l'instruction publique réuni, en ce moment même, à cet effet.

Or, au point de vue de l'enseignement de l'art dentaire, les seules solutions en présence sont les suivantes :

1° L'enseignement par les facultés de médecine;

2° L'enseignement par les hôpitaux;

3° L'enseignement par des écoles spéciales.

L'enseignement par les facultés de médecine paraît devoir rencontrer des difficultés insurmontables. Créera-

(1) C'est surtout la suppression de l'officiat dont on redoute les conséquences. Un rapport lu récemment à la Chambre des Députés dénonce que dix-huit millions d'habitants des campagnes, soit vingt-quatre mille communes, sont actuellement dépourvus de tout secours médical. Dans une épidémie récente, en Bretagne, plusieurs milliers d'habitants ont été privés de toute assistance et l'on parle déjà dans la presse de rétablir les officiers de santé.

t-on une chaire de stomatologie ou d'odontologie? Et dans ce cas, qui l'occupera? Un médecin étranger à la Faculté? Il n'y faut pas songer; nos Facultés sont des corps fermés. Il faudrait donc préparer à cet enseignement nouveau un agrégé de médecine ou de chirurgie. Mais cela demandera beaucoup de temps, car on ne doit pas laisser ignorer aux membres du Conseil que pour faire d'un docteur en médecine un dentiste instruit et expérimenté, il ne faut pas moins de deux à trois années d'études spéciales. Combien de temps faudra-t-il donc s'il s'agit de former un professeur? D'autre part, si cet enseignement reste théorique, il est nécessairement insuffisant et l'élève devra, au sortir du cours, aller compléter son éducation au dispensaire avec les exercices pratiques et au laboratoire pour les questions techniques et la prothèse.

Ceci nous conduit à examiner l'enseignement à l'hôpital. Ici encore il restera fort incomplet : Les cours théoriques n'y pourront trouver place, et si nos consultations hospitalières peuvent constituer un excellent enseignement clinique, elles ne se prêtent guère à l'installation de salles d'exercices pratiques et d'ateliers de prothèse.

Il nous reste donc la dernière solution qui repose sur la création d'une école spéciale suivant l'un des modes adoptés dans un certain nombre de pays.

Considérée en soi, l'école spéciale donne immédiatement l'idée d'un enseignement centralisé et complet. Les élèves y trouvent réunies toutes les matières de leur éducation; les différentes formes théorique, clinique et technique y prennent leur place réciproque et concourent au but commun qui est de former, pendant un nombre déterminé d'années, des praticiens suffisamment préparés et instruits. C'est sous ce caractère que se présente l'enseignement dans les écoles américaines, tantôt constituées par des collèges isolés, tantôt par des facultés dépendantes d'une université. Les études, malgré une durée de trois ou quatre années, sont très faibles. Elles ont surtout pour objectif de former des praticiens d'une grande habileté pour certaines opérations manuelles, mais l'éducation médicale y est le plus souvent presque nulle. L'élève en sort cependant avec le titre de docteur en chirurgie dentaire, D. D. S.

En Angleterre, l'enseignement prend un caractère plus élevé et plus scientifique. Il reste entre les mains des collèges royaux des chirurgiens ou des médecins. C'est là qu'ont lieu les cours théoriques, tandis que les exercices pratiques sont réservés soit aux hôpitaux spéciaux (dental hospitals), soit aux services spéciaux des hôpitaux généraux. Les élèves sont tenus aux mêmes conditions universitaires que les étudiants en médecine et en chirurgie, et le diplôme (Licencié en chirurgie dentaire, L. D. S.) est délivré après quatre années d'études devant un jury composé de professeurs du Collège royal des chirurgiens de Londres, d'Edimbourg et de Dublin ou de la Faculté de médecine et de chirurgie de Glascow.

Ajoutons que cette organisation anglaise, déjà très sérieuse, n'est qu'une phase de transition pour passer du Dentist's act de 1874 à l'adoption définitive et sans doute prochaine du régime de l'unité des grades (Physician ou Surgeon).

Dans l'Allemagne du Nord, l'enseignement qui confère le diplôme spécial est donné dans un local dépendant de l'Université et par des professeurs ayant grades universitaires. C'est l'*Institut odontologique* qui, à Berlin par exemple, a pour directeur et professeur de clinique le professeur Busch, doublé des professeurs Pætsch (thérapeutique), Miller (maladies parasitaires de la bouche) et Warnekros (prothèse). Mais ici, de même qu'en Angleterre, c'est la forme transitoire qui conduira, comme cela a lieu dans l'Allemagne du Sud, à l'unification des diplômes.

Nous ne mentionnerons pas l'organisation de l'enseignement de l'art dentaire dans les pays d'influence allemande, Danemark, Suède et Norvège; c'est encore l'école officielle d'Etat rattachée à l'Université.

Examinons maintenant une dernière forme d'enseignement de l'art dentaire par les écoles spéciales, celles de la Suisse dont le type est l'école dentaire de Genève.

C'est en 1881 que le grand Conseil de la République et du canton de Genève créa par une loi l'école officielle ayant pour but l'*enseignement scientifique et professionnel de l'art dentaire*.

Nous fûmes personnellement mêlé aux négociations qui précédèrent la genèse de cette loi, ayant eu l'honneur d'être consulté par le président de la Commission chargée d'en étudier les bases essentielles.

Une première tentative faite dans le but de rattacher purement et simplement l'enseignement de l'art dentaire à la Faculté de médecine fut repoussée par le Sénat académique. Celui-ci se rallia à la fondation d'un corps enseignant créé de toutes pièces, bien que dépendant de l'Université à laquelle il doit être, après une expérience suffisante, ultérieurement fusionné.

Ainsi fut créée l'école de Genève qui, depuis sa fondation, a donné d'excellents résultats et fourni, non seulement à la Suisse, mais à divers pays d'Europe et même à la France, un nombre très sérieux de praticiens instruits.

Voici quelques détails sur son organisation.

L'enseignement comprend trois sources : la faculté des sciences, la faculté de médecine et l'école dentaire. La condition d'admission est le certificat de maturité du gymnase de Genève, assez analogue au baccalauréat ès lettres.

La durée des études est de plus de trois années, au minimum (sept semestres).

L'enseignement scientifique repose à peu près sur les mêmes matières que notre baccalauréat ès sciences; il est représenté par l'examen propédeutique, lequel comprend en outre un examen médical.

L'enseignement professionnel ne commence que pour les étudiants ayant satisfait aux conditions précédentes, et il délivre à la fin des études le diplôme de médecin chirurgien dentiste de Genève.

Et maintenant, quelles conclusions tirerons-nous de ces considérations, quelle solution proposons-nous au problème posé ?

Nous allons essayer de répondre.

L'Etat par la loi nouvelle ayant contracté l'obligation d'un enseignement officiel de l'art dentaire en conformité du nouveau titre, ne peut réaliser cet engagement que par la création d'une école spéciale.

Cette école, créée de toutes pièces, une et homogène, sous une direction unique, formée d'un personnel exclusivement médical, placée sous le contrôle de l'autorité et la dépendance de la Faculté de médecine, serait tenue à délivrer l'enseignement complet, théorique, clinique et technique de l'art dentaire (1); elle aurait quelque analogie avec nos écoles vétérinaires.

(1) On nous permettra de garder le silence sur les écoles dentaires qui se sont créées depuis quelques années à Paris et qu'au premier abord on pourrait songer à utiliser dans l'organisation prochaine. Ces écoles sont entièrement dépourvues de tout caractère scientifique; le diplôme qu'elles délivrent est sans sanction et sans valeur. Ce ne sont du reste que de simples associations de professeurs improvisés, soucieux avant tout de se décerner mutuellement les titres de professeurs, chefs de clinique, etc., titres que nous retrouvons dans les annonces de nos murailles et jusque sur les toiles-réclames de nos théâtres. Ces deux écoles, malgré le patronage de plusieurs personnalités scientifiques ou administratives, n'ont d'ailleurs rien produit, et leur impuissance a été reconnue dans une circonstance récente où l'une d'elles a cru devoir prendre rang d'exposant à l'Exposition universelle de 1889.

L'enseignement y comprendrait :

1° Les notions scientifiques du baccalauréat ès sciences;

2° Les notions médicales générales;

3° Les notions professionnelles spéciales, anatomie et physiologie spéciales, — pathologie et médecine opératoire — bactériologie et thérapeutique — clinique et opérations — prothèse, exercices pratiques;

4° Age d'admission : 18 ans;

5° Durée des études : trois années.

Tel serait, dans les lignes essentielles, le projet qui, suivant nous, réaliserait le mieux les indications de la loi nouvelle.

La création d'une école d'Etat est donc la solution qui s'impose.

Dr Magitot,
Membre de l'Académie de médecine.

REVUE GÉNÉRALE

Considérations sur la pathogénie de l'éclampsie puerpérale.

Je n'ai pas l'intention d'étudier les attaques convulsives qui surviennent parfois chez les femmes à la fin de la grossesse, pendant l'accouchement, ou, ce qui est plus rare, après l'acte de la parturition.

Ces attaques, auxquelles on a, avec raison, donné, à cause de la soudaineté de leur apparition, le nom d'*éclampsie*, du mot grec εκλαμψις qui veut dire éclair, sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'en refaire une description qui se trouve dans tous les traités obstétricaux, et en particulier dans les *Leçons cliniques* (1) du professeur Depaul qui en a fait un magistral exposé.

Mais, si les phénomènes cliniques de l'éclampsie puerpérale sont parfaitement connus, il n'en est plus de même de la cause, de la *pathogénie* de cette redoutable affection qui fait de nombreuses victimes dans nos maternités, car, bien que l'éclampsie soit relativement rare : 3,96 pour 1000 accouchements, d'après M. Hipolytte (2), 2,82 d'après M. Charpentier (3), 6,21 d'après Lœhlein (4), le pronostic en est cependant extrêmement grave.

Pour Kiwisch, un tiers des femmes atteintes d'éclampsie succomberaient pendant la période convulsive, et un tiers de celles qui survivent seraient enlevées par des accidents puerpéraux consécutifs. Cette mortalité dans l'éclampsie serait, d'après Blot, de 35,4 pour 100; elle s'élèverait même jusqu'à 50 pour 100 d'après Mme Lachapelle et Romberg. Or, d'après la plus récente statistique que j'ai pu me procurer, celle de Olshausen (5), sur 200 éclamptiques observées depuis cinq ans et demi, à la clinique de l'Université de Berlin, on avait constaté 50 décès, soit une mortalité de 25 pour 100. Pour ma part, sur 23 cas observés à la Maternité de Nancy depuis 1885 jusqu'à ce jour, j'ai eu à enregistrer 5 décès.

Cette léthalité si considérable pour la mère l'est encore davantage pour l'enfant.

« L'éclampsie, dit M. Bailly (6), présente de plus grands dangers encore pour le fœtus. La mortalité pour celui-ci surpasse celle qu'on observe chez les femmes elles-mêmes. » Cette mortalité serait même, d'après Dührssen (1), de 50 pour 100.

En effet, dans un grand nombre de cas, le fœtus a déjà succombé au moment du travail, victime de l'action délétère qu'exerce sur lui l'altération du sang maternel, ainsi que M. A. Mijnlieff (2) vient de le démontrer à nouveau, dans un travail sur la néphrite gravidique, paru il y a quelques jours, dans le recueil des leçons cliniques de Volkmann; victime aussi des troubles de la circulation utéro-placentaire causés par les attaques convulsives. D'autres enfants succombent pendant l'accouchement même, surtout au moment de leur extraction; d'autres enfin naissent vivants, mais, incapables de vivre, ils meurent peu après la naissance.

Sur les 23 cas d'éclampsie auxquels je faisais allusion il y a un instant, 12 enfants avaient succombé !

On comprend, dès lors, l'importance qu'il y a, pour l'accoucheur, de rechercher la cause d'une affection qui produit de si terribles ravages, afin d'arriver à en diminuer la fréquence, ou, tout au moins, à en atténuer les désastreux effets.

Le professeur Depaul, qui avait discuté avec soin dans ses *Leçons cliniques* (3) les différentes hypothèses émises au sujet de la pathogénie de l'éclampsie, disait qu'elles pouvaient se rapporter aux quatre divisions suivantes :

1° L'éclampsie est causée par la congestion cérébrale;

2° L'éclampsie est une névrose :

3° L'éclampsie est le résultat d'une lésion rénale;

4° L'éclampsie est le résultat d'une altération du sang.

Il terminait cette étude critique par ces paroles (4) : « Je repousse la congestion cérébrale, la névrose, le mal de Bright, comme causes essentielles de l'éclampsie; il peut se faire qu'une congestion cérébrale succède aux attaques... une femme épileptique peut être éclamptique... Je ne repousse pas formellement l'existence d'une maladie de Bright antérieure, mais ce sont, à mon avis, des circonstances exceptionnelles qu'on ne peut pas toujours invoquer. Si je n'accepte pas davantage les théories de l'urémie, de l'urinémie ou de la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque, je n'en crois pas moins que que c'est à une *altération du sang* qu'il faut attribuer les désordres nerveux : reste à savoir quelle est cette altération ! »

Quelques années après que ces lignes avaient été écrites, M. le Dr Delore, de Lyon, lisait, au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, qui avait lieu à Blois, en septembre 1884, une note sur l'*étiologie bactérienne* de l'éclampsie. Pour lui, ce qui domine dans les différentes théories de l'éclampsie, « c'est que l'éclampsie naît sous l'influence d'un principe introduit dans le sang à la suite d'un vice fonctionnel du rein qui n'élimine pas, à cause de son état morbide, les principes nuisibles dont il doit déterminer l'évacuation par l'urine ».

Le sang est donc altéré; M. Delore pense que cette altération est due à la présence d'un microbe, que ses recherches faites, grâce à l'obligeance de M. Rodet, chef du laboratoire de M. Chauveau, n'ont pas permis de nettement déterminer. Mais il énumère les divers arguments qui plaident en faveur de l'étiologie microbienne de l'éclampsie et insiste surtout sur la température très élevée, jusqu'à 42 degrés, que l'on observe chez les

(1) *Leçons de clinique obstétricale*, par J.-A. Depaul, p. 283. Paris, 1872-1878.

(2) *De l'éclampsie puerpérale spécialement étudiée au point de vue de sa pathogénie*. Thèse de Nancy, 1879, p. 125.

(3) *Traité pratique des accouchements*, 2e édit., t. I, p. 764, Paris, 1890.

(4) *Quatrième congrès de la Société allemande de gynécologie*, à Bonn, 21 mai 1891.

(5) Société de médecine de Berlin, séance du 16 décembre 1891, in *Mercredi med.*, p. 652, 1891.

(6) Article Eclampsie, in *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XII, p. 313.

(1) Société de médecine de Berlin, 20 janvier 1892. In *Mercredi méd.*, p. 59, année 1892.

(2) Einige Betrachtungen über Albuminurie und Nephritis Gravidarum in Zusammenhang mit dem intrauterinen Absterben der Frucht. In *Samml. kl. Vortrage*, n° 56, octobre 1892.

(3) *Loc. cit*, p. 304.

(4) *Ibid.*, p. 328.

éclamptiques; hyperthermie qui est un caractère constant dans les affections microbiennes. Cette température, ainsi que l'a démontré M. Hipolytte (1), oscille en effet le plus souvent, on le sait, entre 37°8 et 40 degrés; elle peut même dépasser 41° et atteindre 42° ou 43° après la mort.

M. Delore termine sa communication en disant que ces recherches devraient être reprises et qu'elles devraient aussi porter sur l'urine de femmes éclamptiques.

Ces recherches, M. Doléris les avait déjà entreprises. Le 21 juillet 1883, il avait communiqué à la Société de biologie, les résultats que lui avait donnés l'ensemencement des urines de femmes très albuminuriques, dans lesquelles il avait trouvé un organisme ou les germes d'un organisme caractérisé par de longues chaînettes noduleuses composées de très courts segments bacillaires, entrecoupés parfois de grains ou de séries de grains très réfringents. Dans certaines conditions, cet organisme semblait presque complètement moniliforme, ou bien les articles de la chaînette étaient étranglés dans leur milieu. L'inoculation de ces microbes à des lapins les avait rendus albuminuriques très rapidement. Deux ans après, en 1885, M. Doléris *communique de nouveau* à la Société de biologie, dans sa séance du 18 juillet, le résultat de nouvelles recherches qu'il avait entreprises avec M. Pouey, sur l'albuminurie microbienne et ses relations avec l'éclampsie, et arrive aux conclusions suivantes (2):

« 1° Des micro-organismes peuvent se rencontrer fortuitement dans la vessie des femmes enceintes indépendamment de l'albumine, et sans que rien autorise à les juger de provenance rénale. Il faut donc tenir compte de cette erreur dans les recherches de ce genre.

» 2° On rencontre de l'albuminurie dans la proportion de 1/20 environ chez les femmes enceintes. Dans l'urine de ces femmes franchement albuminuriques, ils ont trouvé constamment des organismes avec prédominance de streptococcus;

» 3° Le sang des femmes enceintes albuminuriques renferme souvent, sinon toujours, des organismes révélés par la culture;

» 4° *L'urine et le sang de certaines éclamptiques albuminuriques* contiennent des microbes. On peut observer la marche croissante et décroissante de la néphrite microbienne et de l'infection sanguine parallèlement aux accidents convulsifs. »

Cette altération de l'urine présente une grande analogie avec celle que Perret (3) observait dans un cas de néphrite bactérienne primitive, qu'il communiquait, en 1888, à la Société de médecine de Lyon. Dans ce cas, ainsi que dans ceux relatés par Bamberger (4), Aufrecht (5), Litten (6) et Babes (7), les urines étaient, comme chez les éclamptiques, rares, troubles, d'un rouge sale, dans lesquelles les réactifs ordinaires déterminent un précipité notable d'albumine rétractile.

L'examen microscopique avait relevé la présence de globules rouges et blancs, de cylindres hyalins et granulo-graisseux *et surtout une quantité plus ou moins considérable de bactéries courtes et mobiles*.

Enfin, M. Doléris, poursuivant avec M. Butte ses recherches sur l'éclampsie des femmes enceintes, fait, le 20 février 1886, une *troisième communication* à la Société de biologie, dans laquelle il dit avoir trouvé dans le sang de cinq éclamptiques une substance cristallisée, insoluble dans l'eau, soluble dans l'éther et dans l'eau acidulée.

Cette substance, qui ne se conduit pas comme les ptomaïnes vis-à-vis de certains réactifs colorants, jouit de propriétés toxiques très considérables, car, injectée à des rats et à des oiseaux, elle a toujours amené la mort.

Le sang de quelques-unes de ces femmes contenait en outre une matière toxique soluble.

En résumé, ces dernières recherches de MM. Doléris et Butte, dans lesquelles la question microbienne est complètement passée sous silence, *semblent démontrer l'existence de substances toxiques dans le sang des éclamptiques*.

Or, cette toxicité du sang dans l'éclampsie vient d'être de nouveau confirmée par M. Chambrelent qui a fait connaître à la Société de biologie, dans sa séance du 27 février 1892, et au congrès international de gynécologie et d'obstétrique tenu à Bruxelles en septembre dernier, le résultat des recherches qu'il avait entreprises avec M. le professeur Tarnier, sur la toxicité du sérum sanguin des femmes éclamptiques.

On sait, ainsi que l'a démontré, en France, le professeur Bouchard, que dans l'éclampsie, l'urine, bien qu'elle soit souvent éliminée en petite quantité, est cependant privée en grande partie des propriétés toxiques que l'on observe dans l'urine normale. Or, MM. Tarnier et Chambrelent ont recherché si ces éléments toxiques, qui chez les éclamptiques ne se trouvaient plus dans l'urine, n'étaient pas retenus dans les liquides de l'organisme. Dans six cas d'éclampsie puerpérale qui ont donné lieu à une vingtaine d'expériences, ils ont toujours constaté que la toxicité du sérum sanguin était supérieure à ce qu'elle est dans le sérum physiologique. Dans quelques cas même, ayant observé simultanément la toxicité de l'urine et du sérum, ils ont trouvé que cette toxicité variait en raison inverse dans l'urine et dans le sérum.

Enfin, cette toxicité du sérum était d'autant plus considérable que les phénomènes éclamptiques étaient plus graves.

M. Bar, qui a fait des expériences dans le même sens, est arrivé aux mêmes conclusions.

Mais d'où vient cette toxicité, cet empoisonnement du sang ?

Les phénomènes cliniques et les lésions anatomiques de l'éclampsie puerpérale sont bien de nature à faire naître l'idée d'un *empoisonnement*.

Les récentes et si curieuses recherches anatomo-pathologiques de Schmorl (1), qui a trouvé dans le cerveau et dans les reins d'éclamptiques des embolies de cellules hépatiques en dégénérescence graisseuse, alors que le foie avait subi une dégénérescence analogue avec nécroses partielles, semblent bien indiquer l'irruption subite dans l'organisme d'un véritable poison, ainsi que le fait remarquer le professeur Kaltenbach (2).

Mais où chercher la cause première de cet empoisonnement ?

Est-ce dans l'organisme de la femme ?

Ces phénomènes convulsifs sont-ils produits par certains corps fabriqués par elle, qui, comme l'acétone, ainsi que l'admet Stumpf (3), sont susceptibles de provoquer les accidents cérébraux les plus terribles et semblables à ceux qu'on observe dans l'éclampsie ?

Est-ce une toxine produite par la femme elle-même qui doit être regardée comme la cause de l'éclampsie, ou bien est-ce une toxine sécrétée par un microbe qui a

(1) Loc. cit., p. 372.
(2) *Archives de tocologie*, p. 742, 1885.
(3) *Bulletin médical*, p. 1000, année 1888.
(4) Cornil et Babes. *Les bactéries*, 2e édition, p. 387.
(5) *Patholog. Mittheil.* I, 1881.
(6) *Zeitschrift. klin. Med.* IV.
(7) Cornil et Babes, *loc. cit.*, p. 388.

(1) *Naturf.-und Aerzte-Vers.*, Halle, 1891. September path. anat. Sektion.
(2) Zur Pathogenese der puerperalen Eklampsie, par R. Kaltenbach. Halle a. S. In *Cent. f. Gyn.*, 21 mai 1892, p. 377.
(3) *Münchener und Wochenschrift*, 1887, nos 35 et 36, et Schæffer, *Cent. f. Gyn.*, 1er octobre 1892, p. 762.

trouvé dans l'organisme maternel modifié par la gestation un terrain favorable à son évolution et à son développement ?

En un mot, l'*éclampsie est-elle une auto ou une hétéro-intoxication* ?

Pour Neumann, de Berlin (1), l'origine infectieuse de l'éclampsie ne lui semble pas douteuse, bien qu'il ne puisse dire au juste quel est cet agent infectieux.

Or, le mémoire que M. Emile Blanc a publié dans les *Archives de tocologie* en mars et avril 1889, sur l'action pathogène d'un microbe trouvé dans les urines d'éclamptiques, me paraît devoir apporter de la clarté dans cette question si obscure et si complexe de la pathogénie de l'éclampsie.

En novembre 1887, M. E. Blanc avait déjà cherché, mais en vain, dans le sang d'une femme éclamptique, un élément microbien pathogénique, mais, s'il n'avait rien trouvé dans le sang, il avait découvert dans les urines un micro-organisme qu'il cultiva et dont il inocula des cultures à des lapins qui succombèrent.

En janvier 1889, M. Blanc reprit, sous la direction de son maître M. le professeur Frochier, ses recherches sur les urines éclamptiques.

De l'urine fut recueillie avec toutes les précautions aseptiques habituelles, et on ne tarda pas à découvrir un microbe mesurant 2 millièmes de milimètre de longueur et présentant une largeur moitié moindre. Ce microbe, M. Blanc l'étudia et fit de nombreuses inoculations qui lui permirent de dire qu'il existait, dans les urines des éclamptiques qu'il avait examinées, un microbe, dont l'action pathogène se révélait à l'expérimentation par les effets suivants :

1° *Convulsions générales* : chez les lapins ces convulsions sont suivies à bref délai de la mort de l'animal. La gravidité constitue une prédisposition manifeste.

2° *Tuméfaction inflammatoire intense au niveau des points inoculés.* Cette inflammation se produit chez les animaux qui ont résisté aux accidents généraux graves du début; elle est bientôt suivie de sphacèle...

3° *Accidents divers d'ordre infectieux.* Abcès miliaires, phlébite, élévation de température.

4° *Détermination de lésions rénales de gravité variable et albuminurie.*

Dans un nouveau travail publié dans les *Archives de tocologie*, en novembre 1889, M. E. Blanc fait connaître le résultat de nouvelles recherches qui portaient à la fois sur l'urine et le sang des femmes éclamptiques.

Le sang et les urines de trois éclamptiques ayant été ensemencés, M. Blanc découvrit dans ces cultures un microbe se présentant « sous forme d'un coccus allongé, ou mieux d'un bacille court, offrant à ses deux extrémités des points foncés analogues à des noyaux et réunis le plus souvent en chaînettes. Les inoculations de culture de ce microbe à des lapins démontrèrent qu'il était pathogène, surtout quand ces animaux étaient en état de gestation. »

Frappé par les résultats obtenus par M. Blanc, je résolus de faire des recherches analogues et d'examiner les urines et le sang des femmes éclamptiques qui seraient amenées dans mon service.

Ce sont ces recherches que j'ai déjà communiquées en grande partie à la Société obstétricale de France, au mois d'avril dernier, que je vous demande la permission de rappeler ici, regrettant toutefois qu'elles ne soient pas plus nombreuses, mais me promettant bien de les continuer.

Du 20 novembre 1889 jusqu'au 1er novembre 1892, dix-sept éclamptiques sont entrées à la Maternité de Nancy. Le sang et les urines de neuf d'entre elles seulement ont pu être examinés au point de vue bactériologique.

Ces recherches ont été presque toutes faites avec l'aide de M. Haushalter, agrégé et chef du laboratoire bactériologique des cliniques de la Faculté. Sa compétence et ses travaux antérieurs donnent à ses recherches une valeur sur laquelle je crois qu'il est inutile d'insister ; je tiens seulement à le remercier ici de son précieux concours.

L'ensemencement du sang est resté stérile dans tous les cas où il a été pratiqué.

Il en a été de même des ensemencements faits avec des fragments de placenta, de foie, de rate et du rein d'une femme éclamptique qui avait succombé le 21 mars 1891 ; ils ont tous été négatifs.

Quant à l'urine, recueillie à la sonde avec tous les soins habituels, de façon à avoir une urine qui ne fût pas contaminée par des germes extérieurs, elle ne contenait dans sept cas aucun élément microbien, mais dans deux autres observés, l'un le 26 novembre 1889, l'autre le 7 janvier 1891, les ensemencements de l'urine éclamptique ont donné lieu à des cultures pures d'un microbe spécial dont nous allons rapporter la morphologie.

Le microbe développé sur des plaques de gélatine que M. Haushalter avait ensemencées avec de l'urine des deux éclamptiques dont nous venons de parler, est le *seul* élément microbien qui se soit développé dans ces cultures.

Ce microbe se présente sous *divers aspects* dans une même culture, sous la forme d'un bâtonnet tantôt trapu, court, deux fois plus long que large, tantôt légèrement ovoïde, tantôt affectant la forme d'un biscuit, tantôt un peu allongé en forme de bacille présentant des mouvements de reptation et s'incurvant latéralement. Quelquefois ces microbes présentent à leur centre ou à leurs deux extrémités un point plus foncé.

On n'a pas constaté la présence de spores libres. Ces microbes, qui se colorent rapidement avec les couleurs d'aniline, se décolorent assez facilement par la méthode de Gram.

Les cultures de ce microbe sur la gélose produisent assez rapidement des plaques blanches, humides, lisses, assez semblables à de légères taches de cire.

Les cultures sur gélatine à 20 degrés, en piqûre, donnent un pointillé le long de la piqûre avec un léger développement à la surface.

Au bout d'une quinzaine de jours, il se forme une ligne blanchâtre finement dentelée le long de la piqûre, avec culture en clou, tête arrondie, d'un blanc grisâtre un peu translucide à sa surface. A aucun moment la gélatine n'a été liquéfiée.

Sur la pomme de terre ces cultures forment des papules grises humides.

Le bouillon est troublé rapidement et reste trouble.

Le microbe est *pathogène* pour le lapin, au moins dans les cultures *récentes*; plus tard il perd son action pathogène, comme l'ont démontré les inoculations de deux lapins faites avec des cultures pures provenant de l'urine d'éclamptiques que M. Haushalter avait conservée en ballon pendant trois mois avant de les ensemencer.

Les doses qui ont été injectées ont varié de 2 à 4 centimètres cubes de bouillon de culture ensemencés récemment avec des cultures sur gélose. Ces cultures sur gélose étaient elles-mêmes ensemencées en général tous les trois ou quatre jours; dans aucun cas, la culture primitive ne dépassait un mois.

Les inoculations ont été faites à six lapins : 4 lapins adultes et 2 lapines gravides.

Commençons par les *deux lapines gravides* chez les-

(1) Société de médecine de Berlin, séance du 29 janvier 1892, et *Mercredi médicale*, p. 59, 1892.

quelles les effets de l'inoculation ont été bien marqués.

On a constaté de l'inertie, de la parésie des quatre membres et de la tête; quelques tendances spasmodiques, une respiration suspirieuse, de la diarrhée, de l'amaigrissement.

Elles ont avorté; la mort est survenue chez l'une au bout de trois jours; chez les autres au bout de cinq jours.

Le sang et les viscères contenaient le microbe pathogène.

Chez *les lapins*, les résultats observés ont varié suivant les cas.

L'un est mort en quatre jours avec les mêmes symptômes que les lapines pleines; le sang et tous ses organes renfermaient le microbe inoculé.

Le second meurt au bout de trois semaines après avoir présenté de la parésie des membres, une respiration difficile et de la diarrhée.

Ses organes et le sang ne donnent naissance à aucune culture.

Le troisième lapin, après avoir eu quelques jours de la parésie, de la diarrhée, se remet peu à peu; mais l'oreille inoculée se sphacèle et tombe.

Enfin, le quatrième fut à peine malade après l'inoculation et ne tarda pas à se remettre complètement.

En résumé, sur 6 lapins inoculés, 4 sont morts, un au bout de 3 jours, un autre au bout de 4, un autre encore au bout de 5, le dernier au bout de 3 semaines, et deux ont guéri.

Parmi les lapins morts, on trouve les deux femelles pleines; chez elles, les symptômes parétiques respiratoires et les troubles intestinaux semblent avoir été plus marqués que chez les autres.

Chez tous ces animaux morts, l'ensemencement des organes et du sang a permis de déceler la présence du microbe inoculé, sauf toutefois chez le lapin mort au bout de 3 semaines, qui paraît avoir succombé aux conséquences de l'infection, plutôt qu'à l'infection elle-même.

Ces faits nous permettent donc de conclure que l'*urine de deux de nos éclamptiques renfermait à l'état de pureté une espèce microbienne pathogène*.

Les précautions avec lesquelles l'urine a été recueillie ne permettent pas de supposer que le microbe provienne des voies génitales externes ou de l'urèthre.

D'autre part, on sait que l'urine dans la vessie, chez l'individu sain, ne contient pas de microbes, et M. Haushalter, pendant que ces femmes éclamptiques étaient à la Maternité, a recueilli aseptiquement de l'urine chez quatre femmes enceintes normales et chez deux femmes enceintes albuminuriques; or, ces urines sont toujours demeurées stériles.

Le microbe pathogène qui a été trouvé dans l'urine de deux éclamptiques est donc un microbe spécial, qui, bien qu'il n'ait pas produit des convulsions bien nettes chez nos lapins, et bien qu'il ne liquéfiât jamais la gélatine, alors que celui trouvé par M. Blanc l'a liquéfiée quelquefois, a cependant *morphologiquement* une grande ressemblance avec celui qu'il a décrit dans sa première communication.

Sans doute, les phénomènes observés chez nos lapins inoculés ne sont pas absolument identiques à ceux que nous constatons chez la femme éclamptique, mais nous savons tous que des effets différents peuvent être obtenus par un même virus chez l'homme et chez les animaux.

D'autre part, ce microbe détermine chez le lapin des symptômes d'infection générale caractérisée par de la diarrhée, par de la broncho-pneumonie, par des phénomènes parésiques qui persistèrent alors que le microbe n'était plus retrouvé dans l'organisme.

A côté de ces faits, je rappellerai ceux qui ont été communiqués à Rome, en octobre 1889, au deuxième congrès de la Société italienne de médecine interne, par M. Scarlini, sur la nature infectieuse de l'éclampsie.

M. Scarlini, après la communication de M. Blanc, inocula à des chiennes, arrivées au terme de leur portée, un microbe provenant de femmes éclamptiques qui se trouvaient dans le service de M. Cantani. Ces chiennes furent prises de convulsions et présentèrent le tableau morbide de l'éclampsie.

Ce même bacille, inoculé à des chiennes qui n'étaient pas en état de gestation, n'a donné lieu qu'à des phénomènes fébriles de peu de durée.

Il y a dix-huit mois environ, en cultivant des infarctus blancs du placenta d'une femme éclamptique, M. A. Favre (1) est arrivé à isoler un micro-organisme, appelé par lui *micrococcus eclampsiæ*, long de 0,7 à 0,8 centièmes de millimètre, formant sur la gélatine et sur l'agar-agar des petits points transparents. Injecté à des lapins, il provoquait souvent des phénomènes de néphrite. Ce même microbe fut encore retrouvé dans les placentas de deux autres femmes éclamptiques.

Le 30 mars dernier, une femme atteinte d'une éclampsie grave ayant succombé dans la Maternité de Halle, le professeur Kaltenbach pria M. Gerdes (2), assistant à l'Institut pathologique, de faire un examen bactériologique minutieux des reins, du foie et du sang de cette femme.

Les résultats qu'il obtint sont trop importants, ils éclairent trop cette délicate et obscure question de la pathogénie de l'éclampsie, pour que je les passe sous silence. Je vais essayer de les résumer brièvement.

Gerdes trouva de nombreuses petites hémorrhagies dans les méninges, sous la muqueuse bronchique et dans le parenchyme du rein. Le foie présentait à sa surface une série de taches. Au microscope il constata également, comme Schmorl, la présence d'embolies de cellules hépatiques graisseuses dans les artères pulmonaires.

L'examen bactériologique des principaux organes, reins, poumons, foie et sang, lui permet de découvrir des colonies de bacilles de très petite taille, mais d'une assez grande épaisseur. Les bacilles isolés sont arrondis à leurs extrémités, mais, comme ils sont très ténus, pour les découvrir, il faut employer du bleu de méthyle.

Ces bacilles sont quelquefois agglomérés en assez grande quantité. Gerdes trouva même dans un capillaire du foie un tel amas de bacilles que la lumière du vaisseau en était obstruée au point de lui donner l'impression d'une *embolie de bacilles*.

Ils étaient aussi très nombreux dans les reins, surtout au niveau des tubes urinifères, dont l'épithélium était desquamé.

Ces bacilles sont animés de mouvements propres très accentués. Introduits dans un bouillon, ils le troublent rapidement et le rendent virulent en peu de temps.

Un dixième de centimètre cube de ce bouillon de culture injecté à des souris produisait des envies de vomir, de la fatigue, de la somnolence interrompue de temps en temps par des crises de convulsions cloniques et quelquefois tétaniques.

Gerdes pense que ces troubles peuvent être expliqués par l'action directe d'un principe toxique sur les centres nerveux, action que la morphine paralyserait; car, ayant fait à des souris une injection d'un dixième de centimètre cube d'une solution de morphine à 2 0/0, avant de leur inoculer du bouillon de culture, il ne se produisit aucun symptôme d'intoxication, tandis qu'ils apparaissaient

(1) *Archives de Virchow*, 1891, Bd 123, p. 376, et *Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie*, 16 mai 1891, p. 238.

(2) Zur Aetiologie der Puerperaleklampsie. In *C. f. Gyn.*, p. 379, 1892.

rapidement chez les souris témoins qui n'avaient pas été préalablement morphinisées.

A l'autopsie de ces animaux, Gerdes trouva des bacilles dans la cavité abdominale, dans le sang, dans le foie et dans les reins.

Des inoculations analogues, faites à des rats, furent également suivies de succès. Celles que l'on fit chez le lapin, le cobaye et le pigeon, restèrent sans résultat.

Il me paraît inutile d'insister sur la valeur d'une pareille observation; on comprend facilement l'importance des conséquences qui en découlent; surtout si de nouvelles recherches viennent la confirmer.

Enfin, le 19 mars 1892, MM. Combemale et V. Bué communiquent à la Société de biologie le résultat de l'examen bactériologique du sang de femmes atteintes d'éclampsie pendant le travail ou après l'accouchement, sang dans lequel ils auraient constaté la présence du *staphylococcus pyogenes* dans ses deux variétés *aureus* et *albus*, mais surtout *albus*.

Quelques semaines après, ces expérimentateurs confirment leur communication précédente dans une nouvelle note (1), lue le 8 juin au Congrès des Sociétés savantes, et formulent, avec réserve toutefois, les conclusions suivantes : 1° *les staphylococcus sont les agents de l'éclampsie post-puerpérale.* D'autres auteurs, disent-ils, ont trouvé d'autres micro-organismes, mais, d'après eux, le staphylococcus doit être réservé aux cas où les attaques éclamptiques sont postérieures à l'accouchement, l'éclampsie pouvant alors être considérée comme une manifestation anormale de l'infection puerpérale.

2° *Les produits solubles des staphylococcus sont des substances éclamptisantes.*

Il est regrettable que MM. Combemale et Bué n'aient pas, par des expériences, confirmé cette hypothèse.

En réunissant ces différents faits, ceux que je viens de rappeler avec ceux qu'il m'a été possible d'observer, je suis porté à penser que les convulsions que l'on observe chez les parturientes et auxquelles on a donné le nom *général* d'éclampsie, peuvent être produites par deux causes différentes.

Je rappellerai cependant les crises qui surviennent chez des épileptiques. On a pu les confondre, au début, avec un accès d'éclampsie, mais un examen clinique plus approfondi ne tarde pas à en montrer la véritable nature, aussi je ne ferai que les mentionner sans y insister davantage.

Parmi les *véritables* crises d'éclampsie, *les premières* sont le résultat d'une *auto-intoxication*, conséquence de l'altération du filtre rénal, comme celles que l'on observe dans les différentes formes de la maladie de Bright. Ici, le rein est malade, son tissu est altéré, il fonctionne mal. Sans doute, la grossesse dans les modifications qu'elle apporte dans la constitution de la femme, et en particulier dans l'appareil circulatoire, est susceptible de créer parfois un état pathologique qu'elle aggravera toujours, lorsqu'il existera.

Dans ces cas, les attaques convulsives sont analogues à celles que l'on observe dans l'*urémie vraie;* les urines ont contenu, contiennent et contiendront, si la femme survit, des débris plus ou moins importants de l'épithélium rénal, les urines seront *toujours* albumineuses et la gravité de la situation sera en quelque sorte proportionnelle à l'abaissement de la température, ainsi que l'a démontré M. Bourneville (2), en 1875.

Mais indépendamment de cette sorte de convulsions éclamptiformes, il en est une *deuxième, qui est produite par un microbe pathogène spécial* qui trouve dans l'organisme maternel, modifié par la grossesse, un terrain de culture favorable à son développement, ainsi que le prouvent nos expériences et celles de Doléris, de Blanc, de Favre, de Gerdes, etc., qui semblent nettement démontrer la nature infectieuse de cette forme d'éclampsie.

(1) *Bulletin médicale du Nord*, 24 juin 1892, p. 273.
(2) *Archives de tocologie*, avril 1875.

Les phénomènes cliniques, l'élévation de la température qui est d'autant plus considérable que l'éclampsie est grave, les lésions anatomiques, les troubles de la sécrétion urinaire, cette albuminurie que l'on trouve comme dans les maladies infectieuses graves, telles que la scarlatine, la pneumonie infectieuse et autres, albuminurie qui fait cependant parfois défaut, comme dans ces intoxications microbiennes, puisque M. Charpentier (1) a pu réunir 141 cas d'éclampsie sans albuminurie, en un mot, tout se réunit pour montrer que l'éclampsie peut aussi être produite par une intoxication, par un empoisonnement comme ceux qu'on observe dans les infections d'origine microbienne, *qu'elle peut être une entéro-intoxication.*

Mais, est-ce ce micro-organisme lui-même qui est la cause de la maladie, ou bien ce rôle doit-il être attribué aux *toxines* qu'il sécrète? Il est évident que de nouvelles recherches sont nécessaires pour répondre catégoriquement à une pareille question et pour attribuer au microbe pathogène et à ses produits le rôle qui revient à chacun d'eux.

Cependant, en me basant sur ce que nous connaissons de la physiologie de certains microbes et particulièrement sur la toxicité du poison sécrété par le bacille diphthérique de Klebs, d'après les travaux si remarquables de Roux et Yersin (2); en m'appuyant d'autre part sur ce fait, à savoir que, sur neuf femmes manifestement éclamptiques dont le sang et l'urine avaient été examinés, nous n'avions constaté que deux fois la présence d'un microbe pathogène, je serais assez disposé à admettre que l'*éclampsie vraie* de la femme enceinte *est due à l'action d'une toxine produite par ce microbe spécial sur le système nerveux préparé par la gravidité;* proposition qui confirme l'hypothèse que j'émettais à la Société de médecine de Nancy, dans sa séance du 12 novembre 1890, quand je disais (3) que, d'après les recherches qui n'étaient pas encore terminées, il était probable que l'éclampsie puerpérale était due à une intoxication par les ptomaïnes que produisent les microbes décrits par M. Blanc.

Comme conséquence pratique de cette étude, il résulte que si, jusqu'à présent, l'art ne peut rien pour empêcher l'invasion microbienne, l'accoucheur peut cependant en atténuer les effets en *détoxinisant* la femme soit par des évacuants intestinaux, soit, surtout, par des diurétiques, à la tête desquels nous devons placer *le lait.*

Aussi ne saurions-nous trop insister sur l'utilité qu'il y a de suivre le précepte formulé par le professeur Tarnier, qui veut que, dès qu'il y a de l'albumine dans l'urine, ou qu'on observe quelques symptômes qui fassent craindre une intoxication capable de produire l'éclampsie, la femme soit rigourement mise au régime lacté.

C'est donc en examinant toujours les urines des femmes arrivées à la fin de la gestation, c'est en suivant le sage conseil de M. Tarnier, que l'on parviendra à éviter ces attaques d'éclampsie si redoutables pour la mère et pour l'enfant.

A. Hergott (4).

(1) *Loc. cit.*, p. 772, t. I, 2e éd.
(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, 24 décembre 1888.
(3) *Comptes-rendus de la Société de médecine de Nancy*, p. XVI, 1891.
(4) *Revue médicale de l'Est*, 1893, p. 65.

TRAVAUX ORIGINAUX

Leucocythémie suraiguë d'emblée. Retour des éléments sanguins et de la rate à l'état hématopoiétique embryonnaire. Sarcome suraigu ou cancer primitif du sang, par M. A. Michel Dansac, interne des hôpitaux.

Dans un précédent travail nous relations un fait de leucocythémie suraiguë d'emblée, joignant à l'observation clinique les résultats microscopiques et bactériologiques. Nous avons cru pouvoir donner à ce moment les conclusions auxquelles nous avaient conduit nos recherches, nous réservant de les appuyer plus tard par les résultats plus précis et complets que nous livrons aujourd'hui au public médical.

L'examen du sang pendant la vie n'était pas assez sérieux. Il fallait pour établir définitivement cette forme anormale dans sa rapidité faire une étude aussi complète que possible des organes hématopoiétiques, retrouver en un mot le caractère spécial et particulier à toute leucocythémie, le retour à l'état embryonnaire des fonctions de la rate et du foie, la multiplication et la formation dans ces organes d'érythrocytes ou globules rouges nucléés, cellules rouges de Kolliker, passant dans le torrent circulatoire où elles continuent à se multiplier par karyokinèse.

Les résultats précis auxquels nous sommes parvenu grâce à une technique un peu spéciale lèveront, nous osons l'espérer, tous les doutes possibles sur la nature précise de l'affection que nous avons décrite.

Pour tous les autres détails nous renverrons à l'article du 20 octobre, publié dans la *Médecine moderne*. Nous en rappelons brièvement les traits principaux, néanmoins.

Un jeune homme de 17 ans fut pris subitement, en pleine santé, d'épistaxis abondantes, petits frissons, céphalée et abattement.

Il entre à l'hôpital avec tout le cortège symptomatique des purpuras hémorrhagiques infectieux sans l'ictère. L'examen du sang resta stérile; leucocytose très abondante.

Mort six jours après le début des accidents, avec une température de 41° et dans un état subcomateux.

A l'autopsie, ecchymoses du péricarde et du foie, lésions macroscopiques classiques de la rate et du foie; en aucun point il n'existe de lymphadénome ganglionnaire. La rate est énorme, ferme, blanc rosée.

L'examen microscopique démontra des embolies de leucocytes dans les capillaires sanguins de tous les organes, avec infarctus leucocytiques autour des vaisseaux sanguins et lymphatiques; il n'existait aucune lésion pariétale des vaisseaux, pas d'endartérite ni de péri-artérite; les éléments nobles des organes étaient parfaitement sains.

Bacillus coli abondant dans les cultures de la rate; peu abondant dans celles des autres organes et du sang, qui pendant la vie était stérile.

Pas de lésions inflammatoires ni de dégénérescence en aucun point.

Notre cas, remarquable par la soudaineté de son apparition, la rapidité de sa marche, l'absence de toute lésion autre que l'exagération du nombre des leucocytes, et nous pouvons ajouter aujourd'hui, la présence *anormale d'érythrocytes*, se distingue donc nettement des autres cas de leucocythémie par les points suivants que nous répétons à dessein :

1° L'absence d'altérations du tissu conjonctif, et de réactions inflammatoires;

2° L'absence d'hypertrophie des tractus fibreux de la rate;

3° L'état normal du système vasculaire en dehors des lésions traumatiques récentes, rupture par réplétion;

4° L'intégrité totale des éléments nobles de tous les organes malgré les réplétions et injections vasculaires sanguines ou lymphatiques.

En somme, aucune des lésions anatomiques de la leucocythémie en dehors de la production anormale de leucocytes et d'érythrocytes.

Les caractères précis et propres à toute leucocythémie sont : l'anémie, la leucocytose, l'hyperglobulie, la présence d'érythrocytes ou globules rouges nucléés dans le sang, enfin la lymphadénie ou hypertrophie des organes lymphoïdes soit sous forme de lymphome pur, soit sous forme de lymphosarcome (diathèse lymphogène de Jaccoud).

Trois de ces symptômes surtout constituent une triade caractéristique de la leucocythémie vraie : *lymphadénie, leucocytose, érythrocytes* avec retour *embryonnaire des organes hématopoiétiques*.

Dès qu'un des symptômes manque, le diagnostic ne peut être ferme; on peut prévoir la leucocythémie, mais non l'affirmer.

Cette triade existe tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, qui ne sauraient jamais être dissociés médicalement et scientifiquement.

Comme on le verra, ces trois signes pathognomoniques coexistaient chez notre sujet.

Nous examinerons donc :

1° La rate, seul organe, ici, atteint de lymphadénie;

2° La leucocytose et les érythrocytes, dans les organes hématopoiétiques, dans les vaisseaux, et dans les organes mentionnés et décrits dans le travail précédent.

II. — Technique

Voici les méthodes que nous avons employées. Pour la répartition générale des lésions, de leur nature histologique, des éléments nobles des organes, les coupes pratiquées sur des fragments durcis au Müller, ont été soumises aux colorations suivantes : picro-carmin, Ranvier et conservation dans la glycérine, éosine et hématoxyline, conservation dans le baume, carmin aluné, baume ou glycérine.

Ces méthodes ordinaires donnent une idée fort nette de l'ensemble des lésions. Mais elles ne permettent pas l'étude des détails indispensables des éléments sanguins, des érythrocytes en particulier.

La méthode employée par M. le Dr Luzet [*Pseudo-anémies infantiles* (1)] ne nous a pas donné des résultats aussi satisfaisants que nous désirions. Le bleu de méthylène est un colorant nucléaire excellent, il est vrai, figurant bien les figures karyokinétiques. Mais il colore également bien les microbes, et les colorations mêmes des figures cynétiques n'ont point fourni, au moins dans notre cas, la précision désirable.

Nous inspirant des méthodes de M. Hayem sur les éléments du sang, nous avons adopté la technique suivante :

Les coupes reçues dans l'alcool à 90° sont plongées pendant quelques minutes dans le liquide A ou D de Hayem, ce dernier de préférence. Elles sont lavées à l'alcool, légèrement teinté de vert de méthyle. On les passe dans l'eau iodo-iodurée, puis on les colore après lavage dans l'eau additionnée de quelques gouttes d'iode seulement, par la solution suivante :

Alcool à 90°, 1 volume	30 gr.
Eau distillée, 1 volume	30 gr.
Vert de méthyle (solut. 1/3 aqueuse concentrée)	10 gr.
Solution iodo-iodurée de Gram	XX gttes.
Chlorure de sodium	0,25 c. gr.

(1) Th. inaugurale, 1891.

Une ou deux minutes suffisent pour donner la coloration voulue. Les coupes colorées sont immergées dans l'eau iodo-iodurée, très rapidement, passées à l'eau iodée, et lavées à grande eau.

On peut alors employer la double ou triple coloration sans aucun inconvénient, et les pièces ainsi fixées et colorées offrent ce grand avantage de pouvoir être montées dans la glycérine légèrement additionnée du liquide A, et faiblement colorée par le vert de méthyle.

Au bout de quelques jours le liquide conservateur est incolore, les noyaux des leucocytes, mais surtout les noyaux des érythrocytes seuls sont fortement teintés (1).

La double coloration avec le picro-carmin donne des préparations fort nettes sans nuire à l'action de ce dernier colorant, si précieux en histologie.

Enfin on peut combiner le vert de méthyle à l'éosine, ce qui fournit des colorations nettement différenciées des parties hémoglobinifères et des noyaux.

Le vert de méthyle offre une affinité particulière pour les figures nucléaires des éléments figurés du sang pathologique (érythrocytes).

Les noyaux des tissus et des épithéliums se colorent plus difficilement.

Il doit donc être préféré à l'hématoxyline, d'autant plus que ce dernier réactif colore les noyaux dans sa totalité, le vert se portant spécialement au contraire sur les réseaux chromatiques du noyau.

En revanche, pour les recherches topographiques, c'est la double coloration éosine-hématoxyline qui nous a fourni les meilleurs résultats, quel que soit l'organe examiné.

Quoique un peu arides, ces détails de technique ont trop d'importance pour que nous les passions sous silence.

Nous terminons enfin en disant que sur aucune des coupes nous n'avons trouvé d'éléments parasitaires, quelle que soit la méthode employée, soit de coloration, soit de décoloration.

III. — Lésions de lymphadénie

Examen de la rate. — Les lésions histologiques en dehors des lésions communes trouvées et décrites précédemment (*Méd. moderne*, 20 octobre 1892) sont de deux ordres :

A. — 1° Les lésions lymphadéniques proprement dites.

B. — 2° Les éléments anormaux, globules rouges nucléés en particulier.

A. — Les lésions du premier ordre sont des plus intéressantes.

Les colorations au picro-carmin, ou la double coloration par l'éosine-hématoxyline montrent une hypertrophie portant sur tous les éléments lymphoïdes propres de l'organe. Nulle part il n'existe de lésions soit périvasculaires, soit des tractus conjonctifs.

Quel que soit le degré d'hypertrophie, les vaisseaux sont sains, les tractus normaux. Jamais le corpuscule de Malpighi, si volumineux soit-il, n'est entouré d'une zone inflammatoire ou d'une enveloppe conjonctive.

L'hypertrophie est généralisée à tous les éléments, pulpe splénique, corpuscule de Malpighi, cellules lymphatiques, et éléments figurés sanguins anormaux, hématopoiétiques.

Lorsqu'on examine à un grossissement moyen (180 diamètres), l'aspect de la coupe est absolument celui d'un lymphadénome pur, et à moins d'une certaine habitude des coupes on songerait plutôt à une pièce provenant d'une tumeur qu'à une rate leucocythémique.

En effet, le lymphome leucémique de la rate s'accompagne, *d'après tous les auteurs*, de lésions plus ou moins anciennes de *périsplénite, hypertrophie des tractus fibreux, périsplénite, métamorphose régressive ou inflammatoire* des parties constituées de l'organe, pigmentation des éléments pseudo-membranes vasculaires, etc.

Au contraire, ici, les tractus fibreux sont comme étouffés par la prolifération des éléments propres, le volume des corpuscules, l'accroissement considérable des canalicules de la pulpe.

Un des points les plus intéressants est l'inégalité des lésions en différents points de l'organe. On peut distinguer plusieurs degrés et suivre pour ainsi dire le développement des lésions.

Dans sa plus grande partie, la rate ne présente qu'une hypertrophie pure des corpuscules; et en certains points les corps de Malpighi ne sont guère plus nettement délimités qu'à l'état normal. Dans d'autres points, les corpuscules deviennent nettement délimités par une ligne circulaire formée de canaux issus de la pulpe.

De cette zone partent des vaisseaux qui pénètrent la substance du corpuscule de Malpighi et semblent, soit converger vers un troncule vasculaire spécial, soit former deux ou trois canaux à parois mal délimitées qui se jettent dans les veines liénales caverneuses par le côté opposé du corpuscule.

En ces points surtout, se trouve la plus grande partie des éléments anormaux, *érythrocytes en particulier*, que nous retrouverons dans le sang en circulation.

Les corpuscules sont volumineux, émettent des prolongements parfois gardant leur forme arrondie ou ovoïde.

Les prolongements ou arborisations s'anastomosent à plein canal avec les arborisations des corpuscules voisins ou semblent se continuer avec la zone circulaire déjà décrite.

Enfin dans un seul point de la rate situé au niveau de la face interne au-dessus des vaisseaux constituant le hile de l'organe, dans une zone grosse comme une mandarine environ, et qui, macroscopiquement, prescrivait des points blanchâtres à la coupe, les corpuscules sont volumineux, occupant tout le champ du microscope à un grossissement de 63 diamètres. Les éléments constituants sont énormes, et la zone circulaire devient fort nette.

Il n'y a pas encore de lésions inflammatoires, ni de prolifération conjonctive; les canaux inter-vasculaires sont volumineux, leur paroi bien délimitée, les éléments qui la constituent participant à l'hypertrophie générale.

C'est un tissu réticulé énorme, formant des vaisseaux à grand diamètre qui entourent le corpuscule.

De cette zone vasculaire lymphoïde, *péri-corpusculaire*, partent des vaisseaux qui pénètrent entre les éléments propres de la rate que nous allons étudier, se remplissent de cellules rouges, lymphatiques, et, après avoir formé, comme précédemment, un ou deux troncules, se jettent par un point du corpuscule dans les veines liénales caverneuses de la pulpe à parois hypertrophiées, de diamètre énorme; sur certains points de la coupe, ils se jettent dans les gros troncs veineux à paroi vasculaire normale, mais dont la lumière reste obstruée par les leucocytes et par les cellules rouges.

Les troncules *intra-corpusculaires* contenant les cellules rouges ne nous ont paru en aucun point être revêtus d'une paroi propre.

Ils ne *peuvent être confondus* avec *les artérioles qui traversent* le corpuscule *sans avoir aucun rapport avec lui*, sans lui abandonner jamais d'artères intra-corpusculaires.

(1) Le vert de méthyle colore avant tout les réseaux chromatiques ou les éléments jeunes ; jamais il n'y a coloration diffuse et générale de toute la substance nucléaire.

Leurs parois vasculaires sont nettement séparées et indépendantes des éléments des corpuscules, qu'elles traversent directement.

Enfin, la plupart ne contiennent aucun élément sanguin dans leur intérieur, *contrairement aux artérioles de tous les autres organes.*

Elles n'offrent aucune altération de leur structure. Les parois et l'endothélium sont intacts. La gaine péri-artérielle renferme des leucocytes, *mais jamais de globules rouges à noyau.*

La pulpe de la rate est hypertrophiée en raison du volume des corpuscules de Malpighi.

Les travées péri-corpusculaires gardent leur aspect normal et sont formées d'une paroi constituée par de grandes cellules allongées, incolores, fusiformes, ne se soudant jamais, parfois imbriquées les unes sur les autres, mais constituant une paroi nette, intacte, limitant un espace dans lequel circulent les éléments figurés du sang, leucocytes surtout, et globules (très rares dans notre cas).

Ainsi donc, hypertrophie pure et simple de tous les éléments propres de la rate; intégrité des parois vasculaires, des trabécules, des cellules formant les parois de ces derniers (sauf leur hypertrophie), absence totale de lésions inflammatoires ou de dégénérescence : telles sont les seules lésions.

Le tissu conjonctif anormal n'existe nulle part; celui des travées de la pulpe n'offre pas d'épaississement et reste normal. La capsule splénique est normale.

Lymphadénie leucémique liénale pure, telle est la nature anatomique des lésions.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hoquet hystérique (Hysterical singultus), par Ch. G. Stockton (*Medical News*, 4 février 1893, n° 1047, p. 127). — La malade est une jeune fille de 19 ans, qui commença à se plaindre, à la suite de la mort de son frère, il y a deux semaines, et, peu de jours après cet événement, de hoquet persistant avec céphalée. L'auteur, après diverses considérations sur le hoquet en général et sur son mécanisme, sur le hoquet hystérique en particulier, établit que ce dernier est en jeu dans le cas actuel, en se basant tant sur les caractères propres de ce spasme que sur d'autres stigmates hystériques qui existent chez la malade. Il s'étend en dernier lieu sur divers modes de traitements, connus, et applicables au cas.

Paralysie des porteurs de pierre (Die Steintræger-Læhmung), par H. Rieder (*Münch. medic. Woch.*, 14 février 1893, n° 7, p. 121). — Il s'agit là d'une forme nouvelle de paralysie combinée des nerfs du bras, ou du plexus brachial, dont l'auteur fait la description en se basant sur trois cas qu'il a observés. Les sujets dont il s'agit, maçons, portent des briques sur les épaules à l'aide de cet appareil composé de deux planchettes fixées perpendiculairement l'une sur l'autre, et dont l'horizontale est munie de deux traverses qui prennent appui sur les épaules et sont maintenues par les mains. Les troubles consistent en une paralysie atrophique, précédée de paresthésie, et portant sur les muscles des bras, sans troubles objectifs de la sensibilité, avec légère diminution des réactions électriques ; les deux bras peuvent être pris également ou inégalement, parfois un seul côté est atteint. Ce sont là les signes d'une paralysie du plexus brachial par compression, liée probablement à des altérations moléculaires peu intenses des nerfs, en raison de leur guérison rapide.

Hydrothérapie dans le traitement des maladies nerveuses et mentales (Hydrotherapy in the treatment of nervous and mental disease), par Peterson (*The American journal of the medical Sciences*, février 1893, n° 250, p. 132). — Après avoir rappelé que l'extension qu'a prise l'hydrothérapie comme moyen de traitement dans les maladies mentales et nerveuses paraît justifiée par les résultats favorables qu'on en a obtenus, ainsi qu'une enquête personnelle faite dans les asiles et établissements de l'Europe l'en ont convaincu, l'auteur expose qu'ils sont à son avis les effets généraux des applications hydriatiques chaudes ou froides, en bains ou en jets, etc. Il en déduit ensuite les modes spéciaux de technique qui lui paraissent devoir être prescrits dans chaque affection en particulier, et insiste en terminant sur l'intérêt qui l'attache à l'observation stricte de ces règles si l'on veut obtenir de l'hydrothérapie les succès qu'elle est capable d'entraîner.

Hystérie. Anesthésie psychique, anosmie psychique, cécité psychique (Hysteria; psychic anesthesia for touch, psychic anosmia; psychic blindness in its variations, with comments), par Weir Mitchell (*Medical News*, 28 janvier 1893, n° 1046, p. 101). — La malade, âgée de 24 ans, se plaint de cécité. Le trouble date de quatre ans, époque à laquelle elle commence à ne pas reconnaître les objets. La seconde année, elle perd la faculté de reconnaître les couleurs. La troisième année, elle a tellement de cécité qu'elle ne sait distinguer un homme d'un cheval. Elle a été examinée par le Dr Pershing qui a constaté qu'elle percevait la lumière, avait des pupilles égales, ne présentait aucun trouble ophthalmoscopique, ni aucune altération des autres sens spéciaux, de la sensibilité générale, ni de la motilité, et a diagnostiqué l'hystérie. Actuellement, elle circule sans difficulté, comme si sa vue était normale, mais ne peut dire ce que sont les objets qu'on lui met devant les yeux, bien qu'elle les nomme sitôt qu'on en a prononcé le nom à son oreille. La sensibilité est parfaite, ainsi que la localisation des sensations, tant au toucher qu'à la douleur et à la température, mais elle ne peut reconnaître aucun objet (livre, canif, pièce de monnaie, etc.) par le toucher. Au point de vue de l'odorat, elle distingue les différentes odeurs, mais ne peut les nommer. Elle peut lire les lettres isolées, sauf *o* et *e*. Elle parle correctement. A l'examen des yeux, il existe une hémianopie partielle droite latérale. L'auteur rapproche ce cas de la cécité psychique décrite par Munk, mais pense qu'ici le syndrome est de nature hystérique.

Arthropathies des tabétiques (Arthropathia tabidorum, Charcot's joint Disease), par Sterne (*Medical Record*, 28 janvier 1893, n° 1160, p. 100). — Le malade dont l'histoire est rapportée n'a pas d'antécédents nerveux héréditaires: il n'est ni alcoolique ni syphilitique. Il a souffert de douleurs dans les jambes et particulièrement dans le genou droit il y a six ans. Il a ressenti les premiers signes de la paralysie générale il y a quatre ans. Actuellement on constate le signe de Romberg, le signe d'Argyll-Robertson, du tremblement de la langue et des membres, l'abolition du réflexe rotulien. Il existe de plus une arthropathie du genou droit qui est luxé, et présente en conséquence l'apparence du genu varum. On ne constate pas d'incoordination motrice. L'auteur fait suivre l'exposé du cas de considérations générales sur les arthropathies tabétiques, et conclut que ces lésions sont des affections trophiques dépendant de troubles de la nutrition, qu'elles paraissent avoir une prédilection marquée pour la période préataxique du tabes, qu'elles diffèrent de l'arthrite déformante, qu'elles dépendent sans doute de névrites périphériques, que l'ataxie, l'analgésie et la fragilité des os ont une influence considérable sur leur production, bien que ces facteurs puissent faire défaut.

Syphilis héréditaire tardive, par Vanderwelde (*Journal de Médecine de Bruxelles*, 4 février 1893, n° 5, p. 65). — Un enfant de cinq ans est pris de céphalalgie, d'insomnie, puis d'hémi-athétose gauche. Peu après, intervient un accès épileptoïde avec perte de connaissance, et à la suite le malade reste hémiplégique. A l'examen il existe, outre l'hémiplégie qui est complète et porte sur la face et le facial supérieur, du nystagmus et de la dilatation des pupilles. De plus l'enfant a de la fièvre, il ne tarde pas à délirer, puis meurt, deux mois après le début, au milieu de convulsions. L'autopsie révèle au niveau des poumons, du cœur, du foie, du

testicule, des altérations tout à fait caractéristiques de la syphilis héréditaire. Dans le cerveau il existe du côté droit une gomme grosse comme un œuf, occupant la partie interne de la couche optique, la capsule interne, le pédoncule droit jusqu'à la partie supérieure de la protubérance. On constate à l'examen histologique et bactériologique les signes des lésions syphilitiques, avec absence de bacilles tuberculeux. Le bulbe et la moelle offrent de la dégénération secondaire du faisceau pyramidal.

MÉDECINE

Sueurs d'urée, par Talamon (*La Médecine moderne*, 22 février 1893, p. 170). — Homme de 49 ans, goutteux, polyurique, albuminurique, pris d'urémie à forme nerveuse se terminant par la mort en douze jours; dans les quatre derniers jours, apparition sur la face d'une poussière blanche ayant l'aspect de sel d'abord, puis de givre, saupoudrant les sourcils et les poils de la barbe, adhérant assez fortement au visage qu'elle finit par recouvrir tout entier à l'exception des paupières supérieures; cette substance possède les caractères cliniques de l'urée. Les sueurs d'urée semblent se produire de préférence dans les cas d'urémie à forme nerveuse, mais se rencontrent aussi dans la pyélo-néphrite et dans le choléra; elles ont une valeur pronostique très grave, et précèdent la mort de trois, quatre ou cinq jours au plus.

Utilité de la saignée dans les néphrites infectieuses avec accidents graves, par Sacaze (*Revue de Médecine*, janvier 1893, p. 35). — La néphrite, comme l'urémie, tient à la rétention dans le sang, en quantité anormale, de produits toxiques nombreux que les reins auraient dû éliminer; la saignée non seulement remédie aux accidents qui en résultent, mais encore améliore la plupart des autres troubles fonctionnels; à ce titre, elle mérite d'entrer dans le traitement de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses s'accompagnant parfois de lésions rénales intenses.

Pathogénie du cancer, par Fiessinger (*Revue de Médecine*, janvier 1893, p. 13). — L'auteur fait observer que les irritations et l'inflammation sont insuffisantes pour expliquer le développement du cancer; celui-ci se produit fréquemment après un traumatisme; son siège au niveau et au voisinage des orifices naturels tend à prouver que le contact des doigts peut être pour quelque chose dans sa production, en transportant un agent de contagion; à la campagne, les insectes peuvent aussi transmettre la contagion. L'auteur rapporte une série de faits de cancer développés chez des sujets demeurant le long d'un cours d'eau; il pense que l'eau peut servir à transporter l'agent de contagion; dans une autre série de cas, un lavoir semble avoir été cause de l'épidémie.

Quelques remarques sur la coïncidence de l'indicanurie et de la tuberculose chez les enfants, par Voûte (*Revue mens. des mal. de l'enfance*, février 1893, p. 49). — Contrairement à Hochsinger et Kahane, qui avaient cherché à établir que la présence de l'indican dans l'urine est un signe de tuberculose, chez les enfants âgés de moins de 6 ans, l'auteur a constaté que la proportion des cas où on rencontre l'indican dans l'urine en quantité moyenne ou forte est moindre chez les enfants atteints de tuberculose que chez les enfants atteints d'autres affections.

Zona intercostal, prodrome de la tuberculose pulmonaire, par J. Arnaud (*Marseille médical*, 15 janvier 1893, p. 33). — L'auteur a observé six cas de zona comme précédant l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire, chez des sujets ayant la plupart une tare nerveuse; il rapproche ces faits des névralgies sciatiques et intercostales observées avant le développement ou tout à fait au début de la tuberculose et attribue le zona à l'infection prégranulique atténuée; il insiste sur l'importance de la prédisposition nerveuse dans son développement.

Dermatol dans les affections intestinales (Il dermatolo nelle malattie intestinali), par G. Caruso-Pecoraro et S. Tomasini (*Archivio di farmacologia e terapeutica*, 1er février 1893, p. 73). — Le dermatol, à la dose de 1 à 4 grammes, a donné de bons résultats dans la diarrhée des tuberculeux, dans celle de la cachexie palustre, mais surtout dans la diarrhée simple; il a également bien réussi dans des cas d'entéro-colite ulcéreuse, et chez des sujets atteints de cancer stomacal.

Les symptômes vaso-moteurs de la grippe, par Alison, ancien interne des hôpitaux (Extrait de la *Rev. gén. de clinique et de thérapeutique*, 1892). — La grippe donne parfois lieu à des phénomènes vaso-moteurs variés, portant sur les muqueuses, la peau, les viscères, à tel point qu'il y aurait lieu de distinguer une forme vaso-motrice de la maladie. Tels sont les *frissons*, remarquables ici par leur fugacité, leur répétition incessante; les *névralgies congestives* (névralgies faciales persistantes avec violente congestion conjonctivale, écoulement nasal abondant); *les troubles de calorification périphérique* ou cutanée dont l'auteur a fait une étude spéciale; *l'impuissance génitale*, etc. Le poison grippal semble donc déterminer, peut être par son action sur les centres nerveux, un état de parésie dans le domaine du grand sympathique et des nerfs vaso-moteurs. Cette constatation entraîne une indication thérapeutique importants, qui consiste à agir sur les vaso-moteurs au moyen des excitants (quinine, tannin, caféine, etc.).

CHIRURGIE

Cancer du vagin dans un cas de carcinome de l'utérus (Krebs der Vagina als Impfmetastase bei Corpuscarcinome), par Lebensbaum (*Centralb. f. Gynæk.*, n° 6, p. 112). — L'auteur rapporte une observation assez compliquée d'adéno-carcinome du vagin et de l'utérus chez une femme de 27 ans qui, trois mois auparavant, avait accouché.

La malade entra à la clinique pour une hémorrhagie qu'on paraissait devoir attribuer à une ulcération vaginale dont la nature, tuberculeuse ou cancéreuse, n'a pas été déterminée. Sous l'influence du tamponnement, puis du lavage antiseptique, l'ulcération était presque complètement cicatrisée (après une pneumonie intercurrente) lorsque parut une nouvelle métrorrhagie dont on profita pour explorer avec le doigt la cavité utérine. Il y avait là une masse indurée que l'examen microscopique (d'une parcelle) permit de reconnaître pour un adéno-carcinome. On se décida à faire l'ablation de l'utérus, mais, en attendant, la cicatrice vaginale se rouvrit et s'ulcéra. On fut donc obligé d'extirper d'abord le noyau vaginal, de sorte que l'hystérectomie ne fut faite qu'un mois plus tard. L'examen des pièces confirma le diagnostic clinique et montra en plus que l'ulcération vaginale était un adéno-carcinome ulcéré. Le malade succomba au bout de quelque temps aux progrès de la cachexie.

Pour l'auteur, le noyau vaginal était simplement une greffe cancéreuse avec une parcelle venant de l'utérus. L'auteur consacre à sa démonstration la plus grande partie de son travail, où il passe en revue les observations de ce genre.

Enucléation en deux temps de gros myomes utérins par la voie vaginale (Die zweizeitige vaginale Enucleation grosser Uterusmyome), par Kustner. — L'auteur est d'avis que, dans les myomes utérins solitaires, interstitiels, mais partiellement proéminents dans la cavité utérine, on peut et on doit tenter l'énucléation par la voie vaginale. Pendant une première séance, on enlève avec les ciseaux les parties accessibles de la tumeur. On administre pendant quelque temps de l'ergotine qui, en renforçant les contractions utérines, chasse peu à peu le reste de la tumeur dans la cavité utérine. Si l'on opère au bout d'un mois, on peut enlever le reste de la tumeur. Avec l'antisepsie, les dangers d'infection de la tumeur ne sont plus à craindre.

Deux observations viennent à l'appui de cette façon de faire.

Symphyséotomie (Ein Fall von Symphyseotomie an einer II para, 4 1/4 Jahr nach konservativen Kaiserschnitte), par Reinier (*Centralb. f. Gynækol.*, 1893, n° 6, p. 105). — L'auteur rapporte un cas de symphyséotomie faite avec succès pour la mère et l'enfant chez une secundipare à laquelle on avait fait l'opération césarienne quatre ans et demi auparavant. On commença par faire la version et la symphyséotomie ne fut faite que lorsque le pied de l'enfant fut amené à la

vulve. La symphyséotomie faite, on termina la version avec une facilité surprenante.

Deux cas de castration pour ostéomalacie (Zwei Fælle von Castration bei Osteomalacie), par Stern (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 6, p. 108). — L'auteur rapporte deux cas d'ostéomalacie puerpérale chez une femme de 27 ans et une de 31, traitées avec succès complet (guérison radicale) par la castration. A noter la vascularité extrême des annexes dans les deux cas où les vaisseaux étaient aussi développés que chez les femmes à la fin de la grossesse. Les ovaires n'ont présenté rien d'anormal.

Traitement de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant, par G. Phocas (*La Médecine moderne*, 3 décembre 1892, p. 766). — Quatre cas de péritonite tuberculeuse chez l'enfant traités par la laparotomie : une mort post-opératoire, deux insuccès et un succès datant de six mois seulement.

BIBLIOGRAPHIE

Le paludisme chronique, par le Dr L. Catrin, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Paris, Rueff, 1893.

C'est à nos confrères de l'armée et de la marine que l'on doit l'ensemble des recherches qui ont permis de reconnaître et de traiter les maladies paludéennes. C'est à leurs travaux que M. le Dr Catrin a emprunté la plupart des documents qui lui ont permis d'écrire l'histoire du paludisme chronique. Rares, en effet, sont les occasions de suivre de près l'évolution des accidents qui conduisent de l'accès initial de fièvre intermittente à l'impaludisme chronique et surtout à la cachexie paludéenne que MM. Kelsch et Kiener ont si bien définie. M. Catrin accepte leur classification et divise les accidents en : Impaludisme chronique ou période des hypérémies phlegmasiques et cachexie palustre, dernière étape de l'intoxication paludéenne chronique que l'on peut subdiviser en cachexie aiguë ou hydroémique et cachexie chronique. L'auteur fait remarquer, après Dutrouleau, que le mot cachexie n'a point ici le sens qu'on lui donne d'ordinaire. La cachexie paludéenne peut, en effet, être précoce, précéder même l'invasion de la fièvre ; elle n'a donc pas de rapports immédiats avec l'ancienneté et la multiplicité des accès. La cachexie paludéenne se caractérise surtout par l'épuisement de l'organisme qui peut être précoce chez certains sujets. C'est, comme le disent MM. Kelsch et Kiener, un état comparable à la période asystolique des maladies du cœur, tandis que la période des hypérémies phlegmasiques en représente la période de compensation.

On comprend, sans qu'il soit nécessaire d'insister, l'importance que présentent, aux points de vue anatomo-pathologique et clinique, ces distinctions qui peuvent paraître un peu subtiles si l'on songe que l'impaludé chronique peut avoir des périodes de cachexie transitoire et que le cachectique est nécessairement un paludique invétéré. On en comprendra surtout l'intérêt au point de vue thérapeutique. Nous pouvons avoir à traiter en dehors de leurs climats d'origine des paludiques de tout genre. Il importe donc de bien définir leur état pour arriver à connaître les ressources dont nous pouvons disposer encore.

L'étude clinique présentée par M. Catrin est aussi complète qu'on pouvait l'espérer d'un élève de cette école du Val-de-Grâce qui a tant fait pour éclairer l'histoire des maladies paludéennes. Son livre comprend cinq parties. La première est consacrée à l'étiologie, la deuxième à la symptomatologie, à l'anatomie pathologique et au traitement du paludisme chronique, la troisième à l'étude détaillée de la cachexie paludéenne, la quatrième aux complications du paludisme et de la cachexie; la cinquième enfin expose la doctrine parasitaire de la malaria et figure toutes les formes que peut présenter l'*oscillaria malariæ* découvert en 1880 par M. Laveran.

Ce simple résumé suffit à prouver, au point de vue dogmatique surtout, l'intérêt de ce livre tout à la fois scientifique et pratique.

L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'exploration clinique et de diagnostic médical, par E. Spehl, professeur à la Faculté de Bruxelles (1 vol. in-8° de 663 pages, avec 172 figures dans le texte et 7 planches hors texte). Paris, O. Doin, 1892.

Le livre du Dr Spehl ne renferme pas seulement une excellente méthode d'examen clinique proprement dit, mais en outre un résumé clair et précis des divers procédés techniques aujourd'hui applicables à la clinique (examens bactériologiques, chimiques, microscopiques). A ce titre, il rendra un grand service aux praticiens et aux élèves. C'est d'ailleurs un fort beau volume qui, à tous les points de vue, figurera avec avantage dans une bibliothèque médicale.

La poussière au point de vue chirurgical (Die chirurgische Bedeutung des Staubes), par Haegler (*Beitr. f. klin. Chir.*, 1892, Bd IX (tirage à part).

De l'examen bactériologique de l'air et des poussières des salles d'opération et d'hôpital, des cheveux et des blouses des opérateurs, ayant donné des résultats positifs, l'auteur conclut à la nécessité du spray, antiseptique ou non, pour la désinfection des salles.

Hernies gangrenées (Ueber Darmresektion bei gangrœnœsen Hernien), par Carl Beck (*N. Y. medic. Monatsschr.*, 1892, Juli (tirage à part).

A l'occasion des quatre observations personnelles de résection intestinale dans des hernies gangrenées, l'auteur étudie les indications et la technique de cette résection. A relever, le conseil de l'auteur d'envelopper pour 24 ou 48 heures dans de la gaze salicylée les anses intestinales seulement soupçonnées de gangrène.

Les trois livres de J. Fracastor sur la contagion, les maladies contagieuses et leur traitement, traduction française, par Léon Meunier. 1 vol. in-18 de 372 pages. Paris, 1893. Société d'éditions scientifiques.

Cette traduction vient certainement à point à l'heure actuelle. Tous ceux qui ont encore le culte de l'histoire médicale seront à même de lire facilement ce qu'écrivait il y a trois siècles et demi un observateur consommé sur les maladies dont l'étiologie domine aujourd'hui toute la médecine. D'autant que cet observateur semble avoir pressenti les doctrines actuellement en honneur : ainsi la comparaison de la contagion avec la transformation du vin en vinaigre, ainsi la distinction entre la contagion par contact seul et la contagion à distance, qu'il appelle contagion par foyer.

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, par le Dr L. Baumel, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. 1 vol. in-8° 410 pages avec 7 figures dans le texte. G. Masson, éditeur, Paris, 1893.

L'auteur déclare n'avoir pas eu la prétention d'écrire un traité complet des maladies infantiles. Ce livre est un recueil de faits pratiques, qui renferme une foule de renseignements utiles au point de vue diagnostic et thérapeutique. Les maladies du sevrage, de la dentition en particulier ont été soigneusement étudiées. L'auteur fait une place importante à la thérapeutique spéciale de l'enfance, et il apporte sur ce point des indications nouvelles tirées de sa pratique personnelle.

VARIÉTÉS

Le service militaire par les étudiants en médecine. — Vendredi dernier 3 mars, M. le Ministre de la guerre a bien voulu recevoir les membres de la Commission désignée par l'Association de la presse médicale en vue de poursuivre la réforme de la loi militaire et d'obtenir pour les étudiants en médecine un sursis d'appel.

En présentant ses collègues à M. le Ministre, M. le professeur Cornil a exposé succinctement le but de cette visite. M. le général Loizillon lui a répondu qu'il était personnellement très disposé à accepter les idées qui sont chères au corps médical, et qu'il allait faire étudier la question par les bureaux de la guerre. Nous reviendrons la semaine prochaine sur ce sujet en publiant le rapport rédigé par notre confrère le Dr Marcel Baudouin et en indiquant ce qui, à notre avis, devra être fait pour essayer d'obtenir du Parlement le progrès que nous réclamons en vain depuis si longtemps.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 17 mars 1893.

Le service militaire des étudiants en médecine.

Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, M. le Ministre de la guerre a écouté avec bienveillance et promis de faire examiner sérieusement par ses bureaux le vœu que lui soumettait la Commission nommée par l'Association de la Presse médicale. Un argument, bien développé dans le rapport de M. le Dr M. Baudouin, a paru d'ailleurs l'impressionner et le fortifier dans les bonnes dispositions qu'il nous a témoignées. Ainsi qu'on pourra le voir dans le rapport que nous publions aujourd'hui, M. le Dr M. Baudouin fait ressortir l'importance que présente au point de vue des intérêts de l'armée la création d'un nombre suffisant d'aides-majors auxiliaires ou de réserve dont le cadre comprendrait les médecins ou internes des hôpitaux admis à profiter des dispositions de la loi nouvelle le jour où celle-ci autoriserait les sursis d'appel. Il n'échappera point, en effet, à ceux qui seront appelés à donner leur avis au moment où viendra en discussion la réforme projetée, que le découragement et, à sa suite, les démissions prématurées sont dus à l'insuffisance des cadres de l'armée active. Les médecins militaires, astreints à des corvées aussi multipliées que pénibles, à des fonctions administratives aussi laborieuses que peu intéressantes, se trouveraient infiniment mieux partagés s'ils étaient assistés de jeunes médecins prêts à les suppléer et s'ils pouvaient se donner tout entiers à leurs fonctions médicales et assurer le fonctionnement des services dont ils ont la direction. Le corps médical de l'armée gagnerait donc en autorité et en prestige si l'on adoptait l'amendement que nous proposons.

Pour arriver au succès, il importe maintenant que le mouvement d'opinion créé par la presse médicale se généralise et s'accentue. Il importe surtout qu'au moment des élections générales qui sont prochaines, tous les médecins, dans les villes aussi bien que dans les campagnes, mettent les candidats à la députation et au Sénat en mesure de promettre leur appui à nos justes revendications. Celles-ci pourront être accueillies si l'on arrive à bien prouver que nous ne sommes guidés que par des mobiles d'intérêt général. Le rapport de notre confrère M. M. Baudouin s'efforce de le démontrer. Voyons les objections qu'on lui fait encore. D'après notre enquête personnelle, celles-ci seraient au nombre de trois :

I. — Le système des sursis d'appel ne saurait être admis, disait au Sénat le général Deffis, « les hommes en sursis ne recevant aucune préparation et ne pouvant être utilisés au régiment au moment d'une déclaration de guerre ». Or, la loi actuelle répond déjà à cet argument. En cas de mobilisation, *tous* les étudiants en médecine, quelle que soit leur situation militaire, seront *d'office* versés dans une section d'infirmiers. S'ils sont soldats au moment de la déclaration de guerre, ils seront *désarmés*, car la convention de Genève leur interdit de porter les armes. Pourquoi dès lors leur imposer en temps de paix une préparation militaire qui ne leur sera jamais d'aucune utilité?

II. — L'égalité devant la loi exige que tous les hommes du contingent servent comme soldats au même titre et dans des conditions identiques. La faveur accordée aux médecins pourrait d'ailleurs être réclamée par les élèves ecclésiastiques et les étudiants des autres facultés. Nous répondons que, *seuls* de tous les *professionnels*, les médecins remplissent dans la vie civile les mêmes fonctions que pendant une guerre ou durant les périodes d'instruction auxquelles ils pourront être convoqués soit comme réservistes, soit comme territoriaux. La faveur accordée aux élèves de l'Ecole polytechnique et de l'Ecole centrale qui accomplissent leur période d'instruction en continuant leurs études n'est-elle pas au moins aussi appréciable que celle qui nous serait faite?

III. — L'apprentissage de la discipline militaire exige que tout citoyen appelé à servir son pays ait été rigoureusement soumis à toutes les exigences des règlements de l'armée. Nous n'en disconvenons pas ; mais, bien que M. le professeur Léon Le Fort ait lui aussi récemment invoqué cet argument, nous persistons à penser que la discipline imposée aux médecins auxiliaires appelés à la fin

de leur scolarité, pourra être suffisamment rigoureuse pour les initier à tous les devoirs que crée la vie militaire. Ses charges seront d'autant mieux comprises que le but à atteindre apparaîtra plus élevé, plus digne des efforts, de l'abnégation et du patriotisme qui s'imposent à tous les Français lorsqu'il s'agit d'un devoir civique. Bien au contraire, les souvenirs que peuvent laisser dans l'esprit du médecin, qui sera appelé comme aide-major de réserve, les vexations qu'il aura pu subir alors qu'il apprenait le maniement du fusil ne paraissent pas de nature à développer l'esprit de discipline et d'attachement à l'armée.

Il restera sans doute encore un certain nombre de questions de détail à résoudre. C'est ainsi que les jeunes étudiants qui, cette année par exemple, ont devancé l'appel et interrompu leurs études médicales pour faire, comme soldats de 2e classe, une année de service militaire, se trouveront vis-à-vis de leurs camarades qui bénéficieraient de la loi nouvelle dans une position d'inégalité digne d'examen. Il est évident que la loi ne peut avoir d'effet rétroactif et que ces étudiants ne sauraient être astreints à faire une deuxième année comme médecins auxiliaires; mais il conviendra, de plus, de les autoriser à ne terminer leurs études qu'à l'âge de 27 ou de 28 ans et de ne leur imposer deux années supplémentaires que si, arrivés à cet âge, ils ne sont pas reçus docteurs ou internes.

D'autre part, il doit être bien convenu que les médecins auxiliaires nommés par la loi nouvelle n'auront point le grade d'officier et ne toucheront pas d'appointements. L'essentiel nous paraît être d'assurer un bon recrutement du corps médical et de fournir au corps de santé de l'armée dont les cadres sont absolument insuffisants un contingent utile de médecins auxiliaires.

C'est pourquoi nous avons applaudi à l'initiative prise par M. le Dr Cézilly à la dernière réunion de l'association de la presse médicale, et c'est pourquoi nous publions *in extenso* le rapport de son secrétaire M. le Dr M. Baudouin.

L. Lereboullet.

Rapport adressé à M. le Ministre de la guerre.

Monsieur le ministre,

Dans sa réunion du 13 février 1893, tenue sous la présidence de M. le Pr Cornil, sénateur de l'Allier, l'Association de la Presse médicale a voté, à l'unanimité des membres présents, a proposition suivante, relative au service militaire des étudiants en médecine.

« Les étudiants en médecine feront leur service militaire comme *médecins*, leurs études médicales terminées; ils devront être docteurs ou internes nommés au concours, dans une ville où siège une Faculté, à l'âge de 27 ans. »

Au nom de la Commission nommée par cette assemblée, et composée de MM. Cadet de Gassicourt, Laborde et Lereboullet, membres de l'Académie de médecine, Cézilly et Marcel Baudouin, secrétaire, j'ai l'honneur, Monsieur le Ministre, de soumettre à votre bienveillante attention l'exposé des motifs qui ont entraîné la conviction de tous les membres de notre Association.

De l'adoption du vœu que nous vous présentons, et que nous vous prions de bien vouloir examiner, dépendent, en effet, et la vie de nos soldats exposés aux balles ennemies et l'avenir de nos armées, au jour d'une déclaration de guerre

C'est l'intérêt suprême de la Patrie qui est ici en jeu; et si jamais la devise : *Si vis pacem, para bellum*, a pu être citée dans une question militaire, c'est certes le cas de la rappeler encore à cette occasion.

Aussi serait-il superflu d'insister trop longuement devant vous sur l'immense *préjudice* apporté aux études médicales par le système actuellement en vigueur. En effet, par suite de l'âge (19 ans) auquel l'étudiant en médecine se fait inscrire d'ordinaire dans une École ou une Faculté, et de la nécessité où il est de partir comme soldat à 21 ans, il y a interruption forcée dans le cours de ses études. Ce temps d'arrêt est très préjudiciable à l'élève qui, pendant l'année qu'il passe au régiment, abandonne toute habitude de travail intellectuel et oublie en partie les matières précédemment apprises. En réalité, à sa rentrée à l'Université, il a souvent perdu le fruit de plus d'une année d'études.

Nous croyons plus urgent et plus utile d'envisager la question *au seul point de vue militaire*, l'intérêt de notre Armée devant évidemment primer toute autre considération.

L'obligation de faire actuellement une année de service comme soldat, dans un régiment d'infanterie, ne se justifie pas pour les étudiants en médecine au point de vue exclusivement militaire, cela pour plusieurs raisons.

1° L'étudiant en médecine, du fait de son inscription à une École ou Faculté, est, d'office, en cas de guerre, un soldat qui n'ira jamais au combat. *Il ne sera jamais un combattant*. Même, si la guerre éclatait aujourd'hui, pendant qu'il fait son année de service, l'étudiant serait immédiatement *désarmé* et versé dans une section d'infirmiers : le règlement est formel.

Il y a donc là des conditions spéciales sur lesquelles on ne saurait trop insister. Les médecins sont, en effet, les seuls qui, pendant la période de temps qu'ils doivent à la Patrie et pendant la durée d'une guerre, soient aptes à remplir les mêmes fonctions que celle qu'ils exerçaient dans la vie civile. Les élèves d'une autre Ecole (Polytechnique, Normale, Centrale) ne sauraient être placés sur le même pied que les étudiants en médecine, et le corps de santé militaire est la seule arme qui présente un pareil caractère distinctif.

Pourquoi dès lors donner l'instruction du futur combattant à celui qui ne combattra jamais, à celui qui n'a pas le droit de combattre — puisqu'il est neutralisé en temps de guerre par la convention de Genève, — à celui qui, à supposer qu'il pût sauver une armée et même son pays en tirant un seul coup de fusil, n'aurait pas le droit de le faire ?

Pourquoi vouloir quand même, pendant six mois au moins, faire porter le fusil à celui auquel un règlement sacré, un règlement international, défend de porter les armes ? L'étudiant en médecine se trouve donc placé dans de tout autres conditions que ses camarades des grandes Ecoles du Gouvernement ? Pourquoi dès lors tenir à l'initier, comme ces derniers, aux exercices militaires, lui qui ne doit être que médecin, avant de l'incorporer dans les rangs de ses confrères immédiats, à la suite des médecins aides-majors de l'armée active ?

2° D'autre part, alors même que l'étudiant apprend pendant un an le métier de combattant, tout ce qu'il a à apprendre — et il assimile vite, en raison de ses études antérieures — tout ce qu'il a appris, ne lui ouvre plus tard aucun droit au commandement de la troupe, quand il aura été nommé médecin de réserve.

3° L'Étudiant en médecine, pendant son année de service militaire, ne s'initie pas aux difficultés du métier qu'il sera tenu d'exercer à la déclaration de guerre. Il faut à tout prix les lui faire connaître, les lui apprendre. Aussi l'État et l'Armée doivent-ils lui accorder toutes facilités pour qu'il puisse acquérir au plus vite le grade de docteur en médecine et, partant, devenir pour eux tout autre chose qu'une non-valeur.

Le système actuel met un obstacle très grand à l'instruction professionnelle de médecin militaire. En effet, le jour où il sera nommé médecin de réserve, l'étudiant n'aura pas encore servi comme « professionnel », mais simplement comme combattant ! Il ignorerait par conséquent le premier mot du rôle qu'il serait appelé à jouer du jour au lendemain, si la guerre venait à éclater avant qu'il n'ait fait ses 28 jours comme médecin de réserve ! Et, à supposer qu'il ait servi

28 jours dans ce grade, il n'en saura guère davantage : il faut un plus long temps pour apprendre à connaître le matériel du service de santé en campagne, l'administration militaire, etc.! Enfin le médecin de réserve passe dans la territoriale, tout aussi ignorant. C'est alors qu'il peut être appelé à diriger un hôpital de campagne et avoir sous ses ordres un officier d'administration du cadre auxiliaire, aussi peu instruit que lui sur les fonctions qu'il a à remplir! On frémit quand on songe à la responsabilité encourue. Et dire que, sur nos seize hôpitaux de campagne, il y en aura douze qui devront fonctionner de la sorte !

Tous ces inconvénients disparaîtront le jour où l'étudiant, reçu docteur ou interne avant 27 ans, pour faire, à 28 ans au plus tard, son année de service militaire comme médecin aide-major de réserve, c'est-à-dire comme officier, au même titre que ses camarades de l'Ecole polytechnique ou de l'Ecole centrale. En un an il saura son métier et il sera inutile de l'obliger à refaire deux fois de suite 28 jours. En un an, avec un bon programme, avec 6 mois d'hôpital et 6 mois de régiment, il aura appris à diriger un hôpital de campagne, même sans le secours d'un officier d'administration du cadre actif et, dès lors, pourra parfaitement remplir les fonctions de médecin de l'armée territoriale, au moment opportun.

Bien entendu, en raison de la faveur spéciale qui leur serait accordée, les médecins ainsi nommés aides-majors de réserve ne recevraient aucune espèce d'appointements, sauf exception pour des cas tout à fait particuliers à déterminer.

4° Il est une dernière considération qu'il importe au plus haut point de ne pas passer sous silence. Chacun sait qu'en cas de guerre le nombre des médecins disponibles *se trouvera très insuffisant*. Or, en accordant aux étudiants la faculté de ne servir un an qu'après leur 5e, 6e ou 7e année d'études, après l'obtention de leur doctorat ou du titre d'interne, on augmentera sensiblement le nombre des médecins aides-majors de 2e classe de réserve.

Et ce surplus, ce contingent nouveau de médecins de la réserve (le chiffre en sera très respectable) viendra très utilement renforcer le cadre actif en temps de paix des médecins de l'armée régulière. Tout cela est de capitale importance, car personne n'ignore que ce cadre actif est aujourd'hui notoirement insuffisant, principalement en aides-majors, et que cette insuffisance même est telle que le service hospitalier se trouve presque compromis.

En terminant, nous voudrions insister sur la nécessité absolue d'autoriser légalement les internes, reçus au concours dans une ville où il y a une Faculté de médecine, à jouir des mêmes prérogatives que les docteurs. L'Armée a, en effet, le plus grand intérêt à incorporer tous les internes le jour de la mobilisation avec le titre de médecins traitants (c'est-à-dire d'officiers) et non plus de médecins auxiliaires (c'est-à-dire sous-officiers); car voici qui deviendrait grave si l'on ne voulait entrer dans cette voie : la direction et le commandement appartenant toujours de droit à l'officier ayant le grade le plus élevé, ou étant le plus ancien dans le grade le plus élevé, le commandement et la direction des hôpitaux de campagne passeraient forcément aux médecins territoriaux les moins instruits et les moins capables, parce qu'ils sont les plus anciens, parce que l'ancienneté de service compte pour beaucoup dans l'obtention de l'avancement, et parce que l'interne sera nécessairement toujours de 2 à 3 ans en retard sur un camarade d'études qui n'aura pas passé par l'internat. Il en résulterait un réel préjudice et pour le Corps de santé et pour l'Armée, le moins digne commandant au plus digne.

Peut-être faudrait-il encore justifier la limite d'âge adoptée : 27 ans ? Mais une telle discussion nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise d'ajouter qu'en demandant l'adoption de ce chiffre l'Association de la Presse médicale a cru pouvoir parer à toutes les objections faites à la limite d'âge (26 ans) de la loi de 1889.

Ainsi donc l'intérêt des études médicales se confond avec l'intérêt de l'Etat et de l'armée. Et nous ne craignons pas d'ajouter que le second justifie bien mieux encore que le premier la révision de la loi sur le recrutement.

Ce n'est pas d'ailleurs, Monsieur le Ministre, la première fois que se trouve posée de cette façon la question du Service militaire des Etudiants en Médecine. En effet, l'article 23 du projet de loi déposé le 25 mai 1886 sur le bureau de la Chambre des députés, par M. le Ministre de la guerre, était ainsi conçu :

« Art. 23. — Ceux qui sont pourvus du diplôme de docteur en médecine accomplissent leur service actif dans un corps de troupe en qualité de médecins auxiliaires. Si, après une année de présence, ils sont l'objet d'un rapport favorable de leurs chefs, ils sont nommés médecins aides-majors de 3e classe de réserve et renvoyés dans leurs foyers. »

Malheureusement, cet article 23 a subi bien des tribulations et bien des transformations à la Chambre des Députés et au Sénat. Deux fois la Chambre des Députés voulut y revenir ou se rallier à un texte à peine différent : deux fois le Sénat s'y refusa. Finalement, rien ne fut obtenu; mais le dernier rapporteur à la Chambre, M. Ed. Thiers, tout en concluant à l'admission des restrictions formulées par le Sénat, ajoutait :

« Cela ne veut pas dire que ni dans l'esprit de la Commission ni dans celui de son rapporteur, les dispositions pour lesquelles la Chambre aura combattu jusqu'à sa dernière heure doivent être abandonnées à jamais. Non, Messieurs, toute loi est perfectible... Vos successeurs n'auront plus tout à reprendre. Leur tâche, plus simple, se réduira à quelques perfectionnements, déjà bien définis par vous-mêmes. »

Ce que nous demandons, Monsieur le Ministre, n'est que l'un de ces perfectionnements.

Et c'est pour les raisons que nous venons d'exposer et en raison de bien d'autres considérations sur lesquelles nous n'avons pas pu nous appesantir, que notre Commission, au nom de l'Association de la Presse Médicale, vous prie de vouloir prendre en considération le vœu qu'elle a l'honneur de vous soumettre et qui est ainsi formulé :

Les Étudiants en Médecine feront leur service militaire comme médecins aides-majors de 2e classe de réserve, *leurs études médicales terminées. Ils devront être à l'âge de 27 ans docteurs ou internes nommés au concours dans une ville où siège une Faculté.*

Le Rapporteur,
Marcel Baudouin, *Secrétaire.*

Paris, le 3 Mars 1893.

REVUE GÉNÉRALE

Ostéome des muscles.

A l'occasion d'un traumatisme il se développe parfois dans le corps charnu de certains muscles au niveau de l'attache tendineuse une tumeur osseuse, un *ostéome*.

Cette production osseuse s'observe particulièrement à la cuisse. Dans une statistique de A. Schmit (1) on relève en effet : dix ostéomes du moyen adducteur, quatre du grand, deux du pectiné, un du droit interne, un du biceps, un du psoas iliaque ; ajoutons à cette énumération les droits externe et antérieur. Au membre supérieur, c'est surtout au coude dans le brachial antérieur (Charvot (2), Ferron (3), Boppe (4), puis dans le deltoïde, parfois encore dans le biceps (5) que l'on rencontre des ostéomes. Leur *étiologie*, du reste, rend bien compte de ces diverses localisations ; l'ostéome peut être tenu pour une lésion professionnelle.

Les cavaliers fournissent les cas d'ostéome de la cuisse ; aussi en Allemagne on donne à ces tumeurs le nom de *Reiterknochen : os des cavaliers*, ou de *Reitknochen : os d'équitation*, tandis que les ostéomes du deltoïde sont

(1) De l'ostéome des muscles de la cuisse chez les cavaliers, in *Rev. de chirurgie*, 1890, p. 731.

(2) Dépôts sanguins du pli du coude, in *Rev. de chirurgie*, 1881, p. 705.

(3) Aurégan, *Etude sur les hématomes musculaires*. Thèse de Bordeaux, 1891, n° 7.

(4) Deux cas d'ostéome musculaire ; opération, guérison, in *Arch. de méd. milit.*, 1892, t. Ier, p. 125.

(5) *Statistischer Sanitæts-Bericht über die Kœniglich Prussische Armee und das XIII* (Kœniglich Würtembergische) *Armeekorps* de 1873 à 1889 *passim*.

dénommés *Exercirknochen* : *os d'exercice*, et se voient chez le fantassin. Du reste, quel que soit son siège, l'ostéome résulte des désordres produits dans un muscle par des violences qui sont tantôt modérées mais répétées, tantôt, au contraire, uniques et intenses.

Un cavalier novice pour se maintenir en selle fait avec ses adducteurs cruraux *une série d'efforts* désordonnés, ou bien, brusquement déplacé par sa monture, il leur imprime *une contraction violente*. On a encore invoqué les irritations mécaniques répétées dont la cuisse est le siège à sa face interne du fait de son simple frottement contre la selle (Eitner) (1), à sa face externe par suite des chocs du fourreau du sabre (Ludwig) (2). Autrement un coup de pied de cheval (Meinhold) (3) suffit pour entraîner la même lésion.

Au niveau du deltoïde l'ostéome se rencontre chez les recrues comme conséquence du maniement du fusil ; la pression de l'arme portée sur l'épaule, les chocs qu'elle y produit durant l'exercice ou par suite du recul pendant le tir en sont la cause, et chose assez curieuse, cela seulement, semble-t-il, dans l'armée allemande. Pour l'ostéome du brachial antérieur enfin, de règle c'est une entorse ou une luxation du coude qui constitue l'accident initial.

A ces deux catégories de causes : traumatismes répétés et relativement faibles, violences uniques et intenses, correspondent au point de vue clinique deux modes de début de l'affection qui tantôt s'installe sournoisement, tantôt au contraire s'impose d'emblée à l'attention. Plus souvent peut-être qu'on ne serait porté à le croire, l'*évolution* de l'ostéome est absolument silencieuse, ainsi que j'ai pu le constater chez un garde de Paris, porteur d'un ostéome du moyen adducteur dont il ne soupçonnait même pas l'existence. Quoi qu'il en soit, Favier (4), à propos de la *symptomatologie de l'ostéome des adducteurs*, s'exprime ainsi : « Au début, la marche est peu gênée, l'équitation seule est pénible ; plus tard les douleurs paraissent à la suite d'une longue marche, augmentent de plus en plus, mais arrivent rarement à un degré extrême d'acuité. A mesure que le processus se développe dans la profondeur des tissus, les malades immobilisent les muscles intéressés, et comme il est difficile de ne pas contracter un des adducteurs pendant que l'on contracte les autres, ils en immobilisent toute la masse, et le côté malade devient de plus en plus inhabile à maintenir l'assiette réglementaire... Quand les malades viennent à la visite, la douleur a diminué depuis un temps plus ou moins long ; très souvent ce n'est plus qu'une simple gêne ; exceptionnellement la douleur a conservé l'intensité du début. Vient-elle à manquer les premiers jours, elle commence à se faire sentir au bout de quelques semaines ; après une longue séance d'équitation, le cavalier ressent une fatigue subite, des tiraillements, des crampes, des élancements, le tout siégeant dans les muscles où l'ostéome se formera par la suite. »

Dans d'autres cas, la violence initiale, brusque et unique, se traduit pour le cavalier par une douleur très vive, une sensation de déchirure interne l'obligeant à mettre pied à terre, à garder le repos ; ceci d'autant plus que parfois la région douloureuse se tuméfie immédiatement, puis bientôt se couvre d'une ecchymose. Tôt ou tard la douleur s'apaise pour revenir dès que le blessé remonte à cheval et prendre alors les caractères précédemment signalés.

Aux symptômes subjectifs accusés par le malade s'ajoutent après un certain temps les symptômes caractéristiques de la tumeur osseuse, que précèdent, comme il a été dit, dans certains cas les signes d'un hématome musculaire : tuméfaction du membre, empâtement, ecchymose... Très variable du reste se présente le laps de temps nécessaire au développement de l'ostéome, de quinze jours à quatre mois, dit Schmit, suivant qui, une fois formée, la tumeur reste stationnaire. Cette assertion ne serait pas toujours exacte, si l'on accepte les faits de diminution de volume, voire même de résorption, obtenue par le traitement.

Par la palpation, qui ne réveille de la douleur que si l'on comprime assez fortement la partie, on sent une masse de consistance dure, dont par l'implantation d'une aiguille (Josephson (1), Boppe) on peut vérifier la nature osseuse. Cette tumeur, tout à fait indépendante de l'os, est mobile avec le droit antérieur, qui la fixe en se contractant (Demmler) (2) ; autrement elle paraît implantée sur le pubis (Boppe) ou y adhère en effet (Labrevoit (3), Thiriar)(4). Se confondant avec les insertions des adducteurs, du droit interne, rubanée ou pyramidale, elle s'allonge en bas dans la direction des fibres musculaires, elle s'amincit si bien que son extrémité inférieure semble libre et un peu mobile dans la masse tendino-musculaire, où elle forme une véritable stalactite osseuse (Lalesque) (5). D'autres fois, c'est au fémur qu'adhère ou que paraît adhérer la tumeur (Tartière (6), Schmit) (7) qui s'enfonce comme un coin au milieu du groupe musculaire interne de la cuisse.

La surface de la tumeur, plane ou légèrement convexe, en général est assez lisse, ou parfois présente des prolongements en forme d'ergot qui dans certains cas se relient à la portion principale par une sorte de ligament (Boppe). Chez son malade, Labrevoit constata l'existence dans le premier adducteur de la cuissse droite de deux noyaux osseux. L'un formait à la partie supérieure du muscle un cordon un peu aplati dans le sens antéro-postérieur, large de plus de 2 centimètres et long de 7 à 8, mobile sur l'os coxal. Au-dessous de lui, à trois travers de doigt, le second noyau occupait la portion inférieure du muscle, s'élargissant et se perdant dans la direction du fémur. Fait à noter, ce malade présentait également un ostéome à la cuisse gauche.

Les dimensions des ostéomes à la cuisse sont très variables, leur longueur varierait de 3 à 9 centimètres (Boppe) ; Schmit en a observé dans le moyen adductemr qui mesuraient l'un 13 centimètres de longueur sur 6 de largeur, l'autre 19 centimètres de long sur 8,5 de large.

Chez les fantassins allemands, la pression du fusil porté sur l'épaule, les chocs qu'il y produit durant l'exercice ou par suite du recul pendant le tir provoquent chez certains sujets de la douleur, une ecchymose, une tuméfaction d'abord diffuse de la paroi antérieure de l'aisselle. Plus ou moins rapidement, au bout de dix jours, un, deux ou trois mois, dans les six premiers mois de service, on reconnaît l'existence d'un *ostéome deltoïdien*. La

(1) *Rapport sanitaire allemand*, 1888-1889, p. 128.
(2) *Ibid.*, 1884-1888, p. 164.
(3) *Ibid.*, 1884-1888, p. 164.
(4) De l'ostéome des muscles adducteurs chez les cavaliers (ostéome du cavalier), in *Arch. de méd. milit.*, 1888, t. Ier, p. 393.

(1) Ueber Osteome in den Adduktion-Muskeln von Cavalleristen (Reitknochen) in *Deuts. militærærztl. Zeitschrift*, 1874, 2.
(2) Un cas d'ostéome du droit antérieur de la cuisse. L'étiologie de ces tumeurs, in *Arch. de médec. milit.*, 1892, t. II, p. 119.
(3) Ostéomes volumineux développés dans les deux cuisses chez un jeune cavalier ; régression partielle d'une de ces tumeurs sous l'influence de la suppuration in *Arch. de médec. milit.*, 1892, t. II, p. 447.
(4) *Annales de la Société d'anatomie patholog. de Bruxelles*, n° 20, 1880, p. 131.
(5) Ostéome du droit interne chez un cavalier, in *Journ. de médec. de Bordeaux*, 6 janvier 1889, p. 232.
(6) Ostéome d'un muscle adducteur chez un cavalier, in *Arch. de médec. milit.*, 1891, t. I, p. 56.
(7) Un nouveau cas d'ostéome du moyen adducteur, in *Arch. de médec. milit.*, 1892, t. I, 1. 131.

tumeur osseuse siège au-dessous de l'apophyse coracoïde droite; elle s'étend, plus ou moins longue et large, en dehors de l'interstice deltoïdo-pectoral, presque jusqu'à l'insertion du deltoïde à l'humérus. Il peut exister deux tumeurs; ainsi, après trois mois de service, une recrue (1) présentait, dans la région indiquée, un ostéome irrégulièrement triangulaire mesurant 8 à 9 centimètres de long sur 2 à 2.5 de base, et un autre plus petit, gros comme un haricot. Allongée dans le sens des fibres du deltoïde, souvent plus large en son milieu qu'à ses extrémités, non adhérente à la peau ecchymotique ou saine à son niveau; sans rapport de continuité avec l'humérus, la tumeur est comprise dans l'épaisseur du muscle et par suite peu mobile. Sa surface est irrégulière; sa consistance, gommeuse au début (Dums) (2), devient plus tard osseuse.

Par ses dimensions l'ostéome du deltoïde peut entraver les mouvements de l'épaule. S'il ne dépasse pas en longueur 4 à 5 centimètres, le maniement du fusil est encore possible; mais s'il atteint 7 à 10 centimètres de long sur 3 à 4 de large, alors les mouvements du bras sont gênés. De plus, les chocs y réveillent de la douleur, et, dans le cas de Dums, l'ostéome deltoïdien était le point de départ d'une névralgie réflexe dans la zone du cubital et de mouvements convulsifs du membre, dès que le malade faisait l'exercice du fusil.

Au *coude*, chez son malade, Boppe constata à la suite d'une entorse une ecchymose et un gonflement considérable lequel, disparu au bout de dix jours, laisse percevoir une masse dure, du volume d'un petit œuf. Cette grosseur diminue légèrement en même temps que sa consistance augmente, et finalement on trouve au pli du coude, sur la partie antéro-interne du V bicipital, une tumeur dure, ovoïde, mesurant environ 4 centimètres de long sur 2,5 de large, recouverte par la partie inférieure du brachial antérieur avec lequel elle semble faire corps. Une aiguille enfoncée à ce niveau bute contre une masse osseuse. Les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras ne peuvent dépasser l'angle droit. Il n'existe pas de douleur, sauf quand on exagère la flexion ou que l'on comprime la tumeur.

Un malade de Ferron présentait un ostéome de forme pyramidale dont le sommet remontait à 4 centimètres au-dessus du pli du coude et dont la base paraissait implantée sur le cubitus. Fixe à sa base, elle était mobile à son sommet et se laissait déplacer dans les mouvements imprimés au brachial antérieur. Sur sa face antérieure on sentait une gouttière à crêtes vives où passaient les vaisseaux et le nerf médian.

Le *diagnostic* de l'ostéome musculaire en général est facile; il n'est pas besoin d'énumérer les caractères qui différencient les ostéomes des muscles de leurs enchondrômes, fibrômes ou syphilomes, tumeurs très rares et indépendantes de tout traumatisme. Comme Josephson et Boppe, en cas de doute on aura recours, pour assurer le diagnostic, à la ponction exploratrice pratiquée à l'aide d'une aiguille. A la cuisse, d'autre part, pour éviter pareille erreur, il suffit d'être prévenu que l'on a confondu la hernie avec l'ostéome des adducteurs. Au coude, l'arrachement de l'apophyse coronoïde s'accompagne d'abord de crépitation; mais après un certain temps, surtout quand l'ostéome est d'un petit volume, il n'y a que l'examen approfondi de la forme de la tumeur et son mode de développement qui peuvent éclairer le diagnostic (Boppe).

Reste encore à justifier le terme ostéome appliqué à ces tumeurs, ce que permet de faire l'*anatomie pathologique*. Malgaigne (1) rapporte que l'on trouva à l'autopsie d'un sujet, en l'absence de toute fracture antérieure du coude, une plaque osseuse de nouvelle formation recouvrant à la fois la partie supérieure de la trochlée, le condyle tout entier, et se prolongeant sur l'épicondyle, adhérente seulement aux os par du tissu fibreux.

Plus précis encore est le résultat de l'examen de l'ostéome du brachial antérieur enlevé par Boppe : « il est formé par des corpuscules osseux et par de nombreuses cellules à noyaux volumineux. »

Au niveau du deltoïde, la nature osseuse de la tumeur musculaire n'est pas révoquée en doute par les médecins militaires allemands; et Bischoff (2) au microscope a vérifié l'existence du tissu spongieux dans un ostéome enlevé. Du reste, Miescher (3) et Otto (4) avaient, dès 1836, démontré que les ostéomes du deltoïde étaient de véritables os.

De même, pour les ostéomes de la cuisse, Josephson rapporte une observation datant de 1855, où il est dit : « La plaque osseuse est formée d'une écorce compacte de tissu spongieux et d'un canal médullaire rempli de moelle. On voit en maints endroits de grands corpuscules osseux parfaitement et régulièrement développés, ailleurs très irréguliers et presque méconnaissables. Ces derniers ne se présentent pas sous forme de nids de canalicules très déliés; ils ont la structure que l'on trouve souvent dans les exostoses, structure qui se rapproche beaucoup du tissu osseux normal, mais en diffère un peu. Ainsi, il n'y a pas de véritables canaux de Havers; par contre, on trouve, à la section transversale, une structure lamelleuse, à lamelles osseuses irrégulières, et la section longitudinale démontre l'ossification des faisceaux tendineux secondaires. » L'ostéome enlevé par Thiriar renferme des ostéoblastes irrégulièrement disposés et des vaisseaux. Dans la tumeur opérée par Orlow, le microscope décèle du tissu osseux et du tissu cartilagineux. Les îlots osseux renferment des ostéoblastes; ils sont séparés les uns des autres par des espaces remplis de capillaires très dilatés. Certains îlots cartilagineux sont entièrement enveloppés de tissu fibreux; d'autres confinent à des portions ossifiées et ont manifestement participé à l'ossification de ces dernières. Le centre de l'ostéome est formé de tissu fibreux presque identique par places au tissu cartilagineux. On y trouve, en outre, des fibres musculaires grêles, pâles, granuleuses, à peine striées et dissociées par des cellules adipeuses. Boppe, de son côté, reconnaît tous les caractères d'un os spongieux à la tumeur de son opéré. Enfin voici, fait par le professeur Laveran, l'examen histologique d'un ostéome enlevé par Demmler du droit antérieur chez un Arabe : « Des fragments de la tumeur sont détachés à l'aide de la scie et traités par l'acide picrique. La tumeur présente sur la coupe l'aspect d'un tissu osseux très dense; il n'y a pas de substance médullaire centrale. Les fragments décalcifiés sont placés dans une solution de gomme, puis dans l'alcool; les coupes colorées par le picro-carmin et montées dans la glycérine présentent l'aspect suivant : *a*) sur beaucoup de points, on ne distingue que des tractus d'apparence fibreuse qui s'entre-croisent dans tous les sens. Au milieu des faisceaux fibreux se trouvent des cellules plasmatiques qui rappellent quelquefois l'aspect des ostéoblastes; çà et là des orifices qui paraissent correspondre à des vaisseaux sanguins; *b*) sur quelques points, la tumeur présente une structure osseuse beaucoup plus évidente; on distingue des orifices vasculaires

(1) *Rapport sanitaire allemand*, 1879-1881, p. 103.
(2) *Deuts. Militærærzt. Zeitschr.*, 1887, p. 321.

(1) *Traité des luxations*, p. 580.
(2) *Rapport sanitaire allemand*, 1882-1884, p. 127.
(3) *De inflammatione ossium*. Diss. inaug. Berol. 1836, p. 46.
(4) *De ossium genesi pathologica*. Diss. inaug. Berol., 1887, p. 17-28.

représentant les canalicules de Havers, et tout autour des cellules ramifiées, disposées plus ou moins régulièrement et répondant exactement à la description des ostéoblastes; la substance intermédiaire est amorphe avec des stries parallèles comme dans la substance dure des os. Les îlots de cette substance osseuse vraie sont comme noyés au milieu de la masse fibreuse. *Il s'agit en somme d'une tumeur osseuse, mais la structure de cet os de nouvelle formation est encore très imparfaite.* »

Virchow (1), qui a décrit les *ossa præpubica*, admet que ces ostéomes doivent, grâce à un mouvement d'ossification parti de la surface osseuse normale, se produire par l'ossification du tissu conjonctif des tendons voisins. D'après Orlow, la *pathogénie* de l'affection serait quelque peu différente; il s'agirait d'une ossification du tissu conjonctif musculaire, dont le point de départ se trouverait dans l'arrachement d'un lambeau de périoste doublé ou non d'un fragment osseux. Cette intervention du périoste est également admise par Demmler : « On sait que l'adhérence profonde du périoste est établie non seulement par les vaisseaux qui vont de l'os au périoste, mais encore par l'implantation directe des fibres de Sharpey, dont les prolongements viennent du système des lamelles intermédiaires. De là très probablement le pouvoir ostéogénique de cette couche profonde. Est-il possible d'admettre qu'au niveau des insertions musculaires, où les fibres connectives des tendons adhèrent entièrement au périoste, il puisse se produire par contiguïté un certain apport de substance osseuse; surtout si le traumatisme a entraîné une éraillure de quelques fibres périostiques, ce qui n'est pas inadmissible, étant donnée la connexion des fibres des tendons avec le périoste ? » Il est vrai que Demmler se sépare ensuite d'Orlow pour accepter la manière de voir de Charvot et de Seydeler. « Sous l'inflence d'un traumatisme non loin du tendon du droit antérieur, un hématome se produit. Au bout de quelque temps, la partie liquide du sang se résorbe, les caillots sanguins s'organisent, et dans cette trame fibreuse organisée, pourvue de vaisseaux sanguins, viennent immigrer des ostéoblastes par la voie dont nous avons supposé l'existence. Ces ostéoblastes constituent l'os dont l'examen dénote les différentes phases d'évolution. »

A l'appui de la transformation osseuse d'un hématome je connais une observation très probante, encore inédite, appartenant à un de mes collègues de l'armée, lequel opéra son malade assez à temps pour constater chez lui l'existence d'un kyste rempli de sérosité avec un caillot mou rouge foncé et renfermant dans sa paroi des noyaux de tissu osseux. Mais en est-il toujours ainsi? l'ostéome est-il fatalement précédé par un hématome?

D'après certaines observations, il me paraît que l'on peut voir parfois dans l'ostéome le résultat d'une myosite ossifiante; ceci en particulier dans les cas à marche silencieuse, comme chez ce garde de Paris qu'il m'a été donné d'observer. Je serais même porté à placer en regard de ces deux modes pathogénétiques (hémato-ostéome et myosite ossifiante) les deux modes étiologiques précédemment signalés avec leurs conséquences cliniques (traumatisme brusque suivi de rupture musculaire et d'hématome transformé plus tard en ostéome; et violences modérées et répétées entraînant une simple irritation musculaire et la myosite ossifiante). Ce serait toutefois aller trop loin que de chercher à faire rentrer tous les faits dans l'une ou l'autre de ces deux catégories. A la simple irritation mécanique prolongée d'un muscle peut, à un moment donné, s'ajouter un traumatisme suivi de rupture; la myosite se complique d'hématome. Autrement, des ruptures musculaires discrètes suivies d'hémorrhagies minimes ne peuvent-elles s'associer avec une modification irritative du muscle sous les influences décrites à propos de l'étiologie des ostéomes? Cet éclectisme paraît avoir séduit Gazin (1) qui écrit à propos de son malade : « Si la lésion musculaire vraisemblablement produite à la voltige ne saurait être considérée comme la cause première de cette production, survenue dans de trop courts délais, du moins on peut la considérer comme ayant activé le travail inflammatoire inter-fibrillaire qui se faisait lentement, et par là hâté la transformation osseuse. »

A propos du *traitement* des ostéomes, il y a lieu également de tenir compte de la double modalité admise dans la pathogénie de ces tumeurs.

Contre la myosite ossifiante les ressources de la thérapeutique sont bien maigres et l'on sera alors tenté, comme toujours en pareil cas, de recourir aux mercuriaux et aux iodures. En plus, la suppression de la cause (équitation, exercice) s'imposera; et, ultérieurement, l'ostéome une fois formé et devenu gênant, son extirpation se trouvera indiquée.

Quant à l'ostéome consécutif à l'hématome, il comporte tout d'abord, à titre préventif, le traitement de ce dernier. Jusqu'à preuve du contraire, il me paraît même plausible d'admettre que les tumeurs dites ostéomes, dont on a noté la résorption totale, étaient des hématomes; et, quand leur volume a simplement diminué sous l'influence du traitement, ce fait s'explique par la résorption de la partie non ossifiée de l'épanchement sanguin. Ces résultats, il est vrai, légitiment les applications de teinture d'iode, la compression, le massage, voire encore l'électropuncture préconisés par quelques chirurgiens. Mais à notre époque l'évacuation d'emblée du foyer sanguin n'est-elle pas justifiée? Ne vaut-il pas mieux, en cas de rupture musculaire avec épanchement sanguin, vider celui-ci plutôt que d'être exposé à avoir la main forcée par sa suppuration ou sa persistance sous forme de kyste sanguin, de tumeur osseuse gênant les fonctions du membre?

Si le précepte de l'intervention immédiate peut encore être discuté par certains, il n'en saurait être de même de l'utilité d'extirper l'ostéome une fois formé s'il apporte quelque trouble aux fonctions du membre. Il m'a été possible de relever neuf observations d'extirpation d'ostéome des muscles de la cuisse, six du deltoïde, une du brachial antérieur. Or, quand on songe à la simplicité de l'opération, on est surpris de n'en pas trouver plus d'exemples. Après incision de la peau et des couches sous-jacentes jusqu'à la surface de la tumeur, on disséquera cette dernière avec la rugine et le bistouri, de façon à la séparer des fibres musculaires et tendineuses au milieu desquelles elle se trouve. On réduira au minimum la perte de substance que son ablation détermine dans le muscle dont on évitera le plus possible la dilacération. Inutile d'ajouter que la réunion par première intention doit être obtenue dans la profondeur comme sur la peau.

Deux interventions malheureuses méritent tout d'abord d'être relevées pour être ramenées à leur juste valeur. Ce sont les deux cas les plus anciens. Josephson rapporte que chez le cavalier Rœser, on essaya vainement d'isoler le pectiné de son ostéome et que l'on dut enlever un morceau du muscle; malgré cela, la cicatrisation de la plaie se fit sans incident et le blessé fut réformé, bien qu'il se servît librement de son membre. Cette dernière assertion, qui contredit presque la réforme du soldat, paraît étrange lorsqu'on voit le chirurgien ajouter :

(1) *Pathologie des tumeurs*. Traduct. Arohnssohn, 1869, t. II, p. 68.

(1) Ostéome du moyen adducteur in *Arch. de méd. milit.*, 1892, t. II, p. 122.

« Plus tard, malheureusement, la rétraction cicatricielle compromit le résultat; la cicatrice, fragile, se déchirait fréquemment, R... fut obligé d'abandonner son métier de maréchal-ferrant; il ne pouvait ni monter à cheval, ni marcher longtemps; bref, la cicatrice le rendait non seulement impropre au service militaire, mais encore incapable de gagner sa vie. » A noter que l'opération était pratiquée en 1865; de même, c'est en 1879 que Schwieger enlève un os du deltoïde et obtient une cicatrice de quatorze centimètres gênant beaucoup les mouvements de l'épaule et déterminant une sensation de paralysie du membre avec douleurs spontanées.

Par contre, le 29 avril 1880, Thiriar enlève avec succès un ostéome du premier adducteur. L'ostéome mis à nu, on incise les fibres musculaires qui viennent s'y insérer. Sa base adhère intimement au pubis au moyen d'un tissu fibreux, ossifié et résistant au bistouri. On détruit ces adhérences à l'aide d'un fort davier qui, en luxant la tumeur, la renverse en avant. La section des attaches postérieures qui la retiennent encore permet l'enlèvement facile de la néo-production. La plaie ainsi produite est profonde, elle est le siège d'une hémorrhagie en nappe. Deux artérioles sont liées. De petites parcelles de la tumeur restées adhérentes aux muscles et à l'os iliaque sont enlevées soigneusement à l'aide du bistouri, de la gouge et du maillet. La plaie parfaitement lavée et nettoyée, on y place un drain phéniqué; les bords sont réunis par quatre points de suture simple; et on applique un pansement formé de charpie soutenu par un spica compressif. 6 mai, réunion parfaite; le malade se lève, la marche n'est plus douloureuse; le 9, la guérison est assurée. Trois ans plus tard, l'opéré continuait à exercer sa profession de scieur de long; il ne se plaignait pas de sa cicatrice.

Si l'on enlève la tumeur par dissection à la rugine ou au bistouri plutôt que par arrachement, si l'on supprime le lavage de la plaie opératoire et son drainage, si l'on place, suivant les cas, des sutures profondes et superficielles bien exactes, on trouve décrite dans l'observation précédente la technique à suivre pour l'ablation des ostéomes musculaires. De règle l'opération doit être suivie de succès. C'est ainsi que les derniers rapports sanitaires de l'armée allemande n'insistent plus sur cette pratique qui semble n'être plus discutée de l'autre côté du Rhin. Chez nous, enfin, les deux succès de Boppe en 1891, confirmatifs de celui obtenu en 1881 par Demmler, plaident en faveur de l'ablation des ostéomes des muscles.

H. Nimier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Leucocythémie suraiguë d'emblée. Retour des éléments sanguins et de la rate à l'état hématopoiétique embryonnaire. Sarcome suraigu ou cancer primitif du sang, par M. A. Michel Dansac, interne des hôpitaux.

(*Fin.*)

IV. — Lésions hématopoiétiques leucémiques.

B. — Le deuxième ordre de lésions est plus caractéristique encore, sinon plus intéressant. Nous étudierons les éléments anormaux, érythrocytes, globules rouges à noyau, puis rapidement les éléments hypertrophiés, cellules des corpuscules de Malpighi et de la pulpe.

Nous insisterons également sur le *siège de ces éléments* soit *dans le corpuscule*, soit *dans la pulpe*, soit enfin dans les vaisseaux.

Pour reconnaître les lésions, il faut absolument recourir à l'éclairage Abbe, muni du diaphragme iris, et examiner à des grossissements d'au moins 750 diamètres.

Les figures cynétiques doivent être étudiées à un grossissement de 1.100 à 1.400 diamètres (obj. à immersion, éclairage Abbe).

C'est surtout au niveau des points où l'hypertrophie est à son maximum que les résultats sont les plus nets.

Les coupes colorées à l'éosine-hématoxyline, au vert éosine ou au picro-carmin et vert de méthyle donnent toutes des résultats identiques.

Le vert de méthyle, soit avec l'éosine, soit surtout avec le picro-carmin, fournit des figures karyokinétiques d'une netteté remarquable.

Les corpuscules apparaissent constitués par des éléments volumineux de forme irrégulière, tantôt ovalaires, plus rarement sphériques. Ces éléments limitent les espaces étroits où circulent les éléments sanguins, formant pour ainsi dire des travées lobulaires spléniques, mais irrégulières, non disposées en forme de rayons; ces travées ici *convergent vers un point donné, le point efférent du corpuscule*, ici très élargi, constitué par la réunion des voies efférentes.

Ces cellules spléniques offrent, au premier abord, une certaine ressemblance grossière avec les cellules hépatiques.

Mais la chose n'est qu'apparente. En effet, les cellules sont plus irrégulières, plus aplaties. Elles ne sont pas limitées par un exoplasme vrai. Leur contour est vague, mal délimité.

Leur protoplasma n'est pas homogène, mais finement granuleux, sans pigmentation, coloré d'une façon uniforme par l'hémoglobine qui paraît d'autant plus abondante que la cellule est en voie de division et prolifération plus avancée.

Le noyau est volumineux, sphérique ou ovalaire, occupant l'une des extrémités ou l'un des pôles de la cellule, sans jamais atteindre les limites mêmes du corps cellulaire protoplasmique.

Ce noyau présente des traces de division indirecte, avec figures karyokinétiques variées, d'autant plus abondantes que les cellules sont plus rapprochées du centre du corpuscule ou du point efférent.

Le noyau en mitose est toujours limité par un double contour. Parfois une cellule contient deux noyaux distincts énormes.

En certains points, la cellule présente alors une masse remplie de petits éléments hémoglobinifères sphériques pourvus chacun d'un noyau, cellules rouges, érythrocytes ou globules à noyau.

Ces globules rouges à noyau se séparent de la cellule mère et remplissent les voies efférentes pour à leur sortie du corpuscule passer dans le torrent circulatoire.

Les grandes cellules spléniques proprement dites mériteraient donc le nom de cellules hémoglobinifères, ou cellules mères des érythrocytes.

Elles ne forment, au moins dans notre cas, que des érythrocytes, mais jamais de globules rouges parfaits ou adultes, dépourvus de noyau.

Formeraient-elles normalement des hématoblastes?

Le fait mériterait d'être étudié, mais dans aucun point, dans notre cas, nous n'avons pu voir de ces éléments, pas plus que la transformation ultérieure des cellules rouges filles ou érythrocytes en globules rouges adultes.

La théorie de M. Hayem, si vraie dans ses rapports avec la clinique, nous semble donc l'expression exacte de la vérité.

Toute cellule rouge reste *cellule rouge*, et en se multipliant plus tard donne des *érythrocytes*, sans jamais

prendre aucune part à la formation des globules adultes parfaits, dépourvus de noyau.

Les cellules rouges issues des cellules spléniques mères une fois dans le torrent circulatoire, y répètent à leur tour la formation karyokinétique et multiplication par division indirecte dans le sang.

On les retrouve sous tous leurs aspects et degrés de division dans les vaisseaux des autres organes. En se détruisant dans la circulation générale, elles mettent en liberté l'hémoglobine qui passe alors dans les vieux globules blancs, cellules de Sommer, granulations éosinophiles, bien différents des cellules rouges proprement dites (1).

Parmi ces érythrocytes on peut distinguer toutes les formes décrites par Hayem et plus récemment par Luzet : éléments sphériques à gros noyau uniforme remplissant la totalité de l'élément, élément fortement coloré par l'hémoglobine, avec un ou plusieurs noyaux dans son intérieur situés à l'un des pôles du globule embryonnaire, enfin, éléments plus volumineux à noyau karyokinétique varié pouvant donner naissance à des globules hyalins ou des globules hémoglobinifères nains toujours pourvus de noyau.

Toutes ces variétés ont été décrites par Luzet, et figurées sur les planches annexées à sa thèse inaugurale. Nous ne pouvons mieux faire que d'y renvoyer le lecteur qui y trouvera tous les détails que comporte la question.

Le *siège* des érythrocytes mérite une attention spéciale.

Ces éléments sont très abondants dans les corpuscules, surtout au niveau des voies efférentes.

Sortis des corpuscules, on les retrouve dans les lacunes de la pulpe, et sur certaines coupes on peut les voir se jeter directement, après un trajet plus ou moins long, dans les veines proprement dites.

Lorsqu'on les voit dans les espaces de la pulpe qui limitent deux corpuscules voisins, il sont presque toujours tangentiels à la limite de ces derniers, éloignés de leur circonférence, séparés d'eux par les systèmes canaliculaires qui l'entourent directement pour se jeter, en abordant leur périphérie, dans le corps même du corpuscule.

On peut donc dire que les globules rouges à noyaux, très abondants dans ces derniers, sont très rares dans la pulpe splénique lorsque cette dernière ne contient pas les veines corpusculaires efférentes, origine des veines spléniques.

Nous reviendrons sur ce point en résumant la topographie des lésions.

Les artérioles, contrairement aux autres organes, ne renferment que très peu d'érythrocytes, quelques globules blancs, mais d'une façon générale leur lumière n'est jamais obstruée par des éléments sanguins.

Les globules rouges adultes se trouvent surtout dans les artérioles ou les canaux de la pulpe directement appliqués sur le corpuscule que fournissent les capillaires afférents du corpuscule.

Ils sont très rares néanmoins, mais ils sont encore moins abondants dans les vaisseaux issus du corpuscule et dans les veines spléniques.

Les globules blancs ou leucocytes sont au contraire très rares dans les corpuscules de Malpighi, abondants dans les canaux de la pulpe.

Ils semblent naître des cellules allongées fusiformes qui tapissent les canaux ou cordons inter-vasculaires.

En suivant les voies efférentes sorties du corpuscule, on voit que les leucocytes sont de plus en plus abondants, et contribuent à obstruer la lumière des trous veinules.

Le fait s'explique aisément par la structure même des veines liénales caverneuses ou des cordons intervasculaires de Billroth. L'interprétation que nous donnons semble légitimée par la présence des leucocytes dans les gaines périvasculaires veineuses qui en sont bourrées et parfois ont un calibre égal à la veine.

En effet, les cellules de la paroi des canaux de la pulpe n'étant pas fusionnées, il en résulte que les leucocytes passent facilement dans les voies sanguines, encore lymphoïdes, n'ayant pas encore de paroi vasculaire propre, ne laissant aucune communication possible entre elles et la gaine périvasculaire.

En résumé, formation d'érythrocytes dans les corpuscules de Malpighi, formation de leucocytes dans les canaux de la pulpe intervasculaire ou périvasculaire, leucocytes rares dans le corpuscule ; *intégrité des éléments hypertrophiés sans réaction de dégénérescence ou inflammatoire*, tel est le résultat de l'examen histologique.

Un court aperçu topographique et quelques déductions physiologiques seront nécessaires ici.

Il résulte en effet, d'après tout ce que nous venons de décrire, que :

1° Les corpuscules de Malpighi sont ici le lieu de l'hématopoïèse, les cellules spléniques devenant cellules mères de cellules à noyau ou érythrocytes, capables elles ni eux de se multiplier dans le sang.

2° Le sang pénètre dans les corpuscules de Malpighi par leur périphérie, et en sort pour rejoindre, par un ou plusieurs canaux d'un point donné du corpuscule, les canaux de la pulpe, les voies efférentes du corpuscule parcourent la pulpe et couvrent les veines spléniques.

Ces voies corpusculaires efférentes constitueraient donc l'origine de ces derniers vaisseaux.

3° Les ramifications de l'artère splénique se terminent dans les réseaux de la pulpe, ou plutôt se résolvent en canaux lymphoïdes qui entourent les corpuscules et vont pénétrer. Le corpuscule est donc le réseau intermédiaire aux capillaires artériels et veineux.

4° Dans notre cas la substance totale de la rate est hypertrophiée, les éléments hématopoiétiques étant revenus à l'état nous ne dirons pas fœtal, mais *embryonnaire*.

5° Toutes ces lésions consistent uniquement dans ce seul retour fonctionnel des éléments à l'état embryonnaire sans s'accompagner de lésions inflammatoires, microbiennes, ou de dégénérescence. Ce sont essentiellement des lésions jeunes et récentes, en rapport exact avec la soudaineté et la rapidité des symptômes observés pendant l'évolution de la maladie.

6° Enfin la rate est ici le seul lieu de production des éléments anormaux caractéristiques de la leucémie, des globules nucléés ou érythrocytes. Ces derniers passent dans la circulation en se multipliant par voie indirecte, et peuvent se retrouver dans tous les organes, comme nous allons le voir.

Lymphadénie splénique pure, leucémie liénale en un mot, et suraiguë d'emblée.

(1) Les cellules de Sommer, les granulations éosinophiles sont trè, rares sur nos coupes.

Le globule à noyau, cellule rouge ou érythocyte, se distingue essentiellement du leucocyte par les caractères suivants :

Le noyau est toujours limité par un double contour; mis en relief par l'eau iodo-iodurée.

Les leucocytes ont un ou plusieurs noyaux mal délimités, sans réaction à l'eau iode-iodurée, moins bien coloré par le vert de méthyle. Leurs noyaux se présentent, après action de ce colorant, sous forme de masses verdâtres uniformes au milieu d'un protoplasma granuleux. Enfin, d'après Lawit et autres, les noyaux des leucocytes n'offrent pas de figures de mitose. La substance chromatique y existe à l'état de grains ou de fragments, mais sans l'ordination réticulaire qui est la préface des mitoses proprement dites.

Leur multiplication se fait toujours par division directe, la division indirecte étant l'apanage exclusif des érythrocytes.

Nous ferons remarquer que les auteurs en contradiction avec ce dernier point font provenir les cellules rouges de leucocytes, et dériver le globule adulte des cellules rouges. Nous ne pouvons admettre cette confusion et adoptons les idées de Lawit.

V. — ÉLÉMENTS DU SANG DANS LES ORGANES

Nous les examinerons successivement dans le foie, le cœur, le péricarde, le diaphragme et le rein.

Foie. — Comme nous l'avons déjà dit, les éléments propres du foie sont intacts. Cellules hépatiques, canaux biliaires, vaisseaux portes ou sus-hépatiques sont indemnes de toute lésion inflammatoire ou de toute dégénérescence.

Réplétion leucocytique et sanguine, de tous les vaisseaux extra et intralobulaires, accumulation des éléments sanguins soit au centre même du lobule sous forme d'une couronne périveineuse, soit à la périphérie où elles figurent en certains points la zone pathologique du tissu conjonctif de la cirrhose périlobulaire annulaire de Laënnec ; tel est l'aspect topographique.

En examinant les éléments anormaux à un fort grossissement, il semble que *l'accumulation* de ces érythrocytes *nés en dehors du foie*, soit plutôt la lésion principale, que la *prolifération ou la naissance de ces éléments au sein même de l'organe.*

Les grandes cellules rouges donnant lieu aux globules à noyaux décrites si nettement par Luzet dans le foie de *l'anémie infantile pseudo-leucémique* ou dans le *foie des fœtus de 4 mois 1/2 à 7 mois, n'existent pas.*

Les globules rouges nucléés continuent à se multiplier, mais ne *paraissent pas naître dans le foie lui-même.*

En un mot le foie ne paraît pas ici être redevenu un *organe hématopoiétique embryonnaire.*

Il présente des réplétions vasculaires comme tous les autres organes, pouvant s'accompagner de ruptures vasculaires avec formation d'infarctus leucémiques; ces derniers siègent surtout dans les espaces portes et à la périphérie des lobules.

Il est tout à fait exceptionnel de les rencontrer au niveau des veines sus-hépatiques interlobulaires ou intra lobulaires.

Ce point nous paraît être en rapport avec l'absence de lésions hématopoiétique embryonnaires dans le foie.

Les globules rouges adultes y sont assez abondants et se distinguent nettement des érythrocytes et des leucocytes. Nous n'avons pas trouvé d'hématoblastes.

Néanmoins ils sont en minorité, les globules nucléés étant beaucoup plus abondants.

Ces derniers éléments offrent, presque tous, des figures karyokinétiques très nettes, et sont dans leur plus grand nombre fortement chargés d'hémoglobine.

Les leucocytes éosinophiles sont peu nombreux; et comme les autres formes de leucocytes quelle que soit leur variété histologique, *ils ne présentent jamais de figures karyokinétiques*, caractère essentiellement différentiel d'avec les érythrocytes.

Les éléments sanguins se retrouvent dans le péricarde et le diaphragme surtout au niveau des insertions diaphragmatiques. Ils sont presque toujours renfermés dans les vaisseaux dilatés, rompus parfois, ne présentant aucune lésion d'endo ou de péri-artérite.

Les hémorrhagies en foyers sont constituées par de nombreux leucocytes au milieu desquels se voient des globules rouges à noyau, mais ces derniers sont déjà plus rares que dans le foie, et semblent être en proportion égale avec les globules rouges adultes.

Néanmoins nous n'avons pas trouvé d'hématoblastes pas plus que de cellules vasoformatrices avec globules rouges adultes normaux.

Cœur. — Sans revenir sur les détails déjà donnés dans notre travail du 20 octobre, nous dirons que les embolies leucocytiques et sanguines, les déplétions des vaisseaux artériels, veineux et capillaires, sont constituées surtout, non par des leucocytes, mais principalement par *des érythrocytes mêlés à un grand nombre de ces derniers* et de globules rouges adultes très abondants.

Hémorrhagie et réplétion vasculaire par les éléments sanguins forment la lésion caractéristique et unique de l'organe.

De tous les organes examinés, le cœur est celui qui contient la plus *faible proportion d'érythrocytes.*

Ceux-ci ainsi que les leucocytes se trouvent surtout au niveau les vaisseaux sous-péricardiques, dans les espaces interfasciculaires des muscles intacts dans leur structure.

Les leucocytes y sont très abondants surtout dans les gaines lymphatiques péri-vasculaires. Il n'y a pas d'érythrocytes dans ces dernières.

Rein. — Ectasie vasculaire, embolies lymphatiques, infarctus leucocythémiques, telles sont les lésions que nous avons décrites.

Les infarctus leucocythémiques existent surtout dans la zone sécrétante ou au niveau des voûtes artérielles, des pyramides de Malpighi.

Les parties périphériques sous-corticales présentent au contraire très rarement cet ordre de lésions.

Dans les infarctus, on trouve, à côté des leucocytes qui sont en majorité, des cellules rouges nombreuses qui continuent à proliférer et se multiplier.

Pour voir ces éléments, il est absolument nécessaire de fixer la coupe par les liquides A ou D d'Hayem avant de les colorer, soit par le vert de méthyle, soit par l'éosine-hématoxyline.

Sans cette précaution indispensable, les cellules rouges peuvent être confondues avec les leucocytes, le noyau volumineux des formes jeunes coloré au violet prédominant sur le protoplasma faiblement pourvu d'hémoglobine.

Après la rate et le foie, le rein est l'organe le plus riche en érythrocytes; les globules à noyau sont très abondants et, dans les hémorrhagies glomérulaires limitées par la capsule de Bowmann intacte, ils prédominent sur les globules adultes.

Les embolies lymphatiques sur les coupes colorées après fixation des éléments offrent la même composition, c'est-à-dire leucocytes, et *cellules rouges en voie de division indirecte.*

On y retrouve tous les degrés de cellules rouges, mais presque toutes sont pourvues d'hémoglobine à des degrés divers; les cellules rouges à protoplasma hyalin et incolore sont tout à fait exceptionnelles.

Dans les vaisseaux sous-capsulaires, les globules rouges nucléés et adultes prédominent sur les leucocytes.

Le contraire existe au *niveau de la voûte* et des zones excrétantes, tubes droits.

La proportion inégale de leucocytes et cellules rouges peut se suivre par degrés dans les pyramides de Ferran à mesure qu'on examine la coupe du centre à la périphérie.

Telles sont les lésions du sang que nous nous proposions d'examiner dans le présent travail.

Cette étude jusqu'à un certain point peut réparer, nous osons l'espérer, la lacune qu'on pouvait nous reprocher dans notre précédente étude clinique et anatomique.

Les lésions soit des organes hématopoiétiques, soit des éléments sanguins sont nettement leucocythémiques.

Donc, lymphadénie splénique, présence d'érythrocytes avec aglobulie et leucocytose dûment constatées ici, forment bien la triade caractéristique que nous donnions plus haut comme nécessaire à tout diagnostic clinique ou anatomique de leucocythémie.

CONCLUSIONS

En dehors des conclusions énoncées dans notre précédent travail, l'exposé des faits que nous venons de don-

ner, permet, nous le croyons, d'établir les propositions suivantes :

Les phénomènes morbides observés sont dus uniquement *au retour fonctionnel* embryonnaire des organes hématopoïétiques avec formation de cellules rouges nucléées.

Ces éléments paraissent jouer ici le rôle d'agent infectieux, auto-infection pouvant expliquer la fièvre, même en l'absence de microbes ou d'éléments parasitaires (1).

La multiplication *surabondante et suractive* expliquerait ainsi l'*allure suraiguë primitive d'emblée* que nous *distinguons essentiellement* des accidents foudroyants terminaux d'une leucocythémie progressive, que ces derniers soient dus à ces mêmes érythrocytes, ou aux lésions de dégénérescence causées par la leucocythémie elle-même (2).

La cellule rouge reste cellule rouge, et n'est pas un élément précurseur du globule adulte. Elle ne prend aucune part à sa formation, tout globule naissant d'un hématoblaste.

L'apparition pendant la vie des cellules rouges coïncide avec l'*aglobulie*, la diminution ou l'absence de la fonction hématoblastique d'Hayem, qui ne saurait plus être mise en doute aujourd'hui.

La leucocythémie se distingue de *l'anémie pernicieuse progressive* par la *prolifération des globules blancs, la leucocytose* en un mot, qui *fait défaut dans l'anémie pernicieuse, caractérisée par l'aleucocytose, l'aglobulie, la formation tardive* d'érythrocytes, *sans lymphadénie pourtant.*

La pseudo-leucémie est caractérisée par l'apparition d'érythrocytes avec aglobulie, faible leucocytose sans lymphadénie. Que ces deux derniers symptômes apparaissent, la leucémie est constituée.

Si la leucocythémie, comme dans notre cas, est caractérisée surtout par les érythrocytes, éléments embryonnaires, ne semble-t-il pas légitime de la considérer comme un cancer du sang, comme un *sarcome du sang*?

Déjà M. Bard s'est engagé dans cette voie, mais nous ne saurions avec lui séparer la *leucocythémie sarcome du sang* de la diathèse lymphogène de M. Jaccoud.

La synthèse, faite par M. Jaccoud, du *sarcome* et de la *leucocythémie* de l'infection sarcomateuse, avec l'anémie leucémique, nous semble profondément exacte et doit être considérée comme le *premier pas* dans la voie *où nous nous engageons.*

Sans rien préjuger ici de la nature intime de l'affection que nous décrivons, nous tenons à faire quelques réflexions à ce sujet.

Sous le nom de sarcome on comprend tout un groupe de tumeurs conjonctives mais embryonnaires.

Anatomiquement ce caractère conjonctif et embryonnaire de la tumeur est typique, et en fait faire le diagnostic histologique.

La propagation du sarcome est *vasculaire*, non lymphatique comme dans l'épithélioma.

Cliniquement le sarcome, comme la leucocythémie, se traduit par une marche chronique lente, aiguë ou suraiguë.

La fièvre sarcomateuse a été observée et décrite par M. Jaccoud lui-même. Dans les tumeurs sarcomateuses chirurgicales, la température locale est toujours plus élevée que dans les parties saines (1).

Les sarcomes suraigus ou les tumeurs sarcomateuses suraiguës ont été observés par Billroth, Quénu, Schwartz et Périer et bien d'autres cliniciens.

Enfin dans le sarcome le sang présente non seulement des lésions leucocythémiques : lymphadénie avec augmentation du nombre des globules blancs, mais encore des érythrocytes.

Si la tumeur conjonctive embryonnaire se manifeste par de tels symptômes, n'est-on pas frappé du rapprochement qui s'impose, selon nous, entre les deux affections ?

Le sang, tissu conjonctif modifié, ainsi que nous le montre son développement embryonnaire fœtal et adulte, échapperait-il à un processus pathologique quelconque susceptible d'atteindre les tissus d'origine conjonctifs ?

Et si la tumeur embryonnaire atteint la chair coulante et offre une malignité et une extension rapide au sein même du tissu où elle s'est développée, qu'y a-t-il d'anormal à voir évoluer un sarcome sanguin pur en quelques jours, une semaine au plus (2) ?

La leucocythémie suraiguë d'emblée existe donc comme les sarcomes aigus.

La prolifération active et la multiplication excessive des érythrocytes suffisent à expliquer les accidents, fièvre, intoxication, anémie, mort en quelques jours.

L'absence de réaction des autres tissus de l'économie, d'inflammation, ou de dégénérescence, soit de la rate soit des autres organes en présence des érythrocytes, prouve sa réalité anatomique, comme la marche suraiguë des accidents, la soudaineté de leur apparition en pleine santé, l'évolution fatale, caractérisent son tableau clinique.

Bibliographie : Jaccoud, Clinique 86. — Hayem, Sang. — Gilbert, *Traité de médecine*, t. II. — Eichhorst, *Pathologie*, t. IV. — Bard, *Manuel d'anatomie pathologique* et *Lyon médical*, 1888. — Luzet, Thèse inaugurale. *Pseudo-leucémie infantile*, 1891 et *Manuel de médecine*, t. II. — Quénu, *Traité de chirurgie*, T. I. — Billroth, *Pathologie chirurgicale générale*. — Verneuil, *Revue de chirurgie*, 1878. — Farcot, Thèse agrégation, 1886. — Malassez, *Archives de physiologie*, 1882. — Loewit, *Sitz. Wiener Akad.*, LXXXVIII, 1883 et *Centralb. für allgemeine Path.*, n° 9-10, p. 281. — Bizzozero et Salvioli, *Arch. p. l. sc. med.* IV, n° 2, 1880. — Neumann, *Virchow's Arch.* c. XIX, 1890.

(1) La fièvre sarcomateuse a été fréquemment observée et décrite. Dans le diagnostic chirurgical d'une tumeur, l'élévation de température locale trahissant les échanges vitaux pathologiques, est souvent un précieux élément.

(2) L'apparition abondante des érythrocytes dans les leucocythémies à marche lente, implique un pronostic fatal. Elle indique la cachexie, et souvent s'accompagne de ces élévations de température considérables même sans infection secondaire.

D'autre part, l'infection peut évoluer lentement sans autre signe que l'anémie. Le dénouement peut être brusque ou suraigu par hémorrhagie cérébrale, hémorrhagies multiples, ou une infection secondaire peut emporter en quelques jours le malade.

Ce *drame terminal suraigu* ou aigu, d'une leucocythémie méconnue ou ignorée, peut dominer la scène morbide (cas de Guttmann, par exemple). Ces accidents suraigus, mais toujours secondaires, évoluent sur un *terrain leucocythémique* préparé depuis longtemps; d'autant plus promptement et plus rapidement, que l'hyponutrition, la destruction et la dégénérescence des tissus, ont diminué la résistance de l'organisme.

(1) Verneuil, *Arch. phys.*, 1878.

(2) Le retour à l'état embryonnaire porte exclusivement sur les éléments hématopoïétiques de la rate et les cellules rouges qu'elles ont formées. C'est ce qui distingue le *sarcome du sang* du *sarcome de la rate*, où les lésions portent sur la trame conjonctive et vasculaire, normaux au contraire dans notre cas. Cette lésion de la rate que nous venons d'étudier, ne présentait d'ailleurs aucun des caractères histologiques du sarcome. On ne saurait donc conclure ici qu'il s'agissait d'un sarcome de la rate, les lésions embryonnaires se trouvant dans le sang et les cellules hématopoïétiques.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur la distinction de l'amnésie verbale et de l'aphasie sensorielle. Accès d'amnésie verbale chez une hystérique, par A. Goix (*Journal des sciences médicales de Lille*, 24 février 1893, n° 8, p. 169). — Une jeune fille de 24 ans, présente, par accès, le trouble suivant : elle lit un texte imprimé ou écrit correctement à haute voix, sans comprendre ce qui est écrit. Toutefois elle n'a ni aphasie mo-

trice ni agraphie ni surdité verbale. Elle écrit volontairement, sous dictée, en copiant, mais ne comprend pas les mots qu'elle vient d'écrire. Ces accès surviennent le matin, disparaissent vers le soir, s'accompagnent de rougeur de la face et de cyanose des mains. Il n'existe pas d'hémianopsie, mais un rétrécissement concentrique du champ visuel. L'auteur part de ce cas pour supposer qu'il peut y avoir deux formes de cécité verbale : dans l'une il y aurait perte du souvenir de la forme, dans l'autre perte du souvenir de la signification des mots écrits. Il rapproche de son observation des cas d'aphasie de conductibilité par rupture de communication entre certains centres du langage et les centres psychiques d'interprétation. Il propose enfin dans ses conclusions de distinguer : *l'amnésie verbale visuelle* — impossibilité de comprendre la signification des mots écrits avec conservation de la lecture, — de la *cécité verbale* où l'acte de comprendre est intense en même temps que la lecture.

Parallèlement on distinguerait l'*amnésie verbale auditive* — impossibilité de comprendre les mots parlés avec conservation du pouvoir d'entendre et de répéter les mots correctement — de la *surdité verbale* où la répétition des paroles entendues est aussi impossible que leur compréhension.

Nous ne concevons pas, dans le cas rapporté, comment il se fait que la malade (qui n'avait pas de surdité verbale) ne comprenait pas sa propre lecture *à haute voix*?

Epilepsie et manie de la marche chez un noir, par Rançon (*Archives de médecine navale*, 1893, t. 59, p. 81). — Après diverses considérations sur l'existence de l'épilepsie, qui serait assez fréquente chez les noirs du Soudan, l'auteur relate l'observation d'un nègre de vingt-cinq ans dont l'épilepsie est doublée d'une manie de la marche (automatisme comitial ambulatoire) très prononcée. Le sujet a de 4 à 5 accès épileptiques par jour : à la suite de ceux-ci, il lui est arrivé parfois de quitter le village pendant un à deux jours, et en y revenant de ne se souvenir aucunement des détails de son voyage. Il marche droit devant lui, croit lorsqu'il reprend connaissance revenir de sa case, ou avoir dormi, ne se rappelle plus où il est allé ni ce qu'il a vu.

MÉDECINE

Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge ; polyadénite généralisée primitive, par Lesage et Pascal (*Archives générales de médecine*, mars 1893, p. 270). — Il existe chez l'enfant du premier âge, contrairement à l'opinion de Parrot d'après laquelle toute adénopathie relevait d'une lésion tuberculeuse des viscères correspondants, une forme de tuberculose caractérisée par une cachexie progressive, l'intégrité des viscères observée cliniquement et constatée anatomiquement, l'absence de troubles digestifs, la présence d'une polyadénopathie plus ou moins généralisée aux aines, aux aisselles et au cou. Ces ganglions renferment des bacilles de Koch. Cette variété de tuberculose aboutit à la mort par aggravation de l'état cachectique ou par production d'accidents méningés de nature tuberculeuse.

Diabète pancréatique (Case of pancreatic diabetes ending in coma), par M. Rowland (*British med. Journ.*, 7 janvier 1893, p. 13). — Diabétique de 57 ans, dont la maladie offrait ceci de particulier de s'améliorer très rapidement sous l'influence du régime. Dès que celui-ci était abandonné, le sucre réapparaissait dans les urines. A son admission à l'hôpital elle était très amaigrie, l'urine renfermait 67 grammes de sucre par litre et des traces d'albumine. Au bout de cinq semaines, elle tomba dans le coma avec orthopnée, odeur d'acétone de l'haleine. Mort au bout de 48 heures. Autopsie : Pancréas atrophié, dur, adhérent sur tout son pourtour, renfermant des nodules caséeux et calcaires. Congestion du foie et des reins ; dégénérations cellulaires dans le foie.

Leucémie (Splenic myelogenous Leukæmia), par Thayer (*Johns Hopkins Hosp. Bulletin*, n° 27, décembre 1892, p. 142). — Homme de 48 ans, atteint de la malaria il y a trois ans, sans récidive. Influenza il y a quinze mois, mauvaise santé depuis. Il se plaint de vagues symptômes de dyspepsie, de faiblesse et d'oppression au moindre effort. L'abdomen est un peu proéminent : la rate très hypertrophiée s'étend au niveau de l'ombilic à 7 centim. de la ligne médiane. Numération des globules du sang : 2.916.000 gr. — 360.000 globules. Taux de l'hémoglobine : 47 0/0. A l'examen microscopique, on constate les éléments caractéristiques de la leucémie splénique myélogène. Traitement : liqueur de Fowler. Légère amélioration. Les caractères microscopiques du sang dans ce cas étaient les suivants : 1° augmentation considérable des éléments non colorés ; 2° petit nombre des éléments mononucléaires (lymphocytes) ; 3° grand nombre de cellules éosinophiles ; 4° nombre considérable de globules rouges à noyau ; 5° grandes variations de dimensions dans les différentes cellules polynucléées et dans les leucocytes éosinophiles.

Dermatite vésiculeuse par névrite consécutive à une brûlure (Case of dermatitis vesiculosa neurotraumatica of forearm), par L. Duhring (*International medical Magazine*, 1892, n° 3). — Femme de 29 ans, hystérique, s'étant fait dix-huit mois auparavant une brûlure à la partie antérieure de l'avant-bras avec un fer à repasser ; la brûlure ne détermina d'abord qu'une phlyctène, puis au bout de quelques jours une plaque de gangrène limitée qui mit six semaines à se réparer ; avant la guérison de la plaque de gangrène, développement de vésicules à la face postérieure de l'avant-bras, les vésicules se reproduisirent, laissant après elles des croûtes ; à plusieurs reprises, le membre tout entier se tuméfia et devint douloureux. Dix-huit mois après la brûlure, la moitié inférieure de l'avant-bras était occupée, surtout en arrière, par une tache cicatricielle, irrégulière, de la largeur de la main, enflammée chroniquement, plus ou moins couverte de croûtes, avec des vésicules et des bulles d'aspect herpétique, et des cicatrices assez éloignées de la partie enflammée. Duhring attribue ces lésions à une névrite déterminée par la brûlure et les rapproche de celles décrites par Kaposi sous le nom de zoster gangréneux hystérique.

CHIRURGIE

Lymphangectasie (Case of diffuse, radicular lymphangiectasis and lymphoma after a lymphatic abcess, the sequel of variola), par Hulke (*Lancet*, 11 février 1893, p. 298). — Une jeune fille de 18 ans, ayant eu la variole, entre à l'hôpital le 24 novembre 1892 pour une tumeur douloureuse de la cuisse ; la cuisse droite, particulièrement dans sa partie supérieure, était très augmentée de volume. La peau présentait en certains points de petites éminences, les unes sessiles, les autres nodulaires, semi-translucides et donnant par la ponction une goutte d'un liquide incolore ; il y avait d'autres petits corpuscules, flétris et ridés, portant une cicatrice à leur extrémité ; ces derniers représentaient évidemment une phase ultime des premiers. Les ganglions dans les deux aines, surtout du côté droit, étaient un peu volumineux. Dans la région des adducteurs de la cuisse on voyait une cicatrice que la malade dit avoir été produite par un abcès. Cette malade avait eu la variole à l'âge de 9 ans ; dans sa convalescence elle eut un volumineux abcès de la partie supérieure de la cuisse droite ; cet abcès se vida, puis se ferma assez rapidement. C'est peu après que sa cuisse commença à augmenter de volume. C'est depuis deux ans seulement que la cuisse présente de petits corpuscules qui crèvent en laissant échapper du liquide.

Hernie étranglée (Kelotomy for strangulated hernia), par Manley (*Medical Record*, 4 février 1893, p. 141). — J. A. R., 26 ans, fut pris, le 6 octobre 1892, d'une hernie inguinale gauche étranglée ; on l'opéra. Mais après l'opération, dès que le malade se réveilla, les douleurs reparurent avec plus de violence. L'auteur appelé auprès du malade jugea la situation désespérée : il n'y avait pas eu de selle depuis huit jours, le ventre était ballonné ; l'haleine avait une odeur de matières fécales. La plaie s'étant réunie par première intention et le médecin qui avait opéré affirmant l'absence d'une gangrène de l'intestin, on devait écarter l'hypothèse d'une infection. L'auteur remarqua alors une plénitude particulière de la région inguinale et il se décida à opérer à nouveau n'employant comme analgésique que la cocaïne ; en engageant son doigt dans le canal inguinal, il tomba sur une surface arrondie, qui n'était autre que le sac dont l'auteur put enfin atteindre le collet : il ouvrit le sac, supprima l'étranglement ; l'intestin paraissait sain, bien qu'étranglé depuis quatre jours. L'auteur fit alors une cure radicale. Le malade guérit parfaitement.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à la clinique (Sainte-Anne), par le Dr V. Magnan, 2e édition. — Paris. Bureaux du *Progrès médical* et L. Bataille, 1893.

Recherches sur les centres nerveux (alcoolisme, folies des héréditaires, paralysie générale, médecine légale), par le Dr V. Magnan, 2e série. — Paris. G. Masson, 1893.

Ces deux volumes publiés par un éminent aliéniste sont le fruit de longues et patientes recherches et nous montrent une fois de plus ce que pourrait réaliser l'enseignement libre, s'il était méthodiquement organisé et rattaché aux cours officiels de la faculté. Les leçons cliniques sur l'épilepsie ont déjà été publiées il y a dix années environ. Elles ont été analysées dans la *Gazette* (1883, p. 620), nous ne les mentionnons que pour constater qu'elles sont restées classiques. Il en est de même des leçons consacrées à la dipsomanie, au délire chronique, etc. M. Magnan a ajouté à cette deuxième édition deux leçons sur la manie simple et les manies symptomatiques ou états maniaques. Appuyées sur un grand nombre d'observations, expliquées par des tracés qui font mieux comprendre la marche des accès et leurs oscillations, ces deux leçons se terminent par quelques pages consacrées au traitement. M. Magnan y insiste sur la nécessité de supprimer la camisole de force et les autres moyens de contention ainsi que sur l'utilité des calmants et des hypnotiques.

Dans le livre qu'il intitule: *Recherches sur le système nerveux*, M. Magnan a tenu à démontrer que s'il se préoccupait surtout, dans son enseignement, de faire progresser les études de pathologie mentale, il s'intéressait au moins autant aux questions d'hygiène et de médecine légale. Les recherches sur l'alcool et l'absinthe faites en collaboration avec notre collègue Laborde ont eu pour but de démontrer les effets désastreux des boissons adultérées que l'on aromatise à l'aide de *bouquets* spéciaux. Ses mémoires sur le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie des maladies mentales et de la pathologie générale précisent et complètent ce qu'avaient démontré les recherches faites sur le rôle toxique des alcools d'industrie, en particulier de l'alcool amylique et de l'alcool butylique.

La deuxième partie de l'ouvrage comprend une étude sur les héréditaires dégénérés, une série de recherches sur la paralysie générale, enfin des considérations médico-légales sur la folie simulée et la folie méconnue.

Cette simple énumération d'une série de mémoires, dont quelques-uns sont déjà connus, et qui tous méritent l'attention des médecins, des psychologues et des magistrats, démontre tout l'intérêt que présente l'œuvre clinique, hygiénique et médico-légale de notre savant confrère.

L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Guide de l'étudiant a l'hopital, par A. Bergé. 1 vol. de l'Encyclopédie des aide-mémoire. Paris, G. Masson.

Ce petit manuel renferme toutes les connaissances pratiques indispensables à l'étudiant qui veut fréquenter un service de médecine. Il contient en effet « les règles principales et les procédés usuels d'examen clinique » ainsi que le manuel opératoire des autopsies.

Après quelques notions générales sur la manière d'examiner un malade, de l'interroger, de porter un diagnostic, l'auteur passe en revue la manière dont l'étudiant devra ausculter, percuter, palper le malade afin de se rendre compte de l'état des appareils digestif, respiratoire ou circulatoire; puis, après un chapitre sur l'exploration de l'appareil urinaire, il donne quelques notions rapides sur l'examen clinique des urines; il passe ensuite à l'examen de l'appareil génital chez la femme, au mode d'exploration dans les maladies nerveuses, à l'examen mental. Enfin, après quelques considérations sur la manière de procéder à l'examen des enfants et des vieillards, cet aide-mémoire se termine par un exposé du manuel opératoire des autopsies et des procédés à employer pour l'extraction et l'inspection des divers organes. En résumé, il contient en peu de pages résumées d'une manière nette, précise et suffisamment complète, les connaissances élémentaires nécessaires à l'étudiant qui fréquente l'hôpital.

P. L.

Thèses de Paris.

Maladies de l'aorte et du système artériel dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire, par Henri Kortz. Paris, G. Steinheil, éditeur.

« Il existe un rapport réel entre les affections de l'aorte, l'artério-sclérose et la tuberculose » (H. Huchard). La tuberculose accompagnant les anévrysmes de l'aorte ne dépend pas ordinairement de la compression des poumons et des bronches; elle peut dans certains cas être due à celle du pneumogastrique. Elle est le plus souvent favorisée par la compression de l'artère pulmonaire ou de ses bronches. Dans les aortites, et spécialement dans les aortites chroniques, la dilatation de la crosse de l'aorte peut agir à la manière d'un anévrysme, c'est-à-dire par compression. Lorsque la dilatation est absente, ou insuffisante pour déterminer cette compression, l'altération des tuniques de l'aorte, diminuant l'élasticité de celle-ci, entrave ou ralentit l'irrigation et la nutrition générale des organes, d'où hypertrophie. L'inflammation de l'aorte, par sa propagation au plexus aortique et aux pneumogastriques, peut, en produisant un état congestif du poumon, favoriser l'éclosion de la tuberculose. L'artério-sclérose agit d'une façon générale en produisant un rétrécissement des vaisseaux; de là une insuffisance de l'irrigation sanguine et une insuffisance nutritive de tout l'organisme en général et du poumon en particulier. L'artério-sténose, qui n'en diffère que parce qu'elle se trouve chez des sujets jeunes, et qu'elle est congénitale et héréditaire, agit dans le même sens. La phthisie des diabétiques et particulièrement des diabétiques maigres, peut être rattachée dans certains cas à celle de l'artério-sclérose. La tuberculose des artério-scléreux et des séniles prend souvent les caractères de la phthisie fibreuse chronique. Son évolution, sa marche, sa durée et son pronostic ont de grands points de ressemblance dans les deux cas. L'athérome et les lésions scléreuses de l'artère pulmonaire de l'artério-sclérose généralisée sont très rares et ne peuvent pas être invoqués le plus souvent comme facteur étiologique de la tuberculose.

VARIÉTÉS

Hôpital Laënnec. — M. Dreyfus-Brisac a commencé à l'hôpital Laënnec, le mardi 7 mars, ses conférences de Pathologie clinique et les continuera tous les mardis à 9 heures 1/2 du matin (Amphithéâtre des cours).

Hôtel-Dieu. — MM. les Drs Rochon-Duvigneaud et Terson recommenceront le vendredi 7 avril, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, un cours pratique d'ophthalmologie qui comprendra :

1° Ophthalmoscopie et réfraction (avec examen des malades).

2° Anatomie normale et pathologique de l'œil et de ses annexes (avec notions de bactériologie, démonstration de pièces histologiques et notions pratiques de technique.

3° Médecine opératoire (avec exercices de médecine opératoire).

Les cours continueront tous les jours à la même heure et auront une durée de six semaines. (S'inscrire d'avance à l'Hôtel-Dieu, tous les matins).

Légion d'honneur. — A été nommé chevalier M. le Dr Décès (de Reims).

Patente des médecins. — Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que la Commission des finances du Sénat vient de rejeter la proposition qui consistait à augmenter la patente des médecins. Les sénateurs comprendront que cet impôt est un impôt progressif et d'autre part qu'il frappe injustement les médecins ayant une famille nombreuse et obligés dès lors de payer un loyer très élevé.

Livres déposés au Bureau du Journal

Paris, Rueff et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

Manuel de médecine, publié sous la direction de MM. G.-M. Debove, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Ch. Achard, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le *Manuel de médecine* comprendra huit volumes.

En vente : *Maladies de l'appareil respiratoire. Maladies de l'appareil circulatoire et du sang.*

Prix de ces volumes, reliés en peau pleine souple, 10 francs chacun.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 24 mars 1893.

L'enseignement pratique de la chirurgie à Lisbonne.

Il est admis en France qu'au delà des Pyrénées les études de médecine et de chirurgie sont dans un état d'infériorité absolue par rapport aux nôtres.

On croit couramment que tout étudiant désireux d'apprendre son métier vient travailler à Paris, à Vienne ou à Londres, dans l'impuissance où il est de s'instruire dans les hôpitaux de son pays. Amené par les circonstances à passer quelques jours à Lisbonne, dans de fort bonnes conditions pour me renseigner, j'ai voulu me rendre compte si le Portugal était vraiment aussi retardataire qu'on le croit. Je n'avais pas le temps d'étudier le fonctionnement de la Faculté, aussi j'ai simplement prié mon aimable confrère M. le Dr Lencastre, avec qui j'avais été mis en relation, de vouloir bien me faire visiter l'hôpital le plus important de Lisbonne au point de vue de l'instruction chirurgicale.

L'hôpital de San-José, où j'ai été conduit, est un ancien collège de jésuites, confisqué au moment de l'expulsion des ordres religieux et transformé en hôpital. Comme tous les établissements de charité de Lisbonne, sauf un petit hôpital français, il est tenu par des surveillantes laïques; les communautés de femmes étant supprimées en Portugal comme celles des hommes.

C'est donc un vieux bâtiment, avec des salles énormes, très élevées de plafond, éclairées par des fenêtres de quatre mètres de hauteur ; un peu froides à ce qu'il m'a paru, mais très claires, très bien aérées et très proprement tenues. Il contient environ 1000 lits.

Au rez-de-chaussée, plusieurs pièces ont été isolées pour fournir un service de consultation externe très soigné, que bien des hôpitaux parisiens envieraient à San-José; c'est là que j'ai rencontré le très aimable professeur Feijão, qui s'est immédiatement mis à ma disposition pour visiter son service.

Désirant voir l'enseignement et la pratique d'un chirurgien vraiment portugais, je ne pouvais mieux choisir que celui de M. le Dr d'Oliveira Feijão, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Lisbonne, qui a fait toutes ses études ici sans aller se perfectionner dans une faculté étrangère. Parlant le français (comme presque tous les Portugais, du reste), mais avec une correction absolue, il n'est cependant jamais venu à Paris, et, pratiquement, n'a jamais pris de leçons que des maîtres de l'École de Lisbonne.

Comme professeur de clinique, M. Feijão a une grande salle d'hommes et une salle de femmes de mêmes dimensions; quarante lits de chirurgie environ dans chaque salle, car, par une disposition singulière, une rangée de lits appartient au professeur de clinique médicale. La salle est énorme, c'est vrai, ressemblant, pour les dimensions, à certaines salles de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et n'a que très peu de lits pour son cube d'air ; mais, malgré cela, le vice de cette réunion des malades chirurgicaux et médicaux dans le même local est évident.

Le professeur peut recevoir les malades qu'il veut, ayant même le droit de choisir, dans les services de ses collègues, les cas utiles à l'enseignement. Le malade reste dans les salles de la clinique le temps que le professeur juge nécessaire; si c'est une fracture, par exemple, aussitôt l'appareil mis, le malade est passé ailleurs; de cette manière, il n'y a jamais à la clinique que des malades intéressants.

Une trentaine d'élèves suivent la visite; l'appel est fait à l'arrivée du maître; à chaque nouveau malade entrant, un élève est appelé qui l'examine et formule son diagnostic et son traitement discutés séance tenante par le professeur; à moins que le cas ne soit difficile, car alors on donne à l'élève l'intervalle de deux visites pour bien étudier son patient. Quoi qu'il en soit, à partir du moment où il l'a examiné, ce malade appartient à l'élève, qui doit prendre son observation, et, chaque matin à la visite, indiquer les modifications de traitement qu'il croit utiles. L'entrain et le caractère bienveillant du professeur, unis à sa grande valeur scientifique, donnent beaucoup d'intérêt à ces discussions et les

élèves s'y montrent très assidus. Ils passent à la clinique leurs trois dernières années d'études ; pendant la dernière, la cinquième, ils remplissent le rôle d'internes.

Grâce à leur petit nombre, les élèves de l'Ecole de Lisbonne, qui sont cent ou cent cinquante, ont donc des facilités exceptionnelles pour s'instruire pratiquement ; au point de vue théorique, je n'ai jamais assisté aux cours, et il n'existe pas de littérature médicale portugaise ; on vit sur les auteurs français.

La matinée que j'ai passée à San-José, le Dr Feijão, qui a, paraît-il, de véritables succès en chirurgie abdominale, a simplement opéré une hernie étranglée dont il a terminé le débridement par une cure radicale. J'ai donc pu juger aussi de la technique opératoire qui m'a paru fort bien réglée. Les instruments, flambés avec grand soin, sont placés dans de l'eau bouillie, où un aide les prend et les passe à l'opérateur. Le malade est soigneusement rasé, savonné ; la région opératoire est entourée de compresses bouillies et recouverte d'une compresse au sublimé jusqu'au commencement de l'opération. Un aide spécial a la garde des tampons et des objets de pansement enfermés dans des boîtes qu'il ouvre au fur et à mesure des besoins. Le malade est endormi au chloroforme et fort bien surveillé ; il m'a même paru que l'aide qui endormait était une sorte de moniteur qui enseignait l'anesthésie à deux ou trois élèves groupés autour de la tête du malade. Le chirurgien fait l'antisepsie de ses mains avec grand soin et surveille le nettoyage de ses aides qui se lavent avec lui autour du même lavabo.

Quant à l'acte opératoire lui-même, rien à en dire, bien entendu ; le docteur Feijão est un opérateur méticuleux plutôt que rapide ; très sûr de lui, il parle en opérant ; ses élèves m'ont affirmé que ses résultats étaient des plus brillants.

Voilà donc un chirurgien qui, sans avoir jamais quitté Lisbonne, sans autres maîtres que des maîtres portugais, est arrivé, non seulement à atteindre une valeur pratique de premier ordre, mais encore à créer un enseignement qui donne une excellente moyenne d'instruction chez les élèves.

N'ayant que peu de temps à consacrer à ma visite, je n'ai pu, comme je l'aurais désiré, visiter d'autre service chirurgical à San José ; grâce à l'amabilité du Dr Bordalla Pinheiro, j'ai seulement fait une rapide excursion à l'hôpital Estephania, spécial pour les femmes et les enfants. L'hôpital est moderne, construit avec beaucoup d'intelligence pratique et même de luxe ; j'y ai vu de fort beaux résultats d'opérations abdominales, mais il n'existe pas encore là d'enseignement gynécologique pouvant se comparer à ce qu'on trouverait chez nous. La gynécologie n'est une spécialité en Portugal que depuis fort peu de temps.

Il est plus difficile de se rendre compte à la simple inspection d'un service de médecine que dans une salle de chirurgie du degré de perfectionnement des méthodes de traitement ; de plus, je n'ai fait que passer quelques instants auprès du professeur Souza-Martins, et tout ce que je puis dire à ce point de vue est que j'ai trouvé en lui un homme fort au courant de la science, aimant beaucoup la méthode hypodermique qui lui donne la sécurité que les médicaments prescrits sont absorbés, paraissant passionné pour la pathologie générale dont il développe et discute les théories dans un langage ardent et convaincu. C'est peut-être un théoricien plus qu'un clinicien, mais c'est certainement un homme des plus intelligents et très instruit.

Je n'ai pu de même avoir qu'un rapide aperçu de l'administration hospitalière ; cependant tout le monde à Lisbonne parle des hôpitaux et semble s'y intéresser ; le Roi et la Reine les visitent fréquemment, et je dois dire que les deux établissements que j'ai pu voir étaient d'une propreté scrupuleuse.

Comme on m'avait parlé d'un hôpital récemment construit à Caldas da Rainha, sur de nouveaux plans et de nouvelles théories de désinfection par M. Berquo, administrateur de l'hôpital Royal, je me suis procuré ce projet qui indique tout au moins un grand désir de ne pas rester en arrière dans la voie de la construction hospitalière.

Partant de ce principe que la meilleure méthode de désinfection consiste à porter les objets contaminés à une température élevée, M. Berquo a conçu le projet d'un hôpital formé de pavillons isolés construits en fer et briques, dont les murs et le toit, à parois doubles, agissent comme des cheminées, servant à la ventilation en temps ordinaire. Les planchers et autres objets combustibles sont mobiles ; quand on veut désinfecter les locaux, on enlève ces objets et on les désinfecte à part ; les lits en fer restent dans le bâtiment, on entasse du bois et de la paille en certains points du sous-sol, on y met le feu, et le tirage se faisant par les parois creuses, la fumée et les flammes développent une telle chaleur qu'on atteint 130 degrés au centre des salles.

Un pavillon a déjà été construit sur ce principe et désinfecté de cette manière ; l'expérience, tant au point de vue de la résistance des matériaux que la désinfection complète des objets contaminés, a, paraît-il, parfaitement réussi. D'ailleurs tous les détails semblent bien étudiés dans le travail de M. Berquo que j'ai sous les yeux.

Quel sera l'avenir pratique de cette méthode qui, d'après l'auteur, réunirait les avantages des hôpitaux permanents et des baraques, je ne puis le dire. Je ne sais même pas si l'idée première appartient à M. Berquo, mais on admettra bien, du moins, qu'un administrateur comme lui cherche le progrès, et que l'administration qui l'encourage agit avec intelligence.

J'ai été reçu en Portugal avec tant de sympathie par les membres du corps médical que j'ai eu l'honneur de rencontrer, que c'est un vrai plaisir pour moi de contribuer dans la mesure du possible à détruire une légende absolument injustifiée, en affirmant que, si au point de vue théorique il me paraît certain que l'Ecole de médecine de Lisbonne ne peut lutter avec des Facultés comme celles de Paris et de Lyon, il y existe cependant un enseignement pratique très bien entendu et donné par des hommes de haute valeur.

J. Récamier.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Pitié. — M. Paul Reclus.

Traitement du varicocèle.

Il n'est pas d'affection plus fréquente que les varices du cordon spermatique : Landouzy, le père, puis Carré ne prétendent-ils pas que, sur 100 hommes, 60 d'après l'un, 66 d'après l'autre, sont atteints de varicocèle? D'autre part, les interventions chirurgicales pour le guérir sont relativement rares : je suis un de ceux que les maladies des organes génitaux de l'homme intéressent particulièrement et je n'ai pratiqué encore que 29 opérations de ce genre. C'est dire que le varicocèle est d'ordinaire sans gravité, que souvent l'individu qui en est porteur en ignore même l'existence, et que pour agir il faut se trouver en présence de certaines indications, en vérité, presque exceptionnelles.

La première, la moins rare, est la gêne que la tumeur provoque : le scrotum devient pesant et les malades par un mouvement bientôt automatique, portent la main aux bourses pour relever le testicule; ils accusent un endolorissement de l'aine; l'incommodité devint une infirmité et, dans certaines formes extrêmes, « on voit, dit Landouzy, les individus haletants après la moindre course, les traits altérés, la figure baignée de sueur, inquiète et anxieuse. » La douleur peut s'irradier vers les lombes, le pénis et gagner la verge; l'érection et la miction l'exaspèrent comme aussi elles peuvent l'apaiser. La souffrance, d'ailleurs, n'est nullement en relation avec le développement des varices : les plus grosses sont souvent les mieux supportées, et nous avons vu un jeune homme de 19 ans dont la tumeur scrotale avait le volume de l'avant-bras ; or, dans des chasses à courre il avait pu rester quatorze heures consécutives à cheval. Ce sont souvent des varicocèles petits qui provoquent ces souffrances et ces anxiétés telles que, « après une course de 200 pas, un malade de Landouzy était comme le poisson sur le sable. »

Sous l'ancienne chirurgie, semée de complications et de dangers, on n'opérait guère que dans ces cas extrêmes; je n'aurais eu, si l'antisepsie n'était survenue, aucune intervention à mon actif, car je n'ai jamais observé ces formes graves et le tableau clinique tracé par Landouzy m'est inconnu. Mais depuis les pansements nouveaux, les indications se sont étendues et actuellement nous acceptons et nous proposons d'agir dans une foule de cas ; d'abord lorsque la tumeur s'accroît et menace, par son volume, de devenir indécente; ne cite-t-on pas partout l'histoire de ce jeune homme dont les douleurs étaient à peine marquées, mais le varicocèle « descendait jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, et notre individu, honteux de cette énorme saillie sous le pantalon, n'osait se présenter nulle part. » Nous intervenons encore pour ces varices plus gênantes que douloureuses, qui agacent surtout par leur poids et par leur frottement et dont la hantise constante, chez certains neurasthéniques, finit par provoquer des idées de suicide; cette forme n'est pas rare; il n'est pas rare non plus de voir l'hypochondrie provoquer, par imagination pure, une déchéance génésique qui épouvante le malade à la veille de quelque mariage. Nous avons noté cette frigidité, mais seulement chez quatre de nos opérés; c'est dire que la baisse de la virilité n'est pas constante et l'on sait que, au contraire, plusieurs individus atteints de varices du cordon recourent au coït pour apaiser les douleurs.

Nous intervenons enfin lorsque l'ectasie veineuse menace l'intégrité du testicule : la compression des filets nerveux, plutôt la névrite interstitielle consécutive à la dilatation des vasa-nervorum provoquent parfois des troubles trophiques et les observations d'atrophie de la glande ne sont pas rares : Celse en avait mentionné et, au siècle dernier, Callisen et Pott la connaissaient. Sur quinze cas, Landouzy a trouvé cinq fois le testicule diminué de volume; Hélot, Curling, Gosselin ont aussi vu cette atrophie; je l'ai pour ma part étudiée deux fois sur le cadavre et j'ai pu, grâce à l'obligeance de Mallassez, en décrire les lésions micrographiques. Barwell a donné une statistique importante et, sur 100 cas de varicocèle, il a vu la glande 1 fois réduite à l'état d'une petite masse flasque, 13 fois petite et très molle, 47 fois peu atrophiée, mais au-dessous de la moyenne comme volume et comme consistance; 7 fois seulement elle était saine. Nous ne croyons pas que cette déchéance organique soit la cause de la frigidité, et l'intégrité ordinaire de la glande droite nous fait repousser cette explication; nous pensons que l'atteinte portée parfois à la « capacité compressive » est d'ordre psychique, mais comme l'atrophie même d'une seule glande spermatique n'est pas négligeable, en ce cas, nous intervenons.

Cependant, avant d'avoir recours à une opération, on essaiera du suspensoir : nombre d'individus atteints de varicocèle s'en contentent et voient disparaître la gêne ou la douleur lorsque leur scrotum est bien soutenu par une poche exacte et souple. Elle empêche les bourses trop longues de flotter dans le pantalon, de s'excorier sur les vêtements, d'entretenir de l'intertrigo dans le pli génito-crural; elle diminue la hauteur de la colonne sanguine. Mais elle exige une grande propreté, des changements assez fréquents, car son tissu se relâche assez vite et se salit. Au suspensoir, on ajoutera quelques prescriptions : pas de marches forcées, de stations trop longues, de danses, d'équitation, de bains tièdes, d'excès vénériens ; on ordonnera les lotions froides ou très chaudes pour exciter la contraction du dartos; on préviendra toute stase sanguine dans la région, toute hypérémie hémorrhoïdaire; on maintiendra le rectum vide par des lavements ; un peu d'iodure de potassium et quelques grammes d'extrait fluide d'hamamilis de Virginie complètent la liste de ces petits moyens, au demeurant assez ennuyeux à suivre. Aussi, au lieu de s'y soumettre, beaucoup préfèrent, lorsque leur négligence ou leur oubli entraîne quelques souffrances, avoir recours à l'opération.

Il en est de plusieurs ordres : les unes s'attaquent aux veines variqueuses pour les oblitérer ou les réséquer, d'autres au scrotum pour le raccourcir, d'autres encore à la fois aux vaisseaux et à la peau des bourses. Les premières, les interventions qui s'adressent directement aux veines ectasiées, comptent une foule de procédés : nous laissons de côté tous ceux qui veulent éviter l'incision franche des téguments : nous n'avons plus la crainte des complications infectieuses des plaies et c'est de front qu'il faut aborder les varices. On incisera donc le scrotum dans sa région funiculaire et on arrivera sur les paquets variqueux ; on dénude alors le cordon ; on isole les plexus veineux d'avec le canal déférent, et, si possible, d'avec l'artère spermatique, puis à chaque extrémité de la plaie, les varices sont liées. Quelques chirurgiens se contentent de les oblitérer ainsi et ne les sectionnent pas : ils préviennent les hémorrhagies et les cordons veineux rétractés soutiennent encore le testicule. Le plus grand nombre excisent le tronçon intermédiaire, et cette extirpation est de rigueur, si les veines sont enchevêtrées en masses caverneuses ou altérées par des incrustations calcaires ou des phlébolithes.

Cette intervention passe pour la meilleure et la plus radicale. Tel n'est pas notre avis et nous la trouvons passible de bien des objections. Nous ne parlerons pas de la phlébite ou des hémorrhagies, accidents que, à cette heure, on sait éviter; mais de l'atrophie de la glande ou de sa stérilisation par la ligature de l'artère spermatique, ou par la section du canal déférent. L'artère spermatique est assez difficile à dégager des veines variqueuses : Nicaise y est parvenu, mais Richelot n'a pu la découvrir ni par le toucher ni par la vue, et d'autres échoueront où ce chirurgien habile a échoué. La clinique, il est vrai, démontre que bien des testicules n'ont pas perdu leur fonction, après la suppression de leur artère principale : Ferron, Carlier, ont fait la ligature simultanée des veines et des artères sans que la nutrition des glandes ait souffert; Annendale, Fischer, Richelot les ont excisées sans amener l'atrophie. Mais si la suppléance de la funiculaire et de la déférentielle peut suffire dans quelques cas, dans d'autres elle est précaire et il y a des faits incontestables d'eunuchisme : Millet cite deux observations de nécrose testiculaire après extirpation des paquets variqueux et de l'artère spermatique.

Je pourrai en citer un nouvel exemple : j'ai vu, il y a six ans, un jeune homme de 27 ans à qui un chirurgien avait pratiqué l'excision des veines pour un volumineux varicocèle : avait-il enlevé en même temps l'artère spermatique ? je l'ignore et je crois que lui-même ne put s'en rendre compte; faut-il aussi incriminer une suppuration assez étendue et une phlébite intercurrente ? Au bout de quelques jours le scrotum rougit et se gonfla et l'on vit le testicule gangrené s'éliminer par la plaie. La glande peut, dans d'autres cas, devenir stérile par section du canal déférent; d'ordinaire il est facile de reconnaître ce canal à sa dureté et à son volume au milieu des autres éléments du cordon, mais dans les ectasies anciennes, lorsque les veines sont dilatées, incrustées de sels calcaires et déformées par les phlébolithes, lorsque des inflammations chroniques ont solidarisé les divers organes et les divers tissus par la production d'une gangue fibreuse, l'analyse devient difficile et il n'y a rien d'étonnant que le canal soit coupé, méconnaissable qu'il est dans l'épaisseur de cette masse scléreuse.

Je fais un autre reproche à la ligature ou à l'excision des vaisseaux variqueux : l'opération est loin d'être aussi radicale qu'on le prétend; elle laisse un scrotum pendant et flasque et, comme elle ne diminue en rien la longueur du trajet que le sang veineux doit parcourir, la tendance à la stase persiste et les plexus, respectés par la ligature ou l'excision, se dilateront à leur tour. D'ailleurs ce qui gêne, ce ne sont pas seulement les masses variqueuses, mais aussi, mais surtout les bourses trop longues. Et la preuve c'est que, dans le varicocèle bien confirmé, l'état des veines ne doit guère varier quelle que soit la flaccidité du scrotum; or les temps froids, lorsque le dartos se rétracte, ou même le simple usage du suspensoir suffisent souvent pour faire disparaître les souffrances : on n'a cependant pas touché aux veines; les bourses simplement pendent moins. Je viens, d'ailleurs, d'observer un cas des plus instructifs à cet égard et qui prouve bien que l'excision des veines ne suffit pas.

Un jeune homme de 26 ans, maréchal-ferrant, entre à l'hôpital pour un varicocèle dont il souffre depuis longtemps; à l'occasion des moindres fatigues, d'une simple marche, il est pris de douleurs paroxystiques qui s'irradient du testicule vers les lombes; la glande, nous dit-il, enfle même, et la tuméfaction ne cède que par le repos prolongé. Or, il s'agit ici d'une véritable récidive : en mai 1892 il va consulter un de mes jeunes collègues des hôpitaux qui lui pratique, avec un soin et une habileté dont je me porte garant, l'excision d'un paquet variqueux, aussi volumineux que les deux pouces, d'après le dire du malade. Le succès opératoire fut parfait; il n'y a plus ni tumeur ni douleur et pendant trois mois la guérison semble obtenue, lorsque, en octobre, le maréchal-ferrant est repris des mêmes accidents et nous trouvons, au-dessus de la cicatrice linéaire laissée par la première intervention, un varicocèle aussi volumineux que celui que l'on avait extirpé. Nous réséquons le scrotum et nous en profitons pour ponctionner la vaginale distendue par une certaine quantité de liquide. L'opération n'a que cinq mois de date, mais aux dernières nouvelles, tout va pour le mieux et, cette fois, la guérison semble devoir être durable.

Aussi, depuis quelques années, avons-nous recours à la seule résection du scrotum qui guérit tous nos varicocèles sans menacer ni les artères spermatiques, ni le canal déférent. Cette méthode, qu'employait déjà Dionis, avait à peu près disparu lorsqu'elle fut de nouveau appliquée par Henri de New-York. Horteloup, avec quelques modifications, Edmond Wickham, Championnière, Segond et nous, nous en sommes les champions convaincus; elle est, pour nous, non seulement la méthode de choix, mais à peu près la méthode exclusive. En effet, je ne voudrais pas dire que l'excision et la ligature des vaisseaux ne sont jamais indiquées; peut-être faudrait-il les recommander dans certains varicocèles énormes, à veines épaisses, incrustées de sels calcaires, ou amincies et très distendues; — peut-être surtout les méthodes mixtes, par exemple celle de Guyon qui résèque à la fois les veines et le scrotum, ont-elles quelques applications. — Ce que j'affirme, c'est que, en sept ans, je n'y ai pas eu recours et, dans tous les cas où j'ai jugé l'intervention nécessaire, la résection scrotale a suffi. Voici comment nous la faisons :

A l'anesthésie cocaïnique répond le premier temps; elle est assez délicate à pratiquer. J'ai coutume de faire saisir, par un aide intelligent, les bourses étirées et tendues comme une crête; les deux parois scrotales sont ainsi étroitement appliquées l'une contre l'autre. J'insinue, d'abord dans l'épaisseur de l'une, l'aiguille de Pravaz qui chemine lentement et dépose la traînée analgésique d'une solution à 1 p. 100. Comme les bourses ainsi étirées mesurent d'avant en arrière de 10 à 15 centimètres, le contenu de trois à quatre seringues est nécessaire. On passe alors à l'autre paroi et on y fait, de la même manière, une injection traçante. La difficulté réside en ce fait que la peau est fort mobile et qu'il est nécessaire d'anesthésier les deux moitiés du scrotum juste à la même hauteur, car le bistouri, dans son mouvement de section, ne pourrait prendre une position oblique afin de couper une paroi plus haut et l'autre plus bas. En vérité, là est la seule difficulté de cette petite opération. Encore pourrait-on l'éviter en ayant recours à un clamp ou à une pince courbe qui fixerait les bourses. C'est immédiatement au-dessus de l'instrument que le tégument serait anesthésié.

Que la peau soit tirée par un aide, qu'elle soit maintenue par un clamp ou une pince, instrument qui refoule les testicules et les maintient accolés contre l'orifice interne du trajet inguinal, il faut réséquer une grande étendue de téguments. « L'excision de la peau des bourses, dit Wickham, ne commence à être efficace que lorsqu'elle dépasse la rétraction susceptible d'être obtenue par le suspensoir le mieux fait et le mieux appliqué. » Pour nous, nous gardons des téguments juste ce qu'il faut pour que les deux lèvres de la plaie scrotale puissent se réunir sur la ligne médiane et y être juxtaposées sans qu'une traction trop énergique s'exerce sur les fils. L'opéré, eu égard à ses testicules, ressemblera donc au chameau dont les glandes spermatiques, on le sait, sont directement plaquées, par la peau, tendue sur l'orifice ex-

terne du trajet inguinal. L'opération est, d'ailleurs, des plus simples; au-dessus du clamp ou des pinces, si on en a placé, au-dessus des testicules maintenus par la main gauche si on ne se sert pas d'instrument, on excise le pli cutané avec un bon bistouri.

On lâche, et les testicules, enveloppés de leur vaginale, s'échappent par la plaie béante et tombent sur des compresses aseptiques dont on a, au préalable, garni le champ opératoire. On cherche alors l'orifice des vaisseaux ouverts et cette hémostase doit être faite avec d'autant plus de soin que la cocaïne est vaso-constrictive, du moins au début de son action : des artérioles ou des veinules pourraient saigner abondamment sous la peau réunie et c'est un accident fréquent qu'il faut savoir éviter. Lorsqu'on a bien étreint et bien lié tous les vaisseaux qui donnent, on saisit les deux lèvres de la plaie, on les juxtapose difficilement, car les glandes ont la plus grande tendance à s'échapper pendant la suture, et l'on place les fils. Ils doivent être fort rapprochés; la peau doit être très tendue pour éviter un recroquevillement; elle s'enroulerait sur elle-même, ce qui empêcherait l'adhésion primitive. Puis on applique un pansement antiseptique peu irritant, car on sait l'extrême susceptibilité du tégument des bourses.

J'ai déjà pratiqué 29 fois cette opération et les résultats en ont été excellents. Comme incidents je signalerai, dans un cas, une hémorrhagie assez abondante pour nécessiter la destruction des sutures, la recherche de l'artère et sa ligature; de nouveaux fils furent replacés et la réunion primitive n'en a pas été troublée. Dans trois autres faits la guérison fut retardée par un volumineux hématome : l'hémostase n'avait pas été assez complète et du sang s'était amassé au-dessous des sutures, entre les glandes et la peau. Il fallut désunir les tissus déjà adhérents et exprimer par cette ouverture les caillots accumulés; la cicatrisation définitive réclama quinze jours au lieu de sept et ce fut là le seul inconvénient. Ceux de mes collègues qui ont recours, comme moi, à la résection du scrotum ont eu aussi quelques écoulements sanguins sans gravité : une seule fois et dans les mains du plus habile peut-être d'entre nous, l'hémorrhagie faillit être mortelle. Mais le patient était hémophile et l'opéré — et non l'opération ou l'opérateur — doit être incriminé en ce cas : une avulsion de dent, l'ouverture d'un abcès auraient eu les mêmes conséquences.

Dans trois de mes faits un eczéma assez long à guérir exulcéra les bourses, et la cicatrisation superficielle en fut un peu retardée; mais si j'avais substitué plus rigoureusement l'asepsie à l'antisepsie, j'aurais évité ce léger inconvénient. Deux fois, en incisant le scrotum j'ai ouvert, dans un cas une vaginale, dans l'autre les deux vaginales; quelques points de suture ont refermé la séreuse et ce léger incident ne s'est traduit par aucun trouble appréciable. Et c'est tout. Et la guérison opératoire a été obtenue, dans mes vingt-quatre autres observations, sans l'ombre d'un ennui; au septième jour les bourses étaient cicatrisées et les testicules, appliqués à l'anneau, paraissaient absolument sains au milieu des amas variqueux déjà décongestionnés et moins volumineux, mais formant encore, à la racine de la verge, comme une sorte d'édredon enveloppé par le nouveau scrotum tendu et très étiré.

La plus grande partie de mes malades appartenait à la clientèle hospitalière; je ne puis donc dire quel a été le résultat thérapeutique de mon intervention, car aucun n'a été soumis à un examen ultérieur. Mais j'ai pu, chez neuf jeunes hommes opérés hors de mon service, étudier les résultats thérapeutiques. Chez tous la gêne, la pesanteur, les souffrances de quelque ordre qu'elles pussent être ont totalement disparu. La frigidité qui, depuis quelque temps, inquiétait trois d'entre eux, a fait place à une certaine ardeur génésique. La suspension des testicules est restée excellente et, dans aucun cas, nous n'avons vu le scrotum redevenir flasque : quant aux amas variqueux, ils ont paru diminuer et les glandes spermatiques ont conservé leur volume normal. On pourrait nous objecter que plusieurs de ces observations sont récentes; cependant, pour quatre d'entre elles, les opérés ont été revus trente-cinq mois, trente, vingt-deux et dix-neuf mois après l'intervention et les excellents résultats ne s'étaient pas démentis.

Aussi, Messieurs, terminerai-je cette conférence par les conclusions suivantes: 1° Si le porteur du varicocèle n'éprouve ni fièvre, ni douleur, un suspensoir suffit et une opération n'est pas légitimée; 2° s'il existe de la souffrance ou si l'ectasie veineuse devient pour le malade une cause d'hypochondrie, la résection du scrotum nous paraît être la méthode de choix; 3° on ne touchera au paquet variqueux par simple ou double ligature, avec ou sans extirpation, que dans les cas exceptionnels — et que nous n'avons jamais observés — où les vaisseaux auraient subi des altérations telles que leur ablation en serait devenue nécessaire.

CORRESPONDANCE

L'enseignement de la gynécologie en France,

par A. Dolébis.

J'ai publié sous ce titre un rapport dont M. le Dr Hartmann a fait la critique dans le numéro du 25 février de ce journal.

Je répondrai brièvement aux observations, d'ailleurs très courtoises, de M. Hartmann.

D'abord, mon rapport a trait à l'enseignement, — rien *qu'à l'enseignement*, — et non à la pratique privée ou aux établissements privés. Pour ce motif, l'objection tirée de ce qui se passe en Angleterre, au *Samaritan* free *Hospital* de Londres, perd toute sa valeur.

J'ai visité cet établissement en 1886, au cours d'une mission qui me fut confiée par le ministre de l'Instruction publique et je l'ai revu en 1887. Plusieurs des chirurgiens du Samaritan Hospital sont de mes amis. Je ne pense pas qu'on veuille soutenir sérieusement que ce soit un centre d'enseignement.

Quant à ce qui se passe au *St-Bartholomew's Hospital*, qui est une des bonnes écoles de Londres, l'exception vient à point comme confirmation de la règle générale. M. Hartmann croit devoir me rappeler que, « de par les règlements, l'accoucheur n'a pas le droit de toucher un bistouri, même chez une de ses accouchées, et que, pour le moindre abcès à ouvrir, il est obligé d'appeler son collègue de chirurgie. »

L'enseignement de la médecine diffère radicalement en Angleterre et en France. A Londres, chaque école se réglemente et s'administre à sa guise.

Voici une lettre récente qui juge le fait :

« ... Dans les hôpitaux de Londres, les *professeurs* d'obstétrique sont en même temps *professeurs* de gynécologie. L'accoucheur de St-Bartholomew's est le seul auquel il ne soit pas permis de faire de grande ou de petite chirurgie gynécologique. L'hôpital St-Bartholomew (comme les autres hôpitaux) a des fonds privés qui sont administrés par des gouverneurs.

« Cordialement votre

« Fancourt Barnes. »

Voilà les choses au point.

Je n'avais, d'ailleurs, pas besoin de la lettre précitée pour dire tout net mon opinion sur le règlement de St-Bartholomew's : je le trouve suranné et ridicule. Mais c'est incontestablement le droit de l'administration de cet établissement de recruter ses médecins comme il lui plaît et de leur imposer ses conditions. Au surplus, entre cet établissement unique en son genre et les chaires officielles de la Faculté de Paris, il y

a cette différence radicale : tandis qu'à *St-Bartholomew*, la gynécologie opératoire est interdite à l'accoucheur, — à *Paris* le règlement enjoint au professeur d'accouchement de l'enseigner, de par le titre même de la chaire : « *Accouchements, maladies des femmes et des enfants nouveau-nés* ».

L'association des deux spécialistés reparaît en Angleterre comme partout ailleurs dans le titre même de l'examinateur désigné périodiquement pour siéger à l'*Université* et au *Collège royal de chirurgie* qui sont les deux corps d'état chargés officiellement de conférer les grades.

Je ne puis pas recommencer ici une démonstration surabondante, malgré quelques exceptions. Je répète, après comme avant la lecture de l'article de M. Hartmann, que l'enseignement de la gynécologie et celui de l'obstétrique sont presque universellement associés, que cette association gagne du terrain dans les pays qui se réorganisent.

Dans les *sociétés savantes*, on voit bien des chirurgiens se réunir à des accoucheurs et à des gynécologues, mais les sociétés de chirurgie ne paraissent pas sentir le besoin de cette réunion. Dans les *congrès* généraux ou spéciaux, partout et toujours, l'obstétrique et la gynécologie marchent ensemble, même dans les pays où les gynécologues purs abondent, comme en Amérique. Il en a été ainsi au congrès de Berlin, à Bruxelles ; il en sera de même cette année à Rome où le président de la section spéciale est, tout à la fois, un accoucheur éminent et un gynécologue distingué.

Je crois donc pouvoir maintenir, en précisant, sans la moindre idée de critique pour les personnes, et jusqu'à plus ample informé, qu'à Paris seulement on voit le titulaire d'une chaire de Clinique mixte (professeur officiel) appeler un chirurgien dans son service pour y faire régulièrement les grandes opérations gynécologiques. Le rapprochement entre *Saint-Bartholomew* de Londres et la *Clinique Beaudeloque* de Paris est d'autant plus piquant, que tandis que l'accoucheur anglais a les mains liées par un règlement, le professeur de Paris passe à bon droit pour aborder avec succès la chirurgie obstétricale la plus moderne et la plus brillante.

L'exemple de l'Angleterre, choisi par M. Hartmann, ne me paraît pas, d'ailleurs, le moins du monde, concluant contre les avantages de la fusion de l'enseignement obstétrical et gynécologique. Spencer Wels, Bantock, Tait personnifient la chirurgie abdominale, c'est-à-dire la gynécologie destinée à rester le domaine de quelques-uns et non celui du plus grand nombre. L'ovariotomie, l'hystéro-myomotomie, la salpingectomie ne seront jamais la monnaie courante des praticiens.

La véritable école gynécologique anglaise est celle de West, Churchill, Simpson, Robert Barnes, Duncan, Priestley, Farre, Hewitt, etc. Là je vois une tradition, une doctrine raisonnée, des procédés vraiment scientifiques, avec déjà le côté chirurgical qui apparaît, et qui prendra tout son essor dans l'école obstétricale allemande. Cette doctrine vit et progresse tout en se dégageant des erreurs et des imperfections. Elle met à profit les procédés de la chirurgie, mais sans se laisser submerger par elle. Il suffit d'ouvrir les *Transactions de l'Obstetrical Society* de Londres pour s'en convaincre.

J'en dirai autant de l'école d'Edimbourg avec Alex. Simpson, Halloday-Croom, Millne-Murray, Hart, Barbour, etc., de celle de la *Rotunda* de Dublin avec Macau. L'association est absolue, au point que les gynécologues de la *Royal Infirmary* d'Edimbourg, par exemple, sont chargés, à tour de rôle, de la pratique des accouchements au *Simpson memorial Hospital* pendant un trimestre. Quant au professeur officiel de l'Université, il est chargé de l'enseignement de l'*obstétrique* et de la *gynécologie*.

M. Hartmann oppose à ma manière de voir l'opinion séparatiste de Tait, et l'exemple des progrès réalisés en France, par la spécialisation de l'obstétrique.

De l'opinion de Tait, je ne dirai rien, sinon que mon rapport en est justement la contre-partie.

Quant aux progrès réalisés par l'obstétrique française, ce serait un sujet intéressant, mais trop long à traiter ici : le vrai progrès réalisé, est l'éducation de l'étudiant organisée, à l'instar de l'étranger et rendue obligatoire. Qui peut dire que l'annexion de la gynécologie lui serait nuisible ? l'exemple de la maternité Baudelocque ne serait en tout cas nullement probant, puisque le professeur officiel a doublé l'attraction de son service obstétrical par la pratique gynécologique.., confiée il est vrai, à la main d'un autre. Il a bien fallu un personnel pour cela.

N'y a-t-il pas, par ailleurs, des assistants, des chefs de clinique, des moniteurs pour enseigner aux élèves leur métier d'accoucheur, et le professeur ne réserve-t-il pas pour lui la clinique, les cas difficiles, les opérations, en un mot la pratique la plus élevée ? Franchement, connaît-on des cliniques *mixtes* qui aient fait plus et de meilleurs élèves que celles de Vienne, de Berlin, de Halle, de Dresde, de Prague, etc. ?

Les pèlerinages chirurgicaux au Samaritan et à Birmingham passeront, mais les élèves ne manqueront jamais dans les services qui leur fourniront le double attrait de l'étude simultanée des deux spécialités sœurs.

L'opinion de l'homme le plus autorisé en la matière va me fournir un dernier argument.

« *Paris, le 23 janvier 1893.*

... Mon cher confrère, Je vous remercie de m'avoir envoyé votre rapport sur l'enseignement de la gynécologie et suis heureux de me trouver en concordance de vues avec vous... De par la loi militaire, l'étudiant en médecine a un temps insuffisant pour ses études. Il entre à la Faculté à 19 ans ou 19 ans 1/2. Il doit avoir fini le jour où il a 26 ans, sous peine de faire deux nouvelles années de service militaire. Il doit, entre 19 et 21 ans, faire une année de service. Il a donc 5 ans 1/2 en moyenne pour devenir docteur. Ce que j'ai demandé, c'est que, dès son entrée dans la carrière, l'étudiant soit guidé, ne perde plus son temps et fasse trois ans de stage obligatoire surveillé et dirigé. — Mais si nous rendions obligatoire l'étude de toutes les spécialités, y compris la gynécologie, nous dépasserions de beaucoup les quatre années de scolarité légale... » *Signé* : *Brouardel.*

Ma réponse est aisée et l'occasion est bonne pour la placer : « Organisez dans les hôpitaux les services mixtes d'obstétrique et de gynécologie, à l'instar de l'étranger, envoyez-y vos étudiants faire leur stage de un ou deux mois et vous leur fournirez le moyen, sûr, pratique, abrégé, d'apprendre les deux spécialités avec profit et sans prolonger leur temps d'études. »

En tout cas, tant qu'il n'existera pas une organisation quelconque, je persisterai à croire que l'enseignement de la gynécologie en France est au moins *insuffisant*.

Quand M. Hartmann invoque la notoriété rapide du livre de Pozzi comme démonstration de l'état florissant de l'enseignement gynécologique français, je ne partage pas sa conviction. Le livre est bien compris, nettement présenté, l'édition est soignée ; en un mot, le gynécologue et l'éditeur y ont mis beaucoup du leur pour habiller l'œuvre,... mais la moelle sinon l'écorce, permettez-moi de le dire, est de légitime provenance obstétricale. J'ai pris, parmi les citations dépassant le chiffre de 20, dans la liste des auteurs et j'ai trouvé Barnes cité 29 fois ; Braun, 22 ; Breisky, 28 ; Budin, 20 ; Doléris, 34 ; Emmet, 48 ; Freund 46 ; Fritsch, 51 ; Gusserow, 25 ; Hegar, 111 ; Hofmeier, 37 ; Kaltenbach, 105 ; Léopold, 53 ; Martin, 105 ; Olshausen, 68 ; Sænger, 77 ; Schauta, 21 ; Schrœder, 115 ; Schultze, 24 ; Simon, 55, etc..., tous accoucheurs et presque tous étrangers. Il est vrai que Pozzi se cite lui-même 67 fois, ce qui est au moins inutile, le livre étant signé de lui.

Au reste, dans mon rapport, j'ai donné moi-même une grande place à l'exposé de ce qui existe ailleurs, moins pour défendre mes idées que pour leur préparer un accueil favorable, en montrant que c'est sous cette forme que le progrès a été accompli et se maintient logiquement. Mais ma proposition eût-elle été une nouveauté que je la défendrais par toutes les raisons, que je crois très bonnes, qui me l'ont fait présenter.

Je ne crois pas que jamais la gynécologie ait à tirer bénéfice ou profit de sa séparation d'avec l'obstétrique. Je ne crois pas qu'un gynécologue puisse s'adonner avec fruit à l'étude et à l'enseignement de son art s'il n'est pas solidement nourri des moindres choses de l'obstétrique et s'il ne possède point le matériel nécessaire pour s'y retremper continuellement.

Je crois au progrès avec la fusion, à la stérilité avec la séparation.

Réponse.

A M. le Rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire.*

Mon cher directeur,

Je ne pouvais souhaiter à mon article sur l'obstétrique et la gynécologie dans les hôpitaux une réponse plus agréable

que celle faite par mon ami M. Doléris. Après plusieurs semaines employées à échanger des correspondances avec les gynécologues étrangers, M. Doléris, malgré son talent, auquel nous nous plaisons à rendre hommage, arrive à quoi?... à trouver que tout ce que nous avions dit existait bien réellement. Il ne dément rien, ne contredit rien. Les inexactitudes, que nous avions relevées dans son rapport, étaient donc bien des inexactitudes. Dont acte.

Je vous demanderai simplement, au sujet de son nouvel article, de préciser quelques points qu'il laisse un peu dans l'ombre, afin d'éviter toute confusion dans l'esprit du lecteur. J'ai pris, comme exemple en Angleterre, Saint-Bartholomew et Samaritan hospital, parce que ce sont les deux centres les plus importants, *ceux*, du reste, *que M. Doléris cite en première ligne*, comme types dans son rapport (voir page 27). M. Doléris nous dit aujourd'hui que ce sont des établissements privés et que son rapport n'avait pas trait aux établissements privés. Là, je ne comprends plus et renonce à le suivre, tous les hôpitaux et écoles de Londres étant des établissements privés.

M. Doléris oppose aux noms que nous avons cités ceux qui constituent, suivant lui, la véritable école gynécologique anglaise. Il retarde; l'école dont il nous parle et dont les représentants s'éteignent un à un, est en Angleterre ce qu'était en France celle aujourd'hui disparue des Bernutz, des Siredey, etc., en un mot, des gynécologistes accoucheurs. Tait, nous dit-il, est un chirurgien purement abdominal. M. Doléris oublie que c'est Tait qui a simplifié la chirurgie du périnée et du vagin par ses procédés à lambeaux; il s'en est cependant inspiré lorsqu'il a conseillé, pour remplacer les procédés complexes de colpo-périnéorrhaphie, son excellente périnéoplastie.

Samaritan n'est, il est vrai, pas une école en ce sens qu'on n'y fait pas de cours préparant à des examens. Mais pourquoi M. Doléris l'avait-il donné comme exemple dans son rapport? Sinon parce qu'on y vient du monde entier pour apprendre à opérer, parce que, comme il le répète encore aujourd'hui sans y prendre garde, on y fait des « pèlerinages chirurgicaux ».

Restent dans l'article de M. Doléris deux points auxquels je n'ai pas à répondre : une critique du traité de Pozzi et un extrait d'une lettre de M. Brouardel. Je n'ai pas pour mission de prendre la défense du livre de M. Pozzi, j'ai dit ce qu'en pensaient les médecins des cinq parties du monde, j'en reste à ce que j'ai dit. Quant à la lettre de M. Brouardel, j'ai beau la relire avec soin, je n'y vois qu'une fin polie de non-recevoir avec cette idée nettement émise qu'en sa qualité de doyen, il s'oppose à l'obligation de l'étude des spécialités, de la gynécologie comme des autres.

Quand on voit un polémiste de la force de M. Doléris ne trouver pour soutenir sa cause que des impressions, « des croyances », sans pouvoir contredire un seul des faits avancés à l'appui de l'opinion adverse, on en peut conclure que la cause est mauvaise.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, avec mes excuses pour avoir tenu si longtemps vos lecteurs (la cause en vaut la peine), l'expression de mes respectueux sentiments.

Henri Hartmann.

TRAVAUX ORIGINAUX

A qui la priorité ?

par le Dr Crocq fils (de Bruxelles).

Lorsque nous avons communiqué à l'Académie de Médecine de Paris les résultats de nos recherches sur les injections sous-cutanées de phosphate de soude, nous n'ignorions nullement que, bien longtemps avant nous, certains expérimentateurs avaient pratiqué des injections de sérums artificiels.

Nous trouvions une si grande différence entre ces liquides complexes et notre simple dissolution de phosphate de soude que nous n'avons pas cru devoir en faire mention ; d'ailleurs, la plupart des liquides employés étaient introduits dans l'organisme par la voie intra-veineuse, en quantité plus ou moins grande. (Little, Dujardin-Beaumetz, Hayem.)

A peine notre note avait-elle paru dans la *Gazette hebdomadaire de médecine* et dans le *Journal de médecine* que nous recevions, du rédacteur de la *Médecine hypodermique*, M. Roussel, une lettre nous apprenant qu'il était le vrai fondateur des injections de phosphate de soude comme tonique névrosthénique : « Dès 1888, disait-il, je pratiquais ces injections, mais...(il y a un mais !) la société savante à laquelle j'ai présenté mon mémoire, n'ayant pas jugé à propos de le publier, ma découverte ne fut pas connue. »

Dans le numéro de février de ce journal, à la suite d'un compte rendu de notre méthode, nous voyons (1) : « Dès 1888, nous avons, dans la *Médecine hypodermique*, préconisé les injections de phosphate de soude. Roussel emploie la solution à 5 et 10 0/0 avec succès chez les anémiques, les chlorotiques; pour combattre la débilité des phthisiques et la diarrhée, ainsi que pour prévenir les hémoptysies, il a obtenu aussi de très bons effets de ces injections chez les rachitiques et dans certaines affections nerveuses. » Il est vraiment étonnant que M. Roussel, persuadé du bien fondé de sa méthode, *en 1888*, n'ait pas publié le résultat de ses recherches ; même dans son journal, nous n'avons trouvé, comme se rapportant à ce sujet, qu'une annonce de pharmacien indiquant entre autres solutions hypodermiques du phosphate de soude injectable. Nous le répétons, aucun travail n'a été fait sur la question, et, en admettant même que ces expériences aient été concluantes, la priorité doit certes appartenir à celui qui signale le fait.

Mais Roussel n'est pas le seul qui prétende avoir, le premier, employé le phosphate de soude en injections sous-cutanées : M. le professeur Peter, dans une leçon clinique à l'hôpital Necker, a dit (2) : « Pour Crocq (de Bruxelles), le suc testiculaire agit par le phosphore qu'il contient. La preuve, c'est qu'il a obtenu les mêmes effets avec le phosphate de soude dissous à 1/50 dans de l'eau de laurier-cerise et injecté à la dose de 1 à 3 cmt. cubes tous les jours ou tous les deux jours. « Ce qui vient à l'appui de la doctrine de Chéron, qui, *avant le médecin de Bruxelles*, pratiqua des injections de phosphate de soude. »

Que devons-nous penser de cela ? Pour résoudre la question, voyons d'abord si Chéron a publié une note quelconque et recherchons ensuite si la méthode qu'il préconise est la nôtre. Nous savions que M. Chéron avait fait des recherches dans ce sens, parce que, dès le mois de novembre, M. le professeur Bouchard avait eu l'extrême obligeance de nous expliquer sa méthode ; mais ce que nous savions aussi pertinemment, c'est que, lorsque notre communication fut envoyée à M. Lancereaux (le 4 septembre 1892), et lorsqu'elle fut lue en séance à l'Académie (le 13 septembre), *aucun travail quelconque n'avait été publié nulle part par M. Chéron.*

Non seulement Chéron n'a rien publié avant nous, mais encore la solution qu'il préconise diffère totalement de la nôtre : tandis que nous avons recommandé une simple dissolution de phosphate de soude au cinquantième, Chéron injecte un véritable sérum artificiel dont voici la formule :

Acide phénique neigeux.........	1 gr.
Chlorure de sodium............	2 —
Phosphate de soude............	8 —
Eau distillée..................	100 —

(1) *Médecine hypodermique*, février 1893, p. 33.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 27 décembre 1892.

« Les injections hypodermiques se font à la dose variable de 5 à 100 grammes (1). »

Nous ne nous arrêtons pas aujourd'hui à décrire cette méthode, ni a en discuter les avantages et les inconvénients, nous comptons nous étendre ailleurs sur ce sujet; ce que nous voulons mettre en lumière, c'est que la méthode de Chéron diffère totalement de la nôtre quantitativement et qualitativement, de telle sorte que, en admettant même, ce qui est inexact, que Chéron ait publié, avant nous, le résultat de ses recherches, il ne pourrait réclamer la priorité des injections de phosphate de soude.

Mais un concurrent, qui paraît avoir plus de droit que Chéron, vient d'élever la voix : le professeur Luton, de Reims,a publié, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 2 février, un article intitulé: *De la tranfusion hypodermique*, dans lequel il s'exprime ainsi : « Nous avons publié, en 1884, dans les Archives générales de médecine, un mémoire portant précisément le titre actuel. Ce n'était là qu'une application plus discrète des injections de solutions salines que nous avions déjà tentées antérieurement,comme il appert de nos *Etudes thérapeutiques* parues en 1882.Et vraiment, il faudrait se reporter aux premiers temps des injections hypodermiques, vers l'année 1863, pour trouver les germes de ces grandes recherches. Aujourd'hui, que la question commence à prendre de l'importance, ce n'est pas le moment d'abandonner des idées qui nous ont toujours tenu à cœur. Et lorsque nous voyons paraître, dans cet estimable journal, des leçons professées à l'hôpital Necker, par M. Peter, sans que notre nom soit même prononcé, il nous semble opportun de réclamer une priorité par trop méconnue.

» M. Peter s'arrête, dans son examen historique, aux noms de MM. Chéron et Crocq (de Bruxelles), comme ayant fait usage de sérums artificiels, plus ou moins destinés à remplacer les liquides organiques de M. Brown-Séquard. Il n'y a pourtant pas bien longtemps (Comptes rendus, 1892), que, dans une note adressée à l'Institut, nous émettions cette proportion principale, « qu'il n'y avait aucun des effets obtenus avec lesdits liquides organiques qu'on ne puisse reproduire à l'aide de certaines solutions salines, qualifiées de sérums artificiels, et dont le phosphate de soude est l'agent essentiel. »

Il est exact qu'en 1884, M. Luton a publié, dans les Archives générales de médecine, un article intitulé : De la transfusion hypodermique. Dans ce travail, l'auteur fait tout d'abord ressortir les grands avantages de la méthode hypodermique, il discute ensuite la possibilité de pratiquer une transfusion sanguine par le tissu cellulaire, il conclut (2): « C'est le sérum du sang qui se présente immédiatement comme l'élément utile à injecter et qu'il suffit d'injecter pour réaliser les bénéfices de la transfusion cellulaire ou péritonéale. » C'est surtout le *sulfate* de soude que Luton a employé et c'est à ce sel qu'il attribue la plus grande valeur : « De ce fait, dit-il, il résulte que le sulfate de soude, malgré ses apparences bénignes, peut remplir à lui seul un rôle considérable, à une dose relativement faible.

» D'autres combinaisons, des sérums artificiels plus ou moins compliqués, auraient-ils une efficacité plus grande ou des effets différents? Cela est possible, et nous avons déjà songé plus d'une fois à varier nos moyens. Tel mélange semblerait particulièrement convenir en unissant la plupart des sels neutres qui entrent dans la constitution du sang : le chlorure de sodium, le phosphate de soude, quelques sels de potasse, de fer et de magnésie, etc. (3). . .

» Cependant il n'est pas nécessaire de chercher tout d'abord le compliqué. Ne sait-on pas que le sulfate de soude suffit à lui seul pour constituer un excellent sérum artificiel, maintenant dans leur intégrité les globules rouges, et les empêchant de s'agglutiner? (1) »

Ce n'est que plus loin que Luton, à propos des maladies infantiles, dit : « On ne saurait croire quel coup de fouet on donne aux actes de réintégration assimilatrice au moyen de quelques grammes d'un sérum artificiel injecté sous la peau de ces enfants. Nous avons dit qu'une solution de sulfate de soude au dixième suffisait; mais on conçoit aussi à quel point on peut varier ces liquides. Il y aurait surtout intérêt à y faire figurer un phosphate alcalin; et voici,d'après cela,la formule qui pourrait être très avantageuse:

Sulfate de soude................	10 gr.	
Phosphate de soude cristallisé...	5 —	(2)
Eau distillée....................	100 —	

Enfin voici les conclusions de cet auteur :

« 1° Que la transfusion hypodermique peut remplacer la transfusion intra-veineuse, dont elle offre tous les avantages thérapeutiques sans en avoir les graves inconvénients.

» 2° Que le sang, réduit à ses éléments vraiment utiles, peut même être figuré par une simple dissolution d'un sel neutre, tel que le sulfate de soude (3). »

Nous avons à dessein résumé entièrement le travail de Luton, le lecteur pourra ainsi se convaincre que le moyen proposé en 1884 ne se rattache pas aux injections de phosphate de soude telles que nous les entendons, mais bien aux injections de sérum artificiel. Cette méthode possède au contraire des rapprochements nombreux avec celle de Chéron.

Quant à la note présentée par M. Luton à l'Académie des sciences, voici, en totalité, ce qu'a inséré le Compte rendu de cette séance : « M. A. Luton adresse une note sur la composition de solutions salines, ou sérums artificiels, permettant d'obtenir les effets produits par les liquides organiques de M. Brown- Séquard (4). »

En parcourant ainsi la série de toutes les solutions salines proposées jusqu'à ce jour, on voit que deux idées bien différentes ont dirigé les expérimentateurs : les uns ont cherché à remplacer la transfusion intra-veineuse du sang par une transfusion hypodermique; ils se sont servis de formules plus ou moins complexes rappelant la composition du sérum sanguin; l'autre au contraire, envisageant uniquement l'action thérapeutique du phosphate de soude, a fait une simple dissolution de cette susbtance.

Cet exposé suffit pour prouver :

1° Que Luton a, le premier, cherché à remplacer la transfusion intra-vasculaire du sang par une transfusion hypodermique de sérum artificiel, et par conséquent que Chéron n'a été que son imitateur ;

2° Qu'un médecin belge a la priorité des injections de phosphate de soude comme tonique névrosthénique.

Nous espérons que M. Peter voudra bien lire ces quelques lignes et nous croyons qu'il acceptera la distinction que nous avons établie.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Deux cas d'hémiplégie spinale avec hémianesthésie croisée, par Sottas (*Revue de médecine*, janvier 1893, n° 1, p. 51). — Le premier cas est celui d'un homme de

(1) Peter, *Gaz. des Hôp.*, 27 décembre 1892.
(2) *Arch. gén. de Méd.*, 1884, p. 647.
(3) *Ibid.*, p. 653.

(1) *Arch. génér. de méd.*, 1884, p. 654.
(2) *Ibid.*, p. 662.
(3) *Ibid.*, p. 664.
(4) *Comptes rendus Acad. des Sciences*, 13 septembre 1892.

40 ans, dont l'hémiplégie droite survint immédiatement après une chute d'une hauteur de 4 mètres. On constate deux mois ensuite : un empâtement de la nuque avec saillie anormale, et gêne des mouvements de la tête, une hémiparésie droite plus prononcée au membre supérieur, avec tendance spasmodique du membre inférieur (exagération des réflexes, clonus du pied), une hyperesthésie du côté paralysé, une hypoesthésie du côté gauche, sans activation du sens musculaire ni d'un côté ni de l'autre. La pupille droite est plus dilatée que la gauche. Dans le second cas il s'agit d'un homme de 35 ans, qui tomba en portant un poids sur les épaules : à la suite de l'accident, myosis, incontinence des urines, douleurs du cou, paralysie du bras et de la jambe gauches avec perte du sens musculaire et insensibilité de la jambe droite. Quatre mois après, hémiparésie spasmodique gauche, analgésie sans anesthésie du membre inférieur et du tronc à droite jusqu'au niveau du mamelon. L'auteur établit le diagnostic, et discute la pathogénie des troubles de la sensibilité, pour l'explication desquels il propose un schéma qui paraît très conforme à la réalité des faits.

Noyau dorsal du pneumogastrique (Die Anatomie und Pathologie des Dorsalen Vaguskerns), par Harald Holm (*Archiv de Virch.*, 1893, Bd CXXXI, Heft 1, p. 78). — Dans la règle, le noyau dorsal du vague se développe plus tard que tous les autres noyaux bulbaires : ce noyau est en relation nerveuse directe avec le faisceau solitaire du bulbe. Il existe un groupe de grosses cellules ganglionnaires non encore connu comme noyau du vague et duquel proviennent à peu près la moitié des faisceaux de ce nerf. Ces derniers (faisceaux raphéens du vague) se comportent à peu près de la même manière que le genou du facial. Le nerf glosso-pharyngien possède, semblablement au trijumeau, en dehors d'une racine ascendante sensitive, une racine descendante motrice. Le centre des réflexes trachéo-bronchiques doit être cherché dans la partie dorso-latérale du noyau dorsal du vague, le noyau à petites cellules ganglionnaires. Le centre respiratoire siège vraisemblablement dans la paroi ventro-médiane du noyau dorsal du vague, le noyau à grosses cellules. Telles sont les conclusions de l'importante étude de l'auteur, basées sur des recherches embryologiques, anatomo-pathologiques et physiologiques.

Action sur le cerveau des remèdes introduits par voie nasale avec compression des veines jugulaires (The localization of the action of remedies upon the brain by intra-nasal medication and compression of the internal jugular veins), par Léonard Corning (*Medical Record*, 31 décembre 1892, n° 1156, p. 750). — L'auteur préconise, en se basant d'une part sur la faculté d'absorption de la muqueuse du nez, d'autre part, sur ce que l'arrêt de la circulation des veines jugulaires entraîne la rétention des matières ainsi absorbées dans l'écorce cérébrale, une méthode consistant à introduire des médicaments dans le nez, puis à comprimer, à l'aide d'un petit appareil de son invention, les deux jugulaires pendant une dizaine de minutes. Il cite à l'appui de l'excellence de ce procédé un grand nombre d'observations : maux de tête d'origine diverse méningitiques et neurasthéniques, insomnie. Dans un cas, en raison d'un coryza, il essaya l'absorption par la bouche. Les avantages de la méthode sont, entre autres : d'éviter des troubles digestifs, de donner peu de médicaments (il prescrit des poudres d'alcaloïdes), de ne pas risquer d'occasionner l'habitude des injections hypodermiques.

Névrose professionnelle (A rare occupation neurosis), par Harold N. Moyer (*Medical News*, 18 février 1893, n° 1049, p. 188). — On connaît déjà nombre de variétés de crampes fonctionnelles : celles des écrivains, des musiciens, des danseuses, etc. Le cas rapporté, qui appartient à cette catégorie, est unique et mériterait d'être appelé maladie des vendeurs de souliers (the shoe-salesman's disease). Le sujet âgé de 26 ans, sans antécédents héréditaires, se plaint de raideurs dans les deux pieds, plus accusées à droite. Il a l'habitude de s'asseoir sur son talon droit lorsqu'il essaie des chaussures, et dans cette position le pied est fléchi à l'excès sur la jambe et celle-ci sur la cuisse. Il existe une véritable impotence du muscle tibial antérieur surtout à droite. Les réflexes sont exagérés : il existe un léger degré de réaction de dégénérescence. Il y a dans ce cas une sorte de paralysie paradoxale en ce sens que ce sont les muscles qui sont placés en état de relâchement excessif qui sont paralysés.

Deux grands types de paralysie infantile, par Grasset (*Nouveau Montpellier médical*, 4 février 1893, n° 5, p. 85). — A l'occasion d'un malade présentant le tableau clinique classique de l'hémiplégie spasmodique infantile : début à l'âge de 5 mois, à la suite de phénomènes fébriles et de convulsions dans le bras droit, puis, plus tard, état spasmodique généralisé avec prédominance du côté droit, sans atrophie musculaire ni troubles de la sensibilité ; l'auteur trace le parallèle des paralysies infantile, cérébrale, spasmodique et spinale-spastique, tant au point de vue anatomique que clinique.

MÉDECINE

Note sur l'incubation de la varicelle, par Gouget (*Rev. mens. des malad. de l'enfance*, mars 1893, p. 120). — Quatre jours après l'entrée à la crèche de l'hôpital Tenon, d'un enfant atteint de varicelle, l'enfant couché dans le lit voisin est pris de varicelle et quatre jours plus tard l'autre voisin de ce dernier est pris à son tour. Ces faits tendent à prouver que l'incubation de la varicelle peut être beaucoup plus courte que la durée de 14 jours admise par Talamon.

Sur l'albuminurie dans la malaria infantile, par Ferreira (*Rev. mens. des malad. de l'enfance*, mars 1893, p. 97). — L'albuminurie est très fréquente dans la malaria fébrile ou apyrétique chez les enfants ; souvent elle s'accompagne d'accidents assez analogues à ceux d'une néphrite diffuse, qui peuvent cependant céder rapidement à une thérapeutique anti-malarienne, laquelle doit être employée sans perte de temps.

Sur le microbe du chancre mou, par R. Krefting (*Annales de Dermatologie*, février 1893, p. 167). — Krefting résume des recherches sur le microbe du chancre mou ; il a constaté la présence, dans les pustules résultant de l'inoculation du chancre mou, d'un microbe présentant les caractères décrits par Ducrey, ne se cultivant pas. Comme Unna, il a trouvé sur les coupes de chancres mous excisés un microbe qu'il considère comme étant le même que celui de Ducrey, modifié seulement en raison du tissu dans lequel il vit. Krefting a trouvé le même microbe dans un bubon virulent.

Contribution à l'étude des dermatoses d'origine arsenicale, par C. Rasch (*Annales de Dermatologie*, février 1893, p. 150). — Rasch a observé chez un sujet atteint de dermatite généralisée qui, à la suite d'un traitement arsenical prolongé, eut un zoster gangréneux, une éruption généralisée de pustules d'ecthyma se transformant rapidement en ulcérations laissant des cicatrices pigmentées et un épaississement de l'épiderme de la paume des deux mains. Dans un autre cas, il vit survenir après l'administration de la liqueur de Fowler une éruption généralisée de bulles. Il passe en revue à ce propos les diverses formes de dermatoses provoquées par l'usage de l'arsenic : pigmentations, érythèmes avec desquamation, urticaire et œdème cutané et sous-cutané, éruptions vésiculeuses (zoster), éruptions bulleuses, éruptions papuleuses, éruptions pustuleuses et ulcéreuses, purpura, chute des poils et des ongles, kératoses.

La rate dans le choléra (Das Verhæltniss der Milz zur Cholera), par Stiller (*Berlin. med. Woch.*, 20 février 1893, p. 181). — La rate est un des organes les plus sensibles aux agents morbides qui existent dans le sang. Sa richesse vasculaire, sa structure particulière, la présence sur le trajet des capillaires de la pulpe splénique qui agit comme un filtre et retient les microbes, rendent compte de cette particularité. L'hypertrophie constatée dans les maladies infectieuses est le résultat, non seulement de la stase sanguine, mais aussi de la prolifération des éléments conjonctifs de l'organe sous l'influence des agents irritants. L'état de la rate, au cours du choléra, a peu attiré l'attention (Botkin). Pendant la période algide, non seulement elle n'est pas tuméfiée, mais souvent on constate une diminution de volume ; dans la période de réaction, au contraire, l'hypertrophie splénique apparaît souvent. Fait curieux, Ratjen a pu observer que chez des typhiques atteints par le choléra, en pleine évolution de leur maladie, la tumeur splénique disparaît pour se montrer de nouveau lorsque celui-ci guérissait. On peut admettre, avec

Botkin, qu'il se produit au moment de la période algide une violente excitation des nerfs vaso-constricteurs, qui a pour conséquence le spasme des vaisseaux périphériques et la rétraction splénique. Dès que cesse cette action, on voit apparaître les signes qui témoignent de la participation de la rate dans le choléra comme dans la plupart des maladies infectieuses.

Un cas de tétanos traité par les injections de sérum (Ein mit Tetanus-Heilserum behandelter Fall von Wundstarrkrampf nebst kritischen Bemerkungen über die Blutserumtherapie), par Rotter (*Deut. med. Woch.*, 16 février 1893, p. 152). — Lorsqu'il s'agit de rendre réfractaires au tétanos, à l'aide du sérum provenant d'un animal immunisé, des animaux sains, des doses minimes suffisent; mais lorsqu'il est question de traiter de cette manière un cas de tétanos déjà confirmé, il faut des doses beaucoup plus considérables (1000 fois par exemple). On emploiera 75 grammes pour un homme d'un poids moyen de 75 kilogs. Dans les cas très graves, on doit aller beaucoup plus loin. Voici un cas où ce traitement a été essayé. Homme de 25 ans, garçon d'écurie, pris du tétanos à la suite d'une blessure à la main. Huit jours après l'apparition du trismus, on injecta une première fois 66 grammes de sérum de cheval immunisé. Dans les jours qui suivirent, on fit quatre nouvelles injections de 45 à 50 gr. Le résultat fut remarquable : les raideurs musculaires, l'opisthotonos, le trismus disparurent graduellement, et le 12e jour du traitement, le malade quittait le lit. Quand il quitta l'hôpital huit jours plus tard, il persistait seulement un peu de raideur de la main et de l'avant-bras du côté de la blessure. Le malade avait reçu au total, en injections sous-cutanées, 250 grammes de sérum.

CHIRURGIE

Pyosalpingite (A rare form of double pyosalpinx), par Butter-Smythe (*Lancet*, 14 janvier 1893, p. 82). — Une femme de 26 ans, mariée depuis cinq ans, mais n'ayant jamais eu de grossesse et chez laquelle le coït avait été toujours douloureux surtout dans ces derniers temps, avait eu deux ans avant son mariage une pleurésie. Six mois après elle avait eu une inflammation abdominale qui l'avait obligée de garder le lit pendant plusieurs semaines. Elle guérit de cette attaque et son ventre diminua de volume. Puis elle se maria et pendant cinq ans eut une bonne santé. En octobre 1891, elle se plaignit de douleurs dans le bas-ventre; on sentit alors une tumeur allongée située au centre de l'abdomen et remontant jusqu'à l'ombilic; elle était mobile et non fluctuante; l'utérus était repoussé en avant de la tumeur. La tumeur était logée inférieurement dans le cul-de-sac de Douglas. A gauche de l'utérus, on sentait une autre tumeur remplissant le bassin de ce côté et non fluctuante. On opéra le 11 décembre : la tumeur centrale était intimement unie à la face postérieure de l'utérus et elle adhérait d'autre part aux intestins et à l'épiploon. On put, néanmoins, avec beaucoup de peine, isoler et enlever cette tumeur. La tumeur gauche fut aussi très difficile à enlever en raison de très nombreuses adhérences. L'opération dura plus de 2 h. 1/2. La malade guérit. L'ouverture des tumeurs enlevées laissa écouler un pus crémeux, non fétide.

Rupture de l'intestin (Traumatic rupture of intestine : acute peritonitis : death), par Charles Templeman (*British med. Journ.*, 25 février 1893, p. 401). — Un homme de 46 ans reçoit un coup de pied dans l'hypogastre; au bout de quelques instants, il put se relever et renverser son assaillant, tombant avec lui. Au bout d'une vingtaine de minutes, il ressentit des douleurs dans l'abdomen; puis il vomit et la douleur devint très vive; le lendemain on appela le médecin qui lui trouva le visage grippé, le pouls rapide, l'abdomen distendu; plus tard, le scrotum et le pénis devinrent aussi très distendus. Il mourut 35 heures après l'accident. A l'autopsie, on remarqua une distension énorme des parties génitales, des cuisses, de l'abdomen, de la poitrine, du cou, de la face et des épaules. Le péritoine pariétal était intact et la paroi abdominale ne présentait aucune trace de traumatisme. La cavité abdominale contenait un liquide à grumeaux et à odeur fécale; un peu au-dessus de la valvule iléo-cæcale, sur le bord libre de l'iléon, il y avait une rupture intestinale. Il y avait un ancien sac herniaire inguinal et c'est par là que dut se faire la sortie du gaz intestinal qui alla produire l'emphysème sous-cutané, puisque le péritoine pariétal était intact.

Subluxation rétroglénoïdienne du maxillaire inférieur (Ueber retro-glenoïdale Subluxation und Luxation des Unterkiefers), par Steiner (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 622). — L'auteur rapporte un cas de subluxation rétroglénoïdienne du maxillaire du côté gauche chez une femme de 30 ans qui, quelques mois auparavant, avait eu une arthrite de l'articulation temporo-maxillaire du même côté. Le travail est complété par l'historique de la question.

La question du carcinome primitif des os (Beitrag zur Frage der primæren Knochencarcinome), par Geissler (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 704). — Après avoir rappelé que le carcinome ne peut se former que là où il existe de l'épithélium, et que le volume des métastases est en raison inverse de celui du foyer primitif, l'auteur publie une observation de carcinome très volumineux de l'omoplate chez un individu qui, à ce moment, souffrait de la vessie. L'omoplate examinée, après l'ablation, était transformée en carcinome. L'examen septoscopique de la vessie, fait quelques semaines après, montra l'existence, au sommet de la vessie, d'une petite tumeur (grosse comme une pièce de 2 francs) que l'examen histologique, fait également après la résection de la vessie, permit de reconnaître pour un cancer présentant la même structure que le carcinome de l'omoplate. Le foyer primitif se trouvait donc dans la vessie.

BIBLIOGRAPHIE

Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes, par M. le Dr J. Grasset, professeur à la Faculté de Montpellier. Montpellier, C. Coulet. Paris, G. Masson, 1893.

Notre savant confrère M. Grasset a été bien inspiré en songeant à écrire un livre aussi pratique, aussi utile que le petit ouvrage qui, dit-il, « résume simplement et sans phrases la thérapeutique journalière d'un médecin de province ». Maintes fois déjà nous avons affirmé combien il était nécessaire d'apprendre aux jeunes médecins à faire un choix parmi les médications si souvent prônées alors qu'elles n'ont aucune utilité réelle, si souvent dénigrées alors qu'elles peuvent être efficaces. Nous avons dit aussi qu'il appartenait aux maîtres, à ceux qui ont beaucoup vu, beaucoup réfléchi sur les questions de thérapeutique, de ne pas dédaigner ces œuvres de vulgarisation qui deviennent, lorsqu'elles sont bien comprises, des ouvrages d'enseignement.

Ce que M. Grasset vient de faire, nous l'avons tenté, à un point de vue un peu différent, dans le supplément que nous avons fait paraître en tête de la deuxième édition de notre *Dictionnaire usuel*. Comme lui, nous avons tracé quelques indications générales et donné quelques formules dont nous avions personnellement pu apprécier l'utilité. On comprendra donc le plaisir que nous avons à signaler et à recommander le nouveau travail d'un savant auquel nous devons déjà plusieurs ouvrages de longue haleine et d'une grande portée scientifique et pratique.

Il serait tout à fait impossible d'analyser sérieusement un livre de ce genre. Il faudrait citer plusieurs de ses chapitres pour en bien faire ressortir la valeur. Disons seulement que tous les médecins se trouveront bien d'avoir sur leur table de travail et de consulter dans les cas de doute les traitements indiqués par M. Grasset. Ils sont presque tous marqués au coin d'une grande sagacité clinique et d'une expérience consommée. Nous n'aurions à faire qu'une petite réserve au sujet des doses d'arséniate de soude qui nous paraissent trop fortes (un centigramme par jour pendant vingt jours consécutifs) et de sulfonal (0 gr. 50) qui sont, au contraire, un peu faibles; mais ce ne sont là que des détails soulignés en passant. L'ensemble est excellent et, nous le répétons, un travail de ce genre fait le plus grand honneur au professeur éminent qui a compris le service qu'il rendait en condescendant à l'écrire.

L. Lereboullet.

Guide de thérapeutique générale et spéciale, publié sous la direction de M. A. Auvard, par MM. Auvard, Brocq, Chaput, Delpeuch, Desnos, Lubet-Barbon, Trousseau. Paris, O. Doin, 1893.

C'est aussi un très bon livre que le *Guide de thérapeutique* écrit par les collaborateurs de M. Auvard. Il se rapproche de celui de M. Grasset par l'ordre alphabétique suivant lequel sont classées les maladies dont on donne le traitement. Il en diffère par l'étendue donnée à la discussion des indications thérapeutiques et par le nombre des sujets traités. Ici peu de formules mais un résumé très pratique et très concis des médications jugées utiles. M. Auvard y a traité la partie obstétricale et gynécologique ; M. Brocq y a résumé son beau traité de thérapeutique cutanée ; à M. Chaput incombait la tâche de résumer toute la thérapeutique chirurgicale et à M. Delpeuch celle de traiter toute la thérapeutique médicale ; enfin des spécialistes choisis parmi les plus distingués, M. Desnos, M. Lubet Barbon et M. Trousseau ont écrit sur les affections de la vessie, sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles et sur les maladies des yeux des chapitres du plus grand intérêt. En s'adressant à des médecins et à des chirurgiens des hôpitaux dont l'éloge n'est pas à faire et à des spécialistes bien connus par leurs travaux et par leurs succès pour rédiger ce guide de thérapeutique, M. Auvard était assuré de faire une œuvre recommandable. Il y a réussi.

L. L.

Traité des maladies de l'enfance, par J. Comby, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. petit in-8°, de 872 pages, Paris (sans date), Rueff éditeur.

M. Comby a résumé dans ce volume, qui a les allures d'un manuel plutôt que d'nn traité, l'histoire des maladies de l'enfance. Des descriptions claires, parfois un peu concises en raison de l'étendue, trop faible à notre avis, de l'ouvrage, mais toujours suffisantes pour montrer les caractéristiques infantiles de chaque maladie, font de ce livre un ouvrage très utile pour quiconque a besoin de notions rapides et précises sur la pathologie de l'enfance.

Après quelques notions préliminaires, un peu écourtées peut-être, d'étiologie et d'hygiène infantiles, M. Comby passe en revue successivement toutes les affections que l'on peut rencontrer chez les enfants, qu'elles leur soient exclusives ou communes avec les adultes, en les divisant en maladies générales et maladies locales.

Quelques points de sa classification prêteraient à la critique, lorsqu'on voit par exemple le pemphigus et le purpura rangés, dans les maladies infectieuses, entre l'érysipèle et la suette, le sclérème des maladies de la peau à côté des érythèmes ; mais quelle classification est sans défaut ?

L'auteur a utilisé largement, il s'en vante d'ailleurs, les travaux de ses devanciers ; mais sur plus d'un point il expose le résultat de ses propres recherches, et personne ne s'en plaindra. M. Comby, en dépit de sa modestie excessive qui le fait se présenter dans sa préface comme un débutant, est, en effet, de ceux qui peuvent le plus justement parler au nom de leur expérience personnelle : une longue pratique dans les hôpitaux et les dispensaires d'enfants, les travaux estimés qu'il a publiés sur un grand nombre de questions de pédiatrie lui ont acquis une juste autorité en matière de pathologie infantile.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Technique d'électrothérapie, par G. Gautier et J. Larat. Paris, 1893. Maloine, éditeur.

Ce volume est le premier d'une série dans laquelle les auteurs se proposent de tenir le public médical au courant des nouveaux procédés de l'électrothérapie. Après avoir consacré un tiers de l'ouvrage à des considérations d'électro-biologie, ils réservent les deux autres tiers à l'électrolyse interstitielle et à l'étude des courants alternatifs. Ces deux applications de l'électricité ont été préconisées surtout par les auteurs, et l'on s'explique ainsi la place qu'ils leur ont faite. L'électrolyse interstitielle est indiquée presque exclusivement dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, soit comme moyen hémostatique, soit comme méthode curative. Quant aux courants alternatifs, ils produiraient, surtout employés sous forme de bains, des résultats remarquables en diverses affections nerveuses : sciatique, paralysie infantile, neurasthénie, hystérie, paralysie pseudo-hypertrophique, goutte, rhumatisme. Il modifierait, de plus, certaines éruptions cutanées.

De la fréquence des maladies vénériennes et des moyens de la faire diminuer, par Armand Laurent. Brochure in-8° de 103 pages. Paris, 1893. J.-B. Baillière, éditeur.

L'auteur fournit dans ce travail une série de documents statistiques sur les maladies vénériennes dans la ville de Rouen. Il réclame la surveillance réelle des prostituées, l'interdiction de la prostitution aux filles mineures, la diminution du nombre des cabarets et de tous les repaires de la prostitution claudestine. Son travail se termine par un rapport présenté par lui au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine-Inférieure, et adopté par cette assemblée, dans lequel il développe les mesures destinées à faire assurer la réalisation des vœux précédents.

Thèses de Paris.

Du rôle de l'organisme dans la pathogénie de quelques maladies infectieuses, par René Appert.

Le rôle de l'organisme dans la genèse de certaines maladies infectieuses est considérable. La maladie dépend plutôt de la façon dont l'organisme est impressionné par un virus que de la nature même du virus. Nous portons en nous des germes pathogènes, à l'état de microbisme latent, qui ne deviennent virulents qu'à la faveur d'un état pathologique de l'organisme. Lorsqu'un microbe atténué a repris une virulence excessive dans un organisme malade, il peut contaminer des organismes moins préparés. La prophylaxie et le traitement ne pouvant, dans la majorité des cas, arriver à atteindre et détruire l'agent bactérien, l'indication principale consistera à rendre l'organisme autant que possible réfractaire à l'infection, à fortifier et à défendre l'économie par une bonne hygiène.

Manifestations syphilitiques récidivant in situ, par Albert Delansorne. Paris, 1892. G. Steinheil, éditeur.

Parmi les formes anomales de la syphilis, il en est une qui se distingue par ses récidives apparaissant avec une persistance marquée au même siège et sous le même aspect, à l'exclusion presque absolue de toute autre manifestation. Variables d'un individu à l'autre, mais toujours semblables chez le même sujet, que la syphilis soit bénigne ou grave, ces récidives *in situ* peuvent évoluer aussi bien sous l'aspect de l'accident primitif que sous celui des accidents secondaires ou tertiaires. Les récidives *in situ* se montrent à des intervalles très variables : tantôt elles apparaissent après des périodes latentes de longue durée; tantôt elles se succèdent coup sur coup. Au siège d'accidents cicatrisés depuis longtemps on trouve encore des cellules embryonnaires capables de proliférer sous l'influence de causes multiples dont quelques-unes nous sont connues, mais dont beaucoup nous échappent. Déjà graves par la durée de la maladie qu'elles prolongent et par la résistance que beaucoup d'entre elles opposent au traitement, ces manifestations successives peuvent à tout moment abandonner le siège où elles semblaient définitivement fixées; elles ne donnent donc aucune indication pour le pronostic d'avenir. Pour empêcher les germes morbides latents d'entrer en activité, il faut un traitement préventif. Quand les accidents récidivants sont en évolution, au traitement spécifique général on joindra le traitement local chaque fois que le siège des lésions le permettra.

De la ligature et de la résection de la veine saphène interne dans le traitement des varices, par Joseph-Edmond Charrade.

Il y a lieu dans l'affection variqueuse des membres inférieurs de distinguer, d'une part, les varices généralisées, occupant surtout les veines d'origine et d'une façon secondaire les gros troncs, d'autre part les varices dans lesquelles les gros troncs superficiels et particulièrement la saphène interne forment de gros cordons variqueux. Les premières ne sont pas accessibles à une intervention chirurgicale; quant aux secondes, on peut les traiter et leur opposer une opération portant sur le tronc veineux altéré. Cette opération, l'opération de choix, est la résection de la veine. Les procédés d'exception sont la ligature percutanée, la ligature sous-cutanée et la ligature à ciel ouvert avec ou sans section. Nos opérations sur la saphène, ainsi que semblent le prouver les observations que nous avons recueillies, font quelquefois disparaître et presque toujours soulagent, au moins pour une longue période, les malades atteints d'œdème, d'ulcère, douleurs, etc. Ces accidents pourront être traités d'après la méthode que nous préconisons, mais pour qu'on puisse espérer en retirer un résultat fonctionnel appréciable, la condition *sine qua non*, c'est que la saphène soit nettement visible, dilatée, insuffisante et paraisse jouer un rôle sinon exclusif, au moins prépondérant, dans la production de ces accidents.

VARIÉTÉS

Protection de la santé publique. — Notre collaborateur et ami le Dr A.-J. Martin, poursuivant la campagne qu'il a entreprise depuis plusieurs années, a fait à Bordeaux samedi dernier et à Saumur le lendemain dimanche des conférences publiques sur la protection de la santé publique.

Ces réunions, qui ont eu le plus grand succès auprès du nombreux auditoire qui y assistait dans chacune de ces villes, ont eu surtout pour but de vulgariser les idées qui ont conduit le Gouvernement et la commission de la Chambre des députés à proposer à celle-ci le vote d'une loi, actuellement inscrite à son ordre du jour sur le rapport de M. le Dr Langlet.

L'état démographique de la France laisse en effet singulièrement à désirer. Voilà deux années (1890 et 1891) que le chiffre de nos décès l'emporte sur les naissances et ce n'est que par l'immigration étrangère que notre population se maintient sensiblement au même taux; toutefois, alors qu'il y a cent ans la population française fournissait 20 0/0 de l'ensemble des nations européennes, elle n'y figure plus aujourd'hui que dans la proportion de 12 0/0.

D'autre part, si l'on considère les causes des décès en France, on ne tarde pas à constater que les maladies infectieuses représentent le dixième du chiffre total et que les tuberculoses en forment le cinquième, soit pour toutes ces affections transmissibles une proportion d'un quart à un tiers sur le nombre ordinaire des décès. Or, s'il était possible de diminuer d'une quantité si minime fût-elle, un dixième, par exemple, les décès par ces maladies, on voit quel bénéfice ce serait pour la santé publique, soit un gain de près de 30,000 existences chaque année pour la France!

L'hygiène enseigne précisément les moyens propres à atteindre ce but: les préceptes sont connus de toute antiquité; les découvertes scientifiques modernes et les progrès de l'industrie sanitaire en ont singulièrement facilité l'application. Il reste à mettre les lois, les règlements et l'organisation administrative en harmonie avec ces découvertes et ces progrès.

En présence d'un cas d'une maladie transmissible, il convient d'en faire le plus rapidement possible la déclaration auprès de l'administration compétente afin que celle-ci puisse non moins rapidement faire transporter le malade s'il ne peut être suffisamment soigné chez lui, faire vacciner et revacciner dans l'entourage et la localité en cas de variole, désinfecter puis s'occuper de la salubrité de l'habitation et de l'assainissement de l'agglomération.

La loi proposée à la Chambre des députés faciliterait l'application de toutes ces mesures, en obligeant chaque commune à avoir un règlement sanitaire qui les prescrive et en permettant à chaque département d'assurer leur exécution. En outre, cette loi abrogerait parmi les dispositions de la loi de 1850 sur les logements insalubres toutes celles qui ont été depuis longtemps reconnues comme formant l'un des plus graves obstacles à l'assainissement des habitations; le permis de construction au point de vue sanitaire constituerait déjà une heureuse réforme.

L'organisation administrative des services d'hygiène n'est pas moins nécessaire. Déjà dix-sept villes ont en France constitué des Bureaux municipaux d'hygiène, plus ou moins calqués sur celui de Bruxelles dont on connaît les admirables et constants résultats; partout on n'a pas tardé à reconnaître qu'au fur et à mesure que ces Bureaux d'hygiène voyaient le nombre de leurs travaux s'accroître, la mortalité suivait une marche régulièrement décroissante, aussi bien pour la mortalité générale que pour la mortalité spéciale aux maladies transmissibles. La future loi permettrait aux communes d'organiser des services analogues, soit que dans une grande agglomération ils soient spécialisés à celle-ci, soit que pour des groupes de localités moins importants il puisse y avoir un service sanitaire commun. Des mesures seraient enfin prises pour obtenir, avec les meilleures garanties de compétence, le recrutement des agents chargés de diriger et de conduire ces services.

A ces conditions les populations accepteront sans difficulté d'abord et bientôt avec gratitude l'assistance qui leur serait ainsi très libéralement et très judicieusement accordée afin de diminuer les ravages de ces maladies qu'on a depuis si longtemps qualifiées d'évitables et qu'il suffit d'un peu de bonne volonté de part et d'autre et de confiance réciproque — maints exemples en font foi — pour diminuer dans une proportion de plus en plus considérable.

Souscription au monument Villemin. — Depuis la publication de notre dernière liste, nous avons reçu:

De M. le Dr Marvaud, médecin principal à Lyon. 10 fr.
De M. le Dr Sedan, médecin-major à Valence . . 10 »
De M. le professeur Verneuil, montant d'une souscription recueillie parmi les membres des sociétés de médecine de Cannes et de Nice . . . . 700 fr.

Le chiffre total des sommes adressées, jusqu'à ce jour, à la *Gazette hebdomadaire*, s'élève à 2,997 francs. Nous pouvons considérer comme définitivement close la souscription que nous avions ouverte en vue d'élever à notre regretté maître un monument digne de lui dans cette Ecole du Val-de-Grâce où toute sa vie scientifique s'est écoulée, où sa mémoire doit être honorée par tous les médecins de l'armée. Il nous reste à réaliser les intentions exprimées par nos souscripteurs; mais nous devons dès aujourd'hui les remercier d'avoir bien voulu, en si grand nombre, répondre à l'appel que nous leur avons adressé dans les colonnes de ce journal.

Les cadres du corps de santé militaire. — La commission de l'armée de la Chambre des députés vient de voter une augmentation notable du cadre des médecins militaires. Elle a décidé de proposer à l'acceptation de la commission du budget et du Parlement d'élever à 1,441 (au lieu de 1,360) le nombre des médecins de l'armée, en modifiant les cadres actuels de la manière suivante:

1 médecin inspecteur général.
10 médecins-inspecteurs au lieu de. 9
50 médecins principaux de 1re classe au lieu de. . . 45
60 médecins principaux de 2e classe au lieu de . . . 45
340 médecins-majors de 1re classe au lieu de. 320
500 médecins-majors de 2e classe au lieu de. 480

Elle n'augmente que de 20 le nombre des aides-majors (480 au lieu de 460) et cela, sans doute, parce que, si la réforme de la loi sur le service militaire des étudiants en médecine est, comme nous l'espérons, prochainement acceptée, le nombre des médecins auxiliaires admis à ne servir qu'un an dans l'armée active sera suffisant pour assurer, dans les hôpitaux et les corps de troupes, le service médical de l'armée en temps de paix. On ne saurait trop louer la direction du service de santé de l'intelligente initiative qu'elle a prise en cette circonstance. Grâce à l'augmentation des cadres, l'avancement des officiers du corps de santé pourra se faire dans de meilleures conditions; grâce à l'appel des médecins auxiliaires qui seront très nombreux, puisque tous les docteurs et internes des hôpitaux reçus à 27 ans seront sans doute appelés à remplir ces fonctions, le service des médecins de l'armée pourra être mieux dirigé et organisé dans de meilleures conditions.

Exposition internationale de médecine et d'hygiène. — A l'occasion du prochain Congrès de médecine et d'hygiène de Rome au mois de septembre prochain, il y aura une Exposition internationale de médecine et d'hygiène, avec des classes spéciales pour la Croix Rouge, la balnéologie et l'hydrologie, etc...

La ville de Rome a destiné à cet effet le palais des Beaux-Arts, placé à peu de distance du siège du Congrès médical.

L'Exposition sera ouverte du 15 septembre au 15 octobre et pourra être prorogée.

Elle comprendra les classes ci-dessous:

1° Appareils, matériaux et plans d'édifices pour recherches scientifiques et techniques de biologie, de thérapie et d'hygiène.

2° Appareils, instruments et matériaux de subside thérapeutique dans les diverses branches de la médecine.

3° Service et matériel de sauvetage.

4° Plans, modèles et matériel intéressant l'amélioration du sol et l'assainissement des villes.

5° Plans, appareils et matériel pour le service hygiénique des villes.

6° Plans, modèles et matériaux de constructions hygiéniques.

7° Appareils et matériel pour le service hygiénique dans l'intérieur des habitations et des édifices publics et collectifs.

8° Matériel, appareils et objets divers pour l'hygiène individuelle.

9° Plans, modèles, appareils et institutions pour l'hygiène de l'ouvrier.

10° Livres, photographies, atlas, lithographies, etc., de publication récente, ayant trait aux sciences médicales, à la biologie, à l'hygiène. — Classe spéciale d'hydrologie et balnéothérapie. — Classe spéciale de la *Croix Rouge italienne*.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 31 mars 1893.

De la clientèle civile des médecins militaires.

Dans un article très consciencieux et très documenté, que publient les *Archives d'anthropologie criminelle* (1893, p.151), mon ami Lacassagne vient de traiter, avec une autorité indéniable,une question de déontologie professionnelle que de mesquines querelles avaient, jusqu'à ce jour, singulièrement obscurcie. Médecin de l'armée pendant 26 ans, l'auteur de cet article n'a jamais eu de goût pour la clientèle civile; il n'est donc pas suspect à cet égard. Médecin légiste et professeur à la Faculté de Lyon, il devait se préoccuper de rechercher si la loi nouvelle sur l'exercice de la médecine donnait une solution précise aux difficultés qui se sont trop souvent élevées entre certains syndicats médicaux et l'Administration de la Guerre. Habile à rechercher dans les textes anciens et dans les documents officiels des preuves convaincantes à l'appui des doctrines qu'il aime à défendre, il a magistralement exposé l'historique de cette question et les motifs qui lui font considérer comme inéluctable une solution officielle et définitive aux conflits auxquels je viens de faire allusion. Cette solution, M. Lacassagne la propose dans les termes suivants : Le ministre de la guerre ne devrait pas défendre la clientèle ; ce serait une mesure qui diminuerait la valeur du diplôme des médecins militaires. Mais il convient que le ministre oblige les médecins de l'armée qui désireront faire de la clientèle civile à se mettre dans les conditions exigées par les lois : inscription et patente. Par l'inscription, les chefs militaires connaîtront ceux des médecins de l'armée qui exercent habituellement. Ils les déplaceront ou les blâmeront si leur conduite motive des réclamations justifiées.

Pour bien prouver que l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires n'est incompatible ni avec l'état social, ni avec les règlements de l'armée, M. Lacassagne a fait une enquête près des nations étrangères et, des renseignements qu'il a recueillis, il conclut que dans la plupart des armées européennes les médecins militaires sont autorisés à se livrer à la pratique civile. En Belgique, de plus, l'autorité militaire, afin de favoriser cette pratique et en même temps d'éviter tout conflit, oblige les médecins militaires qui ont une clientèle à se mettre en règle vis-à-vis des lois et règlements sur l'exercice de la médecine.

J'ai cru devoir exposer fidèlement les arguments développés par un médecin autorisé à traiter cette question avec autant de compétence que de désintéressement et à recommander la lecture du travail qu'il vient d'écrire à ceux qui, depuis quelques années, multiplient les pétitions en vue de faire frapper avec toute la rigueur des règlements militaires les rares médecins de l'armée dont la conduite a pu motiver de la part de leurs confrères civils quelques réclamations. Mais, pour mieux faire ressortir toutes les conclusions du travail que je viens de résumer, je crois devoir entrer dans quelques détails en me mettant au point de vue pratique.

Les règlements de l'armée *obligent* tous les médecins militaires à soigner à domicile les officiers de tous grades, leurs femmes, leurs enfants et leurs domestiques. Un médecin de régiment ou d'hôpital ne peut se soustraire à cette obligation. De par son diplôme il a acquis le droit d'exercer ; de par les règlements militaires, il doit répondre à l'appel que lui adresseront les officiers de son régiment ou, s'il est médecin d'hôpital, les officiers généraux et les fonctionnaires militaires. Ce médecin doit-il, dès lors, être soumis aux formalités de l'inscription et de la patente ? Evidemment non. Les visites qu'il fait comme médecin ne sont pas rétribuées, elles ne s'adressent qu'au milieu militaire. Sans doute on soutiendra que la clientèle gratuite ne dispense pas de la patente; mais on devra reconnaître aussi que l'exercice de la médecine dans le milieu militaire est une fonction officielle.

Mais s'il arrive que, soignant la femme ou la fille de son colonel, un médecin-major rencontre chez celui-ci un parent, un ami qui le consulte, pourra-t-il invoquer la loi Chevandier et se refuser à lui donner un conseil ? Et s'il est appelé par son colonel à soigner ce parent ou cet ami, momentanément descendu chez lui et atteint d'une

maladie accidentelle sera-t-il pas exposé à le voir dans son cabinet, ou même à lui continuer plus tard les traitements ainsi commencés? Les questions de ce genre ne paraissent pas susceptibles de deux réponses. Dès l'instant que le médecin militaire *doit* ses soins aux familles des officiers et à leurs domestiques, il doit être entraîné à faire plus ou moins de clientèle civile.

Mais celle-ci est-elle comparable à la clientèle d'un médecin fixé dans une ville, en état de répondre immédiatement à tous les appels qui lui sont adressés, plus expérimenté que le médecin d'armée, plus stable que lui? Tout esprit impartial répondra par la négative. Ce qu'il convient donc d'empêcher, au point de vue légal, le seul qui doive nous préoccuper, c'est l'exercice habituel, fréquent et *rétribué* de la médecine civile par le médecin militaire non inscrit et non patenté. S'il ouvre son cabinet à tous ceux qui voudront venir le consulter, s'il répond à toutes les réquisitions qui lui seront adressées, le médecin militaire doit se faire inscrire; il doit payer patente. Combien en est-il parmi les médecins de l'armée qui rentrent dans ces conditions? Il ne m'appartient pas de le rechercher, mais je dois affirmer, d'accord avec M. Lacassagne, que tous en auraient le droit strict, aussi bien que les professeurs qui touchent un traitement de l'Etat ou les médecins salariés par les Administrations publiques.

Quant à ceux qui se contentent de soigner les militaires ou leurs familles et de donner de-ci de-là une consultation à des amis, à des parents, à des étrangers même, il serait puéril de leur demander la justification légale de leur droit. On ne leur demande pas en cas d'épidémie, en cas d'urgence, ou encore en Algérie, en Tunisie ou au Tonkin, s'ils se sont mis en règle avec le receveur des contributions. La question de l'exercice de la médecine civile par les médecins de l'armée est donc avant tout et surtout une question de discipline militaire. Si le médecin de régiment ou d'hôpital fait bien son service, s'il ne motive aucune plainte qui puisse légitimement faire mettre en doute sa probité ou son désintéressement, l'exercice de la clientèle civile doit lui être permis. Toutes les fois qu'il en sera autrement, il appartiendra à l'autorité militaire de le changer de résidence ou de le réprimander. Nous croyons savoir que le Ministre de la Guerre est même allé plus loin et qu'afin d'éviter toute nouvelle objection venue de la part des syndicats médicaux, il a exprimé à tous les médecins de l'armée le désir de les voir se consacrer exclusivement à leurs obligations militaires, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels. Nous regretterions que la circulaire dont on nous a parlé fût trop impérative et nous croyons avec M. Lacassagne que les médecins de l'armée qui se seraient soumis à toutes les obligations de la loi devraient pouvoir compter toujours, s'ils remplissent dignement et consciencieusement leur devoir de médecin, non seulement sur l'indulgence, mais encore sur l'approbation de leurs chefs militaires.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

La rate dans les maladies infectieuses.

Les maladies infectieuses retentissent presque constamment sur la rate, et déterminent le plus souvent une hypertrophie, parfois considérable, de cet organe.

Cette loi comporte un certain nombre d'exceptions: dans la fièvre jaune, dans la dysentérie, la rate ne paraît pas altérée, tout au moins son volume n'augmente-t-il pas; il est possible cependant que son parenchyme subisse des modifications que, seule, une étude minutieuse pourra dévoiler plus tard.

C'est surtout dans la fièvre typhoïde que l'état de la rate a fixé l'attention des observateurs; Morgagni avait signalé l'hypertrophie de cet organe au cours de maladies fébriles qu'il est facile de rattacher à la fièvre typhoïde; quelques auteurs allèrent même jusqu'à faire de l'altération de la rate la caractéristique de la dothiénentérie et décrivirent ainsi des splénites épidémiques et contagieuses (1). Mais si la rate est en effet altérée, il faut remarquer que les autres glandes hématopoiétiques sont atteintes d'une façon analogue.

L'hypertrophie de la rate débute, comme on sait, au milieu du premier septénaire de la fièvre typhoïde; elle augmente jusqu'à la fin de la deuxième semaine et peut s'accompagner d'hémorrhagies intra-parenchymateuses et, exceptionnellement, aboutir à la rupture de l'organe. Cette rate volumineuse, molle, diffluente, ne présente au microscope que des lésions banales. Billroth soutint que les cellules endothéliales, qui tapissent la paroi interne des veines, tombent dans la lumière des vaisseaux et, entraînées par le courant sanguin, vont déterminer dans le foie des altérations secondaires. Mais ce processus n'a pas été vu par les auteurs qui ont repris la question; les lésions les plus importantes portent, en effet, sur les cellules lymphatiques qui se tuméfient, dont les noyaux prolifèrent, dont le protoplasma devient granuleux et qui peuvent englober jusqu'à huit et dix hématies.

La rate est hypertrophiée dans le typhus exanthématique, dans la tuberculose aiguë, dans un grand nombre de fièvres éruptives; mais il n'en est pas toujours ainsi; parfois, au cours de la variole hémorrhagique, la rate est petite, dure, noire et brillante. Elle est rétractée à la période algide du choléra; elle devient volumineuse s'il se produit des manifestations typhoïdes.

Gerhardt (2) a montré que la pneumonie s'accompagne souvent d'hypertrophie splénique; c'est ce qu'il a noté 18 fois sur 25 cas; 6 fois l'hypertrophie rétrocéda au moment de la défervescence, dix fois elle persista longtemps, pendant trois et quatre semaines; enfin, dans quelques cas, le volume de l'organe augmenta encore après la crise.

Les mêmes variations peuvent s'observer dans l'érysipèle, qui par sa marche cyclique et son évolution, se rapproche nettement de la pneumonie.

Les infections chroniques n'épargnent pas davantage l'organe que nous étudions; il suffit de rappeler ce qui se passe dans la syphilis, à la période secondaire, et surtout dans le paludisme.

L'hypertrophie de la rate avait déjà été signalée par Hippocrate chez les individus buvant de l'eau des marais; dans les cas aigus, la glande atteint généralement 500 à 600 grammes; elle est ramollie, friable, brunâtre; dans

(1) Besnier, art. Rate, *Dict. encycl. des sciences méd.*, 3e série, t. II, p. 508.
(2) Gerhardt, Ueber Milzschwellung bei Lungenentzündung, *Charité Annalen*, p. 235, 1888.

les cas chroniques son poids peut s'élever à 800 et 1,000 gr.; sa consistance est accrue; de nombreuses adhérences la relient aux parties voisines.

En même temps, la rate renferme du pigment mélanique : ce sont des grains arrondis, contenus dans les cellules ; si la mort a lieu pendant un accès, la veine splénique et la veine porte renferment des cellules mélanifères qui vont s'arrêter dans le foie; si le sujet succombe pendant une période apyrétique, le pigment n'occupe que le parenchyme splénique.

Dans tous les organes et dans tous les tissus où il se rencontre, le pigment ne se trouve qu'au niveau des vaisseaux ; dans la rate et la moelle osseuse, il occupe les cellules ; c'est dans ces points qu'il semble prendre naissance, aux dépens des globules altérés et détruits par les hématozoaires du paludisme (1).

A côté du pigment mélanique, il existe un pigment ocre qui, contrairement au précédent, est peu abondant dans le sang et infiltre les parenchymes; dans la rate, ce sont des granulations brunes, très fines, libres ou englobées dans les cellules.

Nous devons faire encore une place à part à la fièvre récurrente. Pendant les accès, les spirilles envahissent le sang; pendant la période d'apyrexie, ils s'accumulent dans la rate, tandis que les autres viscères n'en contiennent pas : c'est du moins ce qui ressort des recherches que Metchnikoff et Soudakéwitch (2) ont poursuivies sur des singes; ces savants ont vu les parasites dévorés par les macrophages de la rate; c'est un exemple très remarquable de phagocytose.

II

L'histoire de la fièvre récurrente nous a fait quitter le terrain de la médecine clinique et nous a conduits à l'étude des faits expérimentaux.

Les maladies infectieuses, inoculées aux animaux, déterminent presque toutes une hypertrophie considérable de la rate. C'est ce qu'on observe notamment dans le charbon. Martinotti et Barbacci (3) ont étudié avec soin les altérations qui surviennent dans ce cas; d'après ces auteurs, les cellules de la pulpe prennent un aspect granuleux; les noyaux se colorent difficilement; les espaces inter-cellulaires sont dilatés et renferment une substance vitreuse ; entre les cellules s'accumule un pigment jaune, granuleux, provenant de la destruction des hématies; ce pigment peut aussi s'observer, ainsi que des débris de globules, dans l'intérieur des cellules; plus tard celles-ci sont mortifiées et il se forme de petits foyers de nécrose. Les follicules sont augmentés de volume et sont le siège d'une active karyokinèse; cette prolifération cellulaire est due probablement aux produits sécrétés par les bactéridies; car celles-ci se rencontrent exclusivement dans la pulpe.

La rate est également très volumineuse dans l'infection par le streptocoque; dans la tuberculose et dans les pseudo-tuberculoses, dans la morve, elle est fortement hypertrophiée et criblée de granulations.

D'après Gamaléia (4), le pneumocoque peu virulent tue le lapin en quelques jours; la rate est très grosse et gorgée de sang; si la culture est très active, la mort survient en 5 ou 6 heures, la rate n'est ni volumineuse ni congestionnée. Le même expérimentateur obtient la splénomégalie en employant des microbes pathogènes (rouget, tuberculose) ou non pathogènes (B. subtilis, B. prodigiosus), en se servant de cultures stérilisées par la chaleur (morve, tuberculose, B. prodigiosus) ou même en injectant au lapin du sang de pigeon ou du lait. Dans tous les cas, l'hypertrophie de la rate et son hypérémie sont suivies d'une élévation de la température. Or, ayant observé que les bactéries se déforment et s'atténuent dans la rate, Gamaléia soutint qu'il se produisait, dans cet organe, une phagocytose énergique; l'élévation thermique ferait suite à l'activité des macrophages et à la destruction des éléments figurés ; ce serait un phénomène secondaire; la fièvre traduirait une réaction de l'organisme.

Si l'on admet ces conclusions, on conçoit quel intérêt s'attache à l'étude des infections chez les animaux splénotomisés. Aussi, dès 1888, avions-nous entrepris sur ce sujet une série d'expériences qui sont restées inédites. Nous avions extirpé la rate à un certain nombre de lapins; puis, au bout de deux, trois ou quatre jours, nous leur avions injecté dans les veines quelques gouttes d'une culture charbonneuse, plus ou moins virulente; les résultats furent très discordants : tantôt les animaux dératés périrent avant les témoins; tantôt ils succombèrent plus tard; c'est ce qui nous empêcha de publier nos recherches.

La même variabilité se retrouve dans les expériences de Kourloff, qui eut le tort d'introduire les microbes par la voie sous-cutanée, et dans celles de Martinotti et Barbacci qui inoculèrent le charbon quelques semaines ou quelques mois après la splénotomie.

Tout autre fut la conclusion de Bardach (1). L'auteur opéra sur des chiens : vingt-cinq animaux témoins furent inoculés avec du charbon, par voie intra-veineuse : vingt résistèrent; vingt-cinq dératés furent inoculés de même; il n'y eut en que six qui ne périrent pas. Bardach a opéré aussi sur des lapins; 35 animaux furent dératés et, après un laps de temps qui varia de un à trois mois, ils reçurent du premier vaccin; vingt-six moururent, neuf survécurent à l'inoculation, ce qui prouve déjà que la rate n'est pas la seule cause de l'immunité. On est même porté à admettre que son rôle protecteur est assez secondaire, puisque son extirpation, tout en diminuant la résistance aux virus atténués pour une espèce, ne modifie en rien l'évolution des microbes vraiment actifs; elle n'influence même pas les phénomènes de l'infection. Martinotti et Barbacci ont montré que l'évolution du charbon virulent est la même, que les animaux soient ou non pourvus de leur rate. La courbe thermique est identique dans les deux cas; la seule différence, c'est que, chez les dératés, la leucocytose semble plus abondante; ce résultat s'explique par une activité plus grande des phénomènes karyokinétiques qui se passent au niveau de la moelle osseuse.

Nous ferons remarquer que l'étude de la température, chez les animaux infectés après la splénotomie, tend à ruiner la théorie de Gamaleia, qui faisait jouer un grand rôle à la rate dans la physiologie pathologique de la fièvre et avait cru trouver dans cet organe une substance thermogène qui y prendrait naissance au cours des pyrexies.

De tous les faits que nous avons exposés, on peut conclure que l'importance de la rate dans les infections est moins considérable qu'on ne l'avait cru tout d'abord; mais il semble établi, par les recherches de Bardach, que

(1) Kelsch et Kiener, *Traité des maladies des pays chauds*, Paris, 1889.

(2) Soudakewitch, Recherches sur la fièvre récurrente. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1891, p. 515.

(3) Martinotti und Barbacci, Ueber akute Mitzenschwellung bei Infektionskrankheiten. *Centralbl. für allgemeine Pathologie*, Bd I, n° 2, 1890. — Ueber die Physiopathologie des Mitzbrandes. *Fortschr. der Medicin.*, Bd. IX, n° 9-11, 1891.

(4) Gamaléia, Destruction des microbes dans les organes fébricitants, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888, p. 229.

(1) Bardach, Recherches sur le rôle de la rate dans les maladies infectieuses. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1889, p. 577; 1891, p. 40.

cet organe protège réellement l'organisme contre certains virus peu actifs. Il nous faut rechercher l'explication de ce résultat.

III

Bardach invoqua la phagocytose, et, avant lui, Gamaleia avait émis une hypothèse analogue. Mais, à cette époque, on commençait à peine à entrevoir l'action protectrice du sérum; aujourd'hui que d'innombrables travaux ont mis hors de conteste l'importance des propriétés bactéricides des humeurs dans le mécanisme de l'immunité, la question était à reprendre; elle présentait d'autant plus d'intérêt que les recherches de Hankin (1) ont démontré la présence dans la rate d'une globuline fortement microbicide. Dans un travail récent, Montuori (2) a abordé ce nouveau côté du problème et a rapporté des faits fort intéressants qui peuvent servir à éclairer bien des points obscurs.

Montuori opère sur des chiens et des lapins, les uns normaux, les autres dératés; il prend du sang, le défibrine et étudie son pouvoir microbicide sur le bacille typhique, le vibrion cholérique et la bactéridie charbonneuse. Or, pendant les quinze premiers jours qui suivent la splénotomie, le pouvoir bactéricide du sang reste normal; puis il diminue et disparaît presque complètement; mais cette modification est passagère et, au bout de quatre mois environ, le sang a repris son action protectrice. Ces divers changements s'accomplissent plus rapidement chez les animaux jeunes que chez les animaux âgés, plus rapidement aussi chez les lapins que chez les chiens.

Voilà donc deux éléments de déterminisme dont on n'a pas suffisamment tenu compte jusqu'ici : l'âge des animaux et le temps écoulé depuis l'opération. Il faudrait reprendre la question et rechercher s'il existe un parallélisme entre les modifications du sang et les variations de l'immunité. Peut-être trouvera-t-on ainsi la cause des divergences qu'on relève dans les divers travaux que nous avons cités.

Les expériences de Montuori auront, en tout cas, le mérite d'avoir bien mis en évidence le rôle hématopoiétique de la rate; elles démontrent encore que cette glande peut être suppléée par d'autres organes, puisque, au bout de quelques mois, le sang a récupéré son pouvoir bactéricide.

Montuori a complété très heureusement ses expériences en recherchant quelles étaient les modifications chimiques qui survenaient dans le sang des dératés. Il a reconnu que le pouvoir bactéricide du sang normal est dû, comme l'a montré Ogata, à un véritable ferment; ce ferment, très abondant dans le sang et dans la rate, fait défaut dans le sang devenu inactif par suite de la splénotomie.

IV

L'immunité procurée par une vaccination dépend surtout des modifications que subissent les propriétés bactéricides des humeurs. On est donc conduit à se demander si ces modifications peuvent se produire quand la rate a été extirpée.

Bardach avait observé que les chiens dératés qui, par exception, avaient résisté au charbon, pouvaient succomber plus tard à une deuxième inoculation virulente.

(1) Hankin, A bacteria-killing globuline. *Proc. Roy. Soc.* London, XLVIII, p. 93.

(2) A. Montuori, Influenza dell ablazione della milza sul potere microbicida del sangue. *La Riforma medica*, 1893, I, p. 472 et 485.

Mais ce sont surtout les recherches de Tizzoni et Cattani (1) qui ont appelé l'attention sur ce point. Ces auteurs tentent de vacciner contre le tétanos des lapins ayant subi, de 15 à 45 jours auparavant, l'extirpation de la rate; les animaux ne deviennent pas réfractaires. Le résultat est extrêmement intéressant, mais, moins que tout autre, il n'est pas susceptible de généralisation; le tétanos est une maladie plutôt toxique qu'infectieuse; l'immunité est créée par une augmentation du pouvoir toxinicide et non du pouvoir bactéricide des humeurs. Aussi attachons-nous plus d'importance aux recherches poursuivies avec le pneumocoque.

Malheureusement les résultats sont assez contradictoires. Cesaris-Demel (2) injecte des cultures filtrées de pneumocoque à un lapin dératé; huit jours plus tard il pratique une inoculation virulente et voit l'animal succomber aussi vite qu'un lapin neuf pris comme témoin. Mais l'expérience est unique; une conclusion ferme est donc impossible; le doute est d'autant plus légitime que Foa et Scabia (3), dans des conditions presque identiques, ont obtenu des résultats bien différents; ils opèrent sur des animaux dératés depuis 15 ou 20 jours et constatent qu'on peut les vacciner contre le pneumocoque aussi facilement que s'ils n'avaient pas été opérés. Les mêmes auteurs ont étudié les propriétés des extraits préparés avec la rate des animaux vaccinés; ils ont vu que ces extraits peuvent conférer l'immunité contre le pneumocoque; mais le même résultat s'obtient avec les autres organes; enfin les extraits spléniques sont incapables de sauver les animaux déjà inoculés; ils ne renferment donc pas l'antitoxine qui se trouve dans le sérum.

Des résultats obtenus par Foa et Cattani on peut rapprocher ceux auxquels Kanthack (4) est parvenu. Cet auteur a expérimenté avec le bacille pyocyanique et a constaté que l'extirpation de la rate n'abolit pas l'immunité produite par une vaccination antérieure; il a reconnu, d'autre part, que, malgré l'opération, les animaux peuvent être rendus réfractaires soit au moyen des matières solubles, soit par injection sous-cutanée de petites doses de cultures virulentes; cette dernière expérience prouve, en même temps, que l'animal n'a pas perdu la résistance contre le microbe. Enfin, Kanthack s'est assuré que chez l'animal vacciné, qu'il soit ou non dératé, le sang a acquis de notables propriétés bactéricides et thérapeutiques.

V

Les faits expérimentaux se rapportant au rôle de la rate dans les infections sont trop peu nombreux pour permettre des conclusions absolument fermes; il s'en dégage pourtant quelques résultats intéressants.

L'extirpation de la rate ne modifie pas l'immunité naturelle vis-à-vis des microbes virulents (Roger, Kourloff, Martinotti et Barbacci); elle diminue ou abolit la résistance aux virus faibles ou atténués (Bardach).

L'évolution des microbes virulents n'est nullement modifiée par la splénotomie (Martinotti et Barbacci, Kanthack); la température augmente également, que les animaux soient intacts ou dératés; les microbes passent dans le sang au bout du même temps, la leucocytose se pro-

(1) Tizzoni und Cattani, Ueber die Wichtigkeit der Milz bei der experimentellen Immunisirung des Kaninchens gegen den Tetanus. *Centralb. für Bakteriologie*, Bd XI, S. 325. 1892.

(2) Cesaris-Demel, Contributo allo conoscenza della milza nelle malattie infettive. *La Riforma medica*, p. 40, t. III, 1891.

(3) Foa e Scabia, Sulla immunita e sulla terapia della pneumonite. *Gaz. med. di Torino*, n° 13, 14 e 16, 1892. — *La Riforma medica*, p. 92, t. II, 1892.

(4) Kanthack, Ist die Milz von Wichtigkeit bei der experimentellen Immunisirung des Kaninchens gegen den B. pyocyaneus? *Centralbl. für Bakteriologie*. Bd XII, h. 227, 1892.

duit dans les deux cas, mais elle est parfois plus marquée chez les animaux dératés.

La splénotomie n'abolit pas la résistance créée par une vaccination antérieure (Kanthack).

Les animaux splénotomisés ne peuvent être prémunis contre le tétanos (Tizzoni et Cattani); ils peuvent être rendus réfractaires contre le bacille pyocyanique (Kanthack) et probablement aussi contre le pneumocoque (Foa et Scabia).

Quand les animaux dératés ont été vaccinés, leur sang présente les modifications de l'état bactéricide (Kanthack) qui caractérisent et expliquent l'immunité artificielle.

Les conclusions que nous avons tirées des expériences relatées dans cet article ne doivent être acceptées qu'avec une certaine réserve; c'est qu'en effet les auteurs n'ont pas suffisamment tenu compte de certains éléments qui peuvent faire varier les résultats. C'est ce qui ressort de l'intéressant travail de Montuori; la splénotomie diminue les propriétés bactéricides du sang, mais cette modification n'apparaît qu'au bout de quelques semaines et a disparu au bout de quelques mois. La question est donc complètement à reprendre; il faudra voir si la résistance des animaux subit des variations parallèles aux modifications des humeurs : si cela est, on aura l'explication de certains faits contradictoires; on aura en même temps une nouvelle démonstration du rôle dévolu aux propriétés bactéricides des humeurs, dont l'importance nous semble aujourd'hui indiscutable.

Roger.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'actinomycose humaine, par le Dr Rochet, chirurgien de l'Antiquaille (Lyon).

Les observations d'actinomycose humaine sont encore rares chez nous; à dire franchement, on en trouve une dizaine tout au plus (cas de Nocard, de Darier, de Doyen, de Guermonprez, de Poncet, etc.), tandis qu'à l'étranger, en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, elles sont si fréquentes qu'elles en sont devenues banales presque. Les chirurgiens étrangers nous accusent de ne pas savoir reconnaître l'infection, ou de ne pas tâcher de la dépister dans les cas de maladies des mâchoires que nous observons. C'est là une petite perfidie gratuite; en effet, nos vétérinaires (qui eux la cherchent minutieusement) ne rencontrent pas aisément l'actinomycose, et, comme le disait M. Nocard (1), quand ils ont besoin *« d'une langue de bois »* (c'est là le nom vulgaire de l'actinomycose linguale), ils écrivent à leurs collègues étrangers qui en ont toujours à leur disposition. Depuis 10 ans, M. Nocard, bien qu'il la recherche avec persévérance, n'a trouvé que trois cas d'actinomycose pulmonaire et un cas de tumeur maxillaire.

Il faut donc bien convenir que l'affection est très irrégulière comme distribution géographique, et qu'en France notamment, il est vraiment curieux d'observer un cas d'infection actinomycique humaine, et intéressant de le publier. Mais il y a plus, et il n'y a pas seulement un intérêt de fait divers peu commun à faire connaître soigneusement chacun des cas observés. Malgré le nombre déjà considérable des observations étrangères et des travaux sur la question, beaucoup de points sont encore tout à fait inconnus quant au mode de transmissibilité, quant au siège habituel et au véhicule du parasite; et ce n'est qu'à l'aide des faits patiemment interrogés comme étiologie, comme mode de contagion, qu'on pourra combler ces lacunes. L'usage des céréales crues ou peu cuites comme le blé et l'orge, la fréquentation des bestiaux sont notés partout, par exemple, comme causes ordinaires de la contagion; or, notre observation s'adresse à un sujet tout à fait en dehors de ces deux conditions, mais qui, par contre, peut fournir matière à une interprétation étiologique toute particulière. Voici du reste le fait avec détails, et nous citons *in extenso* l'observation recueillie avec soin par M. Nové-Josserand, interne de la clinique de M. Ollier, que nous avions l'honneur de suppléer pendant quelques jours.

Observation. — Barthélemy S..., âgé de 43 ans, exerçant la profession de coquetier. Entré à l'Hôtel-Dieu, le 18 janvier 1893.

Les antécédents héréditaires du malade sont peu intéressants : son père et sa mère, une de ses sœurs sont morts de maladie indéterminée; il a encore un frère et deux sœurs en bonne santé.

Il est marié, père de 5 enfants dont un seul est mort en nourrice, les autres sont bien portants. Sa femme, bien portante aussi d'habitude, était atteinte au moment de l'entrée du malade à l'hôpital d'une affection présentant quelque analogie avec celle dont le malade est porteur, mais qui paraissait assez nettement être d'origine dentaire.

Le malade lui-même est robuste, il n'a jamais eu de maladie sérieuse : à l'âge de 15 ou 16 ans, il aurait eu une blennorrhagie, aucun accident vénérien depuis, et rien qui puisse faire penser à de la syphilis.

Il exerçait jusqu'à ces dernières années la profession de camionneur; depuis trois ans il s'occupe de l'élevage d'animaux domestiques, poules, et plus particulièrement de jeunes pigeons.

Pour nourrir ces derniers, il se sert exclusivement de grains de millet qu'il leur fait prendre de bouche à bouche : remplissant sa bouche de grains, il les introduit dans le bec entr'ouvert du pigeon qu'il applique contre ses lèvres. Il emboque ainsi en moyenne chaque jour 300 pigeons. Le malade raconte que fréquemment ses pigeons sont atteints de stomatite, mais qu'il ne s'en inquiète pas; il ne croit pas avoir jamais été blessé par eux et n'a jamais eu d'ulcérations sur les lèvres.

Au mois d'octobre 1892, le malade vit apparaître un peu au-dessous de la commissure labiale droite une petite tuméfaction qui augmenta peu à peu de volume et au bout de 14 à 15 jours, s'ouvrit spontanément sans avoir provoqué de réaction inflammatoire bien intense. Il s'écoula une quantité relativement considérable de *pus jaune* et assez épais, puis une fois vidé l'abcès se referma sans laisser de fistules, mais seulement une petite induration qui persiste encore aujourd'hui.

Environ 15 jours après, le malade éprouva une difficulté de plus en plus marquée pour ouvrir la bouche, et en même temps il vit se développer sous la région masséterine droite une tuméfaction qui augmenta lentement, sans douleurs, et au bout de 15 ou 20 jours s'ouvrit spontanément vers l'angle de la mâchoire par deux orifices qui donnèrent issue à une faible quantité de pus, un peu moins jaune que celui du premier abcès. Depuis cette époque l'affection est demeurée stationnaire, sans aucun suintement au niveau des fistules.

Le 28 décembre le malade se fit enlever du côté malade deux dents qui furent reconnues saines; cette intervention ne modifia pas sensiblement son état, il éprouva même des douleurs un peu plus vives et son trismus persista au même degré.

État actuel. — A son entrée dans le service, le malade se présentait avec l'état suivant :

Son état général est demeuré excellent; il a bon appétit, n'a pas maigri et n'éprouve aucun malaise général. Il a un peu de bronchite, mais celle-ci semble légère et sans gravité; l'examen soigneux du poumon est absolument négatif.

Sur aucun point du corps il ne présente ni tuméfaction ni traces de fistules.

En examinant la région buccale, on constate d'abord un trismus assez marqué pour que les arcades dentaires ne

(1) *Congrès d'hygiène et de démographie.* Londres, 1891.

puissent qu'à peine s'écarter l'une de l'autre; rien dans la bouche, les dents paraissent toutes saines et le doigt introduit le long du maxillaire et l'explorant aussi loin que le permet le trismus, ne perçoit rien d'anormal.

Rien non plus sur les lèvres; un peu en arrière et au-dessous de la commissure des lèvres, à droite, on trouve une petite nodosité grosse comme un pois, assez dure, tout à fait indolore; c'est, dit le malade, le reste de son premier abcès. Pas de traces de fistule à ce niveau.

L'affection paraît localisée surtout aux régions massétérine et buccale droites. A ce niveau on constate une tuméfaction diffuse, mal limitée et qui déborde un peu sur les régions voisines : en haut, vers la région temporale, au niveau de laquelle elle s'étend assez haut, en arrière vers la région parotidienne qu'elle semble recouvrir; en bas elle se prolonge au-dessous de la mâchoire inférieure dans la région sus-hyoïdienne latérale.

Il n'y a pas de changements de couleur de la peau; pas de chaleur, très peu de douleur à la pression, sauf en arrière au niveau de la branche montante, et vers la partie moyenne de l'arcade zygomatique où l'on trouve des points douloureux assez nets. Au niveau du bord inférieur du maxillaire, près de son angle, il existe deux orifices fistuleux étroits, non déprimés et ne donnant issue à aucun liquide.

Sur toute l'étendue de la tuméfaction, la peau est épaissie, œdémateuse, de consistance dure; cela est particulièrement sensible sur les bords postérieur et inférieur du maxillaire où il semblerait presque que la tuméfaction fasse corps avec le maxillaire. La consistance est à peu près partout la même, rénitente, presque dure; pourtant au niveau de la face externe du masséter on trouve en un point une fluctuation assez manifeste.

Les phénomènes subjectifs sont à peu près nuls; le malade ne souffre pas, seule la pression fait naître de la douleur le long de la branche montante et vers la région temporale.

Opération le 23 janvier 1893. — Après anesthésie, on pratiqua une incision en L embrassant l'angle de la mâchoire. La peau incisée présentait un aspect très spécial : elle était très épaissie, deux à trois fois son épaisseur normale; sa consistance très augmentée rappelait celle du carton mouillé. Après avoir incisé jusqu'à l'os et reconnu que celui-ci était sain et n'était pas le point de départ des fistules, on fut amené, en suivant les trajets fistuleux, à ouvrir une petite collection purulente située sur la face externe de la branche montante, entre celle-ci et le masséter dont on avait dû détacher les insertions inférieures. Il s'écoula environ une cuillerée *de pus assez épais, fortement coloré en jaune par de petites masses jaunes rappelant assez bien l'apparence de cristaux d'iodoforme en suspension dans du pus*. L'examen microscopique de ce pus montra, séance tenante, l'existence de l'actinomycès à son intérieur (1).

Après avoir nettoyé et lavé le foyer de l'abcès et s'être assuré qu'il n'existait pas de point osseux sous-jacent, j'en touchai les parois avec des tampons imbibés de solution phéniquée forte et en bourrai la cavité de gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent très simples. Au bout de quatre à cinq jours le trismus commença à diminuer pour disparaître ensuite complètement; la suppuration toujours peu abondante fut rapidement tarie, et au bout de huit jours le malade put quitter l'hôpital, sa plaie étant en voie de cicatrisation.

Nous l'avons revu le 27 février. Sa plaie est complètement cicatrisée, les tissus ont repris leur épaisseur et leur souplesse normales, le trismus a complètement disparu. L'état général est demeuré excellent.

Voilà donc un cas très sûr d'actinomycose péri-maxillaire observé à Lyon, quelques semaines après celui de M. le prof. Poncet (2). Est-ce à dire que l'actinomycose s'étend rapidement dans notre région? Non certes; mais peut-être ne l'a-t-on pas assez cherché jusqu'ici; et, pour notre part, nous avouons très volontiers que c'est en souvenir du cas de M. Poncet que nous avons fouillé plus attentivement l'examen de notre malade, et que M. Rivière, interne du service, a eu l'heureuse idée de le trier parmi les nombreux cas qui se présentent chaque jour au pansement de la Clinique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, ASPECT CLINIQUE ET MARCHE DE L'ACTINOMYCOSE.

Le chemin suivi par l'inoculation est très nettement indiqué chez notre malade. L'accident initial, c'est le petit abcès de la face interne de la joue, auquel le sujet ne prêta nulle attention, qui s'ouvrit spontanément, et d'où sortit une matière puriforme dont la coloration jaune fut remarquée par le malade. De là, le parasite progressait vers la branche horizontale du maxillaire inférieur où s'ouvrirent successivement deux autres abcès, l'un vers la partie antérieure de cette branche horizontale, l'autre à la partie postérieure, un peu en avant de l'angle de la mâchoire. Ces deux abcès étaient encore représentés, quand nous vîmes le malade, par les deux fistules qui s'échelonnaient d'avant en arrière sous le bord inférieur du maxillaire. Enfin, il s'était formé un dernier abcès dans la région préparotidienne, entre le masséter et la branche montante du maxillaire, abcès profond que nous avons ouvert au cours de l'opération et qui déterminait, avec de l'œdème inflammatoire à distance sur la région zygomatique et temporale et dans tout le voisinage de l'angle maxillaire, la contracture serrée, le trismus qui gênait si fort notre homme.

C'est donc aussi sous forme d'abcès multiples, successifs, en chapelet pour ainsi dire, que l'actinomycès a révélé ses désordres. Les deux abcès ouverts spontanément et terminés par fistules ont laissé à leur suite un empâtement tout le long de la branche horizontale du maxillaire, une sorte de phlegmon chronique adhérent à l'os et qui pouvait en imposer pour une véritable lésion osseuse sous-jacente. Mais nulle part, même sur la branche montante contre laquelle l'abcès massétérin était directement appliqué, il n'y avait d'ostéite ou de dénudation maxillaire; *l'inflammation était partout parostale*. Donc, pas de lésions osseuses, malgré l'apparence d'ostéite. En outre, le *système ganglionnaire péri-maxillaire était indemne*, et les abcès n'avaient aucun rapport avec les ganglions de la région; comme structure ils ne rappelaient en rien les abcès ganglionnaires, avec leurs coques en général très reconnaissables, leurs parois fongueuses et déchiquetées, et en aucun point on ne trouvait de petits ganglions simplement enflammés, engorgés, comme on en trouve autour des adénites infectieuses suppurées, témoignage de la propagation par la voie lymphatique. Et d'ailleurs l'aspect extérieur de la tuméfaction inflammatoire, lisse, uniforme, ne rappelait en rien la forme de ces suppurations ganglionnaires chroniques, bosselées ordinairement, avec lobulations séparées par des sillons plus ou moins profonds. Cette remarque est d'autant plus importante à faire que certaines planches allemandes représentant l'actinomycose maxillaire humaine donnent précisément l'impression de ces lobulations et d'un gonflement labouré de sillons, et que certains auteurs ont voulu voir dans la dissémination à distance de la lésion actinomycique une propagation par le chemin lymphatique. Il apparaît bien plutôt — comme le montre l'analyse de nombre de faits, comme le prouve aussi notre observation, ayant trait à des lésions au début, limitées aux tissus sous-cutanés et sous-muqueux péri-buccaux, alors que ces désordres d'appareils très divers ne sont pas encore fusionnés — que le parasite actinomycès chemine, à la suite d'une effraction de la peau et de la muqueuse, de proche en proche mais sans voie tracée, en disséquant les tissus et en suivant de préférence les espaces con-

(1) De nombreuses préparations furent faites depuis; M. Dor, chef de bactériologie à l'Hôtel-Dieu, a même réussi par la suite à obtenir de très belles cultures d'actynomycose.

(2) *Académie de médecine*, décembre 1892.

jonctifs. *Les lésions osseuses ou ganglionnaires quand elles existent doivent être secondaires ou surajoutées.*

Le champignon introduit et proliféré dans les tissus, détermine autour de lui une irritation assez analogue à celle que crée un corps étranger. Cette irritation réactionnelle des tissus aboutit à la production de vraies tumeurs au milieu desquelles se trouve le parasite; la tumeur est dure, dense au début, et peut même rester longtemps dans cet état, comme le prétend Israël; mais la plupart du temps elle suppure assez promptement. C'est alors que les colonies actinomyciques renfermées dans la masse première sont mises pour ainsi dire en liberté par désintégration et fonte de ses parois; celles-ci, dures et défensives tout d'abord, et formant obstacle aux invasions successives du champignon, sont bientôt détruites et emportées par le pus, qui favorise ainsi le mode de progression de l'actinomyces. L'inflammation suppurative en s'ouvrant à l'extérieur, élimine bien en partie le parasite; mais en dissociant les tissus, en dissolvant la barrière fibreuse formée par eux et pour leur défense autour des colonies parasitaires, elle crée d'un autre côté la voie facile pour leur propagation dans la profondeur. Plus tard aussi des *infections mixtes* se surajoutent à l'action irritante du parasite, pour déterminer de nouveaux abcès, de nouveaux décollements ouvrant encore la marche de l'actinomycose. L'aspect de la lésion initiale formée d'une ou de plusieurs poches dures ou suppurées, mais isolées encore et distinctes, est alors profondément modifié. Des fusées lointaines, de l'œdème inflammatoire à distance, des fistules multiples, des cicatrices à côté ou au milieu de foyers en pleine activité, des désordres secondaires sur les os avec séquestres et nécrose, donnent l'impression d'un tableau clinique complexe, au milieu duquel il serait impossible de se débrouiller, si on n'avait pas l'issue des actinomyces par les fistules pour se guider. Et nous ne parlons ici, bien entendu, que de l'actinomycose des maxillaires, l'aspect symptomatique étant bien plus obscur encore si l'on envisage les localisations viscérales, thoraciques ou abdominales du champignon.

Du reste, si la propagation de l'actynomycose se fait ordinairement et de la façon que nous venons d'indiquer, de proche en proche, par envahissement successif des tissus, il est bien démontré aussi que parfois les allures sont beaucoup plus infectieuses, et que le champignon doit emprunter la voie sanguine pour donner lieu à une véritable généralisation, à une véritable métastase. On trouve alors des actinomyces dans tous les viscères, le foie, les reins, le cerveau, comme pour une généralisation sarcomateuse et cancéreuse.

L'étude analytique des accidents actinomycétiques montre la *grande analogie de ces lésions avec les lésions tuberculeuses, soit comme marche, soit comme pronostic.* Comme pour la tuberculose, il faut distinguer des *lésions localisées* et des *lésions diffuses* tendant à la généralisation. Avec les lésions localisées, et localisées sur un organe d'importance vitale secondaire, on a un pronostic favorable; et une intervention large, portée au delà des limites du mal, aura chances sérieuses d'être curative. Ces interventions seront les mêmes que pour les foyers tuberculeux locaux; le raclage énergique de la région, la thermocautérisation de tous les clapiers et anfractuosités qui agit aussi par le chauffage à distance des colonies aberrantes invisibles, le pansement à plat et après tamponnement à la gaze iodoformée, voilà une excellente méthode thérapeutique pour les foyers locaux d'actinomycose. Les lésions sont-elles diffusées au loin, au contraire, frappent-elles des organes essentiellement vitaux, comme le poumon, le tube digestif, le foie, etc., le tableau est tout à fait différent et très sombre alors, car c'est celui des tuberculoses viscérales ou généralisées, et ici les interventions sont le plus souvent palliatives seulement.

Ainsi donc, certains points semblent bien établis dans l'histoire de l'actinomycose :

1° Son entrée a lieu à la faveur d'une effraction de la peau ou d'une muqueuse. Murphy, Israël ont relaté des faits où l'origine dentaire semble hors de doute; mais ce n'est sûrement pas là la voie habituelle, et le système dentaire est trop souvent indemne, le maxillaire trop souvent sain, primitivement du moins, pour qu'on puisse penser à une infection alvéolaire première qui aurait dû laisser plus de traces (1);

2° C'est une affection en général localisée au début dans les parties molles. Quand les os sont atteints, ils le sont secondairement, tardivement; et on a eu tort de décrire l'actinomycose avec les maladies osseuses, ce qui pourrait faire croire à l'origine osseuse primitive de la lésion;

3° Pénétré dans l'économie, l'actinomycès progresse pas à pas, par infiltration et peut-être à la faveur des suppurations qu'il crée ou qui viennent d'infections surajoutées; ces suppurations dissèquent et ouvrent les tissus devant lui. Il ne paraît donc pas suivre une voie toute tracée, la voie lymphatique par exemple; les ganglions sont généralement indemnes au voisinage des lésions actinomyciques;

4° Dans certains cas exceptionnels comme gravité, l'actinomycose se comporte comme une affection maligne et se généralise rapidement en empruntant la voie sanguine;

5° L'affection a une physionomie clinique très variable et ses lésions n'ont rien de bien spécial; tantôt c'est un aspect de tumeur sarcomateuse, tantôt c'est une apparence de phlegmon ou d'ostéite; tantôt enfin c'est un mélange bizarre des deux *donnant la sensation de lésions néoplasiques à côté de lésions inflammatoires.*

Etiologie, mode de contagion.

Ce qui est moins connu que le mode de propagation et l'évolution de l'actinomycose, c'est l'origine de ce champignon, et ses véhicules ordinaires envisagés comme agents de contagion.

Les grains d'orge, les épis de blé sont communément regardés comme les agents habituels de l'infection. Johne a retrouvé les actinomycètes à la surface des grains d'orge; Pye-Smith (2) accuse l'orge et le blé; il ne croit pas du reste que la contagion se fasse des animaux infectés à l'homme, et par le moyen de viandes malades, mais bien directement par les céréales dont l'homme peut faire usage. W. Ramsom a observé un cas d'actinomycose chez un homme qui, un an auparavant, s'était alimenté avec des grains crus d'orge et de froment. Jensen a signalé aussi les champignons actinomyciques sur des grains d'avoine, au Danemark et dans une région où sévissait une épidémie intense; on retrouvait d'ailleurs ces parasites dans les cryptes amygdaliennes des animaux infectés. Guermonprez et Legrain (3) ont également relevé comme cause de l'actinomycose la blessure produite par une paille mâchée. Doyen (de Reims) dans les trois cas d'actinomycose humaine qu'il a rapportés (4) insiste sur ce fait que ses trois malades étaient habitants de la campagne; l'un d'eux avait coutume de

(1) Dans le cas de Darier cependant (*Société dermatol.*, 6 juin 1891), la lésion avait débuté par des abcès dentaires.

(2) *Société royale de méd. et de chir* de Londres. Séance du 10 novembre 1891.

(3) *Acad. de méd.*, 1892.

(4) *Congrès d'hyg. et de démographie.* Londres, août 1891.

mâchonner sans cesse, dans les champs, des grains de blé ou d'orge fraîchement cueillis. Dans ce même *Congrès d'hygiène*, tous les observateurs furent d'ailleurs d'avis que la source de l'infection actinomycique est commune à l'homme et aux animaux, et que le mode de contagion habituel est le fourrage. Ponfick racontait encore le cas d'un garçon de ferme qui, après avoir mâchonné une paille et en avoir par mégarde avalé une partie, avait eu, quelque temps après, un abcès cervical. On connaît aussi le fait de cet enfant cité par Soltmann et qui avala un épi de blé; celui-ci perfora en partie l'œsophage, passa dans le médiastin qui fut bientôt disséqué par un volumineux abcès actinomycique. Quoi qu'il en soit de ces données déjà précieuses, toute une série de points, et des plus intéressants, sont encore dans l'ombre, en ce qui concerne la transmissibilité de l'actinomycose. Dans le cas de M. Poncet, il est difficile de dire comment s'est faite l'infection. Tout ce que M. Poncet a pu recueillir dans un voyage qu'il fit au pays de la malade, en Savoie, c'est que l'actinomycose des bestiaux paraît y être connue des habitants, chose curieuse à noter, car les vétérinaires de la région ne semblent pas s'en être aperçus.

Quant à notre malade, il est vraiment impossible de dire, en se rapportant aux seuls faits de contagion connus, comment il a pris l'actinomycose; jamais il ne mâche de maïs ou de blé, il ne fréquente pas non plus les bestiaux, et vit depuis longtemps dans un quartier de Lyon où les accidents du genre de ceux qu'il a présentés sont totalement inconnus.

L'histoire naturelle du parasite est encore presque à faire; c'est pour la compléter (et c'est là le seul moyen d'arriver à la prophylaxie) qu'il faut soigneusement noter tous les cas, et pour chacun d'eux faire une enquête en quelque sorte, et chercher attentivement dans l'alimentation du malade, dans son milieu, dans sa profession et son genre de vie, le point de départ de son infection. Il est probable que l'actinomycose se propage de façons très diverses, et les principaux termes du problème peuvent être posés ainsi :

1° L'actinomycès a-t-il certaines céréales (blé, orge, avoine) comme siège exclusif ou bien peut-il se rencontrer sur un grand nombre de végétaux, et dans ce cas, quels sont ses végétaux de prédilection ?

2° L'actinomycès peut-il se retrouver sur tous les animaux domestiques ? On l'a surtout noté sur les bœufs, les vaches; mais certains observateurs l'ont signalé aussi sur la chèvre, le porc, même le cheval ;

3° L'infection actinomycique présente-t-elle des formes cliniques particulières, suivant les espèces animales qu'elle frappe ?

4° La contagion peut-elle se faire des animaux à l'homme, au moyen des viandes de boucherie ?

Nous avons commencé, à propos de notre malade, une série de recherches tendant à savoir si 1° les grains de millet dont se servait le sujet pour l'alimentation de ses pigeons, peuvent contenir le champignon; 2° si l'actinomycose peut se rencontrer parmi les affections de la gorge si fréquentes et si variées chez les pigeons. Nous les publierons quand elles nous auront donné des résultats concluants.

CORRESPONDANCE

L'enseignement de la gynécologie en France. — Désireux de ne laisser aucun doute dans l'esprit de ceux qui n'ont pu lire son rapport sur ce sujet, M. le Dr Doléris nous demande de faire remarquer qu'il a toujours soutenu « que dans les onze écoles médicales de Londres, *vingt-trois* professeurs enseignent simultanément l'obstétrique et la gynécologie, et qu'*un seul*, celui de Saint-Bartholomew, dont la situation est étrange, fait exception à la règle générale ». Nous donnons très volontiers acte à M. le Dr Doléris de cette déclaration. Nous ajouterons même que la lettre qu'il nous a adressée et à laquelle M. le Dr Hartmann a répondu nous avait été remise le 8 mars; mais nous croyons inutile de revenir plus longuement sur un débat qui nous paraît épuisé. La question soulevée par M. Doléris est d'ailleurs assez intéressante pour qu'on puisse la discuter longuement dans les revues spéciales.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Recherches périoptométriques chez les dégénérés (Ricerche perioptometriche sui degenerati), par Sante de Sanctis (*La Riforma Medica*, 17 décembre 1892, n° 289, p. 758). — Les recherches de l'auteur ont consisté à déterminer les limites du champ visuel chez les dégénérés : 44 criminels et 27 prostituées. Il a trouvé le champ visuel normal dans 44 0/0 des cas, du rétrécissement concentrique régulier dans 25 0/0 ; du rétrécissement partiel dans 24 0/0. Il insiste sur les variations du champ visuel qui sont en rapport, à son avis, avec les variétés du processus physiologique et psychique de la perception.

De l'analogie des différents types de myopathie essentielle, par Cannac (*Nouveau Montpellier médical*, 1er mars 1893, n° 2, p. 179). — Il existe entre les diverses variétés de la myopathie progressive primitive non seulement des analogies qui ont suffi à les faire considérer comme des formes d'une seule maladie, mais encore on peut observer des types de transition ou mixtes. On en a déjà rapporté un assez grand nombre de cas, auxquels on pourra joindre les trois nouvelles observations de l'auteur. La première concerne un sujet de 17 ans, sans antécédents héréditaires, offrant une paralysie pseudo-hypertrophique type des membres inférieurs, avec atrophie des muscles de la ceinture scapulaire et pseudo-hypertrophie des sous-épineux ; dans la seconde observation, un enfant de 12 ans dont le frère est le sujet de l'observation III, offre de l'atrophie musculaire de la racine des membres supérieurs et inférieurs et des jambes. Le dernier cas offre de la pseudo-hypertrophie des membres inférieurs, avec atrophie de la ceinture scapulaire. En ces trois cas, les réflexes tendineux sont abolis, et il n'existe ni troubles de la sensibilité, des sphincters, ou des réactions électriques, ni enfin de contractions fibrillaires.

Pronostic des paralysies alcooliques, par S. Arnaud (*Gazette des hôpitaux*, 2 mars 1893, n° 26, p. 341). — Une femme de 27 ans offre, à la suite d'excès avoués, une attaque de delirium tremens avec paralysie complète des membres prédominant sur les extenseurs, hyperesthésie, atrophie musculaire et réaction de dégénérescence. Après le délire, il persiste de l'amnésie. Ultérieurement la paralysie guérit complètement. A cette occasion, l'auteur passe en revue les diverses formes de la paralysie alcoolique et montre que, le plus souvent, leur terminaison est favorable. Cela s'explique si l'on considère la nature des lésions auxquelles elles correspondent.

Épilepsie d'origine réflexe (Reflex disturbances in the causation of epilepsy), par W. Krause (*The medical and surgical Reporter*, 2 février 1893, n° 6, p. 208). — L'auteur admet que l'épilepsie résulte avant tout d'une prédisposition héréditaire, mais il pense que celle-ci peut être mise en œuvre par diverses excitations centrales et périphériques. Ce sont ces dernières qu'il a en vue. Il cite le phimosis, l'ectopie testiculaire chez l'homme, certains vices de conformation du clitoris et de la vulve, les oxyures ; d'un autre côté les divers troubles des cavités qui sont le siège des organes des sens : bouche, orbite, oreille, sont également susceptibles de jouer ce rôle. Toutefois à cet égard les affections de l'urèthre méritent surtout d'attirer l'attention, et c'est sur ces derniers et sur leur traitement par l'électricité que l'auteur s'étend.

Diplégie faciale (**Prosopodiplégie**) (Ueber Diplegia facialis. Prosopodiplegie), par Stintzing (*Münch. medic. Woch.*, 3 janvier 1893, n° 1, 10 janvier 1893, n° 2, p. 28). — L'auteur divise les diplégies faciales en trois grandes classes : la diplégie faciale cérébrale ou supranucléaire, la diplégie faciale bulbaire ou nucléaire, comprenant elle-même deux variétés, la diplégie nucléaire partielle et la diplégie nucléaire diffuse, cette dernière plus rare, la diplégie faciale sous-nucléaire ou périphérique. Il cite des observations ayant trait à chacune de ces variétés, et sur lesquelles il se base pour en tracer les caractères particuliers.

Un cas d'acromégalie, par E. Brissaud (*Revue Neurologique*, 15 mars 1893, nos 3 et 4, p. 55). — Femme de 34 ans, présentant tous les signes de l'acromégalie conformes au type de la description de Marie. L'hypertrophie s'est produite lentement depuis une dizaine d'années, et la malade s'en est aperçue à ce qu'elle fut obligée de changer successivement de dé à coudre jusqu'à quatre fois, en raison de ce qu'ils devenaient trop étroits. La parole est embarrassée, la langue est énorme, et il existe de l'amblyopie transitoire. Il n'existe ni déviation de la colonne vertébrale ni raccourcissement du cou ni anomalie des organes sexuels. Elle est sujette à des crises de dépression qui durent de trois à quatre semaines. La médication ferrugineuse et l'hydrothérapie chaude lui procurent un soulagement incontestable.

MÉDECINE

Diagnostic de la morve (Weiteres zur Diagnose der Rotzkrankheit der Pferde mit Mallein und Blutserum...), par Schneidemuehl (*Deut. med. Woch.*, 16 février 1893, p. 163). — L'injection de malléine pour le diagnostic de la morve chez le cheval semble avoir fait ses preuves ; elle a été employée surtout en Allemagne et en Russie. Le meilleur procédé de préparation est celui de Joth et Gutzeit, qui consiste à précipiter la malléine au moyen de l'alcool absolu et à dessécher le précipité dans le vide. On obtient ainsi une poudre jaune qui se dissout légèrement dans l'eau. On produit avec l'injection, chez tous les chevaux morveux, une élévation de température de 2 à 3° ; elle peut se prolonger de 7 à 23 heures. Boschetti a observé dans les mêmes conditions une élévation semblable, mais un peu moindre avec l'injection de sérum provenant d'animaux morveux. Il est à supposer que le sérum d'animaux tuberculeux pourrait être employé au lieu de la tuberculine dans le même but.

Méthode de recherche de l'agent spécifique de la vaccine (Eine neue Methode zur Auffindung des Vaccineerregers), par Siegel (*Deut. med. Woch.*, 12 janvier 1893, p. 29). — Jusqu'à ce jour, les tentatives faites dans le but d'isoler l'agent spécifique de la variole et de la vaccine sont restées infructueuses. L'auteur a obtenu en opérant indirectement un résultat remarquable. La lymphe vaccinale a été inoculée à forte dose (1 à 2 c. c.) à des veaux et à des chèvres dans le péritoine. Ces animaux n'offrirent aucun symptôme morbide ; mais sacrifiés au bout de 4 à 8 jours, ils présentèrent à l'autopsie un exsudat fibrineux à la surface du péritoine, ainsi que de petits nodules de la grosseur d'un grain de millet sur cette séreuse : les ganglions mésentériques étaient tuméfiés. Les cultures faites sur sérum et gélatine furent positives ; elles se montrèrent formées d'une seule espèce de coccus ou bâtonnet court que l'on put retrouver sur les coupes des ganglions mésentériques. Une série d'inoculations confirmatives faites sur des chèvres montra les mêmes lésions et le même microbe. Les petits animaux (cobaye, souris, pigeon) ont été réfractaires à des doses élevées de ces cultures.

Des formes aiguës de la maladie de Unna (eczéma séborrhéique), par C. Audry (*Midi médical*, 12 mars 1893). — L'auteur appelle l'eczéma séborrhéique : maladie de Unna, parce qu'il croit tout à fait nécessaire d'isoler du groupe actuellement démembré des eczémas le syndrome clinique en question. Il a, en effet, une existence propre ; eczéma chez un sujet séborrhéique n'est nullement synonyme d'eczéma séborrhéique ; il faut aussi distinguer ce dernier des érythèmes de la séborrhée.

Relativement aux poussées aiguës et suintantes qui peuvent marquer le cours du syndrome de Unna, l'auteur pense que dans certains cas c'est un épisode légitime de la maladie, mais que d'autres fois ces poussées doivent probablement relever d'une infection surajoutée.

L'anatomie pathologique et le fait même de ces poussées aiguës sont les meilleurs éléments pour séparer la maladie de Unna du psoriasis qui s'en rapproche souvent, bien plus que la plupart des eczémas vrais ou faux.

CHIRURGIE

Statistique et pronostic des brûlures de l'œsophage consécutives à l'ingestion de substances caustiques (Zur Statistik und Prognose der Verætzungen des Œsophagus und der im Gefolge derselbem entstehenden Stricturen), par Hacker (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 604). — Voici les conclusions de ce travail basées sur une statistique hospitalière :

1° Un tiers des malades succombent aux suites directes de l'empoisonnement accidentel ou provoqué à dessein, ou plus exactement un quart dans l'empoisonnement par la potasse ou la soude, la moitié dans l'empoisonnement par l'acide sulfurique.

2° Parmi ceux qui survivent à l'empoisonnement par la potasse, la moitié acquiert des rétrécissements graves, les autres de légers ; mais ce qui reste très rare, c'est l'absence de tout rétrécissement. Dans l'intoxication par l'acide sulfurique, un tiers, parmi ceux qui survivent, acquièrent des rétrécissements graves ; les autres présentent des rétrécissements légers ou restent indemnes.

3° Le tiers des individus à rétrécissement de l'œsophage succombent aux suites de la sténose.

Hématome de la vulve et du vagin chez une femme atteinte de purpura (Haematoma vulvae et vaginae ; morbus masculoii Werlhofii), par Warsyawski (*Centralb. f. Gynækol.*, 1893, n° 9, p. 183). — Il s'agit d'une femme primipare de 22 ans qui, au 10e jour après son accouchement, fut prise de phénomènes indiquant une hémorrhagie aiguë et suivis de formation d'un hématome de la vulve. On incisa la tumeur et, après évacuation des caillots et du sang, la cavité fut tamponnée avec de la gaze iodoformée. Au bout de onze jours, la malade a pu quitter l'hôpital.

Un mois après, elle fut ramenée dans un état d'anémie extrême consécutive à une métrorrhagie déclarée sept jours auparavant. A l'examen, on trouvait le tableau classique de la maladie de Werlhof : pétéchies de la peau, saignement des gencives, hématuries, faiblesse, température élevée, etc. Le traitement par l'ergotine et l'acide chlorhydrique ne donnant rien, on eut recours à l'hydratérum qui parut agir favorablement. En deux mois la malade fut guérie. — L'auteur admet que l'apparition tardive de l'hématome tenait également à la maladie de Werlhöf.

Cancer du côlon ascendant et résection d'une partie du gros intestin (Resection of the cœcum, greater part of ascending colon and five inches of ileum for malignant disease of ascending colon), par Lowson (*Lancet*, 25 mars 1893, p. 648). — A la suite d'une rixe, un individu ayant reçu force coups de poing et coups de pied fut laissé pour mort sur le terrain. Il se releva néanmoins et tout alla bien pendant sept ans, c'est-à-dire jusqu'en janvier 1890 ; il eut alors la grippe. En mai 1892, il eut une hémorrhagie intestinale abondante ; il en eut une autre en juin ; en novembre il survint une tumeur dans la région lombaire du côté droit ; cette tumeur était ferme et mobile et douloureuse à la pression. Pas d'occlusion intestinale. On fit le diagnostic de tumeur maligne du côlon. Laparotomie le 24 janvier 1893 : on trouve une tumeur volumineuse comprenant la partie moyenne du côlon ascendant ; le cæcum et l'appendice sont sains. L'épiploon adhère à la tumeur en avant. Après avoir coupé toutes les attaches péritonéales, on sectionne le côlon entre deux pinces au-dessus de la tumeur. Inférieurement on fait porter la section sur l'iléon, et on abouche ce dernier avec la partie supérieure du côlon ascendant. Le malade fut d'abord très abattu, puis il se remit graduellement et actuellement il n'y a aucune trace de récidive.

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie normale et pathologique du foie, par H. ROGER. 1 vol. in-8° de 200 pages (Encyclopédie Léauté.) Gauthier-Villars et Masson, Paris 1893.

Il est peu d'organes qu'on ait autant étudiés que le foie. A côté de la fonction biliaire, connue de toute antiquité, les travaux contemporains nous ont montré que le foie joue un rôle capital dans l'organisme ; sans doute l'idée était ancienne et se trouva déjà émise par Galien; mais ce n'est que dans ces derniers temps que les multiples fonctions de la glande hépatique ont été démontrées d'une façon indiscutable. Leur étude présente une grande importance pour le physiologiste; elle n'intéresse pas moins les médecins ; aussi sommes-nous heureux de pouvoir signaler l'apparition d'un livre dans lequel l'auteur a résumé, aussi complètement que possible, l'histoire de la physiologie du foie et dans lequel il s'est constamment préoccupé de mettre en évidence les déductions cliniques qu'on peut tirer des faits expérimentaux.

Le premier chapitre est consacré à l'étude histologique des cellules hépatiques et aux modifications qu'elles subissent pendant leurs périodes d'activité et de repos; puis viennent quelques notions sur la constitution chimique du foie, sur la circulation sanguine au niveau de cet organe. L'histoire de la biligénie et de la glycogénie occupe la moitié du volume ; nous signalerons l'étude des pigments biliaires, du rôle de la bile dans la digestion et surtout la discussion des diverses théories émises sur l'origine et les destinées du sucre hépatique, sur le rôle de la glycose dans la nutrition, sur les glycosuries alimentaires.

Les autres chapitres sont consacrés à des fonctions moins importantes : action du foie sur les matières grasses, sur les matières albuminoïdes, sur la fibrine, sur les produits de la désassimilation ; on y trouvera de nombreuses déductions pratiques concernant les albuminuries, les peptonuries, les modifications de l'urée au cours des maladies du foie. Enfin nous signalerons spécialement le chapitre consacré au rôle du foie dans les intoxications. On sait que ce sont les travaux de l'auteur qui ont établi définitivement que le foie est capable d'arrêter et de transformer un grand nombre de poisons venus de l'extérieur ou formés dans l'économie ; il est inutile d'insister sur l'importance de ce rôle protecteur et sur le danger que court l'organisme lorsque, par suite d'une maladie, cette fonction vient à faiblir. Or, les recherches de M. Roger ont démontré que l'action du foie sur les poisons subit des variations parallèles à celles de la glycogénie ; c'est ainsi que l'auteur est conduit à étudier les relations qui existent entre les diverses fonctions du foie ; c'est la première fois qu'on a envisagé la question sous cet aspect synthétique.

Enfin nous ne ferons qu'indiquer les autres sujets traités dans ce volume : fonctions du foie chez le fœtus ; fonctions du foie chez les invertébrés; effets de l'extirpation du foie et de la ligature de la veine porte; mode de régénération du foie.

Nous n'avons pu qu'analyser très rapidement les divers chapitres de cet excellent ouvrage; mais nous tenons à en recommander la lecture non seulement aux étudiants, mais encore à leurs maitres. Fruit de savantes recherches, écrit par un médecin aussi instruit que bien préparé par ses publications antérieures à exposer avec lucidité les sujets qu'il traite, ce petit livre peut être considéré comme une monographie exceptionnellement remarquable parmi celles qui composent l'Encyclopédie à laquelle il appartient.

L. L.

VARIÉTÉS

Assistance à domicile à Paris. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique vient d'élaborer, dans sa dernière session, sur le rapport de M. Fleury-Ravarin, un projet de décret sur les secours à domicile dans la ville de Paris. Ce projet, qui ne saurait devenir définitif sans avoir été examiné par les divers conseils et corporations intéressés, soulève des réflexions multiples que nous examinerons prochainement. En voici les dispositions essentielles :

1° *Assistance à domicile.* — Dans chacun des arrondissements, un bureau d'assistance composé du maire, des adjoints, des conseillers municipaux, de seize administrateurs, soit hommes, soit femmes, et d'un secrétaire-trésorier, serait chargé de l'assistance à domicile ; les fonctions de ses membres seraient gratuites.

Le maire serait assisté d'une délégation permanente composée d'un administrateur par quartier, désigné, chaque semaine, à tour de rôle et qui se réunirait chaque jour à la mairie, sous la présidence du maire ou de l'adjoint délégué par lui.

A chaque bureau seraient attachés, pour le service des enquêtes et des visites, des commissaires, des dames patronnesses et, au besoin, des agents salariés.

Les ressources affectées à l'assistance à domicile comprendraient : 1° le produit des troncs, quêtes, collectes et fêtes de bienfaisance ; 2° le produit des dons, donations et legs recueillis par l'administration centrale au profit de l'assistance à domicile; 3° le produit de tous les dons recueillis par les maires, adjoints, administrateurs, commissaires et dames patronnesses, ou remis entre leurs mains pour les indigents, les nécessiteux et les malades. Le montant doit en être intégralement versé dans la caisse du secrétaire-trésorier pour être reversé par lui à la caisse de l'administration centrale au compte spécial du bureau d'assistance destinataire. Lors de la répartition des fonds entre les bureaux d'assistance ou des paiements des mensualités, il sera tenu compte à chaque bureau de tous les dons ou legs à lui spécialement attribués, à l'exception des libéralités qui, par suite des dispositions des bienfaiteurs, ne s'appliquent pas à l'ensemble de l'arrondissement ou ne visent qu'un mode spécial d'assistance ou qu'une catégorie spéciale de bénéficiaires; 4° les crédits inscrits au budget de l'Assistance publique pour les secours à domicile.

Toutes ces ressources formeraient une masse commune et seraient réparties entre les vingt bureaux dans la forme prévue ci-dessous.

Le sous-chapitre des dépenses comprendrait les crédits afférents : 1° aux frais d'administration; 2° aux secours aux indigents ; 3° aux secours aux nécessiteux ; 4° aux secours aux malades et convalescents. L'ensemble des crédits spéciaux aux indigents, aux nécessiteux et aux malades serait réparti entre les vingt bureaux d'assistance au prorata de la population indigente arrêtée d'après le recensement de 1892. A partir de 1895, l'effectif des unités indigentes pour chaque arrondissement sera multiplié par un coefficient tenant compte de la cherté relative de la vie. Ce coefficient serait déterminé tous les cinq ans au budget de l'Assistance publique, sur l'avis de la Commission centrale instituée à l'article ci-dessous.

La somme totale attribuée dans la répartition des fonds à chaque bureau d'assistance ne pourrait jamais être inférieure à celle versée en conformité de l'article 7, § 3, au compte spécial de ce bureau.

Le territoire de chaque quartier serait partagé en un certain nombre de divisions, entre lesquelles les administrateurs du quartier seraient répartis, les commissaires et les dames patronnesses du quartier leur prêtant leur concours. Les administrateurs recevraient les indigents au moins une fois par semaine à la maison de secours. A l'exception du secrétaire-trésorier, les membres du bureau d'assistance, les commissaires et les dames patronnesses devraient rester étrangers à tout maniement de deniers.

2° *Personnes à secourir.* — Les personnes à secourir comprendraient les indigents, les nécessiteux et les malades.

Ne pourront être admis à recevoir des secours annuels que les indigents incapables par leur âge, leur invalidité ou leurs charges exceptionnelles de famille de pourvoir à leur subsistance par le travail. Les secours ainsi alloués seraient toujours révocables. Ils ne seraient accordés qu'aux indigents de nationalité française, domiciliés à Paris depuis deux ans au moins.

A cet effet, il serait dressé chaque année, par le bureau d'assistance, une liste générale des indigents de l'arrondissement.

Cette liste serait établie d'après les listes préparatoires dressées dans chaque quartier par les membres du bureau d'assis-

tance qui appartiennent à ce quartier. La liste générale serait arrêtée par le directeur de l'Assistance publique après contre-enquête.

En outre, pourraient être secourus temporairement au titre de nécessiteux : 1° les personnes qui se trouvent dans des cas d'indigence momentanée ; 2° les indigents inscrits (valides ou malades) qui ont besoin d'être secourus extraordinairement.

Les blessures, les maladies ou infirmités seraient constatées par les médecins de la consultation ou par ceux du traitement à domicile.

3° *Secours.* — Les bureaux d'assistance accorderaient des secours en argent ; néanmoins, ils pourraient faire des distributions directes d'objets en nature.

De plus, le directeur pourrait accorder d'urgence un secours aux personnes dont la réclamation lui paraîtrait fondée. Le bon de secours délivré par lui serait payé par le secrétaire-trésorier et la dépense imputée sur le crédit affecté dans chaque bureau aux nécessiteux et dont une part, évaluée à 3 0/0, est tenue en réserve à cet effet. Sur le montant des allocations inscrites au budget pour secours à domicile, une somme qui ne pourrait excéder 30.000 francs serait mise à la disposition du préfet de la Seine pour être distribuée par lui à titre de secours individuels. Un état nominatif des secours ainsi accordés devrait être produit chaque année à l'appui des comptes.

Les réclamations pour refus d'inscription sur la liste des indigents, les contestations entre le directeur et les bureaux d'assistance au sujet de l'inscription, du maintien et de la radiation seraient soumises à l'examen d'une commission centrale.

Les bureaux d'assistance seraient autorisés à s'entendre avec les sociétés locales d'assistance par le travail à l'effet de substituer, autant que possible, les secours en travail aux secours en argent.

Les secours représentatifs du séjour à l'hospice en faveur des vieillards et des infirmes seraient distribués par le directeur de l'Assistance publique, sur la proposition des bureaux d'assistance, après avis de la commission de placement dans les hospices et suivant les règles d'admission dans ces établissements. Cette distribution se ferait, sans distinction d'arrondissement, entre les vieillards et infirmes. Le dixième des secours représentatifs pourrait être accordé par le directeur sans présentation des bureaux d'assistance.

4° *Assistance aux malades.* — L'assistance médicale gratuite serait réservée aux malades justifiant qu'ils sont inscrits sur la liste des indigents ou qu'ils ont été reconnus nécessiteux par le bureau d'assistance. Elle assurerait aux malades le traitement : 1° à la consultation ; 2° à domicile ; 3° à l'hôpital.

Le traitement à la consultation et le traitement à domicile comprendraient, suivant les besoins: les secours médicaux, pharmaceutiques et autres ; les prêts de linge et les secours de maladie et de convalescence en argent.

Le territoire de la ville de Paris serait divisé, au point de vue de l'assistance médicale, en un certain nombre de circonscriptions.

Chacune de ces circonscriptions comprendrait un ou plusieurs dispensaires rattachés à un hôpital chef-lieu.

Les consultations gratuites de médecine générale seront données exclusivement aux dispensaires. Sauf les cas d'urgence constatés par le médecin du dispensaire, la consultation ne serait donnée qu'aux malades remplissant les conditions prévues ci-dessus.

A chaque dispensaire seraient attachés : 1° un personnel médical ; 2° un personnel administratif ; 3° un personnel secondaire.

Un médecin du bureau central et des médecins-adjoints, désignés par le directeur de l'Assistance publique, seraient chargés spécialement : 1° du service des consultations ; 2° de la visite des malades qui demandent à être admis à l'hôpital ou dont l'admission est proposée par les médecins du traitement à domicile.

L'admission à l'hôpital, sauf les cas d'urgence, ne pourrait être prononcée que par les médecins du dispensaire, au domicile du malade.

Les médecins du traitement à domicile et les médecins-adjoints du dispensaire seraient nommés au concours par le préfet de la Seine pour trois années commençant au 1er janvier qui suit leur institution. Ils pourraient être réinvestis sur la proposition du directeur de l'Assistance publique. Tout médecin non réinvesti ne pourait plus se représenter au concours. Les candidats devraient réunir les conditions suivantes : 1° être de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des facultés de médecine de l'Etat ; 2° posséder ce diplôme depuis deux ans au moins ou justifier de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris ; 3° s'ils postulent pour le service du traitement à domicile, résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Les médecins pourraient être blâmés ou réprimandés par le directeur de l'Assistance publique, après avis du Conseil de surveillance. Ils pourraient être destitués par le ministre de l'Intérieur, après avis du Conseil de surveillance. En cas d'urgence, le préfet pourrait prescrire la suspension provisoire. Aucun médecin ne pourrait rester en activité après sa soixante-cinquième année. Les fonctions de médecin du traitement à domicile seraient incompatibles avec celle d'administrateur ou de pharmacien.

Les médecins du traitement à domicile recevraient : 1° une indemnité fixe ; 2° une indemnité proportionnelle au nombre de visites qu'ils ont faites pendant l'année.

Les malades auraient la faculté de choisir leur médecin parmi les médecins du traitement à domicile de leur quartier.

Les sages-femmes du service devraient être de première classe ; elles seraient nommées, sur la proposition du directeur de l'Assistance publique, par le préfet de la Seine et tenues à la résidence dans l'arrondissement où elles exercent leurs fonctions.

Les femmes enceintes auraient la faculté de choisir leur sage-femme parmi les sages-femmes de l'arrondissement.

Le personnel affecté aux dispensaires comprendrait un certain nombre de dames chargées de visiter et d'assister les malades traités à domicile. Elles recevraient un traitement.

Il serait créé, dans un ou plusieurs dispensaires de la circonscription d'assistance médicale, une pharmacie spéciale approvisionnée par la pharmacie centrale des hôpitaux. Sauf les cas d'urgence, les médicaments seraient délivrés exclusivement aux personnes établissant qu'elles ont été reconnues indigentes ou nécessiteuses par le bureau d'assistance.

Les pharmaciens seraient nommés par le directeur de l'Assistance publique. Ils recevraient un traitement fixe et seraient logés gratuitement.

Le service militaire des étudiants en médecine.

M. Cornil vient de déposer au Sénat un projet de loi ayant pour objet de modifier dans le sens que nous avons déjà indiqué les articles de la loi militaire qui concernent les étudiants en médecine. D'après ce projet, l'article 23 serait modifié de la manière suivante :

Art. 23 *bis*. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe peuvent, sur leur demande, être mis en sursis d'appel jusqu'à l'obtention de leur diplôme, ou de leur nomination comme interne titulaire des hôpitaux nommés au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine, une Faculté mixte ou une Ecole supérieure de pharmacie.

Avant l'âge de vingt-sept ans, et dans le mois qui suivra leur réception ou leur nomination, les docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe ou internes des hôpitaux, seront appelés sous les drapeaux et renvoyés dans leurs foyers après un an de présence ; ils pourront alors être nommés médecins ou pharmaciens aides-majors de réserve, s'ils ont satisfait aux conditions de conduite et d'instruction déterminées par le ministre de la guerre.

En cas de mobilisation, les étudiants en médecine et en pharmacie sont versés dans le service de santé.

L'article 24, sauf en ce qui concerne la limite d'âge pour l'obtention des diplômes, et les articles 25, 26, 27, 33, 44 et 45, mais non les dispositions de l'article 59, modifié par la loi du 11 juillet 1892, sont applicables aux jeunes gens visés par le présent article.

Dans l'exposé des motifs, M. Cornil affirme que les docteurs ou internes ainsi appelés sous les drapeaux, leurs études terminées, serviront comme médecins; mais il ne spécifie pour eux ni assimilation de grade, ni traitement. Nous ne pouvons qu'approuver cette réserve et faire des vœux pour que le Parlement accepte prochainement les modifications à la loi militaire que lui demande notre collègue.

Le Congrès français de chirurgie tiendra sa 7e session dans le grand amphithéatre de la Faculté de médecine, du 3 au 8 avril prochain.

Questions mises à l'ordre du jour.

I. — Les tumeurs fibreuses de l'utérus.

II. — Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied.

Membres du congrès qui se sont fait inscrire pour prendre part à la discussion :

Première Question : Les tumeurs fibreuses de l'utérus.

Dr Kœberlé, de Strasbourg ;
Dr Thiriar, de Bruxelles ;
Dr Péan, de Paris ;
Dr Terrillon, de Paris ;
Dr Bœckel (Jules), de Strasbourg ;
Dr Lucas-Championnière, de Paris ;
Dr Bouilly, de Paris ;
Dr S. Pozzi, de Paris ;
Dr Reynier, de Paris ;
Dr Bazy, de Paris ;
Dr Richelot, de Paris ;
Dr Routier, de Paris ;
Dr Jacobs, de Bruxelles ;
Dr Judes Hue, de Rouen ;
Dr Picqué, de Paris ;
Dr Segond, de Paris. — De l'hystérectomie vaginale dans l'ablation des fibromes utérins ;
Dr Tuffier, de Paris. — Fibrome utérin avec anurie de trois jours. — Extirpation. — Guérison ;
Dr Duret, de Lille. — Le traitement chirurgical des gros fibromes utérins ;
Dr Jobard, de Wassy. — Un cas de corps fibreux terminé par la mort après sphacèle et élimination d'une partie de la tumeur par le rectum ;
Dr Reverdin (A.), de Genève. — Présentation d'un appareil ;
Dr Schwartz, de Paris — Un cas d'hystérectomie totale abdomino-vaginale (myxo-fibrome) ;
Dr Chaput, de Paris. — Nouvelle méthode de traitement du pédicule des fibromes après l'amputation supra-vaginale ;
Dr Le Bec, de Paris. — Hystérectomie laparo-vaginale ou extirpation du pédicule par le vagin dans l'hystérectomie abdominale ;
Dr Regnier (L.-R.), de Paris. — Traitement des fibromes utérins par l'électricité ;
Dr Danion, de Paris.

Deuxième Question : Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied.

Dr Bœckel (Jules), de Strasbourg ;
Dr Monod (Charles), de Paris ;
Dr Berger, de Paris ;
Dr Reynier, de Paris ;
Dr Gangolphe (de Lyon) ;
Dr Redard (P.), chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine ;
Dr Le Dentu, de Paris. — Des implantations d'os décalcifié dans le traitement des tuberculoses du pied ;
Dr Villar (Francis), de Bordeaux. — Tuberculose du pied, résection du tarse et du métatarse (désossement du pied) ;
Dr Hartmann, de Paris. — Tarsectomie antérieure pour ostéite tuberculeuse suppurée ;
Dr Auffret (C.), de Rochefort-sur-Mer ;
Dr Vaslin, d'Angers. — Ostéite tuberculeuse du cinquième métacarpien, résection de ces os avec conservation du petit doigt et de tous ses mouvements.
Dr Le Bec, de Paris. — Hystérectomie laparo-vaginale ou extirpation du pédicule par le vagin dans l'hystérectomie abdominale.
Dr Ménard, de Berck-sur-Mer. — Note sur le traitement des lésions tuberculeuses du premier métatarsien.
Dr Chaput, de Paris. — Une observation d'implantation bilatérale des uretères dans le gros intestin pour une tuberculose de la vessie.— *Démonstration pratique.* — Laparotomie pour plaie de l'intestin sur le chien. — Au laboratoire de M. Cornil, 21, rue de l'École-de-Médecine.
Dr Terrillon, de Paris. — Sur la chirurgie du poumon.
Dr Reynier, de Paris. — Observation de kyste hydatique suppuré, avec péritonite concomitante. — Laparotomie. — Guérison.
Dr Villar (Francis), de Bordeaux. — Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale (foie, mésentère, espace rétro-vésical). — Laparotomie. — Guérison.

Questions diverses.

Dr Thiriar, de Bruxelles. — 1° Utilité d'un transplant osseux dans la cure radicale des hernies ; — 2° Du rein mobile, cause productrice des affections de l'appareil génital de la femme.
Dr van Stockum (W.-J.), de Leyde. — Expériences sur la théorie de la compression cérébrale.
Dr Djémil-Bey, de Constantinople.— Epidémie jacksonienne déterminée par une esquille implantée dans le cerveau. — Trépanation. — Abcès du cerveau consécutif. — Guérison complète.
Dr Walther, de Paris. — Kyste dermoïde de l'inion à la fois extra et intra-crânien.
Dr Lejars, de Paris. — Contribution à la cure opératoire des luxations congénitales de la hanche.
Dr Ricard, de Paris. — Quelques observations de chirurgie articulaire.
Dr Schwartz, de Paris. — Sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies.
Dr Pozzi (S.), de Paris. — Traitement des déchirures complètes du périnée.
Dr Hamon du Fougeray, du Mans. — Note sur la chirurgie de l'oreille moyenne.
Dr Redard (P.), Paris. — Traitement du *genu valgum* chez l'enfant.
Dr Lavaux, de Paris. — 1° Parallèle entre les incisions linéaires et la divulsion progressive dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre rebelles à la dilatation ; — 2° Traitement des infections vésicales secondaires chez les malades atteints de cystite tuberculeuse.
Dr Tuffier, de Paris. — Des résultats éloignés de la chirurgie rénale.
Dr Poncet (A.), de Lyon. — Indications et résultats éloignés de l'uréthrostomie périnéale.
Dr Villar (F.), de Bordeaux. — Fracture de la colonne vertébrale, — Trépanation, grande amélioration.
Dr Courtin, de Bordeaux. — Auto-inoculation cancéreuse. — Péritonite tuberculeuse. — Laparotomie. — Guérison.
Dr Martel, de Saint-Malo. — Tige et épi de blé dans la vessie (homme). — Taille sus-pubienne. — Présentation du corps étranger.
Dr Février (Ch.), de Nancy. — Résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel par la voie temporale pour névralgie rebelle datant de vingt et un ans et localisée surtout à la 2e branche du trijumeau.
Dr Le Dentu, de Paris. — De quelques points relatifs à l'opération de l'uranostaphylorrhaphie.
Dr Dubourg, de Bordeaux. — Hystérectomie abdominale partielle, dans les fibro-myomes utérins, avec traitement intra-péritonéal du pédicule.
Dr Lentz, de Metz. — Tumeur hétérogène du corps thyroïde. (enchondro-sarcome.) Succès opératoire ; mort par suite de cachexie strumi prive.
Dr Jacobs, de Bruxelles. — Communication sur l'hystéropexie vaginale double.
Dr Montaz (Léon), de Grenoble. — Quelques cas de chirurgie de l'estomac.
Dr Gangolphe, de Lyon. — 1° Nouveau signe de l'occlusion intestinale pour étranglement ; — 2° Prothèse du maxillaire inférieur. — Canule hypogastrique pour cystotomie.
Dr Danion, de Paris. — Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électricité.
Dr Le Clerc (R.), de Saint-Lô. — 1° Abcès tuberculeux de la paroi abdominale ; myosite tuberculeuse secondaire ; — 2° Complications chirurgicales de la grippe : I. Gangrène gazeuse. — II. Ostéomyélite du maxillaire inférieur.
Dr Roux, de Lausanne. — 1° Sur les lipomes du mésentère — (3 cas inédits avec survie) ; — 2° Sur la chirurgie gastro-intestinale — (quelques remarques sur la résection du pylore avec deux pièces et sur la gastro-entérostomie avec implantation latérale de l'intestin).
Dr Ménard, de Berck-sur-Mer. — Deux observations de désarticulation de la hanche dans la coxalgie incurable.
Dr Calot, de Berck-sur-Mer. — Sur le traitement de la coxalgie et sur la valeur de la méthode de l'extension continue.
Dr Vaslin, d'Angers. — Pyo-salpingite double, consécutive à une hématocèle péri-utérine, traitée par la laparotomie.
Sir Mac-Cormac, de Londres. — Traitement des luxations anciennes de l'humérus par l'incision et le replacement de la tête dans la cavité articulaire.
Dr Guérin (Alphonse), de Paris. — Physiologie pathologique du tissu inodulaire dans les brûlures.
Dr Malherbe (A.), de Nantes. — 1° Chute sur la tête. — Epilepsie jacksonienne. — Trépanation. — Pas de lésions apparentes. — Guérison. — 2° Note sur 96 opérations de lithotritie et principalement sur leurs résultats éloignés.
Dr Piéchaud, de Bordeaux. — 1° Pied valgus paralytique. — Intervention chirurgicale ; — 2° Hydrocéphalie. — Intervention chirurgicale.
Dr Delorme, de Paris. — Contribution à la chirurgie de la poitrine.
Dr Panné. — Sur une série de 7 tarsectomies pour pieds bots *varus equin.*

Le prix de la cotisation annuelle est de 25 francs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 7 avril 1893.

L'admission des malades dans les hôpitaux.

Parmi les abus dont souffre le budget de l'Assistance publique, il en est un que depuis longtemps on signale : la mise en traitement dans les hôpitaux de malades qui peuvent parfaitement payer. Et non seulement cela grève le budget de l'Assistance, mais encore cela diminue d'autant les revenus des médecins de la ville : il est si commode pour un malade à la fois serré et peu scrupuleux de se rendre soit à l'hôpital, soit à une clinique gratuite — on sait si elles pullulent aujourd'hui — au lieu d'appeler un médecin qu'il faudrait rémunérer, fût-ce seulement à 3 francs la visite !

Les doléances des médecins de quartier se sont fait jour à plusieurs reprises depuis quelques années, mais il faut avouer que la solution pratique est difficile à trouver, et il est juste d'ajouter que trop souvent le chemin de l'hôpital a été enseigné aux malades aisés par les médecins eux-mêmes, aujourd'hui plaignants. A quel médecin n'est-il pas arrivé, à quel chirurgien surtout, de voir venir à lui, à l'hôpital, pour prendre un avis, ou pour se faire opérer, un malade certainement aisé, muni d'une lettre de recommandation de son médecin traitant? Un client a-t-il besoin d'une opération chirurgicale, à chaque instant, désireux de le mettre entre les mains d'une « sommité » et de lui éviter cependant les honoraires considérables dont cette sommité fait reconnaître ses services, le médecin adresse ledit client à ladite sommité, à l'hôpital. Il est tout fier de se prévaloir d'une amitié élevée et en outre d'éviter des frais à son malade : il nuit à l'administration de l'Assistance — mais nous vivons un peu tous sur cet aphorisme que voler l'Etat ce n'est pas voler; il nuit aux chirurgiens moins « sommités » qui n'ont pour gagner leur vie que les clients peu luxueux — mais de cela il n'a cure; il se nuit à lui-même, car il a appris à son protégé et à son entourage qu'on peut, à l'hôpital, être fort bien soigné sans bourse délier — et il proteste.

Je ne veux d'ailleurs pas examiner ce côté de la question et je clos cette incidente, pour en venir au seul point que je désire traiter : comment l'Administration peut-elle se défendre contre l'abus? Abus qui s'aggrave de jour en jour, en chirurgie surtout, car la sécurité des résultats dépend des installations matérielles, et de plus en plus on se rend compte que pour une opération d'importance notable ces conditions sont difficiles à réaliser à domicile. Très souvent donc un chirurgien soucieux de l'intérêt de ses malades leur conseille d'entrer dans une maison de santé : l'hôpital n'en est-il pas une où on n'aura pas à payer le séjour ; où on n'aura pas à payer l'opérateur et ses aides; où pour quelques menus pourboires on se fera bien servir par les infirmiers?

Où on n'aura pas à payer le séjour est exagéré. Ces malades aisés déclarent la plupart du temps, sans qu'on les y force, qu'ils peuvent payer; s'ils ne le déclarent pas, les inspecteurs de l'Assistance le constatent facilement à leur domicile : et ils versent une indemnité de 3 fr. 80 par jour.

Cette indemnité, c'est le prix de revient de « la journée de malade », obtenu en divisant tous les frais hospitaliers d'une année par le nombre de journées de malades de cette même année. Mais on conçoit très bien que cette moyenne ne correspond nullement à la moyenne des dépenses occasionnés par les malades ci-dessus visés. Un sujet jouissant de quelque aisance ne vient pas à l'hôpital quand il a un embarras gastrique ou un furoncle, mais quand il doit subir une opération chirurgicale grave, une laparotomie par exemple. Dans ces conditions, une rémunération de 3 fr. 80 par jour est illusoire, et l'on approuve sans réserves le conseiller municipal qui a proposé il y a quelques jours d'établir un prix spécial pour les malades de cette catégorie.

Au reste, si l'on veut voir à quel degré les malades relativement aisés grèvent le budget de l'Assistance publique, on n'a qu'à prendre dans le rapport de M. Navarre les passages relatifs à la Maison de Santé et à Sainte-Périne. Ces établissements sont consacrés, dit-on, aux malades qui payent : or en prenant le compte de 1891, on constate que la Maison de Santé a coûté à l'Assistance 113,401 fr. 37, et Sainte-Périne 98,897 f. 04, soit ensemble 212,298 f. 41.

Et M. Navarre ajoute que si on tient compte du capital immobilisé par les terrains, la somme totale est de 871,272 fr. 41.

Est-il facile de couper court à cet abus? Certes non; et si, par exemple, rien n'est plus simple que de supprimer la Maison de Santé — ou plutôt de la transformer en hôpital ordinaire, ce qui à tous égards serait excellent — pour Sainte-Périne on se heurte à des difficultés soulevées par les contrats qui lient l'Assistance avec ses pensionnaires.

Pour éviter l'entrée subreptice, à titre gratuit, des malades pouvant payer, le projet adopté par le conseil de surveillance et dont les grandes lignes ont été résumées dans notre dernier numéro (voy. *Gazette*, p. 155) pose ce principe que l'assistance médicale gratuite est réservée « aux malades justifiant qu'ils sont inscrits sur la liste des indigents »; et sauf les cas d'urgence les admissions — nous mettons pour le moment à part ce qui concerne les consultations et l'assistance à domicile — ne se feraient en principe qu'à domicile. Chaque hôpital serait le centre d'une circonscription pourvue d'un ou de plusieurs dispensaires; à chaque dispensaire seraient attachés des médecins du Bureau central et des médecins-adjoints chargés, outre le service des consultations, de la visite des malades qui demandent à être admis à l'hôpital ou dont l'admission est proposée par les médecins du traitement à domicile.

Ce projet comporte d'abord la suppression du « Bureau central d'admission » tel qu'il fonctionne à l'Hôtel-Dieu, et ce serait un grand bienfait, car le Bureau central est une invention grotesque.

Dans les hôpitaux se présentent chaque matin un nombre assez considérable de « rossignols » dont un service actif ne peut s'encombrer, infirmes qui relèvent de l'hospice et non de l'hôpital. Avec de bonnes paroles, on leur donne à la consultation un papier jaune avec lequel ils arrivent vers une heure à l'adresse indiquée, place du Parvis Notre-Dame, à l'Hôtel-Dieu. Ils s'y joignent à des vagabonds de diverses espèces, à quelques rares malades, et tout ce monde défile devant le médecin ou le chirurgien du Bureau central — ou au moins devant un externe — qui naturellement reçoit les quelques malades et non point les chroniques, sauf pour quelques infirmités particulièrement graves qui touchent sa pitié. Il les envoie se faire panser (ce qui est mauvais, car le service des pansements est sordide) et là, on leur donne une soupe; je crois que ce n'est pas réglementaire, mais c'est en somme la seule utilité du Bureau central et, pour ma part, je n'ai jamais refusé un bon de pansement à un vagabond n'ayant aucune plaie, mais ayant le ventre creux. Ce n'était vraiment pas la peine de faire descendre pour cela ce malheureux de Belleville à l'Hôtel-Dieu, de déranger en outre un médecin, un chirurgien, quatre externes, et d'entretenir un directeur, plusieurs commis de bureau et plusieurs garçons de salle.

Et le Bureau central est nuisible, car il a ôté aux chefs de service des divers hôpitaux le sentiment de leur propre responsabilité. Quand on refuse un malheureux qui aurait réellement besoin de repos, on se tranquillise la conscience en disant : « Allez avec ce papier au Bureau central, c'est là que sont distribués tous les lits qui restent vides dans les hôpitaux. Pour moi, tous mes lits sont pleins et j'ai des brancards. » On sait fort bien que c'est un leurre, le lit vide étant partout un mythe, mais on a un petit prétexte décent et on peut se répéter à soi-même que, vraiment, on n'est pas responsable des insuffisances hospitalières.

A beaucoup d'égards, on n'a pas tort, car, je l'ai dit dans mes derniers articles, l'administration commet une double faute, économique et médicale, lorsqu'elle remplit avec des « chroniques » des lits destinés à des « aigus. »

Mais voici le Bureau central supprimé. Chaque hôpital doit suffire à son propre recrutement, et nous arrivons à la question si épineuse des consultations hospitalières.

Dans le projet du conseil de surveillance, elles aussi se trouvent supprimées et remplacées par des dispensaires destinés exclusivement au service de policlinique; et c'est par ce dispensaire que, indépendamment des chefs de service, seront faites à domicile les admissions des malades.

En principe, ce système a beaucoup de bon, à condition de laisser une assez grande latitude à chaque chef pour le choix de ses malades, en dehors des aigus dont l'admission est urgente, et qui d'ailleurs sont toujours reçus immédiatement : il n'arrive pas qu'on laisse à la porte d'un hôpital un typhique, un pneumonique, un écrasé. Une consultation dirigée par un médecin du Bureau central, qui n'aura que cela à faire et qui sera aidé par des médecins adjoints, sera beaucoup mieux faite que la consultation actuelle de nos hôpitaux, et en même temps elle deviendra beaucoup plus intéressante. Quant à l'admission à domicile, elle supprimera, ou à peu près, les « carottiers » de toute espèce.

Mais il est aisé de prévoir des objections.

La première, c'est la possibilité de désaccords, scientifiques ou autres, entre le chef de service et le chef du dispensaire par lequel se recrute le service. Sans la complaisance du personnel du dispensaire, un chef de service ne pourra plus guère avoir ces séries de cas analogues qui sont indispensables si l'on veut étudier complètement un point de science ou de pratique; et c'est en somme presque toujours pour le plus grand bénéfice des malades, heureux de rencontrer un médecin qui s'intéresse spécialement à leur maladie.

La seconde, et la plus grave, est que très probablement le système proposé aboutira à un envahissement encore plus grand qu'aujourd'hui des services d'aigus par les chroniques et les infirmes. Actuellement, cet envahissement existe parce que nous sommes de temps en temps frappés de pitié à la vue d'un malheureux qui a besoin d'un lit et de nourriture : et voilà un lit immobilisé pour plusieurs mois. Or l'admission des chroniques sera l'intérêt immédiat des médecins du traitement à domicile.

Il n'est pas de consultation, à l'hôpital ou au Parvis, où nous ne voyions se présenter des malades porteurs de billets délivrés par le médecin du Bureau de bienfaisance et certifiant que ces sujets ne peuvent recevoir chez eux les soins que comporte leur état. Avec le régime proposé, ces malades seraient reçus. Or, au moins 9 fois sur 10 il s'agit de phthisiques, d'hémiplégiques, de tumeurs blanches suppurées en attitude vicieuse et où la chirurgie est impuissante, etc. Malade ou médecin laissent traîner pendant des mois une ostéo-arthrite tuberculeuse, puis quand le mal n'est plus guère justiciable que de l'amputation — et encore — vite, un billet d'hôpital; et l'on

s'indigne lorsque nous donnons de préférence nos lits aux malades auxquels nous croyons pouvoir procurer la guérison. C'est que pour le traitement à domicile l'incurable, médical ou chirurgical, est la plaie dont famille et médecin cherchent à se débarrasser : et je répéterai que tant qu'on n'aura pas trouvé moyen d'hospitaliser à bon marché, hors Paris de préférence, les infirmes et incurables, ils ne doivent entrer à l'hôpital que par tolérance, je dirai presque par abus, et non par droit. Le résultat sera joli le jour où tous les gâteux et autres cancers de l'utérus seront hospitalisés et où faute de place on renverra chez eux les pleurétiques et les fracturés! Le système futur n'est donc acceptable que si on sépare nettement les aigus, les chroniques, les infirmes et incurables, et si on s'arrange pour que les chroniques et infirmes, une fois inscrits pour être admis, n'attendent pas leur placement pendant des mois.

A. Broca.

REVUE GÉNÉRALE

De l'intervention chirurgicale dans la septico-pyohémie consécutive à l'otite moyenne suppurée.

Dans une intéressante étude sur les septicémies ou septico-pyohémies consécutives aux otites moyennes suppurées, mon maître le professeur Chauvel (1) insiste sur la guérison relativement fréquente de ces infections. A l'appui de cette assertion il fournit comme preuves tirées de sa pratique, en regard de deux décès, trois terminaisons heureuses, auxquelles je puis en ajouter une quatrième obtenue également dans le service spécial du Val-de-Grâce. « Si graves, si probablement mortels que » paraissent ces phénomènes dès leur début, nos obser- » vations, dit M. Chauvel, prouvent au moins qu'il ne faut » pas désespérer. En luttant avec constance par les » toniques et les excitants diffusibles contre l'intoxication » septique, en intervenant en temps opportun contre les » suppurations locales, on peut sauver des existences » très compromises. » A mon sens, la thérapeutique peut faire plus encore. S'efforcer de mettre l'économie en état de résister efficacement à l'infection est bien; entraver, ou même si possible arrêter celle-ci, vaut mieux encore, d'autant que l'intervention chirurgicale nécessaire à cet effet n'empêche pas de recourir au traitement médical.

Si la simple ouverture des cellules mastoïdiennes suivie d'une désinfection plus ou moins complète de leurs cavités et de la caisse peut être tenue pour efficace dans certains cas d'otite moyenne suppurée, cette intervention ne répond plus à toutes les indications dès que l'otite s'accompagne d'infection générale. Cette dernière, en effet, le plus souvent, sinon toujours, survient comme conséquence d'une phlébite soit des sinus latéral ou pétreux supérieur, soit de la veine jugulaire interne, parfois encore de ces divers canaux veineux simultanément malades. Or, en pareil cas, isoler de la circulation générale le segment enflammé, le désinfecter, en faire disparaître le thrombus infectieux, tel est le but chirurgical à se proposer. Pour l'atteindre, quelques chirurgiens anglais ou américains n'ont pas hésité à pratiquer la ligature de la jugulaire interne et l'ouverture du sinus

(1) Le *Mercredi médical*, 6 juillet 1892, p. 317.

latéral. Ils ont obtenu neuf succès contre deux échecs (1). Une douzième observation (2) mérite encore d'être signalée ici; car, si la ligature de la jugulaire interne décidée par le chirurgien ne fut pas pratiquée, c'est que la nature s'était chargée d'oblitérer elle-même le vaisseau et d'en rompre la continuité par la formation d'un abcès qui fut ouvert et drainé.

Des deux observations terminées par la mort que rapporte Ballance, la première prête à la discussion. Il s'agit d'un garçon de 18 ans qui, atteint d'otorrhée depuis l'enfance, entre à l'hôpital avec de la céphalalgie, du délire, des vomissements, une température de 40°, la langue sèche, de la tuméfaction et de la sensibilité de la mastoïde, une névrite optique. La mort survint deux jours après l'opération par *infarctus pulmonaire généralisé*. Sans doute avec l'opérateur l'on peut admettre que l'intervention a été trop tardive; mais, en raison du mécanisme de la mort, n'est-il pas légitime de faire quelques réserves sur une influence fâcheuse du traumatisme chirurgical?

Quant au second cas de mort, il ne prêterait pas du tout à la critique, si l'observation était plus complète. L'opérée, jeune fille de 14 ans, allait bien, lorsqu'elle mourut subitement, enlevée par un spasme respiratoire lié à la présence d'un abcès dans le larynx. Or, il serait intéressant de savoir s'il existait quelque relation entre cet abcès et la ligature de la jugulaire, ou s'il s'agissait d'un abcès métastatique dû à la pyohémie.

Ces deux cas malheureux du reste, quelle que soit la valeur que la critique puisse leur attribuer, ne sauraient faire négliger les enseignements qui découlent des succès. Ceux-ci légitiment l'intervention lorsque dans le cours d'une otite moyenne suppurée surviennent des accidents de septico-pyohémie. Pas n'est besoin de donner ici le tableau clinique de cette infection; il doit suffire de mettre en vedette comme symptômes qui décideront le chirurgien à intervenir : un état typhoïde plus ou moins accentué, des oscillations extrêmes et rapides de la température, la répétition des frissons, parfois des manifestations pulmonaires, hépatiques ou spléniques. Quant aux symptômes de l'otite, quant aux indices de sa propagation du côté de l'encéphale et de ses enveloppes (céphalalgie plus ou moins localisée, vertiges, assoupissement, délire, attaques épileptiformes, névrite optique, paralysie du trijumeau ou du facial...), ou du côté des régions mastoïdienne et jugulaire (sensibilité, tuméfaction, voire même abcès), ils confirmeront la nécessité du traitement chirurgical et pourront servir à discuter la succession des temps de l'intervention.

Faut-il en effet lier d'abord la jugulaire interne, puis ouvrir le sinus? Faut-il intervertir l'ordre de succession de ces actes opératoires? Lorsqu'il existe de la sensibilité, de la tuméfaction (Rushton Parker, Clutton), le long de la jugulaire interne, sans rien au niveau de la mastoïde, alors il n'y a pas lieu d'hésiter; on commencera par

(1) Newron Pitt, An analysis of fifty seven fatal cases of ear desease and of the complications which led to death. in *The Brit. med. Journ.*, 22 mars 1890, p. 613. — Ballance, Operation for septic thrombosis of the lateral sinus consecutive to aural disease. *Idem*, 5 avril 1890, p. 783. — Arbuthnot Lane, The treatment of pyœmia consequent upon disease of the middle ear and unassociation with thrombosis of the lateral sinus, *id.*, 28 juin 1890, p. 1480. — G. H. Makins, Two cases of middle ear disease complicated by thrombosis and suppuration of the lateral sinus with signs of pyœmia successfully treated; remarks. *The Lancet*, 6 juin 1891, p. 1259. — Clutton, A successful case of ligature of internal jugular vein and trephining lateral sinus in an ear case, whilst the symptoms of pyœmia were well pronounced. *The Brit. med. Journ.*, 16 avril 1892, p. 807. — Ruston Parker, Aural pyœmia successfully treated by removing putrid thrombus of jugular vein and lateral sinus. *Idem*, 21 mai 1892, p. 1076. — A. Parkin, Two cases of aural pyœmia treated by operation. *The Lancet*, 11 mars 1893, p. 522.

(2) Makins, *loco citato*.

lier la jugulaire. L'utilité même de cette ligature, il est vrai, a été contestée par Salzer (1), qui lui reproche d'être pratiquée une fois l'infection produite et d'être incapable d'arrêter dans le vaisseau la propagation du processus inflammatoire. L'on ne peut nier cependant que la fermeture de la jugulaire interne mette à l'abri de toute embolie pendant la désinfection du sinus, pratique que Salzer accepte, bien qu'il n'y ait eu recours, lui aussi, qu'une fois la pyohémie déclarée. En second lieu, si l'on a soin de placer le fil assez bas au-dessous du thrombus de la veine, dont on résèque même plus ou moins haut la partie malade, le second reproche n'a plus de portée. Enfin, une observation de Arbuthnot Lane prouve même que la simple ligature de la jugulaire interne, sans résection de sa continuité, peut suffire ; dans ce cas en effet, le chirurgien, en raison du collapsus dans lequel se trouvait l'enfant après la ligature, n'osa pas ouvrir le sinus latéral. Il remit à plus tard cette intervention et finalement n'eut pas besoin d'y recourir.

Mais, en l'absence de tout symptôme permettant de croire que la jugulaire interne est thrombosée, il paraît logique de trépaner dans un premier temps pour explorer le sinus latéral. Celui-ci mis à nu, ou bien ne se vide pas sous la pression du doigt par suite du caillot qu'il renferme, ou bien, encore dépressible, il ne bat plus, preuve que sa partie terminale ou encore l'origine de la jugulaire interne est obstruée. Enfin, il peut être indiqué en cas de doute de ponctionner le canal veineux avec une seringue de Pravaz pour extraire quelques gouttes de son contenu. L'on pourra ainsi retirer d'un sinus malade du sang altéré, voire même comme Salzer un liquide fétide, visqueux et grisâtre.

L'utilité de l'ouverture et de la désinfection du sinus n'étant plus douteuse, la ligature préalable de la jugulaire interne suivie de sa résection s'impose comme garantie contre une embolie possible, comme moyen de permettre l'irrigation antiseptique de la portion terminale du sinus, laquelle échappe à une action directe.

Bien que les observations publiées ne précisent pas le point où doit être liée la jugulaire interne, il n'est pas difficile de déterminer le lieu d'élection de cette ligature. En effet, sauf le sinus pétreux inférieur qui la rejoint un peu au-dessous du trou déchiré postérieur, la jugulaire interne ne reçoit aucune collatérale de la base du crâne à la grande corne de l'os hyoïde. A ce niveau, au-dessus du confluent du tronc thyro-facio-lingual, en raison de sa position relativement superficielle comme aussi en raison de la longueur du trajet qu'elle a déjà parcouru, la veine sera liée facilement avec chance pour le chirurgien d'agir sur un point où les parois vasculaires ne seront pas malades. L'incision est la même que celle qui sert pour lier les carotides externe et interne. Le vaisseau une fois découvert, un fil double sera passé autour de lui ; et, après que les deux moitiés en auront été liées à une distance suffisante l'une de l'autre, la veine sera coupée entre les deux ligatures. Son bout supérieur sera ensuite disséqué avec précaution en raison des rapports de sa face interne avec les artères carotides interne et externe, avec les nerfs hypoglosse et pneumogastrique ; puis attiré dans l'angle supérieur de l'incision il y sera fixé, tandis que par des sutures profondes et superficielles le nœud inférieur sera mis à l'abri de toute contamination. Celle-ci en effet est à craindre, lorsque après l'ouverture du sinus on supprimera la ligature supérieure de la jugulaire interne pour livrer passage aux liquides antiseptiques chargés d'expulser le contenu de ces vaisseaux.

(1) Zur operativen Behandlung der Sinusthrombose, *Wiener klin. Woch.*, 21 août 1890, p. 651.

Cette ligature, dans aucune des observations publiées, ne semble avoir eu de retentissement sur la circulation encéphalique, fait à prévoir, puisque le cours du sang dans les vaisseaux était déjà empêché par le thrombus. Du reste, alors même qu'elle fût encore perméable, le résultat des ligatures pratiquées sur la jugulaire interne pour des traumatismes, comme aussi les expériences de Sappey, démontrent que son oblitération n'entrave pas la circulation grâce à l'existence d'une voie veineuse collatérale toujours suffisante même sans dilatation préalable.

Quant à la trépanation, elle sera pratiquée à la gouge et au maillet ; et, au lieu d'agir sur la mastoïde aussi en avant que possible, comme il est recommandé pour la simple ouverture des cellules mastoïdiennes, l'opérateur mettra à nu la suture pariéto-mastoïdienne, qui se trouve à peu près exactement sur le prolongement de la racine postérieure de l'apophyse zygomatique en avant de l'astérion. Dans sa thèse, notre camarade Le Fort (1) écrit : « Le sinus latéral est situé sous une ligne qui va de » l'inion à l'astérion ; il passe sous l'angle postérieur et » inférieur du pariétal (Dona).

» Pour Poirier, sa portion horizontale répond à la » ligne courbe occipitale, à l'astérion, à la suture pariéto- » mastoïdienne, et sa portion oblique au tiers moyen de » l'apophyse mastoïde. Sa portion horizontale corres- » pond à la ligne naso-inienne et, pour la déterminer sur » le vivant, il suffit de prolonger en arrière jusqu'à » l'inion le bord supérieur de l'apophyse zygomatique. » Sa largeur est de un centimètre et demi.

» Nous avons fait quelques recherches sur la situation » du sinus latéral, elles nous ont donné les mêmes résul- » tats qu'à Poirier ; pourtant l'axe de la portion oblique » du sinus latéral nous a paru de 2 ou 3 millimètres » environ en arrière du milieu de l'apophyse mas- » toïde. »

A peine est-il besoin de rappeler ici que dans des circonstances exceptionnelles les sinus latéraux sont tantôt absents, tantôt rudimentaires, et d'autres fois, un peu diminués de calibre, ils sortent par le trou mastoïdien et se continuent avec la jugulaire externe (Ch. Debierre (2).)

Une perte de substance pratiquée dans le crâne sur la suture pariéto-mastoïdienne et sur le tiers moyen de l'apophyse mastoïde mettra donc à nu le sinus transverse qu'il s'agit d'explorer. De plus, elle permet de remplir, comme complément de l'intervention étudiée dans cet article, certaines indications spéciales à l'état du malade (carie du rocher, abcès sous ou sus-duremérien, abcès du cerveau ou du cervelet). En effet, s'il élargit l'ouverture en haut et en avant de façon à supprimer la portion voisine de l'écaille du temporal, le chirurgien se donnera du jour pour aller en décollant la dure-mère examiner la face supérieure du rocher, en particulier la voûte de la caisse ; ou encore, après incision de la dure-mère, il pourra explorer le lobe temporal. En pareil cas, il convient de prolonger la brèche osseuse un peu au delà de la verticale du méat auditif externe. Autrement, si l'on soupçonne quelque désordre du côté du cervelet, il est indiqué d'abraser le bord postérieur de la gouttière mastoïdienne au fond de laquelle se trouve à nu le sinus transverse. On sait, en effet, que le tiers postérieur de la mastoïde recouvre le cervelet.

Mais, revenons au sinus découvert dans le premier temps de la trépanation. Son exploration a démontré qu'il était thrombosé, la jugulaire interne, en consé-

(1) *La topographie cranio-cérébrale, applications chirurgicales.* Thèse de Lille, 1890, page 102.
(2) *Traité d'anatomie*, t. I, p. 680.

quence, a été liée et sectionnée, comme il a été dit précédemment. Le moment est venu d'ouvrir le sinus, de vider son contenu, d'irriguer sa cavité avec un liquide antiseptique qui s'échappe en le désinfectant par le tronçon supérieur de la jugulaire.

Si, pendant ces manœuvres, il se produisait une hémorrhagie veineuse par le bout postérieur du sinus latéral, il conviendrait d'y introduire, pour l'oblitérer, soit une petite mèche de gaze antiseptique (Makins), soit un petit faisceau de fins catguts (Lucas-Championnière). Ne pourrait-on pas, au besoin, débrider la dure-mère au-dessus et au-dessous du sinus, puis lier son extrémité ainsi libérée ?

H. Nimier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches critiques et expérimentales sur des compresses et éponges abandonnées dans la cavité péritonéale, par MM. Jalaguier, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, et P. Mauclaire, ancien interne médaille d'or, prosecteur à la Faculté.

A propos de certaines observations cliniques quelque peu étonnantes au premier abord, nous avons fait les expériences suivantes sur des chiens et des lapins.

Expériences sur des chiens. — Chien n° 1. — Gros chien de forte taille. Le 3 avril 1892, nous pratiquons la laparotomie médiane et un morceau de gaze iodoformée de 15 centimètres de long sur 2 de large est placé immédiatement entre le grand épiploon et la paroi abdominale sans être propulsé profondément. Les jours suivants, pas de réaction. Réunion par première intention.

L'animal est sacrifié trois mois et demi plus tard. Nous trouvons *le fragment de compresse complètement ratatiné et formant une boule très résistante à la pression.* Il est entouré par de nombreuses adhérences très solides qui le pénètrent de toutes parts ; il paraît placé dans l'épaisseur même du grand épiploon. Rien de particulier à signaler dans le reste de la cavité péritonéale.

Chien n° 2. — Grande chienne terre-neuve de très forte taille. Le 10 avril, nous pratiquons la laparotomie et nous mettons trois compresses de gaze au salol dans la cavité abdominale : une première est placée très bas dans le cul-de-sac utéro-rectal; une deuxième dans la fosse iliaque droite; une troisième dans la fosse iliaque gauche, au milieu des anses intestinales.

Les jours suivants, rien d'autre à signaler qu'une suppuration des points de suture superficiels, l'animal ayant déchiré son pansement.

Nous nous apercevons alors seulement que la chienne était en état de grossesse. Six semaines après, elle met bas sept petits.

L'animal est sacrifié trois mois plus tard. Nous ne trouvons plus de compresses dans les fosses iliaques; mais le petit bassin est occupé par une masse irrégulière formée par des adhérences entourant la vessie et l'utérus. Nous soulevons alors l'S iliaque et, en passant derrière lui, nous cherchons à enlever le rectum en même temps que tous les organes du petit bassin; mais le rectum, aplati contre la concavité du sacrum par toute la masse située en avant de lui, a été laissé par mégarde, car l'S iliaque est sectionné au niveau de sa continuité avec le rectum. Il aurait fallu prendre tout le périnée antérieur et postérieur de bas en haut et raser toutes les parois du petit bassin ; nous nous serions reconnus beaucoup plus facilement dans les rapports que présentaient entre eux les compresses et les organes pelviens.

En examinant la masse ainsi enlevée et en nous orientant grâce à la vessie et au vagin, nous trouvons *au milieu de la cavité utérine des mèches de gaze au salol.* Celles-ci sont situées en partie dans la cavité utérine et en partie dans une pseudo-poche creusée dans un paquet d'adhérences péritonéales, entre l'utérus et la vessie. Les parois de la cavité utérine présentent un centimètre et demi d'épaisseur et offrent à la coupe une coloration gris rougeâtre rappelant bien celle du muscle utérin. Le fond de l'utérus a conservé sa forme et se reconnaît aisément.

M. le Dr Achard a eu l'extrême obligeance d'étudier, au point de vue histologique, un fragment de ce que nous avons considéré comme étant la paroi utérine et voici la note qu'il a bien voulu nous remettre :

On reconnaît des faisceaux de fibres lisses, mais ce qui domine, ce sont d'épaisses travées de tissu fibreux avec une infiltration embryonnaire très abondante. On trouve de plus en quelques endroits dans les interstices des faisceaux fibreux des débris de brindilles de linge tout à fait semblables à celles que donnent les compresses et qui abondent trop souvent dans les préparations histologiques. Mais il est certain que lesdits débris proviennent bien de la pièce elle-même et non de l'air, car on y trouve adhérentes des traînées de globules blancs. Il est donc admissible que ce sont des débris de la compresse transportés par les lymphatiques, car ils se trouvent dans de larges espaces lymphatiques limités par l'écartement des faisceaux fibreux.

Pour expliquer ce résultat si inattendu de notre expérience, il faut admettre que les compresses situées dans les fosses iliaques sont descendues rejoindre celle qui avait été placée dans le cul-de-sac de Douglas, et c'est évidemment quand l'utérus était à son maximum d'augmentation de volume qu'elles ont traversé la paroi utérine alors peu épaisse ; mais il faut avouer que le mécanisme est bien difficile à comprendre.

Les adhérences qui entouraient l'utérus expliquent, jusqu'à un certain point, la tendance à la sclérose qui a été notée à l'examen histologique. Ces mêmes adhérences qui appliquaient les compresses sur l'utérus ont pu, en se rétractant, forcer celles-ci à déprimer la paroi et à pénétrer dans la cavité de l'organe. Ou bien encore elles ont gêné l'accroissement de volume de l'utérus au point de déterminer en un point une rupture utérine, d'où pénétration facile des compresses. Ce sont là autant d'hypothèses un peu gratuites, il faut bien le reconnaître.

Expériences sur des lapins (tous âgés de quatre mois environ). — *Lapin n° 1.* — Laparotomie le 18 avril; nous introduisons directement entre la masse intestinale et la paroi abdominale un morceau de gaze iodoformée, de 4 centimètres de long sur 2 de large. Les suites de l'opération ont été régulières, mais l'animal, un mois après, s'est échappé de sa cage et a disparu; aussi nous ne rapportons cette expérience qu'au point de vue de la tolérance facile du corps étranger.

Lapin n° 2. — Le 18 avril, laparotomie médiane ; nous plaçons entre la masse intestinale et la paroi abdominale un morceau de gaze au salol que nous propulsons plus bas que la section de la paroi. Les suites de l'opération sont régulières. L'animal est sacrifié deux mois après.

A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons la gaze salolée *ratatinée et roulée en boule.* Elle est placée à cheval sur deux anses du gros intestin et répond presque au niveau de la section de la paroi abdominale; elle a donc peu changé de place. Elle présente un aspect lisse, séreux; elle est rouge à la périphérie, infiltrée par des vaisseaux sanguins qui sont développés dans les adhérences. Celles-ci, très résistantes, appliquent fortement la compresse contre la paroi intestinale.

La compresse a pris une forme discoïde à grand axe vertical ; les adhérences qui l'entourent lui forment une collerette très élégante et sont très résistantes et enfin la consistance de la petite masse est très ferme. Le centre de la compresse a conservé sa coloration blanchâtre.

En ouvrant la cavité intestinale au niveau de la compresse, on voit que celle-ci ne fait aucune saillie dans la cavité du conduit.

Lapin n° 3. — Le 25 avril, nous pratiquons la laparotomie médiane et nous introduisons entre la masse intestinale et la

paroi abdominale un morceau de gaze au salol que nous poussons très bas au milieu des anses intestinales. Les suites de l'opération sont régulières.

L'animal est sacrifié deux mois après. A l'ouverture de la cavité abdominale, nous trouvons la compresse *ratatinée et roulée en boule* et adhérente à la paroi abdominale à un centimètre plus bas que la section de la peau, elle est donc remontée légèrement. Elle est entourée de nombreuses adhérences dont quelques-unes présentent à l'œil nu plusieurs petits capillaires sanguins dilatés.

Lapin n° 4. — Laparotomie le 25 avril ; nous abandonnons dans la cavité abdominale un morceau de gaze iodoformée. L'animal est tué deux mois après et, comme dans les cas précédents, nous trouvons la compresse ratatinée sur elle-même, recouverte de nombreuses fausses membranes et adhérences qui la rattachent à une anse intestinale. *Elle fait une saillie légère dans la cavité de celle-ci.*

Lapin n° 5. — Même expérience le 1er mai, mais avec des fragments de compresse de toile ayant été bouillie. Autopsie deux mois après : la compresse est *ratatinée et roulée en boule*. Elle est comme enkystée entre deux anses du gros intestin auxquelles elle est rattachée par des adhérences solides et vasculaires. Elle adhère en même temps à la paroi abdominale. *En ouvrant la cavité intestinale, nous trouvons que la compresse fait une saillie énorme d'un bon centimètre* en repoussant la paroi de l'intestin qu'elle n'a pas encore traversé.

Lapin n° 6. — Même expérience que dans le cas précédent. L'animal est sacrifié deux mois après et, comme dans toutes les expériences, nous trouvons la compresse ratatinée et entourée d'adhérences très nombreuses. Elle adhère d'une part à la paroi abdominale et d'autre part elle est fixée en bas par une très grosse adhérence qui va se perdre sur la vessie. Quelques-unes de ces adhérences sont vasculaires, et ce qu'il y a de particulier ici, c'est qu'il existe une petite poche entre la compresse et l'anse intestinale, poche limitée par des adhérences très solides. La compresse n'a que fort peu repoussé la paroi de l'intestin comme pour pénétrer dans sa cavité.

Lapin n° 7. — Même expérience le 1er mai. Autopsie deux mois après. A première vue on ne retrouve pas facilement la compresse. C'est une de celles qui ont le plus voyagé. Nous la rencontrons à la face postérieure du cæcum, collée à l'intestin grêle et au gros intestin par de solides adhérences qui présentent de petits capillaires sanguins dilatés et visibles à l'œil nu. La compresse est plaquée contre l'intestin, mais ne fait pas saillie, ce qui n'est pas surprenant, étant donnée sa situation.

Lapin n° 8. — Même expérience le 1er mai. Deux mois après, à l'autopsie, nous trouvons la compresse située très bas au milieu des anses intestinales auxquelles elle est reliée par des adhérences très nombreuses et très vasculaires; mais la compresse n'est pas plaquée contre l'intestin; aussi elle ne fait pas saillie dans sa cavité. De plus, elle n'adhère pas à la paroi abdominale.

Expériences avec des éponges. — Lapin n° 9. — Même expérience le 8 septembre avec un fragment d'éponge stérilisée. Mort quatre jours après. A l'autopsie nous trouvons le fragment d'éponge très gonflé, entouré par de nombreuses adhérences qui le cachent et le rattachent à une anse de l'intestin grêle. Ces adhérences entourent complètement l'anse intestinale au point d'en oblitérer le calibre et nous pensons que l'animal est mort et de péritonite, probablement par infection venue de l'éponge, et aussi, d'obstruction intestinale. En effet, toute la partie d'intestin située au-dessus du paquet formé par les membranes, le fragment d'éponge et les anses adhérentes est très dilatée, tandis que la partie inférieure du tube digestif est affaissée.

Lapins nos 10 *et* 11. — Même expérience, mais avec deux fragments d'éponge pour le lapin n° 10 et trois pour le lapin n° 11. Mort six jours après. A l'autopsie nous trouvons les fragments d'éponge réunis en un seul paquet entouré par des adhérences peu solides. Au-dessous d'elles la masse intestinale est affaissée. Pas d'épanchement péritonéal ici non plus.

Lapin n° 12. — Le 8 septembre, même expérience, mais avec quatre fragments d'éponge. Mort 16 jours après. A l'autopsie nous trouvons un des fragments d'éponge recouvert d'adhérences nombreuses et plaqué contre une anse de l'intestin grêle qu'il enserre complètement. Un autre fragment comprenant les deux autres morceaux est collé sur deux anses intestinales de volume normal et fait dans la cavité de l'intestin une saillie de un centimètre et demi environ en repoussant simplement la paroi; *elle occupe et remplit presque complètement deux cavités ou cellules du gros intestin.*

Lapin n° 13. — Même expérience le 15 septembre 1891 avec des fragments d'éponge. Cet animal, qui nous a servi à d'autres expériences rapportées plus loin, n'est sacrifié que le 10 janvier 1893.

A l'autopsie nous cherchons en vain dans toute la cavité abdominale des traces des fragments d'éponge introduits quatre mois auparavant. Il n'existe aucune adhérence entre les anses intestinales indiquant leur passage; en somme, nous ne remarquons rien d'anormal dans la cavité abdominale, malgré une recherche très attentive.

Ces expériences nous ont paru intéressantes à rapporter.

Chez le chien n° 1 le morceau de gaze iodoformée reste enkysté au milieu du grand épiploon qui l'a enveloppé de ses adhérences. Chez la chienne n° 2 les compresses se sont entourées d'adhérences et ont fini par pénétrer dans la cavité utérine par un mécanisme bien difficile à comprendre, et sur lequel nous avons émis plus haut quelques hypothèses.

Chez les lapins, dans les expériences faites avec des morceaux de gaze soit au salol, soit à l'iodoforme ou bien encore avec des compresses simplement bouillies, il y a un fait général à noter, c'est la tendance du morceau de linge à se rouler en boule, pour prendre la forme d'un corps résistant, ovoïde. Cette masse devenue régulière s'entoure d'adhérences qui l'étreignent de plus en plus et, en se rétractant, peuvent pousser le corps étranger vers la cavité intestinale. Nous avons vu, en effet, que si nos compresses sont parfois restées isolées au milieu des adhérences péritonéales, plus souvent elles se sont plaquées contre l'intestin, sur une ou plusieurs anses ; nous avons même vu la compresse repousser la paroi intestinale et faire une saillie de près d'un centimètre dans la cavité intestinale (*Lapin n°* 5).

On conçoit que les choses étant ainsi disposées, la pénétration d'un corps étranger soit imminente; il suffira, pour qu'elle s'accomplisse, qu'une ulcération se développe à la muqueuse soulevée (peut-être par le fait du passage à frottement des matières fécales), ou bien qu'une infection, partie de l'intestin, envahisse les parois de la poche qui contient la compresse.

Il est regrettable que nous ayons tué nos lapins un mois trop tôt, car dans les cas où, après deux mois, nous avons vu la compresse plaquée contre l'intestin et repoussant la paroi, nous aurions pu trouver une perforation.

Les expériences faites avec des fragments d'éponge nous montrent que ceux-ci se gonflent énormément. Tantôt ils se résorbent ou s'éliminent par l'intestin (lapin n° 13), tantôt ils s'entourent d'adhérences; ils restent alors isolés au milieu d'un paquet de néomembranes ou bien, au contraire et le plus souvent, ils sont appliqués contre la paroi intestinale qui, ici encore, se laisse déprimer par le corps étranger dont la consistance est augmentée. Les adhérences nous ont paru plus nombreuses, plus étendues, que dans les expériences faites avec des compresses, ce qui permet d'expliquer pourquoi elles ont déterminé chez deux lapins des phénomènes d'obstruction intestinale.

D'autre part, en altérant les parois de l'intestin, ces adhérences favorisent peut-être la sortie des microbes tels que le coli bacille (1), comme cela a été démontré

(1) Voir thèse Macaigne, 1892, Paris. *Le bacterium coli commune*

dans le cas de hernie étranglée, par exemple, quoique cependant, étant donnée la difficulté de désinfecter une éponge, nous préférions considérer celle-ci comme la cause de la péritonite.

Il est fâcheux que l'absence d'épanchement dans la cavité péritonéale ne nous ait pas permis de faire des cultures, mais la mort nous paraît être due soit à la péritonite par infection venue de l'éponge, soit à l'obstruction intestinale.

Ce n'est pas la première fois que l'on a abandonné dans le péritoine des corps étrangers. Hegar, cité par Rosenberger (*Archiv. für klin. Chir.*, vol. 25, p. 77), avait introduit des fragments de muscle et de peau. Il fit en outre l'expérience suivante :

Un grand chien reçut dans la cavité abdominale à gauche un petit paquet de catgut et un de soie, de chacun 10 centimètres de long, et un morceau de muscle de lapin qui était resté soixante-neuf jours dans l'alcool absolu. La plaie fut guérie par première intention. Au bout de onze jours le chien fut tué. Entre l'épiploon et l'estomac on trouvait trois masses serrées et réunies ensemble. A un examen plus attentif on vit que ces trois masses étaient entourées par une membrane très forte et entre chacune d'elles se trouvaient des adhérences qui les séparaient les unes des autres. La masse de catgut était entourée complètement par du tissu conjonctif, tandis que la masse de soie ne l'était que d'un côté, l'autre côté se trouvait encore placé dans la cavité abdominale et imbibé de liquide. Le morceau de muscle était ramolli et n'avait que des attaches molles avec les parties voisines.

On trouva dans le liquide qui baignait la soie et dans celui qui entourait le muscle des bactéries et des microcoques ainsi que des cellules géantes d'une grandeur extraordinaire.

Chez un grand chat blanc, Rosenberger introduisit un morceau de muscle et un fragment de carcinome. A l'autopsie, 25 jours après, il trouva le morceau de muscle entouré par l'épiploon et des foyers de cancer dans celui-ci.

Thompson (Recherches expérimentales sur la formation d'adhérences dans la cavité abdominale après la laparotomie, *Centralblatt für Gynækologie*, 31 janvier 1891), introduisit un morceau de gaze stérilisée gros comme une fève. Au bout de huit jours il le trouva détruit en partie et entouré d'adhérences. Et, ayant surtout en vue les adhérences consécutives aux ligatures intra abdominales, il ajoute qu'il faut que les corps étrangers aient un certain volume pour déterminer des adhérences. Dans une autre série d'expériences il introduisit dans le ventre d'un animal un petit morceau d'ouate imbibée d'une solution de sublimé à 1/1000, mais exprimée; dans trois cas l'animal mourut de péritonite ; dans les autres cas il ne trouva pas d'adhérences à l'autopsie.

Dombrowsky (*Archiv. für klin. Chir.*, 1888, p. 745), étudiant la formation des adhérences péritonéales après les laparotomies, plaça chez un chien un morceau de gaze iodoformée de trois centimètres de long tout contre le foie. Huit jours après, à l'autopsie, on trouva le morceau de gaze en grande partie enkysté par des adhérences venues du péritoine pariétal comme l'avaient déjà décrit Wegner et Rosenberger.

Hamilton (*Edinburgh Med. Jour.*, 5 novembre 1881), fit de nombreuses greffes cutanées avec des fragments d'éponge qui s'organisèrent en partie. Il introduisit des fragments semblables dans la cavité péritonéale et trouva au bout de dix jours l'éponge adhérente aux anses intestinales; l'union était même si intime qu'on eut grand'peine à les séparer. Il y avait un épanchement considérable de lymphe fibrineuse. Il coupa l'éponge et vit qu'elle présentait une couche de tissu nouveau seulement sur le bord qui était adhérent. Le reste de l'éponge était poreux et ne semblait pas avoir changé d'aspect. Dans les canaux de l'éponge il trouva de la fibrine et des leucocytes adhérents à des vaisseaux sanguins qui auraient permis à l'organisation de s'effectuer et de former du tissu cicatriciel (1).

Dans les cas où l'éponge avait adhéré à l'intestin, les couches musculeuses et muqueuse étaient intactes (au dixième jour seulement après l'opération). Seule la couche péritonéale était envahie par des vaisseaux sanguins très nombreux.

Chez quelques lapins, on trouva des amas de pus caséeux envahissant les conduits de l'éponge.

Il est pas inutile de comparer ces résultats expérimentaux avec ce qui a été observé chez l'homme dans les cas connus d'oubli dans la cavité abdominale, soit d'éponges, soit de compresses, soit d'instruments, au cours d'une laparotomie.

Voici un cas de Briddon (*Med. News*, 21 février 1889):

Laparotomie pour un fibrome utérin. — Le lendemain de l'opération, l'état de la malade était assez satisfaisant, le pouls était cependant fréquent; — légère fièvre, mais état général bon. Elle se plaignait d'une douleur abdominale assez vive.

Le quatrième jour la malade, qui avait été assez bien jusque-là, souffrit beaucoup plus et cependant il n'y avait ni distension ni sensibilité abdominale. L'état de la malade devint rapidement grave et elle mourut le sixième jour. A l'autopsie on ne trouva pas de distension de l'abdomen, ni d'accumulation anormale de gaz dans l'intestin, ni de péritonite généralisée; — les reins étaient un peu plus gros que normalement. En détachant les intestins du mésentère à treize pieds au dessous de l'estomac, on trouva une collection de pus localisée dans le mésentère. De ce point jusqu'au cæcum, le petit intestin et une partie du côlon étaient dans la cavité pelvienne et unis par un exsudat inflammatoire avec de fausses membranes, et du pus dans le cul-de-sac de Douglas. Dans la fosse iliaque près du cæcum, on trouva une éponge de 7 centimètres de diamètre; elle était en grande partie encapsulée par l'exsudat inflammatoire. Le point de départ de l'inflammation était évidemment le corps étranger.

A la suite de cette communication, le Dr Sands dit qu'il a entendu parler d'un cas dans lequel, un ou deux jours après l'opération, il y eut des symptômes alarmants, on vit qu'il manquait une éponge; on ouvrit de nouveau la cavité abdominale, on retira l'éponge et les symptômes graves disparurent.

Le président de la Société de Gynécologie, à la suite de ces deux communications, affirma connaître une vingtaine de cas analogues, mais sans donner plus de détails.

Salis a rapporté l'observation suivante dans le *Centralblatt für Gynækologie*, 1892, n° 24.

La malade avait subi la laparotomie le 31 octobre 1890. En juillet 1891 elle se plaignit de douleurs hypogastriques du côté gauche. En octobre apparut un abcès de la cicatrice qui s'ouvrit le 7 novembre; il s'en écoula un flot de pus fétide. Une fistule persista, puis, après dilatation et incision, on trouva une compresse de gaze qui fut extraite. Il y avait de plus une fistule de l'intestin grêle causée par cette compresse et qui se cicatrisa ultérieurement.

Voici les cas publiés en France et en Angleterre :

Cas de Pilate (*Société de Chirurgie*, 23 mars 1892). — Ce fut au cours d'une myomectomie que la compresse fut oubliée dans le péritoine. Pendant les premiers jours il en résulta quelques symptômes légers de péritonite avec une température oscillant de 37°5 à 38°2 et la malade se remit bien, mais, quelque temps après, elle eut dans la région hépatique des douleurs attribuées à des coliques hépatiques, puis de nouvelles crises telles que, n'eût été un examen histologique très affirmatif, M. Pilate eût pensé à un cancer en voie de généralisa-

(1) M. Cassaët vient de publier à Bordeaux sa thèse sur l'absorption des corps solides étudiés surtout au point de vue histologique. N'ayant pu connaître son travail que par une courte analyse, nous ne savons pas s'il a fait des expériences sur le sort des corps étrangers dans la cavité péritonéale.

tion. Enfin au bout de six mois et demi, la malade rendit par le rectum une compresse entourée de matières fécales dures. Elle était pliée en quatre et mesurait 26 centimètres de long. A partir de ce moment les accidents disparurent.

Cas de M. Quénu (*Soc. de chir.*, 23 mars 1892). — Au cours d'une extirpation d'annexes, la chloroformisation donna lieu à une alerte qui nécessita la respiration artificielle. C'est à ce moment probablement qu'une compresse fut égarée dans la cavité péritonéale. L'opération terminée, les compresses furent comptées, mais l'on donna un chiffre faux. La malade succomba au quatrième jour, sans phénomènes infectieux, mais avec de la dyspnée. A l'autopsie on trouva la compresse roulée autour de l'intestin et tout à fait remontée dans l'abdomen. Autour d'elle il y avait seulement un peu de rougeur du péritoine.

Cas de M. Terrier (*Soc. de chir.*, 23 mars 1892). — Dans cette observation, c'est une éponge qui a été oubliée. Il en résulta une péritonite mortelle qui emporta la malade le troisième jour, ce qui était presque inévitable, étant donné ce fait que les éponges ne peuvent pas être stérilisées complètement.

Enfin *M. Michaux* a lu devant la *Société de chirurgie*, le 23 mars 1892, la curieuse observation d'une malade chez laquelle une longue bande de gaze iodoformée oubliée dans le péritoine au cours d'une opération pratiquée antérieurement par un autre chirurgien, avait pénétré dans l'intestin et avait nécessité pour être extraite une entérectomie. Cette observation encore inédite, et sur laquelle l'un de nous a été chargé de faire un rapport devant la *Société de chirurgie*, sera très prochainement publiée. C'est du reste en vue de ce rapport que nos recherches expérimentales ont été entreprises.

De ces faits nous pouvons encore rapprocher les suivants :

Cas de M. Wright (*Brit. med. Journ.*, 21 mars 1892). — Laparotomie pour un double kyste ovarique. Une pince fut oubliée au niveau du foie. Ce n'est que beaucoup plus tard que le malade se plaignit d'une douleur et d'une tuméfaction située au niveau de la partie supérieure de l'utérus. C'est alors que, sept mois après l'opération, on retira, par une incision, une pince hémostatique oubliée. Une fistule stercorale qui se produisit finit par s'oblitérer.

Cas de M. Terrillon. — Il s'agit d'une pince qui fut éliminée par un abcès huit mois après l'opération.

Voici encore une observation de Riff (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1889, p. 104) qui nous a paru mériter d'être rapportée.

Une femme avait été opérée huit semaines avant sa mort pour une tumeur abdominale. A l'autopsie on trouva le péritoine parsemé de petites nodosités que l'on prit tout d'abord pour des muscles vrais, mais à l'examen histologique on constata au centre de chaque tubercule un petit bout d'éponge. Evidemment, lors de l'opération, des morceaux d'éponge s'étaient détachés, avaient irrité le péritoine et produit cette pseudo-tuberculose.

Ces observations nous montrent que le corps étranger oublié détermine tantôt une péritonite mortelle, tantôt un abcès plus ou moins tardif par lequel peut sortir le corps du délit.

Dans ce dernier cas il faut faire jouer un grand rôle aux adhérences péritonéales qui entourent rapidement le corps étranger dès qu'il se trouve abandonné dans la cavité abdominale. Comme nous l'avons vu plus haut, Dombrowsky, Thompson, ont étudié expérimentalement la formation de ces adhérences qui se produisent autour des ligatures ou des eschares intra-abdominales faites pendant la laparotomie; quelques auteurs pensent que ces adhérences ne s'établissent qu'en cas d'infection; nos expériences prouvent qu'elles se développent avec ou sans infection.

En résumé, à côté des observations de corps étrangers passant de la cavité intestinale dans le péritoine (1) qui sont bien connues, il faut admettre la possibilité du passage de corps étrangers tels que compresses et éponges de la cavité péritonéale dans l'intestin.

Nous avons voulu comparer ces résultats obtenus du côté de la séreuse péritonéale avec ceux que nous donneraient de expériences faites sur la séreuse pleurale.

Sur un lapin, nous avons, dans une première expérience, introduit directement dans la cavité pleurale droite un fragment de gaze au salol. La plaie est fermée avec soin, surtout dans ses plans profonds. Malgré son pneumothorax, le lapin survit à l'opération et, huit jours après, nous trouvons le fragment de gaze ratatiné en boule et sous-cutané. Sur le même animal nous pratiquons une deuxième opération ; dans la même plèvre droite nous introduisons un fragment de gaze que nous poussons très bas.

En même temps, du côté gauche, nous mettons dans la plèvre un fragment de gaze salolée. L'animal est sacrifié dix jours après et à l'autopsie nous trouvons encore du côté gauche le fragment de gaze au salol revenu dans le tissu cellulaire sous-cutané. A droite le fragment de gaze au salol est tombé à la partie inférieure de la cavité thoracique et il y est resté entouré par d'assez nombreuses adhérences. Les deux poumons étaient revenus au contact de la paroi thoracique ; les plèvres présentaient quelques adhérences au niveau des points par où les compresses avaient été introduites dans le thorax.

Rosenberger avait déjà fait une expérience analogue. Il avait introduit un morceau de rein de lapin à travers un espace intercostal chez un chien. Au bout de 30 jours, à l'autopsie on ne trouva plus de trace du fragment de rein.

Au point de vue pathologique, chez l'homme, des corps étrangers laissés dans la cavité pleurale s'enkystent rapidement.

En effet, dans une observation présentée par M. Leudet à la Société anatomique en 1887, nous trouvons la description suivante des lésions trouvées à l'autopsie.

La cavité pleurale est remplie d'un sang noirâtre fétide. Des débris de poumons flottent dans ce liquide, on y trouve aussi plusieurs drains dont la longueur totale représente un mètre cinquante centimètres. Le poumon correspondant est très diminué de volume et recouvert par la plèvre très épaissie. Il présente sur les deux tiers inférieurs de sa hauteur une vaste cavité qui contenait les tubes. Cette cavité, d'un volume double de celui du poing, est formée en dedans par le tissu séreux du poumon induré, recouvert d'une sorte de fausse-membrane grisâtre ressemblant à une eschare et présentant de petits orifices communiquant avec les bronches; cette cavité est formée en avant également par le tissu pulmonaire qui s'amincit de plus en plus jusque vers le milieu de la circonférence de la cavité. Là les deux lames du poumon sont réunies par la plèvre très épaisse formant une sorte de pont entre les deux extrémités. Les parois de la cavité, sauf une très petite surface, sont donc exclusivement formées par le poumon; il semble manifeste que par le contact les corps étrangers se soient creusé dans le poumon une vaste loge. Après ulcération de la plèvre pulmonaire, le poumon a fini par leur former une sorte de kyste.

Le malade avait eu un abcès pleural, huit ans auparavant, et c'est à ce moment que les drains sont tombés dans la cavité pleurale.

M. Cornil trouve qu'il s'agit d'une véritable caverne creusée dans le poumon consécutivement à l'empyème et à l'introduction du corps étranger.

Nous voyons donc que, dans la plèvre comme dans le péritoine, les corps étrangers ont la même tendance à se porter soit vers la peau, soit, en dedans, vers la cavité voisine et qu'ils y sont poussés par les mouvements du thorax et du poumon pour les corps étrangers thoraciques, par les mouvements de l'abdomen et des anses intestinales pour les corps étrangers péritonéaux. Les

(1) Poulet, *Traité des corps étrangers.*

adhérences qui se forment dans ces différents cas doivent, en se rétractant, jouer un rôle important.

En résumé, et pour conclure, nous croyons avoir établi :

1° La résorption possible des corps étrangers (Lapin n° 12) ;

2° Leur enkystement ;

3° La possibilité de la pénétration d'une compresse dans la cavité intestinale, car si nous n'avons pas pu observer le fait accompli, nous avons noté la saillie que fait la compresse en repoussant la paroi intestinale; c'est le premier degré du phénomène dont la réalisation est pour nous, maintenant, hors de doute. D'ailleurs, la pénétration des compresses dans la cavité utérine, fait que nous avons pris sur le vif, rend la chose indéniable.

Nos expériences nous ont en outre montré l'importance des adhérences qui s'organisent autour des corps étrangers abandonnés dans la cavité abdominale; il faut remarquer leur vascularité, leur solidité, la forme et la consistance ferme qu'elles donnent aux corps étrangers primitivement mous, et la tendance qu'elles ont par leur rétractilité à les pousser vers la cavité intestinale.

Enfin, nous avons pu voir comment se produisent les phénomènes d'obstruction intestinale observés quelquefois en clinique.

Les adhérences à l'intestin d'une part, et à la paroi abdominale d'autre part, expliquent la tendance du corps étranger à sortir par la paroi en déterminant un abcès et, souvent, une fistule stercorale.

L'intestin tiraillé, altéré dans ses parois, doit, à notre avis, laisser passer quelques-uns des microbes qu'il contient et ainsi peuvent s'expliquer certains cas de péritonite infectieuse tardive. Si l'infection reste circonscrite autour du corps étranger, elle favorise sa migration dans l'intestin ou sa sortie à travers la paroi abdominale..

Si l'infection ne reste pas circonscrite, elle engendre une péritonite généralisée plus ou moins précoce dans les premières heures.

Quand cette péritonite survient, c'est au corps étranger qu'il faut attribuer l'infection, et avec les éponges le fait a été fréquent dans nos expériences, ce qui s'explique par la difficulté d'obtenir une stérilisation absolue de ces objets.

Du côté de la cavité pleurale les expériences et les faits cliniques paraissent concorder avec ce qui se passe du côté de la cavité péritonéale; nous pensons, toutefois, que des recherches plus complètes seraient nécessaires pour fixer définitivement ce point de physiologie pathologique.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hémiplégie spasmodique infantile (Emiplegia spastica dell' infanzia con reperto), par Fazio et Testaferrata (*La Riforma medica*, 17 janvier 1892, n° 13, p. 146). — Femme âgée de 39 ans, dont les accidents remontent à l'âge de quatre ans; elle fut prise à ce moment de fièvre et de convulsions, et, à la suite, d'une hémiplégie droite qui s'accompagna plus tard d'arrêt de développement du même côté. Actuellement il existe une hémiplégie spasmodique droite respectant la face ; de temps à autre, des attaques épileptiformes, et de la dépression intellectuelle. La malade meurt de pneumonie. L'examen nécroscopique montre dans l'hémisphère gauche une bosse remplie de liquide correspondant aux circonvolutions centrales, et une atrophie des circonvolutions rolandiques très marquée surtout sur la pariétale ascendante. Histologiquement la cavité parencéphalique est composée de tissu conjonctif vasculaire. Il s'agit en somme d'un processus destructif dû à une encéphalite progressive, et caractérisé par de la destruction des circonvolutions ayant donné naissance à une cavité, pseudo-porencéphalie. Le tissu connectif dense compact fibrillaire nucléé, cicatriciel de la première zone du tissu central altéré, la prolifération névroglique de la zone sous-jacente, la destruction des éléments parenchymateux, la participation de la pie-mère au processus, les altérations vasculaires, les traces de leucocytose, sont autant de preuves en faveur de l'existence d'un ancien foyer inflammatoire. On sait qu'il existe deux ordres de causes de l'hémiplégie infantile : les secondaires (trauma, hémorrhagies, tumeurs) et la primitive. C'est de celle-ci, la polio-encéphalite de Strümpell analogue à la poliomyélite de la paralysie spinale, qu'il semble s'être agi dans ce cas.

Tumeur de l'écorce avec hémiplégie et hémianesthésie (Tumor of the cortex producing hemiplegia with loss of tactile, pain and muscular sense), par Frank S. Madden (*The Journal of Nervous and mental Disease*, février 1893, n° 2, p. 125). – Homme de 41 ans, non syphilitique, sans antécédents personnels notables. Le 8 octobre 1890 il est pris de convulsions épileptiformes, précédées de sensations de constriction avec incoordination du mouvement dans le membre supérieur gauche, suivies de paralysie du bras et de la jambe, enfin de perte de connaissance, après laquelle les convulsion se généralisent tout en prédominant à gauche. Ultérieurement il y eut des vomissements. Trois semaines après, succession d'accès d'épilepsie partielle du bras gauche précédés de paralysie et de paresthésie, et suivis de vomissements. Après cela on constate de la céphalée et de la dépression mentale. La main gauche a perdu la sensibilité tactile qui est complètement abolie dans les doigts. Il y a aussi perte absolue du sens musculaire avec ataxie marquée. Ultérieurement survinrent de nouvelles attaques, de la névrite optique, de la dépression mentale, de la parésie du bras et de la face à gauche, enfin du délire, de l'incontinence des matières, et finalement la mort dans le coma. A l'autopsie on trouve une tumeur (mélano-sarcome) ayant usé l'os pariétal du côté droit, et occupant la pariétale supérieure, la supra-sylvienne, la portion antérieure de l'angulaire et les circonvolutions occipitales de l'hémisphère droit. La substance cérébrale est ramollie au-dessous de la tumeur.

Localisations cérébrales (Appunti sulle localizzationi cerebrali), par Borgherini (*La Riforma medica*, 18 janvier 1893, n° 14, p. 158). — On sait que l'atrophie musculaire précoce peut survenir en conséquence d'une lésion corticale, et l'auteur a pour sa part contribué à établir cette notion. Dans le travail actuel il montre que cette atrophie précoce peut être également consécutive à une lésion sous-corticale. On devra tenir compte de ces faits pour le diagnostic clinique topographique des altérations du cerveau. Au reste, les données de la physiologie ne devront dans les cas pathologiques être appliqués qu'avec réserve; dans un cas d'apoplexie avec élévation de température, convulsions épileptiformes et contracture, il s'agissait à l'autopsie d'un foyer sous-cortical, alors qu'on aurait pu penser à une lésion d'un centre thermique.

Altérations de la moelle épinière chez un amputé de cuisse, par Vandervelde et de Hemptenne (*Journal de médecine de Bruxelles*, 25 février 1893, n° 8, p. 115). — L'examen a trait à un sujet mort un an après une amputation de cuisse droite. Les auteurs ont trouvé une diminution notable des dimensions de la substance grise du côté correspondant au membre amputé au niveau de la région dorsale inférieure. Il existe ainsi : de l'infiltration de toute la moelle par de jeunes cellules, prédominant dans la pie-mère, au niveau des sillons, à la racine antérieure des nerfs, dans la corne antérieure du côté droit, de la sclérose des artères, de la dégénération de la partie postéro-interne du faisceau latéral droit et du cordon de Goll gauche, enfin de l'atrophie des cellules ganglionnaires de la corne droite. Ces recherches ne sont pas conformes aux résultats de la majorité des observateurs antérieurs.

Paraplégie alcoolique avec atrophie chez un neurasthénique, par Noguès (*Annales de la Policlinique de Toulouse*, février 1893, n° 2, p. 28). — Observation tout à fait classique de paralysie alcoolique à type de flexion. Il s'agit d'un cordonnier âgé de 38 ans, dont les habitudes avérées

ont été intermittentes et qui, à la suite de chaque période de libations, a été pris de troubles des membres inférieurs, jusqu'à ce que, après les derniers excès, la paraplégie s'installa avec tous ses caractères. Démarche du *stepper*, pieds ballants violacés. Atrophie des muscles de la jambe plus accentuée sur les péroniers et à gauche. Douleurs spontanées surtout nocturnes à type fulgurant, et douleurs à la pression des tendons et des muscles. Anesthésie à la piqûre et au froid, allochirie pour le tact. Abolition des réflexes tendineux; signe de Romberg. Le malade est mort peu après de pneumonie: pas d'autopsie.

Des injections sous-cutanées de phosphate de soude dans les maladies nerveuses, par Francotte (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, février 1893, n° 2, p. 56). — Les essais de l'auteur ont porté sur 14 malades qu'il a injectés à des doses quotidiennes variant de une à dix seringues de Pravaz d'une solution de phosphate de soude à 4 0/0. Dans cinq cas les résultats ont été nuls (paralysie générale, ataxie, épilepsie, alcoolisme, neurasthénie); dans cinq cas il y a eu amélioration (mélancolie, neurasthénie, myélopathie); dans quatre cas les résultats ont été douteux (alcoolisme, neurasthénie, épilepsie, paralysie générale). En somme, sans partager l'enthousiasme de Crocq en faveur de ces injections, Francotte les croit capables de rendre certains services, comme reconstituant. Il lui paraît évident d'après ses essais que l'on constate plutôt un relèvement de la nutrition en général, qu'un amendement des phénomènes nerveux.

Contribution à l'étude des localisations sensitives de l'écorce, par Déjerine (*Revue neurologique*, mars 1893, n°s 3 et 4, p. 50). — Hémiplégie gauche surtout marquée au membre supérieur, affectant presque l'allure d'une monoplégie chez un homme de 70 ans. Abolition dans le membre supérieur de tous les modes de sensibilité y compris le sens musculaire. Légère diminution de la sensibilité dans la moitié inférieure de la face, la moitié gauche du tronc et le membre inférieur du côté correspondant. Intégrité des sens spéciaux. Persistance de l'anesthésie du membre supérieur avec perte du sens musculaire pendant cinq mois et demi et jusqu'à la mort. A l'autopsie : ramollissement cortical de l'hémisphère gauche portant sur le lobule pariétal inférieur, les circonvolutions rolandiques, les premières et dernières circonvolutions frontales et la première circonvolution temporale; dégénérescence secondaire du segment postérieur de la capsule interne. Dégénérescence secondaire du pédoncule de la protubérance, du bulbe et de la moelle. Intégrité du ruban de Reil. L'auteur insiste sur la proportionnalité existant en ce cas entre les troubles moteurs et sensitifs, sur la persistance de ceux-ci, et pense que ce cas contribue à confirmer l'opinion suivant laquelle la motilité, la sensibilité et le sens musculaire ont une seule et même localisation cérébrale.

CHIRURGIE

Courbures du rachis (Some formes of acquired spinal curvature successfully treated by a modified form of Sayre's Jacket), par Byrn (*Lancet*, 25 mars 1893, p. 651). — Une jeune couturière, bien portante jusqu'à l'âge de 18 ans, commença à s'affaisser sur son travail et à ressentir des douleurs sourdes entre les deux épaules : cet état persista; les vertèbres dorsales supérieures commencèrent à proéminer et la peau rougit à ce niveau. On prescrivit de l'huile de foie de morue, de l'iodure de fer et on appliqua un corset de Sayre. Ce traitement amena la guérison complète et le redressement de la taille.

Invagination de l'intestin (Intussusception of the bowels treated by inflation), par Soulby (*Lancet*, 25 mars 1893, p. 651). — Un enfant de 5 ans fut pris de douleurs abdominales et on sentit une tumeur dans la région douloureuse; il y eut des hémorrhagies intestinales, des vomissements. On donna en vain des lavements; l'état était de plus en plus mauvais; on lui donna alors des injections d'air par le rectum qui amenèrent la guérison complète.

Laparotomie (Two cases of laparotomy, one for rupture of the female bladder and the other for acute localised inflammation of the ascending colon), par Marsh (*Lancet*, 25 février 1893, p. 413). — Observation I. — *Rupture de la vessie chez une femme.* — Une femme de 34 ans, en état d'ivresse, reçut un coup de pied dans l'abdomen le 2 août 1892; le 5, la malade appela un chirurgien, elle n'avait rendu que quelques grammes d'urine depuis son accident. Une sonde ne ramena qu'une petite quantité d'urine sanguinolente. L'état général était bon, mais l'abdomen était distendu et mat à la percussion, sauf dans la région ombilicale. En sondant de nouveau la malade, on obtint une grande quantité d'urine mélangée à du sang. On fit la laparotomie : à l'ouverture du péritoine un flot d'urine sanglante s'échappa; on en retira près de trois litres. On lava la cavité péritonéale et on trouva une déchirure de la vessie, qu'on ferma par des sutures de Lembert. Le lendemain la malade paraissait très bien; cependant le soir il survint des vomissements et la malade mourut. A l'autopsie on trouva de la péritonite; le cul-de-sac rétro-péritonéal était rempli d'urine.

Obs. II. — *Inflammation du côlon ascendant.* — Un garçon de 14 ans fit de grands efforts pour soulever un poids trop lourd. Au bout d'une demi-heure il fut pris de vomissements et d'une douleur intense dans la fosse iliaque droite; il y avait un peu de tympanisme abdominal. Le lendemain l'état resta le même; bientôt on sentit une tumeur en forme de boudin au-dessus de la fosse iliaque droite, au niveau de la crête iliaque. On fit la laparotomie : on trouva la tumeur formée par une portion du côlon ascendant enflammé; l'appendice était parfaitement sain. On lava au sublimé. Le malade guérit.

Pied bot (Notes on 3 cases of chronic acquired talipes successfully treated by operation), par O'Neill (*British med. Journ.*, 4 mars 1893, p. 454). — Observation I. — F..., couturière, 18 ans, eut, il y a douze ans, une paralysie des muscles extenseurs de la jambe droite produisant un pied-bot équin. Il y a de l'atrophie de la jambe et du raccourcissement du pied. Le 1er mai 1891, on sectionna par la méthode sous-cutanée l'aponévrose plantaire et tous les tendons et trousseaux fibreux qui raccourcissaient la plante du pied. On ramena ensuite le pied en bonne position. Pendant quatre jours, on força sur le pied pour le redresser, puis on coupa le tendon d'Achille et on mit le pied à angle droit avec la jambe. On employa ensuite les massages et le soulier de Scarpa. La malade guérit et put très bien marcher.

Obs. II. — Mme B..., âgée de 35 ans, eut, à l'âge de 12 ans, une paralysie des extenseurs de la jambe droite, d'où un pied-bot équin du côté droit. Le 25 mars 1880, on sectionna le tendon d'Achille et on força sur le pied pour le mettre à angle droit avec la jambe. La malade guérit et put marcher.

Obs. III. — H. R..., 27 ans, avait depuis vingt ans un double pied-bot varus-équin. On coupa d'abord pour chaque pied l'aponévrose plantaire et les tendons qui raccourcissaient la plante du pied; plus tard on coupa le tendon d'Achille, celui du tibial postérieur et celui du long extenseur. Ce malade est également guéri.

Kyste pancréatique (Pancreatic cyst or effusion into lesser peritoneal cavity?), par Silvain (*British med. Journ.*, 4 mars 1893, p. 456). — C. N..., 38 ans, eut une douleur abdominale intense avec occlusion intestinale qui persista trois jours; on sentit à ce moment une tumeur dans l'abdomen. Au bout de quatre ou cinq semaines, les douleurs recommencèrent. Actuellement (trois mois après le début des accidents) on sent sous l'abdomen une tumeur non douloureuse, arrondie, fluctuante, située entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic; cette tumeur était animée de battements communiqués. Le 8 octobre 1892, on fit la laparotomie; on ponctionna la tumeur d'où il sortit un liquide brunâtre. La cavité de la tumeur s'étendait jusqu'à la colonne vertébrale à laquelle elle adhérait; on sutura l'ouverture du kyste à la paroi abdominale et on draina. La malade guérit très rapidement.

Le liquide retiré n'agit ni sur les graisses ni sur l'amidon. Les parois du kyste examinées au microscope ne présentent aucun élément glandulaire. Il est probable qu'un calcul a obturé le canal du pancréas, d'où un kyste qui s'est rompu et vidé dans l'arrière-cavité des épiploons. C'est ce kyste qu'on a opéré.

Anévrysme cirsoïde (Ein Fall von geheilten grossen Aneurysma cirsoïdes), par Kœtschau (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 6, p. 125). — Dans un cas d'anévrysme cirsoïde du

cuir chevelu, empiétant sur la face et le cou, anévrysme très étendu et provoquant, chez la malade, une femme de 40 ans, des vertiges et des syncopes, l'auteur tenta l'extirpation de la tumeur après l'avoir préalablement circonscrite par une série de sutures à la soie. Mais la tumeur devint tellement turgescente, qu'on fut obligé de défaire les sutures. Vingt-quatre heures après elle se rompit spontanément et l'hémorrhagie a failli emporter la malade. Au bout de quelques jours, l'auteur put de nouveau mener à bout, par le même procédé, son opération et parvint à extirper la tumeur. Guérison.

Deux cents accouchements sans désinfection génitale (Funfter Bericht uber 200 Geburten ohne innere Desinfektion), par Mermann (*Centralb. f. Gynœkol.*, 1893, n° 9, p. 177). — L'auteur rapporte une nouvelle série de 200 accouchements faits sans antisepsie de la femme et ayant donné 0 de mortalité. Avec les statistiques antérieures, le chiffre total des accouchements faits de cette façon se trouve porté à 900, où 56 fois seulement il y a eu élévation de la température. De l'étude de ces 56 cas il résulte que :

1° L'antisepsie subjective (de l'accoucheur) suffit pour éviter les infections graves et faire tomber la mortalité de ces infections à 0 ; 2° dans les conditions normales 1 0/0 des élévations thermiques est attribuable aux affections extra-génitales, 3/4 0/0 à l'infection ptomaïnique et 1/5 0/0 aux germes pathogènes devenus virulents dans l'organisme; 3° dans les cas où, malgré l'antisepsie subjective rigoureuse, le toucher est pratiqué souvent, l'élévation de la température due à des infections externes s'élève à 3 0/0 des cas; 4° le 0/0 de l'infection vaginale est égal à 0.

Glossite superficielle chronique (Ein Fall von Glossitis chron. superficialis), par Preuss (*Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 9, p. 204). — L'auteur rapporte un cas de glossite chronique superficielle (épaississement, rougeur, rhagades de la muqueuse linguale) très douloureuse chez un hypochondriaque de 44 ans guéri par les lotions avec une décoction de myrtille après l'échec de la médication par le tannin, le nitrate d'argent, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, par Samuel Bernheim. 1 vol. in-8° de 574 pages. 1893. Société d'éditions scientifiques.

Le lecteur se tromperait étrangement si, à la vue de ce gros volume, il espérait trouver dans sa lecture quelque idée générale nouvelle sur la tuberculose pulmonaire, ou le résultat d'une expérience personnelle consommée, si, en un mot, il s'imaginait être en présence d'un ouvrage comme ceux qui ont illustré les noms de Louis, de Hérard et Cornil. Une lecture rapide lui ôterait toute illusion à ce sujet et lui ferait sans doute se demander, comme nous l'avons fait, pourquoi auteur et éditeurs ont pu s'entendre pour offrir au public un énorme volume aussi fade et aussi pauvre en idées originales.

Nous avons en vain cherché autre chose dans ce volume qu'un résumé terne et parfois bien insuffisant des principales — et encore pas toutes — publications récentes sur la tuberculose.

Citerons-nous, comme résultat de l'expérience personnelle de l'auteur, la constatation de la tuméfaction de la rate au début de la tuberculose pulmonaire chronique? Il faudrait d'abord que ce signe fût nouveau, ensuite qu'il fût exact.

Intituler un livre : « Traité *clinique* » de la tuberculose pulmonaire est, sans contredit, promettre au lecteur une étude diagnostique approfondie de cette maladie, l'examen clinique devant conduire, nous enseigne l'Ecole, à la fois au diagnostic, au pronostic et au traitement. Or, sur un total de 574 pages, le livre de M. Samuel Bernheim en renferme tout juste *huit* consacrées au diagnostic de la phthisie commune; c'est assez dire ce que ce diagnostic est incomplet, insuffisant. L'anatomie pathologique et la bactériologie comptent, par contre, 130 pages, ce qui est quelque peu anormal dans un traité *clinique* et thérapeutique : si encore la bactériologie clinique y était traitée avec quelque détail!

Il serait injuste de reprocher à l'auteur d'avoir écourté la partie thérapeutique de son œuvre : elle en constitue plus du tiers. Elle aurait au contraire mérité d'être quelque peu élaguée : certaines préparations signalées sont d'utilité contestable, le fer y tient presque autant de place que la créosote; l'acide fluorhydrique est traité avec des honneurs qu'il ne mérite à aucun titre, l'acide phénique également; la transfusion du sang d'un animal dont la voix fournit une comparaison heureuse pour un des signes de la pleurésie — l'auteur, je me hâte de le dire, n'invoque pas cet argument digne de certaine secte médicale pour justifier son traitement — est donnée comme un moyen thérapeutique de haute valeur, opinion beaucoup plus personnelle à l'auteur que le reste de son livre; par contre, il combat les injections de suc testiculaire, sur quoi nous ne le contredisons pas.

On chercherait presque en vain dans ce volume des indications bibliographiques permettant de remonter aux sources des travaux signalés par l'auteur; il n'y a peut-être là qu'un bien petit malheur, car pour deux fois où nous avons trouvé un semblant d'indications bibliographiques, nous avons découvert la mention d'abord d'une thèse sur les troubles dyspeptiques de la phthisie attribué à un M. Masson (p. 121), qui bénéficie certainement d'une confusion avec notre collègue M. Marfan, puis (p. 392) de recherches poursuivies par M. W. Hunter, au « Laboratoire du Royal Collège de Surgeon » ; il y a pourtant beau temps qu'on ne prend plus le Pirée pour un homme!

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas de photographie microscopique des bactéries, par C. Frænkel et R. Pfeiffer. 2e édit., 1re et 2e livraisons. 1 vol. de 50 pages in-8° avec 10 tables photographiques hors texte (A. Hirschwald, Berlin 1893).

Le succès de la première édition de cet atlas a engagé les auteurs à en faire paraître une seconde. La photographie des préparations microscopiques de ce genre exige des précautions minutieuses. Pour avoir de bons résultats, l'emploi d'un appareil d'optique achromatique est de première nécessité : les auteurs donnent la préférence aux objectifs achromatiques de Zeiss. En ce qui concerne les préparations colorées, on doit tenir compte de certaines corrections. En pratique les préparations au violet de gentiane ou de méthyle, à la fuchsine, devront être éclairées à l'aide d'une lumière verte. Pour le brun (brun de Bismarck) une lumière bleue convient; on l'obtient simplement au moyen d'une solution d'oxyde de cuivre ammoniacal. On doit se servir de plaques orthochromatiques. L'application rigoureuse de la méthode qu'ils exposent dans leur préface a donné aux auteurs les meilleurs résultats, à en juger par les 10 planches photographiques qui se trouvent dans ces deux premières livraisons. L'enveloppe des microbes encapsulés, les spores, les espaces clairs, les formes en navette, tous ces détails sont reproduits avec une netteté vraiment remarquable pour des grossissements de 1000 diam. Le texte de l'atlas est aussi clairement résumé qu'il est possible : c'est en réalité une légende explicative un peu étendue des planches.

Thèses.

PARIS

Etude sur le développement du péritoine dans ses rapports avec l'évolution du tube digestif et ses annexes, par Louis Pérignon. Steinheil, éditeur.

La disposition du péritoine, d'apparence si compliquée à l'état adulte, résulte de l'évolution d'une formation très simple; le mésentère commun primitif; aussi l'étude du péritoine est-elle rendue plus facile par la connaissance des notions embryologiques.

Les modifications de la séreuse sont en rapport avec celles du tube digestif; elles se produisent en deux phases distinctes.

Dans la *première*, le tube digestif se différencie en segments qui s'accommodent à la portion de la cavité abdominale qui leur est destinée. Le mésentère primitif suit ces segments dans leurs déplacements, mais il subsiste toujours sous forme d'un grand repli péritonéal dont l'insertion à la paroi postérieure se fait le long de la ligne médiane, et dont le bord antérieur suit le tube digestif dans toutes ses inflexions.

Dans la *deuxième* phase, qui commence dès la seconde moitie du 3e mois, le mésentère primitif subit des modifications considérables. Tandis que le tube digestif conserve à peu près la disposition qu'il avait acquise dans la première phase, ses attaches mésentériques sont complètement remaniées. Il n'y a plus une insertion unique à la paroi postérieure, mais chaque segment du tube digestif a son

mésentère propre; des portions du péritoine d'abord indépendantes (mésocôlon transverse et grand épiploon, etc.) fusionnent complètement. L'état adulte est constitué.

Un seul processus à l'exclusion de tout autre produit la transformation du mésentère primitif; c'est le processus d'*accolement*. Voici en quoi il consiste : les portions du mésentère primitif remanié, qui se trouvent en relation de contiguïté avec la paroi postérieure, contractant des adhérences avec elles; d'autres portions s'accolent entre elles : mésoduodénum et mésentère commun; grand épiploon et mésocôlon transverse.

Les autres théories par lesquelles on a voulu expliquer l'évolution du péritoine supposent toutes que les mésentères sont formés de deux feuillets pouvant glisser l'un sur l'autre, s'écarter, se séparer, être accaparés l'un ou l'autre par le développement d'organes voisins. Or, nous admettons comme indiscutable que les mésentères étant dérivés du mésentère commun primitif, sont formés comme lui d'une seule lame conjonctivo-vasculaire tapissée d'épithélium sur ses deux faces, et non de deux feuillets juxtaposés susceptibles de se séparer.

Les dépressions ou fossettes péritonéales sont de deux sortes. Les unes sont d'origine vasculaire; elles sont limitées par des plis soulevés par des vaisseaux et sont à peu près constantes; ce sont les fossettes cæcales supérieure et inférieure. Les autres résultent d'une interruption limitée du processus d'accolement et, comme telles, elles sont sujettes à de grandes variations; ce sont les fossettes duodénales et sigmoïde.

Contribution a l'étude clinique des cardiopathies artérielles a type myo-valvulaire, par Faure-Miller.

L'artério-sclérose du cœur peut donner lieu à des cardiopathies simulant des cardiopathies valvulaires d'origine rhumatismale. Elles en diffèrent en ce qu'elles ne constituent qu'une localisation secondaire sur le myocarde et les valvules d'une maladie plus générale, l'artério-sclérose. Ce sont des cardiopathies artérielles myo-valvulaires.

Elles reconnaissent pour causes : des causes diathésiques, des causes toxiques, des causes infectieuses. Elles s'accompagnent des symptômes ordinaires de l'artério-sclérose : ils relèvent de l'hypertension artérielle, de l'insuffisance fonctionnelle des organes, de l'état de toxhémie créé par les insuffisances rénale et hépatique.

On traitera par le régime alimentaire, le repos, la trinitrine, les iodures, la digitale.

LYON

Des kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin, par Monéger.

Les kystes hydatiques de l'épiploon sont en général secondaires; ils s'y développent à la suite de la rupture d'un kyste viscéral voisin. Quelquefois ils sont primitifs.

Ces kystes sont presque toujours multiples; souvent ils coexistent avec d'autres développés dans le bassin.

Le diagnostic doit être fait chez l'homme avec le cancer de l'épiploon, chez la femme avec les kystes multiloculaires de l'ovaire et les fibromes utérins. Ce diagnostic est parfois très difficile.

Le sujet porteur de kystes hydatiques de l'épiploon est sans cesse sous le coup de la mort subite. Quand elle ne se termine pas aussi brusquement, cette affection aboutit fatalement à la cachexie et à la mort.

Il faut intervenir de bonne heure; la seule opération rationnelle est la laparotomie; puis l'opération se continue en deux temps : un premier temps dans lequel on résèque l'épiploon chargé de kyste, un deuxième temps dans lequel on procède à l'énucléation des kystes pelviens.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Victor Feltz, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, correspondant de l'Académie de médecine. Ancien chef des travaux anatomiques, puis agrégé et chef des cliniques de la Faculté de Strasbourg, il avait publié depuis l'année 1865 un grand nombre de mémoires témoignant tout à la fois d'un labeur constant et d'une grande sagacité clinique. L'un des premiers, en effet, Feltz pressentit le rôle que remplissent dans la genèse et la pathogénie des maladies infectieuses les êtres infiniment petits désignés sous le nom de microbes. Les recherches sur les *infections putrides*, sur la *fièvre typhoïde* et sur la *variole* (en collaboration avec M. Coze) datent de 1864. De 1866 à 1869, il fit paraître quatre mémoires sur la présence des *infusoires* dans les maladies infectieuses et le *Traité des maladies infectieuses* qu'il publia en 1871 (toujours en collaboration avec M. Coze) résume toutes ses recherches sur ce sujet. On lui doit encore des travaux sur la *phthisie des tailleurs de pierre* (1865), sur la *leucocythémie*, sur les *embolies capillaires*. En collaboration avec M. Ditter, il a publié des études remarquables sur l'*urémie*. Ses élèves de Nancy ont publié plusieurs thèses inspirées par son enseignement.

Etude de Me Constant Lajoue, *avoué près le Tribunal civil de première instance de Chambéry, place St-Léger, n° 40.*

Extrait des minutes du Greffe du Tribunal civil de première instance de Chambéry, département de la Savoie.

République Française. Au nom du Peuple Français.

Audience publique du seize août 1892.

Le Tribunal civil de première instance de Chambéry, première Chambre, présents MM. Charvet, président; Tourret, Blanc, juges; Rousseau, juge-suppléant; excusant M. le Procureur de la République et ses substituts empêchés, et Godet, commis-greffier, a rendu le jugement suivant :

Entre :

M. Francisque Dussuel, pharmacien de 1re classe, demeurant à Aix-les-Bains,

Demandeur, ayant pour avoué Me Lajoue;

Et :

M. Carl Kolbé, fabricant de produits chimiques, et pharmaceutiques à Radebeul, près Dresde (Saxe), agissant tant en son nom personnel que comme propriétaire et successeur de la maison F. Von Heyden, Nachfolger, ayant son siège social à Radebeul, près Dresde (Saxe),

Défendeur, ayant pour avoué Me Brun...

Par ces motifs :

Sans s'arrêter à toutes fins ni conclusions contraires, demandes autres ou plus amples, toutes fins, conclusions et demandes qui sont déclarées mal fondées et en conséquence rejetées;

Dit et déclare que Dussuel, pharmacien à Aix-les-Bains, est propriétaire exclusif du nom « Euphorine », appliqué à un produit chimique et pharmaceutique par lui préparé et par lui vendu sous la désignation « Euphorine du Dr Chaboud ».

Dit que Carl Kolbé, tant en son nom personnel que comme propriétaire de la maison Dr F. Von Heyden, Nachfolger, n'a pas le droit de se servir du nom d'Euphorine pour l'appliquer à ses produits.

Déclare nul et de nul effet le dépôt « Euphorine » effectué le sept juin 1891 au greffe du tribunal de commerce de la Seine par Carl Kolbé, négociant sous la raison Dr F. Von Heyden Nachfolger près Dresde (Saxe); dit que ce dépôt et tous autres qui seraient la reproduction de celui-ci, notamment au dépôt central, s'il en existe, seront annulés et anéantis par toutes voies de droit ;

Fait inhibition et défense à Carl Kolbé de se servir, tant en France qu'à l'étranger, du nom d'Euphorine, et le condamne à supprimer cette dénomination de toutes les marques, étiquettes, publications servant à désigner ou publier le phényluréthane ou tout autre des produits qu'il met en vente.

Ordonne l'insertion, par extrait, du présent jugement, dans une revue médicale ou un journal médical, et dans un journal quotidien ordinaire, au choix du demandeur ;

Condamne enfin Carl Kolbé, tant en son nom qu'ès qualités, en tous les dépens.

Ainsi jugé et prononcé à Chambéry, en audience publique, les jour, mois et an susdits ;

Signé : le président Charvet et Godet, commis-greffier.

Enregistré à Chambéry le 30 août 1892, folio 7, case 15, reçu 35 francs 88 c., décimes compris, plus 0, 60 c. de droit de timbre de la lettre produite. Signé : Boitard.

En conséquence, le Président de la République Française mande et ordonne à tous huissiers sur ce requis de mettre le présent à exécution ;

Aux Procureurs Généraux et aux Procureurs de la République près les tribunaux de première instance, d'y tenir la main;

A tous commandants et officiers de la force publique de prêter main-forte lorsqu'ils en seront légalement requis.

Pour expédition conforme.

Le greffier du tribunal. Signé : Vandel.

Pour extrait.

C. Lajoue.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et Dubuisson
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 14 avril 1893.

Association générale des médecins de France. Trente-quatrième séance annuelle.

La dernière séance de l'Association générale s'était terminée, comme nous l'avions dit (*Gazette*, 1892, p. 206), par le triomphe des idées d'union, de concorde et d'affectueuse sympathie un moment ébranlées par la mise à l'ordre du jour et l'ardente discussion de projets nouveaux que le Conseil général avait jugés irréalisables. Cette année ces sentiments se sont plus énergiquement affirmés encore après le rejet, ou, pour mieux dire, à l'occasion du rejet de la proposition dont M. Bucquoy avait été l'éloquent rapporteur. Notre excellent collègue, d'accord avec tous les membres du Conseil général de l'Association, avait accepté, sans songer à en contester la validité, le vote des sociétés locales. La création d'une caisse *indemnité-maladie* analogue à celle qui fonctionne déjà dans plusieurs départements ne pouvait être admise que si la grande majorité des sociétés, dont la fédération constitue l'Association générale, en acceptait le principe et consentait à l'élévation du taux de la cotisation imposée à ses membres. Dès le début de ces discussions, aujourd'hui définitivement closes, il avait paru difficile sinon impossible d'arriver à une conclusion acceptable. Ce n'est pas sans regret toutefois que nous avons vu la majorité de nos adhérents se refuser encore au léger sacrifice qu'on leur demandait. Comme l'a si bien dit, dans son discours d'ouverture, M. le président Lannelongue, « à l'époque où l'on voit se multiplier les Associations de toutes sortes, où la loi pousse à la résurrection des corporations en leur assurant des droits comparables à leurs anciens privilèges, n'avons-nous pas le devoir d'augmenter les leviers de notre puissance en cherchant en nous-mêmes des moyens de protection et de défense qui seront de plus en plus nécessaires dans l'avenir ?

» Et lorsqu'on appartient à ce groupement d'hommes qui s'appellent les médecins, n'y a-t-il pas une certaine dignité à faire au moins autant que les personnes des conditions les plus humbles dans leurs associations respectives ? Vous y réfléchirez, mes chers confrères, a ajouté M. Lannelongue ; vous ne vous laisserez pas éblouir par le tableau d'une prospérité sans fin ; vous vous rappellerez ce qu'il y a d'honorable et de moral à donner une part de son travail à une œuvre d'affranchissement professionnel et, reprenant la question un jour ou l'autre, vous lui donnerez, j'espère, une nouvelle solution ».

En attendant sans impatience, mais non sans désespérance, que nous puissions arriver à ces solutions nouvelles, il demeure évident que tous les projets ayant pour objet d'étendre notre action bienfaisante par la création de nouvelles ressources se trouvent momentanément ruinés.

Mais, et c'est ce qu'il importe de bien faire ressortir, c'est dans les termes les plus courtois, les plus déférents pour le dévouement de ceux qui défendent des idées parfois divergentes, que tous les membres de l'assemblée ont admis les résultats du vote des sociétés locales et accordé sans aucune réserve à M. le président Lannelongue le vote de confiance qu'il leur demandait.

Il reste donc acquis, en 1893, que les conclusions du premier rapport que j'avais écrit en 1889 se trouvent presque unanimement acceptées. Ces conclusions étaient les suivantes :

« L'Association générale des médecins de France,

Considérant que les sociétés locales diffèrent d'opinion au sujet des voies et moyens qui permettraient d'étendre et de développer l'œuvre d'assistance confraternelle prévue par les articles 6 et 7 de ses statuts ;

Qu'un grand nombre d'entre elles refusent formellement d'accepter la création d'une Caisse d'assurances mutuelles contre la maladie (cette année les déclarations de MM. Ollivier et Delvaille ont été à ce point de vue aussi explicites que possible) ;

Que l'élévation du taux de la cotisation annuelle ou l'établissement d'une cotisation spéciale et facultative s'imposeraient nécessairement à tous ceux qui voudraient obtenir une indemnité en cas de maladie ;

Que l'on ne pourrait, sans leur assentiment formel et

unanime, exiger de tous les membres de l'Association cette cotisation nouvelle;

Qu'à une très forte majorité les sociétés locales se sont refusées à admettre qu'une modification quelconque soit apportée aux statuts actuels de l'Association ;

Qu'elles s'opposent également à toute mesure qui pourrait avoir pour résultat d'entraver le fonctionnement régulier des œuvres dont l'Association a pu jusqu'à ce jour assurer la prospérité et le développement progressif ;

Après avoir pris connaissance des conclusions adoptées dans les dernières assemblées des sociétés locales;

Déclare qu'il lui paraît *actuellement* impossible de voter une résolution quelconque rendant pratiques et immédiatement applicables les vœux relatifs à l'assurance mutuelle contre la maladie ou à la création d'une Caisse spéciale destinée à assurer une indemnité de droit en cas de maladie. »

Tous ceux qui ont impartialement suivi les débats de l'Association depuis quatre ans reconnaîtront que ces conclusions sont identiquement celles qui viennent d'être votées. Cependant la question reste à l'ordre du jour et le Conseil général a reçu mission de ne point la perdre de vue. Mais dans quelles conditions se trouve-t-elle posée ? C'est ce qu'il importe de préciser.

Ceux des membres de l'Association générale qui, avec M. le Dr Lande, restent partisans de l'assurance contre la maladie, admettent aujourd'hui que la fortune d'une Société d'assurances mutuelles entre médecins doit rester absolument distincte de la Caisse de l'Association générale; qu'elle doit comprendre ceux des membres de l'Association qui voudront y adhérer; mais qu'elle ne doit demander à l'Association des médecins de France qu'un appui moral. Je vais plus loin. Je crois que, tout en restant inébranlablement attachée aux œuvres dont elle a la charge et dont elle poursuit le perfectionnement; tout en affirmant son désir de rester une Société de bienfaisance, de charité et de solidarité professionnelles, de défense des intérêts moraux et matériels du corps médical, l'Association peut venir en aide à ses membres de manière à prouver qu'elle comprend et approuve les œuvres de prévoyance. Je suppose qu'un médecin se soit assuré sur la vie ou contre la maladie et que, momentanément privé de ressources suffisantes, il se trouve dans l'impossibilité de payer sa prime annuelle et exposé, dès lors, à perdre le fruit de longues années de sacrifices méritoires. Pourquoi ne pourrait-il faire appel à ses confrères et, sauf à leur céder, s'ils l'exigent, une partie de ses droits en échange de leur subvention, leur demander de se substituer à lui pour le paiement de ses primes aussi longtemps qu'il se trouvera dans une situation difficile? Et s'il s'agit d'une caisse d'assurances mutuelles entre médecins, si ceux-ci font partie de l'Association, pourquoi ne pourrait-on venir en aide à ceux qui, les premiers, auraient compris l'utilité d'une œuvre de prévoyance dont l'utilité est indéniable? L'Association générale pourra donc être appelée un jour ou l'autre à donner plus que son appui moral à l'Association que l'on veut fonder. Mais celle-ci pourra-t-elle jamais recruter un nombre suffisant d'adeptes convaincus de sa vitalité et de son efficacité? Pourra-t-elle surtout être facilement administrée, sans risques trop sérieux, si elle reste exclusivement dirigée par des médecins? Une œuvre d'assurances est-elle comparable, au point de vue de la responsabilité administrative et financière, à une œuvre de bienfaisance? Ce sont là de sérieuses questions. L'exemple de la « Medical Sickness, Annuity and Life, assurance Society » de Londres paraît, sans doute, assez encourageant. Fondée en 1883, cette Société d'assurances est prospère, mais ses primes sont très élevées et son administration devient assez difficile.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, le point essentiel qu'il faut retenir de ce long débat, c'est le désir presque unanime de tous nos adhérents de maintenir à l'Association des médecins de France le caractère auquel elle doit sa force, sa vitalité, son influence. Il n'était pas sans intérêt de l'affirmer une fois de plus.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Des névrites puerpérales.

I

Parmi les accidents nerveux de la puerpéralité, un certain nombre de paralysies accompagnées de douleurs et d'atrophies musculaires, principalement observées au niveau des membres, ont été considérées à juste titre comme la conséquence d'altérations des nerfs périphériques, bien que l'on n'ait point eu jusqu'à aujourd'hui l'occasion de vérifier les lésions anatomiques dans les cas de ce genre. Les paraplégies consécutives aux accouchements laborieux ont d'abord attiré l'attention, et elles ont été tout naturellement attribuées aux compressions nerveuses qui s'exercent dans le bassin pendant le passage du fœtus ou pendant une manœuvre obstétricale [Bianchi (1), Lefebvre (2)]. Tous les faits ne semblaient pas cependant admettre une semblable interprétation, et Leyden, dans son traité des maladies de la moelle, distinguait les paralysies par compression, et les paralysies consécutives aux maladies aiguës (érysipèles, phlegmons) qui semblent, suivant lui, dériver de la moelle.

Cette division, déjà entrevue par Goubeyre et Churchill qui déclarent la théorie de la compression intra-pelvienne insuffisante pour expliquer tous les faits, renferme déjà l'idée d'un élément infectieux général, capable d'altérer les nerfs périphériques.

Elle a été développée principalement par Mœbius (3) dans un important travail publié en 1887. Cet auteur attribue les paralysies puerpérales à une cause infectieuse; il montre leur analogie avec celles qui succèdent à l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la variole, etc., et les considère comme la conséquence d'une névrite parenchymateuse périphérique. Plus récemment, Tuilant (4), dans sa thèse (1891), adopte l'interprétation de Mœbius et rapporte plusieurs observations de polynévrite de cette nature.

II

Les travaux récents ont eu le grand mérite de montrer la part considérable qui revient à l'infection puerpérale dans la production des névrites périphériques que

(1) Bianchi, Thèse de Paris, 1867.
(2) Lefebvre, Thèse de Paris, 1878.
(3) Mœbius, Neuritis puerperalis (*Münchener med. Woch.*, 1887, nº 9, p. 153).
(4) Tuilant, *De la névrite puerpérale*. Thèse de Paris, 1891.

nous envisageons ici. Les observations qui en font le point de départ sont pour la plupart inattaquables en ce sens. Lorsqu'on est en présence d'une polynévrite se développant plusieurs jours après un accouchement simple, au milieu de symptômes bien avérés d'infection puerpérale, on serait mal fondé aujourd'hui à méconnaître l'origine infectieuse de la paralysie, surtout depuis que l'on connaît des complications absolument identiques engendrées par le même agent microbien dans d'autres conditions, le streptocoque de l'érysipèle. Est-il besoin d'ajouter que cette remarque a plus de valeur encore lorsqu'il s'agit de névrites développées loin de la sphère accessible aux traumatismes obstétricaux? Presque toutes les observations de Mœbius, par exemple, se rapportent à des névrites des membres supérieurs, intéressant tout spécialement le domaine du médian et du cubital.

Convient-il d'étendre cette interprétation à toutes les variétés de névrite puerpérale? de refuser toute importance étiologique au traumatisme de l'accouchement? On ne saurait l'affirmer. A ne considérer que les faits, on observe dans certaines conditions du côté des membres inférieurs des troubles névritiques qui s'écartent des névrites infectieuses au moins par certains de leurs caractères : et ce sont ceux-là surtout qu'on a tenté d'expliquer par le traumatisme obstétrical.

Ces caractères sont les suivants : 1° début suivant de très près un accouchement laborieux (version, applications de forceps répétées), parfois début immédiatement après l'accouchement sans qu'il y ait eu antérieurement de symptômes d'infection puerpérale; 2° parfois même douleurs vives irradiées dans les membres inférieurs pendant le travail. Le fait est noté, expressément, dans deux observations de Lefebvre. Nous avons eu personnellement l'occasion d'observer un fait du même genre dans le service de M. le professeur Charcot : accouchement très pénible, présentation du siège, plusieurs applications de forceps; pendant l'accouchement, la malade ressentit une vive douleur dans le membre inférieur gauche, « comme si on lui avait enfoncé des milliers d'épingles dans la peau ». Immédiatement après, paraplégie beaucoup plus accusée à gauche : la paralysie évolua comme une névrite périphérique; 3° enfin le siège unilatéral d'une paralysie névritique développée dans ces conditions est un argument en faveur de l'origine traumatique de la névrite.

Il arrive fréquemment (et nous aurons l'occasion de revenir sur ce point dans la suite) que les paralysies de ce genre se limitent au groupe antéro-externe de la jambe innervé par le sciatique poplité externe. Lefebvre croyait, dans l'hypothèse de la paralysie par compression, avoir trouvé la raison de cette localisation dans la disposition anatomique des branches nerveuses au niveau du bassin.

Le nerf lombo-sacré, formant l'origine du sciatique poplité externe, se trouverait beaucoup plus exposé aux compressions au niveau du détroit supérieur que les autres branches du plexus, par ce fait qu'il est situé beaucoup plus en dehors que celles-ci, et qu'il n'est pas protégé comme elles à ce niveau par la saillie de la colonne vertébrale. Cette explication ne saurait être admise : d'une part il a été démontré par M. Féré que le nerf lombo-sacré contribuait à former les nerfs sciatiques poplité externe et poplité interne en proportions à peu près égales; et d'autre part une localisation identique de la paralysie a été signalée par Parmentier et Guinon (1) dans certaines formes de sciatique primitive n'ayant rien à voir avec la compression. Ainsi donc, dans l'espèce, la distribution de la paralysie ne saurait être invoquée en faveur de la compression; et les névrites qui reconnaissent cette origine ne présentent aucun caractère distinctif à cet égard.

(1) Parmentier et Guinon, *Archives de neurologie*, 1890.

Dans une dernière catégorie de faits beaucoup moins nombreux, il convient de ranger les névrites par propagation, celles, dit Leyden, « qui sont dues à l'extension d'une inflammation puerpérale aux nerfs ». Pilliet (1) en a publié une observation très nette : l'apparition de la névrite avait été précédée de l'évacuation d'un foyer purulent du petit bassin pendant la grossesse. En résumé, nous voyons qu'il y a lieu de distinguer trois sortes de névrites puerpérales : *névrites infectieuses*, *névrites traumatiques* de l'accouchement, *névrites par propagation*.

III

On peut distinguer deux variétés dans les *névrites infectieuses* suivant l'extension plus ou moins grande de la maladie : une *forme généralisée* dans laquelle les quatre membres sont envahis, parfois les muscles du tronc; et une forme *localisée* intéressant les membres inférieurs seuls ou les supérieurs, ou bien limitée à un seul membre, au territoire d'un seul tronc nerveux. Les cas de polynévrite puerpérale généralisée publiés jusqu'à ce jour sont peu nombreux : ils se réduisent à trois. Le premier est dû à MM. Joffroy, Desnos et Pinard (2) : la névrite débuta pendant la grossesse au quatrième mois; elle envahit les quatre membres et l'on eut recours, pour arrêter les progrès du mal, à l'accouchement forcé, à la suite duquel une amélioration se produisit. Le second a été publié la même année par Whitfield (3) : là aussi les premiers symptômes de névrite se montrèrent avant l'accouchement, mais seulement dans les derniers mois de la grossesse. Enfin tout récemment, MM. E. et J. Sottas (4) ont rapporté l'histoire d'une polynévrite du même genre qui se déclara quatre jours après l'accouchement avec une température de 39°. Dans ce cas, les membres inférieurs furent pris les premiers, puis les membres supérieurs et les muscles du tronc; enfin les sphincters.

Dans ces trois cas, la polynévrite fut précédée de troubles graves de la santé générale; et en particulier les vomissements incoercibles sont notés dans les trois observations. Il serait prématuré de tracer définitivement le tableau clinique de la polynévrite puerpérale généralisée avec des documents si peu nombreux : toutefois, autant qu'on peut en juger, l'évolution ne semble pas différer notablement de celle des polynévrites aiguës indépendantes de la puerpéralité. Après une courte période de fièvre et de malaise général, la névrite atteint rapidement son maximum d'intensité : elle reste stationnaire pendant un certain temps, puis la réparation commence à s'effectuer lentement. Le début est annoncé par des troubles sensitifs très significatifs et qui ne manquent guère de se produire dans toute espèce de névrite périphérique, précédant fréquemment les troubles moteurs et l'atrophie musculaire; ce sont des fourmillements, des picotements dans les membres, surtout aux extrémités, parfois de vives douleurs affectant plus ou moins le caractère lancinant. A la suite ou en même temps se montre la faiblesse musculaire qui augmente en quelques jours au point de condamner les malades à l'impotence.

La participation prépondérante des muscles extenseurs du pied, de la main à la paralysie est notée ici comme dans un grand nombre de névrites périphériques. Les

(1) Pilliet, *Nouv. arch. d'obstétrique et de gynécologie*, 1888.
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1889.
(3) Lancet, I, 13, 1889.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 27 octobre 1892.

mains, les pieds sont tombants ; la marche, quand elle est possible, a lieu en steppant. Fait important à noter et qui se retrouve également dans la plupart des névrites, la sensibilité est respectée d'une façon générale : une légère hypoesthésie passagère, de l'hyperesthésie au niveau des extrémités, telles sont les seules anomalies qui aient été signalées. Par contre, les masses musculaires, les troncs nerveux, les tendons sont douloureux à la pression, indépendamment des douleurs spontanées dont ces différentes parties sont le siège.

Tous ces phénomènes douloureux, qui sont vraisemblablement en relation avec la destruction active des tubes nerveux, s'amendent dans la période d'état de l'affection, laquelle est essentiellement constituée par l'impotence musculaire jointe à une atrophie toujours très accentuée dans les muscles atteints. Les réflexes tendineux sont abolis ; la réaction électrique de dégénérescence plus ou moins complète a été constatée dans les muscles atrophiés (Joffroy, Sottas). Dans les deux premières des observations que nous avons signalées, la guérison s'effectua dans les limites ordinaires des polynévrites analogues, c'est-à-dire en un ou deux ans. Dans l'observation de MM. Sottas, la mort eut lieu au bout de trois mois; mais elle fut bien plutôt la conséquence d'un état général infectieux que de la polynévrite elle-même. Celle-ci d'ailleurs avait été particulièrement grave; les muscles du tronc et de l'abdomen avaient été envahis par la paralysie; les sphincters y avaient participé. De telle sorte qu'il est très légitime d'admettre avec les auteurs que la moelle avait été touchée, bien que d'une façon accessoire, par l'agent infectieux.

On peut appliquer aux cas de ce genre la remarque très judicieuse de Mme Déjerine : la polynévrite infectieuse et la myélite centrale aiguë ne sont pas toujours possibles à différencier cliniquement l'une de l'autre. Il n'est pas rare d'observer un ensemble symptomatique qui relève à la fois de l'une et de l'autre de ces deux maladies ; aussi semble-t-il permis de les envisager comme deux affections très voisines, pouvant dépendre d'un même agent pathogène, qui influence tantôt le système nerveux périphérique, tantôt le système central.

La forme *localisée* des névrites puerpérales infectieuses s'observe aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs. C'est habituellement dans les jours qui suivent l'accouchement, au milieu des phénomènes fébriles, que les premiers symptômes de névrite se manifestent, et ce sont, ici comme dans la forme généralisée, les troubles subjectifs de la sensibilité qui apparaissent en premier : fourmillements, engourdissement dans les doigts, les orteils principalement. Ces névrites ne présentent d'ailleurs dans leur évolution rien qui les distingue des précédentes : leur localisation seule mérite de nous arrêter un instant. Aux membres supérieurs (*type supérieur*), elles paraissent avoir une prédilection toute spéciale pour les nerfs médian et cubital. Presque toutes les observations du premier mémoire de Moebius (1) font mention de cette systématisation. Les muscles tributaires de ces deux troncs nerveux sont frappés de paralysie et s'atrophient rapidement. Les éminences thénar et hypothénar s'aplatissent, les espaces intérosseux se dépriment et la main prend l'attitude en griffe que l'on retrouve dans toutes les paralysies des interosseux. L'atrophie peut être unilatérale ou affecter symétriquement les deux mains. Là également les troubles objectifs de la sensibilité sont de peu d'importance eu égard aux troubles moteurs; les troubles trophiques sont habituellement légers. Tuilaut a signalé une éruption vésiculeuse tenace sur la pulpe des doigts dans un cas de ce genre.

(1) Moebius, Neuritis puerperalis (*Münchener med. Woch.*, 1887, n° 9.)

Dans la phase aiguë de la névrite, on peut provoquer une douleur vive par la pression des gros troncs nerveux médian et cubital. La maladie constituée, tout phénomène douloureux disparaît généralement. Avec un traitement électrique bien conduit, on peut espérer obtenir la guérison complète en dix-huit mois, deux ans.

Aux membres inférieurs (*type inférieur*), la névrite, annoncée par les mêmes phénomènes douloureux que précédemment, est le plus souvent bilatérale, avec prédominance habituelle d'un côté. La paralysie et l'atrophie qui lui succèdent se localisent surtout au groupe musculaire antéro-externe des jambes.

Les pieds sont tombants, dans l'attitude du varus-équin, les orteils fléchis, comme dans la paralysie alcoolique. Les groupes musculaires du mollet, le triceps fémoral peuvent être atteints de même, mais d'ordinaire à un degré moindre; les réflexes rotuliens sont abolis, tandis que les masses musculaires, les tendons, les troncs nerveux présentent une vive hyperesthésie à la pression, au moins au début de la maladie. Les troubles de la sensibilité se bornent le plus souvent à une anesthésie légère à la douleur, à la température, sur le pied, la partie inférieure de la jambe. Il n'a pas encore été observé, que nous sachions, d'anesthésie limitée au territoire cutané du sciatique poplité externe, bien que les désordres moteurs se montrent souvent localisés aux muscles tributaires de celui-ci. Quant aux réactions électriques des muscles atrophiés, elles sont, dans la règle, profondément altérées; l'excitabilité faradique est abolie, l'excitabilité galvanique, parfois exaltée et altérée qualitativement (An S $>$ K S). Tuilant a noté dans deux cas des troubles trophiques cutanés, caractérisés par un état lisse de la peau sur la jambe et sur la face dorsale du pied, chute des poils, sueurs abondantes, déformation des ongles. Enfin, on peut voir survenir, et cela à une époque très rapprochée du début, des rétractions tendineuses au niveau de la plante du pied, du tendon d'Achille : celles-ci maintiennent d'une façon définitive les attitudes vicieuses prises par le pied et les orteils sous l'influence de l'atrophie musculaire. La guérison dans les cas favorables peut être obtenue comme dans la forme précédente en un à deux ans; mais il faut compter avec les rétractions dont il vient d'être question; elles sont capables de mettre un obstacle sérieux aux mouvements, alors même que les muscles ont recouvré leur volume, et le traitement chirurgical seul peut y remédier. Souvent les muscles extenseurs du pied sont les derniers à recouvrer leurs fonctions, et la malade conserve la démarche du steppeur pendant longtemps.

Les *névrites traumatiques* sont certainement beaucoup plus rares que les précédentes; et Tuilant a fait remarquer avec raison que l'on avait à tort rangé parmi ces dernières, des faits appartenant au type inférieur de la variété précédente. Le mode de début seulement et les circonstances qui les accompagnant peuvent d'ailleurs seuls permettre de les différencier avec certitude. Dans les mémoires de Parmentier et Guinon nous trouvons cinq observations qui présentent ces conditions réunies (Bianchi, Lefebvre). Il s'agit d'accouchements difficiles; dans tous les cas, le forceps a été appliqué, souvent plusieurs fois; dans un cas on avait en outre pratiqué la version. Dans deux cas, nous trouvons signalée une douleur vive dans un des membres inférieurs pendant le travail. La paralysie était constituée aussitôt l'accouchement; quatre fois elle était unilatérale, une fois bilatérale avec prédominance très accentuée d'un côté. Quant à la localisation de la paralysie, à l'évolution ultérieure de la névrite, elles n'ont rien de spécial ici, et l'on ne saurait à ce point de vue fixer des caractères différentiels entre les névrites par compression et les névrites

infectieuses. Même prédominance des phénomènes moteurs sur les troubles de sensibilité, même localisation dans les muscles extenseurs du pied; mêmes troubles trophiques, etc., etc.

La même remarque s'applique aux *névrites par propagation*. Seule la notion d'une inflammation pelvienne au cours de laquelle les premiers phénomènes de névrite sont apparus permettrait d'en reconnaître l'origine véritable. Les névrites de cette nature paraissent d'ailleurs beaucoup plus rares encore que les précédentes, et nous n'en avons rencontré que deux observations bien probantes dans la littérature (Pilliet, Dorion, thèse 1884).

IV

La symptomatologie des névrites périphériques étant aujourd'hui parfaitement connue, il ne saurait y avoir de difficulté à préciser la nature des accidents nerveux que nous venons d'étudier. Seule la polynévrite généralisée peut en imposer dans certains cas pour une myélite aiguë infectieuse : nous nous sommes expliqué plus haut à ce sujet. Jusqu'à plus ample informé, nous devons considérer que la paralysie des sphincters, la trépidation épileptoïde, l'apparition de troubles trophiques graves que l'on peut voir surajoutés à l'ensemble symptomatique qui caractérise la polynévrite, autorisent à admettre une participation plus ou moins importante de la moelle épinière au processus infectieux.

Bien que la notion étiologique s'impose d'elle-même ici, il n'en est pas moins légitime de rechercher si les névrites puerpérales infectieuses présentent des caractères cliniques assez spéciaux pour qu'on puisse les reconnaître d'après ceux-ci. D'ailleurs on ne doit pas perdre de vue que toute névrite apparaissant chez une femme enceinte n'est pas forcément due à l'infection puerpérale. L'alcoolisme peut être en cause; la grossesse ne met pas à l'abri de la pneumonie, de la diphthérie, etc., infections que nous savons aujourd'hui capables de créer des névrites du même genre. En réalité, toutes ces névrites toxiques et infectieuses présentent entre elles de grandes analogies dans leurs évolutions et leurs localisations. La localisation de prédilection des paralysies névritiques sur les muscles extenseurs tient certainement à des conditions anatomiques ou physiologiques préexistantes, puisqu'elle se retrouve dans tous les cas. Admettra-t-on que la limitation à la sphère du médian et du cubital observée par Moebius dans certaines formes localisées appartienne en propre aux paralysies puerpérales? Dans tous les cas, le fait exigerait auparavant une confirmation plus étendue. En ce qui concerne les paralysies alcooliques, beaucoup mieux étudiées, nous ne sommes pas absolument dépourvus de tout élément de diagnostic différentiel. C'est d'abord une période douloureuse préparatoire beaucoup plus longue, avec exaspérations nocturnes des douleurs, insomnies, cauchemars, etc. C'est en outre, en dehors des caractères propres à la névrite, un état mental particulier, à peu près constant chez les malades de cette catégorie, sur lequel M. le prof. Charcot (1) appelait encore récemment l'attention. Cet état mental est caractérisé essentiellement par une amnésie portant sur les faits récents, coïncidant d'ailleurs avec l'intégrité relative de l'intelligence. Il est vrai que nous trouvons signalé un état absolument semblable dans l'observation de polynévrite puerpérale de MM. Desnos, Joffroy et Pinard, et qu'il n'est pas fait mention d'alcoolisme dans les antécédents de la malade. Quoi qu'il en soit, il y a là à bien des égards une importante lacune de diagnostic clinique à combler; et il est permis d'espérer qu'une observation minutieuse accompagnée de recherches bactériologiques précises nous permettra, dans l'avenir, d'assigner des caractères différentiels aux diverses polynévrites infectieuses.

(1) *Revue neurologique*, 28 février 1893, p. 9.

Quant aux névrites traumatiques post-partum, à celles qui sont dues à la propagation d'une inflammation pelvienne, seule la notion des circonstances dans lesquelles elles se sont produites permettra de les reconnaître, car leur évolution clinique ultérieure n'offre aucun caractère spécial.

V

Bien que les névrites que nous venons d'étudier constituent des complications extrêmement sérieuses de la puerpéralité, il est de règle qu'elles guérissent. En l'espace de quinze mois à deux ans en moyenne, la réparation des muscles atrophiés s'effectue complètement; et l'on est fondé à admettre que la restauration des tubes nerveux a précédé. A cette période, on observerait parfois la réapparition des fourmillements et des douleurs du début (Tuilant). Il est incontestable qu'un traitement bien conduit contribue à abréger la durée de la maladie. Une condition très défavorable à la rapidité de la guérison est la production des rétractions fibro-tendineuses qui maintiennent définitivement les attitudes vicieuses des membres, encore que le traitement chirurgical en ait aisément raison. Si l'on assiste au début, il n'est pas impossible de prévenir ces rétractions en mobilisant journellement les articulations. Quant au traitement de l'atrophie musculaire elle-même, il consiste essentiellement dans l'emploi rationnel de l'électricité : faradisation localisée des muscles, application prolongée des courants continus de faible intensité lorsque l'excitabilité faradique des muscles est perdue.

H. Lamy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pneumonie et broncho-pneumonie cholériques,

par le Dr L. Galliard, médecin des hôpitaux de Paris.

Le choléra évolue généralement si vite qu'il n'a pas le temps de se compliquer.

Parmi les rares complications de cette maladie, c'est au premier rang qu'il faut placer la pneumonie et la broncho-pneumonie.

Je dis : parmi les *complications*, car jusqu'ici Rommelaere est le seul auteur qui, ayant trouvé dans le poumon des foyers de bacilles virgules, ait le droit de considérer la pneumonie comme une *détermination* de l'infection cholérique. Cet auteur me permettra d'attendre la confirmation de ses découvertes pour adopter sa manière de voir.

Je ne parlerai ici ni de la congestion des bases, ni de l'emphysème qu'on rencontre si souvent dans les autopsies de cholériques, ni de l'apoplexie du poumon, ni des embolies pulmonaires qu'on a trouvées à Hambourg, en 1892, dans des cas heureusement exceptionnels, à la suite de transfusions intra-veineuses faites avec un liquide mal filtré. Je me bornerai à tracer brièvement l'histoire de la pneumonie et de la broncho-pneumonie des cholériques et à présenter quelques faits personnels.

I

Inutile d'énumérer ici tous les travaux qui se rapportent à la question. Depuis Annesley qui, en 1829, parlant

des épidémies indiennes, décrivait les poumons des cholériques et les comparait à la chair meurtrie, jusqu'aux relations de l'épidémie de 1892, la liste en est longue.

En 1832, je trouve de précieux renseignements dans les ouvrages de Bouillaud, de Rayer, de Dalmas, de Duplay. En 1848, Virchow; en 1849, Briquet et Mignot; en 1865 et 1866, Jules Besnier, Mouchet, Goldbaum signalent les complications pulmonaires du choléra. Puis viennent les mémoires de Kelsch (1873), d'Erman (1874), d'A. Broca (1885), la thèse de Dubreuilh (1885), la thèse d'Oddo (1886), enfin l'importante étude lue par Rommelaere à l'Académie de Bruxelles en 1892.

Je mettrai à profit les recherches de ces auteurs.

1° *Les pneumonies sont-elles fréquentes au cours du choléra?*

La réponse des auteurs est variable sur ce point; cela tient aux hasards de la clinique. Cela tient peut-être plus encore aux caprices des épidémies.

Voici par exemple 523 cholériques observés en 1884, à Marseille, par Oddo; pas une seule réaction à forme pulmonaire; pas autre chose, dans les autopsies, que des congestions passives peu étendues. L'année suivante, dans le même milieu, 353 cholériques; congestions étendues, fréquents noyaux de splénisation, deux pneumonies lobaires, douze broncho-pneumonies. Et l'auteur suppose, à l'exemple de Jules Besnier, que ces particularités réactionnelles sont en rapport avec la fréquence spéciale de la dyspnée et des phénomènes thoraciques du stade d'algidité, dans l'épidémie marseillaise de 1885.

Dubreuilh déclare qu'en 1884, à Paris, il a constaté la broncho-pneumonie dans la moitié des autopsies de cholériques enlevés à la période de réaction.

En 1832, Rayer n'avait trouvé que quatre pneumonies dans quarante autopsies. En 1866, Jules Besnier n'en signalait que sept; Mouchet publiait seulement quatre cas dans sa thèse.

Je n'ai pas fait de statistique, à ce point de vue, dans mon service du Bastion 36, pendant l'épidémie de 1892, et d'ailleurs il ne m'a pas été possible de pratiquer l'autopsie des 200 cholériques que je n'ai pas réussi à sauver. Mais chaque fois que l'occasion s'en est présentée, j'ai examiné attentivement les poumons et je puis affirmer que les lésions inflammatoires étaient rares : je ne les ai rencontrées que dans cinq cas.

Il est vrai que d'autres observateurs ont publié des résultats qui se rapprochent beaucoup plus que les miens de ceux de Dubreuilh. Simmonds, ayant autopsié 150 cholériques décédés après le troisième jour, à l'hôpital général de Hambourg en 1892, a trouvé 4 fois la pneumonie lobaire et 58 fois la broncho-pneumonie.

J'aurais donc mauvaise grâce à m'appuyer sur mes propres recherches pour nier la fréquence des pneumonies lobaires ou lobulaires du choléra. Comme elles sont souvent latentes, il faut s'attacher à les découvrir dans *toutes* les autopsies sans exception.

2° *Quelles sont les causes de ces pneumonies?* Il ne suffit pas d'invoquer ici l'influence mystérieuse du génie épidémique.

Les *effets du froid* ont paru évidents à quelques observateurs. Duflocq a pensé que les bronchites survenues en 1884 à Saint-Antoine étaient dues aux rigueurs de la saison (l'épidémie a sévi à Paris en novembre et décembre) et aussi à l'installation défectueuse du pavillon des cholériques. Ce qui est vrai pour la bronchite peut l'être pour la broncho-pneumonie et la pneumonie. Les cholériques de 1892, à Paris, ont été moins exposés aux complications pulmonaires : or, il est rationnel de rappeler que la saison était favorable, puisque l'épidémie a commencé en juillet pour finir en octobre.

La *contagion* est un des éléments dont il faudrait tenir compte si l'on voyait à l'hôpital plusieurs pneumonies se déclarer successivement chez des cholériques en réaction. On n'a pas signalé, jusqu'ici, de coïncidences révélatrices.

Les *prédispositions individuelles* ne paraissent avoir qu'une importance limitée. Oddo a recherché en vain, chez les quatorze malades qu'il a observés, les affections pulmonaires antérieures; à côté d'eux plusieurs cholériques, dont les antécédents étaient défectueux, sont restés indemnes.

L'*âge avancé* des malades m'a paru constituer un facteur étiologique : sur mes cinq malades, trois avaient plus de 50 ans ; les deux cas de Duplay se rapportent à des hommes de 55 à 59 ans. Mais je dois reconnaître que, sur les neuf malades de Dubreuilh, un seul était âgé (76 ans) ; chez les huit autres, l'âge variait de 16 à 39 ans.

L'*alcoolisme* m'a paru créer une prédisposition malheureuse. Sur mes cinq cas, quatre se rapportent à des alcooliques et dans plusieurs observations des auteurs j'ai trouvé, à défaut de déclarations précises, des détails qui ne laissent aucun doute sur l'intempérance des sujets.

Les *tares organiques* sur lesquelles je n'ai pas besoin d'insister (tuberculose, cardiopathie, néphrite, grossesse, etc.) diminuent la résistance des cholériques et les mettent à la merci des complications quand elles n'ont pas favorisé la déchéance immédiate.

3° *A quelle période surviennent ces pneumonies?* — Les lésions peu précises que décrivait Annesley s'étaient manifestées à la période d'algidité. C'est au même stade que Tholozan a pu rapporter deux fois et Jules Besnier une seule fois l'hépatisation pulmonaire ; au même stade appartiennent encore les infarctus cunéiformes constatés six fois, en 1885, par Kelsch et Vaillard. Assurément les lésions pulmonaires se produisent parfois avec une grande rapidité : Simmonds (1892) a trouvé des foyers de pneumonie lobulaire chez un cholérique emporté au troisième jour et chez cinq cholériques décédés le quatrième jour de la maladie. Mais, en général, les auteurs s'accordent à le reconnaître, ces altérations sont moins hâtives ; elles sont l'apanage de la *période de réaction.*

Je ne puis m'empêcher de considérer comme exceptionnels « les nombreux noyaux de carnification disséminés et constituant des îlots atélectasiques peu volumineux, entourés d'une zone limitée d'hépatisation rouge », que Rommelaere a trouvés chez les deux cholériques, morts à la *période d'algidité*, qu'il a autopsiés en 1892 ; et je crois qu'on aurait tort de se fonder sur ces deux cas pour déclarer, avec le savant médecin bruxellois, que, si les cholériques succombent à cette période, c'est presque toujours aux lésions pulmonaires qu'ils le doivent.

J'ai remarqué tout au contraire, en effet, chez les cholériques emportés au stade d'algidité, dans mon service du Bastion 36, combien étaient rares les altérations importantes des poumons, même lorsque la dyspnée avait été à son comble. Emphysème des régions antéro-supérieures, congestion des bases ; rien de plus.

D'ailleurs, avons-nous besoin de recourir à l'hypothèse des lésions pulmonaires pour expliquer l'effroyable dyspnée des cholériques? Les modifications du sang, l'anoxhémie, la toxhémie ne nous suffisent-elles pas ?

Ce qui a pu susciter de l'embarras chez quelques observateurs désireux de revendiquer pour telle ou telle période de choléra les complications pulmonaires, c'est la difficulté que l'on a parfois à dire où finit le stade d'algidité et où commence la réaction ; d'autant plus que les pneumonies peuvent être liées précisément à des réactions avortées, et que même elles sont susceptibles d'entraver complètement le processus réactionnel.

On s'appuie donc, à mon avis, sur une base un peu fragile lorsqu'on dit, comme Oddo, que la pneumonie a

débuté 24 heures ou 48 heures *après la réaction*, et cela sans indiquer la durée de la période d'algidité.

Il me paraît plus simple d'indiquer à quel jour de la maladie (le début du choléra grave est généralement facile à fixer) ont éclaté les complications pulmonaires.

Dubreuilh estime qu'elles débutent en moyenne le 7e jour. Elles peuvent être plus tardives, je le démontrerai par des faits personnels. Elles peuvent être aussi plus hâtives, nous le savons. Sur les 62 sujets autopsiés par Simmonds, 56 avaient succombé du 6e au 10e jour de la maladie ; on peut donc supposer que la pneumonie avait débuté chez eux du 4e au 8e jour en moyenne, car on sait combien l'évolution est précipitée d'ordinaire.

II

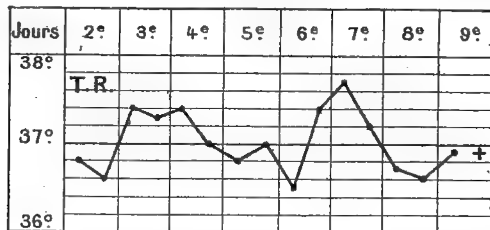
La première de mes observations obéit aux règles classiques, puisqu'elle montre une broncho-pneumonie paraissant débuter du 6e au 7e jour, demeurant à peu près latente, ne provoquant pas de mouvement fébrile, amenant enfin la terminaison fatale le 9e jour.

Observation I. — *Choléra grave chez un alcoolique de 51 ans. Broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Mort le 9e jour.*

Simon G..., 51 ans, chaudronnier, atteint de bronchite grave en 1886 et toussant d'habitude l'hiver, manifestement alcoolique, entre, le 12 septembre 1892, au Bastion 36. Le choléra a débuté chez lui brusquement dans la soirée du 11 ; vomissements, diarrhée, anurie, peu de crampes.

Le malade a l'espect d'un cholérique grave : cyanose, refroidissement des extrémités, sueurs au visage, pouls radial presque supprimé, vomissements jaunâtres ou aqueux, selles séreuses riziformes. Les pupilles sont paresseuses. Les réflexes rotulien et crémastérien sont abolis. Cependant le patient n'est pas mécontent de son état. Il ne se croit pas dangereusement atteint et d'ailleurs jusqu'à la fin nous le verrons persister dans cet optimisme surprenant. Acide lactique 15 gr. Injections sous-cutanées de caféine.

Le 13 septembre (3e jour), un peu d'urine albumineuse. Encore des vomissements et de la diarrhée profuse. T.R. 37°4.



Dyspnée légère. Tremblement des mains, de la langue et des lèvres. Subdelirium la nuit. Grande faiblesse. On ajoute aux médicaments prescrits une dose de 2 centig. de chlorhydrate de cocaïne pour calmer les vomissements.

Les jours suivants, l'état se modifie peu. La dose d'acide lactique est abaissée à 10 grammes, à 5 grammes, puis supprimée.

Le 6e jour, la diarrhée et les vomissements ont cessé, mais la réaction ne s'affirme pas franchement, bien que le pouls soit plus fort. Langue sèche, pas de dyspnée, pas de toux, pas d'expectoration. Respiration simplement affaiblie aux bases. La température s'élève, le 7e jour, à 37°7.

Le 8e jour, dyspnée; albuminurie persistante.

Le 9e jour, aggravation mortelle; cyanose, langue sèche, respiration accélérée. Peu de toux, pas d'expectoration. A la base droite, matité, râles crépitants, souffle. Mort à 9 heures du soir.

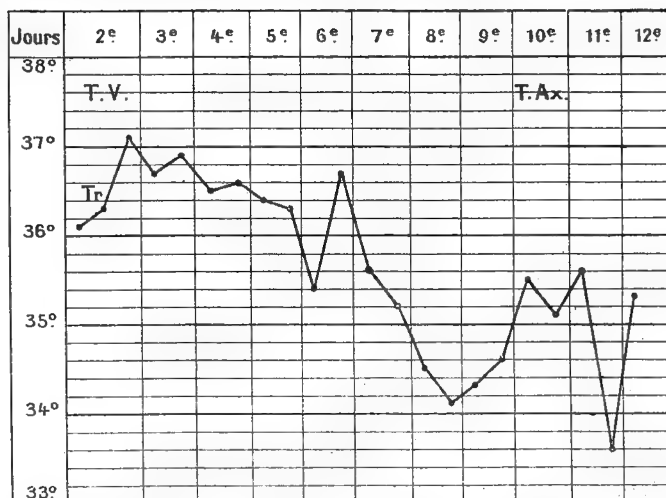
Autopsie. — Broncho-pneumonie pseudo-lobaire à la base droite. Hépatisation grise. Emphysème des deux côtés, en avant et en haut. Congestion de la base gauche. Foie hypertrophié; cirrhose au début et nombreuses taches jaunes. Rate petite, scléreuse. Reins n'offrant pas de lésion macroscopique.

On a noté, dans ce premier cas, des signes physiques qui ont permis, à la fin, de poser le diagnostic. Voici un exemple de broncho-pneumonie plus tardive et absolument latente chez une femme d'ailleurs vouée à la mort, comme toutes les cholériques qui avortent.

Obs. II. — *Choléra chez une femme enceinte de cinq mois. Avortement le 9e jour. Marasme. Mort le 12e jour. Broncho-pneumonie latente. Quelques tubercules.*

Catherine M., 36 ans, journalière, a eu quatorze enfants. Elle est enceinte de cinq mois. Elle tousse depuis quelque temps. Début des accidents cholériques le 4 septembre, vers 5 heures du soir. La malade est apportée le 5 septembre, à 10 heures du matin, au Bastion 36. A midi, coliques, pouls radial supprimé; transfusion intra-veineuse de deux litres de sérum artificiel. La malade vomit plusieurs fois à la suite de l'opération. Acide lactique 15 grammes.

Le 7, je supprime l'acide lactique. Les mouvements du fœtus cessent. On n'entend pas les bruits du cœur.



Le 9 (6e jour), la température vaginale s'abaisse à 35°4. Sécrétion lactée.

Le 7e jour, prostration, marasme, pas de délire. Ecoulement vaginal brunâtre; diarrhée riziforme.

Le 9e jour, délire de paroles. A sept heures du soir, expulsion du fœtus macéré, hémorrhagie très modérée.

Le 10e jour, délire de paroles et d'actions; grande agitation, cris, aspect méningitique. Pas de toux, pas d'expectoration. En arrière, râles ronflants et sibilants.

Mort le 12e jour, à 11 heures du matin.

Autopsie. — Utérus volumineux, à parois ramollies. Intestin congestionné. Foie présentant des taches jaunâtres. Quelques tubercules disséminés aux deux sommets. Plusieurs foyers broncho-pneumoniques, spécialement à la base gauche, fournissant à la coupe du pus jaunâtre. Rien à signaler du côté des centres nerveux.

Plus tardive encore a été la broncho-pneumonie dans le cas suivant. Et ici cette complication a été particulièrement fâcheuse, car elle a réduit à néant mes espérances au moment où je commençais à entrevoir la possibilité d'un succès chèrement payé. Son début paraît avoir coïncidé avec la recrudescence des accidents intestinaux, le 12e jour.

Obs. III. — *Choléra galopant transform par les transfusions intra-veineuses en choléra lent. Recrudescence le 12e jour. Broncho-pneumonie. Mort le 16e jour.*

Caroline J., 35 ans, journalière, soignée à l'hôpital Necker, il y a trois ans, pour une maladie qu'elle ne peut indiquer, a eu huit enfants dont elle n'a pas conservé un seul. Elle est mal réglée. Le choléra a débuté chez elle, le 14 septembre, par de la diarrhée. Elle est apportée à l'hôpital le 16 (3e jour) en état de collapsus. Les selles sont tellement nombreuses qu'on renonce à les compter. On remarque que les matières ont une coloration brunâtre; il y a des vomissements bilieux

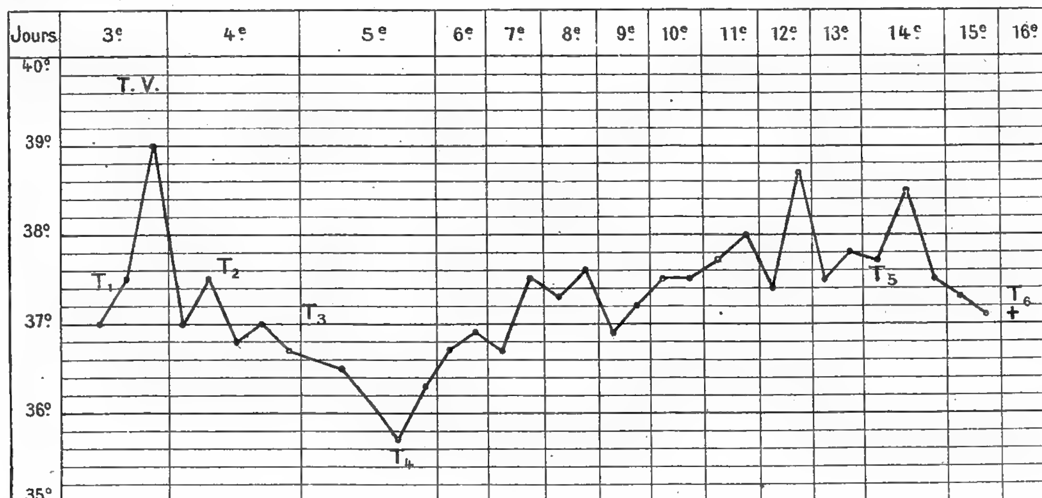
incessants. A 10 h. 1/2 du soir, le pouls radial est supprimé; la transfusion intra-veineuse paraît urgente. Elle est pratiquée par mon interne, M. Lejuge de Segrais. Elle est suivie d'une réaction fébrile : 39°. Dès le début, on a institué le traitement par l'acide lactique (15 grammes), mais les liquides sont rejetés presque immédiatement. On a fait également des injections sous-cutanées de caféine.

Le 17 septembre (4e jour), une transfusion à 9 h. 1/2 du matin. La diarrhée et les vomissements continuent. Glace, champagne, acide lactique, inhalations d'oxygène; chlorhydrate de cocaïne contre les vomissements.

Troisième transfusion dans la nuit.

Le 18 (5e jour), la température s'abaisse le soir à 35°7. Quatrième transfusion après laquelle la température s'élève à 36°3. Langue rouge et sèche. Prostration, adynamie, dyspnée. Erythème et excoriations des fesses, la malade baignant presque continuellement dans ses déjections.

Le 19 (6e jour), amélioration légère. Comme les vomissements persistent, je prescris un lavement contenant un jaune d'œuf, deux cuillerées de peptone liquide et vingt gouttes de laudanum.



Le 7e jour et le 8e jour, l'amélioration progresse. Dyspnée moindre, moins d'aphonie. Râles de bronchite disséminés dans la poitrine. Bouche sèche; muguet. Eschares au sacrum.

Les jours suivants, on continue les lavements de peptone. Le champagne est remplacé par le café et le thé. Je commence à concevoir quelque espoir, mais le 25 septembre (12e jour) la malade a une syncope suivie de convulsions tétaniformes. Vers 4 heures du soir, la diarrhée, qui avait cessé, reparaît; la température s'élève à 38°7. Acide lactique 10 grammes.

A partir de ce moment, la faiblesse augmente, la dyspnée s'exaspère. Je constate en avant des râles de bronchite, mais l'adynamie est telle que je ne puis faire asseoir la malade pour l'ausculter.

Le 14e jour, cinquième transfusion suivie d'élévation de la température à 38°5.

Malgré nos efforts, le collapsus s'aggrave encore le 15e jour. Dans la nuit, M. Lejuge de Segrais tente une sixième transfusion, mais la malade succombe avant la fin de l'opération (16e jour, 1 heure du matin).

Autopsie. — Sommets et bords antérieurs des poumons extrêmement emphysémateux. Noyaux de broncho-pneumonie grise disséminés dans les lobes inférieurs et entourés de zones congestives. Les autres viscères n'offrent rien de spécial à noter. L'utérus n'est pas gravide.

Voici enfin, dans le même série, une broncho-pneumonie double, venant s'ajouter, chez une cholérique âgée, à des accidents gastro-intestinaux datant déjà de *cinq semaines*, si les renseignements sont exacts. On remarquera ici, comme dans le cas précédent, l'élévation passagère de la température au-dessus de 38°.

OBS. IV. — *Choléra lent (variété gastro-intestinale) chez une femme de 65 ans, atteinte de cirrhose du foie et des reins. Broncho-pneumonie double. Mort.*

Célestine C., 65 ans, journalière, mère de huit enfants, niant l'alcoolisme, ayant eu pendant cinq semaines une diarrhée intermittente, a appelé un médecin le 15 août.

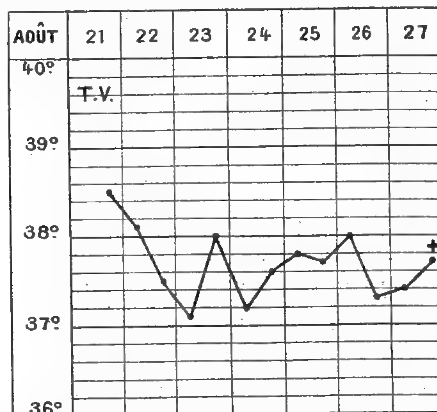
Grâce au traitement, la diarrhée s'est arrêtée; elle a reparu le 19. Le 20, vomissements, oligurie, crampes modérées, coliques.

Le 21, la malade entre au Bastion 36. T. V. 38°,5 le soir. Encore diarrhée et vomissements. Acide lactique 15 grammes.

Le 22, prostration, aphonie, dyspnée, quelques crachats grisâtres, langue sale. Pas de selles dans la nuit. Pouls radial faible; 92 pulsations. T. V. 38°,1. Ventre en bateau, extrême maigreur, peau sèche. L'auscultation est difficile, car la malade respire très mal. On perçoit cependant des râles crépitants à la base gauche. A la base droite, matité, respiration affaiblie. Au sommet droit, respiration rude.

Je supprime l'acide lactique. Champagne, caféine.

Le 23, état de collapsus. Suppression des réflexes pupillaire et rotulien. Souffle à la base gauche. Peu d'expectoration.



Le 24, la diarrhée reparaît. Malgré les toniques et les stimulants, l'affaiblissement progresse. Les signes physiques varient peu. La température oscille entre 37° et 38°.

Le 27, pupilles contractées. Etat demi-comateux. A la base gauche, râles humides et souffle.

Mort à minuit.

Autopsie. — Poumons adhérents, surtout en arrière. Pas de tubercules. Le lobe inférieur droit présente un bloc d'hépatisation rouge avec de l'hépatisation grise sur plusieurs points. Le lobe inférieur gauche contient un noyau broncho-pneumonique moins étendu, mais plus ancien, nettement suppuré, entouré de tissu congestionné. Emphysème des régions antéro-supérieures.

Péricardite ancienne. Gros caillot dans le ventricule droit, se prolongeant dans l'artère pulmonaire.

Foie cirrhosé, sans atrophie. Périhépatite. Reins sclérosés avec plusieurs petits kystes. Intestin congestionné sur plusieurs points. Psorentérie.

Dans ces quatre observations, les phénomènes congestifs ont été nuls ou peu intenses et c'est en vain qu'on aurait attendu l'élévation de température qui précède parfois la mort. Mon dernier cas, au contraire, est caractérisé par un processus fluxionnaire terminal, auquel prend part le poumon, mais qui intéresse plus encore les méninges cérébrales.

Autre particularité à signaler : il s'agit ici non plus de broncho-pneumonie comme dans les cas précédents, mais (si l'on s'en rapporte à l'aspect macroscopique) de pneumonie lobaire.

Obs. V. — *Choléra lent (variété gastro-intestinale) chez un alcoolique de 58 ans. Erythème papuleux le 19e jour. Le 22e jour, fluxion méningo-encéphalique. Mort le 25e jour. Pneumonie lobaire à la base gauche.*

Denis G..., 58 ans, chiffonnier, athéromateux avec cercle sénile de la cornée, hémorrhoïdaire, atteint brusquement, le 19 septembre, de vomissements, de diarrhée et de crampes, entre le 24 septembre au Bastion 36. Il a cessé d'uriner le 21.

Symptômes évidents de choléra grave. L'examen histologique des déjections (séreuses, riziformes) révèle la présence du bacille-virgule. Acide lactique 15 grammes. La dose est abaissée ensuite à 10 grammes et à 5 grammes.

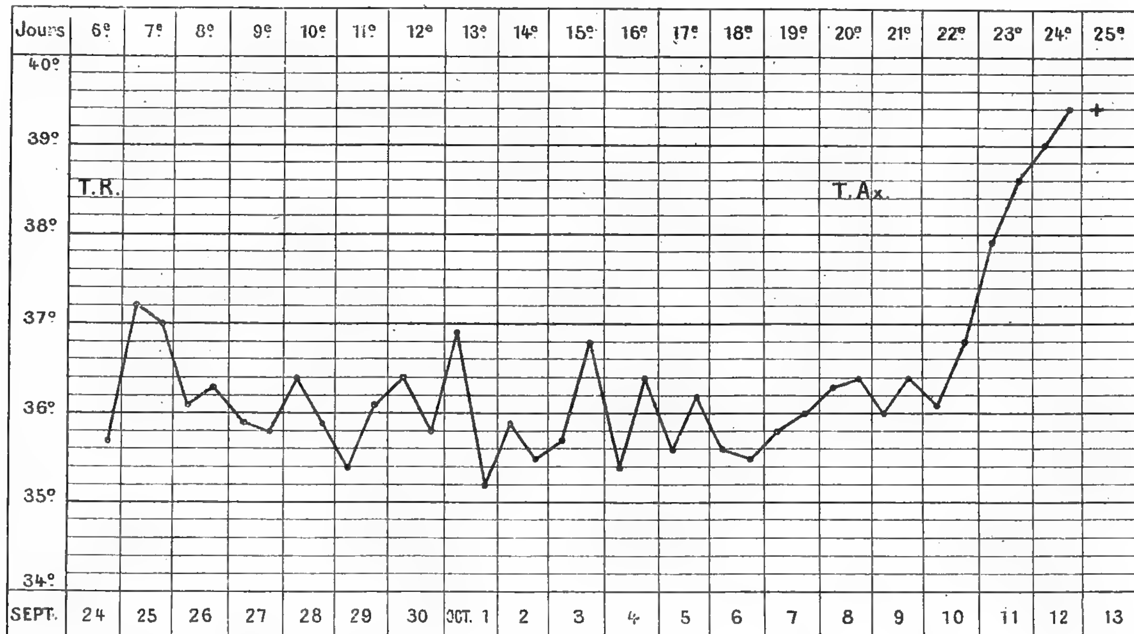
Le 1er octobre (13e jour), le malade urine pour la première fois. Cependant l'adynamie persiste; la température reste basse, le pouls faible. Champagne, café, lait.

Le 19e jour, érythème papuleux au niveau des cuisses et rougeur diffuse des pieds. Muguet.

Le 20e jour, le malade commence à être agité; il délire la nuit. Sur sa demande, on cesse de placer le thermomètre dans le rectum. Nous nous contenterons de la température axillaire.

Le 22e jour, après une nuit agitée, le malade est assoupi. Il urine involontairement dans le lit à deux reprises. Pouls bondissant (112). T. A. 37°1 et 37°8.

Le 23e jour, symptômes de congestion méningo-encéphalique. Torpeur, raideur du cou, déglutition presque impossible, rougeur de la face, raie méningitique, pouls bondissant (120). Je prescris un lavement purgatif et deux sangsues derrière chaque oreille.



Le 24e jour, coma. La température axillaire s'élève, le soir, à 39°4. Mort le 25e jour à 7 heures du matin.

Autopsie. — Il existe dans la cavité arachnoïdienne une grande quantité de sérosité qui s'écoule dès qu'on a incisé la dure-mère. Après ablation de cette dernière, on trouve les méninges cérébrales très épaissies au niveau des lobes pariétaux. Il y a de chaque côté une sorte de plaque opaline, constituée par l'épaississement de l'arachnoïde et de la pie-mère et adhérente à la substance cérébrale. Il est impossible d'affirmer que ces plaques soient de formation récente.

Les vaisseaux de la pie-mère sont gorgés de sang. La substance cérébrale n'offre qu'un certain degré de congestion. Artères cérébrales athéromateuses.

Le poumon droit est simplement engoué à la base; le parenchyme ne va pas au fond de l'eau. A la base gauche, bloc étendu et bien limité d'hépatisation rouge. Rien aux sommets.

Plaques laiteuses à la surface du ventricule gauche. Pas de lésion des orifices cardiaques. Aorte légèrement athéromateuse.

Foie manifestement graisseux. Périhépatite antérieure. La rate n'est pas diminuée de volume. La substance corticale des reins est jaunâtre et atrophiée; pas de granulations à la surface.

Intestin grêle congestionné dans la dernière portion.

III

Je n'insisterai pas sur les *symptômes.*

La broncho-pneumonie et la pneumonie des cholériques sont souvent *latentes.*

Parfois on a signalé au début le frisson unique, le point de côté; plus fréquentes sont la toux et surtout la dyspnée. Dans quelques cas, des crachats rouillés. Quant aux signes physiques, ils varient avec l'étendue des lésions; les râles crépitants peuvent exister dès le premier jour; le souffle vient ensuite. Peu de phénomènes généraux, peu de délire.

La *fièvre* manque souvent. Ici il importe de faire une distinction entre la broncho-pneumonie et la pneumonie fibrineuse. Cette dernière, liée spécialement aux réactions dites franches, rapides ou excessives du choléra, s'accompagnerait, d'après les auteurs, d'élévation de la température beaucoup plus fréquemment que la broncho-pneumonie, qui appartiendrait, au contraire, aux réactions difficiles, incomplètes, avortées. C'est ainsi que Broca a noté chez un cholérique de 47 ans, atteint de pneumonie lobaire le sixième jour, une température de

39°6; Oddo a inscrit, dans des conditions analogues, 39°8 et 39°9.

Dans la broncho-pneumonie cholérique la fièvre est moins vive. Et d'ailleurs les autres symptômes sont parallèlement atténués. Il y a moins de douleur, moins de dyspnée, moins d'expectoration, moins de signes physiques; le souffle, en particulier, fait généralement défaut.

L'*hypothermie* n'est pas rare, surtout dans la broncho-pneumonie. Dubreuilh a noté 34°2 le cinquième jour et 33° le sixième jour (jour de la mort) chez un cholérique de 37 ans. Mon observation II se rapporte à une femme qui eut 33°6 la veille de la mort.

La *marche* des pneumonies cholériques est extrêmement rapide; tous les auteurs s'accordent sur ce point. En moins de deux ou trois jours, dit Mouchet, la suppuration peut se produire. La chose existe dans le choléra comme dans toutes les maladies infectieuses qui ont profondément débilité l'organisme.

Les *complications* sont rares, car le processus pneumonique triomphe sans peine par ses propres moyens de la résistance affaiblie des cholériques. La gangrène pulmonaire a été signalée par Mouchet et par Rommelaere. Mouchet a vu un cas de pleurésie. Oddo a constaté des frottements pleuraux chez un malade qui a guéri.

La *terminaison* est habituellement fâcheuse. Je n'ai pas constaté, pour mon compte, une seule guérison. Sur les neuf malades de Dubreuilh, un seul a guéri. Au contraire, Oddo, particulièrement favorisé, n'a perdu que six malades, tandis que deux sont devenus tuberculeux et que six ont été renvoyés sains et saufs. Je citerai comme exceptionnels les deux cas favorables de Duplay (1832) et le fait observé dans le service de Roger en 1892 et consigné dans la thèse d'Abramovitch.

Le *traitement* sera institué dès qu'on aura eu la bonne fortune d'établir le diagnostic. On évitera les topiques, les révulsifs. On stimulera les malades, on combattra l'adynamie à l'aide du café, du champagne, de la caféine, du cognac même si l'estomac est tolérant. On évitera l'opium. Si la diarrhée persiste, on donnera de l'acide lactique.

IV

Depuis l'époque où l'anatomie pathologique de la pneumonie lobulaire ou broncho-pneumonie a été nettement fixée, le domaine de cette maladie s'est étendu aux dépens de la pneumonie lobaire qui a dû se résigner à un rôle modeste dans les maladies infectieuses. Actuellement tout le monde reconnaît la fréquence relative de la broncho-pneumonie et la rareté de la pneumonie fibrineuse. J'ai cité, à ce point de vue, l'opinion de Dubreuilh. Simmonds en 1892, à Hambourg, a trouvé, dans cent cinquante autopsies, cinquante-huit broncho-pneumonies et seulement quatre pneumonies lobaires typiques, au stade d'hépatisation rouge ou d'hépatisation grise. Oddo place deux pneumonies fibrineuses en regard de douze broncho-pneumonies.

Donc les deux lésions existent dans le choléra, mais l'une est commune, l'autre exceptionnelle.

Quelles sont les particularités anatomiques?

« Cette broncho-pneumonie se distingue à l'œil nu, dit Dubreuilh, de celle de la rougeole, de la coqueluche, de la diphthérie, etc., et ces différences tiennent à la rapidité d'évolution du choléra. On trouve en effet deux ordres de lésions: la splénisation et les noyaux d'hépatisation confluents ou non. Mais les noyaux d'hépatisation sont tous du même âge et les lésions sont les mêmes dans toute l'épaisseur de la partie hépatisée qui a toute été envahie d'emblée. Aussi n'y trouve-t-on jamais les lésions secondaires telles que les vacuoles, les abcès et à plus forte raison la dilatation des bronches. »

Cette uniformité des lésions me paraît réelle d'une façon générale. Peut-être Dubreuilh aurait-il hésité cependant à la proclamer en ces termes s'il avait observé, comme je l'ai fait, la broncho-pneumonie compliquant le choléra *lent*. Un seul de ses malades, en effet, a survécu jusqu'au treizième jour; les sept autres ont succombé du cinquième au neuvième jour. Chez une malade morte tardivement j'ai signalé la coïncidence de l'hépatisation grise avec l'hépatisation rouge.

J'ai parlé plus haut des noyaux de carnification entourés d'une zone d'hépatisation rouge qu'a décrits Rommelaere. Cet auteur est le seul qui, jusqu'ici, ait signalé dans les foyers broncho-pneumoniques la présence du bacille-virgule. Il se fonde sur les constatations de ses élèves, MM. Dallemagne, Mills et Bayet, et rapproche cette découverte de celles qu'a faites Mills dans le pancréas, le foie, le rein et même dans le sang.

Les crachats ont été examinés dans plusieurs cas. Ceux du malade de Broca (1885) contenaient, d'après les recherches de Balzer, le diplococcus de Friedlænder; il s'agissait d'une pneumonie fibrineuse. On a trouvé un grand nombre de micro-organismes. Mills a annoncé un résultat inattendu: dans les crachats d'un cholérique qui, ayant expectoré des matières d'odeur gangréneuse, ne rejetait plus que du pus, cet auteur a constaté, au cinquante-troisième jour de la maladie, des bacilles-virgules.

La bactériologie des déterminations pulmonaires consécutives au choléra n'est pas assez avancée pour permettre des conclusions définitives. En attendant la vérification des découvertes de Mills, nous devons considérer la pneumonie et la broncho-pneumonie comme dérivant non pas de l'infection cholérique, mais d'une infection secondaire au choléra. Elles méritent donc d'être tenues pour des complications du choléra.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Chorée chronique (Remarks on the varieties of chronic chorea, and a report upon two families of the hereditary form, with one autopsy), par M. W. Osler (*The Journal of Nervous and mental Disease*, février 1893, n° 2, p. 97). — Parmi les variétés de la chorée chronique, l'auteur distingue: la chorée infantile, à laquelle il rattache les cas de diplégie spasmodique avec tremblement, mouvements choréiformes ou athétoïdes; le second groupe comprend la chorée chronique non héréditaire qui peut se développer à tout âge et semble devoir être assimilée à la chorée de Sydenham; le troisième groupe comprend les cas de chorée héréditaire de Huntington, qui s'accompagnent de troubles mentaux et se terminent par la mort, enfin le quatrième groupe renferme les cas de chorée de Sydenham, chorea minor, avec évolution lente, pouvant durer des mois, parfois des années, mais se terminant par la guérison. Il expose à l'appui des observations rentrant dans ces divers cadres. Il relate également deux histoires de chorée héréditaire, tout à fait classiques, ainsi que l'autopsie d'un cas de ce genre, dans laquelle on n'a trouvé aucune lésion spéciale du système nerveux. L'écorce présente des dégénérations hyalines avec leucocytose des espaces périvasculaires de ses vaisseaux, de légères altérations (vacuolisation, pigmentation) des cellules nerveuses, et un peu de prolifération conjonctive. Ces lésions diffuses paraissent analogues à celles de la paralysie générale. En somme, il considère la chorée chronique progressive comme une affection spéciale et distincte de la chorée de Sydenham, qui, elle, semble être de nature infectieuse et avec laquelle elle n'a de commun que le nom.

Sclérose en plaques chez les enfants (Sclerosi a piastre cerebro-spinale nella patologia infantile), par E. Mensi (*La Riforma medica*, 24 novembre 1892, n° 270, p. 531). — Il s'agit d'un enfant de 8 ans; le grand-père a été fou, le père est névropathe, une tante paternelle est hystérique. L'enfant a eu la rougeole et la scarlatine. Depuis deux ans on remarque des troubles mentaux et des désordres moteurs. Actuellement on constate : outre l'absence de troubles de la sensibilité, une démarche spasmodique et titubante, avec exagération des réflexes et clonus du pied, du tremblement intentionnel des membres supérieurs, du nystagmus, de la scansion de la parole. A ce propos, l'auteur a fait quelques recherches sur la sclérose en plaques infantile dont il n'a pu réunir que 26 cas dans la littérature, qui sont résumés dans les conclusions suivantes. La sclérose en plaques infantile peut se manifester chez l'enfant sous sa forme classique ou sous forme de pseudo-sclérose. Les causes précises sont encore inconnues, bien que les infections aient une influence spéciale sur son développement. La guérison est possible quand la lésion anatomique n'est pas assez profonde pour empêcher la régénération des éléments.

MÉDECINE

Traitement du diabète par l'administration du pancréas (On the treatment of diabetes mellitus by feeding on raw pancreas and by the subcutaneous injection of liquor pancreaticus), par N. H. White (*British medic. Journ.*, 4 mars 1893, p. 452). — L'auteur a essayé d'administrer à deux diabétiques du pancréas de mouton cru et frais, de la même manière qu'on a fait manger du corps thyroïde de veau aux malades atteints de myxœdème. Le résultat ne fut guère encourageant; la quantité d'urine, la proportion de sucre n'en furent pas modifiées. Par contre, un des deux malades eut un érythème intense accompagné de fièvre et de mal de gorge que l'auteur attribue au traitement. Les injections sous-cutanées de liquide pancréatique n'ont pas eu plus de succès.

Vaccin contre la rage (Chemical vaccine against rabies), par Tizzoni et Cantanni (*British med. Journ.*, 11 mars 1893, p. 516). — Les auteurs ont obtenu, par un procédé qu'ils ne nous font pas encore connaître, un vaccin de la rage absolument dépourvu de virulence. C'est un liquide aseptique qui renferme en solution le principe actif, virulent, contenu dans la substance nerveuse des animaux enragés. Injecté sous la dure-mère, dans la cavité péritonéale ou dans le tissu sous-cutané en assez forte proportion à des lapins, il n'a jamais donné lieu au moindre symptôme morbide soit local, soit général. Son action préventive chez le lapin s'est montrée des plus nettes, à condition qu'on injecte sous la dure-mère au moins 15 cent. cubes pour un animal d'un poids moyen. L'action curative chez le lapin ne se manifeste que si on commence le traitement avant le quatrième jour qui suit l'infection, et si l'on injecte au moins 25 à 30 cent. cubes. L'avantage d'un vaccin non virulent est considérable : on pourrait vacciner tous les chiens sans crainte, et limiter ainsi l'extension de la rage.

CHIRURGIE

Tuberculose des annexes (Ein Fall von tuberkulœser Erkrankung der Adnexa uteri), par Sachs (*Centralb. f. Gynækol.*). — L'auteur rapporte un cas de périannéxite suppurée gauche chez une femme de 27 ans à manifestations tuberculeuses du côté du système osseux (carie vertébrale). La collection, ouverte par le cul-de-sac de Douglas, fut drainée pendant assez longtemps. Guérison.

Le pus et les granulations de la cavité inoculés à des cobayes et des lapins provoquèrent chez ces animaux une tuberculose atténuée.

Ostéoplastie dans les pseudarthroses (Zur Osteoplastik bei Pseudarthrosen-Operationen), par Muller (*Cent. f. Chirurg.*, 1893, n° 11, p. 241). — Dans un cas de pseudarthrose du tibia consécutive à la fracture des deux os de la jambe, l'auteur, après avivement des fragments du tibia distants de 2 cm., implanta dans le fragment supérieur le bout inférieur du péroné préalablement réséqué. Puis, pour réunir les deux bouts du tibia, il forma au-dessus de la pseudarthrose un lambeau ostéo-cutané à pédicule inférieur qui fut tordu de façon à ce que la surface saignante vînt à s'appliquer contre les deux surfaces avivées du tibia. Consolidation parfaite au bout de six semaines, avec un raccourcissement de 4 cm.

L'auteur admet que l'implantation du péroné était inutile et qu'on aurait pu se contenter de l'ostéoplastie seule.

Aï crépitant de la jambe, par Pauzat (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, octobre 1892, p. 306). — L'auteur publie 60 observations qui montrent que l'aï crépitant se développe assez souvent dans la moitié inférieure de la région antérieure de la jambe. Il se traduit par un gonflement œdémateux qui commence le plus souvent quatre travers de doigt au-dessus de l'extrémité inférieure de la malléole interne et mesure une hauteur de quatre à six travers de doigt. En largeur le gonflement va du bord interne du tibia à la face externe du péroné. La pression du doigt laisse un creux persistant. Pendant les mouvements de flexion et d'extension du pied, la main perçoit au niveau du gonflement une crépitation très manifeste, souvent un véritable bruit de râpe.

Dans toutes ces observations, il y a intégrité absolue des synoviales du cou-de-pied.

Pour l'auteur cet aï est dû au tiraillement, à la contusion et à l'inflammation du tissu cellulaire qui est placée à la partie inférieure de la jambe, entre l'aponévrose jambière et les muscles de la région jambière antérieure.

Le rhumatisme joue probablement un certain rôle dans le développement de l'aï crépitant de la jambe.

Cet aï de la jambe est beaucoup plus fréquent que la synovite du cou-de-pied.

Pronostic bénin.

Traitement. — Repos au lit dans les cas intenses; repos à la chambre dans les cas légers. Compresses résolutives à l'eau blanche.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique des maladies mentales (Séméiologie, Pronostic, Indications), par le Dr Paul Sollier, Paris, 1893. G. Masson, éditeur.

Remonter d'un trouble mental aux autres phénomènes qui permettent d'établir le diagnostic de la forme nosographique, prévoir en conséquence l'évolution de cette forme, et prendre les mesures nécessitées par le traitement du malade, tel est le but que doit se proposer le médecin chaque fois qu'il se trouve en présence d'un aliéné. Ce sont les moyens d'y parvenir qu'a groupés dans une synthèse aussi bien ordonnée didactiquement que formulée pratiquement, l'auteur du *Guide pratique des maladies mentales*, dont la compétence reconnue en pareille matière nous était par avance un sûr garant de l'excellence de son travail.

Chaque grand syndrome mental *en particulier* est successivement passé en revue, et exposé au point de vue descriptif général et spécial ; puis quant à sa valeur séméiologique, et quant à son pronostic variable selon les cas, enfin quant à son traitement. Un long chapitre est consacré au pronostic *en général*, et le traitement est de même considéré au point de vue général dans une dernière partie.

L'examen des *syndromes* est toutefois précédé de considérations, rendues nécessaires par la nature du sujet, sur la technique, en quelque sorte, qui est de mise pour l'examen clinique des aliénés. A quoi reconnaît-on un aliéné ? quelles sont les particularités de son habitus, de sa physionomie? M. Sollier insiste à ce propos dans un paragraphe tout à fait nouveau et extrêmement important sur les détails de l'examen psychologique, si différent de l'interrogatoire clinique auquel les médecins sont habitués pour les autres catégories de malades. Les grands syndromes sont tous étudiés l'un après l'autre, et nous ne saurions entrer à ce propos dans l'analyse concrète ; nous dirons seulement qu'un même ordre clinique règne dans l'exposé : des troubles de la parole, des hallucinations, des états de dépression, d'excitation, des idées de suicide, de persécution, hypochondriaques, de grandeur, obsessives, etc., c'est-à-dire, qu'à propos de chacun de ces épisodes, c'est surtout les caractères secondaires qui permettent de les rapporter à l'affection causale que l'auteur cherche

à mettre en relief, faisant œuvre de clinicien plus que de nosographe et justifiant ainsi le titre même de l'ouvrage.

Il n'y a pas lieu de s'étonner des développements qu'il a consacrés au *pronostic*, car en la matière plus qu'en toute autre, les principes généraux qui permettent jusqu'à un certain point de se rendre compte de la durée, de la gravité, etc., ont une importance considérable, M. Sollier a dit les raisons sur lesquelles on doit s'appuyer pour répondre à ces questions que la famille d'un malade ne manque jamais de poser. Cela guérira-t-il, et en combien de temps?

La partie consacrée au *traitement* est, elle aussi, parfaitement ordonnée, et nous devons féliciter l'auteur de n'avoir pas hésité à nous expliquer par le menu les formalités administratives usitées pour le placement des aliénés en toutes les circonstances, ainsi que les diverses éventualités que le médecin peut rencontrer en ce qui a trait aux rapports médico-légaux.

Tant par son plan général essentiellement logique, que par l'esprit pratique qui a présidé à sa rédaction, le volume de M. Sollier comble une véritable lacune, et nous paraît destiné à rendre les plus grands services aux étudiants aussi bien qu'aux médecins.

Paul Blocq.

VARIÉTÉS

Revue de la tuberculose. — Un nouveau journal, ou, pour mieux dire, une modification apportée au mode de publicité d'un important organe scientifique, vient d'être signalé par la lettre suivante que nous croyons devoir reproduire :

A M. G. MASSON, libraire de l'Académie de médecine, à Paris.

Paris, le 5 avril 1893.

Mon cher ami,

Le succès de nos Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose, si honorable qu'il soit, pourrait, si l'on tient compte de quelques remarques inspirées par l'expérience, s'accroître encore grâce à certains changements apportés au mode actuel de publication.

Les fascicules, assez volumineux puisqu'ils renferment en moyenne 320 pages, paraissent irrégulièrement, à des intervalles qui ont varié de 6 à 12 mois, suivant l'abondance et l'étendue des travaux, le zèle et l'exactitude des collaborateurs.

De ce premier fait résulte qu'un mémoire remis à la rédaction en janvier, par exemple, pourrait ne paraître que 6 ou 8 mois plus tard; alors, pour des motifs faciles à comprendre et fort excusables, les auteurs se détournent de nous et porte ailleurs leurs manuscrits.

On éviterait cet écueil en publiant des fascicules moins remplis, mais paraissant à des époques fixes et surtout beaucoup plus rapprochées, tous les trois mois, je suppose. Ainsi donnerions-nous satisfaction à nos collaborateurs.

Il nous serait également facile de contenter davantage nos lecteurs et par suite d'en augmenter le nombre.

Nous n'avons publié jusqu'ici que des travaux originaux à la suite desquels notre laborieux et savant secrétaire général a dressé un index bibliographique ne comprenant à la vérité que des titres de mémoires avec indication des sources. Mais, si intéressantes que soient les recherches françaises, dont, comme nous le disions plus haut, une bonne partie ne figure pas dans nos études, nous n'avons pas la prétention de croire qu'il ne se fasse rien à l'étranger qui soit digne d'être connu. Or, les lecteurs qui veulent être complètement au courant de la question, et ils sont nombreux, nous sauront bon gré de condenser les matériaux et d'en donner de bonnes analyses qui les dispenseront de courir après des recueils nombreux, coûteux et qu'on ne se procure pas toujours aisément.

En résumé, sans préjudice des Actes de nos congrès futurs, nous éditerons une Revue trimestrielle de la Tuberculose.

Il n'est pas inutile de dire qu'avant de vous proposer cette métamorphose nous avons, M. L.-H. Petit et moi, consulté les membres du Comité. MM. les professeurs Bouchard, Brouardel, Charcot, Chauveau, Cornil, Fournier, Granger, Lannelongue, Potain, Ch. Richet, Straus et Tarnier, nous ont donné leur assentiment oral et écrit, confiants qu'ils sont, comme nous, dans le succès.

Au reste le public médical comprendra sans peine que ni vous ni nous membres du comité n'attendons du changement projeté aucun profit matériel pour l'œuvre, mais seulement un accroissement de sa valeur scientifique et pratique et des avantages sérieux pour les collaborateurs et les abonnés.

Si par hasard nous nous trompions, nous en conviendrions avec entière bonne foi, et après avoir poursuivi l'expérience pendant deux années, je suppose, ce qui suffirait à nous éclairer, nous reviendrions tout simplement à nos premiers errements ou à quelque autre combinaison à succès plus assuré.

Veuillez examiner tout ceci avec l'attention et la bienveillance que vous apportez toujours à ce qui touche à notre science en général et qui vient de votre vieil et sincère ami en particulier.

Verneuil.

Ajoutons que le premier mémoire original inséré dans la *Revue de la Tuberculose* est relatif à l'histogenèse du tubercule et qu'il est dû à notre savant confrère et ami le professeur J. Straus.

Association générale des médecins de France. — La 34e session annuelle de l'Association générale s'est tenue dimanche et lundi derniers. Dans la séance du dimanche 9 avril, l'assemblée a entendu le discours de M. le Président Lannelongue, l'exposé de la situation financière de l'Association par M. Brun, trésorier, le rapport général sur la situation et les actes de l'association par M. Lereboullet; la première partie du rapport de M. Worms sur les pensions viagères. Elle a élu ensuite secrétaire général : M. Lereboullet, et membres du conseil général MM. Bucquoy, Laënnec, Motet, Riant, Laguesse, Charbonnier, Hallopeau et Philbert.

Dans la séance du lundi a été longuement discutée la question de l'assurance maladie (v. p. 169). Sur le rapport de M. Worms, treize pensions nouvelles ont été accordées, ce qui ce qui porte à 93 le nombre des pensions allouées par l'Association. Enfin, sur le rapport de M. Durand-Fardel, divers vœux ont été pris en considération.

A la fin de l'exercice 1892, la fortune de l'Association s'élève à la somme de 2.897.296 francs.

Les capitaux de la Caisse générale sont de...	92.785	»
Ceux de la Caisse des pensions............	1.559.011	»
Ceux de la Société centrale et des Sociétés locales..............................	1.070.500	»
	2.722.296	»
Le capital des rentes appartenant à la Caisse des pensions est de......................	175.000	»
Total..........	2.897.296	»

Nécrologie. — L'Académie de médecine vient de perdre l'un de ses membres les plus anciens, les plus respectés. M. le Dr Joseph-Antoine Marrotte a succombé, à l'âge de 84 ans, aux suites d'une maladie qui, depuis plusieurs années déjà, ne lui laissait qu'à de rares intervalles la satisfaction de reprendre sa vie laborieuse et de se retrouver au milieu de ses collègues. L'un des derniers représentants de l'Ecole vitaliste, thérapeutiste ingénieux et sagace, médecin instruit et dévoué à ses malades, M. Marrotte avait longtemps et dignement exercé la médecine soit comme médecin des hôpitaux, soit comme praticien.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Gallet-Lagoguey, décédé à l'âge de 52 ans. Il avait créé à Paris une Caisse d'assurances mutuelles entre médecins et il s'y était dévoué pendant plusieurs années avec un zèle et une ardeur dignes de la sympathie de tous ses confrères.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 21 avril 1893.

L'épidémie de typhus exanthématique.

D'après les premiers renseignements recueillis par les enquêtes officielles, il semble bien avéré que l'épidémie de typhus exanthématique qui vient d'être reconnue à Paris sévit depuis plusieurs mois déjà sur divers points de la France. On en suit la trace d'Amiens à Lille, de Lille à Beauvais, puis dans un certain nombre de localités du nord et du nord-ouest de la France et enfin à Paris, où elle n'est pas sans doute apparue avant la fin de février dernier au plus tôt.

Il n'est que juste de reconnaître que ce qui en fait surtout l'intérêt, c'est son extrême rareté dans nos régions, si bien qu'en dehors des médecins de l'armée et de la marine, la plupart des membres du corps médical n'en pouvaient aisément soupçonner le diagnostic, jusqu'au jour où M. Sapelier, à la prison de Nanterre, l'a établi avec une louable sagacité. Aussi peut-on se demander si des cas de la même affection ne sont pas restés et ne restent pas encore ignorés. Depuis quelque temps, pour ne citer que Paris, les décès par la rougeole, la scarlatine et la fièvre typhoïde augmentent, même en ville; faut-il en attribuer une partie au typhus avec lequel ces diverses affections ont quelques symptômes extérieurs communs?

Développée sur place dans certaines conditions spéciales d'insalubrité et de misère ou plutôt transmise par contagion directe, la maladie paraît se limiter tout au moins à certaines classes sociales. Il est facile de se rendre compte dès maintenant que l'épidémie actuelle a eu pour principal, sinon pour unique mode de propagation, les relations entre les prisonniers et les vagabonds. A Amiens, c'est un refuge charitable qui en a constitué le foyer initial; à Lille, la prison; à Paris, le Dépôt près la Préfecture de police; ailleurs, le passage ou le séjour de quelque rouleur de grande route ou de quelque vagabond de profession.

Il n'est douteux pour personne que les agglomérations de ce genre présentent les plus grands dangers pour la santé publique; ce qui étonne le plus, c'est que les épidémies n'y soient pas plus fréquentes, et puisqu'il s'agit de typhus, que celui-ci ne s'y montre pas plus souvent. Vienne en tout cas une étincelle, et le brasier ne tarde pas à s'allumer. C'est qu'en effet il est peu de prisons ou d'asiles qui ne soient encombrés outre mesure; à Nanterre aujourd'hui encore on y a entassé près de moitié plus de personnes que l'établissement n'en doit normalement contenir; au Dépôt, les cellules reçoivent chaque jour plusieurs visiteurs et les promenoirs et salles communes renferment toujours plus de monde qu'un éleveur soigneux n'oserait y parquer d'animaux; à Lille, la prison regorge. Qu'on y ajoute l'influence d'un air perpétuellement vicié, d'une alimentation toujours insuffisante et d'un affaissement physique et moral généralement intense, et l'on s'accordera à reconnaître qu'il n'est pas de foyers où les maladies transmissibles trouvent plus de causes d'expansion. La situation est même plus dangereuse encore dans ces nombreux établissements privés que la charité multiplie, sans avoir trop souvent le moyen d'y prendre le moindre souci de la salubrité.

C'est donc de ce côté surtout que l'attention de l'Administration doit se porter; il n'est pas nécessaire de le publier avec fracas, mais il convient de modifier le plus possible cet état de choses. L'an dernier, à pareille date, le choléra était introduit à la maison de Nanterre et s'y développait très rapidement, grâce à un encombrement aussi considérable qu'aujourd'hui; on y signale le commencement d'une épidémie de diphthérie... Quelles calamités nouvelles faut-il donc attendre pour qu'on se décide à prendre enfin la seule mesure qui domine ici toute la prophylaxie, à savoir, faire cesser et ne jamais créer d'encombrement dans les prisons et les dépôts? Les mesures de propreté et de désinfection, l'amélioration du régime alimentaire, etc., ont certes leur utilité indiscutable; elles auront toujours de la peine à réussir là où l'on continue à paralyser la surveillance en multipliant outre mesure ses difficultés et à accroître ou maintenir l'insalubrité de l'agglomération. C'est la conclusion qui paraît la plus évidente au milieu de toutes les observations que soulève l'épidémie actuelle; c'est à elle que

nous nous en tiendrons maintenant, en attendant l'étude étiologique et clinique dont les éléments commencent à peine à s'assembler.

REVUE GÉNÉRALE

La chirurgie de l'estomac

Devant le Congrès de chirurgie.

Parmi les questions, non point mises officiellement à l'ordre du jour, mais agitées devant le Congrès de chirurgie, l'une des plus actuelles est sans contredit la chirurgie de l'estomac. Trois orateurs étaient inscrits sur ce sujet si intéressant : MM. Roux (de Lausanne), Doyen (de Reims), Montaz (de Grenoble). Deux seulement sont venus, MM. Roux et Doyen, dont nous allons faire connaître les idées et les procédés opératoires, basés de part et d'autre sur un nombre considérable d'interventions.

I

En communiquant les résultats que lui a donnés la chirurgie gastro-intestinale, M. Roux a déclaré avoir eu autant le désir de faire profiter autrui de ses expériences malheureuses, que de relater les succès qu'il a obtenus.

M. Roux déclare d'abord qu'il est loin de partager l'enthousiasme de certains chirurgiens pour la gastro-entérostomie. Cette opération n'est, à son avis, qu'un pis-aller et ne s'adresse qu'à des cas désespérés, dans lesquels une survie de quelques mois est tout ce que nous pouvons désirer, au prix d'une mortalité d'environ 50 0/0, entre les mains des plus habiles.

Cette opération se fait dans des conditions toujours désastreuses; c'est quand les malades, ou en tirant leur montre ou en ajustant leurs jupes, butent contre leur tumeur pylorique qu'ils se décident à recourir au chirurgien et souvent l'opération palliative est elle-même impossible.

M. Roux a fait par exemple quinze fois la laparotomie exploratrice sans rencontrer une indication formelle d'aller plus loin (infiltration étendue, carcinose miliaire, etc.). Aucun de ces malheureux n'a succombé à l'exploration et il est même probable qu'en prenant la moyenne de leur survie on la trouverait peut-être aussi longue que celle des quatorze patients chez lesquels a pu être menée à bien l'opération palliative. Mais M. Roux n'a pas osé faire ce calcul, crainte de perdre l'illusion d'avoir été utile « quand même » en donnant pour quelques mois, à ceux qui ont survécu, cette autre illusion de se croire guéris!

Sur ses 14 gastro-entérostomies, il y a 7 morts post-opératoires et 7 guérisons, si l'on ose employer ce mot. Voici les interventions malheureuses :

Sur la recommandation de Lücke, par l'organe de Rockwitz, il a choisi au début une anse quelconque dans le petit bassin et l'a fixée à la face antérieure de l'estomac, après avoir utilisé l'expérience du grain de sel de Nothnagel pour reconnaître le sens de la péristaltique. Or, l'anse s'est trouvée anastomosée à quarante centimètres de la valvule iléo-cæcale et cousue à contre-sens. Même remarque a été également faite plusieurs fois par Lauenstein. Conclusion : abandonnez Lücke-Rockwitz, qui ont eu décidément trop de chance!

Cherchant l'anastomose dans la première portion du duodénum, accolé à la face antérieure de l'estomac, M. Roux a vu deux foix le reflux des aliments dans le duodénum : cet accident, qui a enlevé l'un de ses malades, a été observé assez fréquemment, il est dangereux et est à redouter. Conclusion : ne faites plus la simple greffe latérale.

Il faut que les malades, très affaiblis en général, puissent rapidement prendre et utiliser quelque nourriture : donc ne forcez pas les aliments à quitter l'estomac par en haut, en abouchant l'intestin à la face antérieure de ce viscère. Abandonnez la gastro-entérostomie antérieure, qui a étranglé le côlon chez un des malades, abandonnez même sa modification rétrocolique, pour cultiver l'ouverture postérieure qui, seule, accueille les aliments dans le décubitus dorsal forcé des premiers jours, et qui se comporte plus tard tout aussi bien dans la station debout. Cette appréciation est basée sur les chiffres suivants : sur six gastro-entérostomies antérieures, M. Roux compte cinq morts et une guérison, et sur huit gastro-entérostomies postérieures, deux morts et six guérisons.

De ces succès, trois étaient inespérés. L'un concerne une énorme tumeur de la petite courbure de l'estomac avec ganglions de voisinage et propagation au pancréas. Pendant les manœuvres d'ablation, les difficultés opératoires furent telles que l'on fut sur le point d'abandonner la malade en lui laissant dans le ventre les instruments et les éponges. Par humanité, après avoir promené le fer rouge sur le pancréas, l'on fit rapidement l'affrontement et la suture gastro-duodénale. Pendant plusieurs jours on attendit en vain l'autopsie, et cinq semaines plus tard la malade quittait l'hôpital, se croyant guérie.

Dans le second cas, il s'agit d'un cancer de la paroi postérieure de l'estomac, adhérente au côlon transverse. Son ablation ne fut possible qu'en faisant en même temps la résection de trente centimètres d'intestin. La portion droite du côlon fut implantée sur le côlon descendant et la bouche gauche fermée rapidement. Le septième jour la malade mangeait beefsteak et pommes de terre et depuis onze mois sa santé est florissante.

Enfin chez la troisième malade, par le fait de l'infiltration néoplasique, qui formait un épaississement considérable, il y avait imperméabilité absolue du pylore. La cachexie était avancée et la soif inextinguible. Après avoir fait une transfusion salée de 600 grammes, on pratiqua l'ablation du cancer : dès le lendemain la malade pouvait apaiser sa soif et se livrer les jours suivants à une vraie débauche de champagne et de petit blanc. Elle reprenait très rapidement des forces et en douze jours elle gagnait 9 kilogrammes.

M. Roux a fait deux fois avec succès l'opération de Loreta; deux fois, au contraire, il a combattu le rétrécissement du pylore par l'incision longitudinale avec suture transversale ; les deux malades ont guéri. Enfin, dans un cas d'hémorrhagie due à un ulcère rond circonscrit, il a eu recours à la ligature double de l'artère et à l'excision de la région ulcérée ; la suture a été couronnée de succès.

La gastro-duodénostomie de M. Jaboulay lui paraît devoir être réservée à un petit nombre de cas, dans lesquels la tumeur minuscule permettrait de plier, pour ainsi dire, toute la masse pylorique et la première portion du duodénum.

La duodénojéjunostomie lui semble exiger aussi des aliments une certaine éducation pour retrouver leur chemin dans le dédale sans poteau indicateur.

L'implantation du jéjunum dans l'estomac et la jéjuno-jéjunostomie par implantation latérale est beaucoup moins difficile qu'on le dit et surtout moins longue (50 à 60 minutes). En outre, l'implantation latérale permet d'engager l'intestin sectionné transversalement dans la bouche longitudinale.

Quoique la durée de l'opération soit assez longue pour de tels malades, on ne saurait se rallier au procédé des

plaques et boutons de Senn et consorts, car il faut une suture hermétique, solide, idéale et non point un accolement moral, qu'on dit même dépendre du plus ou moins de soin mis à frotter ou gratter la séreuse.

D'ailleurs, bien que la gastro-entérostomie postérieure donne des gages de sécurité, l'élément capital de la réussite finale, pour n'avoir pas à enregistrer des autopsies de morts guéris, décédés par inanition, c'est la possibilité d'une alimentation rapide. Or, cette alimentation n'est immédiatement assurée et sans danger pour les plaies suturées que par la gastro-entérostomie postérieure par implantation, l'implantation jéjuno-jéjunale, la suture continue à trois plans et les bouches longitudinales. Aussi, champagne, bouillon, thé, eau, glace, voilà le régime des malades pour les premières heures et dès le lendemain M. Roux autorise le café au lait et les solides.

Si le malade vomit, il n'y a aucun inconvénient à faire des lavages de l'estomac, à la condition qu'on ait fait une bonne suture continue à trois plans.

En comparant les résultats entre eux (dans les 14 observations sur lesquelles est fondé ce mémoire), nous trouvons :

6 gastro-entérostomies antérieures : 5 morts, 1 guérison;

8 gastro-entérostomies postérieures : 2 morts, 6 guérisons;

8 opérations par accolement latéral : 5 morts, 3 guérisons;

6 implantations : 2 morts, 4 guérisons.

Enfin, si nous calculons les seuls résultats de l'implantation postérieure, nous avons 4 succès et 1 échec. C'est donc l'opération de choix.

Abordant l'opération radicale du cancer de l'estomac, M. Roux relate 5 faits avec 3 succès. Les 2 échecs sont dus à l'impossibilité de rapprocher le duodénum de la section stomacale ; l'auteur eut alors la malheureuse idée de fermer l'ouverture duodénale et d'aboucher l'estomac sur le jéjunum. Mieux vaut, en pareil cas, faire la gastro-entérostomie postérieure par implantation.

II

La chirurgie du pylore, nous dit M. Doyen, a eu tout d'abord pour objet les rétrécissements cancéreux, puis on opéra les sténoses cicatricielles; et l'auteur a particulièrement en vue le traitement des affections non cancéreuses de l'estomac, les seules où l'on puisse obtenir une guérison durable; lorsque nous considérons comme très satisfaisants les résultats obtenus dans les cas de néoplasmes très limités, Billroth, Czerny, Kocher ont observé des survies de 2, 3 et même 5 ans. Pour nous croire autorisés à entreprendre, dans les cas d'affections non cancéreuses de l'estomac, des opérations aussi graves que la pylorectomie et la gastro-entérostomie, il nous fallait disposer de procédés opératoires susceptibles de ne pas nous donner de mécomptes. La mortalité des résections du pylore est en effet demeurée stationnaire de 40 à 50 0/0. Une chance sur deux serait un appoint insuffisant pour permettre de proposer l'opération aux plus courageux. M. Doyen a successivement pratiqué la pylorectomie avec suture de l'estomac en raquette et l'abouchement duodénal, la pyloroplastie, la gastro-entérostomie par diverses méthodes. Il se borne à décrire le procédé le plus sûr, tant pour les suites immédiates que pour les résultats éloignés de l'opération, procédé qui lui a donné sur 12 cas la proportion remarquable de 91,6 0/0 de succès opératoires.

L'étude anatomique démontre que la situation de l'estomac est telle que dans l'état de vacuité le pylore en occupe le point le plus déclive. La dilatation de l'estomac, qui porte non pas sur l'ensemble du viscère, mais simplement sur l'antre prépylorique, est donc sans exception la conséquence d'un mauvais fonctionnement du pylore, qu'il s'agisse de spasme ou de rétrécissement organique. La disposition de l'anneau duodénal, sa fixité, la situation élevée de l'origine du jéjunum, qui se trouve naître sur le même plan horizontal, ou peu s'en faut, que le pylore, la possibilité d'une sténose duodénale ou d'une bride dépendant du ligament de Treitz, doivent faire rejeter toute intervention ayant pour effet de rétablir le passage du chyme dans le duodénum. Il est en effet presque impossible, au cours de l'opération, de s'assurer de la parfaite perméabilité de l'anse duodénale. Le mieux sera donc de fermer la circulation aux aliments, et de la réduire à un simple prolongement des canaux cholédoque et pancréatique. L'opération est faite de la manière suivante : 1° incision médiane sus-ombilicale; 2° exploration de l'estomac, du foie, du côlon et du duodénum; 3° si l'opération est décidée : recherche de la première anse du jéjunum; un fil est passé au travers de son mésentère, et l'intestin réduit : c'est alors qu'il faut décider si le pylore sera ou non réséqué; 4° le pylore est examiné avec soin : existe-t-il un épaississement néoplasique, ou cicatriciel, si les adhérences sont étendues il ne faut pas songer à l'extirpation, qui serait illusoire en cas de cancer, et aggraverait inutilement l'opération dans le cas d'une simple cicatrice. Le néoplasme est-il mobile, on procède à son isolement, en perforant avec les doigts les épiploons gastro-hépatique et gastro-colique; deux pinces courbes à pression élastique sont appliquées au-dessous du néoplasme, sur le duodénum, qui est sectionné entre leurs mors. Le duodénum est fermé par trois plans de suture : le premier comprend toutes les tuniques de l'intestin; les pinces destinées à la fermeture provisoire de l'estomac et du duodénum sont alors enlevées, car le premier plan de suture suffit pour empêcher l'issue de la moindre trace de liquides ou de gaz. Deux plans séreux assurent la réunion. Cette triple suture est pratiquée à l'aide du surjet à points passés, qui est d'une exécution rapide et d'une solidité à toute épreuve. Le duodénum est réduit dans le ventre et l'on ferme provisoirement l'estomac pour pratiquer l'ablation de la tumeur, et la suture en trois étages de la plaie stomacale. 5° L'estomac et le duodénum étant désormais terminés en cul-de-sac, on établit le nouveau pylore : la première anse du jéjunum est sortie du ventre, ainsi que le grand épiploon, qui est introduit par une petite déchirure dans l'arrière-cavité, et fixé dans cette situation par quelques sutures gastro-coliques (1).

La première anse du jéjunum est placée au devant de l'estomac de telle sorte que le cours des matières soit dirigé dans le même sens qu'auparavant, c'est-à-dire de gauche à droite. On fixe alors l'intestin à l'estomac, non loin de l'insertion du grand épiploon; deux premiers plans de suture séreux sont effectués, l'estomac et l'intestin sont dès lors fermés provisoirement à l'aide de pinces à pression élastique, incisés, puis réunis l'un à l'autre par une suture circulaire, comprenant séreuse, musculeuse et muqueuse; les pinces sont enlevées et les deux derniers plans séreux assurent une réunion définitive.

N'y a-t-il pas indication de faire l'ablation du pylore, il faut néanmoins l'oblitérer, afin d'obtenir un fonctionnement parfait de l'orifice gastro-jéjunal. Nous disposons, à cet effet, de deux procédés : 1° section de l'estomac en amont du rétrécissement et fermeture séparée, en cul-de-sac, du duodénum et de l'estomac ; 2° fermeture du pylore non sectionné par une série de sutures séreuses déterminant le plissement et l'invagination dans l'ancien orifice

(1) Voir *Arch. prov. de Chir.*, 1892.

pylorique d'une certaine étendue de la muqueuse gastrique. Dans l'un comme dans l'autre cas, la gastro-jéjunostomie est faite suivant le procédé précédemment indiqué. Occlusion du pylore avec résection facultative, création d'un orifice gastro-jéjunal pouvant admettre le médius, telle est l'opération que M. Doyen propose dans toutes les affections de l'estomac non cancéreuses, rebelles à toute thérapeutique et menaçant l'existence. La gastro-entérostomie avec plan suture simple du pylore dure de 40 à 50 minutes. La gastro-entérostomie avec pylorectomie, 1 h. 1/2 à 2 h. 1/4.

Au total, M. Doyen a tenté 28 fois d'intervenir pour diverses affections de l'estomac et du duodénum : il s'est agi 16 fois de lésions non cancéreuses, 12 fois de néoplasmes malins. Ses résultats sont les suivants :

1° *Laparotomies exploratrices* (5 cas de cancer), 5 fois il a dû se contenter d'une exploration, les adhérences et l'étendue de la dégénérescence cancéreuse ne permettant pas même l'exécution d'une simple gastro-entérostomie; un de ces malades présentait un état général relativement satisfaisant qui, coïncidant avec les signes du rétrécissement pylorique, avaient fait penser à une sténose cicatricielle; l'estomac a été trouvé rétracté sous le foie, en dégénérescence cancéreuse totale. 2° 3 *pyloroplasties* ont donné 2 insuccès; depuis M. Doyen a abandonné cette opération comme défectueuse (3 cas de sténose simple). 3° Il a tenté également sans succès, *in extremis*, dans 2 cas de cancer très étendu, la pylorectomie en raquette, combinée dans un cas à la gastro-entérostomie (2 cancers). 4° 10 gastro-jéjunostomies ont donné 4 insuccès; 2 de ces opérations ont été faites *in extremis*; 2 autres par un procédé défectueux, de telle sorte que l'évacuation du contenu stomacal n'a pu se faire dans des conditions satisfaisantes (2 cancers, 8 cas de sténose pylorique ou duodénale et de spasme du pylore compliquant l'ulcère simple). 5° 7 pylorectomies avec occlusion du duodénum et gastro-jéjunostomies ont donné 6 succès (3 cancers, 4 sténoses simples). La malade qui a succombé est morte non pas des suites directes de l'opération, mais d'infection hépatique, le rétrécissement pylorique ayant été déterminé par des abcès duodénaux et une péritonite assez étendue avec formation d'adhérence et ouverture de la vésicule tout près du pylore; cette malade avait refusé, deux ans auparavant, l'intervention pour lithiase biliaire, et elle a réclamé trop tard les secours de la chirurgie. 6° Enfin nous signalerons une opération d'estomac en bissac, sténose simple, le rétrécissement de la partie moyenne du viscère étant dû à un vaste ulcère de la petite courbure, avec rétraction cicatricielle et adhérence à la paroi abdominale. La malade a guéri et se porte à merveille.

M. Doyen conclut que l'occlusion du pylore avec résection facultative de ce dernier et la gastro-jéjunostomie, telle qu'il la pratique, est une excellente opération, puisque sur 12 cas elle ne lui a donné qu'un insuccès, de cause extra-opératoire : infection hépatique. L'ennemi est le pylore, sa fermeture spasmodique est la cause des dyspepsies, de la dilatation, de la non-cicatrisation des ulcères. La stagnation des ingesta dans l'estomac dilaté est un des facteurs de l'évolution du cancer. L'ulcère et le cancer ne se rencontrent, d'ailleurs, qu'exceptionnellement dans le grand cul-de-sac, ce dernier, logé en haut, dans la concavité du diaphragme, étant le séjour habituel des gaz et ne se trouvant presque jamais en contact avec les aliments.

Or, d'après M. Doyen la gravité de l'opération, par le procédé de choix que nous avons décrit, est presque nulle, si l'on opère avant la période de cachexie finale. La guérison est radicale : dyspepsies graves, maladie de Rechmann, crises gastralgiques, dilatation de l'estomac, vomissements alimentaires, hématémèses, les symptômes les plus graves, en un mot, disparaissent dès le jour de l'opération, et les malades se trouvent d'autant mieux soulagés qu'on leur fait prendre, dès le réveil chloroformique, de l'eau de Vichy par cuillerées à café. Les ulcères les plus rebelles se cicatrisent en peu de temps, dès qu'ils ne sont plus soumis aux tiraillements journaliers dus aux alternatives de dilatation et de flaccidité des parois stomacales qui s'opposent d'habitude au travail réparateur. Les opérés ont augmenté de poids dans des proportions remarquables, et l'un d'eux accusait trois livres en 6 jours, soit 250 grammes par jour.

Est-il certain, comme le pense le chirurgien de Reims, que ce procédé soit capable d'amener à 10 0/0 une mortalité qui jusqu'à présent était de 50 0/0, pour la pylorectomie comme pour l'anastomose, n'y a-t-il pas là un peu d'enthousiasme paternel? L'avenir résoudra la question, mais en tout cas les chirurgiens sont en droit de mettre la méthode délibérément à l'étude.

A. BROCA.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des troubles nerveux consécutifs à l'intoxication chronique par le sulfure de carbone, par

MM. P. A. LOP, interne à l'hôpital de Rothschild (Paris), et GEORGES LACHAUX, interne des asiles de la Seine, anciens internes des hôpitaux de Marseille.

I

Les accidents dus à l'emploi industriel du sulfure de carbone ont été signalés pour la première fois par Bouchardat, dans une leçon faite à la Faculté et ayant pour titre : *La maladie des ouvriers en caoutchouc.*

En 1853, Duchenne (de Boulogne) fait paraître son *Mémoire sur la paralysie provoquée par la vulcanisation du caoutchouc.* Mais il faut arriver jusqu'au remarquable travail de Delpech (Académie de médecine, 1856) pour trouver une description exacte et détaillée des troubles du système nerveux que l'on observe dans cette intoxication.

Viennent ensuite les travaux de Baugrand (*Gaz. des Hôp.*, 1856), de Duriaux, les communications à l'Académie des Sciences de Clœtz et de Masson (1853-1858), et les thèses de Tavera (Paris, 1865), de Bourdon (Paris, 1867), de Huguier (Paris, 1874), Marche et Guillaumet (Paris, 1876) celles de Bonnet (Paris, 1884), de Sapellier (Paris, 1885), qui est certainement, parmi celles que nous venons de citer, une des plus remarquables, et enfin la thèse toute récente de Bonnet (Paris, 1892).

Dans ces dernières années, l'attention des cliniciens et en particulier des neuropathologistes fut de nouveau attirée sur le sujet que nous traitons. C'est alors que parurent les observations de M. Rendu rapportées dans la thèse de Bonnet (Paris, 1885), celle de Berbez lue à la Société clinique de Paris en 1888, la communication de M. Pierre Marie à la Société médicale des hôpitaux (1888) et une leçon du mardi (1888-89) de M. le prof. Charcot. Tous ces travaux ont trait aux accidents nerveux observés chez les ouvriers maniant le sulfure de carbone.

Il ne faudrait cependant pas croire que le système nerveux seul est touché : il l'est évidemment plus que tous les autres et ce sont surtout les perturbations apportées à son fonctionnement qui amènent la plupart du temps, pour ne pas dire toujours, les malades à l'hôpital.

C'est de ces troubles seuls dont nous aurons à nous occuper ici.

II

« Dans les fabriques, écrivait Delpech en 1856, ces accidents sont rares. » Ils sont encore exceptionnels aujourd'hui grâce à l'hygiène industrielle et aux perfectionnements des procédés de fabrication. En effet, la plupart des observations que l'on trouve dans la littérature médicale ont trait à des ouvriers employés à la vulcanisation du caoutchouc. C'est à cette industrie que nous devons d'avoir observé les deux malades dont nous rapportons plus loin les observations.

Dans un second mémoire paru en 1863, intitulé: « Nouvelles recherches sur l'intoxication spéciale que détermine le sulfure de carbone, industrie du caoutchouc soufflé », Delpech s'attache à décrire une entité morbide nerveuse distincte de toutes les autres névroses toxiques; il veut créer, selon l'expression de M. le prof. Charcot, *une névropathie sui generis* (*névrose sulfo-carbonée.*) Quant à l'éminent maître de la Salpêtrière, il ne reconnaît au sulfure de carbone que l'action de mettre en évidence une affection très vulgaire, l'hystérie, et nullement de produire une névrose toxique spéciale; le sulfure agissant à la manière du plomb, de l'alcool, du trauma, comme agents provocateurs de l'hystérie. (Guinon, thèse de Paris, 1889.)

C'est à M. le prof. agrégé P. Marie (*sulfure de carbone et hystérie.* Soc. méd. des hôp., oct. 1888) que revient l'honneur d'avoir décrit pour la première fois le tableau de l'hystérie sulfo-carbonée telle que l'admet M. Charcot. C'est par son étude que nous allons commencer :

Cette hystérie diffère-t-elle sensiblement de l'hystérie ordinaire? Présente-t-elle quelques caractères particuliers qui lui donnent une place à part dans le cadre nosographique des névroses ?

Le *début* peut être lent ou brusque : le début brusque est quelquefois marqué par une véritable attaque apoplectiforme (apoplexie hystérique de Achard). M. Marie l'a observé chez un de ses malades. En général, la maladie débute insidieusement par une période de troubles vagues (fourmillements, crampes passagères, insomnie, cauchemars). Chez les femmes on observe des troubles menstruels (ménorrhagies, dysménorrhée, métrorrhagies. Dans les deux sexes une véritable excitation génésique ou au contraire une anaphrodisie totale. Peu à peu aux symptômes déjà signalés s'ajoutent des modifications du caractère : le malade devient irascible, émotif : il paraît en état d'ivresse constante. C'est à ce moment que se montrent les troubles de la motilité et de la sensibilité.

1° Troubles de la sensibilité.

A. *Hémianesthésie.* — L'hémianesthésie est loin d'être rare. Elle peut revêtir deux formes: ou bien elle est régulière, ou bien il existe au niveau de la ligne médiane une encoche ; on peut aussi rencontrer des cas où il existe des plaques isolées possédant un certain degré de sensibilité.

B. Anesthésie localisée. — La sensibilité peut n'être troublée qu'en certains points: au dire de M. Marie, ce trouble sensitif revêt la forme en manchon qui, paraît-il, aurait été entrevue par Delpech et signalée dans son deuxième mémoire : « L'examen de la sensibilité cutanée fait reconnaître que les membres inférieurs, jusqu'au pli de la fesse en arrière, sont insensibles au toucher, au pincement, à la piqûre des épingles, au contact des corps froids. »

C. Hyperesthésie. Elle a été signalée quelquefois. Elle siégerait habituellement du côté hémiplégié. Cette altération de la sensibilité est le plus souvent un phénomène de début.

Comme on le voit, ces troubles sensitifs sont assez nets. Ils existent d'une manière notable chez tous les malades; mais ils ne nous paraissent pas à eux seuls suffisants pour donner naissance à une hystérie spéciale.

2° Troubles de la motilité.

a. Tout au début on remarque que la démarche est vacillante. Le malade titube à la manière d'un homme ivre. Les jambes sont lourdes, se détachent difficilement du sol.

Cette *parésie* peut être plus ou moins accusée : elle peut même aller jusqu'à la pseudo-paraplégie. Il existe en même temps un affaiblissement marqué de la force musculaire.

Du côté des membres supérieurs, il existe des crampes musculaires très douloureuses, de la contracture des fléchisseurs et du tremblement. Ce dernier symptôme s'observe moins fréquemment que dans certaines autres hystéries toxiques.

b. Hémiplégie s'observe communément. Elle se présente à des degrés variés. Souvent incomplète, elle n'est jamais accompagnée de contractures ; elle n'est cependant pas flasque, se présentant ordinairement avec une certaine raideur qui fait que les extrémités des membres conservent la position qu'on leur a donnée.

Cette hémiplégie siège le plus souvent du côté droit (marche).

c. Paraplégie a été notée dans la plupart des observations. C'est de tous les troubles graves de la motilité celui qui persiste le plus longtemps.

d. Paralysies limitées. Elles ont, comme le fait remarquer M. Marie, « un cachet d'hystérie. C'est un segment du membre et non tel ou tel muscle, ou le territoire d'un nerf déterminé. » Ces paralysies limitées suffisent à elles seules à faire porter le diagnostic d'hystérie.

e. Spasmes de la face, signalés par Delpech et par Bonnet qui rapportent dans leurs observations des troubles moteurs de la face chez les intoxiqués par le sulfure de carbone, sans cependant paraître y attacher une grande importance. Le spasme facial a été également vu par M. Marie. Il était des plus évidents chez son second malade. « La fente palpébrale droite présente un certain degré d'occlusion. Les paupières sont animées de contractions fréquentes : la commissure labiale droite est un peu tirée à droite et en haut, à l'état de repos, et aussi dans les mouvements de la face; tous ces phénomènes s'accentuent quand on fait parler le malade. »

Delpech a en outre observé des convulsions et des attaques épileptiformes.

Du côté des *organes des sens* on a signalé l'anesthésie de la cornée, le rétrécissement du champ visuel, de la macropsie et de la micropsie.

Du côté de *l'ouïe*, une diminution de l'acuïté auditive et des bourdonnements.

En somme, tous ces troubles sensitivo-sensoriels se rencontrent aussi bien dans l'hystérie vulgaire et ne nous paraissent pas spéciaux à l'intoxication sulfo-carbonée.

Il n'existe donc pas, à vrai dire, une hystérie sulfo-carbonée, comme l'entendait Delpech. On est bien plutôt en présence d'une névrose vulgaire, dont l'apparition, chez des individus prédisposés, a été provoquée par le sulfure de carbone.

Nous croyons utile de joindre à la description que nous venons de donner, un certain nombre d'observations, les unes personnelles, les autres empruntées à la science.

Obs. I. (Personnelle). — L..., 18 ans, ouvrière « tapeuse en ballons de caoutchouc » depuis deux ans. Son occupation habituelle consiste à faire des raccords avec du caoutchouc dissous dans le sulfure de carbone, elle est donc exposée toute la journée aux vapeurs qui se dégagent du récipient. Peu de temps après son entrée à l'atelier, se sont montrés des troubles de la menstruation (ménorrhagies); puis ont apparu de violentes migraines, surtout la nuit. En même temps son caractère, jusqu'alors agréable, devenait bizarre. « Je suis toujours agacée. » Elle pleure sans raison, « souvent une boule l'étouffe au gosier. »

C'est dans cet état qu'elle se présente à nous. De taille élevée, de corpulence ordinaire, elle raconte qu'elle est sans énergie, qu'elle a des étouffements continuels, du tremblement dans les mains. Elle se plaint en outre d'une diminution marquée de la mémoire. Son teint est blafard, ses muqueuses décolorées. » Toutes les ouvrières de l'atelier sont comme moi, » nous dit-elle, lorsqu'on l'interroge sur sa pâleur.

Elle présente une abolition totale du réflexe pharyngien, une diminution marquée de la sensibilité tactile dans toute la partie supérieure du tronc, surtout à droite.

Rétrécissement bilatéral du champ visuel avec dichromatopsie pour le violet et le vert, qui sont vus gris.

Sensation habituelle de boule et de constriction épigastrique. Crampes douloureuses dans les mollets.

Pas de troubles de la marche.

Perte de l'appétit. Digestion pénible. Constipation habituelle.

Rien du côté des autres organes.

Règles abondantes mais douloureuses.

Pas d'accès convulsifs.

Ses antécédents, soigneusement examinés, ne font supposer aucune tare nerveuse. Bonne santé habituelle jusqu'à l'époque où elle a commencé à manier le caoutchouc.

Obs. II. (Personnelle.) — R.., 24 ans, même profession, depuis 8 mois seulement. A commencé par avoir des troubles menstruels (ménorrhagies), perte de l'appétit. La nuit, elle a des cauchemars, se réveille en sursaut. Crampes dans les mollets.

Tous ces accidents ont débuté un mois après son entrée à l'atelier.

A ces symptômes, deux mois après, s'ajoute une aphonie à peu près complète, pour laquelle elle se rend à la consultation de l'hôpital Lariboisière, où elle est soignée pendant cinq mois sans résultat.

Nous sommes en présence d'une malade plus affaiblie que la première, au moral déprimé, profondément découragée de l'inefficacité du traitement qu'elle a suivi jusqu'à ce jour. Elle présente une abolition totale du réflexe pharyngé, une hyperesthésie cutanée généralisée, des zones hystérogènes (région ovarienne gauche, sous-mammaire du même côté et épigastrique); dès que l'on presse sur ces points, elle est prise de bâillements suivis de pleurs et d'éructations nombreuses.

Faible rétrécissement du champ visuel. Pas de dichromatopsie.

Aphonie très prononcée. L'examen laryngoscopique n'a pas pu être pratiqué, mais l'évolution de la maladie nous a démontré suffisamment que le diagnostic d'aphonie hystérique que nous avions alors porté était exact.

Chloro-anémie accusée. Troubles digestifs. Palpitation.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

La médication instituée dans ces deux cas a été des plus simples (bromure, toniques, alimentation généreuse). Il est superflu d'ajouter que les deux malades, sur notre conseil, ont aussitôt quitté leur emploi.

Nous avons pu pendant deux mois suivre l'atténuation des symptômes qu'elles nous présentaient. L'une d'elles, L..., était très améliorée à cette époque : les troubles nerveux avaient en partie disparu, le teint, quoique encore légèrement pâle, n'avait plus ce reflet verdâtre qui nous avait frappé.

La seconde, R..., complètement rétablie de son état général, nous a raconté qu'un matin elle s'était réveillée parlant comme avant sa maladie. Sur notre insistance, elle nous avait promis de venir nous revoir si de nouveaux troubles vocaux se manifestaient; depuis cette époque la guérison s'est maintenue.

Obs. III. (Résumée de l'observation I du mémoire de M. Marie, in *Gazette hebdomadaire*, 1888). — Homme de 36 ans, non alcoolique, qui a commencé à être employé à la fabrication du sulfure de carbone il y a sept mois; trois mois après son entrée dans la fabrique, il fut pris de cauchemars effrayants; peu après, à la même époque, il s'aperçut d'une très légère faiblesse dans les jambes, entra à la Pitié. On constata alors qu'à l'insu du malade, il existait une hémianesthésie droite complète, mais avec quelques plaques au niveau desquelles on trouve un peu de sensibilité obtuse; de ce côté existait la perte du sens musculaire. Toujours du même côté, hémiparésie d'intensité moyenne, la main droite donne 25 kilogrammmes au dynamomètre. Œil droit, rétrécissement marqué du champ visuel, polyopie monoculaire, micropsie; diminution de l'ouïe de l'oreille droite; pas de réflexe pharyngien. Pas de zones hystérogènes; jamais d'attaques convulsives ni de perte de connaissance. Très émotif, se met dans d'atroces colères à la moindre contrariété. « Il faut que je casse quelque chose. »

Obs. IV. (Résumée de l'observation II du mémoire de Marie, l. c.). — Homme de 63 ans, a travaillé comme terrassier pendant longtemps. En 1872 entra à la fabrique de sulfure de carbone. Depuis cette époque il a fait dans cette fabrique plusieurs séjours qui n'excèdent pas une durée totale de cinq années.

Quand les accidents actuels sont survenus, le malade n'était employé à la fabrique que depuis quatre mois.

Occupé à vider une fosse contenant du S.C., il fut violemment impressionné par les vapeurs et perdit connaissance; le lendemain, son bras droit fut pris de fourmillements, puis trois ou quatre jours après de paralysie; la jambe ne fut paralysée que quelques jours plus tard.

Il entra à l'hôpital la semaine suivante et l'on constata une hémiplégie droite incomplète, permettant la marche, mais avec claudication accentuée : main droite = 12 kilogrammes au dynamomètre.

Réflexe rotulien un peu diminué à droite, réflexe plantaire aboli. Hémianesthésie droite, superficielle et profonde, sans abolition du sens musculaire. De ce même côté également diminution de la sensibilité pour l'ouïe, le goût et l'odorat. Œil droit, rétrécissement du champ visuel, polyopie monoculaire, macropsie, micropsie. Perte du réflexe pharyngien. Céphalalgie persistante. Violents cauchemars la nuit. Aspect triste, dépression notable; déviation du côté droit de la face due à l'existence d'un hémispasme oculo-génio-glosso-labié.

Obs. V. (Résumée d'après l'observation III de Bonnet, thèse de Paris 1885). — Homme de 28 ans, caouchoutier, entre le 17 juillet 1880 à l'hôpital Tenon.

Cet homme présente des fourmillements dans tout le côté droit. Affaiblissement de la force musculaire. La sensibilité thermique et tactile est très affaiblie dans les membres supérieur et inférieur droits.

Secousses dans les muscles de la face, douleur épigastrique exagérée à la pression, ainsi qu'au niveau des fausses côtes.

Médication de transfert à l'aide d'un aimant le 22 juillet; l'hémianesthésie diminue; au bout d'un mois le malade sort en bon état.

Bien que M. Bonnet ne donne pas d'étiquette aux symptômes présentés par son malade, il est de toute évidence que ces troubles nerveux sont analogues à ceux présentés par nos malades et ceux de M. Marie. D'ailleurs l'influence de la médication de transfert, la rapidité de son action, montrent bien que l'on est en présence d'un hystérique.

Obs. VI. (Résumée d'après l'obs. VIII de la thèse de Marche, Paris, 1876).

Femme, 22 ans, ouvrière en ballons de caoutchouc; sujette à des syncopes; à la suite de l'une d'elles elle fut incapable de se tenir sur ses jambes et elle se mit à bégayer. Elle ne sentait pas sa main, les piqûres d'épingles les plus profondes, faites en différents points, ne provoquaient aucune douleur ni aucun réflexe; anesthésie de la cornée, du nez, du pharynx et de la bouche. Quatre jours après son entrée à l'hôpital, l'anesthésie avait disparu.

Voilà encore une observation où il n'est pas question, pour l'auteur, d'hystérie; mais la lecture un peu attentive fait voir que, sans exagérer, on peut affirmer que cette malade a présenté des accidents de nature hystérique.

Obs. VII. (Résumée d'après l'obs. IX de la thèse de Huguin,

Paris, 1874). — Genet L..., 15 ans, ouvrière en caoutchouc vulcanisé, depuis son entrée dans l'usine, sa mémoire s'est *affaiblie* et son *caractère a changé*. *Insensibilité* de l'avant-bras gauche et de la main, *au froid et au chaud, à la piqûre et au pincement*. A eu des convulsions avec perte de connaissance.

Obs. VIII. (Résumée d'après Bonnet, thèse de Paris 1892). — Eug. L..., 30 ans, travaille depuis trois ans dans un atelier où l'on vulcanise du caoutchouc. A déjà éprouvé des accidents d'intoxication qui l'ont obligée à passer deux mois dans le service de M. Rigal, à Necker.

Le 8 juin 1892, elle revient à Necker; elle avait eu la veille une attaque de nerfs avec perte complète de connaissance, elle aurait eu, paraît-il, pendant cette syncope des contractions et des secousses dans les membres. L'attaque terminée, elle constata une grande faiblesse dans ses jambes. Elle voyait des *étoiles* devant ses yeux.

Etat actuel. — Le jour de son entrée, céphalalgie persistante, *pointe douloureuse* au niveau de la fontanelle et des tempes. Elle voit toujours des objets lumineux, *il lui semble voir continuellement un feu d'artifice. Rétrécissement bi-latéral du champ visuel, vision binoculaire*; *abolition du réflexe pharyngien, analgésie complète*; la sensibilité à la douleur et au toucher est abolie. Abolition du goût. *Points hypéresthésiques*, un *au sommet de la tête*, un *à la fosse iliaque* gauche et un autre *au-dessous du mamelon*. Sommeil troublé par des cauchemars.

Nous avons souligné à dessein les principaux symptômes offerts par cette malade, afin d'attirer l'attention sur eux et de montrer que nous ne nous avançons pas trop en faisant entrer cette nouvelle observation dans le cadre de l'hystérie éveillée ou provoquée par le sulfure de carbone.

2° *Troubles psychiques*. — Les troubles de l'intelligence ont été notés par la plupart des observateurs (Delpech, Baugrand, Ball). Marcé (Traité pratique des maladies mentales, 1862, page 149) dit: « J'ai vu un véritable accès de manie chez un ouvrier en caoutchouc qui manipulait du sulfure de carbone. »

Ball range l'intoxication sulfo-carbonée parmi les causes qui peuvent provoquer l'aliénation.

Si on lit les observations qui ont trait à cette intoxication, on constate que tout au début les malades présentent certaines modifications du caractère: les uns, d'un naturel paisible et calme, deviennent irascibles, méchants; les autres plus vifs se montrent violents, semblables à des maniaques, mais cela d'une façon passagère. D'autres, au contraire, enclins à la tristesse, refusent de manger, ont des terreurs nocturnes, leur sommeil est agité, entrecoupé de cauchemars avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Chez tous les malades on note un affaiblissement marqué et progressif de la mémoire.

Delpech, Proust, Charcot et Marie ont signalé à leur tour de véritables idées délirantes avec hallucinations.

Ces troubles mentaux, nés sans doute sous l'influence de l'intoxication sulfo-carbonée, ne nous paraissent présenter aucun caractère spécial, exclusif, qui permette de créer, comme le veut M. Bonnet, un état mental particulier. Le sulfure de carbone n'a été dans ce cas que la cause secondaire qui chez des prédisposés a fait éclater des manifestations délirantes.

Peterson (Com. à la New-York Neurological Society) communique cependant trois cas de phénomènes mentaux avec délire maniaque survenus chez trois ouvriers travaillant le caoutchouc dans une même usine. Chez aucun d'eux on ne relève ni tare nerveuse ni alcoolisme. Pas de causes morales. Chez l'un on nota que l'apparition de la manie avait été précédée de céphalalgie, d'anesthésie de la langue et de la face, de cauchemars et de tremblements musculaires. Dans les trois cas la manie dura six mois et se termina par la guérison.

Voici, résumée, une nouvelle observation de troubles psychiques, empruntée à la thèse de M. Bonnet (Paris, 1892).

D. L..., 21 ans, pas d'antécédents personnels. Pas d'alcoolisme chez les parents. L'examen anthropologique fournit toutefois certaines particularités. D... offre en effet des stigmates physiques capables d'attirer l'attention de l'observateur le moins prévenu.

Ce malade est d'un caractère habituellement très doux et tranquille; son père lui reproche toutefois une inconstance exagérée; il n'a jamais pu s'astreindre à exercer longtemps la même profession. Il a déjà fait un nombre considérable de métiers. Avec cela un certain degré de débilité mentale.

Il travaillait depuis deux mois environ à la fabrication des ballons en caoutchouc. Son travail consistait à plonger les ballons dans le sulfure de carbone pour les vulcaniser. Après les avoir fait sécher sur une grille d'abord, puis sur une toile, il les gonflait avec un soufflet. Parfois il s'amusait à souffler des ballons avec sa bouche. Il renouvela cette imprudence jusqu'à quatre et cinq fois par jour pendant deux mois. Au bout d'un mois et demi, D... éprouva presque tous les jours, dans les dernières heures de sa journée, une sorte d'ivresse avec céphalalgie légère, malaise, titubation. Les symptômes s'étaient renouvelés plusieurs fois durant les derniers jours qu'il passa à la manufacture, lorsqu'un matin, au milieu de son travail (vers le 15 décembre 1891), il fut pris tout à coup d'un violent mal de tête qui l'obligea à rentrer chez lui pour se coucher.

Cette céphalalgie dura jusqu'au soir, neuf heures. Le lendemain il reprit son travail, mais, au bout d'une heure, la céphalalgie reparut plus violente que la veille, profonde, continue; elle persista ainsi sans redoublement, mais aussi sans rémittence pendant cinq ou six jours.

A ce moment apparurent les symptômes psychiques: le malade tomba dans un état spécial de dépression; il restait tout le jour silencieux, immobile, comme absorbé, mais sans idées mélancoliques; il était facile de le tirer de cet état, il répondait à toutes les questions qu'on lui posait avec une apparente raison; le caractère de ses réponses démontrait que sous cette inertie toute physique ne résidait aucun état vraiment mélancolique; mais dès le deuxième jour, il éprouvait des hallucinations de l'ouïe. Il entendit la voix d'un de ses amis, puis celle de plusieurs personnes qu'il connaissait; enfin, des voix étrangères et inconnues se firent entendre. Ces voix lui apprenaient qu'il était appelé à de grandes découvertes industrielles et l'engageaient spécialement à inventer des appareils d'électricité. D... conversait avec ces voix et discutait avec elles. Parfois il leur répondait en articulant; mais parfois aussi, alors qu'il entendait *résonner* sa propre voix, personne dans son entourage ne paraissait s'en apercevoir. Ces hallucinations duraient tout le jour. Pas d'hallucinations de la vue ni des autres sens, ni cauchemars. Il a eu du délire des grandeurs pendant quelques jours, paraît-il: il croyait être Napoléon; tantôt enfin du délire à prétentions absurdes, comme d'inventer une mèche pour percer la Lune. Après une crise de un mois, ce malade a parfaitement guéri.

3° *Troubles sensoriels*. — Existent rarement à l'état isolé: la plupart du temps, pour ainsi dire toujours, ils font partie du syndrome hystérique que nous avons décrit plus haut; ils ne méritent donc pas une étude spéciale.

4° *Troubles moteurs*. — Un grand nombre de ces troubles doivent être rattachés à l'hystérie plutôt qu'au sulfure de carbone lui-même. En effet, la plupart qui ont présenté des troubles de la motilité, à l'exception de ceux de M. Berbez et de M. Rendu, ont eu des symptômes très nets d'hystérie. Mais il est probable que certains de ces troubles moteurs, comme la paraplégie par exemple, relèvent d'une lésion irritative ou dégénérative des nerfs périphériques analogue aux autres névrites toxiques décrites par M. Brissaud dans sa thèse d'agrégation.

Il n'a pas été publié, que nous sachions, d'observation en dehors de celles de MM. Berbez et Rendu, où l'on ait observé de troubles de la motilité dûment liés à un processus névritique particulier.

Les deux observations ci-jointes nous montrent bien

que, quoique rares, ces troubles peuvent s'observer en dehors de l'hystérie.

OBSERVATION I. — *Pseudo-tabès par intoxication sulfo-carbonée*, par M. Berbez (*France médicale*, 25 janvier 1885). Résumé.

Homme, 27 ans, ouvrier en caoutchouc soufflé, entre le 5 décembre salle Cruveilhier, n° 2, hôpital Laennec.

Pas d'antécédents héréditaires.

Le malade a eu la variole dans son enfance, en 1873 attaque de rhumatisme articulaire, en 1875 fièvre typhoïde.

En 1881, travaille pendant un mois dans le sulfure de carbone, où il commence à avoir de légers accidents, qui vont en augmentant et obligent le malade à quitter son emploi.

Aux maux de tête et aux étourdissements fréquents du début, se joignent bientôt des troubles moteurs. Les jambes faiblissent, la marche devient incertaine.

En même temps, apparaissent de vraies *douleurs fulgurantes* et aussi des douleurs fixes.

En quelques jours, *paraplégie complète*. Impossibilité absolue d'imprimer aux jambes le moindre mouvement.

Cette paraplégie eut une durée de deux mois et fut précédée d'anesthésie plantaire avec sensations subjectives, le malade croyait toujours marcher sur des boules qui roulaient sous ses pieds ; en même temps il trébuchait et tombait fréquemment, surtout la nuit, quand il s'aventurait sans lumière.

Au bout de quelques mois, douleurs en ceinture ; fourmillements autour de la taille.

En même temps survinrent dans les membres supérieurs et inférieurs des crampes douloureuses ; les bras, tout en restant très vigoureux, étaient *très incoordonnés ;* même en voyant l'objet placé devant lui, le malade avait grand'peine à le saisir et à le porter sans encombre à sa bouche. Bientôt survinrent quelques troubles de la parole et une légère amblyopie.

Les membres inférieurs présentent une incoordination très marquée; la marche rappelle celle d'un tabétique ; abolition des reflexes rotuliens, crémastériens et abdominaux.

Le malade est absolument éteint au point de vue génital. Plus d'érections. Plus de désirs.

Divers troubles de la sensibilité diséminés en différents points du corps.

OBS. II. — *Sur certains phénomènes rares de l'intoxication sulfo-carbonée*, par Rendu (*Société médicale des hôpitaux*, 1891). — Une jeune fille de 15 ans, excellente constitution. Bien réglée depuis l'âge de 12 ans. Employée à vulcaniser des ballons de caoutchouc et par suite exposée directement depuis 3 ans et pendant 8 heures par jour en moyenne, à des émanations de vapeurs sulfo-carbonées. De temps à autre, depuis qu'elle se livre a ce travail, lourdeurs de tête passagères.

Santé excellente jusqu'en septembre dernier. Alors, céphalalgie tenace revenant chaque soir et ne se dissipant que très tard dans la nuit. Appétit languissant et nausées. Douleurs vagues dans les membres ; enfin, le 15 septembre, céphalalgie plus intense et contracture douloureuse des mâchoires suivie bientôt de raideur du cou et de la colonne vertébrale.

Ces phénomènes vont s'accentuant et s'établissent bientôt d'une façon permanente. La raideur des mâchoires contraint le malade à ne se nourrir exclusivement que de lait. D'autre part, la contracture gagne les jambes, puis les bras. Impotence fonctionnelle presque complète et douleur permanente dans les muscles.

A son entrée on constate que les muscles de la face sont contracturés comme les masséters, mais à un degré moindre ; le cou est rigide. La colonne vertébrale est comme soudée. Démarche hésitante. Pas de crampes; pas de douleurs à la pression; pas le moindre *trouble de la sensibilité*.

Réflexe plantaire normal; au contraire réflexe patellaire très augmenté par suite de l'excitabilité anormale des muscles et de leur tonicité exagérée et d'un certain degré d'irritation spinale. Trépidation épileptiforme pour la même raison. La malade a en même temps une stomatite. Sous l'influence du chloral (4 grammes par jour et par 24 heures), amélioration rapide et progressive. Le 28 octobre, la malade peut être considérée comme guérie

Voici les réflexions que suggèrent à M. Rendu les symptômes offerts par sa malade. Rappelons que cette jeune fille a eu en même temps de la stomatite.

Après avoir rejeté l'hypothèse d'une contracture réflexe des masséters sous l'influence de la dent de sagesse, faisant ici secondaire la stomatite à la contracture, M. Rendu se demande si l'on est en présence de symptômes hystériques provoqués par le sulfure de carbone ou si ce sont des troubles nerveux relevant directement de l'intoxication : « C'est là une supposition » d'autant plus plausible que la contracture est une mani- » festation exceptionnelle dans l'intoxication sulfo- » carbonée et commune au cours de l'hystérie... Malgré » cela, l'absence d'antécédents nerveux héréditaires ou » personnels nous fait repousser l'idée d'une hystérie » toxique. La contracture elle-même, seul phénomène » que l'on pourrait relever comme manifestation hysté- » rique, ne revêt pas les caractères des contractures hys- » tériques. La raideur est, en effet, généralisée et incom- » plète, sauf aux mâchoires... Je considère donc les » contractures de ma malade comme sous la dépendance » directe de l'intoxication sulfo-carbonée, bien que le » fait soit très rare. Cette manière de voir, du reste, est » conforme à ce que nous savons de l'action physiolo- » gique de la plupart des substances qui paralysent le » système nerveux et dont les effets hyposthénisants sont » presque toujours précédés par une excitation préalable » des centres. »

Le caractère prédominant des troubles moteurs dans cette intoxication, c'est leur rareté à l'état isolé ; souvent la paralysie coexiste avec des troubles psychiques ou sensitifs sans que, pour cela, l'hystérie soit en cause. Habituellement, c'est par les membres inférieurs que débute la paralysie (Delpech, Rendu, Brissaud). Son évolution est très irrégulière ; elle apparaît tantôt en sept ou huit jours, taucôt elle met des semaines et des mois à se manifester. Exceptionnellement, elle se complique d'atrophie musculaire et de troubles dans les réactions électriques.

Tous ces accidents reposent-ils sur un substratum anatomique? En l'état actuel de la science, faute d'autopsie, il est impossible de répondre.

III

La pathogénie des troubles nerveux sulfo-carbonés n'est guère connue. Ce point de la question qu'il serait intéressant de connaître a été un peu délaissé pour faire place à la clinique. Les recherches expérimentales et comparées ne sont pas aisées à faire et, de plus, dans cette intoxication comme dans celle provoquée par l'alcool, les symptômes observés chez les animaux en expérience ne répondent que de loin en loin à ceux que l'on rencontre chez l'homme.

Il résulterait des expériences faites par M. Poincarré (*Arch. de Physiologie*, n° 19, p. 36, 1879), sur des grenouilles et des cobayes que le sulfure de carbone paraît développer dans l'axe cérébro-spinal un ramollissement à forme diffuse et, avant tout, une dissociation de la trame nerveuse par évacuation de la myéline contenue dans les tubes. M. Poincarré se demande si ce même processus destructeur se produit chez l'homme ; on pourrait ainsi s'expliquer la série des phénomènes paralytiques signalés par Delpech.

On peut objecter à l'hypothèse du professeur de Nancy que la clinique ne permet pas de supposer une lésion anatomique aussi grave chez l'homme. En effet, un des caractères prédominants des symptômes nerveux propres à cette intoxication est leur fugacité et leur mobilité, alors même qu'ils se présentent sous leur forme la plus grave.

Tamassia (*Canstatt's*, p. 428, 1881) croit que les divers symptômes de l'intoxication aiguë par SC sont dus à une altération du globule sanguin par cet agent chimique.

D'après cet auteur, cette altération consisterait en l'amoindrissement des hématies, dont le contour deviendrait ainsi plus net : leur forme devient tantôt étoilée, tantôt triangulaire, quelquefois même ils se fragmentent.

Schwalbe (*Congrès des naturalistes allemands*, Magdebourg, 1884) dit avoir produit chez des lapins une mélanie et une mélanose de la plupart des organes, après 4 à 8 semaines d'empoisonnement lent par le SC. Cet auteur ne paraît pas avoir observé l'altération des hématies signalée par Tamassia.

MM. les professeurs Kiener et Engel (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, p. 394-396, 1886) ont entrepris de rechercher, par une série d'expériences, les lésions des hématies. Pour cela, ils ont intoxiqué douze lapins de la façon suivante :

« Par inhalations jusqu'au coma, répétées quatre à cinq fois en deux ou trois jours (deux cas) ; par injection sous-cutanée de 1 gr. de SC pur d'heure en heure, jusqu'à la mort (deux cas) ; par injection sous-cutanée de 1 gr. de SC par jour pendant quatre à six jours (quatre cas) ; par injection sous-cutanée de 0,03 à 0,06 c. c. du toxique en solution dans de l'huile pendant douze à soixante jours (trois cas) ; enfin un lapin a pris à l'intérieur d'abord 0,03 c. c. par jour pendant quinze jours, puis 0,06 c. c. pendant plus d'un mois, puis 1 gr. par jour pendant trois semaines. »

Dans ces différents modes d'intoxication, ces observateurs distingués ont constaté que : « Pendant la vie de l'animal, ou immédiatement après la mort et dans le sang encore chaud, une altération du globule rouge consistant dans des changements de forme de nature amœboïde. Beaucoup de globules nous ont paru augmenter de volume, plus pâles et de consistance plus fluide qu'à l'état normal, et dans les cas où l'intoxication avait été prolongée et avait amené la mort, l'accumulation dans certains organes d'un pigment particulier que nous considérons comme ferrugineux et dérivant de la matière colorante du sang. Cette altération des hématies n'a pas été constatée dans l'empoisonnement chronique. Cela est d'autant plus regrettable, car nous ne croyons pas que jusqu'à ce jour l'on ait étudié l'état du sang dans l'intoxication professionnelle qui nous occupe. MM. Kiener et Engel concluent de leurs expériences que le S^2C est un agent attaquant la vitalité du globule rouge et précipitant son usure physiologique.

M. Sapellier, après une série d'expériences très bien conduites, se croit autorisé à admettre : « Qu'une grande part des accidents doit être attribuée, non pas au sulfure de carbone, mais à l'hydrogène sulfuré contenu dans le sulfure de carbone du commerce. » Il n'en veut pour preuve que l'analogie étroite qui existe entre les accidents déterminés par S^2C et H^2S.

Voici le tableau comparatif de ces accidents dressé par cet auteur dans sa thèse (Paris, 1885) :

Accidents signalés par Delpech chez les ouvriers soumis aux inhalations de S^2C.	*Accidents dus à l'H^2S relevés dans les différents auteurs.*
Céphalalgie gravative.	Céphalalgie, pesanteur aux tempes.
Vertiges.	Vertiges.
Douleurs musculaires.	Douleurs dans tout le corps.
Appétit exagéré, agitation.	Excitation générale.
Loquacité, rires ou larmes sans motifs, mobilité.	Insomnie. Sorte d'ivresse.
Colères, violences inexpliquées.	Délire, tétanos, convulsions.
Aliénation, troubles des sens.	Nausées, vomissements.
Excitation génitale.	Pouls irrégulier, asthénie.
Crampes et raideurs musculaires.	Anesthésie.
Nausées et vomissements.	
Convulsions épileptiformes.	Troubles de la motilité.
Toux et oppression.	Paralysie du cerveau.
Faiblesse musculaire générale.	Coma.
Anesthésie généralisée.	Affaiblissement de l'organisme.
Paraplégie. Affaiblissement de l'intellect.	Dilatation des pupilles et anesthésie de la cornée.
Lypémanie, amnésie, cachexie.	Sang noir par formation de Fe^2S.
Frigidité, impuissances.	
Troubles des sens (ouïe, vue).	
Peau terreuse, noire.	

Il est très évident qu'une étroite analogie rapproche les symptômes relevant de l'empoisonnement chronique par S^2C de ceux par H^2C. Nous pensons néanmoins que conclure de cette identité clinique à l'identité pathogénique est un peu prématuré. Le S^2C et l'H^2S appartenant tous deux à la classe des poisons stupéfiants du système nerveux, il n'y a rien de très étonnant que leur réaction morbide soit identique. D'ailleurs rien ne nous paraît autoriser M. Sappellier à dire que le sulfure du commerce employé dans l'industrie du caoutchouc renferme de l'H^2S. Les *Traités classiques de chimie*, le *Dictionnaire de Wurtz* et l'*Encyclopédie chimique* de Pelouze et Fremy (articles Soufre et Carbone), ne font nulle part mention de cette formation d'hydrogène sulfuré dans le sulfure de carbone qui, à l'état brut, renferme, il est vrai, des produits sulfurés qui lui donnent son odeur fétide, mais il est rarement livré à l'industrie avec toutes ses impuretés ; on le débarrasse habituellement en le faisant digérer un certain nombre d'heures au contact avec son poids de sublimé corrosif (Wurtz) ou avec de la litharge qui fixent les produits sulfurés.

Quant à nous, nous sommes assez enclin à admettre le processus suivant dans la genèse de ces accidents nerveux. Tout d'abord altération qualitative de la masse sanguine, portant très probablement sur les hématies et secondairement troubles circulatoires, par spasme réflexe, des centres nerveux et en particulier du cerveau, amenant des phénomènes purement irritatifs du côté des éléments nobles (cellules et fibres nerveuses).

Le *pronostic* de ces troubles nerveux est bénin si les malades sont soustraits à temps à l'action toxique du S^2C. La guérison a été observée dans la majorité des cas. Il n'a pas été, que nous sachions, signalé des cas de morts à la suite de l'intoxication chronique.

La *thérapeutique* à employer en pareil cas est des plus simples. On soustraira le plus rapidement possible les malades aux émanations sulfo-carbonées, on les engagera à chercher une autre profession. Très souvent le seul changement de métier suffira pour amener la disparition totale et définitive des accidents nerveux. Dans le cas où les symptômes nerveux auraient déjà fait leur apparition, avec la gravité que nous avons signalée plus haut, en plus du traitement prophylactique, on s'adressera avec grandes chances de succès aux modificateurs du système nerveux (douches, bromures, électricité) et aux différents toniques usités, entre autres à la noix de Kola.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Aphasie (Gunshot wound of the brain causing a form of aphasia in which the loss of nouns was the striking feature), par Laplace (*The Journal of nervous and mental Disease*, mars 1893, n° 3, p. 191). — La malade dont il est question présente des troubles singuliers à la suite d'une plaie par arme à feu de la région inter-oculaire. Elle était intelligente, comprenait ce qu'on lui disait, reconnaissait les objets, répondait enfin correctement, mais n'employait dans la conversation aucun nom de personne ou d'objet. Elle s'appelle Lizzie, et, si on lui demande si son nom est Katie, elle répond « non », mais ne peut dire elle-même son nom, qu'elle reconnaît cepen-

dant si on le prononce devant elle. Elle prétend que des douleurs très vives qu'elle accuse dans la région occipitale sont en rapport avec la présence de la balle. Aussi se décida-t-on, sur sa prière, à la trépaner à ce niveau. L'exploration fut négative.

Névrites par compression (Two severe cases of pressure neuritis), par Krauss (*The Journal of nervous and mental Disease*, mars 1893, n° 3, p. 185). — Dans une des deux observations il s'agit de la compression double du plexus cervico-brachial par un goître ; les symptômes furent caractérisés par une paraplégie cervicale double avec atrophie musculaire de la main et de l'avant-bras, plus marquée à droite qu'à gauche, troubles de la sensibilité et troubles trophiques, s'accompagnant de paraplégie spasmodique, troubles qui disparurent à la suite de la résection partielle de la tumeur. Le deuxième cas concerne un ostéo-sarcome du sacrum secondaire à un sarcome du testicule, qui produisit une paraplégie douloureuse avec pyurie, à laquelle le malade succomba.

Excitations simultanées du sens du toucher (An experimental study of simultaneous stimulations of the sense of touch), par W. O. Krohn (*The Journal of Nervous and mental Disease*, mars 1893, n° 3, p. 169). — Les expériences extrêmement nombreuses et variées de l'auteur ont été faites avec un appareil ayant pour effet de produire simultanément des sensations de contact sur diverses parties du corps. Les mêmes séries de 7 à 8 contacts simultanés étaient exécutées plusieurs fois sur divers sujets. Divers résultats intéressants ressortent de ces expériences. Elles démontrent en premier lieu que la sensibilité est inégalement répartie sur les divers territoires cutanés : la peau des jointures, celle qui n'est pas couverte de poils, celle qui est à l'ordinaire exposée à l'air est moins sensible. De plus, les erreurs de localisation rentrent dans des catégories bien distinctes, la sensation est éprouvée soit plus en dehors (par rapport à la ligne médiane), soit plus haut ou plus bas que la partie qui a été touchée. Enfin, l'attention et l'éducation jouent un rôle considérable dans la faculté de localisation.

Electrisation galvanique de la tête, par Dève (*Union médicale du Nord-Est*, février 1893, n° 2, p. 37). — L'auteur s'est proposé de rechercher si dans l'électrisation galvanique de la tête le courant passe à la surface du cerveau ou dans sa profondeur. Il a expérimenté de la façon suivante : on place deux électrodes aux extrémités bi-pariétales de la tête d'un animal qui vient d'être sacrifié et on fait passer un courant de 60 milliampères, puis on recherche les déviations galvanométriques produites en différents points sur deux autres éléctrodes où se localise un courant dérivé. Il résulte de ces expériences que le courant passe à la fois par les téguments et par l'encéphale, qu'il est plus intense dans les téguments, mais qu'il se propage à travers toute la masse encéphalique, plus intensément par la substance grise que par la blanche.

Syphilis de la moelle et de la protubérance (Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarcks und der Brücke), par H. Hoppe. (*Berl. klin. Woch.*, 6 mars 1893, n° 10, p. 233). — Les deux cas ont été observés cliniquement, l'un par Oppenheim, l'autre par Ewald. Dans le premier cas, il s'agit d'une myélite diffuse syphilitique avec sclérose combinée ; pendant la vie, le phénomène principal avait été une paraplégie flasque avec décubitus aigu, auquel avait succombé le malade. Dans la moelle on trouve : à la région lombaire inférieure et supérieure de la dégénération des faisceaux pyramidaux, au niveau de la 10e vertèbre dorsale de la dégénération des cordons de Goll et de la partie antérieure des faisceaux de Burdach avec lésions des colonnes de Clarke, ainsi que la dégénération des faisceaux pyramidaux. Au niveau de la 9e vertèbre dorsale, on trouve un foyer de ramollissement de la corne antérieure droite, de la dégénération des colonnes de Clarke, des faisceaux de Goll, de Burdach, et des faisceaux pyramidaux. Plus haut, la lésion devient difficile à apprécier, car on a affaire à un ramollissement diffus. Enfin, à la région cervicale supérieure, au-dessus du foyer de myélite, on retrouve l'aspect de sclérose combinée systématisée aux faisceaux pyramidaux de Burdach et de Goll. En somme, il existe une double lésion systématique combinée, et de myélite aiguë en foyer; celle-là ancienne, celle-ci récente. Les altérations des vaisseaux étaient considérables, et elles paraissent avoir présidé à la distribution des lésions. L'auteur a rassemblé 30 cas de sclérose combinée dans la littérature, sur lesquels on ne trouve que cinq fois la syphilis. Le second cas a trait à une paralysie bulbaire aiguë par ramollissement aigu dépendant d'une artérite syphilitique gommeuse de l'artère basilaire.

MÉDECINE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les grandes altitudes (Some considerations on the selection of cases of pulmonary tuberculosis suited to the high-altitude treatment), par H. B. Moore (*Medical Record*, 18 mars 1893, p. 331). — L'auteur distingue, au point de vue de la cure des tuberculeux par le séjour dans les montagnes, trois degrés d'altitudes : 1° basse (Floride, Géorgie, quelques régions du sud de la France) ; — 2° moyenne (de 1,500 à 2,000 pieds); — 3° plateaux élevés (Colorado, 5,000 pieds). Chaque localité répond à des indications spéciales; mais les malades tout à fait au début tirent les plus grands avantages des altitudes élevées : il n'y aurait de contre-indication que dans une affection valvulaire du cœur. Il est bon d'interrompre le voyage par deux ou trois arrêts, afin d'habituer le malade aux changements de pression.

Au contraire, les cas avancés, les cavitaires supportent fort mal ces régions et s'y aggravent rapidement : les altitudes basses et moyennes leur conviennent.

Diphthérie et pseudo-diphthérie (Diphtheria and other pseudo-membranous inflammations. A clinical and bacteriological study), par W. H. Park (*Medical Record*, 11 février 1893, p. 161). — Cette étude, qui porte sur 159 cas de diphthérie, vient à l'appui de la grande division généralement adoptée aujourd'hui en diphthérie vraie et inflammations pseudo-membraneuses non diphthériques. La mortalité, de 46 0/0 dans le premier cas, a été de 5 0/0 dans le second. L'auteur insiste sur ce fait que le diagnostic est impossible sans culture de la fausse membrane : l'examen microscopique de celle-ci est souvent insuffisant, les bacilles de Lœffler y sont moins typiques que dans la culture. D'autre part, il faut savoir que ceux-ci disparaissent après le cinquième jour : il faut donc ensemencer le plus tôt possible. Cliniquement la diphthérie vraie peut envahir le pharynx et les amygdales, ou seulement le larynx et les bronches; elle peut rester limitée au nez. Fait important, elle n'est pas toujours caractérisée par des fausses membranes épaisses; mais elle peut donner lieu à une simple angine érythémateuse. La pseudo-diphthérie donne lieu à l'amygdalite croupale, l'angine, la laryngite pseudo-membraneuse.

Deux cas rares de méningite tuberculeuse (Zwei seltenere Fælle von Meningitis tuberculosa), par C. Mertz (*Deutsch. med. Woch.*, 2 mars 1893, p. 206). — Sur sept cas de méningo-encéphalite tuberculeuse observés pendant les trois premiers mois de 1890 chez des enfants, l'auteur en rapporte deux qui ont présenté des particularités tout à fait anormales. Dans le premier, la maladie, après une courte période de céphalées et de vomissements, évolua en trois semaines et demie avec les allures de la méningite cérébro-spinale simple ; les symptômes spinaux revêtirent une grande intensité (rigidité, douleur du rachis, exagération des réflexes, etc.). Une éruption exanthématique apparue sur la poitrine, le visage, l'abdomen, pouvait faire penser à la méningite cérébro-spinale épidémique. En tout cas, pareille complication n'a pas encore été signalée dans la méningite tuberculeuse. L'autopsie montra que c'était bien de cette dernière qu'il s'agissait : les méninges spinales étaient très intéressées et on put y colorer des bacilles de la tuberculose. Dans le second cas, le début surtout fut anormal : de violentes convulsions se produisirent sans prodromes dans le membre supérieur gauche, tous les muscles du visage et dans le diaphragme; la respiration atteignit 120-130 par minute. Au bout de quelques heures, ces phénomènes d'excitation disparurent pour ne plus se reproduire jusqu'à la mort, et les symptômes dominants furent la somnolence et les vomissements. Là également, le diagnostic de tuberculose méningée fut confirmé par l'autopsie.

Scarlatine des adultes (Scharlach bei Erwachsenen)·

par Gimmel (*Deut. Arch. für klin. Med.*, 1892, Bd LI, Hft 1). — De l'examen analytique de 1818 cas de scarlatine, l'auteur tire les conclusions suivantes : La prédisposition à la maladie est un peu moindre chez les adultes que chez les enfants. Elle augmente chez les premiers lorsqu'un long temps s'est passé sans qu'il existe d'épidémie. Lorsqu'une épidémie s'est développée, plus elle prend d'importance absolue, plus les adultes y payent un important tribut. Il est assez remarquable que la scarlatine évolue d'une façon généralement plus simple chez les adultes que chez les enfants. Par exemple, la néphrite est plus commune dans le jeune âge et plus sévère. A vrai dire, le contraire a lieu pour le rhumatisme scarlatineux, qui atteint beaucoup plus souvent les adultes. La scarlatine développée à la suite d'un traumatisme est observée exclusivement chez des adultes.

CHIRURGIE

Perforation du crâne et ponction exploratrice du cerveau (Zur Schædelperforation mit nachfolgender diagnostischer Gehirnpunction), par Schmidt (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 586). — Un matelot atteint d'otorrhée fait une chute sur la tête et est apporté à l'hôpital sans connaissance avec une plaie du cuir chevelu de la région pariétale gauche qui est pansée séance tenante. Le lendemain, état typhique très prononcé avec fièvre de 38°8. On fait la trépanation de l'apophyse mastoïde, mais on ne trouve pas de pus. On perfore alors le crâne à un travers de pouce au-dessus de l'attache du pavillon de l'oreille et par l'orifice on fait à plusieurs reprises la ponction exploratrice du cerveau avec une aiguille très fine. Pas de pus. Le malade est pourtant très amélioré par cette intervention, mais trois jours après il est pris de convulsions généralisées rappelant une attaque d'épilepsie subintrante et meurt en quelques heures. A l'autopsie on trouve une fracture du crâne partant du pariétal et arrivant jusqu'au trou occipital, de la contusion cérébrale, sans suppuration. L'endroit où furent faites les ponctions exploratrices était à peine reconnaissable.

L'auteur part de cette observation pour soutenir l'innocuité de la ponction exploratrice du cerveau après trépanation et donne la description (avec figures) des instruments dont on peut se servir pour cette opération.

Laparotomie pour adhérences péritonéales (Wiederholte Laparotomie zur Beseitigung von Magenbeschwerden in Folge von Netzverwachsung), par Jahreiss (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 10, p. 192). — Il s'agit d'une femme de 24 ans qui, quelques semaines après la laparotomie suivie d'extirpation des annexes (pyosalpinx double), fut prise de dysurie, puis de troubles gastro-intestinaux (perte d'appétit, vomissements, douleurs abdominales, etc.) qui ont sensiblement conduit la malade à la morphinomanie.

Attribuant tous ces phénomènes à la formation des adhérences après la laparotomie *antiseptique*, l'auteur rouvrit le ventre sur la limite de l'ancienne cicatrice et détruisit les adhérences très lâches dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen. Guérison radicale.

Rétrécissements de l'œsophage (Ueber die retrograde Dilatation der Œsophagusstricturen), par Krieger (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 12, p. 226). — Dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage chez un homme de 52 ans, l'auteur fit la gastrostomie et, quelques jours après, le cathétérisme dilatateur du rétrécissement par la fistule stomacale. Avec des sondes de plus en plus volumineuses, on parvint à dilater suffisamment le rétrécissement, de sorte que le malade a pu recommencer de se nourrir par la bouche. Mort au bout de quelque temps.

Le cathétérisme rétrograde de l'œsophage a été fait en tout douze fois : neuf fois pour des rétrécissements cicatriciels, deux fois pour des rétrécissements cancéreux. Les résultats furent, bien entendu, meilleurs dans les premiers que dans les seconds, mais des observations résumées que l'auteur rapporte, on ne voit pas si cette opération a eu des effets durables, même dans les rétrécissement cicatriciels.

BIBLIOGRAPHIE

L'épidémie de choléra à Hambourg (Die Cholera-Epidemie in Hamburg 1892), par le professeur Hueppe de Prague et Else Hueppe (A. Hirschwald, Berlin, 1893).

Il appartenait au professeur Hueppe de présenter au monde médical l'histoire de l'épidémie de choléra qui a dépeuplé l'année dernière la ville de Hambourg, d'en pénétrer les causes et de chercher à dégager de cette terrible leçon les grandes indications de cette « police de la nature » que les administrations mettent tant de négligence et de mal à propos à organiser. Cette brochure, qui est une synthèse de toutes les publications de l'auteur parues dans la *Berliner klinische Wochenschrift* de 1892, ne peut manquer d'intéresser vivement tous ceux que préoccupent les grandes questions d'hygiène sociale.

Le choléra est-il miasmatique ou contagieux ? Sont-ce les quarantaines qui ont préservé le reste de l'Allemagne, ou bien les différences de conditions telluriques ou climatériques ? La désinfection a-t-elle été utile ? Examinant successivement toutes ces questions, l'auteur y répond avec des arguments pleins de logique. Non, le choléra n'est pas contagieux. Les faits le démontrent ; et la meilleure preuve qu'on puisse en donner, dit-il ironiquement, est l'efficacité de la désinfection telle qu'elle a été pratiquée à Hambourg. Il s'élève contre les énormes dépenses d'argent et de matériel employées à la désinfection. L'explosion de l'épidémie à Hambourg trouve son explication dans des conditions défectueuses de l'hygiène locale. C'est l'eau du port de Hambourg et ce sont les conduites d'eau de la ville qui ont été les foyers de culture et de propagation du miasme cholérique. L'établissement d'un filtre central aurait sans doute évité tant de malheurs.

A ces considérations sur la dissémination et le mode de propagation du choléra ne se bornent pas les recherches de l'auteur. L'agent infectieux a été de sa part l'objet d'études poursuivies depuis plusieurs années, au cours desquelles il a été conduit à conclure que les bacilles, dans les conditions où ils vivent dans l'intestin, élaborent un poison d'une grande activité, analogue aux peptones par ses réactions. C'est à l'absorption de ce poison qu'il faut rapporter les principaux symptômes de la maladie : la déshydratation de l'organisme n'aurait qu'une importance secondaire, d'après lui. Le fait qui domine toute l'histoire épidémiologique du choléra est, d'une part, le *saprophytisme* facultatif du comma-bacille, sa faculté de vivre et de se développer en dehors des corps vivants ; et d'autre part son *parasitisme* accidentel, pendant lequel il se montre un des microbes pathogènes les plus meurtriers pour l'homme.

Nous connaissons encore très mal les conditions dans lesquelles sa virulence s'exalte ; mais ce que nous savons, c'est que la résistance du bacille saprophyte aux causes de destruction qu'il rencontre dans l'organisme est très considérable ; tandis que ce même bacille, lorsqu'il a passé par le corps humain, affaibli sans doute par la phase anaérobie qu'il a traversée dans l'intestin, est d'une résistance très faible, et partant incapable de reproduire une infection immédiate. Aussi comprend-on que la contagion soit un mode de propagation tout à fait exceptionnel ; et la bactériologie s'accorde avec l'observation des faits pour déclarer que le choléra asiatique est une maladie infectieuse *miasmatique* et *non contagieuse*.

Une thérapeutique rationnelle du choléra doit s'inspirer de ces deux principes fondamentaux. Les bacilles végètent dans l'intestin : chercher à les y détruire. — Ils y secrètent leur poison : annihiler les effets de celui-ci. Il convient, dans l'espèce, de faire une large part à la médication symptomatique, qui soulage si grandement les malades. L'auteur recommande les grands bains chauds contre l'algidité. Les lavements chauds au tannin, préconisés par Cantani, peuvent rendre des services, bien qu'en réalité leur action directe sur l'élément infectieux ne soit pas aussi importante que cet auteur l'avait supposé. Enfin Hueppe reconnait la valeur des injections intra-veineuses.

A quels antiseptiques devrons-nous avoir recours pour atteindre directement l'agent pathogène dans l'intestin ? L'auteur s'élève contre la médication acide en vertu du grand principe : *primum non nocere*. En dépit de toute considération

théorique, elle contribue à détériorer la muqueuse intestinale, déjà gravement lésée par les bacilles qui y pénètrent, et cela sans profit notable. Parmi les antiseptiques, il a expérimenté tout particulièrement le salol et ses analogues (chloro-phénol, bromo-phénol, etc.). Sa préférence est accordée au tribromo-phénol, qui a d'autre part le grand avantage d'être très peu toxique. Le calomel vient ensuite.

Mme Hueppe, dans un chapitre qui forme un heureux complément du mémoire, indique les mesures hygiéniques personnelles à prendre en temps de choléra, les soins particuliers à donner aux malades: conseils d'autant plus précieux qu'ils sont le fruit d'une expérience courageusement acquise au foyer même de l'épidémie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

L'Épidémie de choléra de 1892 (en Belgique), par E. Beco (In-8°. Hayez, Bruxelles).

L'auteur résume l'histoire de la récente épidémie et conclut à l'importation parisienne et havraise. Il estime que la véritable prophylaxie ne pourra être assurée que du jour où. par le fait d'une entente internationale, la déclaration pourra être faite dès le début, et où l'application des mesures de désinfection sera substituée à des prohibitions uniformes et aveugles qui lèsent tant d'intérêts sans profit pour l'hygiène publique.

Deux affaires d'empoisonnement présumé, par Jeanjean et Jaumes (In-8°. Broch., Montpellier, 1892).

Dans deux expertises malencontreusement fort retardées, on trouvait dans le tube digestif de l'acide chlorhydrique libre dans un cas, et de l'acide phosphorique dans l'autre. A cause de la date tardive des recherches, une solution précise n'a pu être donnée sur la provenance toxique ou cardiaque de ces corps. Les auteurs s'appuient sur ces impossibilités pour insister sur la nécessité des expertises précoces, orientées suivant une direction précise.

Thèses de Paris.

Contribution a l'étude des tumeurs cérébrales (symptomatologie, diagnostic, traitement), par Auguste Peytavy.

Le diagnostic des tumeurs du cerveau se fait à l'aide des signes généraux et des signes de localisation. Le diagnostic de la localisation cérébrale est toujours difficile et souvent erroné, à cause de l'existence fréquente des faux signes de localisation.

L'intervention chirurgicale donne ordinairement des résultats médiocres : à cause de la difficulté de la localisation; à cause des récidives; à cause des accidents qui accompagnent l'ablation des tumeurs étendues; à cause des paralysies persistantes souvent consécutives; à cause de l'impossibilité d'enlever entièrement des tumeurs infiltrées; à cause de l'existence fréquente de tumeurs multiples; enfin, parce que certaines parties du cerveau sont inaccessibles, ou ne sauraient être atteintes sans danger pour la vie du malade. Cependant, la trépanation étant une opération inoffensive, devra être tentée afin de permettre l'ablation des tumeurs de la dure-mère ou de la pie-mère ne poussant pas de prolongements dans le cerveau. La trépanation pourra rendre service, alors même qu'elle n'est pas suivie d'ablation, soit, en décomprimant la cavité intra-crânienne; soit, en agissant comme révulsif énergique, en particulier, quand il existe des accès épileptiques subintrants mettant en danger la vie du malade. Le plus souvent, il faudra se résigner à user des moyens médicaux, c'est-à-dire traiter l'état général du malade (syphilis ou tuberculose) et parer aux différents symptômes par une thérapeutique appropriée.

Du rétrécissement dit syphilitique du rectum, par Henri Carré.

Le rétrécissement dit syphilitique, observé presque toujours dans le sexe féminin, résulte d'une phlegmasie aiguë ou chronique des parois rectales, reconnaissant des causes variées : syphilis, pédérastie, blennorrhagie. Il siège généralement à la partie inférieure du rectum; cependant, dans quelques cas, on a vu les lésions qui l'accompagnent remonter très haut dans l'intestin. En général, il est unique. Il s'accompagne d'ulcération, mais surtout d'une rectite à caractères spéciaux; apparence cannelée de la muqueuse sous-jacente. Sa forme est caractéristique : il est conique, à base inférieure. Sa marche est progressive, la tuberculose pulmonaire est une terminaison fréquente. Le diagnostic est, en général, assez facile. Le traitement médical est absolument impuissant. La dilatation simple est une méthode inefficace; la dilatation forcée, tout en étant plus brutale, est tout aussi inefficace et plus dangereuse.

La rectotomie interne doit être absolument abandonnée. La rectotomie externe est une opération, bonne en elle-même, qui soulage et améliore beaucoup les malades, mais les guérit rarement. La colotomie ne guérit pas le rétrécissement. L'extirpation de la partie inférieure du rectum rétréci est, toutes les fois qu'elle est possible, la méthode de choix; elle assure la guérison des malades.

VARIÉTÉS

Nous recevons des internes en médecine de l'Hôtel-Dieu la protestation suivante :

Paris, le 19 avril 1893.

Monsieur le Directeur,

Nous tenons à faire connaître au public médical la façon dont se comporte le Conseil de surveillance de l'Assistance publique vis-à-vis des élèves des hôpitaux. Le fait suivant montrera comment ce Conseil comprend ses devoirs et abuse de ses droits.

Un de nos camarades, externe du service de M. Bucquoy, contracta le typhus en soignant les malades de son service. Dès le début de la maladie, il avait été isolé, dans une chambre spéciale, avec un personnel à lui seul affecté. Huit jours après, sur un ordre de l'Administration centrale, sans même prévenir le docteur Bucquoy, ou, à son défaut, l'interne du service, au risque de hâter un dénouement fatal, on a eu la cruauté de transporter ce malheureux, victime de son devoir, dans un état des plus alarmants, à l'annexe de l'Hôtel-Dieu, au milieu des personnes qui l'avaient contagionné. Voici les faits tels qu'ils se sont passés, nous serons aussi brefs que possible de commentaires.

Il est d'abord un premier point qui nous semble inadmissible et contre lequel nous protestons avec indignation: c'est l'assimilation de Lallemand aux vulgaires coquins qui peuplent le Dépôt et qui forment, en ce moment, la presque totalité des individus atteints de typhus. Il est déjà assez pénible de tomber malade, seul, loin des siens, privé des mille petits soins qui vous font prendre en patience les maux que l'on endure; aussi cherchions-nous, à l'hôpital, à lui masquer ce vide, à lui donner les soins les plus dévoués, tout en prenant les mesures d'hygiène prophylactique nécessaires en la circonstance. On nous objectera, sans doute, que c'est en vue de l'intérêt général que l'on a pris la décision. Nous ferons remarquer que l'isolement était aussi parfait qu'il pouvait l'être, et qu'en tout cas, ce n'était pas une raison pour jeter brutalement notre pauvre ami dans une salle commune et l'assimiler, en un mot, à ce ramassis de gens sans aveu qui peuplent actuellement la salle.

Voyons maintenant comment s'est fait cet isolement.

La maladie était déclarée et nettement diagnostiquée depuis huit jours et l'administration avertie. A cette époque, le transport du malade était possible et nullement dangereux. Le Conseil de surveillance n'a pris aucune mesure à ce moment. Ce n'est que huit jours après qu'est venu l'ordre d'isoler à l'Hôtel-Dieu annexe tous les malades atteint de typhus, y compris l'interne Lallemand. Inutile de dire que le Conseil de surveillance n'a nullement demandé l'avis du chef de service au sujet de l'*utilité* de ce transport; elle ne lui a pas même demandé s'il était possible et non dangereux. C'est ainsi qu'on est venu à l'insu de tout le monde enlever notre ami, en proie à ce moment à un délire ataxo-adynamique des plus accentués et présentant une température d'environ 40 degrés. L'interne du service, M. Touchard, arrive par hasard au moment où le malade était déjà sur le brancard. Malgré ses remontrances et ses supplications, le malade fut emporté. On obéissait, a-t-on dit, à un ordre supérieur.

Sur qui repose la responsabilité de cet acte barbare? Nous ne voulons accuser personne, mais nous ferons remarquer que la veille de la décision du Conseil de surveillance, Lallemand a reçu la visite d'un des membres de ce Conseil, M. Dubrisay.

Très probablement, ce médecin se sera illusionné sur l'état de notre malade, il n'aura pas regardé la feuille de température qui était au pied du lit et qui portait 40 degrés, il n'aura pas remarqué l'état ataxo-adyamique, sans quoi, loin de proposer un transport dans de telles conditions, il s'y serait opposé de toutes ses forces.

Notre ami est mort quelques jours après. L'aurions-nous sauvé, si nous l'avions gardé avec nous? Nous n'osons le croire. Nous laissons au public médical le soin d'apprécier la part de responsabilité qu'a encourue l'Administration dans cette mort.

Les internes en médecine de l'Hôtel-Dieu.

Le corps médical sera unanime à approuver cette protestation si modérée. Il n'est pas douteux, et nos renseignements particuliers le confirment d'autre part, que l'Administration de l'Assistance publique a, dans ces pénibles circonstances, témoigné d'un manque d'égards et d'une brutalité singulièrement malhabiles. Il faut qu'une répression énergique et rapide punisse les coupables quels qu'ils soient. Nous comptons que le Conseil Municipal et M. le Préfet de la Seine, qui se sont empressés de s'associer au deuil du corps médical, en faisant faire les obsèques de Lallemand aux frais de la Ville, ne failliront pas à ce devoir.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 28 avril 1893.

Déclaration et isolement des maladies contagieuses. Nécessité d'une réforme hospitalière.

Nous ne voulons point revenir sur les douloureuses circonstances qui ont rendu plus lamentable sinon déterminé la mort d'un externe des hôpitaux, victime de son devoir professionnel. Mais nous voudrions déduire de ce fait si regrettable à tous égards quelques conclusions que nous soumettons à l'attention de M. le directeur de l'Assistance publique.

Dans quelques mois va être rendue exécutoire la loi sur l'exercice de la médecine. Tous les médecins seront tenus de faire connaître les maladies transmissibles qu'ils auront observées. Immédiatement prévenue, l'Administration pourra intervenir pour isoler le malade et protéger contre la contagion ceux qui l'entourent. L'exemple de ce qui vient de se passer à l'Hôtel-Dieu nous autorise à demander si l'Administration aura le droit de saisir à domicile un malade isolé dans une chambre convenable et de le faire porter d'urgence à l'hôpital sous prétexte que son isolement n'est point assez rigoureux. S'il en est ainsi, nous craignons bien que la plupart des médecins hésiteront avant de faire la déclaration prescrite par la loi. Ils ne s'exposeront pas à tuer leurs clients en autorisant leur évacuation dans la salle commune d'un hôpital encombré de typhiques, de varioleux ou de cholériques. Ils préféreront remplir, comme par le passé, le devoir humanitaire que leur impose la confiance qu'on a mise en eux et assurer, comme ils le pourront, mais sans l'ingérence d'une administration, si mal organisée au point de vue hospitalier, la protection de la santé publique.

Il est inadmissible, en effet, que, sous prétexte d'égalité, on place tous les malades atteints d'une maladie transmissible, dans la salle commune d'un hôpital. Nous n'avons pas à insister sur les inconvénients de tout genre que présenterait une semblable mesure. Il nous suffira de prouver qu'elle a été appliquée déjà et qu'elle pourra l'être encore si l'on agit pour les malades de la ville comme on l'a fait pour le regretté Lallemand.

Il y a treize ans (26 mai 1880), je saisissais la *Société de médecine publique* de la question de l'isolement des varioleux. Un de mes clients, de passage à Paris, descendu dans un hôtel meublé des Champs-Elysées, était atteint de variole. Le propriétaire de cet hôtel lui ayant signifié d'avoir à quitter son domicile, et ayant obtenu l'assentiment et l'appui du commissaire de police, il fut impossible aux amis du malade et à son médecin de trouver dans Paris une maison de santé, religieuse ou laïque, privée ou ressortissant de l'Assistance publique, qui consentît à recevoir un varioleux. Après une journée de démarches et de sollicitations infructueuses, le malade fut tiré de son lit, enveloppé de couvertures, placé dans un landau et conduit à l'hôpital Saint-Antoine, où il est mort deux jours plus tard dans la salle commune destinée aux varioleux de toute provenance.

N'est-il pas à déplorer, disais-je alors, que dans une ville exposée à recevoir tant d'étrangers appartenant à toutes les conditions sociales, il n'existe pas un seul établissement où l'on puisse se faire *isoler* et soigner à ses frais sans être exposé aux angoisses morales et aux inconvénients physiques qu'a dû subir le malheureux dont je viens de conter l'histoire? A ce propos, M. le Dr Bourneville m'envoya le rapport présenté par lui quelques jours auparavant au Conseil municipal, rapport dans lequel il concluait à l'agrandissement de la Maison municipale de santé et à la création d'un pavillon d'isolement pour les varioleux. Tout en rendant justice aux idées défendues par notre confrère, je faisais remarquer (*Gaz. hebd.*, 1880, p. 379) qu'il faudrait du temps et de l'argent pour réaliser le progrès qu'il avait en vue et je demandai instamment qu'à Paris, comme à Londres, on se préoccupât de la question si bien résolue par la société qui s'intitule : *The home hospitals Association for paying patients*. Nous attendons encore que satisfaction soit donnée à ces vœux.

Aujourd'hui il n'est plus temps d'attendre. Si l'Administration de l'Assistance publique, qui a multiplié, pour le plus grand bien de la chirurgie hospitalière, les services spéciaux et les pavillons d'isolement, ne se décide pas à créer dans quelques hôpitaux des salles payantes

destinées aux malades atteints d'affection contagieuses, et si, d'autre part, on exige le transport à l'hôpital des malades qui ne paraîtraient pouvoir être suffisamment isolés chez eux, la plupart des médecins, nous en avons l'intime conviction, se refuseront à indiquer leur diagnostic dans les cas où ils seront assurés que leur silence ne sera nuisible à personne. Pour que la loi nouvelle soit exécutoire, il importe donc qu'une réforme hospitalière s'accomplisse. Est-ce trop demander à l'Administration que de la préparer dès aujourd'hui? Et peut-on sérieusement soutenir qu'il serait difficile d'installer dans un certain nombre d'hôpitaux et, en particulier, à la maison Dubois des salles payantes ou des pavillons isolés destinés aux malades atteints d'affections contagieuses?

L. Lereboullet.

OBSTÉTRIQUE

L'accouchement dans les bassins viciés

Devant la Société obstétricale de France.

Il y a un an à peine, lorsqu'on se trouvait en présence d'un bassin vicié où il était évident, de par les mensurations, que l'accouchement ne pourrait se terminer spontanément à terme, on avait trois modes d'action que, d'ailleurs, on pouvait combiner de diverses façons : l'accouchement provoqué, le forceps au détroit supérieur, la version. En France tout au moins, on ne sortait pas de là. C'est dans ces conditions, qu'après avoir étudié la pratique de l'Ecole napolitaine, MM. Pinard, Farabeuf et Varnier ont réhabilité chez nous la symphyséotomie; c'était la suite naturelle des recherches par lesquelles ils s'efforcent, depuis bien des années déjà, de faire entrer dans le domaine des sciences exactes, d'ordre mécanique et géométrique, l'obstétrique trop souvent encore abandonnée au simple raisonnement d'ordre clinique. Et ils se sont arrêtés à la conclusion que, combinée souvent au forceps, parfois à l'accouchement prématuré, la symphyséotomie convenait à peu près à tous les cas de dystocie par bassin vicié symétrique. Certes, l'assaut est rude pour les partisans des méthodes jusqu'à ce jour classiques et l'on conçoit que devant la Société obstétricale de France, il y a quelques jours, la discussion ait été chaude. C'est ce débat que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs, avec un luxe de détails qu'on nous pardonnera sans doute, car il s'agit d'une question qui intéresse au plus haut chef le praticien. En effet, MM. Farabeuf, Pinard, Varnier déclarent, au nom de l'anatomie et de la clinique, que la symphyséotomie doit devenir une opération d'urgence, donnant, si elle est antiseptiquement conduite, une mortalité de 0 pour la mère, 0 pour le fœtus.

Et d'abord, que nous a dit M. Varnier dans sa communication sur l'application du forceps au détroit supérieur rétréci, en particulier dans ses rapports avec la symphyséotomie?

La renaissance de la symphyséotomie aura eu, entre autres résultats, celui de trancher en faveur du forceps le débat depuis si longtemps pendant entre les partisans de ce dernier et ceux de la version dans les bassins rétrécis.

Ce n'est pas à cette heure, où la combinaison opératoire *symphyséotomie-forceps*, qui pourtant n'en est encore qu'à ses débuts, donne sur 72 opérations bien réglées, 70 enfants vivants, et bien vivants; 2 morts, l'un le 3e jour, de la provocation trop prématurée de l'accouchement, l'autre le 17e jour, de pneumonie à pneumocoques, ce n'est pas à cette heure qu'il est utile d'insister longuement dans une réunion d'accoucheurs français, élevés dans la préférence du forceps, sur l'élimination définitive de la version du nombre des opérations *d'élection* dans les rétrécissements pelviens.

Que ce soit là un résultat heureux, cela ne paraît pas discutable et voici quelques chiffres qui ont leur éloquence.

La version dans les bassins rétrécis, dans ces mêmes bassins qui ont donné avec la combinaison *symphyséotomie-forceps* bien conduite et dans une année d'apprentissage (M. Varnier y insiste) les résultats que vous connaissez, la version a donné, entre les mains d'un de ses plus chauds défenseurs, de Léopold, qui doit savoir la bien faire puisqu'elle est son opération de choix, une mortalité fœtale *expurgée* de 36 0/0 pour la période 1883 à 1887 sur 70 cas, et de 31,6 0/0 pour la période 1888 à 1892 sur 143 cas.

La pratique de C. Braun, pour la période 1883 à 1887, se solde par près de 30 0/0 (exactement 29.3 0/0) sur 89 cas.

Ce qui fait (c'est la conclusion même de Léopold), pour Vienne et Dresde une mortalité fœtale expurgée de 32,1 0/0 sur 234 observations, c'est-à-dire une mortalité fœtale *expurgée* supérieure à celle de la combinaison symphyséotomie-forceps *non expurgée*, qui est exactement de 13 morts sur 83 cas.

Il est bien évident, dès lors, que pas un de nous n'ira faire courir demain, de propos délibéré, à un enfant présentant la tête au détroit supérieur rétréci ou pouvant l'y présenter, les risques d'une pareille opération, arrivée sans doute, depuis le temps qu'on la pratique, au minimum de danger qu'elle puisse comporter.

On ne saurait songer, d'autre part, à améliorer ces résultats par la section pubienne pratiquée au cours d'une version commencée et reconnue difficile ou impossible. Le temps de lever l'obstacle par la symphyséotomie, on arriverait trop tard. Tandis qu'au cours d'une extraction tentée par le forceps et reconnue impossible, la section pubienne surajoutée mènera au but, sans que le retard de 10 ou 15 minutes nécessaires pour la pratiquer puisse aggraver la situation du fœtus.

Ce parallèle fait ressortir l'importance que garde chez nous et que va prendre partout ailleurs tout ce qui touche à l'emploi du forceps au détroit supérieur rétréci. Or, l'école à laquelle appartient M. Varnier prétend continuer le procès, par elle commencé ailleurs (1), du forceps dans le traitement des viciations pelviennes. Cette conclusion pourra surprendre ceux qui se souviennent qu'il y a quelque temps encore, ces auteurs étaient parmi les plus entêtés défenseurs de ce mode d'intervention (2). C'est qu'aussi bien le point de vue a tout à coup changé. La renaissance de la symphyséotomie est en train de bouleverser de fond en comble la thérapeutique des viciations pelviennes.

L'opération césarienne conservatrice à indication relative a été abandonnée par Léopold; la basiotripsie sur l'enfant vivant par une partie de l'école française. La version donne ce que nous venons de dire. Seul le forceps tient bon, mais, nous l'espérons du moins, pour peu de temps encore, nous voulons dire comme acte opératoire isolé, car son union avec la symphyséotomie, s'il consent à céder le pas à celle-ci, lui assure au contraire la prépondérance sur tous ses rivaux d'antan.

(1) Farabeuf et Varnier. *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements.* Pages 452 à 456.
Farabeuf. *Ann. de gynécologie.* Décembre 1892, p. 407 à 414.

(2) G. Lepage. *De l'application du forceps au détroit supérieur* Th. Paris, 1888.

La question qui se pose à propos du forceps au détroit supérieur rétréci, est en effet celle-ci :

Doit-il continuer à précéder la symphyséotomie comme agent de démonstration de l'inutilité ou de la nécessité de cette dernière ? Doit-il, au contraire, lui céder d'emblée le pas et ne venir qu'après elle ?

Pour M. Varnier, c'est à ce dernier rôle qu'il doit se borner et c'est ce que nous allons nous efforcer de démontrer. Le forceps *dit de force* précédant la symphyséotomie est à repousser, et déjà plus d'un accoucheur se frappe la poitrine de ne l'avoir pas abandonné quelques mois plus tôt.

« L'enfant était bien conformé, disait l'un d'eux qui est acquis à la symphyséotomie; il devait vivre et s'il a succombé nous n'attribuons qu'une cause à sa mort, la violence même des tractions du forceps avant la symphyséotomie. Ainsi donc le désir trop accentué de montrer l'urgence absolue de la symphyséotomie par la mise en évidence de l'inefficacité du forceps, nous a malheureusement conduit à en compromettre les résultats.

» Ceci prouve, ajoute-t-il, que dans l'application préalable du forceps, on doit se borner à des tractions modérées et qu'il ne faut pas insister quand le degré du rétrécissement est connu.

» Si le résultat de notre opération n'a pas été aussi heureux et aussi complet que possible, la cause unique est dans cette tendance toute naturelle, quoique injustifiée parfois, dans cette crainte même qu'on éprouve de rompre trop brusquement avec les anciennes méthodes. »

Et d'un.

Est-il seul ? Non pas.

Dans une note qu'il a bien voulu adjoindre au résumé d'un cas également malheureux, l'un des doyens de l'école de France écrit :

« La mort de l'enfant est due évidemment à la première application de forceps (avant la symphyséotomie). Les bruits du cœur fœtal ont diminué de fréquence et d'intensité à partir de cette intervention, mais assez peu, au début, pour qu'on pensât à écarter la symphyséotomie. L'application de forceps préalable avait paru justifiée au début, étant donné l'âge de la grossesse; elle a fracturé les deux pariétaux. » Et de deux.

On pourrait en appeler d'autres en témoignage, car sur les 13 morts fœtales (et dont 2 déjà sont éliminées), 5 relèvent, sans discussion possible, de l'application préalable du forceps au détroit supérieur.

Mais on objectera que personne ne veut défendre l'application *dite de force* au détroit supérieur. Qu'est-ce donc qu'une *application de force* sinon une application quelconque de forceps au détroit supérieur rétréci ? C'est ici que porte tout le débat.

Certes, ce qu'on appelait naguère la violence est aujourd'hui condamné de tous, mais il n'y a pas longtemps une force de 30 kilogr. n'était considérée par personne comme de la violence, et pourtant c'en est. Pajot l'a senti et a dit pourquoi. Farabeuf l'a calculée et ses chiffres sont effrayants.

Or voici la preuve clinique de cette énorme force comprimante et brisante du forceps appliqué au détroit supérieur et tiré sans violence. Sa force comprimante était moindre que celle du céphalotribe et on était satisfait; on oubliait volontiers les morts pour ne se souvenir que des vivants et ce n'est pas sans quelque surprise que M. Pinard et ses élèves, en faisant leurs comptes, ont considéré leur passif.

De 1883 à 1889 à la Maternité de Lariboisière et de 1889 à 1893 à la clinique Baudelocque, dans le service de M. Pinard, sur un total de 17,000 accouchements, il a été fait 114 applications de forceps au détroit supérieur rétréci. Si dans ces 114 cas le forceps a été appliqué et maintenu jusqu'à l'extraction, c'est à coup sûr parce que l'on a cru qu'il pouvait aboutir sans violence; sinon on aurait fait la basiotripsie d'emblée ou secondairement.

Combien d'enfants morts sur ces 114 ? — 35.

Dépouillons cette statistique brute :

Cinq enfants étaient morts ou ne valaient guère mieux avant l'intervention; 2 sont morts plusieurs jours après de causes indépendantes de l'extraction. Restent donc 28 morts sur 107, c'est-à-dire, à Paris, entre des mains habituées à l'emploi du forceps, plus que n'a donné la combinaison symphyséotomie-forceps dans une année d'apprentissage (statistique non expurgée).

Sont-ce là tous les méfaits du forceps ? Non. Il y a les blessés : 6 avec enfoncement d'un frontal ou d'un pariétal. Il y a les enfants nés en état de mort apparente, qu'il a fallu de 15 à 40 minutes pour ranimer et qui ont survécu malgré l'accoucheur.

Ne retenant que les tués ou blessés, nous arrivons à 34 sur 107, et sans qu'on puisse parler de violence, car dans aucune de ces 114 observations, où le forceps a été appliqué dans des bassins de toutes dimensions pour extraire des enfants de toutes dimensions, on n'a noté de ces lésions qu'ont observées deux accoucheurs qui les attribuent, à tort d'ailleurs, à l'application directe, promonto-pubienne, antéro-postérieure, pourtant seule employée par M. Pinard et ses élèves.

De ces 114 femmes, 2 sont mortes (une en 1884, une en 1888), de septicémie, et à l'autopsie on n'a rien trouvé de comparable aux lésions ci-dessus rappelées. Chez aucune, *bien que la pression maxima soit toujours rétro-pubienne*, il n'y a eu de fistules soit vésico-utérines, soit vésico-vaginales, ce qui suffit à démontrer d'une part que les tractions ont été modérées, d'autre part qu'en les maintenant dans ces limites, que M. Pinard n'a jamais conseillé de dépasser, l'application régulière au détroit supérieur rétréci est sans danger pour la mère.

Aussi bien, si l'on abandonne le forceps sans symphyséotomie, c'est, non pas pour la mère, mais pour l'enfant.

Or, à cet égard, l'examen attentif des faits prouve que :

1° Pour préjuger si l'application de forceps que nous tentons, qu'elle réussisse ou non, va ou non compromettre la vie de l'enfant, nous ne pouvons nous appuyer fermement : ni sur l'intensité ni sur la durée des tractions; ni sur le degré de rétrécissement; ni sur ce que nous pouvons savoir du volume du fœtus.

Nous ne savons jamais ce que fera le forceps; nous ne sommes pas maîtres d'en limiter l'action malfaisante. Nous tirons un numéro à la loterie. C'est de l'obstétrique empirique; ce n'est pas de l'obstétrique positive.

L'expérimentation nous apprend d'ailleurs qu'au détroit supérieur nous ne pouvons demander au forceps, dans un bassin rétréci non ouvert, autre chose que cette force réductrice qui le rend si redoutable, puisque, quel que soit son mode d'application, fronto-mastoïdien ou bi-pariétal, loin de corriger l'attitude asynclitique de la tête non engagée, il l'exagère fatalement et fait par conséquent tout ce qu'il faut pour empêcher l'accomplissement du mécanisme qu'il avait naguère encore la prétention d'exécuter.

Troisième et dernière conclusion : Le forceps au détroit supérieur ne sera plus appliqué par l'école de Pinard, dans les bassins viciés, qu'après la symphyséotomie.

Et cette école n'est pas seule à prendre cette résolution. Le doyen des accoucheurs russes, le professeur Krassowski, dit : « Je tiens pour défendue toute tentative d'extraction avec le forceps, avant la symphyséotomie, parce que de telles tentatives ne peuvent que compromettre le résultat de l'opération. »

Mais, dira-t-on, vous allez multiplier, au delà de toute raison, le nombre des symphyséotomies. Voici donc la statistique de la clinique Baudelocque pour 1892 :

M. Pinard, dans un service où il se fait 1,800 accouchements par an, service qui a une *forte clientèle* de rétrécissements du bassin, pour supprimer de sa pratique non pas seulement le forceps au détroit supérieur dans les bassins non préalablement ouverts, mais tout ce qui fait partie de l'ancienne méthode de traitement des bassins viciés, a seulement dû faire 20 symphyséotomies, pas deux par mois. C'est-à-dire, au total, beaucoup moins d'interventions qu'auparavant pour un résultat supérieur *comme survie fœtale*, puisque aussi bien la mortalité maternelle est chez lui hors de cause.

M. Pinard n'a fait l'an dernier que 13 symphyséotomies et il se repent de n'en avoir pas fait plus. Car, sur dix forceps au détroit supérieur, il compte : 4 enfants morts par fractures du crâne ; 1 enfant blessé (enfoncement d'un pariétal) qui a survécu ; 1 enfant né en état de mort apparente qu'il a fallu ranimer par une insufflation de 20 minutes et qui, par conséquent, n'a pas été loin de rejoindre les autres. Soit, sur 10 enfants, 6 tués ou fortement compromis.

Or, les statistiques de ce genre sont nombreuses. De 1860 à 1870, avec l'ancien forceps et une application qui n'avait rien d'antéro-postérieur, il a été fait dans une grande école d'accouchement qu'il est inutile de citer : 15 forceps au détroit supérieur rétréci (c'est au moins ce qu'accuse la statistique) ; 3 de ces 15 enfants sont sortis vivants de cette école ; 5 ont été extraits morts ; 7 sont morts après la naissance, dont 6 dans les 48 heures, et les poids sont là pour démontrer qu'il ne saurait être question de la légendaire faiblesse congénitale.

Mais c'est déjà là de l'histoire ancienne et voici du moderne.

Dans une autre école, depuis l'antisepsie obstétricale, *de fin* 1885 *à fin* 1891, sur 30 forceps à terme dans des bassins viciés, 14 enfants sortis vivants ; 12 mort-nés ou qui n'ont pu être ranimés, 4 morts dans les jours qui ont suivi l'extraction, soit plus de 50 0/0. En y joignant les forceps avant terme, nous avons en tout, sur 47 cas, 19 morts, soit 1 sur 2 1/2.

Si de France nous passons à l'étranger, où le forceps n'est employé, de parti pris, que dans des cas jugés *tout à fait favorables*, voici ce que nous trouvons :

A la clinique de Prague, pendant ces 10 dernières années, sur 10,000 accouchements il a été fait 27 forceps au détroit supérieur rétréci. Voici le résultat : 18 enfants vivants dont 9 blessés ; 2 extraits morts ; 7 morts en suite de l'accouchement, dit l'auteur (1) auquel nous empruntons ces détails, dont 6 par l'opération, soit, ajoute-t-il, 55,5 0/0 d'enfants ayant subi des lésions dont ils se sont plus ou moins guéris ou bien auxquelles ils ont succombé. « Parmi les enfants blessés en suite de l'emploi du forceps, il en est mort 40 0/0 ».

Dans tous les cas il s'agit d'application oblique, l'application antéro-postérieure étant considérée à Prague comme ne pouvant être réalisée sur le mannequin.

A Dresde, dans le service de Léopold, où le forceps n'est employé, comme à Prague, que là où la version est jugée impossible : sur 19 forceps au détroit supérieur, 4 morts et 5 blessés, savoir : enfoncement d'un pariétal, 4 ; fracture du frontal, 1. Là encore il s'agit d'application oblique.

Finissons-en avec ce massacre d'innocents et passons à la seconde partie de l'étude de M. Varnier, à *l'application du forceps au détroit supérieur rétréci, après symphyséotomie.*

(1) M. Bourcart, *Contribution à l'étude de l'emploi du forceps et de la version dans les bassins rétrécis.* Genève, 1892.

Le bassin une fois ouvert, bien ouvert, l'application du forceps perd ses inconvénients, pour ne garder que ses avantages. C'est l'intervention de choix. La version ne doit être qu'une opération de nécessité. En effet, dans les 10 cas où la version a été pratiquée après symphyséotomie, il y a eu 5 enfants morts, dont 1 seulement de causes indépendantes de l'extraction.

Cette mortalité considérable n'est pas pour nous surprendre. Tandis que l'intervention finale peut se résumer ainsi pour le forceps : forceps, extraction facile, voici ce qui s'est passé dans un cas heureux de version, celui de Garrigues. Traduisons textuellement : Immédiatement après la rupture des membranes « je poussai ma main le long de la face du fœtus, je saisis les deux pieds à la fois et les attirai en bas ; mais la tête ne remontant pas, je plaçai un lacs autour de la cheville de l'un d'eux dans le vagin et l'attirai au dehors, après quoi j'amenai l'autre jambe. Les bras furent aisément extraits, mais la tête offrit une résistance considérable à l'extraction. Le cordon faisait un double circuit autour du cou ; il fut dégagé et on fit passer le corps au travers. Je dus introduire *l'index et le médius dans la bouche de l'enfant, et, bien que de cette façon j'obtinsse la flexion complète, je dus tirer de toutes mes forces sur les épaules de l'enfant, mais sans succès.* J'employai alors la *méthode de Prague*, c'est-à-dire que je saisis les deux pieds et que je les portai brusquement et énergiquement en haut sur le ventre de la mère, mais sans résultat. *Je revins donc à la méthode de Smellie ;* et pendant que le méconium s'écoulait et qu'un des assistants déclarait aux amis, qui, en dépit de toutes les supplications et remontrances, persistaient à rester témoins de l'opération du commencement à la fin, que l'enfant était perdu, je le sentis sucer mes doigts et aussitôt je pus l'extraire sans même déchirer le périnée. L'enfant pesait 3400 grammes, et le bassin avait 10 cm. de conjugué diagonal. Né en état de mort apparente, il a pu être ranimé. »

En voilà un qui certes avait la vie dure ! Combien de fois sur 100 sera-t-on aussi heureux ? La version et l'extraction consécutive comportent pour l'enfant de sérieux dangers alors même que le bassin est normal ; elle doit donc ici céder le pas au forceps chaque fois que la tête se présente ou peut être ramenée au détroit supérieur. C'est d'ailleurs ainsi que la question a été envisagée partout.

Par contre, le forceps après symphyséotomie n'a plus que des avantages. Mais *à deux conditions* sur lesquelles, depuis plus d'un an, Farabeuf et Pinard ont longuement insisté.

Ces deux conditions sont les suivantes :

1° *Il faut que la symphyséotomie soit complète, c'est-à-dire que le ligament sous-pubien soit divisé ;*

2° *Il faut que le bassin soit dilaté avant l'intervention finale, c'est-à-dire que les pubis soient écartés d'emblée de la quantité reconnue nécessaire, d'après l'évaluation faible du promonto-pubien minimum et l'estimation à 95 millim. en moyenne du bi-pariétal fœtal.*

Léopold a donné un conseil funeste le jour où il a dit qu'on pourrait se borner à une section partielle de la symphyse ; il dit encore à l'heure actuelle qu'il faut respecter au moins le ligament sous-pubien. Farabeuf a montré combien cette pratique était irrationnelle et, pour ce qui touche au forceps, Harajewicz de Cracovie et Zweifel de Leipzig se sont chargés, à leur grand dommage, de la démonstration clinique. En effet, du fait de la symphyséotomie incomplète, 2 morts viennent s'ajouter aux 2 indépendantes de l'intervention et aux 5 causées par l'application de forceps précédant la section pubienne, ce qui fait déjà 9 *morts sur 13 dont la combinaison symphyséotomie-forceps ne peut être considérée*

comme responsable. Restent donc 4 morts pour lesquelles seule peut se poser la question de responsabilité de la symphyséotomie. Or celles-là sont dues à la non-observation de ce précepte élaboré au laboratoire de Farabeuf et formulé par Pinard dès le 15 février 1892, à la suite de son premier échec : « Je ne m'arrêterais qu'après avoir pu passer à l'aise le doigt entre le pubis dans toute leur hauteur. Et même je voudrais alors, avant toute tentative obstétricale, m'assurer, en provoquant une prudente adduction des cuisses, que la section est complète, qu'il ne reste rien en avant dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire que les pubis peuvent s'écarter de 4 à 6 centimètres. » Et Farabeuf résume l'opération en ces deux temps : 1° *symphyséotomie*; 2° *double symphyséoclasie postérieure*.

En résumé, à ces conditions seulement qu'elle sera faite d'emblée, quelle sera complète, que l'écartement préalable à l'emploi du forceps sera celui qu'aura démontré nécessaire et possible le calcul préalable, que la traction du forceps régulièrement appliqué sera reportée aussi en arrière que possible, ce que permet seul le forceps à traction axile, la symphyséotomie donnera les succès sans mélange que l'on est en droit d'attendre d'elle.

Après ce plaidoyer contre le forceps, *M. Pinard* a communiqué le relevé des symphyséomies faites dans son service depuis le 4 février 1892. Elles sont aujourd'hui au nombre de 19, faites par: M. Varnier, 2; M. Lepage, 2; M. Wallich 1; M. Potocki 1; M. Pinard 13. Quatre de ces femmes étaient primipares et 15 multipares; 5 fois la symphyséotomie a été le complément de l'accouchement prématuré provoqué; 14 fois elle a été faite après déclaration spontanée de travail; 7 fois elle a été secondaire à des applications infructueuses de forceps et 12 fois pratiquée d'emblée; 18 enfants ont été extraits par le forceps et 1 par la version. Voici les résultats : 19 femmes opérées, 19 femmes guéries; 19 enfants extraits vivants, 3 sont morts quelques jours après leur naissance. La mort de ces 3 enfants est-elle imputable à la symphyséotomie ? L'un d'eux a dû être extrait par les pieds et il a succombé à une fracture du pariétal, produite par le défaut d'ouverture préalable du bassin. Le second est une victime de l'accouchement prématuré provoqué auquel M. Pinard avait cru devoir recourir, à cause des antécédents, n'étant pas encore assez convaincu, alors, de la puissance de la symphyséotomie. C'est donc lui qu'il faut incriminer et non la symphyséotomie. Le troisième a eu le frontal fracturé par une application irrégulière du forceps dans un bassin insuffisamment dilaté, après symphyséotomie. Ces trois enfants sont morts parce que l'on n'a pas demandé à la symphyséotomie tout ce quelle pouvait donner. Il faut préciser, en effet, ce qu'on doit entendre par symphyséotomie. Les tracés de Farabeuf ont démontré que l'agrandissement du diamètre conjugué, qui est le diamètre insuffisant, n'est pas uniformément proportionnel à l'écartement des pubis séparés, que cet agrandissement est accéléré, c'est-à-dire que, minime pour les premiers centimètres d'écartement pubien, il croît de plus en plus pour chaque nouveau centimètre qui vient s'ajouter aux précédents.

Il ne suffit donc pas de sectionner le pubis pour dire : « J'ai fait une symphyséotomie. » Il faut que la section soit complète, il faut qu'avant l'intervention finale, l'écartement reconnu nécessaire par le calcul préalable soit produit par l'accoucheur. Jamais cet écartement ne doit être l'œuvre de l'enfant. L'expérimentation clinique vient confirmer ces données théoriques. Cet écartement préalable, sur la nécessité duquel M. Pinard insiste depuis longtemps, doit être produit soit par l'abduction des cuisses, soit par un écarteur enregistreur. Il est sans danger et aucune des 19 opérées n'a présenté ces accidents qu'on a dit devoir résulter du diastasis sacro-iliaque. On n'a jamais observé, à la suite de cet écartement calculé et rationnel qui a atteint et dépassé 6 centimètres dans plusieurs cas, des lésions de l'urèthre et de la vessie. Aucune des opérées n'a eu de fistule vésico-vaginale. Trois fois on a vu se produire de petites lésions vestibulo-vaginales qui ont guéri par un simple tamponnement à la gaze iodoformée. Enfin le rétablissement de la marche est parfait. Et M. Pinard conclut : « En présence de résultats semblables, je crains de voir grandir ma réputation d'interventionniste, même parmi mes amis les plus chers. Interventionniste, je l'étais, je l'avoue, mais je tiens à expliquer, sinon à légitimer ma conduite antérieure.

» Ai-je cherché à me substituer aux forces naturelles ? à suppléer la nature ? Jamais. J'ai toujours cherché à l'aider, ainsi que le prouvent toutes mes statistiques opératoires publiées depuis que j'ai un service. J'ai tellement souffert en pratiquant des céphalotripsies et des basiotripsies sur des enfants vivants, que j'ai toujours cherché à faire disparaître cet opprobre obstétrical. C'est pour cela que j'ai provoqué beaucoup d'accouchements et que j'ai fait et fait faire beaucoup d'applications de forceps au détroit supérieur.

» J'attendais que d'autres vinssent me montrer une voie meilleure, et c'est cette voie qui, tracée en France il y a plus d'un siècle, conservée et élargie en Italie, a été accueillie par Farabeuf, Varnier et moi avec tant d'enthousiasme. C'est cette voie que nous cherchons à établir en France et dans laquelle nous nous efforçons d'entraîner les accoucheurs de tous les âges et de tous les pays. Comment en serait-il autrement, quand on compare le présent au passé ?

» Depuis le 4 février 1892, j'ai eu à traiter 31 cas, dans lesquels la disproportion entre la tête et le bassin était considérable. Dans 10 cas, j'ai obéi aux indications classiques, c'est-à-dire que j'ai fait faire 10 applications de forceps au détroit supérieur. Résultats : 4 enfants morts. Dans les 21 autres cas, j'ai obéi aux indications nouvelles. Chez 19 femmes, j'ai pratiqué la symphyséotomie. Résultat définitif : 16 enfants vivants. Dans un cas de bassin oblique-ovalaire, j'ai pratiqué l'ischio-pubiotomie et j'ai eu un enfant vivant. Enfin, dans un dernier cas de double luxation sacro-iliaque, avec diamètre bi-ischiatique de moins de 5 centimètres, j'ai pratiqué une amputation utéro-ovarique. Résultat : 1 enfant vivant.

» En définitive, 21 femmes vivantes et 18 enfants vivants à l'heure actuelle; alors que, chez 16 de ces femmes, 30 grossesses antérieures ont abouti à la naissance de deux enfants vivant encore à l'heure actuelle.

» Aussi je me permets de dire aux jeunes : étudiez cette opération, évitez, avant de la pratiquer, les deux écueils que la symphyséotomie aura à franchir : l'infection préalable de la mère, la blessure préalable de l'enfant. Opérez sans crainte, et je ne crois ni me tromper ni vous tromper en vous disant : Le succès vous attend. »

Après une semblable profession de foi, on ne s'étonnera donc pas que M. Pinard ait donné à son élève *Lepage* le conseil d'intervenir en ville, à titre d'opération d'urgence, chez une femme dont le premier accouchement avait duré 48 heures et s'était terminé par l'extraction au forceps d'un enfant vivant de 2,840 gr.

Cette femme est devenue enceinte le 8 novembre 1891 ; M. Lepage l'examina le 13 juillet : l'excavation était occupée par une tumeur dure, volumineuse ; l'accouchement prématuré à bref délai fut aussitôt décidé avec deux confrères, l'un médecin, l'autre chirurgien des hôpitaux, quand cette femme entra en travail spontanément le 15 juillet. La tête était très élevée, mobile au-dessus du

détroit supérieur en O. I. D. T. A la dilatation complète, la tête restant toujours élevée, M. Lepage tenta, sans résultat, de réduire la tumeur dans l'abdomen. Il fit alors une application de forceps : la tête fut saisie régulièrement, et pendant dix minutes il exerça des tractions vigoureuses qu'il renouvela dix minutes encore, sous le chloroforme ; la descente ne fit aucun progrès. Il alla alors demander avis à son maître, M. le professeur Pinard, qui lui conseilla de pratiquer la symphyséotomie. Il fit cette opération sans grandes difficultés, assisté de son ami le Dr Potocki, et après une application de forceps facile, il put extraire un enfant vivant, qui pesait, six jours après, 2,897 grammes. Les suites de couches furent physiologiques.

Chez cette opérée, la tumeur avait augmenté de volume depuis son premier accouchement, et M. Lepage avait prévu les difficultés plus grandes du second accouchement. La tumeur était résistante ; mais comme elle n'a pas encore été enlevée, il y a lieu de faire des réserves sur sa nature. Les résultats paraissent justifier les conclusions suivantes :

1° La symphyséotomie est une opération d'urgence, praticable en dehors des maternités ;

2° Cette opération n'est pas uniquement réservée aux cas de viciations pelviennes, ou aux cas où, le bassin étant normal, le fœtus est trop volumineux. Elle peut être indiquée dans certaines tumeurs obstruant en partie le bassin (1).

3° Chez la femme qui fait le sujet de cette observation, l'accouchement prématuré à 8 mois et demi eût été insuffisant.

4° La symphyséotomie est indiquée dans les cas de tumeurs intra-pelviennes non réductibles.

(1) *Symphyséotomie dans un cas de fibrome pelvien.* — M. Maygrier a rapporté l'observation d'une femme en travail chez laquelle il a pratiqué la symphyséotomie pour une tumeur attenante à la branche ischio-pubienne gauche et oblitérant en partie l'excavation. Cette femme a été amenée à l'hôpital de la Pitié, alors qu'elle était en travail depuis la veille et en période d'expulsion depuis plusieurs heures, n'ayant reçu aucun soin antiseptique en ville. L'enfant vivait et les battements de son cœur étaient réguliers : il se présentait par le sommet. La tumeur, qui avait presque le volume du poing, ne permettait pas l'introduction de plus de deux doigts entre elle et les parois du bassin : le rétrécissement était donc considérable.

L'opération césarienne était contre-indiquée par la longue durée du travail. La basiotripsie pouvait présenter de grandes difficultés dans une excavation aussi étroite. M. Maygrier se décida à faire la symphyséotomie, mais, malgré plusieurs applications de forceps et un écartement de la symphyse qui alla jusqu'à six centimètres, la tête ne put être extraite. Pendant ces tentatives, il se produisit une procidence de la main et du cordon. Il fallut recourir à la basiotripsie, qui n'offrit pas de difficultés. Au moment du passage de la tête broyée, la symphyse s'écarta de cinq centimètres.

Après le pansement, le bassin fut maintenu à l'aide d'une attelle plâtrée par-dessus laquelle on appliqua les jours suivants une bande d'Esmarch.

Avant de pratiquer la basiotripsie on s'était aperçu que la paroi antérieure du vagin était déchirée sur une longueur de cinq centimètres environ au niveau du bord postérieur du pubis droit, contre lequel le vagin avait été comprimé par le forceps. Cette plaie vaginale fut suturée avec cinq fils de soie.

Les suites de couches furent d'abord incidentées par un frisson, des vomissements et une légère élévation de température ; puis tout parut rentrer dans l'ordre. La plaie se cicatrisa rapidement. Le douzième jour, le membre inférieur gauche devint le siège évident d'une plegmatia ; la température s'éleva jusqu'à 39°,2, et finalement la malade mourut le 21e jour, d'embolie pulmonaire.

La tumeur était un fibrome du périoste implanté sur la face postérieure du pubis gauche, et recouvrait toute la face interne du trou obturateur : elle avait subi depuis l'accouchement une régression considérable. Les pubis n'étaient nullement réunis et distants de deux centimètres et demi.

M. Maygrier n'a pu trouver dans la science qu'une observation de Novi, qui date de 1881 et dans laquelle l'opération fut faite pour une tumeur qui occupait le côté droit du bassin. Il serait intéressant d'étudier d'une façon précise les indications de la symphyséotomie dans le cas d'obstruction de l'excavation par des tumeurs pelviennes.

Tel est le terrain sur lequel se place l'Ecole de Pinard. La doctrine, on le voit, est légèrement teintée de radicalisme, et ce n'est pas un reproche pour des questions qui, en somme, quoi qu'on en ait, sont susceptibles d'une solution anatomique et mathématique.

A Marseille, *M. Queirel* se rallierait volontiers à cette opinion. Il a en effet relaté l'observation d'une rachitique de 34 ans ayant eu quatre grossesses infructueuses et venue à l'hôpital pour une cinquième grossesse à terme. Diamètre promonto-sous-pubien, 11 centim. ; diamètre de Baudelocque, 18 centim. Les internes du service, MM. Beltrami et Sergués, font deux essais inutiles de forceps au détroit supérieur et pratiquent la symphyséotomie.

La symphyse à peine incisée, on constate un écartement de 2 centimètres. Nouvelle application de forceps, facile cette fois ; la tête passe. On entend un craquement et l'écartement mesure 6 centimètres.

L'enfant, né en état de mort apparente, est ramené à la vie ; mais il succombe après quelques heures. Il pesait 3,500 grammes, mesurait 54 centimètres ; sexe féminin. Diam. O.M. = 14 ; — O.F. = 13 ; — B.P. = 10 c. 1/4 ; — S. O. B. 10.

Au 15e jour la malade sort ; elle marche et descend les escaliers, puis monte en voiture sans qu'on l'aide.

Depuis, elle est parfaitement bien, pas de pertes, pas de troubles urinaires.

L'opinion finale de M. Queirel est la suivante :

« C'est encore un succès qui montre l'innocuité de cette opération pour la mère. *Quant au fœtus, s'il n'avait subi l'application de forceps à deux reprises différentes et avec l'intention des opérateurs de l'amener au dehors, sûrement nous l'aurions eu vivant.* A notre avis, on s'effraie encore trop de la nécessité de faire la symphyséotomie. »

Reste la mort de l'enfant ; mais nous ferons remarquer 1° qu'il y a eu deux forceps avant la symphyséotomie ; 2° qu'après la symphyséotomie le forceps a été appliqué avant écartement. Donc, technique vicieuse.

L'école lyonnaise, conduite par M. Fochier, est moins ferme dans ses conclusions. Elle serait pour ainsi dire « opportuniste », et elle a ouvert le feu par une observation envoyée par *M. Tellier*, où la femme primipare, rachitique, est morte en deux heures. Pour ce fait important, la discussion exige des détails circonstanciés, de façon à déterminer si l'échec revient à l'opération, à l'opérateur ou à l'opérée. Laissons donc la parole à M. Tellier, en résumant un peu son observation.

Une femme de 27 ans entre à la clinique obstétricale au milieu du mois de juin 1892.

Le ventre est très proéminent. L'utérus, notablement tendu, remonte jusqu'aux fausses côtes. La palpation fait sentir un fœtus en O.I.G.T. *La tête déborde de deux millimètres* au-dessus de la symphyse pubienne. Les bruits du cœur sont à gauche, à la hauteur de l'ombilic, notablement en dehors de la ligne médiane.

La mensuration du promonto sous-pubien donne 10 cent. 3/4 ; on fait facilement le tour du détroit supérieur et on note une légère asymétrie portant sur la moitié gauche. La mensuration approximative des diamètres sacro-cotyloïdiens donne 7 cent. 1/2 à droite, 7 centimètres à gauche ; la symphyse paraît normale.

L'examen local révèle un bassin rachitique généralement rétréci, légèrement aplati, rétrécissement canaliculé.

Grossesse de 8 mois 3/4 environ.

Etant donnés le volume du fœtus (la tête, je le rappelle, débordait de 2 centimètres) et la proximité du terme, on décide de ne pas faire l'accouchement prématuré. M. le professeur Fochier, qui m'avait pour quelques jours

abandonné la direction de son service, a cependant vu la malade et approuvé cette conduite. La symphyséotomie était dès lors décidée. On était en droit de croire, avec un bassin de 10 3/5 de Pr. S. P., qu'on obtiendrait par l'intervention un allongement suffisant pour faire passer une tête à terme, bien qu'elle débordât le pourtour du détroit supérieur. Un écartement de 8 centimètres devait nous donner près de 2 centimètres d'allongement; nous verrons, par les mensurations faites sur le bassin sec, que dans l'espèce l'allongement du diamètre antéro-postérieur a été de 20 millimètres.

Le 12 juillet, le travail ayant commencé, la symphyséotomie fut pratiquée.

La suture sagittale, qui pendant tout le travail était restée dans le diamètre transversal, avec présentation du pariétal postérieur, est maintenant *dans le diamètre oblique gauche*, la grande fontanelle au centre, la petite étant inaccessible. On pense d'abord à une droite postérieure. Pour vérifier, on introduit la main dans le vagin; les parties molles sont très résistantes, manquent de souplesse, le cercle vulvaire est rigide; la main est très serrée; on arrive ainsi à droite et en arrière sur la racine du nez, un rebord orbitaire et même sur les narines, c'est presque une variété frontale. *La tête est très dure, complètement ossifiée.*

Après section du disque interpubien faite de haut en bas et d'avant en arrière au bistouri boutonné, le ligament triangulaire, très résistant, est coupé en sciant avec un solide bistouri de Cooper; les dernières fibres cèdent par traction; on obtient un écartement de 4 à 5 centim. Déchirure de l'extrémité inférieure de l'incision. A ce moment il se produit une hémorrhagie très abondante: je place rapidement plusieurs pinces hémostatiques, je fais de la compression pendant un quart d'heure, et enfin on peut voir *une artère du volume de la radiale au moins* donner du sang par saccades. Elle est appliquée contre la branche descendante du pubis à droite. J'essaie à plusieurs reprises de la prendre avec une pince hémostatique, mais sans succès; la compression digitale n'amène aucune diminution de l'écoulement sanguin. Je n'ai pas songé sur le moment à employer la rugine pour détacher le périoste et faire une ligature médiate; je n'avais d'ailleurs pas cet instrument. Pendant ce temps, l'hémorrhagie en nappe avait reparu; on emploie le thermocautère; l'hémorrhagie diminue en notable proportion, mais ne cesse pas complètement. Tout cela avait demandé trois quarts d'heure.

Je fais alors une application de forceps de Levret, grandes cuillers, avec les lacs; la prise est à peu près régulière, suivant un diamètre transversal de la tête. Un aide exerce des tractions variant de 30 à 40 kilogrammes au dynamomètre. La tête descend, mais l'écartement est considérable; les cuisses fléchies étant en adduction, les genoux au contact, on a cependant un écartement de 8 centimètres mesuré au compas d'épaisseur. Un aide empoigne le bassin à pleines mains et résiste de toutes ses forces. Nouvelles tractions suivies d'effet. A ce moment, déchirure du périnée, non compris le sphincter, et déchirure de la partie supérieure de la vulve, avec hémorrhagie notable; *l'écartement augmente sensiblement malgré les efforts des aides*; *il a probablement dépassé 10 centimètres*; la tête descend, non fléchie. Extraction de l'enfant sans nouvelles difficultés; le cordon bat; après 6 à 8 minutes de soins, la respiration devient normale.

On constate que la déchirure antérieure de la vulve se continue à droite de l'urèthre et la vessie sur la largeur d'une pièce de deux francs. L'hémostase est encore laborieuse. Suture de la vessie, des parties molles fibreuses, de la peau. Durée 2 heures.

Quand on met la malade dans son lit, elle est très pâle, la pupille est contractée, la peau un peu froide, et malgré tous les efforts elle succombe 2 heures après.

L'enfant, qui pesait 4 kilog. 250, est actuellement vivant.

Dans cette observation, M. Tellier attribue la mort à l'hémorrhagie, à la longueur de l'opération, au choc traumatique; c'est-à-dire, à tout prendre, à l'hémorrhagie, et il en conclut qu'on a eu tort de dire que c'est une opération où elle est négligeable. Si donc, dans un service hospitalier bien outillé, on peut observer des accidents de ce genre, il en résulte que la symphyséotomie — dont M. Tellier est en principe partisan — ne saurait être généralisée comme opération d'urgence, reléguant dans l'arsenal des antiquités la crâniotomie et la basiotripsie.

Mais *M. Varnier*, qui avait été chargé par son ami Tellier de lire son observation, ne s'est pas rallié à ces conclusions. *Amicus Plato, sed magis amica veritas*, et il pense qu'en somme l'intervention eût été plus heureuse si elle eût été mieux conduite. L'hémorrhagie en jet? On l'arrête immédiatement avec une pince, puis une ligature. L'hémorrhagie en nappe? elle s'arrête une fois les symphyses écartées, et perdre trois quarts d'heure pour la compression est vicieux: elle est une indication formelle à aller vite. Quant à l'écartement énorme — plus de 10 cm. — il est responsable des déchirures graves qui ont été observées. Mais il est facile de calculer qu'un écartement de 6 eût amplement suffi; et M. Varnier termine en disant que si M. Tellier eût suivi la technique de Pinard, il n'eût pas été au delà, car: « il aurait calculé et produit avant l'intervention l'écartement nécessaire; il eût, pour l'extraction, employé le forceps de Tarnier et non le Levret muni de lacs qui tirent beaucoup trop en avant; il eût saisi et engagé la tête en transversale et non en oblique et en occipito-pubienne; il eût entraîné la tête en bas, à travers l'aire agrandie du détroit supérieur, et ne l'eût pas attirée en avant comme un coin entre les pubis, et extériorisée du bassin. »

M. Fochier lui-même a pris la parole pour exposer sa pratique.

Depuis le mois d'octobre 1892, il a pratiqué une symphyséotomie, une application meurtrière de forceps, une basiotripsie sur un enfant vivant.

La basiotripsie a été pratiquée chez une femme qui, ayant déjà eu trois grossesses malheureuses et refusant la césarienne, n'acceptait qu'une intervention ne compromettant pas sa vie. M. Fochier commença la symphyséotomie, trouva la symphyse ossifiée et, n'ayant pas de scie préparée, fit la basiotripsie.

Dans le cas d'application meurtrière de forceps. il s'agissait d'une tête absolument mobile au-dessus du détroit supérieur qui fut malheureusement prise régulièrement, comme cela arrive le plus souvent lorsque la tête est mobile, et malgré toute l'attention de l'opérateur se mit en position oblique au détroit supérieur lors des efforts d'extraction. Les efforts furent modérés (20 kilog.), et cependant la bosse frontale se déprima en entonnoir sur le promontoir. Les bruits du cœur devinrent immédiatement irréguliers, l'enfant succomba en dix minutes et M. Fochier termina par une basiotripsie sur l'enfant mort.

Enfin dans la symphyséotomie, qui fut heureuse pour la mère et pour l'enfant, M. Fochier eut des difficultés tenant à la position de la tête, si bien que l'application de forceps détermina une déchirure grave du vagin.

Partant de ce fait, M. Fochier a exposé des recherches, qu'il poursuit en ce moment, sur l'étude pelvigraphique des résultats de la symphyséotomie et sur l'attitude qu'il faut donner à la tête après la symphyséotomie.

Il n'est pas aussi nécessaire qu'on le croit, dit-il, de se servir du forceps à traction axile; avec l'ancien forceps convenablement dirigé, on entraîne la tête dans la direction convenable. Mais avec ce forceps, comment placer la tête ? Il ne faut pas oublier que dans les bassins symphyséotomisés, le grand diamètre transverse s'éloigne du promontoire pour se rapprocher de l'extrémité des pubis écartés. C'est dans ce diamètre transverse qu'il faut s'efforcer de faire passer le grand diamètre sagittal de la tête. Je ne crois pas à l'efficacité de tous ces calculs mathématiques qu'on nous prône actuellement. Cette circonférence qu'on inscrit entre le sacrum et le pubis, est-ce la tête fœtale ? Mais la tête d'un fœtus est une masse des plus irrégulières, présentant des bosses et des creux, et souvent des inégalités de consistance extrêmes. Tout cela s'accroche, résiste ou cède. De là les présentations inclinées et tout ce modelage que M. Farabeuf a complètement oubliés et qui priment de beaucoup toutes les autres considérations. Toutes les considérations géométriques sont fausses à notre point de vue, puisqu'elles ne tiennent aucun compte de la malléabilité de la tête fœtale. Dans les bassins symphyséotomisés, le diamètre transverse est celui dont l'agrandissement a été le plus considérable. Alors, avec une tête de fœtus à terme et ce nouveau bassin agrandi, on se trouve dans les mêmes conditions que si l'on avait affaire à un bassin aplati avec enfant prématuré. Il est avantageux, dans ces cas, d'avoir une oscillation de la tête dans le sens de la déflexion, ce qui, comme l'a si bien montré Budin, permet aux bosses pariétales de se placer sur les côtés du promontoire.

Quant à ses idées sur les indications générales de la symphyséotomie, M. Fochier s'est exprimé dans les termes suivants :

« La symphyséotomie était comme un foyer entretenu au fond de l'Italie, par Morisani. Voici que ce foyer activé par l'école de Pinard est devenu un brasier. Prenez garde (dussé-je passer pour un pompier en prononçant ces mots) qu'il ne se change en incendie ! Puisque M. Tellier, que je connais et qui, je puis vous l'affirmer, n'est point le premier venu, a eu un accident mortel à Lyon, c'est qu'on peut en avoir. Lisez avec soin entre les lignes de beaucoup d'observations et vous verrez aux réticences, au malaise que l'on y sent, que les craintes sont permanentes. On ne doit pas redouter de publier les insuccès et les accidents que l'on a pu voir survenir, car on apprend ainsi à les connaître et à y parer dans la suite. Il en est de même pour toutes les opérations. Il faut que les observations soient loyalement publiées. La symphyséotomie n'est donc pas une opération si facile; il faut y regarder avant de la trop vulgariser. Il faut tenir compte aussi d'un autre élément : il y a chez les individus infectés des lieux de résistance moindre et, parmi ceux-ci, il faut signaler surtout les articulations. Nous connaissons les effets des entorses et traumatismes articulaires chez les animaux infectés. Or, que se passe-t-il chez nos accouchées ? Si nous ne sommes pas sûrs de n'avoir pas de légers vestiges d'infection, ou si les femmes qui nous arrivent ne sont pas absolument exemptes d'une infection au début, craignons d'ouvrir chez elle une articulation. Je vous en supplie, Messieurs, à la vie consciente de la mère, n'hésitez pas à sacrifier la vie inconsciente de l'enfant. Cela, je m'empresse de l'ajouter, ne m'empêche pas de reconnaître le service considérable rendu à l'humanité par Morisani, le conservateur de la symphyséotomie, et par cette trompette éclatante qu'on nomme Pinard qui a su en proclamer, aux quatre coins du globe, les merveilleux résultats.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'excision des abcès urineux, par le Dr Félix Legueu, chef de clinique à l'hôpital Necker.

On a parlé dernièrement de l'excision des abcès urineux; on a proposé de les réséquer en totalité, paroi et contenu, et d'agir pour eux comme on le ferait d'une tumeur encapsulée. Horteloup s'était fait le défenseur de cette méthode nouvelle; il en a montré les avantages et recommandé l'application. Au traitement classique, à la méthode connue et anciennement pratiquée de l'incision et du drainage, il reproche les longueurs exagérées, les fistules et les indurations périnéales qui se développent à sa suite. A la résection, il reconnaît l'avantage de simplifier la guérison en permettant la réunion quelquefois, en évitant toujours les suppurations longues, les indurations, les fistules; on supprime la paroi de l'abcès avec la cavité qu'elle limite, on enlève avec l'abcès le foyer d'infection; l'urèthre mis à nu est réséqué, s'il y a lieu, et restauré, et la réparation du périnée se fait à l'aide de tissus souples et vierges; la guérison est simple, rapide et facile.

J'ai examiné de près, au point de vue du traitement spécialement, tous les cas d'abcès urineux qui ont passé depuis quelque temps à Necker dans le service de mon maître M. le professeur Guyon; j'ai pu me convaincre que la résection, malgré les avantages qu'on lui prêtait, était dans le plus grand nombre des cas inapplicable, qu'elle ne convenait qu'à des cas très particuliers, qu'elle n'était pas exempte d'inconvénients dans sa technique; c'est à préciser ces indications limitées, à signaler ces inconvénients, que je consacre cette note.

Deux conditions président au développement de ces péri-uréthrites périnéo-scrotales, dont le type le plus fréquemment observé est l'abcès urineux; la septicité des urines et l'altération de la paroi uréthrale s'associent, l'une et l'autre constantes, mais variables dans leurs degrés, pour déterminer les lésions péri-uréthrales. La septicité des urines, la clinique autant que l'expérimentation en a montré le rôle et l'importance. La lésion uréthrale, l'observation de chaque jour suffit à la prouver; en arrière d'un rétrécissement, la paroi présente ou une simple fissure, ou une perforation évidente. C'est un fait d'observation vulgaire et banal.

D'après l'association variable de ces conditions pathogéniques, la réaction des tissus se fait différente suivant les cas; et on observe tous les degrés qui séparent l'abcès urineux ordinaire de la tumeur urineuse la mieux constituée. On peut cependant établir trois degrés : 1° les péri-uréthrites aiguës (abcès urineux); 2° les péri-uréthrites subaiguës (abcès urineux chroniques, tumeurs urineuses suppurées); 3° les péri-uréthrites chroniques (tumeurs urineuses chroniques sans suppuration).

En ce qui concerne les tumeurs urineuses, la conduite est depuis longtemps réglée : la résection s'impose de toutes ces masses périnéales qui étouffent l'urèthre, l'enserrent dans leur tissu de sclérose; la résection est nécessaire parce qu'elle seule permet « la libération externe » de l'urèthre (Guyon). Noguès, dans sa thèse en 1892, a rappelé tous les temps de la dissection de ces masses, la manière de les extirper par fragments et jusqu'à l'urèthre, la conduite à tenir par rapport à ce dernier; tout ceci est en dehors de la question des abcès qui m'occupe et je n'y insiste pas.

L'abcès urineux ordinaire se développe à la manière d'un phlegmon envahissant la loge périnéale inférieure. La suppuration se développe diffuse et mal localisée dans un périnée indemne jusque-là de toute altération sen-

sible et importante. Il n'est pour l'envelopper et la limiter ni poche, ni capsule; les parois ne sont constituées que par les couches superficielles, soulevées, refoulées, toujours infiltrées. Mais de paroi propre, de paroi isolable, susceptible de dissection, il n'est jamais question. Et dans ces cas, je ne vois pas comment on pourrait réséquer, je ne vois pas ce qu'on pourrait réséquer. Ici jamais la résection ne peut convenir; il y a une cavité, il n'y a pour ainsi dire pas de parois; l'ouverture simple avec le drainage reste le seul traitement applicable, la méthode de choix.

D'autres fois la suppuration se développe sur un périnée déjà malade, anciennement altéré : il existait depuis longtemps des indurations périuréthrales chroniques, lentement élaborées; puis un jour, au centre de ces masses une poussée aiguë se développe, un abcès se forme, on l'appelle abcès urineux chronique, ou encore tumeur urineuse abcédée (Guyon), peu importe. Dans ces périuréthrites mixtes, à la fois chroniques et aiguës, la suppuration qui se développe trouve une lésion ancienne, une coque déjà prête : elle se l'approprie pour s'en faire paroi, et lorsque l'on ouvre cette collection centrale, on trouve qu'elle est limitée par une paroi épaisse, dense, confondue souvent avec la face profonde de la peau, dont on peut toujours la séparer par fragmentation ou en totalité. Dans le fond, la paroi confine à l'urèthre, lui est accolée et peut en être facilement détachée, ou fait corps avec lui et lui adhère plus intimement. Mais dans tous ces cas, la paroi existe, elle existe pour son propre compte : elle est ici même par rapport à la cavité, si je puis dire, la lésion dominante : la cavité n'est rien, la paroi est tout. Si l'on incise et si l'on se contente de drainer, la paroi persiste dure et fibreuse; elle ne s'affaissera pas sur la cavité ouverte, et c'est pour l'avenir la perspective assurée d'une fistule et d'une tumeur urineuse à opérer. Au contraire, si l'on enlève la paroi en même temps que la cavité qu'elle limite, si l'on excise l'abcès, on restaure d'un seul coup le périnée, et on lui rend de suite la souplesse relative à laquelle encore il a droit.

Aussi, je pense que, dans ces conditions, la résection seule et la résection toujours doit convenir. Il n'y a plus à objecter la diffusion des lésions et de la suppuration comme dans les périuréthrites aiguës : il y a tout au contraire à bénéficier de l'épaisseur de la poche, de la possibilité de son isolement pour réséquer toute l'étendue des lésions et évider tout le périnée.

J'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération sur un malade dont le périnée était en piteux état. Il s'agissait d'un vieux rétréci, depuis longtemps traité pour son urèthre, et qui avait à plusieurs reprises été incisé pour des abcès urineux. Lorsque je le vis à Necker, dans le service de mon maître M. le prof. Guyon, il présentait depuis quelques jours, au niveau de la portion scrotale de l'urèthre, un gonflement manifeste, de nature inflammatoire et au niveau duquel on sentait une induration scléreuse; il portait, en outre, en arrière, une tumeur urineuse avec des trajets fistuleux. Les lésions étaient donc anciennes et complexes : une poussée aiguë s'était développée au niveau de la portion scrotale, pour laquelle le malade entrait à l'hôpital. Après avoir fendu sur la ligne médiane le périnée et le scrotum, je trouvai en avant un abcès urineux développé au centre d'une paroi épaisse et disséquable : le pus fut évacué, et je pus me rendre compte des rapports de la paroi avec l'urèthre et les parties voisines. La paroi de l'abcès fut excisée dans ses deux moitiés et fut en arrière très facilement séparée de l'urèthre à laquelle elle était simplement accolée. De même j'extirpai la tumeur urineuse de la portion périnéale et les fistules qui venaient y prendre naissance. Une fois le périnée ainsi largement évidé, l'urèthre m'apparut intact au fond de la plaie : je dis intact, parce que sa surface extérieure, lisse, régulière, ne me montrait aucune altération importante et extérieure. Il y avait sans doute une petite fistule; j'en avais la preuve dans l'écoulement de l'urine qui se faisait par les orifices du périnée, mais cette fistule siégeait sur la paroi supérieure, je ne la voyais pas, je ne la cherchai même pas, et après avoir réuni les deux moitiés du scrotum, transformé le reste de la cavité et mis une sonde à demeure, je laissai à une réparation lente le soin de fermer la brèche et de combler la cavité. Après quelques jours, pendant lesquels l'urine coula encore un peu par le périnée, tout alla bien : au bout de six semaines, le malade quittait le service, le périnée fermé, la fistule oblitérée. Il conservait seulement un rein droit malade et pyonéphrosé, dont il souffrait déjà d'ailleurs à son entrée.

Dans ces sortes d'excision, on a conseillé de procéder sans ouvrir la poche, et d'enlever le tout comme on le ferait d'une tumeur solide. A réséquer l'abcès dans son intégrité, il y a cet avantage sans doute d'extraire un foyer encapsulé, d'éviter la dissémination du pus et de faire une opération brillante; tout cela est absolument théorique et illusoire, et je saurais trop m'élever contre cette façon d'opérer. On ne sait pas quel est le rapport de la paroi uréthrale avec la poche, et on s'expose à enlever une plus ou moins grande étendue de l'urèthre. M. Guyon a vu un malade opéré par la résection d'un abcès urineux, et chez lequel avec l'abcès on avait enlevé une large étendue de la paroi uréthrale : il en était résulté, plus qu'une fistule, une perte de substance qu'il ne fut pas précisément facile de réparer. De tels inconvénients seront toujours évités, si on commence par ouvrir la cavité, par fendre le périnée avant d'exciser. C'est de la même manière que l'on doit opérer dans la résection des tumeurs urineuses; on se rend compte ainsi de l'étendue des lésions, de l'épaisseur des masses à enlever, de leur rapport avec l'urèthre. Une fois précisés ces rapports, chaque moitié est excisée séparément en masse ou par fragments : l'urèthre sera toujours évité, et de ce côté il n'y aura jamais rien à craindre. Pour les abcès, ce n'est pas autrement qu'il faut procéder; l'incision indique l'épaisseur relative des parois et l'étendue de la cavité; suivant que l'une ou l'autre prédomine, on se décide pour le drainage ou pour l'excision : si on se décide pour l'excision, on a sous les yeux les parties à ménager, les parties à enlever : l'opération se fait simple, rapide, sans dangers.

Il est encore un point que je veux toucher : quelle conduite faut-il tenir par rapport à l'urèthre? Sous ce rapport, tout dépend de l'état du canal : celui-ci n'est pas toujours aussi altéré qu'on pourrait le croire. Sans doute, toute péri-uréthrite suppose une lésion uréthrale : mais dans ces lésions il y a des degrés, et suivant ces degrés, la manière de se comporter doit varier. Il existe presque toujours une petite perforation, une fissure au moins; mais elle n'est pas visible, on la suppose sur la paroi supérieure à un trait de fongosités qui se dirige de ce côté : dans ce cas, il faut respecter l'urèthre. Une sonde mise à demeure après l'uréthrotomie interne permettra à la fistule de s'oblitérer : il en fut ainsi sur le malade dont j'ai parlé tout à l'heure. Au contraire, l'urèthre est-il très altéré, muni d'une large fistule, existe-t-il en même temps des viroles cicatricielles dépassant les limites du corps spongieux, comme cela s'observe dans les rétrécissements traumatiques, il faut alors s'adresser à l'urèthre directement, il faut pratiquer la résection des parties malades, et suturer ensuite. Mais, en dehors de ces rétrécissements traumatiques, je ne pense pas que l'on se trouve souvent en présence de lésions importantes et extérieures de l'urèthre : des tumeurs urineuses très

volumineuses entourent parfois un urèthre peu malade; il en est de même pour les abcès, et je pense par conséquent que rarement il y a lieu de s'adresser directement à l'urèthre par la résection.

La réunion des parties molles doit être cherchée dans la plus grande étendue possible : elle n'est presque jamais praticable en totalité; la perte de substance est trop large, trop grande est la cavité créée par l'excision, pour que l'on puisse attendre d'un autre processus que du bourgeonnement progressif la réparation du périnée.

Des considérations qui précèdent, je déduis les conclusions suivantes :

1° La résection est impossible dans les abcès urineux;

2° Elle convient, et elle seule convient, aux péri-uréthrites subaiguës, aux abcès à poches épaisses, aux tumeurs urineuses suppurées;

3° La résection se fera toujours du centre à la périphérie et après incision préalable de l'abcès, comme on le fait habituellement pour les tumeurs urineuses seules.

CORRESPONDANCE

L'enseignement de l'art dentaire et les écoles dentaires de Paris.

M. Poinsot, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, nous adresse, avec une lettre fort courtoise, la note suivante. Nous avons accueilli l'article dont M. le Dr Magitot nous avait demandé l'insertion. L'impartialité nous fait un devoir d'accueillir de même la réponse de M. le directeur de l'Ecole dentaire de Paris et nous croyons devoir, après cette réponse, considérer comme définitivement close, dans ce journal, la controverse qui l'a motivée :

L. L.

Le Conseil de direction et le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris protestent contre les appréciations de M. le docteur Magitot émises dans un article de la *Gazette hebdomadaire* (11 mars 1893).

En premier lieu, M. Magitot prétend que les écoles dentaires sont absolument dépourvues de tout caractère scientifique.

Pour l'enseignement théorique, nous avons parmi nos professeurs honoraires des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, parmi nos professeurs en exercice des anciens internes et même, depuis quelque temps du moins, un agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Magitot juge bien légèrement, il nous semble, la valeur scientifique de personnalités possédant de tels titres.

Pour l'enseignement pratique, nous avons comme professeurs des dentistes rompus de longue date au manuel opératoire de l'art dentaire.

Notre Ecole est reconnue comme équivalente aux Ecoles étrangères les plus sérieuses, par ces écoles elles-mêmes. Elle a plus de cent élèves, ce qui nous semble un argument assez important.

La Ville de Paris et le Conseil général lui accordent une subvention. Elle est reconnue d'utilité publique et nous avons comme élèves plusieurs docteurs en médecine.

Ces quelques raisons nous paraissent assez justes pour montrer que nous ne méritons pas le dédain dont voudrait nous accabler l'ancien président de la Société d'anthropologie.

D'ailleurs, nous avons pour nous l'appréciation flatteuse de MM. Verneuil, Trelat, P. Bert, Brouardel, Liard, Monod, nos présidents d'honneur. Il est vrai que M. Magitot ne veut tenir aucun compte de leurs jugements.

En second lieu, M. Magitot prétend qu'il existe sur les toiles-réclames de nos théâtres des annonces dans lesquelles les dentistes se parent du titre de professeur à l'école dentaire.

Nous le mettons au défi de le prouver, tout au moins pour les membres appartenant actuellement à l'Ecole dentaire de Paris.

D'ailleurs, en admettant même, ce que nous ne pensons pas, qu'un membre ait en quelque sorte failli à la dignité professionnelle, il nous semble peu juste de la part de M. Magitot de nous attaquer à ce sujet.

Semblerait-il logique à qui que ce soit d'attaquer M. Magitot docteur en médecine, parce qu'il existe dans les vespasiennes des annonces de docteur en médecine ?

Quant au dernier reproche au sujet de l'Exposition universelle, il suffira de dire à tous ceux qui jugent impartialement que M. Magitot était précisément un de nos juges les plus importants et qu'on ne pouvait guère de sa part s'attendre à beaucoup de tendresse à notre égard.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Acromégalie (A case of acromegaly), par Mackie Whyte, *The Lancet*, 25 mars 1893, n° 3630, p. 642. — Malade femme, âgée de 27 ans, sans aucun antécédent ni héréditaire ni personnel notable, dont l'affection aurait débuté il y a 9 ans, par des douleurs de tête, de la faiblesse générale et de l'augmentation de volume des extrémités. Elle offre actuellement le tableau caractéristique de l'acromégalie : extrémités supérieures et inférieures très hypertrophiées, saillies de la face, nez, boites orbitaires énormes, langue très volumineuse. Toutefois, il n'y a pas de prognathisme : cette particularité, de même que l'arrêt apparent de la maladie dont les signes ne se sont pas sensiblement modifiés depuis trois ans, sont les points que l'auteur met en relief.

Deux cas de bégaiement hystérique chez des dégénérés, par Chabert, *Progrès médical*, 25 février 1893, n° 8, p. 137. — Le premier cas est celui d'un enfant de 14 ans, avec antécédents nerveux héréditaires très caractérisés, ayant souffert il y a huit ans, après une fièvre typhoïde, de céphalées tenaces, à la suite desquelles semble s'être installé le bégaiement, qui fait défaut pour la récitation et le chant. Le spasme des muscles phonateurs duquel résulte la disarthrie s'accompagne de mouvements involontaires des membres inférieurs. On ne trouve que de légers stigmates hystériques : hypoesthésie gauche avec rétrécissement du champ visuel et dyschromatopsie peu prononcée. La gymnastique vocale produisit une grande amélioration. Se basant sur le début du trouble à la suite d'une pyrexie, sur le remplacement des céphalées (hystériques?) par le bégaiement, sur l'amélioration, sur la présence des stigmates, l'auteur conclut à la nature hystérique du bégaiement. Dans le second cas, on a affaire à un homme de 26 ans, à antécédents nerveux héréditaires, porteur de très légers stigmates hystériques — hypoesthésie sensitivo-sensorielle gauche — bègue depuis le jeune âge seulement quand il parle en français (le vice d'articulation n'a pas lieu quand il parle en patois), souffrant en même temps de tremblement peu prononcé des membres supérieurs. L'auteur attribue également ce bégaiement à l'hystérie, et conclut que le bégaiement hystérique a la plupart des caractères qu'on a dit pathognomoniques du bégaiement vrai. A notre avis, la nature hystérique du bégaiement est loin d'être démontrée dans les observations qui nous sont présentées.

Sept cas de polynévrite (Clinique de M. Charcot, note rédigée par Dutil), *Revue neurologique*, 28 février 1893, nos 1 et 2, p. 5. — L'auteur produit et commente les observations de 7 malades dont l'étude a fourni à M. Charcot le sujet de deux de ses leçons. Il répartit ces faits en trois groupes au point de vue étiologique : alcoolisme pur, alcoolisme et état infectieux, état infectieux pur. Au point de vue clinique, il insiste sur la distinction des formes de la polynévrite alcoolique en forme paraplégique à type de flexion, et forme ataxique, ainsi que sur la constance des troubles psychiques (amnésie) qui l'accompagnent. Il montre enfin que les symptômes des polynévrites d'origine infectieuse sont très analogues à ceux des névrites alcooliques.

De la folie choréique; définition et nature de la chorée, par M. A. Joffroy, *Semaine médicale*, 25 février 1893, n° 12, p. 89. — A l'occasion d'un malade dont il commente l'histoire, l'auteur développe cette thèse, à savoir qu'il n'y a pas de folie choréique pas plus que de folie urémique, basedowienne, typhique, etc., mais qu'il s'agit dans tous les cas de folie survenant chez des prédisposés à l'occasion de la chorée, de l'urémie, de la maladie de Basedow, de la fièvre typhoïde. M. Joffroy revient aussi sur la doctrine qu'il a déjà défendue sur la nature de la chorée, en la commentant. Il a dit autrefois que la chorée était une névrose d'évolution. Il considère qu'elle est la manifestation (à l'occasion du rhumatisme, d'une pneumonie, d'une émotion), de la dégénérescence de l'appareil nerveux moteur, et que la folie choréique est la manifestation (à l'occasion de la chorée) de la dégénérescence de l'appareil psychique.

Localisation corticale motrice avec autopsie, par Ladame, *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 mars 1893, n° 3, p. 212. — Une femme âgée de 45 ans est prise d'apoplexie et à la suite de l'ictus présente une hémiplégie droite, face comprise (ne peut tourner l'œil droit seul), avec aphasie, dont elle se rétablit. Deux ans après, nouvelle attaque d'hémiplégie droite avec aphasie sans perdre connaissance. L'aphasie est motrice (perte de la parole et de l'écriture) sans surdité ni cécité verbale: l'hémiplégie porte sur la face dont l'orbiculaire gauche ne peut se contracter et est complète au membre supérieur. Six mois après survient un accès d'épilepsie jacksonienne à début par le bras droit, à la suite duquel surviennent le coma, puis la mort. A l'autopsie, ramollissement jaune ayant détruit les 2/3 inférieurs de la frontale ascendante, et le pied de la 3e frontale : on constate de plus de la dégénération descendante du faisceau pyramidal.

Un cas de paralysie complexe de l'avant-bras et de la main, par Landowsky, *Gazette des hôpitaux*, 30 mars 1893, n° 38, p. 361. — Un homme âgé de 39 ans, après un sommeil prolongé pendant lequel il avait dormi la tête appuyée sur son bras replié, présente une paralysie complète de ce membre. On constate à l'examen une paralysie des muscles innervés par les nerfs radial, médian et cubital. Il n'existe ni troubles de la sensibilité, ni trouble des réactions électriques, ni troubles trophiques. Les réflexes tendineux sont abolis au poignet et conservés au coude. Il n'y a pas de signes d'hystérie. L'auteur conclut à une paralysie complexe des muscles de l'avant-bras et de la main, portant sur le domaine du radial, du médian et du cubital, due à la compression exercée sur ces nerfs.

MÉDECINE

La tuberculine comme moyen de diagnostic (Ein Beitrag zur Verwendung des Koch'schen Tuberculins als diagnostichen Hülfsmittels), par E. v. Meyer (*Deutsch. med. Woch.*, 2 mars 1893, p. 200). — L'emploi de la tuberculine de Koch peut rendre de très grands services dans le diagnostic. En voici deux exemples. Une femme de trente ans est admise avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse chronique. On lui injecte une petite dose de tuberculine, ainsi qu'à deux autres malades chez lesquelles le diagnostic de tuberculose péritonéale avait été fait *de visu* par la laparotomie. Chez ces deux dernières, réaction péritonéale et générale intense. Chez la première, le résultat fut une abondante métrorrhagie (la femme avait eu ses règles cinq jours auparavant). L'auteur conclut alors à une salpingite et ovarite tuberculeuses, diagnostic que l'opération confirma à quelques jours de là. Guérison.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une jeune fille de 18 ans atteinte de pyonéphrose unilatérale. L'important était de savoir quelle en était la nature et si le second rein était sain. Une injection de tuberculine permit de résoudre les deux questions. L'urine cessa d'être purulente à la suite ; elle était claire et de composition normale. Donc, elle provenait de l'autre rein qui était sain. La lésion en question devait être tuberculeuse, et l'excrétion rénale avait cessé du côté malade par suite de la tuméfaction réactionnelle des calices et des uretères probablement. D'ailleurs, au bout de quelques jours le pus reparut dans les urines, et on put alors y trouver des bacilles tuberculeux. L'opération confirma encore ici le diagnostic.

Élévation subite de la pression intra-thoracique (Ueber einen Fall von plœtzlicher starker Pression innerhalb der Brusthœhle), par G. Bacelli (*Deuts. med. Woch.*, 9 mars 1893, p. 221). — Un homme de 60 ans, buveur, sans antécédents morbides, est pris tout à coup dans la nuit d'un accès de suffocation terrible. Sa physionomie devient méconnaissable ; son visage cyanosé, œdématié, est sillonné de vaisseaux distendus ; les yeux injectés de sang font saillie hors des orbites. Le cou, toute la paroi thoracique s'infiltrent rapidement et présentent aussi un réseau vasculaire très développé. L'examen de la poitrine dénote l'expansion emphysémateuse des poumons, mais pas d'anévrysme ni de lésion cardiaque. L'auteur diagnostique la présence d'une masse volumineuse exerçant une pression à l'intérieur du thorax, et en particulier sur la veine cave supérieure, les bronches, l'embouchure des azygos. Après avoir discuté les diagnostics qui se présentent de tumeur maligne, adénopathie intra-thoracique et d'anévrysme, il conclut à une rupture partielle des tuniques aortiques au niveau d'une plaque athéromateuse, avec épanchement sanguin consécutif dans le tissu cellulaire du médiastin. Nul doute que, si le malade survit quelque temps, il ne présente bientôt les signes d'un faux anévrysme aortique.

Lésions des voies aériennes et des poumons dans l'empoisonnement par l'acide phénique (Ueber die Verænderungen der Luftwege und der Lungen infolge von Carbolsæurevergiftung), par Langerhans (*Deuts. med. Woch.*, 23 mars 1893, page 269). — Dans les intoxications par les acides sulfurique, phénique, on sait que la mort est souvent la conséquence d'une pneumonie secondaire. Dans un cas d'empoisonnement par l'acide phénique liquide, l'auteur a noté certaines particularités de cette complication, qui sont de nature à en élucider la pathogénie. Il s'agit d'une femme de 33 ans qui voulut se suicider en avalant la valeur d'un petit flacon de cet acide. La mort eut lieu au bout de trois jours au milieu des symptômes d'une broncho-pneumonie grave. Autopsie : pas d'œdème de la glotte, mais érosions de la muqueuse trachéale et des bronches — broncho-pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche, pleuro-pneumonie à droite — d'autre part, œsophagite circonscrite, myocardite et néphrite parenchymateuses. La distribution des lésions dans les ramifications bronchiques, en harmonie avec la topographie de l'hépatisation pulmonaire, montre bien que celle-ci n'a été que la propagation de la première. Dans les empoisonnements de cette nature, le tube digestif est habituellement peu lésé, surtout lorsque l'acide phénique a été expulsé rapidement. Par contre, les voies respiratoires supérieures sont très intéressées ; l'œdème du larynx est chose fréquente. Dans le cas présent, le larynx n'avait rien. Le peu d'importance des altérations dans le tube digestif montre bien que l'on ne saurait considérer les lésions des voies aériennes comme la conséquence d'une propagation de celles-ci ; mais l'acide phénique agit directement sur la muqueuse aérienne qui est d'une sensibilité excessive à son égard. L'auteur fait remarquer en passant qu'il a trouvé dans les poumons des streptocoques associés au diplocoque lancéolé de Frænkel.

CHIRURGIE

Myomectomie de l'utérus gravide (Beitrag zur operativen Behandlung der Myome im schwangeren Uterus), par Frommel (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 14, p. 261). — L'auteur rapporte deux observations de laparotomie pour fibromyome de l'utérus exécutée pendant la grossesse.

Dans le premier cas il s'agit d'une II-pare de 36 ans au 4e mois de la grossesse. A côté de l'utérus on sentait une autre tumeur volumineuse presque fluctuante et remplissant une partie du petit bassin. L'utérus était repoussé en haut et à gauche, de même que la vessie. On crut à un kyste de l'ovaire. Mais la laparotomie montra qu'il s'agissait d'un fibromyome non pédiculé. La tumeur fut énucléée assez facilement, et l'hémorrhagie assez abondante arrêtée par des ligatures nombreuses.

Dans le second cas, une primipare de 30 ans, au 3e mois de sa grossesse, on diagnostiqua également un kyste de l'ovaire. Mais ici encore il s'agissait d'un fibrome pédiculé qui fut enlevé avec la plus grande facilité.

Dans les deux cas la grossesse ne fut pas interrompue et les suites opératoires furent des plus simples.

Kyste de l'ovaire (Papillæres Ovarialkystom zahlreiche Wucherungen auf der Darmserosa), par Theilhaber (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 15, p. 286). — L'intérêt de l'observation réside dans ce fait qu'à l'ouverture de l'abdomen on trouva la séreuse de l'intestin grêle et du gros intestin couverte d'excroissances affectant la forme de papillomes acuminés. L'extirpation du kyste ne présenta aucune difficulté. La face interne de la tumeur était couverte d'excroissances analogues que l'examen microscopique montra se composer de tissu conjonctif couvert d'un épithélium cylindrique.

Malgré ces caractères indiquant la mauvaise nature de la tumeur, la récidive n'était pas encore survenue 18 mois après l'opération, bien qu'on n'eût pas touché aux excroissances de la séreuse de l'intestin.

L'âge de la malade n'est pas indiqué dans l'observation.

BIBLIOGRAPHIE

Considérations générales sur le traitement des maladies du foie, par Dujardin-Beaumetz, 1 vol. in-8° de 160 pages. Paris, 1893. O. Doin, éditeur.

L'auteur se défend de vouloir dans ce volume exposer toute la thérapeutique des affections du foie ; il cherche seulement à appliquer à leur traitement les données nouvellement fournies par l'étude des fonctions de cet organe. Aussi ses têtes de chapitre sont-elles l'énumération des propriétés de l'organe hépatique : successivement l'auteur étudie, d'abord au point de vue physiologique, puis au point de vue clinique et thérapeutique, le foie antiseptique, le foie biliaire, le foie glycogène, le foie sanguin. Du fonctionnement physiologique du foie, l'auteur déduit les moyens thérapeutiques destinés à combattre les altérations de ce fonctionnement, en un mot les indications fournies par les éléments physio-pathologiques de chaque affection hépatique. C'est sinon l'exposé du traitement de chaque maladie du foie, du moins l'exposé des grandes méthodes de la thérapeutique de cet organe, en même temps que l'explication du pourquoi de ces méthodes. A propos du foie biliaire, M. Dujardin-Beaumetz développe le traitement de la lithiase, à propos du foie glycogène celui du diabète, insistant à cette occasion sur un fait insuffisamment remarqué, à savoir que l'intégrité des fonctions du foie est indispensable pour le maintien de la glycosurie, à preuve que les affections hépatiques intercurrentes font disparaître passagèrement le sucre urinaire dans les cas de diabète de moyenne intensité.

Le volume se termine par des chapitres sur le traitement des congestions du foie, des cirrhoses et des kystes hydatiques du foie, questions que des travaux récents et des tentatives thérapeutiques nouvelles ont rajeunies.

En somme, malgré son titre qui ne semble promettre que des généralités, ce volume initie le praticien aux détails et aux indications précises de la thérapeutique du foie ; le nom de l'auteur suffit à dire quelle est sa clarté et la richesse des ressources thérapeutiques dont on y trouve l'exposé.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Tabes et paralysie générale, par Jean Nageotte.

La paralysie générale est unie au tabes dans les 2/3 des cas, au moins. Toutes les formes de tabes et toutes les formes de paralysie générale peuvent se rencontrer associées. Souvent au début d'un tabes la paralysie générale survient et est prise pour l'affection primitive, pour le tabes passé inaperçu. Fréquemment le tabétique devient paralytique général dans le cours de son affection médullaire. Même quand il a échappé pendant de longues années à la complication cérébrale, même, quand il est venu échouer dans un asile, on est encore parfois obligé de le faire passer à la section des aliénés. Enfin lorsqu'il meurt sans avoir présenté des symptômes mentaux bien appréciables, on peut trouver dans son cerveau la lésion de la paralysie générale et il est probable que ces cas sont fréquents. La marche inverse s'observe aussi très souvent : c'est le paralytique général qui devient tabétique, et alors la complication médullaire est marquée par l'affection cérébrale dans beaucoup de cas. On peut voir également, mais rarement, la paralysie générale et le tabes débuter en même temps et évoluer parallèlement. L'anatomie pathologique prouve qu'il s'agit toujours de tabes et de paralysie générale légitimes. Une grande cause prédisposante, l'hérédité, aidée par des causes déterminantes dont la principale de beaucoup est la syphilis, provoque l'apparition de ces deux affections. Le tabes et la paralysie générale, qui ont la même étiologie, coexistent dans un nombre trop considérable de cas et se combinent de façons trop variées pour que l'on puisse voir dans l'une de ces affections une complication de l'autre ; on doit les considérer comme des manifestations diverses d'une seule et même maladie.

Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, par Louis Hélary.

La tuberculose laryngée ne retire aucun bénéfice du traitement médical dont l'impuissance est manifeste. Le traitement chirurgical, au contraire, améliore d'une façon certaine les troubles fonctionnels marquants de cette maladie, dysphagie, dyspnée, dysphonie. Le curettage du larynx fait disparaître les troubles de la respiration, et permet d'éviter la trachéotomie dans certaines formes de laryngite tuberculeuse.

L'extirpation des masses infiltrées aryténoïdiennes a la plus heureuse influence sur la dysphagie qu'elle calme toujours. En permettant de manger, à un malade qui mourait littéralement de faim, elle prolonge son existence, et elle contribue au relèvement de l'état général. Les opérations endolaryngées ne sont jamais suivies, que dans les cas absolument exceptionnels, d'accidents sérieux. Elles ont une action heureuse sur l'évolution ultérieure de la tuberculose pulmonaire qu'elles semblent retarder dans sa marche. Le traitement chirurgical n'agit pas seulement comme palliatif ; il peut aussi, mais dans des cas rares et bien déterminés, guérir la phthisie laryngée, comme le prouvent l'anatomie pathologique et la clinique. Le traitement curatif peut s'obtenir de trois façons : 1° par le curettage du larynx, méthode la plus ordinaire ; 2° par la laryngo-fissure, procédé rarement exécuté ; 3° par l'extirpation du larynx, opération qui a donné un ou deux succès, mais qui doit être rejetée, en raison de son trop de gravité.

VARIÉTÉS

Services sanitaires. — M. le docteur A. Chantemesse, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, est nommé inspecteur général adjoint des services sanitaires.

Corps de santé militaire. — M. le médecin-inspecteur Vallin, directeur de l'Ecole de médecine militaire de Lyon, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris. Il est remplacé à la tête de l'Ecole de médecine militaire de Lyon par M. le médecin principal Kelsch, qui cumulera ces fonctions avec celles de membre du Comité technique de santé et pourra continuer ainsi à prendre une part active aux délibérations de l'Académie de médecine.

La patente des médecins. — Toutes les réclamations que l'on a pu faire valoir pour démontrer l'injustice de la taxe nouvelle dont on prétend frapper les médecins ont été écartées. Malgré l'excellent discours de M. Cornil, le Sénat s'est borné à élever à 4,000 fr. au lieu de 3,000 le chiffre de loyer à partir duquel le taux de la patente sera porté au douzième. Très disposés à admettre, s'il pouvait être équitablement établi, un impôt sur le revenu, nous continuerons à protester contre l'impôt progressif que l'on veut faire accepter, mais nous doutons fort que nos doléances soient écoutées par nos législateurs. C'est dans son ensemble qu'il faut réformer la loi sur les patentes des médecins.

Nécrologie. — M. le docteur Charles Devilliers, qui vient de mourir à l'âge de 80 ans, était l'un des doyens de la section d'accouchements. Docteur de 1838, ancien chef de clinique d'A. Dubois, il avait été l'un des plus zélés rapporteurs de la Commission de l'hygiène de l'enfance. Il a écrit plusieurs mémoires de gynécologie et d'obstétrique justement estimés. Il avait, durant de longues années, rempli les fonctions de médecin en chef de la Compagnie P.-L.-M.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 5 mai 1893.

Le Bureau central.

Il y a quelques jours, chirurgiens et médecins des hôpitaux ont reçu le rapport de M. Fleury-Ravarin sur la réorganisation des hôpitaux. D'autre part, un de nos collègues médecins a pu m'indiquer les grandes lignes du projet que M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, va tenter de faire prévaloir. Dans ce projet, il y a des mesures dont l'adoption réaliserait un progrès considérable, et, en particulier, la question des assistants y est envisagée d'excellente façon ; mais il paraît que M. Peyron, considérant la surcharge extrême dont souffre le Bureau central d'admission à l'Hôtel-Dieu, proposerait de créer un second centre semblable à Lariboisière, pour alléger le premier qui serait transporté à la Charité. Il y a loin de là à la proposition de M. Fleury Ravarin qui veut supprimer le Bureau central. Or, à nos yeux, il n'y a pas de doute possible : la suppression est infiniment préférable.

Cette opinion ressort avec évidence de mon dernier article, et je n'en aurais plus parlé, car je la croyais admise à l'unanimité, sauf de M. le Directeur du Bureau central. La proposition de M. le Directeur général me force à revenir sur cette institution qu'il y a trois semaines j'ai déjà qualifiée de grotesque.

Il fut un temps, heureusement passé, où toute la médecine et la chirurgie de Paris, on pourrait dire du monde, recevait son mot d'ordre de l'Hôtel-Dieu. C'est là que se trouvaient les maîtres les plus réputés, et devenir attaché à l'Hôtel-Dieu était un honneur, quoique cela se fît exclusivement à l'ancienneté. Le préjugé était si fort enraciné que, dans le monde extra-médical, on en trouve encore des vestiges, il est vrai en voie d'effacement. Je me souviens que, lorsque je fus interne à l'Hôtel-Dieu, il y a dix ans, en seconde année d'internat, certaines gens du monde me considéraient comme très distingué pour y être arrivé si tôt; et je leur répondais par la phrase classique : « Si jeune, et déjà fils du maire de Nancy ».

Actuellement où personne ne croit plus que l'Hôtel-Dieu soit le soleil éclairant le monde, cet antique établissement (les bâtisses sont neuves et ont coûté fort cher, mais chacun sait qu'elles ne valent rien) jouit encore d'une grande réputation et, par exemple, « les dames qui désirent accoucher », comme disait un brancardier quand j'étais interne, s'y rendent volontiers : j'en ai vu qui habitaient près de Lariboisière ou de Saint-Louis, hôpitaux pourvus d'un accoucheur spécial, et qui se rendaient à l'Hôtel-Dieu, d'où on les envoyait chez une sage-femme plus ou moins sordide (plutôt plus que moins).

Donc, il y a quelque cent ans, on venait en foule à l'Hôtel-Dieu pour consulter les maîtres, pour se faire recevoir à l'hôpital, pour se faire rebouter par une sœur à la barbe des médecins (cela avait encore lieu quand j'étais interne, et je soupçonne que cela continue). Qu'à cette époque le Bureau central répondît à un besoin, c'est possible; pour être renseignés, demandez-le à ceux qui ont posé leur premier cataplasme sous la direction de Dupuytren. Mais, de nos jours, il ne répond plus à rien; bien mieux, il est nuisible, et je vais tenter de le prouver.

Le Bureau central vise trois buts : 1° donner des consultations; 2° faire faire des pansements aux blessés non hospitalisés; 3° recevoir des malades dans les divers hôpitaux qui, chaque jour, envoient leurs « situations » pour que le Directeur du Bureau central fasse les répartitions. Prenons ces trois points l'un après l'autre :

1° *Donner des consultations*. Je ne sais pas si ce but a jamais été atteint, mais j'affirme qu'actuellement il ne l'est pas et ne peut pas l'être pour les motifs suivants.

Nous sommes de service trois fois par semaine, à jours réguliers, pendant un mois; puis nous passons le tour et nous revenons au bout de trois à quatre mois pour les chirurgiens, de quatre à cinq mois pour les médecins. Dans ces conditions, il est absolument impossible de suivre un malade de policlinique, de l'étudier, de lui être utile; de là découragement des médecins et des malades et le résultat est que, en chirurgie tout au moins, on ne voit pas en moyenne un malade par séance venant demander une consultation.

2° *Faire des pansements*. Les malades qui viennent demander un pansement sont nombreux et ils se divisent en plusieurs catégories.

Il y en a qui ont réellement besoin d'un pansement pour une plaie de tête, par exemple, ou après incision d'un petit abcès, d'un panaris. Ceux-là, je les plains, car je ne connais rien de si immonde (ce mot étant pris dans son sens « propre ») que le service des pansements. C'est une sœur qui y règne en souveraine; c'est une des plus « expérimentées » de la congrégation, lisez des plus âgées, et partant des moins aptes à appliquer une antisepsie même rudimentaire. Aussi il faut voir ces pansements et le pus qu'ils recouvrent! Pour l'abcès, cela vaut mieux encore que l'antique cataplasme. Mais ce serait presque un crime que d'envoyer à de pareilles mains, en un pareil taudis, une plaie destinée à ne pas suppurer.

Aussi bien les plaies de ce genre ne sont-elles pas fréquentes parmi nos habitués. Ce que nous voyons, c'est l'ulcère de jambe, c'est le pied malpropre et écorché, c'est une série de lésions entretenues avec soin par le patient : car un pansement, cela correspond à une soupe, et après avoir couché sous les ponts il est bon de savoir où trouver à se mettre quelque chose sous la dent. Seulement, j'ai pour ma part la présomption de croire qu'on a mal employé ma force vive quand on a pris deux heures de mon temps pour faire défiler devant moi un petit cent de semblables loqueteux. Il vaudrait bien mieux s'occuper de recueillir dans des asiles, *où ils travailleraient dans la mesure de leurs forces*, ces infirmes et vagabonds, quitte à abandonner définitivement à leur sort ceux qui seraient indécrottables, moralement et physiquement.

3° *Admettre les malades à l'hôpital*. J'ai dit, dans mon dernier article, pourquoi cette admission était plus mauvaise que bonne. Ce que je veux signaler aujourd'hui, c'est une situation sur laquelle, au moment même où mon article paraissait, un externe du Bureau central attirait l'attention des lecteurs du *Temps*. Cette situation, je la connais depuis que je suis chirurgien du Bureau central, et je puis dire que l'étude à laquelle je viens de faire allusion n'est entachée d'aucune exagération. Cette étude, en voici le résumé succinct : parmi les individus qui s'empilent, surtout quand la saison est rigoureuse, dans la vaste salle du Bureau central, c'est à peine s'il y a 10 0/0 de malades à recevoir, et ceux-là n'ont qu'à se présenter à un hôpital, le matin ou pendant la journée, pour être reçus sans tarder. Tout le reste est composé, par moitiés égales, de chroniques et de « piliers d'hôpital. »

Des chroniques, je ne parlerai plus, car on m'accuserait de rabâcher. Quant aux « piliers d'hôpital », il faut lire leur histoire dans le *Temps*, qui, par une faute d'impression amusante, les traite de « pilons ». Pour eux, l'admission à l'hôpital est un moyen d'existence, non point pour entrer à l'hôpital, mais pour utiliser leur billet soit en s'en servant pour mendier, soit en le vendant à un malheureux chronique. C'est que le billet a une cote, à la petite Bourse qui se tient dans les vespasiennes de la place du Parvis, et où vit un monde interlope composé de pseudo-malades, de pseudo-brancardiers, de cochers de fiacre complaisants, parfois de garçons de consultation soudoyés. Cette population, voulez-vous la contempler? Pour peu que le soleil soit beau, vous la voyez, de midi à quatre heures, couchée sur les bancs ou au pied des murs, devant l'Hôtel-Dieu. Et si vous voulez savoir ce que cela peut bien lui rapporter, lisez le *Temps*; vous conclurez que c'est un métier bien joli et bien facile que celui de « pilier d'hôpital », comme la médecine d'après le *Homard*.

Voilà pourquoi je doute qu'il y ait intérêt à créer dans Paris un deuxième centre semblable : vous n'assainirez pas l'Hôtel-Dieu, et vous transformerez Lariboisière en un second rendez-vous d'escarpes. Et je suis persuadé que tous mes collègues des hôpitaux m'approuveront si je soutiens qu'il faut dans chaque hôpital, dans chaque quartier régulariser le service de consultations proprement dites, et que par contre il faut purement et simplement supprimer le Bureau central.

A. Broca.

OBSTÉTRIQUE

L'accouchement dans les bassins viciés

Devant la Société obstétricale de France.

(Fin.)

M. Gueniot a déjà publié une observation de symphyséotomie heureuse pour la mère et pour l'enfant. Depuis, il en a recueilli deux autres. Une, concerne une primipare de 19 ans, rachitique, taille 1 m. 25; promonto-souspubien 85 millim. Le 21 janvier, trois applications de forceps (2 antéro-postérieures avec le Tarnier, 1 oblique avec le Levret); elles échouent; alors symphyséotomie; écartement de 5 à 6 centim.; forceps. Succès pour la mère et pour l'enfant. Dans l'autre cas, il s'agit d'une tertipare ayant déjà eu, à cause d'un bassin rachitique, deux grossesses inutiles. Après échec du forceps, M. Potocki fit la symphyséotomie; écartement primitif de 55 millim., puis application du forceps Tarnier. Pendant l'extraction, l'écartement atteint 6 centim. Succès pour la mère, mais enfant mort d'hémorrhagie méningée. Serait-il mort s'il n'y avait pas eu application préalable de forceps? Rien ne le prouve. Et d'ailleurs, M. Guéniot, malgré les réserves qu'il a faites à la suite d'une communication de M. Tarnier, semble se ranger au moins au niveau de l'Ecole de Lyon, car il nous dit : « Voilà mes résultats. J'aurais dû faire plus de trois symphyséotomies; mais, dans deux cas, en m'appuyant sur les antécédents des femmes, j'ai cru pouvoir terminer par le forceps; je m'en repens, car les enfants sont morts. »

A la suite d'une communication de M. Tarnier, avons-nous dit. Ce maître, en effet, malgré les succès que grâce à l'antisepsie on obtient par la césarienne et la symphyséotomie, ne pense pas que ces modes d'intervention doivent supplanter l'accouchement prématuré artificiel, et il nous dit : « Les résultats que j'obtiens ne me permettent pas d'abandonner une opération que je regarde comme très bonne.

» Mes succès tiennent à ce que je pratique de bonne heure et volontiers la provocation de l'accouchement. Les soins d'antisepsie assurent toujours la sécurité de la mère; la couveuse et le gavage protègent l'enfant que j'ai le soin de faire naître assez tôt pour n'avoir pas besoin de l'extraire instrumentalement.

» Sans entrer dans le détail minutieux de ma technique opératoire, je tiens à signaler le relevé des 44 provocations d'accouchement pratiquées à la Clinique, du 1er novembre 1890 au 1er novembre 1892 :

29 fois je me suis servi de mon dilatateur seul;
9 fois du dilatateur et de l'écarteur;
3 fois de la bougie;
2 fois du dilatateur et du ballon Champetier;
1 fois du dilatateur et du ballon Champetier, faisant colpeurynter vaginal.

J'ai pratiqué la provocation de l'accouchement :
1 fois pour une femme cardiaque;
1 fois pour une anémie pernicieuse progressive (l'enfant était mort *in utero* et la mère était moribonde);
1 fois pour une amaurose progressive;
41 fois pour des rétrécissements pelviens.

La mortalité a été de 1/44e, attendu que la femme atteinte d'anémie pernicieuse, moribonde lors de l'opération, a succombé. Dans ces conditions, je crois qu'on peut dire que la mortalité du fait de l'intervention est nulle. Cette innocuité absolue de l'accouchement provoqué est, du reste, confirmée par les statistiques actuelles de tous les accoucheurs.

La mortalité infantile a été de 18 0/0 :

4 enfants sont venus mort-nés (entre autres l'enfant de la femme anémique) ; 4 sont morts après la naissance. La proportion des enfants sortis vivants de mon service a été de 82 0/0.

J'estime que ces chiffres que je viens d'exposer sont intéressants à connaître et qu'il est utile de les comparer aux chiffres fournis par les statistiques d'opération césarienne et de symphyséotomie. »

Il est très frappant de voir M. Tarnier n'intervenir dans le débat qu'en faveur de l'accouchement prématuré artificiel et ne rien dire de la version, ni du forceps, ni de la basiotripsie, les trois autres opérations de la tétralogie classique. N'est-on pas porté à en conclure qu'il n'est pas aussi persuadé des bons résultats de ces dernières opérations, les seules pourtant que fasse le praticien. Qui sait ?

Il n'est pas besoin d'être grand clerc pour conclure des communications de M. Budin qu'il se rallie à peu près sans réserves à la manière de voir de M. Tarnier. Il a d'abord rapporté l'observation clinique d'une femme présentant un *bassin oblique ovalaire ou bassin de Nœgelé.* Quand il la vit pour la première fois, le 27 février 1889, elle était en travail. Dans trois accouchements antérieurs, on n'avait pas fait le diagnostic, et à la suite d'applications de forceps infructueuses, on avait dû recourir à l'embryotomie céphalique. M. Budin réussit à extraire avec le forceps un enfant vivant du poids de 3,620 grammes. Devenue enceinte une cinquième fois, malgré les conseils qui lui avaient été donnés, elle ne se présenta à l'hôpital qu'à terme et en travail. Grâce à la version on obtint un enfant vivant qui succomba, il est vrai, six jours plus tard. Un sixième accouchement fut provoqué prématurément; un enfant vivant fut expulsé spontanément. Enfin, devenue enceinte une septième fois, elle ne vint encore à l'hôpital qu'étant à terme. Grâce à la version on put extraire un enfant vivant. En résumé, dans trois accouchements, alors que le diagnostic n'avait pas été fait, les opérateurs avaient dû recourir à l'embryotomie céphalique. Dans 4 accouchements qui ont eu lieu après l'établissement du diagnostic, on a eu 4 enfants vivants et, lorsque l'accouchement a été provoqué avant terme, les contractions utérines ont réussi à expulser le fœtus.

Par cette observation M. Budin s'est, sans aucun doute, proposé de montrer une fois de plus qu'il est des bassins de Nœgele peu déformés et peu viciés. Ce sont ces bassins pour lesquels il ne sera pas besoin (question de mensuration et de calculs) de recourir à l'ischio-pubiotomie de Farabeuf. Cette opération, fille de la symphyséotomie, a été en effet expressément réservée par son auteur à ces autres bassins de Nœgele « trop étroits pour la version, le forceps, le levier, même pour l'accouchement provoqué d'un enfant assez avancé pour être sûrement viable. »

Puis, M. Budin a communiqué les résultats des *accouchements chez les femmes rachitiques*, observés par lui, dans son nouveau service de la Charité, d'octobre 1891 à avril 1893. En voici le résumé :

A. — Bassins mesurant, dans leur diamètre promonto-pubien *minimum*, 10 *centimètres et au delà*, 76 accouchements : 68 spontanés, 8 artificiels : comprenant 1 embryotomie, 5 applications de forceps, 3 versions.

B. — Bassins mesurant entre 9 et 10 centimètres, 28 accouchements : 23 spontanés, 5 artificiels : 2 forceps, 3 versions.

C. — Bassins mesurant entre 8 et 9 centimètres : 20 accouchements : 15 spontanés, 5 artificiels : 2 forceps, 3 versions.

D. — Bassins mesurant moins de 8 centimètres : 3 accouchements artificiels : 1 forceps, 2 versions.

E. — Bassins généralement rétrécis : 4 accouchements : 1 application de forceps, 1 accouchement prématuré provoqué, 2 symphyséotomies.

Voici les résultats qui ont été obtenus. *Mères :* 131 accouchements, 0 décès. — 10 femmes ont eu des suites de couches pathologiques peu graves. Morbidité, 7,6 0/0 : 8 affections du sein, lymphangites ou galactophorites, 1 infection tardive commençant le 10e jour et déterminant 3 fois 38°, enfin une femme tuberculeuse qui avait déjà de la fièvre avant son accouchement.

Sur 131 accouchements, 106 ont été spontanés ; 25 fois l'accouchement a été artificiel ; ce sont : 1 accouchement prématuré provoqué, 1 enfant vivant ; 12 forceps, 12 enfants vivants ; 9 versions, dont 5 après des applications de forceps qui n'avaient pas réussi à entraîner la tête : 8 enfants vivants.

Dans un cas où il existait une procidence du cordon et où l'enfant était mourant, l'interne du service a essayé de le sauver en pratiquant la version et n'a pu ranimer le fœtus. Une embryotomie, l'enfant mort lors de l'entrée à l'hôpital se présentait par l'épaule. Enfin 2 symphyséotomies, les enfants extraits vivants ont succombé tardivement le 14e et le 10e jour à des causes indépendantes de la symphyséotomie. Pour les enfants, sur 131, 120 sont sortis vivants de l'hôpital. Onze ont succombé, ce qui donne une statistique brute de 8,3 0/0. Trois étaient morts avant l'entrée dans le service ; pour ceux qui ont succombé à des causes diverses après leur naissance, il y avait eu accouchement spontané facile. En dehors des trois faits cités plus haut (2 symphyséotomies et une version pour un fœtus mourant de procidence du cordon), aucun des enfants n'a succombé pour lesquels on était intervenu par le forceps, la version ou l'accouchement prématuré. Aucun enfant non plus n'est mort dans les cas spéciaux où l'accouchement a été spontané, bien que le degré de rétrécissement ou le volume de l'enfant ait fait croire à une intervention probable.

Et maintenant, pour compléter l'impression qui se dégage de cette note d'ensemble, écoutons M. Budin parler de la symphyséotomie en particulier. Le 28 février, il fut appelé auprès d'une rachitique chez laquelle le travail n'avançait pas. Le promonto-sous-pubien mesurait 9 centimètres et tous les diamètres du détroit supérieur étaient plus petits qu'à l'état normal. L'enfant se présentait par le sommet ; la tête mobile au détroit supérieur n'avait aucune tendance à s'engager ; elle était en position O.I.D.A., presque en O.P. L'existence de l'enfant paraissait très compromise. Depuis plusieurs heures il perdait son méconium ; quant aux battements du cœur, irréguliers par périodes, ils étaient réguliers dans d'autres, mais demeuraient alors ralentis et ne dépas-

saient pas le chiffre de 90 ou 100 par minute. On crut à l'existence d'une hémorrhagie méningée. La dilatation de l'orifice utérin n'étant pas complète, on résolut d'attendre pendant une heure au moins.

L'état moral de la mère était le suivant : elle avait grand'peur de mourir, et lorsqu'on insista pour savoir si elle tenait beaucoup à l'existence de son enfant, elle laissa voir qu'elle tenait surtout à la sienne propre. Il fallait terminer l'accouchement, c'était certain, mais comment? L'insuccès du forceps et de la version était certain. Fallait-il recourir à la symphyséotomie? mais l'enfant était très compromis, et au point de vue maternel, on ne saurait établir aucune comparaison entre la bénignité de la basiotripsie et les risques que la symphyséotomie fait courir à la femme. M. Budin était donc très perplexe. Il fit une application de forceps directe sur la tête qui se trouvait presque en O.P. La tête, malgré *deux tractions très fortes*, ne s'engagea pas. Ne pouvant se résoudre à l'embryotomie, il fit la symphyséotomie. L'opération fut très simple; cependant les plexus pré-vésicaux donnèrent lieu à un écoulement sanguin en nappe très abondant. Un aide fit la compression avec de la tarlatane trempée dans du sublimé et, sans attendre, on fit, au moment d'une contraction, des tractions sur le forceps qui avait été laissé en place.

L'enfant, du poids de 3 kilos, fut extrait assez facilement; il était en état de mort apparente, mais il succomba le 10e jour et l'autopsie démontra que, comme on l'avait pensé, il y avait une hémorrhagie méningée. La mère sortit de l'hôpital marchant depuis plusieurs jours, la réunion de la symphyse pubienne semblait parfaite.

Ainsi, dit en terminant M. Budin, « je n'ai pas réussi à sauver l'enfant. J'ai fait courir à la mère, qui ne le demandait pas, beaucoup plus de risques qu'elle n'aurait courus avec la basiotripsie. Je me retrouverais dans un cas analogue, je ne recommencerais pas. « Le fœtus étant mort ou compromis dans sa vitalité, la symphyséotomie est une mauvaise opération. » C'est Morisani qui a écrit cette phrase, et sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, en ce qui concerne les indications de la symphyséotomie, par exemple, on fera bien d'imiter sa réserve et sa sagesse. Les accoucheurs n'oublieront pas les bons résultats que peuvent donner l'accouchement prématuré, le forceps, la version, et même les contractions utérines seules qui nous ménagent parfois d'agréables surprises. »

A quoi l'on peut répondre : Si ce sont des surprises, elles ne peuvent être prévues; compter sur des surprises est peut-être plus empirique que scientifique. Et s'il est avec les moyens ordinaires des « surprises agréables, » il en est de « désagréables » sans doute. Ce sont probablement ces surprises désagréables — qui font la mortalité fœtale indéniable de 34 0/0 de l'accouchement prématuré artificiel, de 31,2 0/0 de la version, de 25 0/0 du forceps — dont les partisans de la symphyséotomie ne veulent plus courir les risques. Ils ne veulent plus, nous semble-t-il, escompter que les surprises agréables que leur procurent, presque chaque semaine, depuis un an, les bassins pour lesquels ils eussent fait naguère, en vertu des indications classiques, l'accouchement prématuré artificiel. Pour ces bassins ils attendent aujourd'hui le terme, la symphyséotomie au bras, et qu'arrive-t-il ? dans nombre cas le fœtus bien développé passe sans la moindre intervention. « Surprises agréables » dont ils se privaient naguère et qui témoignent qu'on a fait jadis pas mal d'accouchements prématurés provoqués inutiles, dont s'est accru le pourcentage des enfants portés survivants au compte de cette dernière opération.

Et, d'autre part, qui donc a jamais parlé, pour les bassins en question, de symphyséotomie lorsque l'enfant est mort? Quoique radical, M. Varnier a pris soin de déclarer que l'école de Pinard était exclusivement guidée par la pensée d'éviter la mort du fœtus : on lui aurait reproché de méconnaître le sens critique de ses auditeurs s'il avait ajouté qu'il serait absurde de faire la symphyséotomie pour un enfant mort. Enfin, M. Budin avait soupçonné à l'avance une hémorrhagie méningée, confirmée par l'autopsie. Mais s'il n'y avait eu ni forceps initial avec « tractions très fortes », ni forceps avant l'écartement complet, voilà qui serait autrement probant; et alors on répondrait à M. Budin : la symphyséotomie pour un enfant mort est, comme vous le dites, une absurdité; pour un enfant diagnostiqué mourant, elle semble être médiocrement indiquée, et nous vous remercions d'avoir pris l'initiative d'une opération qui nous le démontre.

Telles sont, dans ce débat, les communications qui ont été étayées sur des faits précis, sur des statistiques dont quelques-unes documentées. La discussion a été reprise, dans le sens de M. Budin, par *M. Bar*, qui a d'abord tenu à faire préciser un point par MM. Pinard et Varnier : il a amené ainsi, sans peine d'ailleurs, ses contradicteurs à déclarer qu'ils n'admettent l'accouchement prématuré que pour les bassins au-dessous de 7 centimètres (cas très rares dans la pratique), et qu'alors ils le combinent à la symphyséotomie, ce qui leur permet de le retarder, et partant d'obtenir un fœtus ayant plus de chances de survie. Or il y a très loin de là aux idées de M. Bar. Que la symphyséotomie puisse rendre des services — et en particulier chez les rétrécies qui ne viennent consulter qu'à terme — c'est incontestable. Mais même chez celles-là M. Bar fait souvent la version, et s'en trouve bien (sans citer une statistique précise, il est vrai); et chez les primipares aux parties rigides, il attend et souvent réussit une simple application de forceps. Il fait d'autre part l'accouchement provoqué; de la sorte, on fait passer par exemple un enfant de 2900 gr. par un bassin de 77 mm. Les enfants qui passent dans les bassins de 7 cm. et au-dessus pèsent de 2300 à 2500 gr.: ce ne sont pas, quoi que paraisse en penser M. Pinard, des petits faiblards que l'on n'élèvera pas. Par contre, la symphyséotomie fait courir à la femme, malgré la série heureuse de M. Pinard, des risques inconnus aux autres méthodes. Quant à la mortalité infantile, M. Bar dit que sur plus de 40 accouchements artificiels provoqués dans son service, il arrive à peu près au même chiffre que M. Tarnier : 1/5.

Mais il n'a pas donné, en somme, avec documents précis, la statistique intégrale de sa pratique, et M. Pinard, dans sa réplique, a insisté sur l'impossibilité de discuter complètement dans des conditions de ce genre. Un fait important est fourni par le relevé de M. Tarnier : pour deux années de sa pratique, 18 0/0 de mortalité. Mais si on prend la pratique intégrale de C. Baun, Ahlfeld, Léopold, Rumpe, Olshausen, etc., on arrive à une mortalité moyenne de 34 0/0. C'est précisément celle qu'a enregistrée, dans sa statistique intégrale, M. Pinard, qui, cependant, s'est trouvé à un moment donné à la tête d'une série superbe, puisque ses trois premières années à Lariboisière lui ont fourni 88 0/0 d'enfants vivants (statistique publiée par M. La Torre). Puis sont venues les séries noires, et à la première centaine M. Pinard était exactement à la moyenne des autres accoucheurs ayant publié des statistiques intégrales, portant sur plusieurs années. C'est à ce moment que, revenant sur ses opinions premières, il a cherché à faire mieux. On peut en dire autant du forceps et de la version. Voilà pourquoi il ne se laisse pas séduire par la série si favorable de M. Budin, car elle ne va que d'octobre 1891 à avril 1893, les vacances exceptées, et ne représente malheureusement pas la pratique intégrale de M. Budin et de ses élèves depuis une dizaine d'années qu'il est à la tête d'un service hospitalier. Ne voit-on pas

dans la statistique de Léopold des séries de 7, 8, 12 versions consécutives sans décès ? Et l'ensemble, en 10 ans, sur 172 cas, donne plus de 30 0/0 de mortalité fœtale.

Aussi M. Pinard, dans sa réplique finale, a-t-il déclaré qu'actuellement on ne saurait continuer davantage le débat : chacun garde ses positions. Il faut laisser les faits s'accumuler de part et d'autre. Mais pour juger de la symphyséotomie, on est en droit d'exiger certaines conditions, et à cet égard nous terminerons par l'analyse du mémoire de Varnier sur le bilan de la symphyséotomie en date du 1er avril 1893.

Ce bilan est le suivant, avec des opérations de sources très diverses, dont bon nombre sont dues à des opérateurs ne les ayant faites que très peu, souvent même une seule; opérations souvent entachées de fautes évidentes et qu'il serait aisé de critiquer une à une :

Mortalité fœtale. 9 0/0
— maternelle (1) . 1 sur 117

Il est évident qu'entre les mains d'opérateurs expérimentés, ou d'opérateurs s'en tenant absolument aux règles scientifiquement établies, cette mortalité est réductible. Déjà maintenant, avec ce bloc difforme, elle est, pour le fœtus, meilleure, et de beaucoup que celles de l'accouchement provoqué, du forceps, de la version, considérées isolément, *a fortiori* que celle de la méthode classique dans son ensemble. Il sera facile de démontrer que, tout compte fait, elle est au moins aussi bonne pour la mère. Que sera-ce quand le bloc aura été façonné? Et pour faire connaître les conditions dans lesquelles on doit dorénavant discuter, nous ne pouvons mieux faire que de citer les conclusions d'un récent mémoire de Varnier (*Annales de gynécologie*, 15 avril 1893) :

« Nous avons tenu, pour la période antérieure au 31 mars 1893, à faire un relevé général qui comprend, avec les opérations antiseptiques, raisonnées, calculées, bien conduites, celles (et on a pu voir qu'elles sont nombreuses) qui ne sont rien moins que tout cela.

» Mais l'apprentissage est aujourd'hui suffisant.

» Lorsque Morisani et nous après lui et d'autres après nous ont pris parti pour la symphyséotomie, il a été bien entendu qu'il s'agissait de la symphyséotomie *antiseptique sur des femmes non infectées.*

» Qu'on ne vienne donc plus arguer de la mortalité par septicémie. Pour juger la symphyséotomie septique, il n'est pas besoin de nouvelles observations ; celles du temps passé suffisent.

» Les questions sur lesquelles il pouvait rester des doutes dans l'esprit de quelques-uns étaient uniquement celles-ci :

» 1° Oui ou non, la symphyséotomie raisonnée, calculée, bien conduite, entraîne-t-elle soit du côté des symphyses sacro-iliaques, soit du côté de l'urèthre et de la vessie, comme on s'est plu à le répéter lors de la publication de Spinelli et de nos premiers essais, des désordres immédiats ou consécutifs ? L'expérience clinique, confirmant de tous points les résultats de l'expérimentation cadavérique, répond : Non.

» 2° Oui ou non, pour les bassins dont le rétrécissement n'est pas extrême, l'agrandissement produit par la section pubienne complète suffit-il au passage du fœtus vivant? Oui, répondent les faits.

» 3° Oui ou non, la symphyse, est-elle difficile à trouver et à sectionner ? Non, puisque sur 125 cas on ne l'a manquée que trois fois, et que sur deux de ces cas où la scie à été employée, l'opération a pu s'achever sans encombre.

(1) Du fait de la symphyséotomie *antiseptique sur des femmes non préalablement infectées.*

» 4° Oui ou non, l'opération donne-t-elle lieu à autre chose qu'à une hémorrhagie veineuse aisée à contenir dans des limites non dangereuses ? Non. L'unique cas de Tellier n'est pas pour modifier notre conviction.

» Restent donc, au moment du dégagement de la tête à l'orifice pubio-périnéal, les déchirures antérieures vulvo-vaginales qui, d'après nos observations personnelles et celles de plusieurs confrères, sont manifestement dues au manque de soutien des parties molles antérieures au moment de l'extraction.

» Ces déchirures nous paraissent faciles à éviter ou à limiter. Entraînés par l'habitude, les accoucheurs, après avoir engagé la tête en position transversale et l'avoir entraînée au fond du bassin, ramènent à l'aide du forceps l'occiput en avant; sans réfléchir qu'avec 5 ou 6 cent. d'écartement pubien le détroit inférieur et le bassin mou prennent une forme absolument différente de leur forme normale. Ils ne sont plus ovoïdes dans le sens antéro-postérieur, mais ovoïdes transversalement. Mettre la tête en directe dans cette boutonnière à grand axe transversal, c'est vouloir en faire, presque fatalement, sauter la lèvre antérieure non soutenue.

» Si l'on veut se souvenir que, pour le détroit inférieur des bassins rachitiques, il n'est pas besoin de cet agrandissement si nécessaire au détroit supérieur — ainsi que nous l'ont tant de fois prouvé les applications de forceps que nous faisions naguère au détroit supérieur non ouvert — rien n'est plus simple, une fois la tête engagée à fond et la rotation faite, peut-être même avant la rotation, que de refermer le bassin, de réduire à 0 la brèche antérieure, de restituer aux parties molles leur soutien osseux; quitte, une fois la tête dégagée par déflexion, à laisser se rouvrir le bassin pour l'engagement et la descente des épaules et à le refermer encore pour l'extraction finale. C'est ce que nous ferons désormais pour notre part.

» Ainsi disparaîtra pour la mère le seul danger de la symphyséotomie *antiseptique, raisonnée, calculée, bien conduite.* C'est se moquer que de comparer, au point de vue de l'irréductibilité de la mortalité maternelle, la symphyséotomie à l'ovariotomie.

» Quant à l'enfant, nous l'avons assez répété et démontré :

» Viable, non blessé, il doit sortir vivant et survivre, à la double condition que la symphyséotomie sera complète et l'écartement préalable, reconnu nécessaire, par le calcul obtenu avant l'intervention finale : l'application régulière du forceps de Tarnier sur la tête fléchie et en position transversale.

» C'est sur ces bases, assez nettement établies, je pense, et sur ces bases seules que nous discuterons désormais. »

U. C.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Pitié. — M. Reclus.

Du traitement des fractures.

La chirurgie des grandes cavités splanchniques ne doit pas nous obséder au point de faire oublier une thérapeutique plus modeste, mais aussi utile. On néglige un peu les fractures et depuis la vulgarisation des appareils plâtrés et de l'extension continue, acquisition de premier ordre, il est vrai, on semble se reposer, comme désormais satisfait des résultats acquis. Championnière, cependant, a voulu tenter une réforme et, depuis 1886, il préconise une méthode nouvelle basée sur le massage et la mobilisation précoce; mais, malgré la juste notoriété

de notre collègue, on s'y arrête à peine et, en dehors du cercle toujours un peu étroit des élèves directs, je ne crois pas que sa pratique ait encore les adeptes qu'elle mérite. Aussi voudrais-je étudier avec vous cette question et rappeler tout ce dont nous nous sommes redevables à la doctrine de Championnière.

Jusqu'alors un seul point nous préoccupait dans le traitement des fractures : l'immobilisation des fragments en bonne position. Le levier osseux est brisé ; il faut en juxtaposer le plus étroitement possible les deux morceaux et les maintenir immobiles après leur coaptation, car le repos, un repos rigoureux, est nécessaire pour obtenir la formation régulière du cal. Une innombrable série d'appareils a été imaginée pour remplir cette condition essentielle et c'est pour y satisfaire qu'on a eu recours aux attelles de bois et de fil de fer, aux gouttières, à la dextrine, au silicate et au plâtre. Certes, il ne faut pas méconnaître l'utilité de l'immobilisation dans les fractures, bien qu'on l'ait exagérée singulièrement. Mais cette notion ne doit pas nous dominer au point de faire négliger un autre facteur du problème dont la valeur ne s'est guère dégagée que de nos jours et que la plupart des chirurgiens semblent ignorer encore : la nécessité d'entretenir la bonne nutrition des muscles, la souplesse des gaines tendineuses et des articulations voisines de la fracture.

Mais ici se dresse une difficulté d'apparence irréductible et les deux exigences paraissent contradictoires. En effet, les os pour se souder réclament l'immobilité du membre, tandis que le mouvement est nécessaire pour assurer la nutrition du muscle, maintenir le glissement des gaines tendineuses et le libre jeu des surfaces articulaires. Or, il n'est pas facile de mobiliser les uns et d'immobiliser les autres, car la solidarité est étroite entre les os, les tendons et les muscles du membre fracturé; et si l'on voulait une solution mathématique à ce problème, je crois qu'on la chercherait en vain. Mais la clinique s'accommode de moins de rigueur et nous allons voir que, par une série d'artifices, variables suivant la fracture, on arrive à donner aux fragments brisés assez d'immobilité pour permettre la formation d'un cal régulier et aux muscles, aux gaines tendineuses et aux jointures assez de mouvements pour y entretenir une nutrition active et une souplesse suffisante.

Et d'abord établissons que le repos absolu, une immobilité rigoureuse ne sont pas aussi nécessaires que les cliniciens semblaient le croire : les fractures de la clavicule qu'un appareil ne maintient pas assez pour empêcher les mouvements des fragments l'un sur l'autre, sont fréquentes et cependant leur consolidation est de règle et les pseudarthroses sont plus qu'exceptionnelles ; les côtes brisées sont, malgré les bandages du corps, soumises, de par le jeu respiratoire, à une oscillation qui se répète près de vingt fois par minute et le cal ne s'en produit pas moins dans les limites ordinaires de l'ossification ; depuis l'emploi systématique de l'extension continue dans les fractures de la cuisse, on a supprimé la plupart des appareils immobilisateurs ; chaque fois que le malade se remue ou s'assied dans son lit, il imprime un mouvement assez prononcé au fragment supérieur, et cependant, loin d'être compromise, la consolidation se fait avec une rapidité que l'on ne connaissait pas du temps des attelles de Sculptet et même des gouttières plâtrées.

Une certaine quantité de mouvements est donc compatible avec une ossification régulière et nous en avons à tout jamais fini, je l'espère, avec la superstition de l'immobilité à outrance. D'autre part, on peut, sans beaucoup ébranler le fragment, agir sur les muscles, les gaines tendineuses et les articulations et voici les moyens qu'on peut employer pour arriver à ce résultat : Championnière nous donne les siens qui sont excellents et qui lui ont procuré des succès incontestables. J'y ai, pour ma part, apporté certaines modifications que je crois bonnes et je pense que chacun s'ingéniera à plier la méthode à ce qu'on pourrait appeler ses « manies » chirurgicales. Mais le fond n'en variera guère et la base en sera toujours le massage et la mobilisation précoces.

Dans toute une classe de fractures, le problème est vraiment simplifié et la nature se charge elle-même de faire l'immobilisation qui nécessite ailleurs l'emploi d'appareils plus ou moins compliqués. Ces fractures « maintenues » ne sont pas exceptionnelles et comprennent plusieurs variétés : tantôt les fragments s'engrènent comme à l'extrémité inférieure du radius, dans certaines fractures du col du fémur et peut-être aussi de son extrémité inférieure ; tantôt des ligaments ou des insertions musculaires empêchent le déplacement des segments osseux ; telles les fractures de l'extrémité inférieure du péroné, de l'extrémité externe de la clavicule, celles des côtes, et, chez les enfants, certaines fractures des membres où la diaphyse rompue est maintenue sans déplacement par son fourreau de périoste ; tantôt un os voisin sert, pour ainsi dire, d'attelle, et s'oppose au chevauchement, comme cela s'observe pour la fracture d'un métacarpien ou d'un métatarsien isolé, du seul radius ou du seul cubitus à l'avant-bras, du seul péroné ou du seul tibia à la jambe.

Dans tous ces cas, l'ancienne méthode avait recours aux appareils immobilisateurs ; sans doute par une sorte de symétrie, ou par esprit de simplification et afin que toutes les fractures aient une thérapeutique uniforme. Mais, en vérité, pourquoi immobiliser l'extrémité inférieure d'un radius ou d'un péroné immobilisé déjà par son engrènement ou par ses insertions ligamenteuses ? N'est-il pas plus simple de traiter ces fractures comme une contusion ou comme une entorse dont elles sont le parfait équivalent ? C'est ce qu'a soutenu Championnière dans son premier mémoire et, pour ces deux fractures du moins, nous croyons qu'il a rallié à son opinion la majeure partie de ses collègues. Les attelles et les gouttières plâtrées me paraissent abandonnées et c'est par le massage que toutes ces fractures à fragments immobiles sont traitées désormais.

Championnière, dans ces cas, agit le plus tôt possible, aussitôt après la fracture : le massage doit porter sur l'articulation du poignet ou du cou-de-pied, sur les muscles, les gaines tendineuses, tout en évitant avec soin le foyer de la fracture; on remonte jusqu'au coude et jusqu'au genou, on descend jusqu'aux doigts et jusqu'aux orteils. On suit les gaines tendineuses, les faisceaux musculaires, on mobilise méthodiquement chaque articulation. Les séances sont très longues et répétées au besoin; dans l'intervalle, la région n'aura pas d'appareil; à peine l'entourera-t-on d'une bande de flanelle et, grâce à ce traitement si simple, d'ordinaire au bout de 8 jours pour le poignet, de 10 à 12 jours pour le cou-de-pied, le membre aura recouvré une partie de ses mouvements, et tous au bout de 15 jours pour le premier, de 3 semaines pour le second. Mais jusqu'à la fin de la troisième semaine on empêchera le patient de soulever de gros poids ou de se livrer à la marche; ce n'est que peu à peu et d'une manière progressive qu'il lui sera permis de faire « œuvre violente ».

Pour ma part, je ne dirai pas ma méthode, mais mes procédés sont un peu différents et je traite ces fractures sans déplacements comme les entorses des jointures correspondantes. J'enveloppe d'abord la région dans une bande élastique très modérément serrée que je déroule

de l'extrémité vers la racine du membre; deux fois par jour cette bande est enlevée et l'on immerge la partie malade, cou-de-pied ou poignet, dans un bain à la température de 50 à 55 degrés centigrades; on l'y laisse dix minutes environ; puis l'on procède à une séance de massage selon les règles ordinaires et qui durera tout au plus un quart d'heure. La séance est alors terminée; il ne reste plus qu'à remettre de nouveau la bande qu'on laissera jusqu'au soir ou jusqu'au lendemain et cela pendant 15 jours ou 3 semaines; il m'est arrivé plusieurs fois de permettre à mes malades de marcher avant l'expiration des trois semaines réglementaires et je n'ai jamais eu à m'en repentir : aucune complication n'est survenue ni aussitôt ni plus tard.

Vous citerai-je des observations pour démontrer l'excellence de cette thérapeutique dans les fractures sans déplacement? Je pourrais en transcrire ici un grand nombre; mais je me contenterai de vous rappeler le cas le plus récent, ce charretier de 25 ans, entré dans nos salles, le 22 février, pour une fracture du péroné, à la base de la malléole externe; il y avait un gonflement énorme de la tumeur, une ecchymose qui descendait jusqu'aux orteils et qui remontait jusqu'à mi-jambe, une douleur localisée très vive, du ballottement articulaire et, grâce à la souffrance, l'impotence fonctionnelle était absolue. Nous commençons le traitement le jour même; les douleurs s'apaisent; dès le lendemain, sous la pression continue de la bande élastique, l'œdème a diminué et l'épanchement sanguin s'est étalé; les mouvements commencent à être possibles; les jours suivants l'amélioration s'accentue à tel point que, le 3 mars, neuf jours après l'accident, le malade pouvait marcher et, malgré notre avis, quittait l'hôpital.

Pour cette catégorie de fractures para-articulaires la cause me semble entendue et je n'insiste pas. Les discussions commencent lorsqu'il s'agit des ruptures diaphysaires, lorsque les fragments, très mobiles l'un sur l'autre, ne sont maintenus en place ni par des muscles, ni par des ligaments, ni par le périoste, ni par un os voisin formant attelle. Ici un appareil contentif est nécessaire, ou, sans cela, surviendraient des déplacements redoutables, des chevauchements énormes, des raccourcissements du membre, des compressions vasculaires ou nerveuses; il se ferait, en définitive, une consolidation vicieuse avec tous les accidents que comporte cette malformation. Mais faut-il, dans ces cas, s'en tenir à l'ancienne pratique et immobiliser le membre pendant les cinq ou six semaines réglementaires dans un appareil à demeure? Je ne le pense pas et l'on peut avoir recours à certains artifices qui hâtent la formation du cal tout en sauvegardant la nutrition des muscles, la souplesse des gaines tendineuses et des synoviales articulaires.

Si la peau est intacte, si des phlyctènes ne soulèvent pas l'épiderme, Championnière préconise alors une bonne séance de massage pratiqué avec les précautions les plus grandes; le membre sera « calé » sur un coussin de sable, de façon à éviter tout mouvement du côté de la fracture dont on évitera le foyer: la pression y serait très douloureuse; les caillots sanguins seront écrasés, l'œdème refoulé vers la racine du membre; puis, après mobilisation des jointures voisines, un appareil plâtré immobilisera la fracture réduite. Au bout de huit ou dix jours, cet appareil sera enlevé pour une séance nouvelle de massage et de mobilisation et, si déjà le cal commence à se former, si les fragments en contact n'ont plus de tendance au déplacement, on pourra se contenter de déposer le membre dans une gouttière dont on le sortira tous les jours pour pratiquer la mobilisation et le massage. Si, au contraire, les fragments persistent dans leur tendance au déplacement, un nouveau plâtre est appliqué pour huit jours encore. Grâce à ce traitement, très simple on le voit, le cal se forme mieux et la guérison définitive est plus rapide.

J'ai un peu modifié ces manœuvres: je commence bien par la mobilisation prudente des articulations voisines et par un léger massage s'il peut être pratiqué sans trop de mouvement dans le foyer de la fracture et, par conséquent, sans trop de douleur; puis j'enveloppe immédiatement le membre dans une bande de caoutchouc; grâce à elle, les épanchements sanguins s'étalent et se résorbent et l'œdème disparaît. De plus, c'est un moyen de contention plus efficace qu'on ne croit et sous ma compression élastique j'ai pu maintenir des fragments qui avaient tendance à chevaucher. Au coude, au bras, à la jambe, cette bande m'a rendu de grands services et je ne comprends pas la réprobation dont la poursuit notre ami Championnière. Il lui reproche les souffrances qu'elle provoque. Mon avis est qu'elle est alors trop serrée. Placée avec soin, déroulée plutôt que tendue sur la région, nous avons vu au contraire qu'elle apaisait les douleurs; elle maintient les fragments, empêche leurs heurts et, de ce fait, s'oppose à une des causes les plus indiscutables de la souffrance dans les fractures.

Vous avez sous les yeux un cas qui vous montre les services que peut rendre la bande élastique : une domestique de 50 ans est entrée dans ma salle le 27 mars pour une fracture des deux os de la jambe gauche. Vous vous rappelez la saillie que faisait le fragment supérieur du tibia, l'œdème et l'ecchymose de tout le membre; je place, après traction sur le pied pour obtenir la réduction, une bande élastique qui va des orteils au-dessus du genou; je la serre juste assez pour qu'elle ne tombe pas; puis je mets le membre dans une gouttière matelassée de ouate. Au bout de dix jours j'enlève la bande pour me rendre compte des lésions: l'œdème a en partie disparu; l'ecchymose s'est étalée et du pied remonte jusqu'au-dessous du genou; une bosse sanguine qui soulevait la peau en avant du tibia s'est résorbée en partie et déjà la mobilité est moins grande. Le massage est alors institué; tous les jours la bande est enlevée pour mobiliser les articulations et pour masser les muscles et la gaine tendineuse. Au vingt et unième jour, la consolidation est presque complète et le malade fléchit et étend les jointures des orteils, du cou-de-pied et du genou sans éprouver la moindre douleur. Le résultat est véritablement remarquable.

Si j'ai ajouté, pour ma part, la bande élastique aux manœuvres excellentes préconisées par Championnière, ce n'est pas, on peut m'en croire, pour faire autrement que le promoteur de la méthode. Mais c'est que j'en retire de bien grands avantages, du moins lorsque la mobilité des fragments n'est pas excessive et ne tend pas à se reproduire sous la bande, car alors le plâtre est évidemment nécessaire. D'abord la bande supplée au massage dans les cas où celui-ci est impossible, lorsque la fracture ne peut être facilement « calée » et que chaque mouvement provoque des douleurs intolérables. Et puis, lorsque de larges phlyctènes soulèvent l'épiderme; dans ce cas encore on ne pourrait, sans graves inconvénients, promener et appuyer le pouce sur la peau altérée La bande maintient en outre les fragments, ajoute à l'immobilité de la gouttière, tout en hâtant la résorption des caillots; enfin, vers la troisième semaine, elle aide à la marche en soutenant la région et, grâce à elle, on évite ces œdèmes que j'ai vus survenir, après la marche ou la station verticale, même chez les individus dont la fracture avait été régulièrement traitée par un bon massage.

Je sais bien qu'on lui objecte de s'opposer au libre apport du sang dans la marche; la circulation, dit-on,

serait moins active et les échanges nutritifs plus restreints; donc, au lieu d'aider à la production du cal, elle entraverait sa formation régulière. Cet argument me paraît théorique ; il me semble, au contraire, que le sang circule mieux dans les tissus débarrassés par la compression des œdèmes, des extravasations et des épanchements sanguins. En tout cas, dans les fractures déjà nombreuses où j'ai eu recours à la bande élastique, j'ai vu l'ossification se faire dans des conditions particulièrement heureuses. On sait même que, grâce à un certain artifice auquel on peut recourir si le cal semble retarder, on peut se servir de la bande pour hâter l'ossification, et la méthode d'Helferich, qui tend de plus en plus à se répandre, est justement basée sur son emploi. Une bande est placée de l'extrémité du membre jusqu'au niveau du foyer de la fracture qu'on laisse à découvert; mais juste au-dessus, on commence l'application d'une deuxième bande que l'on déroule plus ou moins haut vers la racine du membre.

Nous avons eu récemment recours par deux fois à cette méthode et le succès en a été remarquable. Vous vous rappelez cette concierge de 43 ans, ce palefrenier de 45 ans, entrés l'un pour une fracture compliquée, l'autre, pour une fracture simple de la jambe. Lorsque l'appareil plâtré, que dans ces deux cas nous avons dû employer, fut retiré au bout de 20 jours et de 25 jours, la fracture semblait aussi mobile qu'au premier moment. Nous mettons alors la bande élastique selon le procédé d'Helferich et, dès le cinquième jour de son application, le cal commençait à soulever les tissus, et en trois semaines, il était suffisamment solide pour permettre au malade de marcher et de quitter l'hôpital. Nous ne saurions trop insister sur la valeur de ce moyen, appelé, nous en sommes sûr, à rendre de très grands services dans tous les cas de retard dans la consolidation des fractures.

Le massage des muscles et des gaines tendineuses, la mobilisation des jointures n'a pas seulement pour conséquence une guérison plus rapide, ils donnent, par surcroît, une guérison plus solide. Autrefois, au bout de cinq à six semaines, lorsqu'on enlevait l'appareil inamovible, on constatait bien l'existence d'un cal résistant, mais on se trouvait en présence d'un membre amaigri, enraidi, sans souplesse, incapable de satisfaire à sa fonction qu'il ne récupérait qu'après de longues semaines et les ennuis d'un long et nouveau traitement. Et que de troubles circulatoires persistants, que d'œdèmes, de varices, d'eczémas, d'ulcères, de névralgies, que de lésions de toutes sortes sur ces membres fracturés et consolidés après ces interminables emprisonnements! Championnière a le droit d'insister sur les services qu'il a rendus, de ce fait, à la thérapeutique : maintenant, grâce à sa méthode, ces accidents sont exceptionnels et la fracture ne laisse plus après elle les mêmes impuissances fonctionnelles et les mêmes tares inguérissables.

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux observations d'éclampsie puerpérale. Guérison par les injections hypodermiques de pilocarpine, par M. le Dr Blanquinque, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Laon, professeur du cours départemental d'accouchements.

Dans la discussion récente, soulevée à l'Académie de médecine par M. le Dr Charpentier, il n'a pas été question du traitement de l'éclampsie par la pilocarpine, bien que ce médicament ait déjà été employé par un certain nombre d'accoucheurs. En présence de l'insuffisance des remèdes classiques, je crois utile de publier les deux observations suivantes qui démontrent très nettement l'action bienfaisante de la pilocarpine contre les accès éclamptiques.

Observation I. — Clémentine X., âgée de 19 ans, entre à la Maternité de Laon le 7 janvier 1892; primipare, ses dernières règles remontent au mois de mai. Sa santé a été bonne pendant toute la durée de sa grossesse, à part quelques vomissements au début. Jusqu'au 24 février, jour de son accouchement, elle a été gaie, vive, sans aucun trouble morbide; elle n'avait ni œdème, ni essoufflement.

Le 24 février, à 1 heure du matin, commencement du travail; à 8 h., dilatation de la largeur d'une pièce de 5 fr. Présentation du sommet en O. I. G. A. Dilatation complète à 1 heure de l'après-midi.

2 h. 30. La parturiente se plaint tout à coup d'étourdissement et elle est prise d'une attaque d'éclampsie. Mandé en hâte par Mlle Croutelle, maîtresse sage-femme, je trouve la fille X... dans le coma et, après avoir constaté que l'enfant est vivant, je fais à 4 h. 30 une application de forceps dans l'excavation, le travail n'avançant pas.

Après la délivrance, injection antiseptique et suture du périnée qui a cédé jusqu'au sphincter. Pansement à l'iodoforme. Une demi-heure après, deuxième attaque. Potion avec 4 gr. de chloral et 4 gr. de bromure. Inhalations de chloroforme pendant les convulsions.

Les crises reviennent toutes les trente minutes : à 9 heures du soir il y a eu sept attaques : perte complète de connaissance.

Saignée de 350 gr. et application de deux sangsues aux apophyses mastoïdes. Minuit : aucune amélioration; nouvelle saignée de 100 gr. On renouvelle la potion de chloral et bromure qui a été régulièrement prise.

25 février. A 8 heures du matin, il y a eu 39 accès; pas de miction depuis hier. La sonde ramène un peu d'urine contenant 2 gr. d'albumine par litre.

Temp. 39°. Pouls à 120.

Coma profond en dehors des crises convulsives. On parvient avec peine à faire avaler un peu de lait. La malade me paraît au plus mal et le pronostic s'aggrave d'heure en heure.

Me rappelant une guérison rapide obtenue l'année précédente par les injections de pilocarpine dans un cas d'éclampsie albumineuse chez un enfant de 5 ans, je prescris deux injections de chlorydrate de pilocarpine de 0,005 milligr. à un quart d'heure d'intervalle, dans l'idée théorique de faire éliminer par la peau les toxines retenues dans le sérum sanguin. Ces injections, pratiquées à 9 heures du matin, sont suivies d'une salivation et de sueurs très abondantes. Dès cet instant *les attaques cessent;* une ébauche d'accès se reproduit seulement à 4 heures de l'après-midi.

Le coma persiste néanmoins et, à 11 heures du soir, deux nouvelles injections produisent encore des sueurs abondantes.

26 février, à 9 heures du matin, injections hypodermiques de pilocarpine.

Temp. 38°. Pouls à 120. Régime lacté.

Le 27 seulement, la malade reprend connaissance; elle ne se rappelle absolument rien. Il n'y a plus que quelques traces d'albumine dans l'urine.

Le régime lacté est continué.

2 mars. Montée du lait.

Sort le 5 avril complètement guérie.

L'enfant bien portant a été placé en nourrice le 2 mars.

Obs. II. — Le 18 janvier 1893, j'étais appelé en consultation par mon ami et excellent confrère Devauchelle de Bruyères, pour un cas d'éclampsie survenue dans les conditions suivantes :

Le 17 janvier, Mme X..., âgée de 46 ans, enceinte de six mois et demi (13e grossesse), était prise de gastralgie ; elle avait en même temps la tête lourde, de la tendance à s'assoupir; mon confrère constate un peu d'œdème malléolaire, du malaise général. Cette grossesse a été pénible, accompagnée de maux de ventre, de fatigue.

Le 18, à quatre heures du matin, attaque d'éclampsie caractéristique, perte complète de connaissance, convulsions de la face et des membres pendant quelques secondes, puis état comateux dont la malade ne sort que pour être de nouveau en convulsions.

Prescriptions : Bromure et chloral ââ 5 gr. à prendre par cuillerées toutes les demi-heures.

A huit heures du matin, les crises reviennent toutes les demi-heures. Saignée de 300 gr.

A midi, même état. Pouls à 130.

A deux heures et demie, nous voyons la malade ensemble. Je pratique immédiatement, à un quart d'heure d'intervalle, deux injections hypodermiques de 0,005 de pilocarpine. Je laisse ma solution à mon confrère en lui recommandant de faire une troisième injection de 1 centigramme si la sudation n'amène pas une amélioration manifeste.

Ces deux injections provoquent une salivation et une sudation abondantes et à six heures du soir M. Devauchelle constate une amélioration sérieuse ; il n'y a plus eu que deux ou trois crises et on parvient à faire sortir la malade de sa torpeur en l'interpellant vivement. Une troisième injection est pratiquée (1 centigr.) et suivie d'une sudation très abondante. Aussitôt la malade repousse ses couvertures et l'on s'aperçoit que le travail est très avancé.

L'accouchement et la délivrance se font très rapidement ; l'enfant est mort depuis quelque temps déjà.

Pendant la nuit il y a encore deux ou trois petites crises avec un peu de délire et de torpeur.

Le 19, guérison complète de l'éclampsie; la malade, revenue à elle-même, ne se rappelle plus rien. Le pouls est encore à 120. Régime lacté à suivre pendant une semaine.

Les urines (non analysées) ont été rares et troubles pendant plusieurs jours.

La discussion académique du 17 janvier n'a apporté aucune contribution nouvelle à nos connaissannces thérapeutiques, et les moyens classiques de combattre l'éclampsie n'empêchent pas la mortalité d'atteindre une moyenne de 25 0/0.

Hergott enregistre 5 décès sur 23 cas et il cite la dernière statistique publiée par Olshausen de Berlin relatant 50 décès sur 200 cas (*Revue médicale de l'Est*, 1893; *Gaz. hebdom.*, 1893).

Si la pathogénie de cette terrible complication de l'accouchement est toujours à l'étude, on peut donc en dire autant du traitement.

Les deux observations que je publie me paraissent très concluantes ; dans la première, l'effet de la pilocarpine a été instantané, la malade était au plus mal ; saignées, chloroforme, bromure et chloral, tout avait échoué.

Dans la seconde, l'effet de la pilocarpine n'est pas non plus douteux, la guérison ayant suivi de très près la sudation, alors que la potion au bromure et au chloral, introduite de force dans la bouche, n'était avalée qu'imparfaitement. Mon confrère attribue la rapidité de la délivrance à l'action du médicament sur la contractilité utérine ; cette opinion, soutenue par un certain nombre d'accoucheurs, n'est pas encore suffisamment démontrée malgré les résultats obtenus à la Maternité de Bruxelles. Je me borne à signaler le fait.

Quelque idée qu'on se fasse de la pathogénie de l'éclampsie, il n'en est pas moins vrai qu'au moment des accès l'urine est rare, albumineuse, moins chargée d'urée et que le rein n'élimine pas les principes toxiques accumulés dans le sang. Les expériences de Chambrelent et Tarnier communiquées à la Société de biologie et au Congrès gynécologique de Bruxelles (1892) ont démontré la toxicité du sérum sanguin chez les éclamptiques. Qu'importe au point de vue clinique qu'il s'agisse d'un microbe pathogène ou que la toxine soit sécrétée par ledit microbe, comme le poison diphthéritique l'est par le microbe de Klebs (d'après Roux et Yersin) ! Ce qu'il faut retenir, c'est que le sang contient un poison dont il faut faciliter l'élimination à tout prix. La salivation et la sudation provoquées par la pilocarpine peuvent atteindre et dépasser un litre ; on sait de plus que ces liquides contiennent davantage d'urée qu'à l'état normal (Ball, Hardy et Robin, etc.) ; il y a là une déplétion, une spoliation du liquide sanguin qui s'ajoutent à l'action de la saignée et viennent la compléter. Puisqu'on ne peut faciliter l'élimination par le rein au moment de l'accès, il faut en quelque sorte faire *uriner par la peau* en vertu du balancement fonctionnel entre les reins et les glandes sudoripares.

Certains auteurs n'ont, paraît-il, rien obtenu de la pilocarpine, d'autres l'ont même trouvée dangereuse (*Dict. encycl.*, art. Jaborandi); j'ignore dans quelles conditions, à quelles doses ils ont employé cet alcaloïde et je n'ai guère le loisir de faire des recherches bibliographiques complètes. « J'ignorais même les travaux publiés sur cette question quand j'ai observé mon premier cas » ; on m'accordera, pour le moins, que le procès n'est pas jugé et qu'il y a lieu à faire de nouvelles études sur le traitement de l'éclampsie par la pilocarpine avant de se prononcer sur la valeur de ce médicament.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Mal de Pott cervical, par F. Raymond, *Revue Neurologique*, 31 mars 1892, N°s 5, 6, p. 98. — Il s'agit d'une malade âgée de 20 ans, tuberculeuse, qui fut admise à l'hôpital pour un abcès froid du cou. Elle présente de plus des douleurs de la nuque, avec irradiations dans les membres supérieurs, enfin il s'est développé brusquement une paralysie complète atrophique des membres supérieurs et incomplète des membres inférieurs, sans troubles de la sensibilité ni des sphincters. A la suite d'une intervention chirurgicale, la mort survint. A l'autopsie on constate de la leptomyélite chronique, avec poussée de méningomyélite aiguë limitée à la partie inférieure du renflement spinal. Il existe de plus une hématomyélie ayant envahi toute la partie interne de la corne droite au niveau de la 7e cervicale, s'étendant en longueur sur 2 millimètres environ; on trouve de plus un petit foyer dans la corne gauche. C'est à cette hématomyélie liée elle-même à une poussée aiguë de méningomyélite qu'on peut rapporter les accidents médullaires graves qui sont intervenus.

Injections de substance nerveuse (Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Neurasthenie, Melancholie, und genuinen Epilepsie mittels Injectionen normaler Nervensubstanz), par Babès (*Deutsch. med. Woch.*, 23 mars 1893, n° 13, p. 279). — Ce mode de traitement qu'a employé en France M. Paul a été imaginé par M. Babès, qui rapporte de nouvelles observations favorables. Il n'y a de contre-indications que pour les états nerveux avec excitation, et pour les maladies dégénératives des nerfs ou du système nerveux central. Dans les autres maladies chroniques d'origine héréditaire ou embryonnaire, comme l'hystérie, la démence ou les affections à lésions matérielles, on peut en espérer des améliorations. Cinq cas de neurasthénie, neuf cas de mélancolie, manie paralytique et pseudo-paralysie, onze cas d'épilepsie essentielle ont été traités avec des succès divers, les uns améliorés, les autres guéris.

Acromégalie (Two cases of akromegaly with remarks on the pathology of the affection), par F.-X. Dercum (*American Journal of the medical Sciences*, mars 1893, n° 251, p. 268). — Les deux cas rapportés sont tout à fait typiques, et les photographies des malades prises au moment de l'observation et rapprochées de celles qui ont été faites pendant la jeunesse, reproduites dans ce travail, sont absolument caractéristiques. Il s'agit de deux hommes, l'un âgé de 56, l'autre de 46 ans, dont la face, la langue et les extrémités sont considérablement hypertrophiées, et sur lesquels il n'existe ni cyphose ni troubles oculaires. Dercum discute à cette occasion sur la pathogénie de l'affection, et combat l'opinion qui la fait dépendre d'une altération du corps pituitaire.

Troubles paraplégiques observés chez deux ouvriers tubistes, par Moret (*Union médicale du Nord-Est*,

1893, n° 3, p. 78). — Le premier malade, âgé de 39 ans, a été pris au sortir de la cloche d'engourdissement des pieds, puis de paraplégie complète à droite, incomplète à gauche, sans troubles des réflexes ni de la sensibilité. Ultérieurement troubles des sphincters, pas d'atrophie musculaire et grande amélioration au bout de deux mois. Chez le second, un ouvrier de 37 ans, l'affection débute par une perte de connaissance, puis il souffre de douleurs généralisées et prédominant dans la jambe gauche, enfin de difficultés pour uriner et de paralysie du membre inférieur gauche sans perte des réflexes tendineux. Pas de troubles de la sensibilité notables. Chez l'un et l'autre malade s'est développée spontanément une phlyctène sur la plante du pied. Des phénomènes de ce genre ont été déjà notés par Catsaras à la suite de l'emploi des scaphandres, et ne semblent pas devoir être rapportés, selon l'opinion de M. Moret, à une variété de poliomyélite du renflement lombaire.

Amyotrophies spinales réflexes d'origine abarticulaire, par Charcot (*Le Progrès médical*, 1er avril 1893, n° 13, p. 225). — On connait bien actuellement les atrophies musculaires consécutives aux arthropathies, et il est démontré anatomiquement et expérimentalement qu'elles relèvent par un mécanisme réflexe de troubles dynamiques de la substance grise antérieure de la moelle. Or il peut se faire, et le travail actuel l'établit, que des atrophies analogues, quant à leurs signes et à leur pathogénie, surviennent en conséquence de divers traumatismes non pas des articulations, mais des membres eux-mêmes : plaie, contusion, ruptures musculaires. Plusieurs cas en ont été observés, et le malade étudié présente une amyotrophie de tous les segments du membre inférieur droit, survenue en conséquence d'une contusion du bord interne du pied droit. Sans doute ces atrophies réflexes ne se développent-elles que parce qu'il intervient une prédisposition nerveuse personnelle ou héréditaire, car la plupart des sujets chez lesquels des lésions graves ou minimes produisent de tels effets sont en réalité des névropathes. En général, l'impotence fonctionnelle résultant de l'atrophie disparaît sous l'influence du traitement — massage, électrisation — mais la diminution de volume des muscles semble devoir persister très longtemps.

MÉDECINE

Albuminurie des individus bien portants (Albuminuria in the apparenty healthy), par W. H. Washburn (*Medical News*, 1er avril 1893, p. 341). — Sur un total de 1,070 personnes en apparence de santé, examinées pour l'assurance sur la vie, l'auteur a trouvé 38 fois de l'albuminurie : 2 moururent de néphrite chronique 3 et 4 ans plus tard, 1 de phthisie 14 mois après. Il a pu en suivre 11 dont 3 présentent des lésions cardiaques. Dans 6 cas l'albuminurie disparut au bout de 6 mois à 2 ans; elle persiste dans les 5 autres sous la forme cyclique ou sous la forme permanente. A ce propos, l'auteur présente quelques réflexions intéressantes. L'influence du régime et du traitement (lactate de strontium entre autres) a été nulle, aussi bien au point de vue de la marche de l'albuminurie que de la quantité d'albumine. Celle-ci a été plus considérable généralement pendant l'hiver.

L'albuminurie, suivant Washburn, indique toujours une altération permanente ou transitoire de la membrane filtrante glomérulaire; il se rattache à l'opinion de Lécorché et Talamon : on ne saurait attacher une importance exclusive à la quantité plus ou moins grande d'albumine, qui ne donne aucune indication sur la gravité de la lésion. Il se réserve d'ailleurs de revenir sur ce point dans une publication ultérieure.

Chlorose tardive (Einige Bemerkungen über das tardive Auftreten der Chlorose), par H. Rieder (*Münchener med. Wochenschrift*, 21 mars 1893, p. 225). — La chlorose ne saurait être considérée comme l'apanage exclusif de l'âge de la puberté, et la désignation de *morbus virgineus* ne lui convient pas rigoureusement. L'auteur vient d'observer 3 cas très nets de chlorose chez des femmes de 36, 40 et 42 ans. Dans les 3 cas, une anémie très accentuée s'est produite dans les conditions requises pour pouvoir affirmer la nature de la maladie, savoir : 1° sans cause déterminante; 2° sans lésion organique quelconque, soit du côté des viscères, soit du côté du cœur ou de l'appareil circulatoire; 3° enfin avec les altérations du sang conformes à la règle, abaissement considérable du taux de l'hémoglobine, et diminution modérée du nombre des globules rouges. La confirmation du diagnostic a été donnée par le succès complet, en quelques semaines, du traitement ferrugineux, qui en pareil cas est une véritable pierre de touche.

CHIRURGIE

Trois cas de cholécystotomie (3 Falle von Cholecystotomie), par Merkel (*Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 15, p. 328). — L'auteur rapporte trois cas de cholécystotomie pour lithiase biliaire faite deux fois en deux temps chez des femmes âgées respectivement de 51 ans et de 72 ans, et une fois en un seul temps chez une femme de 39 ans chez laquelle la vésicule remplie de calculs renfermait en même temps de la bile. Les trois malades guérirent.

L'auteur se prononce en faveur de la cholécystotomie en un ou deux temps comme plus facile et moins dangereuse que la cholécystotomie idéale.

Néphrectomie (Four consecutive cases of nephrectomy), par Page (*The Lancet*, 29 avril 1893, p. 997). — Obs. I. — Un garçon de 16 ans avait été pris brusquement cinq ans auparavant de douleur au-dessous de la dernière côte gauche; il eut des vomissements; il a eu ainsi plusieurs attaques; dans les derniers temps, une tumeur apparut et disparut au point douloureux avec chaque crise. Les attaques devinrent de plus en plus fréquentes. Une ponction confirma le diagnostic d'hydronéphrose. On fit une laparotomie, on ne put trouver aucun calcul, on enleva alors le rein. Le malade est actuellement complètement guéri.

Obs. II. — Une femme de 22 ans était atteinte de pyonéphrose du rein droit depuis deux ans; elle était extrêmement affaiblie. On se contenta donc d'abord de faire une néphrotomie qui donna lieu à un écoulement purulent fort abondant; la malade rapidement améliorée quitta l'hôpital; elle revint avec une fistule par laquelle s'écoulaient du pus et de l'urine. On fit alors une laparotomie et on enleva le rein, mais avec quelque peine, car la capsule était très adhérente au rein et aux tissus voisins, de sorte qu'on blessa le péritoine et qu'on dut le suturer. La malade est guérie actuellement.

Obs. III. — Un homme de 38 ans avait, depuis douze mois, des douleurs dans la région iliaque et de l'incontinence d'urine. L'urine contenait du pus. Il y a quatorze ans, le malade avait eu la chaude-pisse. On fit une incision pour découvrir le rein, et dès qu'on incisa le rein, il en sortit un flot de pus. On fit alors la néphrectomie et le malade guérit.

Obs. IV. — Un homme de 27 ans avait des crises douloureuses périodiques dans le côté gauche avec des vomissements et cela depuis trois ans. Il avait des frissons et son urine devenait sanglante. Ces crises duraient environ trois jours. On ne put sentir aucune tumeur. On incisa au niveau du rein qu'on trouva très dilaté; on ne trouva aucun calcul; on enleva alors le rein. Le malade a très bien guéri.

L'examen microscopique et bactériologique du pus au cours de diverses affections, par Kopfstein (*Archives bohèmes de Médecine*, t. IV, fascicule 4, p. 451). — L'auteur a observé quatre cas d'actinomycose. Dans le premier cas, il a trouvé comme siège de la maladie le lobe inférieur du poumon gauche combiné avec une infiltration tuberculeuse du sommet du même poumon. Dans un deuxième cas, il y eut actinomycose de l'abdomen; la porte d'entrée a dû être le cæcum ou l'appendice vermiculaire. Ce n'est qu'avec peine qu'on trouva les formes caractéristiques du microbe. Dans un autre cas, une tumeur actinomycosique ne se développa dans la langue que dix semaines après le début de la maladie dans la mâchoire.

Chez deux malades atteints de tétanos, on a fait le diagnostic par l'examen bactériologique de l'exsudat de la plaie et par l'inoculation aux animaux. Le tétanos était dû, dans un cas, à une lésion du pied par un clou, dans le deuxième, à une plaie minime sous l'ongle de l'index gauche.

Huit cas d'empyème pleural durent leur origine une fois à la phthisie, cinq fois à la pneumonie et deux fois à des coups de feu.

On a trouvé le proteus vulgaris dans du pus gangréneux de la paroi abdominale à la suite d'une laparotomie.

Enfin l'auteur a vu une périostite de la partie externe du fémur gauche; le contenu de la tumeur rappelait du liquide

d'hydrocèle, mais s'en distinguait par l'absence absolue des éléments du pus et l'abondance des cristaux de cholestérine. On fit vainement des recherches bactériologiques.

Laminectomie (Spondylolisthesis associated with progressive paraplegia; laminectomy), par Arbuthnot Lane (*Lancet*, 29 avril 1893, p. 991). — Une femme de 35 ans entra à l'hôpital le 24 mars 1893; son mari était fou et l'avait souvent frappée dans la partie inférieure du dos. Pendant cinq ans, à la suite de ces coups, elle ne ressentit aucun effet fâcheux; puis sa marche devint mal assurée, son dos devint faible et enfin il survint une déformation de la colonne lombaire. Finalement, elle eut de la paraplégie complète; la colonne lombaire était convexe en arrière et les 3e et 4e vertèbres lombaires paraissaient très abaissées par rapport aux crêtes iliaques. Le côté droit avait une paralysie plus marquée qu'à gauche. Absence des réflexes patellaires des deux côtés. Le 28 mars, on enleva l'épine et les lames de la 4e vertèbre lombaire; on ne trouva aucun foyer de carie; on fit avec peine la même opération à la 5e vertèbre lombaire et on vit que son apophyse épineuse était fort en avant dans le canal rachidien; mais les parties avaient été tellement comprimées qu'elles ne purent revenir en arrière. On ne trouva aucune trace de fracture. Bien que cette lésion ait pu être la conséquence des coups, l'auteur croit plutôt que c'est là une déformation due au travail.

Résection de l'S iliaque (A case of removal of a portion of the sigmoid flexure), par Treves (*Lancet*, 11 mars 1893, p. 521). — Une femme mariée, de 44 ans, eut en juin 1891 une attaque d'occlusion intestinale; elle eut une seconde attaque moins grave en août 1892 et une troisième beaucoup plus grave en septembre. On ne trouva ni ascite, ni tumeur. On ordonna le repos, du massage abdominal, des purgatifs; on put ainsi faire évacuer une quantité énorme de matières fécales. En novembre 1892, la malade revint à l'hôpital; la constipation était devenue opiniâtre, l'appétit avait disparu, il y avait des vomissements; l'abdomen était distendu par de l'ascite. On fit une laparotomie; on trouva un épithélioma annulaire de l'S iliaque. On réséqua l'S iliaque et la malade guérit.

Iléo-colostomie (A successful case of ileocolostomy), par Morison (*British medical Journal*, 22 avril 1893, p. 841). — R W..., 57 ans, a eu une série de crises douloureuses dans la partie inférieure droite de l'abdomen, qui l'ont beaucoup affaibli. On sent dans la partie droite de l'abdomen une tumeur mal délimitée. On fait la laparotomie le 7 août 1891; on fait le diagnostic d'invagination chronique au niveau de la valvule iléo-cæcale; on ne peut réduire cette invagination. On attire en dehors une anse de l'iléon et une partie du côlon et on les ouvre chacune au niveau de leur convexité entre deux ligatures élastiques; on emploie les plaques décalcifiées de Senn et les sutures de Lembert pour réunir cet iléon au côlon. Tout alla bien jusqu'au 15 août; le lendemain on enleva les sutures abdominales et un pus fétide s'écoula. Le malade put sortir de l'hôpital le 21 août 1891. Le 17 octobre 1891 il mourut de bronchite.

L'autopsie montra que la tumeur abdominale était un carcinome.

Gastro-entérostomie (A case of gastro-enterostomy), par Hume (*British med. Journ.*, 22 avril 1893, p. 842). — Un homme de 53 ans entra à l'hôpital le 31 août 1891, ayant des douleurs et des vomissements; il était très amaigri; on sentait une tumeur à droite de l'épigastre. On fit la laparotomie le 8 septembre; on trouva une grosse tumeur pylorique. On attira au dehors la face antérieure de l'estomac et on put alors trouver le jéjunum; on fit une ouverture dans l'estomac et dans l'intestin du côté opposé au mésentère; on les réunit par une suture continue et on se servit des plaques de Senn et sur le bord externe de ces plaques on sutura l'intestin et l'estomac à la suture de Lembert.

Le malade guérit de l'opération. Mais il mourut le 10 novembre; à l'autopsie on trouva que la masse cancéreuse qui occupait le pylore avait encore beaucoup grossi depuis l'opération.

BIBLIOGRAPHIE

Annales des professeurs des académies et Universités alsaciennes de 1523 à 1871, par Oscar Berger-Levrault. Nancy, Berger-Levrault et Cie, 1892.

C'est un beau livre; c'est une œuvre vraiment méritoire que vient de terminer M. O. Berger-Levrault. Réunir tous les actes officiels, les lettres patentes, les diplômes qui précisent l'origine des académies et indiquent la position faite à leurs professeurs; énumérer par ordre alphabétique tous ceux qui, à des titres divers, ont, durant quatre siècles, contribué à accroître la renommée scientifique de l'Alsace; rappeler en quelques lignes les diverses fonctions qu'ils ont occupées, c'était là une tâche aussi laborieuse que difficile à bien remplir. M. O. Berger-Levrault n'y a ménagé ni son temps ni sa peine. Il a réussi à nous offrir un recueil précieux pour les historiens, un livre que tiendront à garder tous ceux qui ont appartenu comme maîtres ou comme élèves à l'une des facultés de notre Alsace toujours si regrettée.

Les médecins tiennent une grande place dans cette histoire de l'Université alsacienne. M. O. Berger-Levrault nous rappelle que, le 14 août 1621, date à laquelle fut solennellement promulguée la transformation de l'Académie de Strasbourg en Université, les professeurs de la Faculté de médecine n'étaient que trois. Encore y eut-il de fréquentes vacances. De 1625 à 1651, puis de 1658 à 1680 il n'y eut que deux professeurs assistés par un professeur extraordinaire. Il est vrai que, pour la collation des grades, ces professeurs se faisaient assister par les membres du collège médical ou encore par les chirurgiens de la ville, lorsque ceux-ci furent jugés dignes de s'asseoir à côté des médecins. La Faculté de médecine de Strasbourg ne comptait d'ailleurs même en 1808 qu'un service chirurgical des plus restreints (8 ou 10 lits d'hommes, 4 ou 5 lits de femmes). Pour apprendre pratiquement la chirurgie, jusqu'en 1835, il fallait suivre les services privés des hôpitaux civils. Peu à peu l'organisation de la Faculté devint meilleure. En 1844 elle était analogue à celle de tous les établissements d'enseignement supérieur.

Un chapitre spécial du livre de M. O. Berger-Levrault est consacré à l'organisation de la médecine militaire depuis l'ordonnance du 14 août 1774 jusqu'au moment où en 1870 l'Ecole du service de santé militaire fut transférée à Montpellier. Les noms de tous nos anciens collègues (à l'exception de celui de Villemin qui a été oublié), répétiteurs à l'Ecole de Strasbourg depuis 1856 jusqu'en 1870 ont été mentionnés en même temps que ceux des anciens professeurs des hôpitaux militaires d'instruction. Au sujet de ceux-ci, l'auteur rappelle qu'en 1779 une Ecole d'accouchement fut créée à l'hôpital militaire en vue des élèves sages-femmes de la campagne qui étaient instruitess aux frais de leurs communes respectives. Les cours de cette Ecole étaient donnés en langue française et elle avait comme annexe une maternité pour les femmes qui ne jouissaient pas du droit de bourgeoisie et notamment pour les femmes des militaires qui n'étaient pas admises de droit à la maternité des hospices civils, propriété de la ville. C'est en 1796 seulement que l'instruction des élèves sages-femmes de la campagne fut confiée aux médecins accoucheurs des hospices civils.

Ce simple aperçu montre l'intérêt que pourront prendre tous les médecins à un livre qui, à première vue, semblerait devoir ne s'adresser qu'à des historiens ou à des érudits. Nous n'avons point à redire ce qui, dans cette longue énumération des professeurs de tout ordre qui ont illustré l'Alsace, touchera surtout nos anciens camarades d'étude, nos anciens collègues de l'Ecole militaire ou de la Faculté de Strasbourg.

L. Lereboullet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Des microbes de l'oreille (Bactériologie, thérapeutique), par Martha. G. Steinheil, 1893.

L'oreille contient un grand nombre de microbes pathologiques et saprogènes; les plus fréquemment observés sont les staphylocoques et les streptocoques. La division des suppurations de l'oreille en otites à streptocoques, à staphylocoques, à pneumocoques n'est pas

justifiée en clinique. Les bacilles de Koch se retrouvent très rarement dans le pus de l'otite, même chez des tuberculeux gravement atteints. On doit pratiquer aseptiquement les examens d'oreille et ne prescrire en injections ou bains auriculaires et en lavages de la bouche que des médicaments antiseptiques.

Thèses des Facultés

PARIS

Le bacterium coli dans l'infection urinaire, par Renault.

Le bacterium pyogenes n'existe pas en tant que bactérie spéciale. Les bacilles « non liquéfiants » urinaires font partie d'un même groupe naturel qu'on peut appeler le groupe du bacterium coli : ni l'aspect morphologique, ni les cultures sur les milieux usuels, ni les propriétés pathogènes ne permettent de les distinguer les uns des autres non plus que du bacterium coli-commune. Dans ce groupe formé d'individus extrêmement voisins on peut distinguer plusieurs types : pour cela il faut avoir recours au réensemencement d'un type sur la gélose ayant servi à la culture des autres types (propriétés palintrophiques) et à l'étude des propriétés biologiques. L'urée n'est pas un aliment pour les bacilles : elle n'est pas décomposée par eux. Elle possède à leur égard une certaine action antiseptique : elle nuit à leur développement et met obstacle à certaines de leurs fonctions.

Traitement hypodermique de la syphilis par les sels mercuriels en général et par le sozoiodolate de mercure en particulier, par Moïse Eudlitz. J.-B. Baillière, 1893. 4 francs.

Les injections sous-cutanées de sels mercuriels constituent une bonne méthode de traitement, mais qui a aussi des inconvénients, aussi ne doit-elle être employée ni systématiquement, ni systématiquement écartée. Elle ne doit pas être employée chez les malades atteints d'affections rénales ou de cachexie. Ses avantages sont : l'exactitude du dosage et la rapidité des effets thérapeutiques. Les inconvénients sont la douleur et la réaction locale. Les préparations insolubles sont préférables pour assurer la mercurialisation chronique. Le calomel et l'oxyde jaune sont indiqués dans les cas graves; dans les autres on aura recours à l'huile grise ou au thymolacétate. Les préparations insolubles doivent être évitées quand on ne pourra surveiller le malade ou quand celui-ci aura une bouche en mauvais état. Les préparations solubles à employer sont : le sublimé, le peptonate de mercure, le biiodure de mercure. Le sozoiodolate de mercure est très actif, mais il entraîne des phénomènes très douloureux.

BORDEAUX

Les opérations qui se pratiquent par la voie sacrée, par Tornu.

La voie sacrée étend le domaine opératoire pour le traitement des cancers du rectum. Elle permet d'épargner le sang, de ne pas ouvrir le péritoine ou de ne l'ouvrir qu'à bon escient, de conserver le sphincter. Elle permet en outre d'enlever complètement des cancers circonscrits, mais inopérables par les autres méthodes. Il ne faut enlever que les cancers limités aux parois rectales. La suture intestinale circulaire doit être rejetée et remplacée par la suture du bout supérieur à l'orifice anal après invagination sur le bout inférieur. La méthode sacrée présente des indications dans les cas de rétrécissements non cancéreux. Pour l'extirpation de l'utérus la voie sacrée est inférieure à l'hystérectomie vaginale. On ne peut actuellement juger de la valeur de cette méthode pour l'extirpation des tumeurs salpingiennes ou ovariques, pour les suppurations pelviennes et pour les fistules recto-vaginales.

VARIÉTÉS

Association des médecins de la Seine.

La séance annelle de l'Association des médecins de la Seine qui s'est tenue sous la présidence de M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, mérite d'être signalée à un double point de vue : d'abord pour constater le succès croissant de cette société confraternelle, ensuite en raison des renseignements très suggestifs qu'a donnés sur la situation professionnelle des médecins son dévoué président.

Cette année, pour la première fois depuis sa fondation, les recettes de l'Association de la Seine ont dépassé 100,000 fr. Sur ce chiffre, les dons et legs ont atteint 49,835 francs, comprenant 40,000 francs dus au legs de Mme Hédouin. M. le docteur Barth, secrétaire général de l'Association, a justement insisté dans son rapport annuel sur les services que rend au corps médical une œuvre d'assistance qui ne se contente pas de venir en aide à ses sociétaires, mais qui consacre la plus grande partie de ses revenus à secourir leurs veuves et leurs orphelins. 39,850 francs ont été consacrés cette année à assurer leur existence matérielle à 9 sociétaires et 46 veuves de sociétaires, et 4,050 francs ont été alloués à 25 personnes étrangères à l'Association. On ne saurait trop encourager tous les médecins à s'inscrire au nombre des membres de l'Association de la Seine. Ceux qui ont assisté aux séances de sa commission administrative savent combien il est encore de misères qu'elle n'a pu soulager. Aussi persiste-t-elle à se consacrer à son œuvre de solidarité bienfaisante et a-t-elle refusé depuis l'année 1889 toutes les propositions faites en vue de modifier son caractère et d'annexer à la caisse des pensions viagères une société d'assurances mutuelles contre la maladie.

Dans son allocution, M. le président Brouardel a bien fait voir combien il est nécessaire de multiplier les ressources des œuvres de ce genre pour arriver à satisfaire à tous les besoins. Après avoir constaté la prospérité de la caisse de l'Association et exprimé l'espoir de venir plus largement en aide à nos confrères et à leurs familles :

« C'est notre espoir, a-t-il ajouté, — j'ai peur que ce ne soit qu'un espoir ; — il est probable que nous distribuerons plus d'argent, mais la part proportionnelle revenant à chacun ne sera pas modifiée d'une façon bien sensible. Le nombre de ceux qui font appel à la caisse de l'Association va sans cesse croissant; — il est facile d'en indiquer les diverses raisons, il est possible de prévoir que cette marche ascendante ne s'arrêtera pas.

Permettez-moi de vous en préciser dès maintenant la cause principale : le nombre des médecins dans la Seine croît plus vite que la population ; — si les médecins vantent volontiers les beautés de la décentralisation, celle-ci est, de leur part, l'objet d'un culte absolument platonique.

La France en 1891 comptait 12,324 docteurs sur lesquels 2,419 sont domiciliés dans la Seine (le cinquième) ; de 1886 à 1891, le nombre total des docteurs s'est accru en France de 324 unités ; dans la Seine, le nombre des docteurs s'est accru de 231, c'est-à-dire que la Seine a absorbé à elle seule les 3/4 de l'augmentation. En 1891, la France comptait 2,214 officiers de santé, la Seine 208, c'est-à-dire le dixième de la totalité : or, de 1886 à 1891, le nombre total des officiers de santé a diminué de 580 ; il s'est accru dans la Seine de 26.

Le courant qui fait affluer les médecins dans la Seine est de plus en plus prononcé : or, nous avons déjà un praticien pour 1,185 habitants. Il ne faut pas oublier les 1,787 sages-femmes qui résident dans notre département.

La population du département de la Seine ne représente pas tout à fait la dixième partie de la population totale de la France ; elle est servie par la sixième partie de ceux qui ont le droit d'exercer légalement la médecine, sans compter ceux qui prêtent leur concours illégal à la corporation médicale.

Messieurs, nous sommes en présence d'une situation qui va sans cesse s'aggravant. Lorsqu'une population de 1,000 à 1,200 habitants doit nourrir un médecin, celui-ci ne peut vivre.

Il faut donc nous préparer à de nouveaux efforts. Nos recettes augmentent, mais nos dépenses ne peuvent, elles aussi, que suivre une courbe toujours croissante. Notre devoir est bien clair : nous devons solliciter de nouvelles adhésions ».

En terminant son éloquente allocution, M. Brouardel a rendu un juste hommage de gratitude aux deux vice-présidents, MM. Blanche et Guyon, qui multiplient leur propagande et leurs dons généreux ; au trésorier, M. le Dr Genouville qui, à l'exemple de son collègue de l'Association générale, M. le Dr Brun, consacre tout son temps et son zèle à faire prospérer la fortune de l'Association des médecins de la Seine, et à M. le Dr Barth, secrétaire général, dont le dévouement rappelle celui de son éminent prédécesseur le Dr Orfila. Si l'on ajoute que l'Association des médecins de la Seine a alloué trois pensions de 1,200 francs à des sociétaires nécessiteux et plusieurs pensions de 800 francs à leurs veuves, nul ne pourra contester son utilité et son importance.

L. L.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION
MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 12 mai 1893.

Un dernier mot au sujet de l'Assurance-Maladie. Le service militaire des étudiants en médecine.

Il ne me convient pas de répéter indéfiniment ce qu'à maintes reprises depuis quatre ans je me suis efforcé de bien faire entendre à ceux qui ne cessent de protester contre ce qu'ils appellent les tendances rétrogrades de l'Association des médecins de France. Mais puisque, après la dernière assemblée générale où se sont si nettement affirmées les opinions mûrement réfléchies de la majorité de ses membres, on persiste à soutenir qu'il existe deux opinions en présence : celle du président de l'Association et celle des plus anciens membres du Conseil général, il ne me paraît pas inutile de dire nettement et comme conclusion à un débat qui ne saurait se prolonger davantage ce qu'il faut penser des réflexions qu'il a provoquées.

Interprète impartial des opinions émises par la grande majorité des membres de l'Association, le Conseil que préside M. le professeur Lannelongue avait reconnu l'impossibilité absolue de modifier les statuts de l'Association pour transformer celle-ci en une Société d'assurances mutuelles, donnant à chacun de ses membres un droit absolu soit à une indemnité en cas de maladie, soit à une pension de retraite.

Outre les raisons d'ordre légal et administratif qui s'opposaient à cette transformation, le Conseil général estimait que les déshérités de la profession, les médecins réduits à un état de détresse par la maladie, les infirmités ou tout autre malheur immérité étaient surtout dignes de sa sollicitude, et qu'après leur avoir accordé les subsides dont ils ont besoin, il importait de consacrer nos ressources disponibles à améliorer la situation de leurs veuves et de leurs orphelins. Mais il pensait aussi que la réforme souhaitée par quelques-uns irait contre le but qu'on se propose parce qu'en modifiant le caractère de l'Association, elle tarirait rapidement la source des généreuses largesses qui font sa prospérité. C'est à ce point de vue, auquel nous avons fait allusion à diverses reprises, que s'est placé notre vénéré confrère M. Diday (de Lyon) qui se refuse, lui aussi, à admettre que l'on cherche à « compliquer d'un rouage nouveau, difficile à manier, peut-être compromettant, un instrument qui fonctionne à la pleine satisfaction de tous ».

« Ceux qui peuvent avoir besoin de l'*Assistance mutuelle*, dit en effet M. Diday, n'ont à demander à personne soutien, protection, ni encouragement. Car que signifie *mutualité*, sinon affaire à débattre, à conclure entre les intéressés? Plus sera forte l'annuité qu'ils verseront, plus, en cas de besoin, sera efficace le secours auquel ils auront droit. » Et, revenant sur ce mot *avoir droit*, M. Diday montre que le contrat qui serait signé entre les membres de l'Association et la Caisse centrale tarirait ou tout au moins diminuerait notablement les ressources de l'Association le jour où ceux qui songeraient à lui faire un legs important apprendraient « que les médecins sont en train de s'arranger entre eux pour se mettre désormais à l'abri du besoin ».

A cette première objection s'en ajoute une autre infiniment plus sérieuse. Une association régulièrement constituée, fonctionnant avec l'approbation et sous le contrôle de l'Etat, ne peut et ne doit entreprendre que des œuvres dont l'avenir sera matériellement assuré. En vain M. le docteur Cézilly s'efforce-t-il aujourd'hui de railler nos appréhensions et de nous affirmer que nous aurions pu, sans modifier nos statuts, accepter ses propositions relatives à l'indemnité-maladie. Si, au lieu de rester hypnotisé par l'examen du projet dont il caresse la réalisation, notre confrère du *Concours médical* avait essayé, comme on l'a fait dans la Gironde, de recueillir des adhésions *fermes* au lieu d'approbations platoniques, il aurait vu, il en aura bientôt la preuve, ceux qui acclament son projet se refuser à y donner leur adhésion écrite. Mais il y a plus! Pour qu'une Société d'assurances qui, en échange d'une cotisation variable, donne un droit à une indemnité en cas de maladie, puisse non seulement prospérer, mais vivre, il faut que les chiffres de cotisation soient calculés d'après des tables de morbidité et de mortalité suffisamment exactes ; il faut que le taux des primes soit en raison de l'âge des participants ; il faut enfin qu'une limite d'âge soit établie pour l'admission des membres nouveaux. Ce

qui arrive pour la Société fondée par M. Lagoguey montre l'importance de ces calculs préliminaires. Aujourd'hui les membres de l'association Lagoguey proposent d'abaisser à 40 ans l'âge de l'admission et peut-être cette modification des statuts ne sera-t-elle pas suffisante. Or, que déclare M. le docteur Cézilly? « Vous demandez, dit-il, que l'on tienne compte de l'âge de vos adhérents, mais l'âge ne doit pas entrer en grande ligne de compte *pour les fondateurs*!! » On ne saurait trop protester contre de pareilles assertions. Ainsi, vous allez vous réunir au nombre de 100, 150, 200 médecins. Vous fonderez une Société d'assurances. Fondateurs de cette Société, vous participerez à toutes les allocations qu'elle promettra à ses membres. Quels que soient votre âge et vos chances de maladie, vous *aurez droit* à une indemnité fixe et, le jour où la Société sera constituée, le jour où vous reconnaîtrez qu'il est matériellement impossible qu'elle vive sans se recruter parmi des médecins relativement jeunes et bien portants, vous modifierez vos statuts, et, forts de votre prospérité fictive mais annoncée à grand fracas, vous essaierez de prospérer aux dépens de vos nouveaux adhérents! J'avoue ne rien comprendre à de semblables procédés. J'admets qu'après un certain nombre d'années, lorsque la valeur de l'argent ou le taux de l'intérêt se sont modifiés, on change les statuts d'une Société d'assurances; j'admets que le taux des primes soit élevé; mais je ne comprends pas que les fondateurs d'une œuvre d'assistance mutuelle s'arrogent des droits qu'ils savent inconciliables avec le succès de cette œuvre. Pour créer une association destinée à assurer aux médecins une indemnité fixe en cas de maladie, il faut, nous ne cesserons de le répéter, s'entourer de toutes les garanties financières que nécessitent les Sociétés d'assurances; il faut, M. le docteur Lande l'a reconnu, consulter des actuaires et des administrateurs rompus à l'examen des questions d'assurances; il faut enfin, et ce sera notre conclusion, établir une ligne de démarcation très nette entre les œuvres de ce genre et celle dont l'Association générale poursuit la réalisation.

En s'associant aux vœux émis dans les dernières assemblées générales, M. le président Lannelongue avait proposé un projet d'*indemnité-maladie* et non la création d'une caisse d'assurances reconnue par nous tous comme irréalisable dans l'association et par l'association. Ce projet, dont M. Bucquoy avait si nettement spécifié les caractères et le but, a été rejeté. Sera-t-il repris? Il ne m'appartient pas de le dire. Ce que je puis affirmer, c'est que les caisses d'assurances *de droit* en cas de maladie et les caisses de retraite *de droit* ne pourront jamais être directement annexées aux caisses de l'Association. Celle-ci pourra donner l'appui de son autorité morale à toutes les œuvres d'assistance confraternelle qui lui paraîtront dignes d'intérêt; elle pourra, elle devra même multiplier les secours qu'elle accorde et favoriser ceux de ses membres qui, ayant fait acte de prévoyance, se trouveront momentanément ou définitivement dans l'impossibilité de payer leurs primes. Mais elle ne se chargera jamais d'organiser elle-même une société financière qui compromettrait la sécurité et la prospérité des œuvres de bienfaisance qu'elle s'efforce de perfectionner. Qu'on cesse donc d'interpréter, contrairement à l'esprit conciliant qui les a dictées, les paroles qui semblent remettre en discussion les traditions et les principes de l'Association générale. On verra prochainement, nous l'espérons bien, que ces traditions et ces principes ne sont pas inconciliables avec le progrès.

— Dans la dernière séance du Conseil général de l'Association, M. le prof. Cornil, qui s'occupe avec tant de zèle de défendre le projet de loi sur le service des étudiants en médecine, a donné à ses collègues des renseignements assez inquiétants. La Commission militaire du Sénat présidée par M. le général Billot n'a point accepté sans faire de nombreuses objections le progrès que réaliserait la modification projetée à la loi militaire. Des arguments que nous avons maintes fois réfutés auraient été reproduits par plusieurs membres de cette Commission. Pour obtenir le succès d'une réforme qu'exigent les intérêts de la médecine militaire aussi bien que l'avenir des études médicales, il importe donc que chacun de nos confrères agisse sur l'esprit des sénateurs et des députés qu'il peut connaître. Il importe surtout que l'on fasse bien comprendre qu'il s'agit, en pareille matière, d'une question d'intérêt général et non point d'un privilège accordé à une catégorie de citoyens. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet. Nous n'avons voulu aujourd'hui, en attendant les résultats des démarches personnelles que nous avons commencées, qu'appeler à notre secours l'appui de tous nos confrères.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Les scléroses cérébrales de l'enfance.

Il nous semble nécessaire, pour ne pas trop étendre notre sujet, de limiter cette description aux scléroses primitivement et exclusivement cérébrales. Il nous faut donc éliminer dès le début les scléroses cérébrales qui frappent en même temps l'axe spinal comme la sclérose en plaques [P. Marie (1)], celles qui s'accompagnent d'altérations méningées importantes comme la méningo-encéphalite diffuse [Falret, Delasiauve, Bourneville, Pilliet (2)]. Nous ne pouvons encore que signaler les observations de gliose avec formation lacunaire dans l'écorce cérébrale dues à MM. Fürstner et Stühlinger (3); dans cette affection cliniquement intermédiaire à la paralysie générale et à la sclérose en plaques, le cerveau n'est pas seul atteint de sclérose, mais aussi les cordons postérieurs de la moelle; d'ailleurs, de l'avis des auteurs, les lésions avaient dû débuter par une leptoméningite.

On ne peut décrire comme entité morbide distincte ce processus de sclérose qui forme une zone bien circonscrite enkystant toutes les lésions en foyer de la substance cérébrale, qu'il s'agisse d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement, d'une tumeur, d'une gomme ou d'un tubercule. C'est là un travail banal de réparation qu'on retrouve au niveau des mêmes lésions dans tous les organes et qui ne prend d'importance dans les centres nerveux que par

(1) P. Marie, Sclérose en plaques chez les enfants. *Revue de médecine*, juillet 1883.

(2) Pilliet, Contribution à l'étude des lésions histologiques de la substance grise dans les encéphalites chroniques de l'enfance. *Arch. de Neurologie*, 1889, n° 53, p. 177, et n° 54, p. 333.

(3) Fuerstner et Stuehlinger, Gliose et formation de lacunes dans l'écorce cérébrale. *Arch. f. Psych. und Nervenkr.* XVII. Heft 1, p. 1.

le rôle qu'il joue dans la genèse des dégénérescences secondaires.

Existe-t-il chez les enfants une sclérose cérébrale spéciale à la syphilis? M. Lancereaux (1) admet une sclérose diffuse dépendant de la syphilis cérébrale héréditaire; mais on sait combien, de l'avis de M. le professeur Fournier, la syphilis cérébrale est exceptionnelle chez les enfants; d'ailleurs M. Jürgens (2) n'a pu trouver que quelques rares cas de syphilis s'accompagnant d'encéphalite diffuse interstitielle chronique et chez des adultes seulement.

Il y a longtemps qu'on a signalé la sclérose cérébrale qu'on trouve fréquemment chez les épileptiques. L'étude histologique qu'en a faite récemment M. Chaslin (3) a montré que dans les cas qu'il a examinés il s'agissait d'une prolifération névroglique, d'une véritable gliose devant être rattachée à un vice de développement. Les rapports intimes de cette sclérose avec l'épilepsie, la valeur de son étendue, de son siège, ne sont pas suffisamment établis pour qu'on puisse donner à l'heure actuelle à cette étude le développement qu'elle mériterait.

On n'est, en somme, à peu près édifié que sur le compte des scléroses décrites sous le nom de scléroses encéphaliques primitives, comprenant les deux formes atropiques et hypertrophiques. C'est de cette maladie que nous allons plus spécialement nous occuper maintenant.

Les 2 premières observations de sclérose cérébrale atrophique furent publiées par Pinel fils (4) en 1822. Comme lui, Dugès (5) rapporte les atrophies cérébrales à l'encéphalite, tandis que Cazauvielh (6) et Breschet (7) considèrent ces altérations cérébrales comme dues à des agénésies. Il faut encore citer les noms de Cruveilhier (Traité d'Anatomie pathologique), de Lallemand (8), de Henoch (9), d'Isambert et Robin (10), de Turner (11), de Hayem (12) avant d'arriver à l'important mémoire de M. Cotard (13) inspiré par le professeur Charcot, qui montra l'importance de la sclérose comme cause d'atrophie. M. Wuillamier (14) a surtout étudié l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique de l'enfance.

Dans ces dernières années la sclérose atrophique a été plus complètement étudiée par MM. Hadden (15), Gee, (16) Schmaus (17), Grancher (18); mais les travaux de beaucoup les plus intéressants sur la question sont dus à M. Marie (19), à M. Richardière (20) et à M. W. Osler (21).

(1) Lancereaux, *Traité d'anatomie path.*, T. III, 1889, p. 575.
(2) Jurgens, *Soc. méd. de Berlin*, 20 novembre 1889.
(3) Chaslin, *Arch. de méd. expérimentale*, 1er mai 1891, p. 305.
(4) Pinel fils, Induration du cerveau. *Journal de physiologie de Magendie*. 1822.
(5) Dugès, *Ephémérides médicales de Montpellier*, 1824.
(6) Cazauvielh, *Archives générales de médecine*, 1827.
(7) Breschet, *Arch. gén. de médecine*, 1831.
(8) Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale*, 1834.
(9) Henoch, *De atrophia cerebri*. Inaug. dissert., 1842.
(10) Isambert et Robin, Sclérose cérébrale. *Soc. biologie*, 1855.
(11) Turner, *De l'atrophie croisée du cervelet*. Paris, 1856.
(12) Hayem, *Anatomie et physiologie pathologique des encéphalites*, Paris, 1868.
(13) Cotard, *Etude sur l'atrophie du cerveau*. Paris, 1868.
(14) Wuillamier, *De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique de l'enfance*. Th. Paris, 1882.
(15) Hadden, *The Brain*, 1883 et 1884.
(16) Gee, *Annales de l'hôpital Saint-Barthélemy*, vol. XIII et XVI.
(17) Schamaus, Contribution à la sclérose diffuse de l'encéphale. *Arch. f. path. Anatomie und Physiologie*. CXIV., 1.
(18) Grancher, Sclérose cérébrale. *Gaz. des hôpitaux*. 4 juin 1885.
(19) P. Marie et Jendrassik, Hémiatrophie cérébrale par sclérose lobaire. *Arch. de phys.*, janvier 1885.
P. Marie, article Hémiplégie spasmodique infantile du Dict. encyclopédique des sc. méd.
(20) Richardière, Hémiplégie cérébrale infantile et maladies infectieuses. *Progr. méd.* 5 septembre 1885. — *Etude sur les scléroses encéph. primitives de l'enfance*. Th. Paris, 1885.
(21) W. Osler, *The cerebral paralysies of children*, Philadelphia, 1889.

Quant à la forme hypertrophique de la sclérose cérébrale, elle a été décrite d'abord par MM. Bourneville et Brissaud (1), par M. J. Simon (2) et dernièrement dans la thèse de M. Thibal (3).

Les deux formes des scléroses cérébrales primitives de l'enfance, identiques par leur étiologie et leurs symptômes, ne se distinguent que par leur évolution ultérieure et surtout par leurs caractères anatomiques.

Les scléroses encéphaliques primitives ne débutent que dans l'enfance; au delà de 5 ou 6 ans, la substance cérébrale semble réfractaire au développement de pareilles lésions.

L'hérédité névropathique (névroses, alcoolisme, aliénation mentale, anomalies de développement chez les parents) paraît compter comme facteur important dans les origines de cette maladie. Tandis que, si la sclérose débute dans la première enfance (pendant les 2 premières années de la vie), les causes qui la provoquent restent mal déterminées et on ne peut invoquer que des émotions morales vives pendant la grossesse, ou des accidents asphyxiques survenus chez l'enfant pendant le travail; plus tard on peut presque toujours faire remonter l'origine de la maladie à une fièvre éruptive, à une maladie infectieuse (fièvre typhoïde, coqueluche, éruption vaccinale, etc.) ou à un traumatisme sur la tête.

La maladie débute presque toujours brusquement par des convulsions généralisées très intenses, s'accompagnant parfois d'une réaction fébrile passagère. Dans la suite, ces convulsions se répètent, se localisant quelquefois à une moitié du corps, mais finissant le plus souvent par prendre l'aspect complet de l'attaque d'épilepsie.

L'intelligence ne se développe pas, reste stationnaire ou disparaît. Des paralysies dont le siège est en rapport avec les localisations cérébrales des lésions se montrent, affectant souvent le type hémiplégique; elles s'accompagnent fréquemment de contracture et d'atrophie des membres, parfois d'athétose.

Tel est le tableau général de la maladie, dont nous allons étudier chaque symptôme en particulier.

Les *convulsions* du début, qui frappent l'enfant en pleine santé, s'étendent à tout le corps; elles se renouvellent durant quelques jours, pour s'interrompre puis reparaître pendant des mois avec de courtes rémissions, jusqu'à ce que les attaques ne se montrent plus qu'à intervalles éloignés. Elles sont exceptionnellement précédées d'une paralysie ou d'une contracture d'un membre, mais on a signalé comme prodrome une agitation cérébrale très marquée (J. Simon). Ces attaques convulsives peuvent simuler complètement l'épilepsie vulgaire, mais surtout au début, le tableau est exceptionnellement aussi complet et, si l'aura fait rarement défaut, il y a généralement absence du cri initial, de perte de connaissance; on ne constate ni écume aux lèvres, ni morsure de la langue, ni évacuation involontaire. Au début de l'attaque les mouvements convulsifs se localisent avec une prédominance marquée du côté paralysé. Le stade de convulsions cloniques peut faire complètement défaut. En état de mal, la température s'élève peu. L'attaque se termine brusquement sans coma (Marie). Enfin, parfois ces symptômes se bornent à la reproduction exacte du petit mal épileptique (absence, vertiges).

Plus tard les convulsions s'espacent, mais presque jamais elles ne disparaissent complètement; elles repa-

(1) Bourneville et Brissaud, Etude sur la sclérose hypertrophique ou tubéreuse. *Arch. de Neurologie*, 1880.
(2) J. Simon, *De la sclérose cérébrale des enfants*. Paris, 1884.
(3) Thibal, *Contribution à l'étude de la sclérose tubéreuse du cerveau*. Th. Paris, 1888.

aissent à intervalles plus ou moins éloignés, prenant la orme de l'attaque d'épilepsie commune ou celle de 'épilepsie jacksonienne limitée aux membres paralysés et même à un membre ou à un segment du membre.

Les *paralysies* succèdent en général aux convulsions initiales au bout de 1 à 5 mois ; il est exceptionnel de les voir débuter après quelques années. Elles ne font presque jamais défaut au cours de la maladie. Généralement elles s'accompagnent de contractures survenues à la suite de dégénérescences secondaires. C'est l'hémiplégie qui est la forme la plus fréquente. L'hémiplégie infantile diffère sensiblement de celle des adultes ; elle est généralement complète, mais rarement totale. La paralysie faciale fait défaut ou est très peu prononcée : la déviation de la langue est exceptionnelle. Cependant M. Gibotteau (1) affirme que dans toutes les hémiplégies d'origine cérébrale chez les enfants, on peut constater un certain degré de paralysie faciale, si on la recherche avec soin. De plus, il fait remarquer que chez les nouveau-nés le facial supérieur est intéressé dans la majorité des cas. Il y a le plus souvent prédominance de la paralysie au membre supérieur, et quelquefois les membres inférieurs sont atteints tous deux à un degré inégal. Ordinairement les extrémités sont beaucoup plus paralysées. Parfois il n'y a qu'une monoplégie, mais il est tout à fait rare de voir les quatre membres paralysés.

Dans les cas où la sclérose atteignait exclusivement le cervelet, on notait des phénomènes de déséquilibration (titubation cérébelleuse, mouvements giratoires) qui pourraient faire soupçonner le siège de la lésion.

Généralement parallèle à la paralysie, la *contracture* se développe lentement ; mais elle manque rarement. Parfois avant que la contracture devienne définitive, il y a contracture instantanée, mais temporaire, immobilisant pour un moment, à la suite d'une excitation quelconque, un membre dans une attitude fixe (c'est l'état de contracture latente de M. Brissaud).

Dans le type hémiplégique, tous les segments du membre supérieur sont en flexion et les doigts sont en griffe ou bien les phalanges sont alternativement fléchies et étendues, reproduisant la déformation classique du rhumatisme chronique. Au contraire, la cuisse et la jambe sont en extension et le pied est renversé en varus équin. Un certain degré d'asymétrie faciale peut être la conséquence de la contracture des muscles d'un côté de la face. Lorsque la contracture prend la forme paraplégique, ce sont presque toujours les membres inférieurs qui sont atteints et les segments des membres sont alors en flexion les uns sur les autres. La contracture peut s'étendre à tout le corps ou se limiter à un seul membre. Dans quelques cas on l'a constatée en l'absence de toute paralysie. Le degré de contracture varie suivant les circonstances. Toutes les excitations périphériques (exposition brusque à l'air, attouchement d'un membre) l'exagèrent. La contracture persiste pendant le sommeil. Dans les cas les plus prononcés, elle peut s'accompagner de retractions musculaires et fibreuses.

Les *réflexes* tendineux sont abolis, normaux ou exagérés, sans que ces différences paraissent obéir à une règle quelconque. Les réflexes cutanés finissent généralement par être diminués.

La *contractilité électrique* n'est pas modifiée.

Les *troubles trophiques* peuvent faire défaut, mais accompagnent le plus souvent la paralysie avec contracture. Ils surviennent quelques semaines après le début des troubles moteurs. L'atrophie frappe le membre paralysé dans son entier ; son développement s'arrête, il reste grêle et court. Elle atteint surtout les groupes musculaires antérieurs aux membres supérieurs et les groupes musculaires postérieurs aux membres inférieurs. On a parfois signalé l'atrophie de la glande mammaire. On rencontre encore quelques autres troubles trophiques inconstants : épaississement de la peau, craquements articulaires, arthralgies ; ou des troubles vaso-moteurs : lividité et refroidissement des membres, sécrétion de sueurs visqueuses.

L'*hémiathétose* est très fréquente, mais elle accompagne le plus souvent une hémiplégie incomplète, sans atrophie ni contracture. Elle se traduit par une mobilité anormale des segments de membres atteints ; ils sont le siège de mouvements presque ininterrompus, en même temps les réflexes tendineux sont normaux et les muscles, loin d'être amaigris, peuvent être hypertrophiés. L'athétose double serait, suivant plusieurs auteurs (Richardière, Massalongo, Audry), un syndrome qui pourrait être l'expression symptomatique de la sclérose cérébrale, mais le travail très complet de M. Michailowski (1) semble démontrer que la véritable athétose double est une entité morbide distincte, au même titre que la chorée chronique, et certains mouvements de reptation des membres qu'on constate dans la sclérose cérébrale infantile, mériteraient seulement le nom de mouvements athétoïdes. Ils sont beaucoup moins complets et moins étendus que ceux de l'athétose double, généralement limités et respectant la face. Ils surviennent seulement à l'occasion de mouvements volontaires.

Beaucoup moins fréquente que l'hémiathétose, l'*hémichorée* ne s'accompagne généralement pas de troubles moteurs très marqués. Les mouvements s'étendent à tout le membre (presque toujours le membre supérieur), décrivent des courbes très étendues et s'exagèrent à l'occasion des mouvements volontaires.

Dès le début de la maladie, l'*intelligence* subit une grave atteinte, qui, chez les très jeunes enfants, ne devient manifeste que dans la suite, lorsqu'on s'aperçoit que les facultés intellectuelles ne se développent pas. Les petits malades peuvent devenir idiots et le rester définitivement ; mais plus souvent l'intelligence reparaît et l'enfant est susceptible d'une éducation nouvelle plus ou moins rudimentaire.

L'aphasie elle-même peut disparaître, grâce à la suppléance de l'hémisphère droit (Cotard).

La *sensibilité générale*, presque toujours intacte, a été trouvée diminuée dans quelques cas (Marie). On a signalé des *troubles du côté de l'œil* (strabisme, atrophie du globe oculaire). Mais en dehors des *déformations* inconstantes de la boîte crânienne (aplatissement des bosses frontales ou occipitales), en dehors de quelques *céphalées* persistantes, la santé demeure bonne et toutes les fonctions s'accomplissent bien.

La marche de la maladie permet d'établir une distinction marquée entre les deux formes anatomiques des scléroses cérébrales primitives de l'enfance. La *sclérose atrophique lobaire* traverse deux phases : d'abord une période d'évolution, pendant laquelle la lésion est en voie d'accroissement. Ce stade de la maladie est marqué par les convulsions du début, puis par les phénomènes de paralysie et de contracture à forme généralement hémiplégique, avec arrêt de développement intellectuel. Dans la seconde période ou période d'état, la lésion est définitivement constituée, les troubles moteurs ne se modifient plus ; des accès épileptiformes ou franchement épileptiques se montrent de temps à autre ; les troubles

(1) Gibotteau, *Paralysies d'origine cérébrale chez les enfants.* Th. de Paris, 1889.

(1) D. I. Michailowski, *Etude clinique sur l'athétose double.* Th. de Paris, 1892.

intellectuels s'accentuent, restent stationnaires ou s'amendent. L'état général du malade reste satisfaisant, la vie peut se prolonger longtemps et l'on voit des sujets frappés dans leur enfance atteindre la vieillesse sans encombre. Ce n'est guère que tout à fait au début que la maladie peut entraîner la mort des enfants qu'elle frappe; plus tard ils succombent à une maladie intercurrente, souvent la tuberculose pulmonaire.

La marche de la *sclérose hypertrophique ou tubéreuse* est rapidement progressive. Elle débute bien aussi par des convulsions; mais celles-ci sont très intenses, se reproduisent par séries et l'on ne voit pas, comme dans la sclérose lobaire, ces crises s'espacer de plus en plus; au contraire, aux convulsions du début succèdent rapidement des accès épileptiques très intenses et très rapprochés. Les troubles paralytiques ne se localisent pas nettement; il existe plutôt un état parétique des membres qui fait que les petits malades sont le plus souvent incapables de se tenir debout. Dans d'autres cas, cette impotence est la conséquence de la contracture des membres qui détermine une rigidité complète de tout le corps. Presque toujours l'intelligence est atteinte profondément et d'une façon définitive, les malades sont et restent des idiots. Ces troubles progressifs portent une atteinte très marquée à la nutrition générale; aussi la durée de la maladie n'est-elle pas longue, et si l'enfant ne meurt pas en état de mal épileptique, il ne tarde pas à être emporté par une maladie intercurrente. Ces malades meurent généralement dans les cinq premières années de la vie; ils ne dépassent jamais l'âge de dix ans.

Chacun des symptômes principaux qu'on observe dans les scléroses cérébrales primitives peut se rencontrer dans bon nombre de maladies de l'enfance avec lesquelles il faut établir un diagnostic différentiel. Suivant que tel ou tel phénomène attire plus spécialement l'attention, il faudra passer en revue le groupe d'affections dans lesquelles on le retrouve. C'est ainsi que les convulsions du début seront impossibles à distinguer des *accès d'éclampsie* de la première enfance annonçant le début d'une pyrexie, une dentition laborieuse ou la présence de vers intestinaux. Il faudra attendre les phénomènes consécutifs pour se prononcer.

Plus tard, c'est avec l'*épilepsie vraie* que se pose le diagnostic, nous en avons déjà indiqué les éléments; d'ailleurs dans le mal comitial les convulsions ne sont pas suivies de paralysies persistantes.

Si les troubles moteurs prédominent, c'est particulièrement dans la forme hémiplégique que le diagnostic devient délicat. Les *tumeurs cérébrales* et en particulier les *tubercules* ne débutent pas brusquement par des attaques convulsives; l'hémiplégie, que produisent les tumeurs cérébrales, s'accompagne de céphalalgie et de vomissements; les malades sont généralement plus âgés. Les *hémorrhagies cérébrales* ou *méningées*, les foyers de *ramollissement* se rencontrent rarement dans la première enfance et ne déterminent ni crises convulsives persistantes, ni troubles intellectuels très marqués. Les *paralysies choréiques*, particulièrement l'hémiplégie, sont rares. Elles ne s'accompagnent pas d'attaques épileptiformes; les réflexes tendineux sont abolis; elles surviennent de 7 à 15 ans et guérissent complètement en moins de deux mois. Les stigmates habituels de la névrose, particulièrement les troubles de la sensibilité, dénoncent l'*hémiplégie hystérique*.

Dans les cas de monoplégie, de paraplégie ou de paralysie généralisée, il est encore un certain nombre d'affections auxquelles il faut songer. La *paralysie obstétricale des nouveau-nés* est caractérisée par une monoplégie brachiale avec hémiplégie faciale; mais il s'agit d'une paralysie radiculaire limitée au deltoïde, au sous-épineux et aux fléchisseurs de l'avant-bras avec réaction de dégénérescence. La douleur vive provoquée par la pression en un point limité à l'union du cartilage épiphysaire à la diaphyse d'un membre, la tuméfaction de la région et quelquefois de la crépitation, joints aux stigmates de la syphilis héréditaire, permettront de reconnaître la *pseudo-paralysie syphilitique* de Parrot. La *paralysie infantile*, après avoir frappé la totalité d'un membre, se localise à certains groupes musculaires et s'accompagne de la réaction de dégénérescence; elle ne provoque ni contracture, ni accès épileptiformes, ni troubles intellectuels. Il est fort rare de rencontrer la *sclérose en plaques* chez les enfants; elle se reconnaît aux troubles de la parole et au tremblement caractéristique; on n'y constate pas de crises convulsives.

Dans les cas où la contracture serait le symptôme prédominant dans les états tabéto-spasmodiques, comme les nomme M. Marie (1), il faudrait songer au *tabes dorsal spasmodique*, que Little a décrit chez les enfants. C'est une affection congénitale, développée chez des enfants le plus souvent nés avant terme; elle ne provoque jamais de convulsions et se localise presque toujours aux membres inférieurs seuls. Le développement de l'intelligence est retardé, mais non aboli.

Enfin il existe deux maladies qui reproduisent les symptômes physiques des scléroses cérébrales en même temps qu'ils déterminent des troubles intellectuels analogues; ce sont les porencéphalies et la méningo-encéphalite chronique. Le diagnostic est le plus souvent impossible. On se rappellera seulement que les *porencéphalies* sont plus souvent congénitales que la sclérose lobaire, qu'on y observe plus rarement des monoplégies ou l'athétose, tandis qu'elles donnent lieu à des paralysies et à des contractures moins généralisées, à des troubles intellectuels moins complets que la sclérose tubéreuse. Le diagnostic de la *méningo-encéphalite chronique* avec la sclérose hypertrophique est impossible. Avec la sclérose lobaire les différences sont plus marquées; ce sont les mêmes qui distinguent entre elles les deux formes de scléroses cérébrales primitives et que nous avons signalées plus haut.

Anatomiquement la *sclérose lobaire atrophique* est caractérisée par une diminution de volume de l'encéphale, plus ou moins étendue, soit bilatérale, soit unilatérale. Le crâne peut présenter des déformations, des aplatissements correspondant au retrait de la substance cérébrale, mais il peut aussi conserver sa forme normale. L'atrophie cérébrale est d'autant plus sensible qu'elle n'atteint qu'un seul hémisphère, qui alors est débordé en avant par l'hémisphère sain, tandis qu'il laisse en arrière une partie du cervelet à découvert. La différence de poids entre les deux hémisphères ne dépasse généralement pas 200 grammes. L'atrophie est localisée en général au lobe occipital ou au lobe frontal; elle est presque toujours symétrique lorsqu'elle est bilatérale. Le cervelet peut être atrophié en même temps que le cerveau, mais alors l'atrophie est presque toujours croisée. Exceptionnellement le cervelet est atteint isolément. On peut encore observer les mêmes lésions au niveau de la protubérance et du bulbe. Les vaisseaux et les nerfs de la base du cerveau restent normaux. Sauf un peu de congestion de la pie-mère, les méninges sont saines et la décortication se fait partout aisément. Habituellement l'espace sous-arachnoïdien contient une quantité de sérosité assez considérable. Les circonvolutions atrophiées sont ratatinées, desséchées, considérablement amincies; leur colo-

(1) Marie, *Leçons sur es maladies de la moelle*, 1892, p. 104.

ration est bien plus blanche qu'à l'état normal; leur surface est lisse et très résistante. Généralement le lobe atrophié est séparé des circonvolutions saines par des sillons élargis; le nombre des circonvolutions atteintes est généralement le même qu'à l'état normal, cependant quelques-unes disparaissent parfois et on ne trouve à leur place qu'une dépression plus ou moins profonde (c'est là une altération très voisine des porencéphalies). Sur les coupes de l'encéphale on voit que la substance blanche appartenant aux circonvolutions malades est plus grise qu'à l'état sain; l'atrophie y est encore plus marquée qu'au niveau de l'écorce. Les vaisseaux au niveau des portions atrophiées sont beaucoup moins nombreux et plus grêles. Il y a souvent un amincissement marqué du corps calleux. Les ventricules latéraux présentent leurs dimensions normales, parfois sont distendus. Les noyaux gris centraux sont presque toujours atrophiés quand la sclérose a envahi une étendue notable de l'écorce. Aux lésions atrophiques de zones motrices succèdent les dégénérescences secondaires habituelles de l'axe médullaire.

Les examen histologiques de la sclérose lobaire n'ont porté jusqu'ici que sur des lésions datant de plusieurs années, les modifications du début sont encore inconnues. Une fois constituée, la sclérose se présente sous forme d'une trame réticulée, plus tard d'une nappe presque continue de tissu conjonctif, siégeant au niveau de la 2ᵉ couche de la subtance grise ou pénétrant parallèlement aux fibres de la substance blanche. La sclérose est surtout périvasculaire (Richardière). M. Marie a constaté une infiltration embryonnaire des parois vasculaires, qui semble bien prouver que c'est là qu'est le point de départ de la sclérose. On a noté parfois une dilatation très marquée des vaisseaux qui est peut-être due à la rétraction excentrique du tissu conjonctif devenu fibreux. On rencontre partout des corps granuleux surtout dans la substance blanche et dans les gaines lymphatiques des vaisseaux; ils persistent même lorsque la lésion date de plusieurs années, ce qui prouve qu'il s'agit d'une lésion à longue évolution, et non définitivement constituée (Marie). Les tubes nerveux sont peu nombreux, difficiles à reconnaître. Les cellules nerveuses ont disparu en partie ou même complètement. On en rencontre de gonflées, granuleuses, privées de leurs prolongements. Tandis que la plupart des auteurs admettent que les éléments nerveux sont étouffés et détruits par la sclérose, M. Strümpell (1) croit que l'altération primitive capitale est la lésion de la cellule nerveuse, qui est suivie d'une réaction vasculaire et interstitielle; ce processus serait très analogue à celui de la poliomyélite antérieure infantile. Dans les cas où l'examen des muscles a pu être pratiqué, on n'a trouvé qu'une atrophie simple de leurs fibres.

Dans la *sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse* de l'encéphale, le crâne ne présente généralement pas de déformation, sauf parfois une soudure prématurée des os. Le cerveau est parsemé de nodosités sphériques ou de bandes transversales scléreuses, dures, blanchâtres. Ces nodosités ne dépassent pas le volume d'une pièce de 5 fr.; elles sont souvent grosses comme un pois. La décortication des méninges est facile, sauf parfois au voisinage des tubérosités où l'on trouve quelques adhérences de la pie-mère; au-dessous, les circonvolutions sont fortement injectées, couleur saumon. A la coupe on voit que la sclérose est limitée à l'écorce grise, et pénètre à peine la substance blanche.

Les examens histologiques de M. Brissaud démontrent que ces tubérosités sont constituées par du tissu scléreux d'autant plus dense qu'il est plus rapproché de la superficie. Dans ce tissu les noyaux ne sont pas beaucoup plus abondants qu'à l'état normal; mais un bon nombre présentent des prolongements ramifiés et affectent la forme de cellules araignées. La limite entre les régions saines et les parties malades est insensible. La névroglie devient simplement plus lâche. Les éléments nerveux atrophiés au centre du nodule reparaissent à la périphérie. La vascularisation est très faible dans les points envahis par la sclérose. M. Thibal, avec M. Brissaud, pense qu'il s'agit là d'un processus de prolifération névroglique, étouffant les éléments nerveux et les vaisseaux et empiétant par propagation sur la substance blanche. Le point de départ de cette sclérose serait dans la substance nerveuse seule et non pas dans les vaisseaux ni les méninges. Il s'agirait d'une modification anatomique analogue à ce que Virchow a décrit sous le nom de gliome dur. M. P. Chaslin range les scléroses tubéreuses parmi les glioses non inflammatoires. Cependant M. Brückner (1), dans un cas, a trouvé des signes d'inflammation chronique. Le point de départ de cette sclérose n'est donc pas nettement établi. Les lésions de la sclérose atrophique et de la sclérose hypertrophique peuvent se trouver combinées chez le même sujet, comme dans le cas de M. Pozzi (2). M. Brissaud, qui a fait l'examen histologique de ce cas, croit à un processus inflammatoire chronique éteint.

On ne peut guère compter sur un *traitement* pouvant modifier la lésion cérébrale; cependant à la période éclamptique du début on pourra faire placer des sangsues derrière les oreilles, un vésicatoire à la nuque, de la glace sur la tête, chercher à calmer les crises convulsives par les bains tièdes, l'administration du chloral, du musc ou du bromure de potassium. Ce dernier médicament sera spécialement indiqué contre les attaques épileptiformes de la période d'état. A ce moment les lésions sont irrémédiables et le traitement ne peut être que symptomatique. La paralysie, les atrophies musculaires nécessitent l'emploi de courants continus ou interrompus, mais il faut être circonspect dans leur emploi et les supprimer s'ils paraissent augmenter les crises convulsives.

Les déformations des membres sont justiciables du massage, d'appareils orthopédiques et même d'opérations chirurgicales.

Quant aux troubles intellectuels, ils peuvent souvent s'amender par l'effet d'une éducation patiente et progressive, comme l'a démontré M. Bourneville.

H. Bourges.

Quelques faits relatifs à la pathologie du corps thyroïde.

Nous tenons à faire passer sous les yeux du lecteur l'analyse d'un certain nombre de travaux sur la pathologie du corps thyroïde, qui depuis quelque temps a pris une place prépondérante dans la littérature médicale.

Signalons tout d'abord un travail très intéressant de Wolff sur l'*extirpation du goître* (3). C'est une véritable petite monographie consacrée à trois points: les causes de mort après ou pendant l'extirpation du goître; le sort de la moitié hypertrophiée après la thyroïdectomie partielle; le procédé opératoire.

Pour ce qui est du premier point, Wolff signale une nouvelle cause de mort pendant l'opération du goître: c'est l'accumulation d'une quantité considérable de mucosité dans

(1) Strumpell: Ueber diffuse Hirnsclerose. *Arch. f. Psych.* Bd. IX. 1879 S. p. 268.

(1) Bruckner: Ueber multiple tuberose Sklerose der Hirnrinde. *Arch. f. Psych.* Bd. XII. 1882. S. 550.
(2) S. Pozzi, *Encéphale*, 1883.
(3) *Deut. med. Woch.*, 1893, n° 11.

le pharynx. Dans un cas notamment où l'opération était déjà terminée et le pansement appliqué, le malade, qui paraissait mal supporter le chloroforme, fut pris d'asphyxie, de petitesse du pouls, etc. On se proposait déjà de faire la trachéotomie, lorsqu'on s'aperçut que la bouche du malade et surtout le pharynx étaient remplis de mucosités visqueuses impossibles à enlever avec les doigts ou les éponges. On fut obligé de faire le lavage du pharynx et on retira ainsi près d'un demi-litre de mucus. Le malade fut sauvé. Mais il n'en fut pas de même dans un autre cas (antérieur au précédent) qui se termina par la mort après la trachéotomie. Pour Wolff cette accumulation de mucus, qui peut survenir aussi dans d'autres opérations, acquiert une importance capitale chez les goîtreux dont la trachée est rétrécie.

Quant au sort de la partie hypertrophiée de la glande après la thyroïdectomie partielle, Wolff nous donne une statistique de 26 cas : 14 fois le retour presque à l'état normal était complet au bout d'un an et 12 fois il existait une simple diminution, mais très marquée, au bout d'un an. Dans les deux séries, on a eu 6 récidives, 3 pour chacune, survenues de 3 à 5 ans après l'opération.

Comme procédé opératoire, Wolff préconise l'extirpation intra-capsulaire exclusive, pendant laquelle on ne rencontre même pas les nerfs ni les veines importantes de la région. Après la section de la peau, on trouve à la surface de la capsule 2 ou 3 veines volumineuses qu'on divise entre deux ligatures. La capsule ouverte, l'extirpation se fait à coups de ciseaux ou de bistouri. L'hémorrhagie est arrêtée ou plutôt évitée autant que possible par la compression circulaire de la tumeur que les aides pratiquent soit avec les doigts, soit avec des tampons. Même compression pour l'hémorrhagie parenchymateuse, et Wolff affirme avoir rarement l'occasion de faire des ligatures dans le cours de l'opération : la compression suffit.

L'observation de Braun (1), relative à un cas de *goître rétro-sternal* est intéressante à plusieurs points de vue. Il s'agit d'une femme de 58 ans arrivée avec le diagnostic d'anévrysme de l'aorte dont les phénomènes auraient fait leur apparition il y a trois ans. A côté des phénomènes subjectifs classiques (oppression, dyspnée, suffocations, etc.), passagers, bien d'accord avec le diagnostic d'anévrysme, le pouls restait pourtant régulier, les bruits du cœur normaux. A l'examen du cou, on trouvait à un centimètre au-dessus de la clavicule le sommet d'une tumeur dure, non fluctuante mais pulsatile à cause du voisinage de la carotide. La partie inférieure de la tumeur se perdait derrière la clavicule et paraissait descendre assez bas derrière le sternum. Un pédicule mince paraissait relier cette tumeur à un nodule goîtreux qui se trouvait dans le lobe droit de la glande thyroïde : tous ces faits plaidaient donc en faveur d'un goître plutôt rétro-sternal. Aussi l'auteur n'hésita-t-il pas à pratiquer l'énucléation de la tumeur, ce qui fut fait avec la plus grande facilité après la section de la capsule. La malade guérit.

Le cas de Determeyer (2) confirme les bons résultats que peut donner le *traitement opératoire de la maladie de Basedow*. L'observation qu'il publie se rapporte à une femme de 35 ans qui présentait le tableau classique de la maladie de Basedow dont le début remontait à trois ans. Devant l'affaiblissement progressif de la malade et l'échec de la médication habituelle, on n'hésita pas à faire la thyroïdectomie partielle d'après le procédé de Kocher. Huit jours après l'opération, le tremblement avait disparu, le pouls était descendu de 140 à 100; l'appétit, le sommeil étaient revenus. L'amélioration n'a fait, du reste, que s'accentuer et lorsque la malade fut revue, quatre mois plus tard, elle avait engraissé de 35 livres. L'exophthalmie avait diminué, la glande thyroïde s'était atrophiée en partie et la malade se sentait aussi bien que possible.

Au point de vue de la symptomatologie de la maladie de Basedow, il nous paraît intéressant de signaler ici l'article de Berger (3) sur le *larmoiement dans le goître exophthalmique*. Dans les deux cas publiés par Berger, le larmoiement avait précédé l'apparition de tout autre symptôme de la maladie de Basedow. Pour cet auteur, le larmoiement dans la maladie de Basedow, comme dans le tabes, serait dû à une

(1) *Ibid.*
(2) *Ibid.*
(3) *Bulletin méd.*, 1893, n° 21.

névrose des nerfs sécréteurs de la glande lacrymale qui appartiennent, selon les uns, aux filets sympathiques, selon les autres au facial. Les nerfs sécréteurs de la glande lacrymale sont, au début du goître exophthalmique, en proie à l'irritation, et c'est seulement à une époque ultérieure de cette maladie que ces nerfs sont atteints de parésie, d'où diminution de la sécrétion lacrymale qui, seulement à la suite d'irritations plus fortes, s'accentue et produit des larmes abondantes.

C'est donc un nouveau signe très précieux qu'on peut placer à côté du souffle dans les vaisseaux de la glande thyroïde signalé récemment par Guttmann (1).

Il nous reste encore à signaler, dans cette courte revue de la presse, deux observations de Vermehren (2) sur un cas de *myxœdème* notablement amélioré par l'ingestion des glandes thyroïdes crues et un cas de *crétinisme sporadique* où l'ingestion du suc cru des glandes thyroïdes du mouton eut les meilleurs effets. Dans le même ordre d'idées, nous devons encore noter une observation de Laache (3) sur les bons effets des glandes thyroïdes crues dans le myxœdème. Les trois photographies du malade permettent bien de se rendre compte de l'efficacité de cette méthode. Mentionnons enfin deux observations de Wichmann (4) identiques à celle de Laache.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôtel-Dieu de Lyon. — Service de M. le P[r] A. Poncet.

De la résection dans les arthrites infectieuses aiguës du genou consécutives aux plaies pénétrantes de cette articulation, par M. Lagoutte, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

Dans cette étude, dont le point de départ est l'observation d'un malade atteint d'arthrite infectieuse du genou à la suite d'une plaie pénétrante de cette articulation par coup de couteau, nous n'avons en vue que cette variété d'arthrite suppurée dont il n'est pas rare de rencontrer des exemples. C'est, du reste, de l'articulation seule du genou que nous nous occuperons à propos d'un malade récemment entré et opéré dans le service de M. le professeur Poncet. Voici cette observation.

D..., Emile, 25 ans, garçon boucher, se donne, le 7 février dernier, un coup de couteau au niveau du genou.

L'instrument pénètre profondément sur le bord externe de la rotule, il produit une plaie pénétrante, étroite, de l'articulation. Immédiatement après l'accident, le malade continue à marcher, à vaquer à ses occupations, n'ayant pour tout pansement qu'un linge malpropre recouvrant la plaie. Deux jours après, le gonflement de la région, la douleur provoquée par les mouvements l'obligent à garder le lit. Au bout d'une semaine environ, le 17 février, il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Poncet. A son entrée, le genou est gonflé, chaud, douloureux à la pression. Les mouvements sont absolument impossibles. Enfin, en pressant sur le cul-de-sac sous-tricipital et tout autour de la rotule, on fait sourdre du pus par l'orifice de la plaie.

Température 39°. Etat général médiocre.

Après pansement antiseptique, la jambe et la cuisse sont immobilisées dans une gouttière et le malade, qui vient d'entrer à l'hôpital, est mis en observation. Le lendemain et le surlendemain, la température restant élevée (39° à 40°) avec agitation et délire, M. le professeur Poncet propose l'intervention, qui est acceptée.

Anesthésie. Large ouverture de la jointure par les incisions ordinaires pour la résection. On trouve dans une

(1) *Mercredi méd.*, 1893, n° 9, p. 107.
(2) *Deut. med. Woch.*, 1893, n° 11.
(3) *Ibid.*
(4) *Ibid.*

cavité articulaire remplie de pus. La synoviale est épaissie, recouverte d'exsudats jaunâtres, purulents. Elle est rouge, œdémateuse, formant en certaines régions, au pourtour de la rotule, par exemple, un véritable chémosis. Il n'y a pas d'altération apparente des os et des cartilages qui sont cependant dépolis et présentent une coloration grisâtre.

Mais, à l'incision des parties molles, on remarque une infiltration œdémateuse et même déjà purulente dans le tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel.

M. le professeur Poncet pratique alors la résection en enlevant les condyles fémoraux et une mince tranche du plateau tibial. La rotule est également enlevée. Comme d'habitude, on fait deux incisions postérieures de décharge.

Puis, au lieu de rapprocher les fragments comme dans une résection ordinaire, on maintient leur écartement en ayant soin d'interposer entre eux de grosses mèches de gaze iodoformée. On ne fait aucune suture et on complète le drainage en plaçant des tubes aux points déclives.

Une gouttière plâtrée maintient les choses en cet état.

Le soir de l'opération, la température était seulement de 38°8, et dès le surlendemain, elle tombait à 37°5, pour osciller tous les jours suivants entre 37° et 38°. Une ou deux fois, le pansement est refait, la gaze iodoformée changée. Enfin, le 2 mars, c'est-à-dire dix jours après la résection, la température se maintenant toujours autour de 37°5, on rapproche les fragments et on pratique la suture osseuse. Les surfaces de section du fémur et du tibia sont maintenues en contact par trois gros fils de catgut.

Les parties superficielles sont également réunies par quelques points espacés.

On a soin de maintenir le drainage tout autour des parties osseuses, siège de la résection.

Enfin, on immobilise soigneusement le membre dans un appareil plâtré.

Pendant les jours suivants, on se contente de surveiller le malade sans toucher au pansement. Du reste, l'état général est excellent, bien que, depuis la suture, la température se soit élevée un peu et oscille entre 37°5 et 38°5.

Au bout de 18 jours, on enlève le pansement, l'état local est excellent, sauf de petits décollements superficiels sur la face antéro-externe de la région et expliquant l'élévation de la température.

De petites incisions et des drains sous-cutanés permettent de combattre ces accidents de rétention.

Depuis lors, le pansement a été renouvelé une série de fois et, peu à peu, la température s'est abaissée pour rester à la normale entre 37° et 37°5 depuis bientôt un mois.

Actuellement, le malade va très bien, son état général est excellent. La consolidation est complète. Il peut soulever le talon sans aucune difficulté. Enfin, la guérison absolue n'est plus qu'une affaire de quelques jours.

La question de l'intervention chirurgicale chez de tels blessés est loin d'être résolue. On sait quel était le terrible pronostic des suppurations articulaires du genou avant l'ère antiseptique. Presque toujours l'amputation du membre était le seul traitement que le chirurgien pût tenter rationnellement, et que de fois encore la terminaison fatale était-elle la conséquence d'une telle intervention, quoique radicale et précoce!

Aujourd'hui, les conditions ont changé du tout au tout. Assurément, les suppurations aiguës des jointures ont conservé leur gravité. Pourtant le chirurgien ne les voit plus apparaître avec le même effroi. D'abord le nombre en a considérablement diminué par le seul fait du pansement antiseptique des plaies articulaires non infectées. Et puis, l'intervention elle-même, quelle qu'elle soit, n'est plus l'arme à deux tranchants que l'on osait à peine manier autrefois. Mais, en présence de ces accidents inflammatoires dont la marche rapide précipite les lésions et dont le retentissement sur l'état général n'est pas sans inspirer les plus grandes inquiétudes, il faut se décider immédiatement pour une thérapeutique active remplissant les indications qui s'imposent. En présence d'une arthrite infectieuse traumatique du genou, il ne saurait, bien entendu, être question d'expectation. Les pansements, les injections antiseptiques par la plaie existante agrandie ou non, l'immobilisation, etc., ne peuvent que faire perdre un temps précieux. Ce sont là des voiles de misère derrière lesquels l'arthrite n'en évolue pas moins avec sa gravité habituelle. Devra-t-on recourir à l'arthrotomie, c'est-à-dire à de larges incisions pratiquées méthodiquement en divers points de l'articulation avec drainage aussi complet que possible, ou bien, devra-t-on d'emblée, comme le propose M. le professeur Poncet, pour mieux arthrotomiser et drainer l'article malade, pratiquer la résection des extrémités articulaires? Certainement, l'arthrotomie est l'opération la plus simple, celle qui vient naturellement à l'esprit et nous reconnaissons volontiers qu'elle a donné parfois de bons résultats. Nous n'en voulons comme preuve que la statistique que nous trouvons dans le meilleur travail d'ensemble qui ait été publié sur ce sujet, la thèse d'agrégation de M. Jalaguier (1886).

Toutes les observations citées par l'auteur sont dues à des chirurgiens contemporains. Avant l'antisepsie, en effet, l'ouverture d'une jointure, même suppurée, était une intervention d'absolue nécessité, qu'on ne pratiquait qu'en désespoir de cause. Rares étaient les chirurgiens comme Blot (*Arch. gén. de méd.*, 1856) qui préconisaient l'arthrotomie précoce, tant au point de vue du résultat immédiat, vital, que du résultat ultérieur, fonctionnel.

Sur les 102 observations d'arthrites aiguës suppurées traitées par l'arthrotomie et citées par M. Jalaguier, nous en trouvons 39 relatives à des arthrites purulentes consécutives à des plaies pénétrantes du genou. Les résultats ont été les suivants : 3 morts et 36 guérisons, dont 14 avec ankylose complète, 4 avec ankylose incomplète et 10 avec mouvements entiers ou plus ou moins étendus.

Assurément ce sont là des résultats qui, au premier abord, paraissent excellents. Et pourtant sont-ils à l'abri de toute critique? D'abord il y a une mortalité d'environ 8 0/0 et puis il s'agit de malades soignés par un grand nombre de chirurgiens différents. Naturellement, les cas heureux sont publiés; quant aux cas malheureux, ils sont volontiers laissés dans l'ombre. Trop souvent, c'est la rareté du résultat obtenu dans une affection dans la thérapeutique de laquelle on n'est pas habitué au succès, qui fait l'intérêt d'une observation et engage l'auteur à la publier. Ainsi donc nous ne pensons pas pouvoir nous faire une idée exacte des résultats que donne l'arthrotomie en nous basant sur un tel recueil de faits. Tout autre serait la valeur d'une statistique émanant d'un seul chirurgien et relatant tous les cas, succès et insuccès.

C'est précisément en passant en revue les nombreux malades atteints d'arthrites suppurées traumatiques et traitées par l'arthrotomie que M. le professeur Poncet est arrivé à cette opinion que cette dernière intervention doit être considérée comme incapable, le plus souvent, d'enrayer le nombre des accidents.

Il a été, en effet, plusieurs fois témoin de complications mortelles ou d'amputations devenues indispensables après de larges incisions méthodiquement faites. C'est ainsi que chez 4 malades de son service, âgés de 23 à 40 ans, l'arthrotomie n'a pu arrêter l'infection. Après une accalmie plus ou moins grande, la suppuration a étendu au loin ses ravages. Deux de ces malades ont dû être amputés quelque temps après, le troisième est mort de septico-pyohémie malgré une résection trop tardivement pratiquée, alors que des abcès s'étendaient au loin dans l'épaisseur des muscles de la cuisse et du mollet, et alors qu'il avait refusé l'amputation. Quant au quatrième blessé, la résection pratiquée le quinzième jour donna un succès après la persistance pendant un certain temps encore de phénomènes infectieux.

Dans tous ces faits, l'arthrotomie et le drainage qui

l'a suivie ont été insuffisants et c'est ce qui se passe dans de nombreux cas analogues. En rappelant ses souvenirs d'élève et de chef de service, M. Poncet nous racontait qu'il n'avait pas vu une seule fois l'arthrotomie guérir, chez un adulte, une arthrite infectieuse traumatique du genou. Avec l'arthrotomie, les symptômes locaux s'amendent, les phénomènes généraux graves faisant craindre à brève échéance pour la vie du malade sont conjurés pour un certain temps. Mais, le plus souvent la suppuration persiste dans l'articulation, des décollements se produisent, la rétention des liquides infectieux continue et des fusées purulentes ne tardent pas à se faire jour dans les interstices musculaires voisins. L'état général s'aggrave progressivement. Après quelques semaines pendant lesquelles le malade s'est cachectisé peu à peu, on finit par se trouver dans la nécessité ou d'amputer rapidement ou de laisser le patient mourir d'épuisement septique. Pour M. le professeur Poncet, on eût évité cette pénible alternative et on eût conservé un membre utile au malade en ayant recours de prime abord à une opération plus radicale, réalisant un drainage beaucoup plus parfait, la résection.

Depuis longtemps déjà, une telle conduite est suivie dans les suppurations de certaines jointures, le coude, par exemple, et M. Ollier, dans son Traité des résections, considère « le retranchement de l'extrémité humérale comme seule capable de prévenir la rétention des liquides septiques et de tarir l'infection. » Du reste, rien de plus justifié que cette manière de faire, l'articulation du coude est serrée; il est difficile par des incisions d'ouvrir tous les culs-de-sac de la synoviale, et de plus, quand l'arthrotomie amène la guérison, elle laisse le malade avec un coude ankylosé, d'où la nécessité d'une résection secondaire orthopédique pour rétablir les mouvements du membre. Au cou-de-pied, la résection de l'astragale n'est-elle pas encore, nous ne dirons pas le moyen le plus sûr, mais le seul moyen de drainer convenablement l'articulation tibio-tarsienne?

Au genou, la question est plus complexe. En effet, dans les cas précédents, la résection est d'abord un drainage, puis ensuite un moyen d'éviter l'ankylose et de reconstituer une articulation.

Or, au genou faire une résection primitive, c'est sacrifier la jointure au point de vue fonctionnel. La simple arthrotomie, au contraire, compte à son actif des guérisons avec conservation des mouvements, comme on peut le voir dans les observations anciennes de Blot et celles plus récentes de Jalaguier. La question est donc celle-ci: Vaut-il mieux s'en tenir à l'arthrotomie, gardant l'espoir d'une guérison avec conservation fonctionnelle de l'articulation, mais s'exposant aussi aux accidents graves d'un drainage insuffisant; ou bien faut-il de suite avoir recours à la résection, ouvrir une voie large au pus, en renonçant à la conservation problématique des mouvements pour avoir une sécurité aussi complète que possible? Pour M. le professeur Poncet, c'est cette dernière manière de faire qui est la plus sage, c'est elle qui permet de remplir des indications chirurgicales dont l'urgence s'impose souvent, surtout dans un milieu hospitalier.

Rien, en effet, n'est difficile comme de pratiquer un drainage parfait de l'articulation du genou. Ce drainage nous paraît même impossible, en dehors du vide que peut seule créer une résection des extrémités articulaires. Généralement on a recours pour l'arthrotomie aux incisions employées par M. Ollier dans son procédé de résection du genou : deux grandes incisions longitudinales antérieures de chaque côté de la rotule et deux incisions postéro-latérales de décharge. Les incisions antérieures drainent bien largement les culs-de-sac sus et sous-rotuliens, les postérieures peuvent également ouvrir suffisamment les capsules condyliennes, mais le pus s'infiltre dans tous les coins et recoins de l'articulation, par exemple entre les cartilages semi-lunaires et la face supérieure du tibia, dans les culs-de-sac qui entourent toute la partie supérieure du tibia. Il suffit d'avoir ouvert à l'amphithéâtre un genou rempli de pus, pour voir avec quelles difficultés on peut l'évacuer de ces nids profonds. Cela est si vrai que les chirurgiens se sont ingéniés à trouver des incisions assurant mieux l'écoulement des liquides de la jointure, tel le procédé de Reyher qui combine à une incision latérale externe l'excision du ménisque correspondant et la section du ligament croisé.

Faut-il avoir recours au drainage postérieur interosseux en ouvrant en avant l'articulation par une incision en H comme pour la résection et en faisant traverser l'espace intercondylien à un drain ressortant en arrière dans le creux poplité ? D'abord une telle manière de faire n'est pas sans danger, témoin l'observation de P. Berger rapportée par Jalaguier dans laquelle le malade meurt à la suite d'ulcération des vaisseaux poplités comprimés par le drain.

Et puis est-on bien sûr encore de faire un drainage suffisant ? La clinique nous enseigne le contraire et des recherches à l'amphithéâtre nous en ont démontré le bien fondé.

Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il est préférable de recourir d'emblée à la résection et nous croyons que les chances de conservation du membre sont précisément d'autant plus grandes que la résection sera pratiquée à un moment plus rapproché du début des accidents infectieux. Lorsque la lésion remonte, en effet, à une période relativement éloignée, à deux, trois, quatre semaines, et à *fortiori* au delà, et si le malade a eu la force d'en faire les frais, ce n'est plus à la résection qu'il faudra souvent songer, lorsque, par exemple à la suite de ruptures de la capsule, des fusées purulentes se sont fait jour au loin, dans les interstices musculaires de la cuisse et du mollet. En pareil cas, on tiendra compte de l'étendue et de la gravité des lésions locales, de l'état général du malade, de son âge, etc., tous facteurs, dans l'espèce, d'une haute importance, et l'on devra se décider souvent alors pour l'amputation de la cuisse.

La résection, ainsi que nous l'avons dit, n'a pas d'autre but que de permettre un drainage réel, efficace, de l'article.

Lorsque l'on considère en effet l'articulation du genou avec ses culs-de-sac synoviaux profonds, avec ses coins et ses arrière-coins intra et péri-articulaires, on comprend que pour remplir véritablement l'indication du libre écoulement des liquides infectieux, il est indispensable d'établir un vide entre les extrémités articulaires, et ce vide ne peut être obtenu que par l'ablation d'une portion osseuse plus ou moins volumineuse. C'est une résection typique qu'il faut pratiquer et non pas des ablations de fragments d'os, destinées à créer des gouttières pour le passage des drains, non pas seulement des tunnellisations osseuses, etc., opérations plus ou moins atypiques et qui ne peuvent donner que des voies insuffisantes pour le drainage et l'évacuation des liquides septiques si facilement retenus.

Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que l'on se trouve en présence d'un malade infecté, et qu'en pareil cas, la véritable asepsie à obtenir dans ce vaste foyer contaminé, doit être réalisée par de larges portes complètement et largement ouvertes.

Après la résection, les dangers de la rétention sont encore tels dans ces tissus contaminés par voisinage, qu'il nous paraît utile de ne pas procéder, comme après une résection pour tumeur blanche ou après une résection orthopédique, à des opérations dans lesquelles on a recours

à l'adaptation immédiate des surfaces osseuses. Il ne faut pas, suivant M. Poncet, chercher la réunion par première intention. L'indication première est de sauver, cela va sans dire, la vie du malade; l'indication seconde, de conserver le membre. Enfin la troisième indication, qui ne sera recherchée que lorsque les deux premières auront été satisfaites, sera de conserver un membre aussi utile que possible.

Aussi proposons-nous, dans l'arthrite traumatique suppurée du genou, non seulement la résection, mais, dans une première période post-opératoire, le tamponnement antiseptique avec drainage de la cavité créée, et, lorsque la plaie sera devenue granuleuse, lorsque la fièvre d'infection sera tombée, la mise en contact secondaire des surfaces osseuses sectionnées. De cette façon nous obtenons un drainage absolu et nous nous mettons dans de meilleures conditions au point de vue de la consolidation osseuse ultérieure. Si en effet nous rapprochions les surfaces osseuses au milieu d'un foyer encore en suppuration, il serait à craindre que l'infection locale ne continue et qu'en fin de compte, la soudure ne fasse défaut.

En procédant comme nous venons de l'indiquer, on multiplie, croyons-nous, les chances de survie et de conservation d'un membre utile.

Dans toute cette note, du reste, nous n'avons eu en vue que les plaies pénétrantes infectées du genou chez l'adulte, laissant de côté les arthrites de même ordre chez les enfants ou les vieillards, alors que leur pronostic est de par l'âge plus ou moins grave et peut comporter une thérapeutique chirurgicale différente.

En résumé, dans les arthrites infectieuses aiguës du genou, consécutives chez l'adulte à une plaie pénétrante par instrument tranchant, nous rejetons l'arthrotomie simple, malgré les larges incisions pratiquées, comme étant insuffisante pour assurer l'écoulement facile, complet du pus, des liquides infectieux, en un mot, pour triompher des accidents graves auxquels le blessé est exposé.

Chez de tels malades, nous proposons la résection méthodique des extrémités articulaires, comme étant seule capable d'assurer véritablement le drainage (1).

Elle doit être précoce. Dans des cas relativement anciens, lorsque les lésions se sont diffusées soit du côté de la jambe, soit du côté de la cuisse, l'amputation sera souvent la seule ressource, surtout chez des malades âgés, affaiblis.

Enfin, pour éviter la rétention encore possible après la résection, lorsqu'on maintient en contact les surfaces osseuses, M. Poncet conseille, surtout dans les cas particulièrement graves, de maintenir pendant quelques jours l'écart entre les extrémités sectionnées. Il remplit de gaze iodoformée cet espace inter-osseux, il multiplie les contre-ouvertures et le membre est immobilisé sous un pansement antiseptique épais dans une attelle plâtrée. Plus tard, lorsque la plaie est désinfectée, lorsqu'elle est granuleuse, lorsque enfin la température est tombée, il cherche la réunion secondaire des extrémités osseuses qui sont mises en contact et maintenues telles par trois sutures avec de gros fils de catgut et surtout avec une bonne attelle plâtrée.

C'est en agissant ainsi que, chez deux malades porteurs d'arthrite suppurée traumatique du genou, il a vu l'infection locale rapidement enrayée et qu'il a pu sauver ses opérés et leur conserver un membre utile.

(1) La résection porte principalement sur l'extrémité fémorale. M. Poncet fait passer la scie, immédiatement en arrière de la face postérieure des condyles. Pour le tibia, il se contente d'enlever une plaque osseuse de 3 à 4 millimètres d'épaisseur.

Cette double ablation des extrémités articulaires entraîne naturellement un certain raccourcissement du membre opéré, mais on sait que ce raccourcissement non seulement n'entraîne pas de claudication, mais rend la marche plus facile.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Des poliomyélites de l'adulte greffées sur la paralysie infantile, par Bernheim, *Revue de médecine*, 10 janvier 1893, n° 1, p. 1. — A l'occasion d'un sujet âgé de 48 ans qui, après avoir eu une attaque de paralysie infantile à l'âge de 1 an, laquelle lui a laissé une monoplégie crurale atrophique, présenta depuis un an tous les signes de l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne, et dont l'autopsie montra de la poliomyélite récente des régions supérieures de la moelle et de l'atrophie de la moitié de la moelle à la région lombaire, l'auteur étudie la question des récidives de poliomyélite, déjà posée par Charcot, Seeligmuller, Ballet et Dutil, etc. Il critique l'opinion de ces derniers observateurs qui pensent que le foyer ancien constitue dans la moelle une épine jouant le rôle d'un corps étranger qui serait la cause d'une localisation médullaire ulérieure dans les cornes antérieures; et, pour sa part, il admet plutôt qu'il existe dans ces cas une diathèse locale qui prédispose aux poliomyélites antérieures, diathèse préexistante congénitale ou bien consécutive à la paralysie infantile. Or, une conception analogue a été proposée il y a 4 ans pour l'interprétation de ces faits par M. Charcot (1), que l'auteur ne cite pas. « On peut dire qu'en la question il s'agit de sujets héréditaires spinaux, et spinaux des cornes antérieures, par suite prédisposés à cette maladie. En d'autres termes, *ce n'est pas la cicatrice, mais la prédisposition qui est en jeu.* » L'observation de Bernheim offre ce point intéressant, à savoir que c'est sous forme d'*atrophie progressive* que s'est produite la seconde atteinte de poliomyélite.

Les neurasthénies locales, par Huchard, *Archives générales de médecine*, décembre 1892, p. 642. — Dans un travail publié l'an dernier (2), nous avons proposé de différencier cliniquement sous le nom de *neurasthénie locale* une forme de neurasthénie que, disions-nous, « nous n'avons pas trouvée décrite dans les auteurs, du moins, en tant que type distinct »; plus tard nous avons distingué sous le nom de *topoalgie* (3) une variété douloureuse de cette forme. M. Huchard traite dans un important mémoire de cette différenciation clinique dont il confirme la légitimité et y décrit notamment deux formes de neurasthénies locales: la neurasthénie locale périphérique, douloureuse, correspondant à la topoalgie, et la neurasthénie viscérale. Dans ces derniers cas, sur lesquels l'auteur insiste particulièrement, les troubles se fixent sur l'estomac ou sur le cœur. L'arhythmie angoissante paroxystique, décrite pour la première fois par M. Huchard, est un des principaux types de la neurasthénie cardiaque. L'auteur insiste sur les difficultés et l'importance du diagnostic différentiel, dont il indique les éléments.

Deux cas de myopathie progressive, par G. Guinon, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1893, n° 1, p. 8. — Déjà M. Charcot, puis MM. Marie et Guinon avaient montré, comme aussi M. Erb, que les différents types de myopathie ne sont que les formes diverses d'une seule et même affection. Il restait pour compléter la démonstration à établir que dans la forme facio-scapulo-humérale, il pouvait exister de la pseudo-hypertrophie aussi bien que dans les autres types myopathiques. L'auteur rapporte à ce propos deux observations publiées déjà à un autre point de vue, l'une de M. Brissaud, l'autre de MM. Le Noir et Besançon, et dans lesquels il s'agit de types myopathiques progressifs de la forme facio-scapulo humérale, où l'examen a décelé de la pseudo-hypertrophie très nette de certains muscles. La constatation de cette combinaison complète donc en la vérifiant les vues exposées par les auteurs précités sur l'identité des diverses formes de la myopathie primitive progressive.

(1) Charcot, Amyotrophie spinale à forme scapulo-humérale comme conséquence d'une paralysie infantile contractée 35 ans auparavant. (Leçon recueillie par P. Blocq). *Bulletin médical*, 1889, p. 581.

(2) Paul Blocq, La neurasthénie et les neurasthéniques. *Gazette des hôpitaux*, 18 avril 1891, n° 46, p. 431.

(3) Paul Blocq, Sur un syndrome caractérisé par de la topoalgie. *Gazette hebdomadaire*, 1891.

Considérations sur l'incontinence nocturne d'urine observée chez les jeunes soldats et sur une de ses variétés de cause psychique, par Choux, *Archives de médecine*, 1893, janvier, p. 39, février p. 176. — A l'occasion de deux observations personnelles, l'auteur fait valoir diverses considérations critiques sur le mécanisme et la psycho-physiologie de la miction, et tire de son étude les principales conclusions suivantes. L'incontinence nocturne d'urine fréquente chez l'enfant peut se prolonger dans l'âge adulte et, même dans sa forme essentielle, elle présente diverses variétés, dont quatre principales. En premier lieu, se place l'incontinence épileptique, forme larvée du mal comitial, et celle des hystériques. La seconde forme est liée à l'atonie du sphincter uréthral; elle a été décrite par M. Guyon et guérit fréquemment par l'électrothérapie. La troisième relève de l'irritabilité vésicale que l'on constate souvent chez les dégénérés héréditaires. C'est celle que Trousseau a eue particulièrement en vue. La dernière est l'incontinence nocturne d'origine psychique; elle serait plus fréquente qu'on ne pense, et plus curable; son diagnostic se tire, en d'absence d'épilepsie avérée, de la résistance normale du sphincter uréthral, de la pollakiurie diurne qui l'accompagne toujours, et dont elle n'est qu'une manifestation nocturne sous l'influence des rêves de miction. La constatation de la tolérance normale de la vessie à l'endroit de son contenu permet d'affirmer catégoriquement sa nature.

MÉDECINE

Administration du salicylate en lavements dans le rhumatisme articulaire (Experimentelle Untersuchungen über die Anwendung des natrium salicylium per rectum bei Gelenkrheumatismus), par J. Erlanger (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Bd LI, Hft 2 u. 3, 1893, p. 303). — L'auteur conseille, dans les cas d'intolérance gastrique ou lorsqu'il y a une contre-indication quelconque à administrer le salicylate de soude par la bouche, de donner le médicament en lavements. L'intestin est d'abord nettoyé par un grand lavement simple; puis le lavement médicamenteux est administré à la température du corps, suivant la formule : Salicylate de soude, 6 à 8 gr.; teinture d'opium, 1 gr. 50; eau, 100 gr. Chez 25 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu ou chronique, il a pu constater que le médicament était ainsi suffisamment absorbé pour produire l'effet cherché et sans accidents.

Leucocytose, sa signification diagnostique (Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen und die diagnostiche Bedeutung der Leucocytose), par G. Schultz (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Bd LI, Hft 2 u. 3, p. 234). — La leucocytose s'observe dans un grand nombre de circonstances physiologiques et pathologiques les plus diverses. L'auteur étudie d'abord la leucocytose physiologique liée à la digestion. Elle n'existe véritablement que chez les animaux qui font des repas séparés par des intervalles prolongés, pendant les quelques heures qui suivent la prise d'aliments.

La leucocytose pathologique appartient, comme on le sait aujourd'hui, à un grand nombre de maladies inflammatoires, telles que la pneumonie, l'érysipèle; tandis qu'elle fait défaut dans la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente. Quelle est l'origine de cette augmentation des globules blancs? S'agit-il d'une activité exagérée des glandes lymphatiques? Schultz ne le pense pas : d'après ses recherches et ses numérations de globules blancs dans le sang des différentes régions du corps, il incline à croire que les leucocytes, dans les conditions sus-indiquées, ne se multiplient pas du tout, mais sont répartis d'une façon différente dans le système circulatoire. Le mot *leucocytose* n'a donc qu'une signification locale ; pris dans son sens absolu, il est faux. L'examen microscopique montre que les éléments en excès, dits néoformes, existaient antérieurement dans le sang. Il en conclut que la signification de la leucocytose nous est actuellement tout à fait inconnue, et que ce sujet appelle de nouvelles recherches, surtout expérimentales.

Quelques recherches bactériologiques dans des cas suspects de choléra, par Napsal (*Archives bohèmes de médecine*, t. IV, fasc. 4, p. 490). — En examinant le contenu de l'iléon dans 30 cas, l'auteur trouva :

1° Dans un cas le bacille virgule de Koch.
2° Dans trois cas le vibrio Finkler.
3° Dans trois cas le streptococcus giganteus.
4° Dans un cas un diplobacillus liquefiens.
5° Dans quinze cas le bacillus coli communis.
6° Dans les autres cas on ne pouvait pas voir la prépondérance d'une espèce bactériologique.

CHIRURGIE

Non-consolidation des fractures simples des os longs sans pseudarthrose (Zur Frage über die nicht consolidirten einfachen Fracturen ohne Bildung von Pseudarthrosen), par Blagowestschensky (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 763). — L'observation en question se rapporte à une femme de 27 ans entrée à la clinique de v. Bergmann pour une ancienne fracture de deux tibias datant, celle du tibia gauche de cinq ans et celle du tibia droit de sept ans.

On opéra d'abord du côté gauche : les extrémités osseuses un peu mises à nu, on trouva entre elles un tissu fibreux qu'on réséqua avec les parties osseuses voisines. Pansement et appareil plâtré; trois semaines après, on s'attaqua au côté droit. Ici, après l'ablation de la cicatrice fibreuse, on enleva avec la scie une certaine partie de chaque tibia, et on fit une résection analogue au péroné. Le tibia fut suturé au fil d'argent; quant au péroné, on se contenta de suturer le périoste au catgut. La consolidation du côté droit fut complète au bout d'un mois; du côté droit, où existait un raccourcissement de 4 centim., elle ne l'était pas encore trois mois après l'opération.

Les hernies de l'appendice vermiculaire (Die Hernien des Processus vermiformis), par Brieger (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 892). — Voici les conclusions de ce travail basé sur cinq observations de hernies appendiculaires seules et vingt-deux à côté de l'appendice, le sac renfermant encore de l'épiploon.

1° Les hernies de l'appendice vermiculaire sont plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement;

2° Ces hernies sont impossibles à diagnostiquer d'une façon certaine. Il faut y songer dans les hernies inguinales et crurales étranglées du côté droit quand les phénomènes d'étranglement ne sont pas très accusés;

3° Les hernies en question sont graves en ce sens que l'appendice hernié est souvent le siège de modifications pathologiques graves constituant une complication sérieuse par elle-même ;

4° Ces hernies doivent être opérées de bonne heure quand des phénomènes alarmants apparaissent du côté de l'appendice;

5° L'opération doit comprendre la résection de l'appendice; on ne le replacera que dans les cas où il sera trouvé tout à fait normal.

De l'hystéropexie dans le traitement du prolapsus utérin, par Cadilhac (*Nouv. Montpellier médical*, 1893, n° 2, p. 207). — Après avoir rapporté deux observations d'hystéropexie pour prolapsus utérin et passé en revue la bibliographie de la question, l'auteur arrive aux conclusions pouvant être résumées comme il suit :

1° L'hystéropexie est la méthode la plus rationnelle de traitement du prolapsus utérin en remplaçant les moyens de fixation naturels par des adhérences provoquées; 2° bien qu'elle soit surtout indiquée dans le prolapsus simple et complet de l'utérus, elle peut, néanmoins, rendre d'utiles services dans les cas où il existe un léger prolapsus des parois vaginales; 3° les prétendues complications post-opératoires n'existent habituellement pas ; 4° les résultats sont durables et les femmes hystéropexiées peuvent devenir enceintes et mener leur grossesse à bon terme.

Névralgie du trijumeau; extraction du ganglion de Gasser (Destruction of the Gasserian ganglion for trigeminal neuralgia; with a report of 2 cases), par Roswell Park (*Medical News*, 18 février 1893, p. 183). — Observation I. — Un homme de 53 ans était atteint d'une névralgie spasmodique faciale droite, datant de cinq ans et ayant produit les plus grands ravages dans sa santé et rendant sa vie intolérable. L'auteur exposa l'apophyse zygomatique par une incision en H, la scia en deux points et rabattit en bas l'apo-

physe avec le muscle masséter. Il scia ensuite l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur. On a ainsi un espace à travers lequel on peut aborder la base du crâne au niveau du ganglion de Gasser, qui est situé entre deux feuillets de la dure-mère; on ne peut enlever le ganglion comme une tumeur, puisqu'il est caché, mais on peut l'attaquer avec un ténaculum. Pour prévenir toute hémorrhagie, il faut lier la carotide interne. Le malade fut guéri par cette opération.

OBS. II. — L'auteur cite un deuxième cas semblable et semblablement opéré.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches expérimentales sur la respiration, par le Dr L. G. DE SAINT-MARTIN, 1 vol. in-8° de 343 pages avec 35 figures. Paris, O. Doin, 1893.

L'important ouvrage du Dr de Saint-Martin comprend 3 parties. La première traite des inhalations d'oxygène au point de vue physiologique et thérapeutique. Après un exposé des travaux antérieurs, l'auteur nous fait connaître des recherches personnelles qui l'amènent aux conclusions suivantes. Les phénomènes chimiques de la respiration chez les animaux en expérience ne subissent aucun changement appréciable par le fait de la suroxygénation de l'atmosphère dans laquelle ils s'accomplissent; il en est absolument de même chez l'homme. Aussi les inhalations d'oxygène constituent à ses yeux une *médication de luxe*, le plus souvent inutile, mais toujours inoffensive. Leur efficacité n'est réelle que dans certains empoisonnements.

Dans la 2e partie, après avoir rappelé et démontré à nouveau que le sommeil, tant naturel qu'artificiel, diminue l'activité des échanges, l'auteur aborde la question toujours à l'ordre du jour de l'anesthésie chirurgicale. A son avis, le principe de la méthode d'anesthésie par les mélanges titrés a été mal posé. L'usage de cette méthode ne saurait être généralisé dans la pratique; mais il conviendrait de la réserver à toutes les opérations *qu'on ne pratique pas d'urgence, comme, par exemple, l'ovariotomie.* L'expérimentation nous montre en effet que ce qui fait le danger d'un agent toxique vaporisé dans l'air, ce n'est pas seulement sa tension propre, mais aussi la durée du temps pendant lequel il agit. Par exemple, un mélange de chloroforme et d'air à 10 0/0 amène l'anesthésie d'un chien en quelques minutes et la mort en 2 ou 3 heures : il est donc indispensable de connaître le titre du mélange employé pour ces opérations de longue durée.

La dernière partie est consacrée à des recherches fort bien conduites sur l'intoxication par l'oxyde de carbone : examen du sang oxycarbonisé, dosage, traitement par les inhalations d'oxygène, etc.

H. LAMY.

Les perversions de l'instinct génital, par MOLL (Traduction française de Pactet et Romme). Paris, 1893, G. Carré, éditeur.

Cet ouvrage est un véritable traité scientifique basé et sur la littérature ancienne et moderne, et sur un ensemble de documents originaux, conçu dans un esprit impartial, écrit avec clarté et méthode. Après un long historique de la question, l'auteur étudie, au point de vue descriptif, l'inversion sexuelle qu'il considérera surtout chez l'homme, car il ne consacrera guère à celle de la femme qu'un court chapitre terminal. Il délimite son sujet et n'a en vue que l'uranisme — inversion proprement dite — considérant comme des complications les diverses perversions sexuelles : le fétichisme, le masochisme, le sadisme. Dans l'étiologie, il donne à la prédisposition congénitale le rôle prépondérant, n'attribuant aux causes vulgairement invoquées que l'action banale d'agents provocateurs qui donnent au sujet dans certains cas l'occasion de prendre conscience de son inversion. A signaler, à cet égard, que la fréquence de la pédérastie dans le clergé est attribuée, non pas au célibat forcé, mais à ce que la vocation pour le célibat se déclare plutôt chez des personnes chez lesquelles le penchant pour la femme est peu développé ou nul. La partie la plus intéressante ou même la plus originale du volume est celle qui est consacrée à la théorie de l'inversion génitale. Moll pense que ce qui est troublé dans l'inversion, c'est l'action de l'esprit sur le sens génital. Il est donc tenté de placer le siège de l'inversion dans le cerveau sans oser le localiser, étant donnée l'indécision où nous sommes encore quant à la localisation de l'instinct génital. Pour lui il s'agit, en somme, d'une anomalie de l'instinct génital, ne différant en rien quant à sa nature des anomalies de la fonction de nutrition. Au point de vue du diagnostic, il est indiqué d'interroger les malades — c'est décidément comme tels que l'auteur considère les uranistes — sur leurs rêves qui sont en rapport avec leurs conceptions : de plus, on pourrait les reconnaître en ce que, quand le sujet ne se croit pas observé, il regarde de préférence *in eam directionem ubi membrum virile est*. Les uranistes étant regardés comme des malades, il est très difficile de savoir dans quelle classe nosographique il convient de les ranger : névrose ou psychose? Le traitement purement psychique, parfois hypnotique, est préconisé.

PAUL BLOCQ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

MANUEL DU MÉDECIN D'ASSURANCES SUR LA VIE, par M. le le docteur WEILL-BLANTOU. *Encyclopédie scientifique des Aides-Mémoire*, publiée sous la direction de M. Léauté. G. Masson, éditeur. Chaque volume broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 fr.

L'Assurance sur la Vie, destinée principalement à prévenir les désastres matériels causés par la mort au sein des familles, se généralise et pénètre chaque jour davantage dans nos mœurs. Le concours du médecin lui est indispensable pour la sélection de ses clients, dont il faut éliminer tous les déshérités de la santé et n'admettre que ceux qui font preuve de santé moyenne, d'aptitude à vivre. Les fonctions du médecin organisateur, son contrôle, sont parfois malaisés à exercer et demandent une habitude de l'Assurance qui ne s'acquiert qu'à la longue.

Le but de cet Aide-Mémoire est de lui éviter les tâtonnements, les embarras, de le fixer sur ses devoirs au point de vue du secret médical. Il fait connaître le mécanisme des divers modes d'Assurances et passe successivement en revue l'étude des antécédents héréditaires du candidat, de ses antécédents personnels, du candidat lui-même. L'ouvrage se termine par quelques réflexions relatives à l'examen des enfants.

L'ENDOCARDITE AIGUE, par le Dr V. HANOT, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. *Enclopédie scientifique des Aides-Mémoire*, publiée sous la direction de M. Léauté. G. Masson, éditeur. Chaque volume broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 fr.

Bouillaud découvrit l'endocardite, il fit de cette inflammation de la séreuse du cœur une entité morbide fondamentale, point de départ de la plupart des cardiopathies. Il devait en être de l'endocardite comme de beaucoup d'affections-types : la pneumonie, la pleurésie, etc. Constituées au début avec des caractères anatomo-pathologiques univoques, quasi invariables, une étiologie simpliste, elles donnaient l'illusion de véritables espèces morbides. Mais le plus souvent les choses ne semblent simples que parce qu'elles sont imparfaitement connues.

L'analyse microscopique, puis la bactériologie, ont amené la dissociation de ces unités apparentes, il n'y a plus une endocardite, mais des endocardites. Il a été reconnu que la séreuse endocardique est un tissu réactif, très sensible aux auto-intoxications et aux infections, capable de devenir le théâtre d'actions microbiennes parfois compliquées. L'étude de ces phénomènes morbides d'observation récente, leur élucidation aux divers points de vue scientifiques et cliniques, tel a été le but de cet Aide-Mémoire, qui mettra le lecteur en possession d'un intéressant chapitre de doctrine et de pratique médicale selon les idées nouvelles.

MECHANOTHERAPEUTISCHE MITTHEILUNGEN (ETUDE SUR LE MASSAGE), par A. BRUN. Wien. und Leipzig, Urban et Schwarzenberg, 1893.

Petite brochure de 18 pages où l'auteur a réuni ses articles sur l'action physiologique du massage dans la constipation et son influence sur la nutrition.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.
COMITÉ DE RÉDACTION
MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 19 mai 1893.

Les circonscriptions hospitalières.

Lorsque nous avons analysé dans ses grandes lignes le rapport de M. Fleury-Ravarin avec les idées qui y sont émises sur l'admission à domicile et l'organisation des dispensaires de consultation, nous avons montré comment cela avait conduit l'auteur du projet à proposer l'établissement de circonscriptions hospitalières. Ce système a du bon, avons-nous dit alors, à condition qu'on laisse aux chefs de service une assez large latitude pour recruter leurs malades à leur convenance. Nous désirons faire voir aujourd'hui que cette latitude est indispensable dans l'intérêt non seulement de la science, mais des malades eux-mêmes, et nous nous en tiendrons à l'examen du côté chirurgical de la question, car c'est là qu'on peut donner une démonstration tangible, et, d'autre part, cela rentre dans notre compétence spéciale.

Notre point de départ est le même que celui de M. Fleury-Ravarin : comme l'honorable rapporteur, en effet, nous appartenons à la catégorie de ceux qui déclarent que l'hôpital est fait pour les malades d'abord, pour les médecins ensuite; et pendant les seize années que, à des titres divers, nous avons déjà passées à l'hôpital, nous avons la prétention d'avoir toujours eu pour objectif de conformer nos actes à cette déclaration théorique. Nous sommes donc bien à l'aise pour ajouter que, sans qu'il en nuise en rien aux malades présents et pour qu'il en profite aux malades futurs, il est indispensable que les services hospitaliers soient autant que possible des centres d'enseignement et de recherches; qu'on y instruise les étudiants pour les mettre à même de soigner sans trop de bévues les populations au milieu desquelles ils iront s'établir; qu'on y perfectionne progressivement les indications thérapeutiques, les techniques opératoires.

Que pour instruire les étudiants il suffise d'avoir des services recrutés au hasard de la fourchette, passe encore ; et l'on pourrait toutefois penser que l'enseignement serait plus fructueux si, outre les cas de la clinique courante, l'étudiant pouvait voir son chef s'adonner sur un point spécial à des investigations plus approfondies. Mais de perfectionner la thérapeutique sans avoir à sa dispotion des séries de cas analogues, il ne saurait être question. Pour peu que l'on ait mis la main à la pâte, on reconnaît qu'il faut des tâtonnements pour parvenir au but, pour régler peu à peu les indications, les procédés, le manuel. J'espère qu'il en est de même pour la rédaction des lois et décrets, car alors M. Fleury-Ravarin sera mieux disposé à nous concéder ce que nous demandons. Or qui admettra que par le recrutement régional, on puisse avoir aisément des séries de quelque importance?

En chirurgie, la question se complique d'une autre : l'habileté opératoire des divers chirurgiens pour tel ou tel cas particulier varie notablement et si, en thérapeutique médicale, la différence pour un malade est médiocre de se trouver entre les mains d'un maître éminent ou d'un praticien ordinaire, en thérapeutique chirurgicale il n'en est plus de même. D'un coup de bistouri maladroit, d'une antisepsie défectueuse peut résulter, d'une manière directe, la mort du patient. Prenons un exemple : voici un chirurgien, adepte des vieilles doctrines, qui ne peut toucher à une séreuse sans que mort s'ensuive ; c'est à lui que vous enverrez les kystes de l'ovaire qui habitent sa circonscription. De temps en temps, il en opérera un et naturellement obtiendra un décès; mais, la plupart du temps, à demi conscient de ses crimes, il se bornera à renvoyer la femme chez elle en lui inculquant de toutes ses forces l'idée de ne jamais se laisser toucher le ventre par un chirurgien dit moderne. C'est là, sans contredit, un joli résultat ou un joli conseil.

J'ai pris l'exemple du kyste de l'ovaire, parce que la question est aujourd'hui jugée, et c'est à peine si dans le monde entier on trouverait une demi-douzaine d'aliénés capables d'agir comme je viens de le dire. Mais prenez les fibromes utérins, les salpingites, les kystes hydatiques du foie, les calculs biliaires, les hernies : les chirurgiens se partagent, au point de vue des indications, en plusieurs groupes, basés, il est vrai, surtout sur l'habileté manuelle et la valeur antiseptique de leurs adhérents. Que sera-ce donc pour les médecins du traitement à domicile, lesquels,

soit dit sans vouloir les offenser, n'auront jamais une pratique chirurgicale de quelque importance : ils ne conseilleront presque jamais que les opérations *in extremis* pour tout ce qui est abdominal. Dans les consultations hospitalières déjà nombreuses que j'ai faites, j'ai vu venir en nombre considérable des malades inopérables munis d'un certificat du médecin demandant leur admission, mais jamais un cancer de l'utérus au début, une hernie réductible chez un sujet jeune, et autres malades de ce genre, c'est-à dire malades auxquels la chirurgie peut réellement rendre service.

Mais, répondra-t-on, le service des admissions sera dirigé par des médecins et chirurgiens du Bureau central, et ceux-là, vous n'invoquerez point leur incompétence.

Certes non, mais il sera impossible qu'ils aillent eux-mêmes à domicile (ce que d'ailleurs M. Fleury-Ravarin n'exige pas d'eux) et leur surveillance ne sera pas d'une efficacité extrême. En outre, à supposer qu'ils fassent ou fassent faire les admissions comme elles doivent être faites, c'est-à-dire en triant avec soin opérables et inopérables, aigus, chroniques et infirmes, ils seront impuissants à diriger leurs admis sur le service qui leur paraît convenir le mieux.

A la consultation actuelle du Bureau central, c'est là un des rôles, et non le moins important, que doit remplir le chirurgien, pour les quelques malades à opérer dont il prononce l'admission. Oui, en principe, le recrutement doit être régional, et lorsque le billet d'admission ne porte aucune mention spéciale, les employés envoient le malade dans l'hôpital le plus proche de son domicile. Mais, en fait, pour les cas de quelque importance, je crois qu'il est de mon droit, de mon devoir d'aiguiller le malade dans une direction donnée.

Ceci ne correspond, il est vrai, qu'à de rares exceptions et c'est à peine si chaque jour on reçoit au Bureau central un ou deux malades pour lesquels la question se pose. Mais cela tient avant tout à ce que, conseillés par leur médecin ordinaire ou par la rumeur publique, les malades vont de préférence vers « le spécialiste » en renom. Si M. Fleury-Ravarin avait à se faire faire une opération de quelque importance, je suis persuadé qu'il réfléchirait, qu'il s'informerait et qu'il ne se confierait pas à n'importe quel chirurgien. Cela est si vrai que lui tout le premier désire établir, pour le traitement à domicile, un système tel que les malades aient le droit de choisir entre plusieurs médecins. Je pense qu'il a raison. Pourquoi donc ne pas donner la même permission, plus large encore, à ceux qui ont besoin de se faire opérer et qui ne peuvent pas payer? Je dis plus large, parce que la question est plus grave, la vie se jouant d'une façon immédiate au bout du bistouri. Il y a là, dans le rapport remarquable dont nous voudrions voir atténuer certaines parties, une contradiction évidente, et, démocrate d'un côté, M. Fleury-Ravarin aboutit, de l'autre, à une mesure essentiellement antidémocratique.

Certes, la réforme des consultations et des admissions s'impose, mais à nos yeux elle n'est réalisable que si on commence par résoudre la question des chroniques et infirmes. Cela fait, l'encombrement des salles aura cessé et en outre les malades que le chef de service n'aura pas reçus lui-même ne seront pas exclusivement de ces « patraques » dont parle fort bien M. Fleury-Ravarin, et dont chacun cherche à se débarrasser sur le dos du voisin. Alors réorganisez les consultations, attachez-y un personnel spécial, créez des dispensaires, développez au maximum le traitement à domicile, sauf les cas d'urgence n'accordez l'admission gratuite qu'après enquête, comme le propose M. Fleury-Ravarin, établissez pour des malades payants des prix qui ne soient pas dérisoires. Tout cela sera fort bien, mais avec les ressources en hôpitaux et en hospices dont nous disposons actuellement, adopter le projet de M. Fleury-Ravarin c'est courir au-devant de l'encombrement par les chroniques et, par cette aggravation du mal dont nous souffrons déjà, se heurter de parti pris à l'opposition légitime des chefs de service, malgré les fleurs dont les couvre l'honorable rapporteur.

A. Broca.

N.-B. — Depuis notre dernier article, nous avons pu lire nous-même le projet de M. Peyron. M. le Directeur général ne propose pas de créer deux « *Bureau central* », mais d'attribuer à Lariboisière et à la Charité le rôle spécial « d'hôpital répartiteur ».

Académie de médecine : **Résultats immédiats de la suture nerveuse.**

La discussion qui a été soulevée à l'Académie par la communication de M. Berger a produit des résultats fort intéressants L'observation qui en a été l'origine est précise et complète; elle peut se résumer en quelques mots :

Une petite fille blessée par un éclat de verre dans la région cubitale présente les symptômes cliniques de paralysie du nerf cubital par section ; quatre mois plus tard, M. Berger ouvre la cicatrice, avive les extrémités du nerf et les suture ; dès le surlendemain on pouvait constater le retour presque complet de la sensibilité.

Le fait n'est pas exceptionnel, et il en a été cité un certain nombre d'analogues au cours de la discussion ; mais, curieux à enregistrer au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, il doit être étudié aussi dans ses conditions physiologiques. Or M. Berger n'est satisfait d'aucune des théories qui ont été invoquées pour expliquer ces phénomènes survenant si rapidement.

C'est pour cela que M. Laborde est intervenu pour exposer complètement la marche des phénomènes de la régénération anatomique et fonctionnelle des nerfs, mais il a rencontré un contradicteur énergiquement convaincu et d'une haute compétence chirurgicale. M. Le Fort n'a pas hésité à affirmer qu'on ne peut comprendre ce retour immédiat de la sensibilité qu'au moyen d'une hypothèse qu'il soutient depuis longtemps et qui répondrait seule à l'observation clinique, mais qui a été tour à tour qualifiée de surannée, de souvenir des enseignements de jeunesse, de théorie ruinée, enfin d'hérésie contre laquelle doivent protester toutes les données modernes de la physiologie.

M. Le Fort, considérant le fluide nerveux comme analogue au fluide électrique, déduit de ce principe que la propagation se fait dans les deux extrémités nerveuses suturées, comme le ferait un courant électrique à travers des fils resoudés ou même par simple contiguïté.

M. Le Dentu, apportant des faits nouveaux et personnels, reste dans la réserve pour leur explication physiologique, mais il n'accepte pas la théorie de M. Le Fort. Cependant, le conflit s'établit entre ces opinions diverses

et alors on discute sur les mérites relatifs de l'observation clinique et de l'observation expérimentale; il ne faut pas s'attarder en tel sujet, mais bien plutôt rechercher comment les deux séries de faits invoqués de part et d'autre concourent à un même enseignement. C'est dans cet esprit que M. le professeur Brown-Séquard est venu démontrer avec une autorité incontestée que les phénomènes produits par le traumatisme des nerfs rentrent dans la catégorie des faits d'inhibition et de dynamogénie qu'il a découverts et mis en si haute importance. Il peut ne rien passer à travers un nerf sectionné dont les extrémités sont mises très exactement en contact; ce n'est donc pas par les tronçons que se fait la transmission nerveuse. Celle-ci a d'autres intermédiaires, tels que les anastomoses multiples, celles qui produisent la sensibilité récurrente; or toutes ces fibres existent au moment de la section comme plus tard, et le traumatisme initial peut produire l'inhibition de ces filets nerveux qui pourraient suppléer partiellement ou momentanément le nerf lésé. De même et inversement lorsqu'un traumatisme nouveau s'ajoute, il peut se produire une dynamogénie, une excitabilité plus grande, au moment de l'opération qui met à découvert, résèque, évide les tronçons nerveux.

Les troubles moteurs, trophiques, sensitifs, et les réparations des fonctions spontanées, permanentes ou transitoires, s'expliquent par cette théorie.

Admettons-la donc, et acceptons ces enseignements qui se basent tout autant sur les démonstrations de la clinique que sur l'expérimentation. Le professeur Brown-Séquard a rapidement montré les avantages qu'il y aurait à utiliser, au lieu de les discuter, les résultats de la théorie de l'inhibition au point de vue de la thérapeutique; tels sont, pour n'en citer que quelques-uns, le traitement de l'aura épileptique par la ligature ou par des attitudes forcées, la théorie de la révulsion, de la cautérisation, l'action analgésiante des irritations cutanées, du chloroforme, du chloral, puis de l'acide carbonique sur les muqueuses, enfin l'anesthésie de la région cervicale après la section cutanée, et combien d'autres encore!

En définitive, pourquoi chercherait-on une autre explication, maintenant que des preuves si multiples ont nettement établi la nature de ces phénomènes inhibitoires? Nous pensons bien que l'intervention de M. Brown-Séquard dissipera toute hésitation, et cette discussion, qui est peut-être terminée, aura eu pour conséquence importante d'appeler l'attention sur les moyens curatifs accessoires, plus ou moins mécaniques, qui peuvent aider à la régularisation ou à l'utilisation de ces phénomènes d'inhibition et de dynamogénie dans les lésions des nerfs.

A. Hénocque.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles. — Prof. Thiriar.

Sarcome kystique de la partie supérieure du méso-rectum et du méso de l'S iliaque.

La cavité abdominale est une cave obscure, a dit un jour un médecin, pour caractériser la difficulté que l'on rencontre parfois pour poser un diagnostic exact. L'observation suivante en est une nouvelle preuve.

Il s'agit d'une tumeur volumineuse que l'on a prise tour à tour pour une rétention d'urine, pour un kyste de la cavité de Retzius et qui a été reconnue être un néoplasme des mésos du rectum et de l'S iliaque.

Le 11 août 1892, le nommé Joseph de B..., âgé de 52 ans, ouvrier de ferme, fut envoyé dans mon service par un confrère de province comme étant atteint de rétention d'urine.

Il est malade depuis 4 ans; à cette époque il s'est aperçu qu'il avait de la difficulté à uriner. La miction était douloureuse, les urines n'étaient expulsées qu'au prix de violents efforts et par petite quantité à la fois. Le malade ressentait en outre de violentes douleurs à la région hypogastrique.

Le médecin qu'il consulta pratiqua le cathétérisme, ce qui amena un soulagement notable. Deux mois après, tous les phénomènes douloureux reparurent et persistèrent pendant près de 3 ans. Pour soulager ses souffrances, le malade se faisait sonder toutes les deux ou trois semaines.

Il y a un an, les douleurs cessèrent complètement, la miction devint facile et le cathétérisme fut abandonné.

Brusquement, cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, tous les phénomènes reparurent, augmentés de douleurs sourdes aux régions lombaires. C'est alors seulement pour la première fois que l'on s'aperçut de la présence d'une tumeur au-dessus du pubis, existant sur la ligne médiane, arrondie, lisse, fluctuante, ayant tous les caractères de la vessie distendue par l'urine.

Le médecin traitant essaya le cathétérisme, mais crut échouer dans toutes ses tentatives. Le malade urinait comme par regorgement, croyait-on, car la tumeur augmentait insensiblement et les douleurs devenaient de plus en plus fortes.

Le malade me fut envoyé dans cet état; jamais il n'a uriné de sang, il n'y a jamais eu de sable ou de gravier dans les urines qui ont toujours été claires.

A mon premier examen, le 12 août, je constatai que c'était un homme de robuste apparence, qui avait cependant beaucoup maigri, d'après son dire. Depuis deux jours il n'a plus uriné, malgré les nombreuses tentatives de cathétérisme.

Je constate sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, une tumeur globuleuse, grosse comme une tête d'adulte, lisse, élastique, fluctuante, remontant jusque deux travers de doigt au-dessus du nombril. Comme mon confrère de province, je crus être en présence du réservoir vésical très distendu et je fis quelques tentatives de cathétérisme. Je pratiquai en même temps le toucher rectal et constatai nettement la présence de la tumeur dans le petit bassin. La sonde s'arrêtait après avoir franchi la prostate et se déviait un peu à gauche. Il semblait que c'était là un petit diverticulum, espèce de fausse route existant entre la vessie distendue et le rectum. Celui-ci, tout à fait en haut, se dirigeait sur la droite de la ligne médiane.

J'étais très embarrassé pour le diagnostic. Celui-ci paraissait être des plus faciles; il semblait qu'on était en présence de la vessie distendue et cependant la cavité dans laquelle venait se loger ma sonde et la direction du rectum me laissaient quelques doutes. Je pratiquai la ponction de la tumeur en me conduisant comme si j'avais affaire à la vessie distendue. Je retirai plusieurs litres d'un liquide rougeâtre, sanguinolent que, malheureusement, un infirmier jeta par mégarde. Après la ponction, le cathétérisme devint facile et, chose à noter, la sonde laissa couler un peu d'urine claire, jaunâtre. Une sonde de Nélaton fut laissée à demeure.

A la palpation, je perçus à l'hypogastre à gauche de la

ligne médiane un empâtement peu étendu. Le toucher rectal ne dénota rien de particulier.

Le lendemain, le malade urinait très facilement et spontanément, les urines étaient normales et les douleurs avaient disparu.

Le 15 août, les douleurs reparurent dans les régions lombaires et vésicale. La difficulté d'uriner devint très grande et la tumeur apparut à nouveau au-dessus du pubis.

Le diagnostic était très incertain et je croyais que j'étais en présence d'une tumeur liquide de la cavité de Retzius.

Le 16 août, je fis chloroformer le malade et procédai à un examen complet. La tumeur était aussi volumineuse qu'à l'entrée du malade dans mes salles. Je pratiquai le cathétérisme avec une sonde d'argent et mon doigt étant introduit dans le rectum ; je constatai à nouveau que la sonde franchissait la prostate et aboutissait dans une cavité, évidemment la vessie, qui était située sur le plancher et refoulée à gauche de la ligne médiane. Bien plus, la sonde laissa écouler une certaine quantité d'urine normale qui fut immédiatement analysée. En outre, le rectum, normal dans sa direction à la partie inférieure, paraissait être dévié à droite supérieurement.

Je pratiquai une nouvelle ponction dans la tumeur et je retirai deux litres de liquide sanguinolent qui fut également soumis à l'analyse.

Voici le résultat de ces analyses :

1° Urine retirée par la sonde : légèrement albumineuse, renferme 12 gr. 50 d'urée pour 1,000 et 7 grammes de chlorures.

2° Liquide retiré par la ponction : fortement albumineux, quelques traces légères d'urée et 5 grammes de chlorures par 1,000 grammes. Il contient de nombreux globules rouges et quelques cellules pavimenteuses rares et dégénérées.

Grâce à ces analyses, il me fut démontré que la tumeur kystique que tous les symptômes cliniques indiquaient comme étant la vessie, n'avait rien de commun avec le réservoir qui était refoulé, aplati sur le plancher pelvien. Je fus donc confirmé dans mon deuxième diagnostic et je fus pour ainsi dire certain que j'avais affaire à une tumeur kystique de la cavité de Retzius. Cette tumeur refoulait la vessie en bas. Tous les phénomènes, sauf cependant peut-être la direction du rectum, s'expliquaient et encore pouvait-on croire que c'était la tumeur qui avait peu à peu amené ce déplacement.

Le 18 août, la tumeur avait de nouveau reparu et je résolus d'en pratiquer l'extirpation.

Après anesthésie et soins ordinaires antiseptiques, je pratiquai sur la ligne médiane une incision du pubis à l'ombilic. J'incisai prudemment, couche par couche, pour bien me rendre compte de la situation de la tumeur. A ma grande surprise, la cavité de Retzius était normale et j'arrivai sur le péritoine que j'incisai à son tour.

J'arrivai dès lors sur une tumeur lisse, arrondie, recouverte par un feuillet du péritoine, à parois rougeâtres et très vasculaires. Vers la droite et un peu en arrière je tombai sur l'S iliaque et la partie supérieure du rectum. Ces organes faisaient en quelque sorte partie des parois de la tumeur et il me fut facile de constater que celle-ci était logée entre les deux feuillets de leur méso.

J'incisai largement la paroi de la tumeur après l'avoir attirée le plus possible au dehors et la vidai complètement. J'avais eu l'intention de tenter l'énucléation, mais je ne tardai pas à en reconnaître l'impossibilité. Au fond de la cavité kystique et sur le côté droit se trouvaient quelques gros noyaux de tissu induré et par places désagrégé. Je réséquai le plus possible de la cavité kystique et je fixai les bords de ce qui en restait à la paroi abdominale. Après lavage complet, je bourrai la cavité de trois larges lanières de gaze iodoformée. Puis le restant de l'ouverture abdominale fut suturé. Un pansement antiseptique fut ensuite appliqué.

Les suites de cette intervention furent très simples. A partir de ce jour, la miction put s'exécuter très facilement, les urines étant complètement normales.

Le 24 août, j'enlevai deux des lanières de gaze iodoformée et je fis pratiquer quelques injections au sublimé dans la cavité. Le 27, la 3e mèche iodoformée fut enlevée. La cavité se rétrécissait à vue d'œil.

Bientôt le malade commença à se lever et, le 29 septembre, il quitta l'hôpital, ayant notablement engraissé et ne conservant qu'une petite fistulette dans laquelle son médecin fut chargé de faire quelques injections. Elle ne tarda pas à se fermer.

Examen microscopique :

Débris de tumeur splénique composés de noyaux indurés unis par une substance lâche. Sur la gauche, se trouve une poche kystique renfermant de la fibrine coagulée.

Au microscope : cellules embryonnaires nombreuses et rondes infiltrées dans un stroma de tissu conjonctif. Par-ci, par-là, on constate la dégénérescence graisseuse et caséeuse des cellules.

Diagnostic : sarcome kystique.

Ce n'est pas sans une certaine hésitation que j'ai conclu à l'existence d'une tumeur primitive développée dans les mésos de l'S iliaque et de la partie supérieure du rectum, tumeur de nature maligne. Autant, en effet, il est commun de constater des tumeurs secondaires malignes dans les mesos, surtout dans le mésentère, autant il est rare d'y constater des néoplasmes malins primitifs. Presque toujours, le plus grand nombre appartient à des localisations secondaires; ce qui se comprend très bien lorsqu'on sait que les mesos, principalement le mésentère, renferment une grande quantité de lymphatiques et de ganglions où viennent se déposer les produits pathologiques des régions d'où partent ces lymphatiques. J'ai vainement cherché s'il y avait une localisation primitive de cette tumeur et force m'a été de conclure à une lésion primitive développée entre les deux feuillets d'attache de l'S iliaque et du rectum.

Les tumeurs du mésentère ne sont pas très rares et la monographie de Augagneur (tumeur du mésentère) en rapporte 80 cas ; je n'ai pas trouvé, dans les différents recueils scientifiques que j'ai pu consulter, une seule observation qui se rapproche de celle que je rapporte ici et à ce titre elle offre déjà un certain intérêt. Mais, au point de vue de la difficulté du diagnostic et des erreurs qui ont été commises, elle est plus intéressante encore.

Au début, je pense que tout le monde aurait conclu à une rétention d'urine. La tumeur, en effet, ressemblait tout à fait à celle d'une vessie en réplétion extrême ; elle en avait, du reste, tous les symptômes cliniques. Ce n'est que par l'analyse des deux liquides et par le cathétérisme combiné au toucher rectal que j'ai pu m'assurer de mon erreur, car le résultat de ces recherches démontrait à l'évidence que la vessie ne concourait en aucune façon à constituer la tumeur. Dès lors, en présence de cette tumeur kystique qui paraissait superficielle et qui avait refoulé la vessie tout à fait en bas, il était logique de soupçonner l'existence d'une tumeur liquide de la cavité prévésicale de Retzius.

Les tumeurs de cette région ont été bien étudiées par le docteur (Bouilly de Paris) dans une monographie parue en 1880 et intitulée : « les tumeurs aiguës et chroniques » de la cavité prévésicale ». Ces tumeurs sont assez rares, mais enfin on en rencontre parfois et Bouilly rap-

porte entre autres un cas qui, comme symptôme, présente une analogie extrême avec le nôtre. Dans cette observation publiée par le Dr Ramonet, médecin-major de deuxième classe, il s'agit d'un soldat qui se plaignait de violentes douleurs abdominales et présentait à la région hypogastrique une tumeur volumineuse à cheval sur la ligne médiane, tumeur globuleuse, mate, rénitente, offrant toutes les apparences d'une vessie distendue par l'urine. Le malade accusait une rétention complète d'urine et, malgré ses efforts, la miction était impossible. Le cathétérisme donna issue à un verre et demi de liquide limpide, clair, transparent, mais n'eut aucune influence sur le volume de la tumeur. Une ponction pratiquée dans celle-ci donna naissance à 380 grammes de liquide brun, couleur café au lait. Après le cathétérisme, la miction se fit très facilement et le malade parut être rétabli; mais une dizaine de jours après, la réapparition de la tumeur nécessita une nouvelle ponction, etc., etc.

En lisant tous ces détails, on est frappé de l'analogie qui existe entre la symptomatologie de ce cas et celle de mon observation et on comprend que j'aie pu poser le diagnostic de tumeur liquide de la cavité de Retzius.

Seul, cependant, un symptôme peu important en apparence aurait pu faire persister un certain doute dans mon esprit: je veux parler de la direction anormale de la partie supérieure du rectum. Nous savons tous que la direction de cet organe est verticale tout en présentant plusieurs courbures latérales et antéro-postérieures. Si à la partie supérieure, il se porte un peu à droite et dépasse ainsi la ligne médiane, cette direction était, chez mon malade, fort exagérée, dépassait les limites normales, puisque cette direction m'avait frappé, mais j'ai cru que c'était là un effet de refoulement produit par la tumeur et j'étais loin de supposer que celle-ci avait en quelque sorte le rectum et l'S iliaque pour parois et que c'était là la cause de la déviation de l'organe.

Des tumeurs primitives de l'appendice vermiculaire.

Avec la thèse de M. Lafforgue faite sous l'inspiration de M. le professeur Poncet, on peut dire que l'histoire chirurgicale de l'appendice vermiculaire s'est enrichie d'un chapitre entièrement nouveau. Jusqu'à présent en effet, et malgré les nombreuses recherches de ces dix dernières années, les tumeurs de cet organe avaient passé presque inaperçues, et n'avaient fait l'objet d'aucune étude spéciale; les quelques cas observés restaient encore épars, le plus souvent d'ailleurs sans commentaires, ou se trouvaient mêlés à des observations d'appendicite perforante.

De l'étude consciencieuse de tous ces faits et de l'examen attentif de plusieurs malades observés et suivis à la clinique de M. Poncet, l'auteur a pu dégager du groupe des appendicites à rechute et des coliques appendiculaires récidivantes, un certain nombre de tumeurs bénignes à marche chronique et à poussées douloureuses, justiciables dans certains cas du traitement chirurgical. Il a montré en outre tout l'intérêt que comporte la connaissance des tumeurs malignes primitives de l'appendice en raison des facilités opératoires et des chances de guérison radicale que peuvent faire espérer l'indépendance de l'organe et celle de son système vasculaire sanguin et lymphatique.

Les tumeurs bénignes les plus fréquentes sont les tumeurs stercorales et les kystes par rétention, auxquels M. Lafforgue a consacré la plus grande partie de son travail. Les tumeurs stercorales ont pour point de départ, soit des calculs stercoraux proprement dits, soit des concrétions sédimentaires formées de couches concentriques ou phosphates ammoniacomagnésiens déposés autour d'une boulette fécale ou d'un corps étranger. Par leur séjour prolongé au sein de l'appendice, ces substances déterminent autour d'elles une irritation plastique qui les enkyste, et c'est ainsi que lentement et sans phénomènes inflammatoires aigus du côté de la paroi, la tumeur stercorale se trouve constituée. Sous son influence, l'appendice subit parfois une sorte d'hypertrophie fonctionnelle de sa tunique musculeuse; dans d'autres cas, distendu en amont de l'obstacle par l'accumulation des produits sécrétés, il subit une véritable dilatation kystique (kystes par rétention mécanique).

Toutes ces transformations peuvent évoluer sans donner lieu à aucun symptôme appréciable; mais elles peuvent aussi provoquer des réactions très douloureuses, de véritables crises appendiculaires, accompagnées de phénomènes nerveux et de symptômes gastro-entériques inquiétants; elles peuvent encore entretenir des troubles digestifs graves et altérer l'état général, au point de faire songer à un néoplasme, surtout lorsque la présence d'une tumeur dans le flanc droit paraît confirmer cette manière de voir (Obs. IX et X. Poncet et Jaboulay).

L'intervention chirurgicale commandée par les phénomènes locaux ou par la gravité de l'état général fait découvrir un appendice déformé, hypertrophié, parfois kystique, mais sans trace de suppuration.

Les kystes muqueux de l'appendice comparé à une glande composée dont le conduit excréteur serait le canal appendiculaire lui-même sont le résultat d'un rétrécissement cicatriciel de cause variable (catarrhe de l'appendice lié à la présence d'un calcul, entérite tuberculeuse ou autre, ulcération dothiénenthérique, etc.), ou d'une obstruction produite par un état particulier de la valvule de Gerlach (Obs. de Bierhoff) ou par la constriction d'une bride mésentérique (Obs. de Burney). En amont de l'obstacle les produits de sécrétion s'accumulent et dilatent progressivement la cavité. Les dimensions les plus faibles de ces productions pathologiques sont celles d'une amande. Elles peuvent atteindre celles du poing (Dans un cas, le kyste mesurait 14 cent. dans son diamètre longitudinal et 7 cent. dans son diamètre transverse). Le contenu est très variable d'aspect et de consistance suivant l'époque à laquelle remonte la formation de la tumeur.

On conçoit toutes les modifications accidentelles que peuvent subir ces kystes après être restés parfois très longtemps ignorés (inflammation, transformation hémorrhagique ou purulente du contenu, hyperdistension et rupture, péritonite); leur simple énumération suffit à évoquer le traitement qui leur convient.

M. Lafforgue a rencontré, dans une de ses nombreuses recherches d'amphithéâtre, trois petites tumeurs faisant saillie sous la muqueuse et constituées par des fibres musculaires disposées en faisceaux. Il ne connaît qu'une seule observation de lipome de l'appendice, recueillie dans le service de M. Poncet. Il s'agissait d'un appendice contenu dans une volumineuse hernie inguinale gauche.

Les tumeurs malignes ne sont pas très rares, l'auteur a pu en réunir onze observations. Ce sont des lymphadénomes (deux cas seulement), des épithéliomas et des carcinomes. Elles offrent les signes généraux des cancers intestinaux : troubles digestifs graves, constipation ou diarrhée, vomissements ou nausées, et les troubles particuliers aux lésions de l'appendice, crises douloureuses sous forme de coliques, signes physiques spéciaux aux tumeurs de cet organe. Ces tumeurs relèvent, au point de vue thérapeutique, de l'extirpation par la laparotomie iliaque.

L'intervention doit être hâtive, afin de prévenir l'envahissement des organes voisins par le néoplasme, et les complications graves dont il pourrait devenir le siège.

Nous n'avons voulu donner, par ce court exposé, qu'un aperçu général de la thèse de M. Lafforgue dont plusieurs points ne pourraient, croyons-nous, être utilement résumés et méritent une lecture attentive. Telles sont surtout les descriptions cliniques et les remarquables observations qui s'y rattachent, le chapitre anatomo-pathologique des kystes appendiculaires traité avec le plus grand soin, enfin le chapitre important du diagnostic que nous ne pourrions reproduire qu'intégralement.

TRAVAUX ORIGINAUX

Cholérine des jeunes enfants. — Un mode de traitement. Communication faite à la Société de médecine de Nancy, par le Dr S. Remy, professeur agrégé.

La cholérine des jeunes enfants, qui sévit pendant les mois chauds de l'année, particulièrement dans les mois de juillet, août et septembre, est une affection souvent très meurtrière. On peut affirmer qu'elle entre pour une bonne part dans la mortalité du jeune âge et devient ainsi un des éléments de dépopulation pour le pays.

Cette situation fâcheuse tient principalement à ce que les parents ne connaissent pas assez les principes d'hygiène qui doivent régir l'alimentation des jeunes enfants, à ce qu'ils ne comprennent pas assez vite la gravité des troubles des voies digestives, et ne savent pas les moyens à employer dès les premières heures, en attendant l'arrivée du médecin.

Il m'a donc semblé qu'au moment où la question de la dépopulation préoccupe, à juste titre, tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de notre pays, il y avait lieu de se demander si on ne pourrait pas faire davantage pour la conservation de tant de petits êtres qui meurent, faute de recevoir en temps opportun les soins nécessaires.

J'estime, Messieurs, qu'on peut faire beaucoup contre cette affection et qu'il est un traitement qui réussit toujours dans les cas simples, qui produit des résultats surprenants dans les cas graves et souvent des résurrections inespérées dans les cas extrêmement graves.

Si je parviens à vous faire partager mes convictions à l'égard de ce traitement, je me trouverai heureux d'avoir apporté cette modeste contribution au chapitre de la thérapeutique de cette affection meurtrière.

Mais, avant d'aborder cette question de traitement, je dois dire quelques mots des affections gastro-intestinales des petits enfants, montrer quelle est la cause de la cholérine et déduire de là les indications thérapeutiques.

Une première classe d'affections gastro-intestinales comprend cette maladie si commune chez les nouveau-nés nourris avec le lait de vache mal conservé, mal préparé, peut-être indigeste par lui-même pour beaucoup d'enfants, ou bien nourris avec divers aliments plus ou moins grossiers pour des estomacs délicats. Cette nourriture détermine l'indigestion habituelle et une lientérie chronique et comme conséquence une gastro-entérite dont l'ensemble de phénomènes et complications a reçu le nom d'athrepsie.

Dans un deuxième groupe de faits, nous trouvons les affections des voies digestives chez les enfants plus âgés, de 8 à 14 mois et même au delà, qui, à la suite d'un sevrage prématuré, d'ingestion d'une nourriture grossière ou trop substantielle, les malaises de la dentition y aidant fréquemment, prennent des accidents digestifs qui aboutissent à l'intolérance gastrique, à la diarrhée, maigrissent, déclinent, prennent encore une sorte d'athrepsie tardive, ou des phénomènes cholériformes qui peuvent les emporter, à moins qu'une hygiène bien comprise et un traitement rationnel puissent encore intervenir à temps pour enrayer les accidents.

Dans les mois chauds, les enfants de ces deux catégories sont tout préparés pour prendre une attaque de cholérine et devenir les premières victimes. L'efficacité des moyens thérapeutiques dépendra de leur degré de résistance. Sont-ils affaiblis, épuisés, atteints dans leurs organes essentiels, ils ne résisteront pas à l'épreuve nouvelle.

Malheureusement l'affection aiguë gastro-entérique dite cholérine atteint des enfants qui jouissaient jusqu'alors d'une excellente santé, élevés à peu près toujours au lait de vache bien préparé, ou sevrés depuis un certain temps, et entourés de bons soins hygiéniques. Je dois dire que ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on voit survenir la cholérine chez les enfants élevés au sein; pour ma part, je n'ai guère le souvenir que de deux cas de ce genre.

A part quelques cas de maladie dus à l'ingestion d'aliments indigestes comme les fruits, légumes, etc., l'affection s'observe chez les enfants qui boivent le lait de vache soit comme seul aliment, soit comme supplément à l'allaitement au sein. Nous avons à rechercher dans quelles conditions le lait peut devenir la cause de la maladie.

Faire le procès du lait de vache pour le rejeter complètement de l'alimentation des jeunes enfants serait dépasser le but. Souvent on n'a pas d'autre moyen pour alimenter un nourrisson; et il faut reconnaître que nombre d'enfants s'en trouvent très bien et prospèrent à merveille avec ce régime. Mais aussi tout dépend des qualités du lait et de l'estomac des enfants.

Pour la qualité, il y a de grandes différences entre les laits donnés aux enfants, soit à la campagne, soit à la ville. A la campagne, le lait est donné, pour ainsi dire naturel, presque aussitôt après la traite et n'est tiré du pis de la vache qu'au moment où on va l'utiliser : il n'a pas le temps de subir de fermentation, de là les succès observés à la campagne, de là, les succès avantageux de l'application de la loi Roussel dans le Calvados (Stapfer, *Annales de gynécologie*, 1885, p. 11).

On peut encore conserver au lait ses qualités par la stérilisation parfaitement appliquée; elle a donné d'excellents résultats dans le service de M. Budin qui a d'ailleurs remarqué la digestibilité de ce lait chez des enfants qui viennent de naître, fait qu'il attribue à ce que, sous l'influence d'une température voisine de 100°, la caséine paraît subir des modifications ; celle-ci forme de petits grumeaux au lieu de se prendre en masse (Budin et Chavanne, *Archives de tocologie*, 1892, p. 579).

Si, chez les nourrissons, certains estomacs s'accommodent bien du lait de vache, il en est d'autres qui paraissent réfractaires à cette substance : toute tentative d'administration de ce lait est suivie de troubles digestifs. Peut-être n'en serait-il pas de même avec le lait stérilisé : peut-être cette proposition sera-t-elle modifiée à la suite des recherches de M. Budin sur la digestibilité du lait stérilisé.

A la ville les conditions sont plus difficiles pour mener à bien ce mode d'alimentation. Dans les saisons froides le lait se conserve assez bien et est supporté par beaucoup de nourrissons, quoique cependant la proportion d'athrepsiques soit élevée. Mais vienne la saison chaude, le danger va apparaître, et la cholérine prélèvera un large tribut sur les enfants des villes, et cela, parce que le lait peut devenir dans certaines conditions un aliment très dangereux.

Ce changement de qualité du lait peut tenir, d'une part, au genre de nourriture donnée aux vaches, nourriture composée parfois d'une grande abondance d'herbe fraîche (pâturage pour des bêtes habituées à rester à l'étable la plus grande partie de l'année), d'autres fois composée de résidus de malterie qui donnent beaucoup de lait, mais de lait de qualité inférieure et de saveur peu agréable.

Le changement de qualité tient, d'autre part, à ce que le lait par sa nature est un produit de sécrétion animale, par conséquent, fermentescible, on pourrait même ajouter putrescible. Il se laisse envahir par les infiniment petits véhiculés par l'air, qui y pullulent surtout dans les

temps chauds et orageux, c'est pour cela qu'on voit le lait *tourner*. Ce lait rempli de microbes devient une nourriture dangereuse à cause des produits toxiques sécrétés par ces infiniment petits.

Comment en serait-il autrement quand on voit la manière dont on s'y prend pour conserver le lait dans les villes, surtout dans la classe ouvrière? Ce lait, mélange de traites du matin et du soir, est apporté après avoir été voituré plusieurs heures au soleil; on ne le fait pas toujours bouillir immédiatement, on le laisse dans des vases, dans une atmosphère viciée et surchauffée, exposé à toutes les poussières. Ce lait, qui doit constituer la nourriture de vingt-quatre heures, est rarement porté dans un endroit froid, reste dans des chambres chaudes et est souvent administré dans des biberons mal entretenus. Combien de fois ai-je trouvé des biberons renfermant un lait aigri et à goût sulfureux dépendant du mauvais entretien des tubes de caoutchouc? Comment s'étonner de trouver si souvent des enfants atteints de troubles digestifs graves après l'ingestion d'un pareil lait!

Aussi on les voit prendre de la diarrhée, d'abord ordinaire, suivie bientôt de selles aqueuses et très fréquentes. Les vomissements commencent avec la diarrhée ou font leur apparition peu après; les yeux s'enfoncent; l'enfant est tourmenté par une soif ardente qui le porte à se jeter avec avidité sur le lait qu'on lui présente et qu'il vomit de nouveau. La situation s'aggrave quelquefois très rapidement. La figure prend une teinte d'un blanc violacé, les muqueuses des lèvres sont violacées, le pouls devient petit, filiforme, l'enfant se refroidit et meurt.

Tel est le tableau rapidement esquissé d'un cas foudroyant qui enlève en quelques heures un enfant naguère en bonne santé. La marche n'est heureusement pas toujours aussi rapide et laisse le temps d'appeler le médecin.

Je n'ai pas l'intention, Messieurs, de passer en revue la symptomatologie de l'affection, elle est trop bien connue.

Mais de ce qui précède, je veux dégager deux conclusions.

La première est celle-ci : Le médecin a le devoir de faire l'éducation des familles au sujet de l'hygiène alimentaire des nourrissons. A cet égard, il y a une très grande ignorance dans les familles, je devrais dire, une trop grande ignorance de ce qu'il faut faire pour préserver les enfants de cette affection qui les décime. Il faut apprendre aux mères de famille les moyens de conserver le lait à l'abri de toute fermentation, le moyen de le stériliser et leur faire comprendre qu'il vaut mieux donner à un enfant simplement de l'eau sucrée plutôt qu'un lait de qualité suspecte.

La deuxième conclusion porte sur la nécessité d'imposer à l'enfant une diète absolue de nourriture. Du moment que le lait a provoqué de la diarrhée et des vomissements, il ne peut être que nuisible. L'estomac se révolte, une partie du lait est rejetée, l'autre partie traverse l'intestin en l'irritant; il n'y a rien à gagner, la soif n'est même pas apaisée, tandis qu'au contraire la diarrhée épuise de plus en plus le petit malade : la nourriture, au lieu de fortifier l'enfant, ne fait que l'affaiblir par la répétition des accidents qu'elle provoque. L'enfant a soif, mais il n'a pas faim, c'est ce que les mères ne comprennent pas; dans leur sollicitude elles ne pensent qu'à l'affaiblissement par défaut de nourriture. Or, la diète de nourriture s'impose, sans elle il est impossible de soulager le petit malade. C'est ce que le médecin s'empressera d'ordonner et de faire accepter.

Supposons maintenant que le médecin soit appelé à intervenir, que va-t-il faire?

Je ne passerai pas ici en revue tout ce qui a été proposé soit pour tarir la sécrétion intestinale, soit pour désinfecter le tube digestif, calmer l'estomac, relever les forces défaillantes du sujet. Les moyens sont nombreux, ce qui rend la médication bien compliquée.

Je pense qu'il est préférable de chercher à établir les indications auxquelles il faut répondre pour en faire découler tout naturellement les déductions thérapeutiques.

Or, si on analyse les phénomènes qui forment le syndrome de l'affection, on remarque qu'un certain nombre d'entre eux dominent toute l'affection : c'est une irritation gastro-intestinale provoquée par l'ingestion d'un lait altéré ou des aliments indigestes; un flux liquide abondant qui entraîne à sa suite une soif vive, un état cyanotique du sang et le collapsus nerveux.

Or, les divers traitements qui ont été proposés s'adressent à l'un ou à l'autre des accidents, les uns à l'intolérance gastrique, les autres au flux intestinal, les autres aux troubles circulatoires, aux troubles du système nerveux. Le médecin appelé à choisir au milieu de ces nombreuses médications se trouve souvent embarrassé, ou formule trop peu et néglige certaines indications, ou formule trop pour que ses prescriptions soient bien exécutées.

J'ai été frappé de cette difficulté dans les débuts de ma pratique médicale, mais mes hésitations n'ont pas duré longtemps du moment que les indications se sont dessinées nettement à mes yeux.

Y a-t-il un moyen thérapeutique qui réponde immédiatement à toutes les indications? Je le crois et ce moyen, c'est l'eau, de préférence les eaux naturelles alcalines faibles.

Voici comment j'ai été porté à l'employer :

Ayant entendu M. Netter s'exprimer sur l'utilité qu'il y avait pour les cholériques d'absorber de grandes quantités d'eau, ainsi que l'avait déjà remarqué Sydenham, utilité que M. Netter a toujours rappelée à l'apparition de chaque nouvelle épidémie (1); ayant accepté cette autre opinion qu'il formulait, et qui est des plus vraies, c'est-à-dire que la cholérine des enfants présente, au point de vue des symptômes, la plus grande ressemblance avec le choléra et qu'ainsi ce qui réussit si bien chez les uns peut produire des résultats analogues chez les autres, je suivis le conseil qu'il me donnait d'essayer l'eau dans cette affection de la pathologie infantile, et j'eus bientôt l'occasion de l'employer dans un vaste champ d'expérience, les cas étant bien nombreux à Nancy dans un vaste champ d'expérience, les cas étant bien nombreux à Nancy dans le cours d'un été. Je dois dire que les résultats furent des plus satisfaisants.

Voici le traitement tel que je l'ai prescrit depuis plusieurs années :

Dès que j'étais appelé près d'un enfant atteint de troubles gastro-intestinaux annonçant le début d'une cholérine, ou quand je me trouvais en présence d'une cholérine confirmée, je commençais par interdire toute alimentation, diète sévère devant durer un nombre d'heures proportionné à la résistance du sujet, au degré de la maladie, 10, 12, 16, 18 heures.

Puis, pour répondre immédiatement aux indications pressantes, pour calmer la soif ardente, rafraîchir le tube digestif, le laver des impuretés qu'il renferme et qui l'irritent et empoisonnent l'organisme, pour rendre au sang l'eau qui lui manque, à la circulation sa pression normale, je prescris de l'eau. Quelle eau faut-il choisir? Je crains que l'eau ordinaire, sans principes de minéralisa-

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1873. Lettre de M. Netter (de Strasbourg) sur la guérison des diarrhées, de la constitution médicale actuelle par les boissons aqueuses administrées coup sur coup.

tion, sans saveur, ne soit indigeste par elle-même, comme cela s'observe parfois. Les eaux acidulées me paraissent également contre-indiquées par l'état inflammatoire des muqueuses. En thèse générale, les muqueuses enflammées s'accommodent mieux des eaux alcalines. Dans notre cas, on ne doit pas s'adresser aux eaux alcalines fortement minéralisées par crainte de l'effet des alcalins sur le sang. Je me suis donc arrêté à l'usage des eaux faiblement minéralisées et gazeuses digestives par elles-mêmes, parmi lesquelles on peut citer les eaux de Soultzmatt, les eaux faibles de Vals. Je me suis servi plus particulièrement de l'eau de Soultzmatt.

Je prescrivais l'eau de cette façon : On doit présenter l'eau par petites doses pour ne pas dilater les organes et pour lui laisser le temps de pénétrer; l'enfant accepte avec avidité. On lui en présente de temps en temps des doses fractionnées aussi longtemps qu'il a soif. Il lui arrive d'en absorber ainsi en quelques heures un quart, un demi-litre et même souvent la bouteille entière.

Quand l'intolérance gastrique est extrême, il arrive que les premières doses sont rejetées, mais il ne faut pas se laisser arrêter par ce petit incident, bientôt l'estomac se calme sous l'influence de cette eau froide et l'absorption ne tarde pas à se faire.

L'effet se produit très rapidement. Le cri d'angoisse, qui traduisait la souffrance de l'organisme privé d'eau, cesse, et le calme succède à l'agitation. Après l'anxiété survient une période de quiétude, d'excellent augure. Sous l'influence de la pénétration de l'eau dans le sang, la circulation se rétablit, l'oxygénation s'accomplit normalement : le teint devient rosé, les lèvres reprennent l'incarnat de la santé, les yeux naguère enfoncés dans l'orbite reprennent leur apparence normale, la diarrhée profuse s'arrête ou se tient à des proportions minimes, l'enfant est rendu à la santé.

Et cela se produit dans les cas modérés, et presque toujours dans les cas très graves. Il me revient à la mémoire de ces exemples où je n'aurais plus donné deux heures à vivre à ces êtres misérables, et chez lesquels l'eau produisit de véritables résurrections. Si on a souvent l'occasion en médecine de déplorer l'impuissance des efforts de notre art, on a rarement l'occasion de se réjouir autant de l'effet rapide et surprenant de notre intervention.

Ma conviction profonde, basée sur un nombre considérable de faits, est que le traitement par l'eau dans la cholérine des enfants est un moyen héroïque qui sauve presque tous les enfants, et, ce qui n'est pas à dédaigner, ce traitement est d'une exécution facile.

Quels sont les enfants qui font exception à la règle générale? Ce sont ceux qui sont amenés trop tard, pendant l'agonie, et qui ne peuvent plus absorber le liquide; à ceux-là reste peut-être encore la ressource des injections sous-cutanées. Ce sont encore ceux qui ont des accidents cholériformes venant mettre un terme à une longue période de dénutrition. Mais je crois pouvoir affirmer qu'on peut sauver tous ceux que le génie épidémique surprend en bonne santé, à la condition qu'ils soient présentés au médecin avant la période d'agonie; et encore chez ceux-là faut-il encore essayer le traitement. Quand l'enfant est tiré de sa situation périlleuse, il ne faut pas encore crier victoire. La guérison dépend de la suite du traitement. Croire que l'on peut immédiatement reprendre le régime alimentaire, c'est commettre une hérésie. Car, si les phénomènes cholériformes ont disparu, le tube digestif n'est pas encore guéri, il entre seulement dans la période de réparation. Il faut toute la sagacité du médecin pour juger du moment où la diète de nourriture peut être interrompue. Les jours qui suivent l'attaque sont des jours critiques pendant lesquels il peut se produire une rechute grave sous l'influence du moindre écart de régime. Il faut donc donner à très petites doses une nourriture des plus légères, de l'eau blanchie avec un peu de lait stérilisé, 4/5 d'eau avec 1/5 de lait, par exemple, du bouillon bien frais, froid et dégraissé, de l'eau albumineuse, en exerçant la plus grande surveillance du côté de la tolérance du tube digestif pour ces aliments légers.

C'est à ce moment qu'un traitement médicamenteux peut trouver son indication.

Je ne sortirai qu'en apparence de mon sujet quand je dirai que cette même médication hydrique donne d'excellents résultats dans les nombreuses circonstances où les jeunes enfants prennent des affections gastro-intestinales qui reconnaissent les vomissements et la diarrhée parmi leurs symptômes, comme cela s'observe pendant la dentition, à l'époque du sevrage, et après les écarts de régime. Un mot pour terminer : En exposant mon opinion sur le traitement de la cholérine, je n'ai pas eu la pensée de m'attribuer le mérite de la priorité d'une découverte. Ce que j'ai fait depuis plusieurs années, d'après les conseils de M. Netter, M. Luton (*Union médicale du Nord-Est*, 1880) l'avait fait avant moi, sans que je le sache, et je dois avouer que j'ai été heureux, en lisant son mémoire, de constater que mes résultats sont absolument concordants avec ceux qu'il a obtenus avec l'eau simple et la diète.

Mes conclusions seront les mêmes que celles qu'il a formulées :

Supprimer toute alimentation ;

Donner à discrétion de l'eau ;

Revenir progressivement à un régime plus rationnel (1).

Note sur le nystagmus dyspnéique, par le docteur Henri FRENKEL (*Travail du laboratoire de M. Gayet.*)

On sait bien aujourd'hui que le nystagmus, considéré pendant longtemps comme un signe pathognomonique de la sclérose multiloculaire de la moelle et du cerveau, est loin d'être exclusif à cette affection. Il n'est pas rare en effet de l'observer dans la neurasthénie qui a été si souvent confondue avec la sclérose en plaques, dans l'anémie des mineurs et dans plusieurs autres affections. Tous ces cas de nystagmus ont cependant plusieurs caractères communs, parmi lesquels nous ne retiendrons pour le moment que deux principaux : 1° le nystagmus est étroitement lié à l'œil et n'a d'autres rapports avec les phénomènes moteurs du tronc ou des extrémités que ceux qu'il emprunte aux tremblements ; 2° les mouvements des globes oculaires sont inconscients et indépendants de la volonté.

Nous désirons attirer l'attention sur l'existence d'une autre forme de nystagmus qui n'est pas aussi indépendante de phénomènes moteurs du tronc, qui n'a aucun rapport avec le tremblement, qui ne paraît pas être aussi inconsciente et indépendante de la volonté que le nystagmus classique et qui a une tout autre signification que le nystagmus vulgaire. C'est un nystagmus que nous n'avons pas, il est vrai, encore observé chez l'homme, mais dont l'analogue se trouve aisément chez ce dernier. Nous avons produit ce nystagmus expérimentalement chez le lapin en lui injectant dans le sang les urines dont nous étions occupé à étudier la toxicité. La fréquence avec laquelle nous avons observé ce phénomène est de 4 à 5 pour 100 examens de toxicité urinaire ; elle est plus grande lorsqu'on opère avec des urines hypotoxiques qu'avec des urines normales.

(1) *Revue médicale de l'Est*, 1893, p. 225.

Lorsqu'on injecte dans les veines du lapin des urines dont la toxicité est assez faible pour voir s'échelonner les phénomènes d'intoxication, on peut constater dans quelques cas au moment ou même un peu avant que la dyspnée devienne nette, les deux yeux exécuter des mouvements associés, oscillatoires à petites excursions devenant de plus en plus rapides, qui ont tous les caractères du nystagmus. En observant ces mouvements de plus près, on ne tarde pas à être frappé par ce fait qu'ils sont absolument synchrones avec les mouvements respiratoires. A mesure que le nombre de respirations à la minute devient plus grand, le nombre d'oscillations des globules oculaires augmente de même. Un autre point est particulier à ce nystagmus, c'est qu'à mesure que, l'injection étant poussée plus loin, l'animal tombe dans le coma, les excursions diminuent d'étendue et de force et ne tardent pas à disparaître, de sorte qu'au moment de la mort le nystagmus n'existe plus.

La direction de ce nystagmus est le plus souvent horizontale, de droite à gauche ou inversement; parfois elle est verticale, de bas en haut ; elle peut aussi devenir horizontale après avoir été verticale pendant quelques instants.

On sait que le nystagmus chez l'homme n'est pas non plus toujours horizontal et qu'il est parfois vertical. (Uhthoff.)

En comparant ce nystagmus expérimental avec celui qu'on observe chez l'homme, on trouve plusieurs caractères qui permettent de différencier nettement les deux formes. C'est d'abord ce fait que le nystagmus en question n'est pas un phénomène limité à l'œil, mais présente un mouvement associé aux mouvements respiratoires. Il paraît si intimement lié aux efforts de la respiration qu'on est tenté de le comparer aux battements des ailes du nez et de le considérer comme des mouvements auxiliaires de la respiration. Mais ces mouvements ne sont d'aucune utilité pour l'hématose et l'idée des mouvements auxiliaires de la respiration doit être immédiatement rejetée. Quoi qu'il en soit, ces mouvements ont bien le caractère du nystagmus, ils sont liés à la dyspnée et nécessitent par conséquent le nom de *nystagmus dyspnéique*.

Le deuxième caractère qu'il présente est celui de disparaître au moment où l'animal tombe dans le coma. Ce nystagmus est donc incompatible avec la perte de connaissance et exige un certain degré de conscience.

Le vrai nystagmus doit être parfois recherché par un procédé spécial. En faisant prendre aux yeux une position forcée, celle d'adduction ou d'abduction, on peut quelquefois faire apparaître le nystagmus de la sclérose en plaques. Le nystagmus dyspnéique n'a pas besoin d'être recherché, il s'impose à l'observation lorsqu'il existe et ne peut pas être provoqué lorsqu'il n'existe pas.

Un dernier point différentiel entre les deux phénomènes doit être mentionné. Le vrai nystagmus est un phénomène d'ordre paralytique et peut être comparé au tremblement qu'on constate dans les muscles des extrémités, au tremblement intentionnel. Il n'en est pas de même du nystagmus dyspnéique. Celui-ci paraît être un phénomène d'excitation, comme la dyspnée elle-même.

Si nous n'avons pas pu observer le nystagmus en question chez l'homme, la raison en est bien simple. Ce qu'on peut observer chez l'homme, ce sont des mouvements des globes oculaires à grandes excursions et ayant une direction de bas en haut. Dans la dyspnée très prononcée on observe fréquemment chez l'homme ces mouvements des yeux associés aux efforts respiratoires et dont la fréquence est égale à celle de la respiration elle-même. Le nombre des respirations étant relativement petit chez l'homme, les mouvements des yeux sont relativement lents et à grandes excursions. Chez le lapin, dont la respiration est rapide même à l'état normal, les yeux doivent exécuter, pendant la dyspnée, des mouvements très nombreux, partant à petites excursions oscillatoires. Il est remarquable que ces mouvements aient le plus souvent une direction horizontale et s'imposent comme étant du nystagmus (1).

CORRESPONDANCE

Angers, 11 mai 1893.

Monsieur et cher rédacteur en chef,

Je lis dans votre excellent *Mercredi médical* d'hier une communication de M. le Dr Faisans à la Société de médecine des hôpitaux, sur le délire caféinique. Ces cas, d'après l'auteur de la note, paraissant avoir une certaine rareté, permettez-moi d'abord de vous dire que dans les cardiopathies où j'ai employé la caféine (formule de Huchard ou analogue), j'ai plusieurs fois constaté l'excitation allant jusqu'au délire, mais je veux surtout vous relater le plus caractérisé, qui m'est personnel.

Le 17 juillet 1892, je fus pris d'une violente attaque d'angine de poitrine, une première plus légère avait eu lieu le 11. Après la sensation atroce d'écrasement des régions mammaire et scapulaire, avec extension gastralgique, l'irradiation de douleurs intolérables sur le trajet du nerf cubital et de la moitié du médian *des deux côtés*, le symptôme dominant étant la faiblesse des battements du cœur et des pulsations artérielles, sans altération aucune des bruits et du rhythme, mes amis me conseillèrent le citrate de caféine à la dose de 0,30 cent. de 3 prises. Après leur avoir observé que le café me produisait une vive excitation et que pour cela je n'en prenais presque jamais, j'obéis, comme le doit faire tout malade qui a confiance dans la médecine et dans son médecin. A la 2e dose, 0,20 cent. au total, et 2 fois à 3 heures de distance, l'insomnie persistante s'accompagna d'un *délire sensoriel de dissociation* qu'il me paraît intéressant de vous décrire :

Presque immobilisé par les douleurs dans le décubitus dorsal, j'avais non seulement perdu la notion de mon *indivisibilité* (ce mot répond mieux à mes sensations qu'individualité), mais je sentais mes membres dispersés dans des directions variées; ma tête était dans mon cabinet de consultation, séparé de ma chambre par un jardinet, mes deux membres inférieurs dans deux appartements distincts et séparés du mien par une vaste chambre, mes membres supérieurs dans un petit salon également séparé par deux vestibules. Je n'avais la sensation de mon être physique que par les parties ultra-douloureuses, c'est-à-dire la poitrine et une partie du tronc; privé par l'immobilité du pouvoir de rectifier par le fait ces hallucinations, j'avais cependant conservé la conscience nette *du moi*, car non seulement je faisais un effort de volonté pour rassembler mes membres épars et reconstituer mon individu, mais le raisonnement restait libre sur les autres points, puisque non seulement je donnai ordre de suspendre la médication, lui attribuant nettement la cause du mal, mais j'indiquai à la personne qui me soignait les raisons à donner à mes confrères à leur visite du matin pour justifier notre infraction à leur ordonnance. Ce cauchemar éveillé n'en fut pas moins terrible, car il m'excitait à une jactitation incessante et arrêtée par l'intensité des douleurs ! Il dura environ 3 à 4 heures et disparut graduellement avec le jour, environ 6 heures après la prise du citrate de caféine. Le seul effet normal de celui-ci fut une diurèse prononcée.

Vous savez personnellement que je n'ai ni alcoolisme, ni nervosisme dans sa vague et un peu trop compréhensive interprétation. Je ne puis invoquer comme cause prédisposante que l'effet habituel du café qui me donne toujours insomnie et tachycardie et un peu de surmenage professionnel et intel-

(1) *Lyon méd.*, 1893, p. 43.

lectuel qui avait précédé, mais de quelques semaines, mon attaque d'angine. J'accuse donc absolument mes 0,20 cent. de citrate de caféine de tout mon délire sensoriel.

E. Farge

— L'observation si intéressante que veut bien nous adresser notre savant collègue le professeur Farge, prouve que le délire provoqué par la caféine peut être dû à des doses extrêmement faibles et frapper des sujets chez lesquels on ne saurait admettre « un état d'invalidité cérébrale préexistant ou acquis ». La discussion qui s'est élevée à la *Société médicale des hôpitaux* montre bien d'ailleurs que ces faits de délire ou d'hallucination consécutifs à l'injection de la caféine sont moins rares qu'on ne le croyait avant la communication de M. Faisans. Nous en avons observé nous-même plusieurs exemples qui nous rendent depuis quelques années très prudent lorsqu'il s'agit d'injections de caféine. Tout en reconnaissant donc avec M. Raymond que le trouble mental provoqué par la caféine est presque toujours de courte durée et ne saurait dès lors être comparé à un accès psychopathique persistant, nous pensons qu'il faut prévenir les praticiens de la nature et de la gravité apparente de ces délires avec hallucination et éréthisme nerveux. Il leur faudra désormais être très prudents au début et n'administrer que des doses très faibles de caféine, sauf à les multiplier s'il est nécessaire. Il conviendra ensuite de cesser l'administration de la caféine dès que le délire apparaîtra. Les injections sous-cutanées d'éther et mieux encore celles de phosphate de soude remplissent souvent les mêmes indications que celles de caféine et ne présentent pas les mêmes inconvénients.

L. L.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Du vertige des ataxiques (signe de Romberg), par Grasset (*Archives de neurologie*, mars 1893, n° 74, p. 179). — Après une étude très complète de ce symptôme, l'auteur combat l'opinion généralement admise, et selon laquelle le signe de Romberg représenterait un simple trouble fonctionnel dépendant de l'altération du sens musculaire. A son avis, le signe en question figurerait un vertige particulier spécial à l'ataxie locomotrice. Les principaux arguments présentés à l'appui de cette manière de voir sont que : il n'y a pas parallélisme entre le signe de Romberg et l'incoordination motrice, que la théorie du sens musculaire n'explique pas la différence d'intensité affectée par le signe de Romberg selon que l'on intercepte la vue par un écran ou en faisant fermer les yeux, que ce signe peut exister sans troubles du sens musculaire ; enfin que, réciproquement, les altérations du sens musculaire surviennent en certains cas sans entraîner le signe en question. L'auteur se base enfin, pour assimiler le signe de Romberg à un vertige, sur ce qu'il est caractérisé par une sensation de perte d'équilibre avec angoisse.

Mille cas de sciatique primitive (On analyses of 1,000 cases of primary sciatica with special reference to the treatment by acupuncture), par Valentine Gibson (*The Lancet*, 15 avril 1893, n° 3633, p. 860). — Travail de statistique basé sur des malades de Devonshire hospital, et comprenant 200 observations personnelles. Il en résulte que la sciatique frappe plus souvent les hommes que les femmes dans la proportion de 8 pour 1. L'âge de prédilection est de 31 à 40 ans, mais avant cet âge, les cas sont relativement moins nombreux qu'après — 31 0/0 entre 30 et 40 ans, 15,9 0/0 entre 20 et 30 ans, 24,8 0/0 entre 40 et 50 ans.

Tumeur du corps pituitaire (Some clinical notes on a case of tumour of the pituitary body), par W. Waddell (*The Lancet*, 22 avril 1893, n° 3634, p. 921). — Observation avec autopsie d'un cas de tumeur pituitaire. Les symptômes observés pendant la vie ont consisté en une hémianopsie bitemporale, en de la céphalée, et de la prostration générale, ces derniers symptômes procédant par paroxysmes. Peu avant la mort, qui survint par affaiblissement, il y eut une attaque d'hémiplégie droite. On rechercha avec soin les signes de l'acromégalie, mais négativement. Les lésions trouvées à l'autopsie furent, en outre d'un foyer hémorrhagique récent, une tumeur du corps pituitaire grosse comme une noix, comprimant les nerfs optiques.

Myopathie primitive progressive du type Landouzy-Déjerine avec autopsie, par Paul Blocq et G. Marinesco (*Archives de neurologie*, mars 1893, n° 74, p. 188). — En outre de l'intérêt qui s'attache à une nouvelle confirmation nécropsique de la nature myopathique de cette forme d'atrophie musculaire, les auteurs font ressortir diverses particularités anatomiques rencontrées dans leur examen, et proposent une théorie explicative de la myopathie progressive. Histologiquement, ils décrivent sous le nom de *systèmes tubulaires des nerfs* des appareils rencontrés sur le nerf radical, décrits déjà par divers auteurs et considérés comme ayant une signification pathologique, et qui leur paraissent normaux. Quant à l'affection myopathique, ils pensent qu'il s'agit d'un désordre primordial de la nutrition de la fibre musculaire, transmis par hérédité. Par une véritable inversion chimiotactique, le myoplasma devient incapable d'assimiler les éléments de nutrition de la lymphe qui le baigne, et alors le tissu de soutènement, grâce à son pouvoir nutritif si puissant, accapare ces éléments devenus surabondants, ils mettent enfin en évidence l'importance du tissu adipeux dans ce processus et montrent que celui-ci provient dans ce cas d'une hyperplasie autogène des cellules graisseuses.

Sclérose latérale amyotrophique ou amyotrophie hystérique, par Charcot (*Archiv. de neurologie*, mars 1893, n° 74, p. 161). — Le malade à l'occasion duquel cette intéressante question de diagnostic s'est posée est un homme de 31 ans. Il offre des antécédents nerveux héréditaires ; lui-même a été sujet, étant enfant et jusqu'à l'âge de 15 ans, à des crises de terreur nocturne. Depuis, il n'a pas été malade; il y a 2 mois, à la suite d'un ennui, il eut une crise hystérique sans perte de connaissance, et peu après s'aperçut, en prenant un bain, que sa jambe gauche était plus petite que la droite. On constate en effet une atrophie musculaire très considérable de tout le membre inférieur gauche, et aussi des muscles du bras et de l'épaule droite. Les muscles atrophiés ne présentent pas la réaction de dégénérescence, et on y constate des secousses fibrillaires. Les reflexes tendineux des membres sont exagérés. Aucun autre trouble, ni de la sensibilité, ni des sphincters. L'auteur rappelle les caractères des diverses variétés d'atrophie musculaire que les recherches de ces derniers temps ont déterminées et montre que dans le cas actuel il pourrait bien s'agir d'une atrophie musculaire hystérique, sans toutefois qu'il soit permis de conclure avec certitude.

Idiotie congénitale, par Bourneville et Noel (*Archives de neurologie*, mars 1893, n° 74, p. 228). — Antécédents nerveux héréditaires, conception pendant l'ivresse, naissance à 7 mois, convulsions à 2 mois, chorée de 4 à 6 ans, tics multiples, parole nulle, marche à 2 ans 1/2; tels sont les points principaux de cette observation minutieusement rapportée et illustrée de plusieurs photographies. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'arrêt de développement cérébral.

Gangrène de la lèvre par succion, chez un paralytique général, par Vallon (*Archives de neurologie*, mars 1893, n° 74, p. 224). — Un paralytique général qui faisait des mouvements continuels de succion, était arrivé, par une succion plus énergique, à faire passer sa lèvre inférieure entre les arcades dentaires, et, en continuant les mêmes mouvements, à y produire une tuméfaction telle que la circulation s'y arrêtant, la gangrène intervint. Ultérieurement, une partie de la lèvre fut éliminée et la plaie se cicatrisa, laissant un rétrécissement de l'orifice buccal.

Hémi-analgésie alterne (A case of alternate hemianalgesia with some remarks upon the sensory disturbances in diseases of the pons Varolii), par Allen Starr (*Medical Record*, 11 février 1893, n° 1162, p. 168). — Observation d'un policeman âgé de 42 ans, qui sans cause apparente est pris d'une hémiplégie au milieu de la nuit. Les phénomènes parétiques ne tardent pas à s'atténuer et au bout de 3 semaines ils ont à peu près disparu. On constate alors une analgésie complète

pour la douleur et la température avec relative intégrité du tact dans la moitié gauche de la face et dans toute la moitié droite du tronc et des membres du même côté. En dehors d'une sensation de vertige, d'une paralysie du grand oblique de l'œil gauche avec kératite par anesthésie cornéenne, enfin, d'une polyurie avec glycosurie, le malade n'offre aucun autre signe, au point qu'il peut se livrer à ses occupations. L'auteur rappelle les observations publiées par d'autres et dont lui-même a autrefois tiré des conclusions, quant aux signes des localisations de la protubérance et il s'en autorise pour justifier le diagnostic de: hémorrhagie du pont de Varole au niveau du tiers moyen de la moitié gauche.

MÉDECINE

Encéphalite chez un nouveau-né d'une mère éclamptique (Ein Fall von Encephalitis bei Eklampsie der Mutter), par Wilke (*Centralb. f. Gyn.*, 1893, n° 17, p. 385). — Une primipare de 24 ans est prise, pendant l'accouchement, d'un court accès d'éclampsie; ses urines renferment très peu d'albumine. Elle est enfin accouchée au forceps 18 heures après le commencement du travail et se rétablit rapidement.

L'enfant, venu asphyxié et ranimé rapidement par le procédé de Schultze, est pris, 6 heures après, d'accès d'asphyxie paraissant tenir à un spasme de la glotte. Le cathétérisme des voies respiratoires montre pourtant que celles-ci ne sont pas obstruées. Les accès se répètent à plusieurs reprises et finissent par emporter l'enfant.

A l'autopsie on trouve comme lésion principale des foyers caractéristiques d'encéphalite.

Comme le bassin de la mère n'était pas rétréci et que l'application du forceps fut des plus faciles, l'auteur n'hésite pas à attribuer l'encéphalite de l'enfant à l'éclampsie de la mère.

Des lésions des reins dans le choléra, par Vandervelde (*Journal de médecine de Bruxelles*, 22 avril 1892, p. 241). — Les lésions rénales du choléra sont différentes de celles qui s'observent dans la fièvre typhoïde ou dans la scarlatine, en ce qu'elles se localisent à peu près exclusivement dans les cellules épithéliales des tubes contournés et des tubes droits, en respectant les glomérules (où les lésions prédominent au contraire dans la plupart des autres maladies infectieuses) et en ce qu'elles ne présentent aucun caractère inflammatoire; il s'agit ici d'une lésion *dégénérative*, d'une nécrose des éléments cellulaires, très analogue à la nécrose de coagulation de Weigert. Les recherches de l'auteur à l'occasion de la dernière épidémie sont confirmatives à cet égard de celles de Straus, Simmonds. Dans un seul cas, où la mort est survenue au bout de dix jours seulement, il existait un léger exsudat dans la cavité glomérulaire. Accessoirement, les auteurs ont toujours rencontré dans leurs autopsies la diminution de volume de la rate avec plissement de sa surface. Les lésions secondaires du côté des poumons ont constamment présenté le caractère inflammatoire avec une grande variété de nature.

Pneumokoniose anthracosique avec complications viscérales, par Le Bœuf et Vandervelde (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 15 avril 1893, p. 198). — Autopsie d'un ouvrier de 63 ans, ayant travaillé dans une fabrique de porcelaine. Les poumons présentent les lésions ordinaires de l'anthracose. L'intérêt tout particulier de l'observation réside dans la présence d'ulcères multiples de l'estomac, offrant tous les caractères de l'ulcus rotundum: les vaisseaux, à leur pourtour, sont atteints d'endo-péri-artérite oblitérante; et au niveau de l'ulcération, on constate, au milieu des éléments en voie de destruction, la présence de globules blancs chargés de granulations anthracosiques. On a là un exemple d'embolies pigmentaires de l'artère coronaire stomachique. Cette observation vient à l'appui des idées de Virchow et Conheim sur le rôle joué par les embolies dans la production des ulcères de l'estomac. Le foie, les reins, la rate étaient infiltrés de granulations de même nature.

Un cas de cirrhose de l'estomac, par Le Bœuf (*Journal de médecine de Bruxelles*, 4 mars 1893, p. 129). — Une femme de 49 ans, atteinte depuis plusieurs années de tuberculose pulmonaire, présente en 1892 des troubles digestifs graves, caractérisés par une intolérance gastrique à peu près absolue. Elle succombe à la phthisie. On constate à l'autopsie une diminution considérable de la capacité de l'estomac (400 cc.). Le grand cul-de-sac est séparé du reste de l'organe par un rétrécissement au delà duquel son calibre ne dépasse pas celui du duodénum; toute la région du petit cul-de-sac présente une induration diffuse et un épaississement de la paroi qui atteint 6,7 millim., 1 cm. au niveau du pylore. Aucune apparence de néoplasme. A l'examen microscopique, on constate à ce niveau une sclérose diffuse de la paroi, ayant son point de départ dans la sous-muqueuse et envahissant les espaces interglandulaires d'une part, la musculeuse et la sous-séreuse d'autre part. Les cellules glandulaires sont bien conservées; le péritoine est normal. L'auteur reconnaît dans la lésion qu'il vient d'observer la description donnée par Brinton sous le nom d'*inflammation cirrhotique* de l'estomac. La sclérose sous-muqueuse a été particulièrement rencontrée à l'autopsie des tuberculeux; mais chez ceux-ci la lésion débute le plus souvent par l'élément glandulaire (Marfan). D'autres fois la lésion progresse de dehors en dedans; la paroi gastrique est envahie par la sclérose consécutivement à une péritonite de voisinage, une véritable péri-gastrite (Hanot et Gombault). L'évolution, dans le cas présent, a été différente des deux processus précédents, puisque le péritoine était intact et les altérations glandulaires insignifiantes.

CHIRURGIE

Chondrome volumineux du thorax (Zur Operation der grossen Chondrome der Rumpfes, eine Beitrag zur Chirurgie der Zwerchfelles), par Noorden (*Deut. med. Wochenschr.*, 1893, n°s 15 et 16). — L'auteur rapporte deux cas de chondrome volumineux du thorax opéré par Mikulicz dans les conditions suivantes:

Le premier cas se rapporte à un homme de 54 ans, chez lequel la tumeur occupant le côté gauche du thorax s'étendait de l'aisselle jusqu'à la base du thorax et de l'angle de l'omoplate à la ligne axillaire antérieure. La base de cette tumeur mesurait 78 centimètres, sa hauteur 35. L'incision faite, on trouva que la tumeur adhérait intérieurement aux côtes. On réséqua en conséquence les 7e, 8e, 9e, 11e et 12e côtes avec les muscles intercostaux correspondants. Pendant cette résection, la plèvre fut ouverte et le pneumo-thorax qui s'ensuivit fit voir que la base de la tumeur adhérait au diaphragme. On réséqua alors le diaphragme sur une étendue de 8 centimètres et la tumeur fut finalement enlevée. A ce moment on constata sur la colonne vertébrale des noyaux chondromateux qu'on enleva avec les ciseaux.

Il s'agissait maintenant de fermer la plaie, et tout d'abord le diaphragme. La perte de substance de celui-ci était trop grande pour être réunie par une simple suture. On sutura donc d'abord le diaphragme en avant et en arrière aux muscles du thorax, et la fente de 5 centimètres qui restait encore fut réunie par des sutures à la soie. La plaie laissée par la résection des côtes fut ensuite fermée de la façon habituelle.

Les suites opératoires, troublées un moment par une collection de sang derrière les sutures évacuée par la ponction, évoluèrent de la façon normale, et le malade finit par guérir. La guérison se maintenait encore au bout de 14 mois, et en fait de récidive, on n'eut qu'un noyau cartilagineux développé dans la cicatrice et extirpé avec la plus grande facilité.

Dans le second cas, il s'agissait d'un myxochondrome volumineux du bassin chez un homme de 46 ans. La tumeur s'étendait de la région lombaire gauche aux régions sus-pubienne et épigastrique droite, de sorte que l'incision qui passait de la région lombaire sur la tumeur mesurait 24 centim. La tumeur, en grande partie ramollie, ne put être amenée au dehors et fut enlevée par morceaux avec les doigts, les ciseaux et la cuiller tranchante, sans toutefois ouvrir le péritoine. Elle s'insérait en dernier lieu le long de la ligne innominée. L'opération, au cours de laquelle l'hémostase était assurée par le tamponnement et les pinces, a duré plus d'une heure, et l'énorme cavité restée après l'ablation de la tumeur fut tamponnée à la gaze iodoformée et les lèvres de la plaie suturées par-dessus au fil d'argent. Guérison opératoire sans complication.

Dix-huit mois après le malade revenait pour une récidive. Au cours de la nouvelle opération, on put constater que la tumeur, aussi volumineuse que la première, était partie de la région sacrée gauche et avait envahi la colonne vertébrale. L'énucléation totale était impossible, car l'aorte était envahie au niveau de sa bifurcation. Le malade guérit encore de cette intervention, mais il fut facile de constater peu de temps après l'augmentation de la tumeur aux dépens de la portion laissée au niveau de l'aorte.

BIBLIOGRAPHIE

Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales, par F. TERRIER et M. PÉRAIRE. Paris, ALCAN, 1893 (in-18, 190 pages, 70 gravures, cartonné, 3 fr., franco).

Asepsie et antisepsie chirurgicales, par TERRILLON et CHAPUT. Paris, O. DOIN, 1893 (in-18, 200 pages, relié, 4 fr.).

Manuel d'asepsie, par le Dr SCHIMMELBUSCH, introduction par le prof. von BERGMANN, préface par M. le Dr AD. DE COCK (de Gand). Gand, H. ENGELCKE; Paris, O. DOIN, 1893.

La pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires, par E. DELEFOSSE. Paris, J.-B. BAILLIÈRE et fils, 1893 (in-18 jésus, 234 pages, 49 figures, cartonné, 4 fr.).

Depuis la révolution que, grâce aux idées initiales de Pasteur et à l'impulsion pratique de Lister, la chirurgie a subie depuis une vingtaine d'années, les progrès de la technique ont été incessants, et en particulier nous sommes loin du Listérisme tel qu'on l'enseignait au début. La gaze phéniquée, le protective, le mackinstosch, le rite listérien en un mot, ont fait leur temps; de même les idées reconnues fausses sur les germes de l'air et l'efficacité du spray. Nous sommes arrivés aujourd'hui à établir, en somme, un corps de doctrine, laissant chacun libre dans le choix des moyens pour réaliser en pratique ce qu'exige la théorie. C'est là, incontestablement, un progrès considérable, et nous le devons à ceux qui ont bien fait voir ce que sont l'une par rapport à l'autre l'asepsie et l'antisepsie, la seconde étant le moyen de parvenir à la première, et quelles sont leurs indications respectives. C'est surtout Terrier en France, Bergmann en Allemagne qui ont ainsi mis en évidence l'importance de l'asepsie pure, en s'en tenant le plus souvent possible à la simple stérilisation par les moyens mécaniques (savon et brosse) et physiques (chaleur sèche et humide), de façon à réduire au minimum l'emploi des substances dites antiseptiques, dont les avantages sont diminués par d'assez nombreux inconvénients. On conçoit donc qu'il y aura un intérêt tout spécial à lire les pages dans lesquelles est résumée la technique de Terrier, de Bergmann, de Terrillon.

Terrillon et Chaput, eux aussi, sont partisans de l'asepsie toutes les fois qu'on n'opère pas dans des tissus préalablement infectés, mais, chemin faisant, ils déclarent inutile la réforme, plusieurs fois déjà réclamée par notre maître Terrier, qui consisterait à séparer les uns des autres les malades septiques, aseptiques et douteux. Ces mêmes auteurs cependant — et Terrillon a fait sur ce point des expériences personnelles probantes — affirment qu'après avoir trempé dans le pus, les mains ne peuvent plus être bien stérilisées avant un intervalle de 48 heures. La conclusion logique ne serait-elle pas qu'il faut réduire au minimum ces contacts nuisibles en attribuant un personnel spécial à ceux qui les fournissent, d'une part; à ceux qui en souffriraient, d'autre part?

Lorsqu'on opère sur des tissus infectés, avons-nous dit, l'emploi des antiseptiques chimiques est utile, et c'est bien souvent le cas pour les voies urinaires. Dans le livre de M. Delefosse on trouvera les indications relatives à la stérilisation des sondes, au choix du meilleur antiseptique pour les lavages uréthraux et vésicaux. Et on y trouvera quelque chose de spécial aux voies urinaires: les recherches des divers auteurs sur les antiseptiques que l'on administre à l'intérieur — tels le salol, le borate de soude — pour tâcher de rendre sinon antiseptiques, au moins plus innocentes, les urines si souvent septiques de ces malades.

A. BROCA.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ÉVOLUTION CELLULAIRE ET PARASITISME DANS L'ÉPITHÉLIOMA (Travail du laboratoire de M. le prof. Kiener), par le Dr A. BORREL de Montpellier. Brochure in-8° avec deux planches, 3 francs. G. Masson et C. Coulet, éditeurs.

Depuis le travail de Malassez (1889) émettant l'hypothèse de l'origine parasitaire de l'épithélioma, un grand nombre d'auteurs ont décrit et figuré l'aspect du parasite supposé, en le rattachant généralement aux coccidies, mais sans concordance la plupart du temps dans leurs descriptions. L'auteur fait une critique sévère de tous les travaux antérieurs et montre que bien souvent une technique défectueuse ou une fausse interprétation des figures microscopiques a conduit à décrire comme parasites du cancer certains éléments atypiques du néoplasme (Wickam). Il expose ensuite le résultat de ses recherches assidûment poursuivies depuis quatre ans.

1° Dans tous les épithéliomas, il existe des figures anormales d'évolution cellulaire ou de dégénération bien faites pour induire en erreur à cet égard. En effet, loin de se produire suivant le type régulier de la karyokinèse, la division cellulaire ici a lieu souvent d'une façon indépendante pour le noyau et pour le protoplasma: il en résulte de grandes cellules à noyaux bourgeonnants ou multiples. En outre, ces aliments atypiques contiennent fréquemment des inclusions cellulaires qui évoluent pour leur propre compte dans la cellule-mère. C'est cette catégorie de figures qui a le plus souvent prêté à confusion: les nombreux dessins annexés au travail en montrent des exemples très nets.

2° Il existe cependant dans certains épithéliomas des figures très spéciales qu'il est difficile de rattacher à l'évolution cellulaire et qui pourraient bien être des parasites. L'auteur ne les a rencontrées que deux fois. Ces éléments se sont présentés sous la forme de corps ronds, ayant la dimension d'un globule rouge, munis d'une capsule très nette, et présentant un relief qui ne permettait pas de les confondre avec de simples vacuoles. Ils sont réunis par groupes, jusqu'à 15 dans une même cellule. Sodakewitch a récemment décrit des figures semblables. Comme caractère de diagnostic différentiel entre ces éléments particuliers et les formations cellulaires endogènes, l'auteur rappelle que la présence d'un noyau volumineux au centre d'une formation kystique endogène suffit pour écarter l'idée d'une formation parasitaire: la présence de filaments radiaires, d'autre part, appartient aux formations cellulaires endogènes. Une technique minutieuse pour la fixation et la coloration des éléments est ici de rigueur si l'on veut obtenir des figures nettes et comparables entre elles. Les fixations à l'alcool, à l'acide picrique, au liquide de Müller donnent de mauvais résultats. On doit avoir recours au liquide de Flemming et aux couleurs d'aniline.

Thèses de Paris.

LES DYSPEPSIES NERVEUSES, par Maurice SOUPAULT.

Les fonctions de l'estomac sont placées sous l'influence directe du système nerveux. Les troubles névropathiques s'accompagnent souvent de troubles gastriques. Il paraît que dans cet ensemble pathologique les troubles nerveux peuvent être considérés comme créant véritablement les troubles dyspeptiques. La dyspepsie mérite donc le plus souvent le nom de dyspepsie nerveuse. L'état du système nerveux peut être modifié de deux façons différentes. Il peut y avoir excitation ou dépression. A ces deux états nerveux correspondent deux modes de déviation dans les fonctions de l'estomac: exaltation de la fonction ou insuffisance de la fonction. Dans l'un et l'autre cas, les éléments de l'activité stomacale, motricité et sécrétion, sont déviés dans le même sens.

Il en résulte que l'on peut admettre deux formes de dyspepsie:
Dyspepsie par exaltation de la fonction, *D. hypersthénique*.
Dyspepsie par insuffisance de la fonction, *D. asthénique*.

Chacune a une marche différente, des complications propres, des conséquences variées.

Dans la dyspepsie, il existe deux groupes de symptômes: 1° Les sensations éprouvées par le malade; 2° les troubles fonctionnels proprement dits, c'est-à-dire les troubles de la motilité et de la sécrétion que l'on révèle par l'exploration méthodique de la cavité stomacale et l'analyse du suc gastrique. Il existe dans la grande majorité des cas des rapports déterminés entre les troubles fonctionnels et la symptomatologie. Les symptômes dyspeptiques pris à part n'ont par eux-mêmes aucune signification pour l'appréciation des troubles fonctionnels.

Au contraire, en se groupant et s'en s'associant, ils forment des types cliniques faciles à distinguer et qui ont une grande valeur pathognomonique.

Il est inutile d'insister sur l'importance de ces symptômes, car, dans bien des cas, ils permettront de faire un diagnostic clinique, et de négliger l'examen du suc gastrique, souvent difficile à obtenir chez des malades indociles, et dont l'analyse, en tout cas, exige l'emploi de méthodes longues et minutieuses.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 26 mai 1893.

La loi militaire et les étudiants en médecine.

Maintes fois déjà, depuis qu'elle a été votée, nous avons insisté sur les dangers que présente la loi militaire au point de vue de l'avenir des études médicales.

La lettre que nous avait écrite notre collègue M. Cadet de Gassicourt (*Gaz. hebd.*, 1890, p. 585) précisait trop nettement d'ailleurs ce côté de la question pour qu'il nous parût utile d'y revenir encore. Mais le point de vue militaire, qui échappe, il est vrai, à la compétence de la plupart des médecins, n'a été sérieusement discuté que par le rapport de notre confrère M. Marcel Baudoin (*Gaz. hebd.*, 1893, p. 122). Nous avons dit, en publiant ce rapport, combien il importait de faire ressortir les motifs d'intérêt général qui devraient engager nos législateurs à accepter les conclusions du projet de loi alors préparé, aujourd'hui présenté par M. Cornil. Ce que nous savons des dispositions de la Commission sénatoriale nous oblige à revenir une fois de plus sur ce sujet et à résumer les arguments que nous croyons de nature à ramener à une plus saine appréciation des faits les généraux... et les savants qui persistent à nous refuser le progrès que nous réclamons.

La loi militaire, nous ne l'oublions pas et nous ne songeons nullement à le contester, a été rédigée en vue de rendre obligatoire pour tous le service personnel. Mais, à peine votée, cette loi a été reconnue inapplicable dans toute sa rigueur pour certaines catégories d'étudiants. Il a été presque unanimement admis que l'intérêt même de l'armée exigeait que l'on employât au mieux des services qu'elle était destinée à assurer les éléments divers que le recrutement lui fournit. Or, de tous les *professionnels*, les médecins sont *les seuls* qui, de par la loi et les règlements militaires, devront être, le jour même de la mobilisation, appelés à remplir dans l'armée les fonctions auxquelles les ont préparées leurs études universitaires. Alors que les ingénieurs, les architectes, les avocats ou les élèves des écoles d'enseignement supérieur *pourront* rendre des services comme sous-officiers ou officiers de l'artillerie, du génie ou des services administratifs, tous les étudiants en médecine, la Convention de Genève l'exige, seront immédiatement *désarmés*. S'ils ont plus de douze inscriptions, ils seront nommés médecins auxiliaires avec le grade d'adjudant ; s'ils sont élèves de première ou de deuxième année, ils seront versés dans les sections d'infirmiers. A quoi bon, dès lors, faire perdre à nos étudiants une année tout entière, exclusivement consacrée à l'apprentissage du métier de soldat, puisque jamais, ni en temps de paix, ni en temps de guerre, ils n'auront l'occasion de servir comme soldats ? Croit-on, d'ailleurs, que les étudiants qui n'ont pas douze inscriptions, ne rendront pas plus de services comme infirmiers panseurs que comme sous-officiers ou caporaux ? Et puisqu'ils seront nécessairement confondus avec les *trente-cinq mille* infirmiers que la loi militaire met à la disposition du ministre en cas de mobilisation, pense-t-on que le projet Cornil, en leur accordant un sursis d'appel, ne facilitera point, ce qu'il faut assurer avant tout : l'organisation en temps de paix du service médical de l'armée ?

Celui-ci, il importe de le dire hautement, puisqu'on feint de l'ignorer, laisse infiniment à désirer. Depuis que la loi du 16 mars 1882 a été votée, on a créé un grand nombre de régiments de cavalerie, d'infanterie, de chasseurs à pied, de bataillons de forteresse, etc. Il a fallu les doter de médecins. Les cadres du service de santé restant insuffisants, on a dégarni les hôpitaux. Alors qu'autrefois un service de garde régulièrement assuré par les médecins aides-majors de 2e classe donnait à tous les soldats malades la certitude de recevoir immédiatement, en cas d'urgence, les soins nécessaires ; alors que ces jeunes médecins pouvaient perfectionner, à l'hôpital, leur éducation professionnelle, aujourd'hui l'immense majorité des aides-majors sont, à la sortie du Val-de-Grâce, appelés à servir dans les régiments.

Mais les régiments eux-mêmes sont trop nombreux pour que le service médical y puisse être régulièrement organisé. De là, pour les médecins-majors, toute une série de corvées pénibles (baignade, tir à la cible, promenades militaires, déplacements de corps de troupe, etc.) qui, par leur durée et leur multiplicité, lassent les plus

résignés et provoquent des démissions ou des retraites anticipées, sans compter qu'elles interdisent au médecin d'armée les études scientifiques et professionnelles qui devraient les faire progresser.

Il y a plus. Si le service militaire souffre de l'état actuel et de l'insuffisance numérique des médecins de l'armée active, la loi civile est journellement violée par ce fait que, dans certains corps de troupe, des étudiants de deuxième ou de troisième année remplissent forcément le rôle de médecins. Nous voulons parler des bataillons alpins qui sont à six compagnies et ne comptent qu'un ou deux médecins hors d'état de se transporter, en temps utile, dans les nombreux cantonnements occupés par leurs troupes. Il en résulte qu'en cas d'accidents ou de maladies graves, nos soldats ne sont pas soignés ou le sont, contrairement à la loi, par des étudiants inexpérimentés.

L'adoption du projet de loi Cornil aurait donc pour résultat de permettre chaque année au ministre de la guerre d'assurer le service de garde dans les hôpitaux et le service actif dans les régiments et les bataillons alpins, en mettant à la disposition des chefs de corps un nombre suffisant de docteurs en médecine ou d'internes des hôpitaux. Ceux-ci consacreraient, de plus, une grande partie de cette année à apprendre théoriquement et pratiquement ce qu'un médecin d'armée ne saurait ignorer sans faillir à sa tâche.

On aime à dire, en effet, que, si la guerre venait à être déclarée, le nombre des médecins requis serait suffisant pour assurer tous les services et l'on ignore ce qu'il faut de connaissances techniques et militaires pour y parvenir. Croit-on donc qu'il suffise d'être un médecin instruit ou un chirurgien habile pour être le chef d'une formation sanitaire, commander à des officiers et à des hommes de troupe, les mener au feu, les faire manger, bivouaquer, cantonner; exercer les réquisitions militaires; créer des installations imprévues; faire établir les testaments, les actes de décès, les certificats multiples qui sauvegardent les droits de l'Etat et des particuliers, etc.? Et peut-on ignorer, qu'en temps de guerre, le nombre des médecins de l'armée active sera toujours insuffisant pour assurer partout ces services si importants?

Croit-on d'ailleurs que les médecins requis connaîtront, après quelques appels comme réservistes ou territoriaux, les règlements sur le service de santé en campagne et la composition des paniers et des caissons d'ambulances?

Poser de semblables questions, c'est les résoudre. Si l'on veut, sans augmenter dans des proportions notables le cadre des médecins de l'armée, éviter les lamentables défauts d'organisation qui ont été signalés par Chenu à l'occasion des guerres de Crimée et d'Italie, par nous-même à l'occasion de la campagne de Tunisie, il faut nécessairement instruire le personnel qui contribuera à la formation des médecins de réserve. Or, cette instruction professionnelle exige une année d'études pratiques faites par des médecins déjà instruits. Il est vraiment triste d'avoir à redire que cette année sera plus utilement occupée que celle qui impose aux futurs médecins l'étude du maniement du fusil Lebel dont il leur sera toujours interdit de faire usage.

Quelles peuvent donc être les objections faites au projet Cornil? Il n'en est que deux. Nous les avons déjà réfutées; mais, puisqu'elles ont trouvé quelques défenseurs au sein de la Commission du Sénat, il importe de les rappeler. A l'exemple de M. le général Deffis, M. le général Billot a déclaré que l'apprentissage de la discipline militaire exigeait que tous les étudiants en médecine fussent appelés à servir *comme soldats*. Nous avouons ne pas comprendre cet argument. Le corps de santé militaire n'a jamais passé pour être indiscipliné. Il saura former à l'obéissance des règlements militaires les jeunes docteurs dont l'enseignement lui sera confié. L'indiscipline, tout au contraire, pourrait naître des souvenirs que laisseraient dans l'esprit des médecins de l'armée les vexations qu'ils auront pu subir alors que, sous la direction de chefs qu'ils ne sauront pas estimer à leur valeur, ils auront été exercés au maniement du fusil et au service intérieur des chambrées. Les charges qu'impose la vie militaire sont d'autant mieux comprises, nous l'avons déjà dit, que le but à atteindre paraît plus élevé. Il faut n'avoir en vue que le nivellement dans la médiocrité pour croire à la nécessité de l'abaissement des caractères et des esprits.

Quant à la question d'égalité devant la loi, elle a été résolue par les dispenses accordées déjà aux élèves des Ecoles normale, polytechnique, centrale, etc. Nous ne pouvons croire que, fils, gendre et frère de médecins, M. le général Billot se refuse à accorder à ceux-là seuls qui seront appelés à exercer dans l'armée la profession à laquelle ils appartiennent dans la vie civile, ce qu'il a si libéralement concédé à d'autres catégories d'étudiants.

Restent les questions d'âge, de grade et de solde. Nous les abandonnerons volontiers. M. Berthelot réclame l'abaissement de la limite d'âge à 26 ans et la majorité des membres de la Commission du Sénat se refuse à accorder aux médecins le grade d'officier et les appointements qu'il comporte. Nous croyons que l'on peut céder sur ces divers points. L'essentiel, nous l'avons dit, est d'assurer un bon recrutement du corps médical et de fournir au corps de santé de l'armée, dont les cadres sont absolument insuffisants, un contingent utile de médecins auxiliaires. Que chacun de nos confrères de la Presse et du Parlement fasse bien ressortir la valeur des arguments que nous venons de rappeler et peut-être obtiendrons-nous le succès (1).

L. Lereboullet.

(1) Pour donner à nos confrères les moyens d'agir, nous croyons devoir indiquer ici les noms des sénateurs membres de la Commission de l'armée: Président: M. le général Billot; vice-présidents: MM. Berthelot et le général Grévy; secrétaires: MM. Gaillard et Sébline; membres: MM. Bardoux, Tézenas, Maret, De Verninac, Bénazet, Levrey, Claris, Chavet, général Japy, Isaac, Guyot, Lavaline, marquis de Carnet, Richard Waddington.

OPHTHALMOLOGIE

Traitement du strabisme. Résumé du rapport de M. Parinaud à la Société française d'ophthalmologie, 2 mai 1893.

J'ai étudié longuement, quoique d'une manière encore incomplète, la pathogénie du strabisme. Je ne puis ici que résumer cette étude sous forme de propositions, en mettant surtout en relief les faits qui nous intéressent au point de vue du traitement.

Je définis le *strabisme concomitant*, qui seul doit nous occuper ici : un vice de développement de l'appareil visuel dont le principal symptôme est l'impossibilité de faire converger les deux yeux sur l'objet fixé.

Le vice de développement porte à la fois sur la partie motrice et sur la partie sensorielle de cet appareil.

Il faut distinguer les causes initiales du strabisme d'avec les modifications secondaires. Par causes initiales, j'entends celles qui déterminent la déviation; par modifications secondaires, celles qui sont produites par elle. Quoique produites par la déviation, ces modifications secondaires contribuent à l'entretenir.

Autour de trois faits, la convergence, l'accommodation, le fusionnement, roule toute la pathogénie du strabisme envisagé dans ses causes initiales.

Le strabisme au début est caractérisé par un trouble de l'innervation de convergence. Le trouble nerveux est tantôt passager, tantôt définitif. Le strabisme, en effet, peut guérir soit spontanément, soit par le traitement optique, lorsque ce traitement a de l'action sur les causes qui déterminent la déviation et lorsqu'il est appliqué avant que des transformations définitives se soient produites dans l'appareil visuel. Mais lorsque le strabisme est fixe, ces transformations que je qualifie de modifications secondaires se produisent tôt ou tard, à des degrés variables, dépendant de la fixité de la déviation, de sa durée et de son développement plus ou moins rapproché de la naissance.

Ces modifications secondaires portent sur l'appareil moteur et sur l'appareil sensoriel de vision binoculaire.

Elles consistent, pour l'appareil moteur, en des déviations caractéristiques accompagnées des rétractions qui, suivant une loi anatomique, se produisent lorsqu'un organe atteint dès l'enfance une position vicieuse; sur l'appareil sensoriel les modifications secondaires se traduisent par l'amblyopie de l'œil dévié lorsque le strabisme est fixé et monolatéral, et aussi par un changement des rapports qui unissent les deux rétines aux centres visuels. De là la perte de la vision binoculaire. Les différents moyens de traitement du strabisme appartiennent à deux catégories bien distinctes qui constituent le *traitement optique ou fonctionnel* et le *traitement chirurgical*.

Traitement optique ou fonctionnel. — Le traitement optique comprend différents procédés qui ne sont utiles qu'en facilitant, en régularisant, en sollicitant la vision binoculaire. Le nom générique qui leur conviendrait le mieux est celui de traitement fonctionnel. Celui de traitement orthoptique ou orthopédique n'a pas de sens bien défini; s'il implique une action sur les muscles, il est faux.

Le traitement optique ou fonctionnel ne s'adresse naturellement qu'aux causes initiales du strabisme. J'ai dit que les causes oculaires produisent la déviation par deux intermédiaires : l'accommodation et le fusionnement. Les différents modes de traitement optique agissent par les mêmes intermédiaires. Ils forment donc deux catégories : ceux qui agissent par l'intermédiaire de l'accommodation, ceux qui agissent par l'intermédiaire du fusionnement.

Procédés qui agissent par l'intermédiaire de l'accommodation. — Nous pouvons agir sur l'accommodation et, par elle, sur la convergence, de deux manières : par les verres et par les mydriatiques. Ce sont surtout les verres qui sont utiles comme moyen pratique de traitement. J'appellerai traitement dioptrique celui qui est basé sur l'usage des verres correcteurs de l'amétropie.

a). *Strabisme convergent des hypermétropes* : J'ai l'habitude d'instiller tout d'abord l'atropine, qui permet de déterminer plus exactement l'état de la réfraction et nous fournit un premier renseignement sur l'utilité du traitement optique. Les instillations devront être répétées sur les deux yeux, au moins pendant une huitaine de jours. Il arrive parfois que le strabisme s'exagère après les premières instillations. L'atropinisation devra être suffisamment complète et prolongée pour supprimer complètement l'effort accommodatif. Si les yeux se redressent sous l'action de l'atropine, c'est la preuve qu'il n'y a pas de rétraction; c'est aussi pour le médecin l'assurance presque certaine que le traitement optique sera efficace.

Les verres prescrits devront corriger l'hypermétropie totale et l'astigmatisme s'il y a lieu. Ils devront être portés constamment. Lorsque l'action des verres est lente ou insuffisante, il est parfois utile de faire une surcorrection de 1 D., que les enfants supportent très bien.

Lorsque les yeux se sont redressés sous l'action de l'atropine, ils se redressent généralement aussi dans les premiers jours où l'on fait usage des verres, quand l'effet de l'atropine a complètement disparu. Il arrive cependant qu'un strabisme qui a cédé à l'action de l'atropine ne disparaisse pas immédiatement avec les verres sphériques : c'est ce qui a eu lieu en particulier quand il y a un peu d'astigmatisme dont on a cru devoir négliger la correction. L'inverse s'observe également, certains strabismes pour lesquels l'atropine n'a pas donné de résultat se modifiant assez rapidement avec les verres.

De ce que les verres ne donnent pas un résultat immédiat, il ne faudrait pas conclure qu'ils seront inutiles. Même dans ce cas on peut obtenir une guérison définitive. Il arrive souvent que l'action des verres, d'abord insuffisante, ne se manifeste d'une manière bien appréciable qu'après quelques mois.

Pour comprendre l'action lente des verres, il faut tenir compte de l'évolution naturelle du strabisme convergent qui tend à diminuer avec l'âge et même à guérir spontanément, comme de Wecker l'a depuis longtemps remarqué, quand les rétractions fibreuses n'ont pas eu le temps de se produire.

L'atropine, spécialement recommandée par Green et Boucheron, ne saurait remplacer l'usage des verres, si ce n'est dans un petit nombre de cas. Le traitement optique en effet est généralement long et il n'est pas possible de faire usage de l'atropine pendant des mois et même des années. En dehors de l'intolérance qui peut s'établir, la suppression prolongée de la fonction visuelle pour la vision rapprochée n'est pas sans inconvénient. L'atropine n'est donc qu'un auxiliaire du traitement dioptrique. Elle trouve cependant une indication spéciale chez les tout jeunes enfants qui ne peuvent pas porter de lunettes.

Je n'ai aucune expérience sur l'utilité de l'ésérine, recommandée par Ulrich.

b). *Strabisme divergent des myopes* : Dans le strabisme divergent des myopes, les moyens précédents ont peu d'action. La raison principale de ce fait est que le traitement n'est pas secondé ici par l'évolution naturelle du strabisme divergent qui, à l'inverse du convergent, n'a pas de tendance à diminuer avec le temps.

c). *Strabisme convergent des myopes* : Dans le strabisme convergent des myopes, on prescrit les verres concaves qui souvent donnent de bons résultats; les verres concaves diminuent généralement l'excès de convergence dans les cas de ce genre, du moins pour la fixation à distance, alors que, par l'effort d'accommodation qu'ils imposent, ils devraient au contraire l'augmenter.

Pour comprendre cette action paradoxale des verres, il faut, dans les différentes formes de strabisme, distinguer les relations dynamiques d'avec les relations sta-

tiques de ces deux forces, c'est-à-dire la synergie d'action qui les unit dans leurs rapports à l'état de repos. Dans le strabisme convergent des hypermétropes, les verres convexes agissent en vertu des relations dynamiques; en diminuant l'effort accommodatif, nous diminuons l'effort de convergence. Dans le strabisme convergent des myopes, les verres concaves s'adressent à l'état statique; c'est pour cela qu'ils modifient l'excès de convergence, surtout pour la fixation à distance, c'est-à-dire à l'état de repos.

Procédés qui agissent par l'intermédiaire du fusionnement. — Ils sont de deux ordres : les uns agissent en facilitant la vision binoculaire, les autres en sollicitant habituellement cette même vision binoculaire.

a). *Procédés qui agissent en facilitant la vision binoculaire* : Les prismes portés en lunettes dont l'usage a été recommandé par de Græfe et Javal agissent de cette façon. Ce n'est pas par la gymnastique qu'ils imposent aux muscles qu'ils sont utiles, mais en facilitant la vision binoculaire et en favorisant ainsi le développement régulier de l'innervation de convergence. Au début du strabisme divergent myopique, les prismes à base nasale combinés avec les verres concaves peuvent rendre quelques services. Dans le strabisme convergent, il est également utile, dans quelques cas, d'associer les verres concaves aux prismes à base temporale. Pendant que les verres convexes relâchent l'accommodation et la convergence, les prismes ont une action favorable sur le fusionnement en déplaçant l'image rétinienne.

b). *Procédés qui agissent en sollicitant le fusionnement binoculaire* : On peut déterminer une réaction de même nature qu'avec le prisme, en faisant arriver sur chaque rétine, à l'aide du stéréoscope, l'image de deux objets semblables dont le fusionnement donnera l'impression d'un objet unique. Mais on peut en outre obtenir avec le même instrument une sollicitation particulière du fusionnement en se servant de deux images de perspective différente pouvant produire le *relief stéréoscopique*.

Ces différents exercices forment la base du traitement préconisé par Javal. Ce traitement, d'après l'auteur, peut se diviser en trois temps : 1° production de la diplopie; 2° fusion des images doubles; 3° extension de la division binoculaire à toutes les positions du regard.

Pour provoquer la diplopie quand elle n'existe pas spontanément, Javal a surtout recours à l'occlusion du bon œil à l'aide de la coque oculaire, occlusion qu'il prolonge dans certains cas pendant un an, deux au besoin.

Lorsqu'on a déterminé la perception simultanée des images de chaque œil, il s'agit d'en obtenir le fusionnement. Quand le fusionnement existe pour une certaine distance, on peut solliciter la fonction en déplaçant l'objet que l'on fait fixer.

La vision binoculaire n'est parfaite que lorsque le sujet accuse la perception du relief stéréoscopique.

Le traitement par le stéréoscope n'est pas souvent suffisant à lui tout seul pour remédier au strabisme, mais cette méthode est surtout utile pour consolider la guérison obtenue par le traitement dioptrique ou chirurgical.

Parmi les faits favorables au rétablissement de la vision binoculaire, je citerai les cas de strabisme convergent hypermétropique qui se développent vers l'âge de quatre ans. Si nous n'intervenons pas trop tard, la guérison du strabisme par les lunettes est la règle et le rétablissement de la vision binoculaire aussi; mais ce rétablissement se fait, en général, tout seul.

Le strabisme divergent, qui se développe plus tard que le convergent, est, de ce fait, plus favorable pour le rétablissement de la vision binoculaire. Lorsque le strabisme se développe exceptionnellement à un âge avancé, sans être causé par une altération grave de la vision, et que le malade a joui antérieurement de la vision binoculaire, son rétablissement est encore plus facile.

Toutefois, sans contester l'utilité du stéréoscope, j'ai quelque tendance à croire que, lorsque la vision se rétablit d'une manière effective, c'est-à-dire assez solidement pour que le malade l'utilise dans les conditions ordinaires de la vision et sans le secours de la sollicitude stéréoscopique, elle se rétablit le plus souvent toute seule. Je pense que le meilleur des exercices est celui que le malade fait naturellement avec ses yeux lorsque nous les avons redressés par le traitement dioptrique ou chirurgical et que nous l'avons mis en état de voir binoculairement.

Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical du strabisme comprend quatre espèces d'opérations : 1° la ténotomie ou reculement musculaire; 2° l'avancement musculaire; 3° l'avancement capsulaire; 4° le débridement ou reculement capsulaire.

1° *Ténotomie ou reculement musculaire.* — Dans la ténotomie, deux points sont à considérer : son action et ses effets.

a). *Comment agit la ténotomie ?* — L'opinion ancienne d'après laquelle la ténotomie agirait mécaniquement et comme remède au raccourcissement du muscle en reculant son insertion est fausse. En effet, le strabisme est surtout et avant tout, au début, caractérisé par un trouble de l'innervation de convergence, et la ténotomie remédie à ce trouble d'innervation, car elle agit en affaiblissant le muscle dont on recule l'insertion.

On voit immédiatement qu'en remédiant à un trouble nerveux, la ténotomie ne s'adresse pas directement à la cause de la déviation qui siège dans le cerveau. C'est par action indirecte qu'elle intervient et l'on comprend que, dans ces conditions, il soit difficile de mesurer exactement l'effet opératoire. La difficulté est d'autant plus grande que la force à laquelle nous nous adressons n'est pas une chose fixe; elle tend à diminuer ou à augmenter avec le temps, suivant les cas. Dans le strabisme convergent, après une période où cette force augmente ou, tout au moins, conserve son énergie, il y en a une autre où elle diminue. Elle peut même disparaître tout à fait, et l'excès d'innervation de convergence du début peut être remplacé par son abolition complète. Dans le strabisme divergent, l'action nerveuse qui est représentée par une valeur négative, par l'insuffisance d'innervation de convergence, tend au contraire à augmenter indéfiniment avec l'âge, d'où l'évolution différente du strabisme convergent et divergent. Il est dès lors facile de comprendre que l'effet de l'opération sera différent selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre variété de strabisme, et suivant le moment où nous intervenons.

C'est là le principal écueil de la ténotomie pratiquée chez les jeunes sujets. Le strabisme secondaire est cependant une exception quand on opère avec mesure. Si cet accident ne se produit pas aussi souvent que pourraient le faire supposer les considérations qui précèdent, cela tient à deux causes : d'abord au rétablissement possible de la vision binoculaire, ensuite à la rétraction secondaire des parties fibreuses, qui modifient l'évolution du strabisme.

Ici l'ancienne interprétation est en partie justifiée, mais en partie seulement, car la rétraction, l'obstacle mécanique, s'il réside dans le muscle, réside aussi et surtout dans les parties fibreuses, dans la capsule de Tenon. Voilà un nouveau fait dont il faut se convaincre si l'on veut opérer en toute connaissance de cause et doser le mieux possible l'effet opératoire.

b). *Comment peut-on obtenir plus ou moins d'effet par la ténotomie ?* — Pour réduire au minimum l'effet de la

ténotomie, il faut pratiquer dans la capsule une très petite ouverture, en limitant le plus possible la section à l'insertion tendineuse.

Si l'on veut obtenir un effet plus marqué, on se servira d'un grand crochet, ce qui entraînera une ouverture plus grande de la capsule, et l'on ouvrira la capsule un peu plus loin du bord du muscle. Si le redressement est insuffisant, on augmentera le débridement par de petits coups de ciseaux pratiqués perpendiculairement au muscle, en haut et en bas, ou encore en se servant du crochet et en sectionnant ce qui s'oppose à son dégagement dans les mêmes directions.

Toutefois, lorsque le débridement de la capsule accompagne la ténotomie, il faut, même dans les strabismes de l'adulte, éviter de le faire trop considérable, pour prévenir l'enfoncement disgracieux de la caroncule et la propulsion du globe en avant.

Pour augmenter l'effet du reculement, on a proposé différents modes de sutures appliquées au niveau de l'antagoniste et destinées à tenir l'œil dévié, pendant la période de cicatrisation, dans un sens opposé à la déviation à corriger. La suture de de Græfe-Snellen ne porte que sur la conjonctive ou plutôt sur la capsule. L'aiguille munie d'un fil est introduite dans la conjonctive près de la cornée et chemine parallèlement au muscle vers l'angle des paupières. On comprend dans l'anse du fil plus ou moins de conjonctive suivant l'effet à obtenir et l'on serre fortement. M. Meyer, qui a conservé l'usage de cette suture, introduit l'aiguille d'abord du côté de l'angle palpébral et la fait cheminer vers la cornée.

En pratiquant autrefois ces sutures, j'ai remarqué que je déplaçais le plus souvent la conjonctive d'arrière en avant sans agir sur la position du globe : je les faisais mal. Pour qu'elles soient efficaces, il faut raser le bord du muscle où le tissu fibreux de la capsule est plus résistant et a des connexions plus solides, par l'intermédiaire du muscle ou de son tendon, avec le bord de l'orbite.

2° *Avancement musculaire.* — L'avancement musculaire a été imaginé par Jules Guérin pour remédier au strabisme divergent secondaire, après une ténotomie malheureuse.

En avançant l'insertion du muscle, en la rapprochant du pôle antérieur de l'œil, on augmente son action, pour la même raison que dans le reculement on l'affaiblit.

En même temps, l'avancement musculaire donne un effet mécanique par le raccourcissement qu'elle fait subir au muscle avancé.

Nous devons chercher à faire de l'avancement capsulaire en même temps que l'avancement musculaire, pour obtenir une insertion nouvelle plus solide. Nous savons, en effet, qu'il ne faut guère compter sur une soudure directe du tendon à la sclérotique, que la nouvelle insertion se fait presque exclusivement par l'intermédiaire de la capsule. Nous avons donc tout intérêt à prendre dans la ligature le plus possible de la membrane fibreuse.

Une autre précaution à prendre est de borner l'excision de la conjonctive et du tissu épiscléral à un petit lambeau situé entre le tendon et la cornée, lambeau qui sera naturellement plus étendu dans l'avancement pour strabisme secondaire. Il faut en tout cas respecter les adhérences latérales du tendon à la capsule, et cela pour deux raisons. D'abord parce que les ligatures sont, de la sorte, beaucoup plus efficaces pour amener la rétraction de la capsule qui constitue un des facteurs de l'opération, ensuite parce qu'on prévient ainsi les effets du reculement si les ligatures viennent à lâcher.

Le procédé opératoire de M. Abadie me paraît répondre à ces indications, et c'est ainsi, je crois, que la majorité des opérateurs procèdent.

Pour prévenir les effets du reculement si les ligatures viennent à céder trop tôt, M. Motais propose de faire la ténotomie partielle en laissant une languette fibreuse médiane. Cette languette s'oppose forcément au déplacement de l'insertion directe en avant et rend illusoires les effets de l'avancement musculaire proprement dit. C'est donc, comme le fait remarquer M. de Wecker, une sorte d'avancement capsulaire que M. Motais fait aussi.

3° *Avancement capsulaire.* — L'avancement capsulaire a été proposé en 1883 par M. de Wecker qui décrit ainsi l'opération : « A-t-on affaire à un strabisme convergent ? nous détachons près du bord externe de la cornée une demi-lune de conjonctive de 3 à 4 millimètres de longueur, en donnant au lambeau une légère concavité du côté de la cornée. Le retrait de la conjonctive met à nu l'insertion tendineuse du droit externe et nous permet d'établir une boutonnière dans la capsule près des deux extrémités du tendon, en ayant soin de dégager la capsule au-dessous du muscle et latéralement. On place alors deux sutures : une au-dessus et l'autre au-dessous du diamètre vertical de la cornée. La suture prend en ces points, situés près du bord cornéen, un pont formé de la conjonctive et du tissu sous-conjonctival pour ressortir dans la plaie conjonctivale. L'aiguille est alors introduite dans la boutonnière de la capsule, glisse sous le tendon et ressort, en traversant le tendon, la capsule et la conjonctive, en un point placé un peu en arrière de l'insertion du droit externe, près du milieu de ce tendon. Les extrémités des sutures étant momentanément rejetées vers la tempe, on procède au détachement du droit interne... »

Dans un travail récent, M. de Wecker semble avoir modifié un peu sa manière de faire. Les modifications consistent en ceci, qu'il n'attache pas une grande importance à l'étendue de l'excision et du dégagement de la capsule : « la simple incision conjonctivale suffit. » La seconde consiste en ce que l'aiguille est passée dans le muscle lui-même quand on veut obtenir un effet plus accusé. L'opération perd ainsi un peu son caractère d'avancement capsulaire.

Je crois que l'opération agit sur la capsule elle-même en déterminant sa rétraction, en produisant artificiellement ce que la nature réalise dans les déviations persistantes de l'œil.

L'avancement capsulaire a donc, selon moi, une action sur le globe de l'œil presque exclusivement mécanique. Il est, sous ce rapport, inférieur à l'avancement musculaire qui, à cette même action mécanique, joint un effet dynamique. Je crois cependant l'avancement capsulaire destiné à remplacer avantageusement l'avancement du muscle, parce que, sans toucher aux insertions, on peut obtenir pour le redressement de l'œil autant et même plus d'effet.

4° *Débridement ou reculement capsulaire.* — J'ai proposé le débridement de la capsule combiné à l'avancement au niveau de l'antagoniste pour remplacer, dans certains cas, la ténotomie. Je pratique actuellement l'opération simplifiée de la manière suivante :

Pour le débridement au niveau du droit interne, où l'opération sera le plus souvent indiquée, l'œil est attiré en dehors à l'aide d'une pince confiée à un aide. Avec une seconde pince à dents de souris on soulève un pli horizontal de la conjonctive entre l'insertion du tendon et la caroncule. L'incision de ce pli conjonctival donne une ouverture verticale que l'on agrandit en haut et en bas de manière à lui donner 12 à 15 millimètres de longueur. On dissèque la lèvre interne en détachant les adhérences prémusculaires jusqu'au voisinage de la caroncule. Le muscle étant mis à nu, on saisit avec la pince la capsule, au ras de ses bords, et l'on y fait deux boutonnières. Dans chaque boutonnière on introduit une branche

des ciseaux courbes et l'on pratique en rasant la sclérotique deux sections de la capsule dirigées en haut et en bas, un peu en arrière. Chaque section doit avoir de 8 à 10 millimètres suivant l'effet à obtenir.

On fait ensuite l'avancement capsulaire comme je l'ai indiqué. Après l'application des ligatures capsulaires, si l'effet n'est pas aussi accusé qu'on le désire, on s'assure à l'aide du crochet que le débridement de la capsule est suffisant et le muscle bien isolé. On termine l'opération en réunissant par une suture légère les bords de la conjonctive de manière que le lambeau nasal recouvre la plaie capsulaire.

La suture conjonctivale peut être enlevée après vingt-quatre à quarante-huit heures. Les ligatures capsulaires doivent être maintenues cinq à six jours et même davantage, quand la réaction inflammatoire est faible.

L'effet plus ou moins grand du débridement capsulaire dépend des détails techniques suivants : d'abord de l'étendue du débridement, puis de la position de ce débridement (plus il est éloigné de la cornée et s'approche de l'équateur, plus il est efficace), en troisième lieu, de la section plus ou moins complète des adhérences prémusculaires, et, d'une manière générale, de l'isolement plus ou moins complet du muscle des parties fibreuses qui l'entourent.

L'effet définitif sera encore d'autant plus accusé que la réaction inflammatoire sera plus faible au niveau du débridement. Il faut donc faire l'antisepsie rigoureuse, éviter l'introduction inutile et trop répétée des instruments dans la plaie, faire la suture aseptique de la conjonctive qui donne une plaie sous-conjonctivale de la capsule.

Par contre, un certain degré de réaction inflammatoire au niveau des ligatures capsulaires est à rechercher. C'est pour cela qu'il faut laisser assez longtemps ces sutures lorsque, par suite d'une bonne antisepsie, la réaction est faible.

Cette opération donne des résultats dans toutes les formes du strabisme, mais surtout dans les vieux strabismes avec limitation instable du champ de regard opposé à la déviation.

Indications dans le traitement du strabisme. — Nous envisagerons les indications du traitement : 1° dans le strabisme convergent; 2° dans le strabisme divergent; 3° dans le strabisme supérieur et inférieur concomitant.

1° *Strabisme convergent.* — On ne doit pas opérer un strabisme convergent hypermétropique sans avoir au préalable essayé le traitement dioptrique par correction de l'amétropie. L'indication est d'autant plus formelle que l'hypermétropie est plus forte et le strabisme moins ancien. Alors même qu'il est insuffisant, le traitement dioptrique peut nous fournir des renseignements.

Trois éventualités peuvent se produire dans le traitement par les verres :

a) Si le strabisme disparaît immédiatement ou après quelques jours, tout en se reproduisant dès qu'on enlève les lunettes, la guérison par le seul traitement optique est certaine, mais la durée de ce traitement peut être plus ou moins longue. La guérison définitive, c'est-à-dire celle qui persiste malgré la suppression des verres, se produit quelquefois rapidement au moment de la croissance.

b) Si le redressement des yeux sous l'action des verres est seulement partiel, la guérison est encore possible par le seul traitement optique, mais elle est incertaine. En tout cas, la déviation ne peut que diminuer avec le temps. Le traitement optique doit être continué au moins pendant cinq ou six mois si le sujet est jeune. S'il n'y a pas de tendance à la guérison, on doit opérer.

c) Si les verres, après quelques mois d'essai, ne donnent aucun résultat, on doit opérer.

Les instillations périodiques d'atropine sont le seul moyen à employer chez les très jeunes sujets, au-dessous de quatre ans, qui ne sont pas en état de porter des lunettes. On pourra ainsi attendre le moment opportun pour l'opération ou l'usage des verres. L'atropine instillée périodiquement dans un seul œil peut être utile pour favoriser l'alternance et empêcher le développement de l'amblyopie.

Le redressement des yeux est facilité dans certains cas par la combinaison avec les verres convexes de prismes à base temporale dont on diminue progressivement la force.

Les exercices stéréoscopiques ou autres, ayant pour but de solliciter la vision binoculaire et le fusionnement, sont utiles pour hâter et consolider la guérison. Ils devront être faits d'abord avec les verres correcteurs, puis sans les verres, quand l'amétropie n'est pas trop forte. Si l'amétropie n'existe pas ou si elle a un rôle secondaire, les exercices stéréoscopiques sont encore utiles, surtout quand le strabisme est récent, quand il n'a pas complètement perdu le caractère périodique et que la diplopie s'obtient facilement. Lorsque l'amblyopie est prononcée, lorsque l'œil dévié ne se redresse pas franchement pour fixer quand on couvre l'œil sain, lorsque le champ visuel est altéré, nous n'avons rien ou peu de chose à attendre de ces exercices.

Dans le strabisme convergent périodique on doit, sauf de rares exceptions, s'abstenir d'intervention chirurgicale. Cette variété de strabisme guérit presque toujours, soit spontanément, soit par le traitement optique.

D'une manière générale, dans le strabisme convergent, il faut demander d'autant moins à la ténotomie que le sujet est plus jeune, l'affection moins ancienne et la rétraction fibreuse moins prononcée.

Avant de procéder à une opération, il faut toujours nous renseigner sur l'existence et le degré de rétraction des tissus perioculaires. Nous avons pour cela plusieurs moyens. D'abord l'exploration du champ de regard sur l'importance de laquelle Schnellen et Landolt ont avec raison insisté. Mais les modifications de l'arc excursif des mouvements n'ont pas la signification que ces auteurs leur ont attribuée. Quand l'adduction est limitée dans le strabisme convergent, ce n'est pas prcisément parce que le muscle droit externe est affaibli, c'est à cause des obstacles que la rétraction fibreuse oppose à son action. Ces modifications de l'arc excursif des mouvements n'ont de signification que lorsqu'elles sont bien accusées; il faut tenir compte des différences individuelles et de celles qui sont en rapport avec l'amétropie.

Dans les strabismes légers et surtout sans rétraction, la ténotomie est tout indiquée, mais lorsque nous devons demander à une seule opération un effet supérieur à 20 ou 25 degrés, il faut bien combiner la ténotomie avec l'avancement musculaire, ou mieux, avec l'avancement capsulaire. Ce n'est pas que l'on ne puisse obtenir de la tétonomie seule un effet supérieur à 25 degrés, mais ce serait au prix d'une insuffisance musculaire trop prononcée. L'avantage de l'opération combinée ne réside pas seulement dans la possibilité d'obtenir un effet plus considérable, mais aussi d'obtenir un même effet en atténuant les inconvénients de l'insuffisance musculaire.

Dans les strabismes anciens où l'amblyopie est très prononcée, la vision binoculaire irrémédiablement perdue et les phénomènes de rétraction très accusés, nous n'avons pas tant de ménagements à garder. Nous sommes autorisés à opérer plus largement sans avoir à craindre les effets ultérieurs de l'insuffisance musculaire. Il faut débrider la capsule d'après les principes que j'ai posés,

c'est-à-dire en s'éloignant plus ou moins de la cornée et en pratiquant la section en haut et en bas dans une direction perpendiculaire au muscle. Si l'on combine la ténotomie ainsi faite avec l'avancement ou les ligatures capsulaires, on peut obtenir un redressement de 30, 40 degrés et même davantage par une seule opération, dans des cas où, je le répète, une ténotomie ordinaire n'eût presque rien donné.

Le débridement capsulaire est contre-indiqué dans le cas où le degré de la déviation est très mobile et la nature purement nerveuse du strabisme bien caractérisée. Ce n'est pas qu'il ne puisse donner des résultats dans les strabismes de cette nature, où l'on obtient quelquefois beaucoup avec peu de chose, mais ces résultats sont incertains, et la ténotomie est préférable.

On a beaucoup discuté la question de savoir à quel âge il convient d'opérer le strabisme convergent qui, en général, se développe de bonne heure, quelquefois immédiatement après la naissance. Il n'y a pas, à proprement parler, d'âge plus ou moins favorable pour l'opération : cela dépend des cas. L'indication générale est de corriger la déviation le plus tôt possible, par un moyen quelconque, afin de prévenir le vice de développement de l'appareil visuel, l'amblyopie, la perte définitive de la vision binoculaire. Mais, d'autre part, il y a des circonstances où il faut temporiser.

Toutefois, lorsque le traitement optique est inapplicable ou inefficace, je suis d'avis d'opérer le plus tôt possible, même avant l'âge de deux ans, sous cette réserve, que, plus l'enfant est jeune, moins il faut rechercher une correction totale immédiate. Chez les très jeunes enfants, il faut pratiquer une ténotomie avec reculement modéré, sans se préoccuper du degré de redressement et attendre un an ou deux l'effet de cette opération. On en pratiquera une seconde sur l'autre œil si cela est nécessaire.

2° *Strabisme divergent.* — Le traitement optique est beaucoup moins efficace dans le strabisme divergent que dans le convergent. Il ne sera utile que tout à fait au début, lorsque l'affection est à l'état de strabisme latent, et dans quelques cas de strabisme périodique.

Le strabisme divergent fixe, de si faible degré qu'il soit, n'est justiciable que du traitement chirurgical. L'opération sera même nécessaire dans la plupart des cas de strabisme périodique.

Le fait dominant qui distingue le traitement chirurgical du strabisme divergent, c'est que, pour une même opération, l'effet est en général moindre que dans le strabisme convergent.

Si l'avancement de la capsule remplace avantageusement celui du muscle dans le strabisme convergent, je ne crois pas qu'il conserve la même supériorité dans le strabisme divergent, où il y a tout intérêt à utiliser l'accroissement de force que donne le déplacement de l'insertion musculaire.

Lorsque la déviation fixe dépasse 15 à 20 degrés, l'opération de choix est donc l'avancement du muscle interne combiné avec le reculement de l'externe, et lorsque cette déviation dépasse 30 degrés, on sera le plus souvent obligé d'opérer les deux yeux.

3° *Strabisme supérieur et inférieur.* — Le strabisme exclusivement supérieur ou inférieur est toujours de nature paralytique : nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Dans le strabisme concomitant, surtout dans le convergent, il peut arriver que la déviation horizontale s'accompagne d'un certain degré de déviation en haut. Quand le strabisme n'est pas trop ancien, il n'y a pas lieu de s'en occuper ; la déviation verticale disparaît avec la correction de la déviation horizontale. Quand le strabisme est très ancien, au contraire, la déviation supérieure peut être entretenue par la rétraction fibreuse, tout comme la déviation horizontale, et il y a lieu d'en tenir compte dans le traitement.

Dans les faibles degrés, on pourra y remédier en débridant plus largement la capsule en haut qu'en bas. Lorsque la déviation verticale persiste après la correction du strabisme convergent ou divergent, il y a lieu de faire une ténotomie du droit supérieur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Nouvelle indication de l'uréthrostomie périnéale pour perte de substance étendue de la muqueuse de l'urèthre. — Arrachement de la muqueuse par une corde nouée, restée pendant six semaines dans la vessie et dans l'urèthre, par M. le professeur A. Poncet.

Dans une communication au dernier Congrès de chirurgie, sur *l'uréthrostomie périnéale*, j'ai envisagé les indications principales et les résultats éloignés de cette nouvelle opération (1). Je désire aujourd'hui, à propos d'un malade récemment entré dans mon service pour des accidents uréthro-vésicaux graves, produits par un corps étranger bizarre, appeler encore l'attention sur la nécessité d'établir d'emblée, au périnée chez certains urinaires, un méat contre nature.

L'histoire de mon uréthrostomisé est assez curieuse pour être contée avec quelques détails, d'autant mieux qu'elle soulève certaines questions encore mal connues, relatives aux modifications survenues dans la disposition de quelques corps étrangers ayant pénétré complètement dans la vessie, ou occupant l'urèthre et la vessie.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, célibataire, exerçant la profession de cultivateur dans un village voisin de Lyon.

Cet homme entrait à l'Hôtel-Dieu pour des troubles de la miction survenus dans les circonstances particulières que voici : six semaines auparavant, dans un accès de délire génital, dont il était peut-être coutumier, il avait essayé d'introduire dans son méat, puis de faire cheminer dans son canal, une corde proportionnellement trop volumineuse.

Le volume de la corde (desséchée, elle répond comme calibre au numéro 11 de la filière Charrière (2), lors de son extraction, gonflée par les liquides : urine, sang, qui l'imprégnaient, elle était notablement plus grosse), sa surface plus ou moins filamenteuse, rendaient son introduction laborieuse, aussi notre homme dut-il mettre une certaine patience dans les manœuvres qui aboutirent, en fin de compte, à la pénétration d'une des extrémités de ce corps étranger dans la vessie ou peut-être seulement dans l'urèthre postérieur. Il semble, cependant, en tenant compte des dimensions de ce corps étranger, qu'il devait être intra-vésical sur une partie de sa longueur.

La corde mesure, en effet, trente-trois centimètres. Le nœud est situé à vingt centimètres de l'extrémité du bout antérieur et à treize centimètres de l'extrémité du bout postérieur.

Si l'on tient compte, en outre, de ce fait, qu'il a fallu, avec des pinces à longs mors, pénétrer par le méat dans le canal, à une profondeur de trois à quatre centimètres

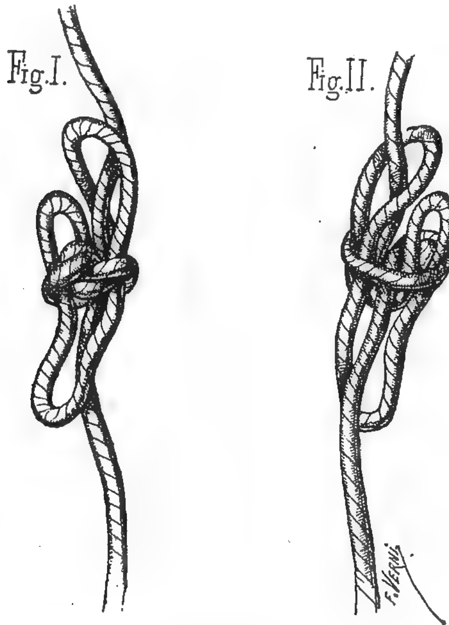
(1) *Mercredi médical*, avril 1893.

(2) Le nœud est représenté grandeur naturelle : sa largeur est de 0,12 mill., sa longueur, boucles comprises, de 0,43 mill.

pour saisir le bout de la corde qui n'était pas repliée sur elle-même, on admettra que le nœud siégeait dans la vessie et que le premier obstacle à son extraction était le col vésical.

Quoi qu'il en soit de cette migration plus ou moins lointaine, lorsque le malade essaya ensuite, après une séance plus ou moins prolongée de masturbation uréthrale, de retirer le corps du délit, il ne put y parvenir.

Les tentatives auxquelles il se livra plus tard furent tout aussi infructueuses. Sur ces entrefaites il demanda conseil à un médecin qui nous l'envoya; mais, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, il ne put entrer à l'hôpital et retourna chez lui.



Nœud formé dans la vessie et vu suivant ses deux faces (Fig. I et II).

Les accidents provoqués par la corde intra-uréthrale, pendant cette période, paraissent, du reste, avoir été assez bénins. Le malade souffrait peu, les envies d'uriner étaient plus fréquentes, mais il vidait assez bien sa vessie. C'est là, du moins, ce qui semble ressortir de ses réponses plus ou moins embarrassées.

Peu de jours après ce cathétérisme d'un nouveau genre, il eut encore la malencontreuse idée, après avoir tiré sur l'extrémité de la corde qui faisait saillie de plusieurs centimètres au dehors du méat, de la couper au niveau de cet orifice. Plus tard, l'extrémité sectionnée disparut complètement. Soit par suite du retrait de la corde, soit par le fait d'une migration progressive, elle s'enfonça de 3 à 4 centimètres au moins dans le canal.

Lorsque le malade sollicita son admission à l'Hôtel-Dieu, le corps étranger était en place depuis six semaines. Dans ces derniers temps, la tolérance n'avait pas été aussi parfaite que pendant les premiers jours. On constatait, en effet, une tuméfaction considérable du pénis, s'étendant jusqu'à la racine de la verge et tous les signes d'une pénitis phlegmonneuse avec menaces de sphacèle au niveau de la racine du gland étranglé par un paraphimosis étroitement serré.

Par le méat tuméfié, enflammé, s'écoulait un liquide sanieux, fétide, de coloration brunâtre, mélange de sang et de pus.

L'état général du malade témoignait d'une infection grave. La peau était chaude, la température rectale dépassait 39°. Langue sèche, collante au doigt.

A la contre-visite du soir, mon aide de clinique, M. le Dr Chantre, examina le malade, et fut mis au courant de la nature de ces accidents. Il introduisit alors entre les lèvres du méat une pince longuette et put saisir à 3 ou 4 centim. de cette ouverture l'extrémité du corps étranger. Il dut exercer de violentes tractions pour l'amener au dehors. Il plaça ensuite à demeure une sonde molle.

Lorsque je vis l'opéré le lendemain matin, son état général et local étaient tels que je l'ai indiqué plus haut. On me présenta en même temps la corde (fig. 1) qui portait, à quelques centimètres de son extrémité profonde, un gros nœud d'aspect bizarre, ayant à première vue la forme d'une double boucle. Cette corde, gonflée par les liquides au milieu desquels elle avait séjourné pendant six semaines, était teinte de sang et de pus dans toute sa longueur. Le nœud était fortement serré, d'autant plus que, pour l'extraire, on avait dû exercer de vigoureuses tractions.

A en juger par son volume et par les accidents d'uréthrite infectieuse qu'avait certainement provoqués ce corps étranger resté pendant plusieurs semaines dans le canal, on devait supposer une altération grave, étendue de la muqueuse, et du côté de la vessie des accidents inflammatoires également de même nature. Le phlegmon de la verge, l'empâtement du périnée venaient encore confirmer ce diagnostic et donner naissance à certaines indications chirurgicales qu'il paraissait urgent de remplir.

Fallait-il, chez ce malade en pleine infection uréthro-vésicale, laisser une sonde à demeure et s'efforcer par des lavages antiseptiques plus ou moins fréquents de désinfecter des organes profondément atteints? Ce traitement, nous l'avons rejeté de parti pris : il n'avait pour but, en effet, que d'assurer momentanément la miction d'une manière plus ou moins satisfaisante. Non seulement il ne pouvait probablement pas enrayer les accidents infectieux déjà existants, mais il devait les accroître. L'urine, plus ou moins pathogène, pénétrerait entre la sonde et les tissus cruentés qui représentaient l'urèthre, elle filtrerait dans les mailles largement ouvertes du tissu spongieux péri-uréthral, elle provoquerait des abcès, de l'infiltration urineuse, en un mot, des accidents septiques susceptibles d'aggraver l'état général du malade déjà profondément atteint. Il était permis, en outre, de supposer que la sonde à demeure serait mal tolérée; que, plongée dans des tissus enflammés et suppurés où son infection rapide était fatale, elle se comporterait à la manière du corps étranger enlevé et donnerait encore un coup de fouet aux accidents locaux déjà existants. Chez ce malade, il fallait encore redouter des complications urinaires plus graves : cystite infectieuse, pyélonéphrite suppurée par le fait de la sonde à demeure. Enfin, en supposant que le malade résistât aux accidents septicémiques, on devait prévoir dans l'avenir, par suite de la destruction complète de la muqueuse uréthrale, un rétrécissement dont la gravité, serait en rapport avec la destruction totale de l'urèthre.

Je pensai pour toutes ces raisons qu'il fallait dans la région périnéale pratiquer une uréthrotomie externe. Cette opération mettrait ainsi le malade à l'abri des accidents que pouvait provoquer le passage de l'urine dans toute la longueur de l'urèthre ; d'autre part, par l'incision du canal, il serait possible d'apprécier, d'une façon exacte, l'étendue de ses désordres. Mon assistant, M. le Dr Jaboulay, incisa donc directement le périnée, immédiatement en arrière des bourses. Une bougie en gomme élastique, que l'on avait pu, du reste, conduire jusque dans la vessie, servant de conducteur, il fut assez facile, au milieu des caillots sanguins qui occupaient le tissu spongieux péri-uréthral, de trouver l'urèthre ou plutôt

ce qui restait de ce canal. En prolongeant l'incision, soit en haut, soit en bas, on reconnut que la muqueuse avait été comme décortiquée, arrachée en totalité ; elle n'était plus représentée que par des débris filamenteux, et cela dans toute la longueur d'une incision allant de la face postérieure du scrotum au voisinage de l'anus. Cette altération profonde de la muqueuse uréthrale s'étendait certainement encore à toute la partie antérieure du canal jusqu'au méat. Elle avait été provoquée, d'une part, par la friabilité d'une muqueuse enflammée, ramollie, ulcérée sous l'action d'un corps étranger qui réalisait les meilleures conditions d'une infection destructive, d'autre part, par le passage d'un nœud volumineux dont le calibre dépassait de beaucoup celui du canal et qui avait agi à la manière d'une véritable râpe.

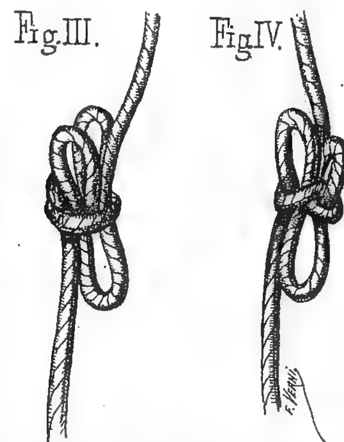
En présence de ces désordres locaux dont la gravité immédiate et dont la gravité tardive au point de vue fonctionnel ne laissaient aucun doute, je conseillai l'uréthrostomie périnéale, c'est-à-dire une section transversale de l'urèthre un peu au-dessus du bulbe et l'abouchement méthodique du bout postérieur mobilisé dans l'angle inférieur de la plaie. L'urèthre postérieur était notablement dilaté; on put aisément avec l'extrémité du petit doigt pénétrer dans le col vésical entr'ouvert. Cette dilatation nous paraît s'expliquer par l'obstacle que créait à la miction le corps étranger devant opposer à l'évacuation de la vessie par suite du nœud qui s'était formé en un point sur la corde.

On eut soin de faire un grand lavage antiseptique de l'urèthre antérieur; le liquide poussé par le méat sortait facilement par le méat périnéal. On s'aperçut alors que le liquide s'échappait par deux ou trois perforations spontanées qui existaient un peu au-dessous et en arrière du gland. Le paraphimosis fut réduit non sans difficulté et sans quelque déchirure du prépuce enflammé. Le malade fut transporté à son lit où des lavages de l'urèthre antérieur et de la plaie périnéale devaient être pratiqués plusieurs fois dans les 24 heures. On avait compté sur la dilatation du col vésical et de l'urèthre postérieur pour un écoulement facile de l'urine, mais dès le lendemain matin, on constatait, les draps du lit étant souillés par l'urine, que le malade avait dû uriner seulement par regorgement et que sa vessie remontait à une certaine hauteur au-dessus du pubis. Une sonde de Pezzer fut alors conduite par le méat périnéal dans la vessie. Trois à quatre cents grammes d'urine s'écoulèrent à ce moment, urine ammoniacale renfermant une certaine quantité de pus et de sang.

Sous l'influence de lavages vésicaux et uréthraux pratiqués trois fois par jour, l'état local se modifiait assez rapidement, en même temps que l'état général devenait meilleur. Dès le cinquième jour, la température ne dépassait guère 38° et on pouvait considérer l'opéré comme étant en voie de guérison (1).

Cette destruction à peu près complète de toute la muqueuse uréthrale constituait au premier chef une indication de l'uréthrostomie périnéale que nous avions jusqu'à ce jour réservée à des malades porteurs de rétrécissement récidivant de l'urèthre, à des ruptures traumatiques de ce canal, etc. Les détails dans lesquels nous sommes entrés justifient amplement, il nous semble, cette intervention et nous désirons maintenant envisager à un autre point de vue l'histoire de notre opéré. Nous n'avons trouvé dans la littérature chirurgicale aucun cas de corps étranger comparable à celui que nous publions. En dehors en effet d'une mentalité inavouable, qui a poussé ce malade à faire pénétrer dans son urèthre une corde relativement volumineuse, il faut ici tenir compte des difficultés de pénétration de cette variété de corps étranger. D'après les renseignements qu'il a donnés, il a dû, non seulement exercer un mouvement de propulsion d'avant en arrière, mais encore et surtout un mouvement de vrille, de tire-bouchon, pour en rendre la pénétration possible. Enfin, fait dans l'espèce tout au moins particulier et dont nous ne connaissons pas non plus d'exemple, par suite d'un mécanisme, *a priori* plus ou moins difficilement explicable, un nœud s'est formé spontanément en un point de la corde répondant soit à l'urèthre postérieur, soit à la vessie. Ce nœud, bizarre, constitué par un enchevêtrement de boucles, formant un tout qui loin de se dénouer volontiers devient au contraire plus résistant, était à première vue tellement serré et si bien fait que la première impression fut qu'il avait été fait par le malade et qu'il l'avait ensuite introduit dans son urèthre. Dans son récit, cependant, il n'avait jamais varié : à toutes les questions qu'on lui posait, il répondait qu'il avait fait pénétrer dans son canal une corde sans nœud, que celui-ci s'y était formé spontanément, et qu'il était la cause de l'impossibilité où il s'était trouvé d'arracher lui-même la ficelle de son canal. Cette manière de voir me paraissait d'autant plus acceptable que le méat de ce malade avait des dimensions moyennes et que le nœud, par son volume de beaucoup supérieur aux dimensions de cet orifice et aussi naturellement au calibre de l'urèthre, n'aurait pu y pénétrer ni surtout être refoulé dans la profondeur du canal.

Aujourd'hui nous acceptons sans arrière-pensée sa version; non seulement elle nous paraît répondre à la réalité du fait, mais nous en avons une démonstration expérimentale qui ne laisse aucun doute. Si l'on essaie, comme l'a fait M. Jaboulay, comme l'a répété mon chef de laboratoire M. le Dr Dor, de reproduire un tel nœud, dans des conditions expérimentales qui se rapprochent autant que possible de celles que réalisent l'urèthre et la vessie, on y parvient aisément, et dans plusieurs expériences de cette espèce, des nœuds semblables à ce nœud pathologique ont été obtenus. C'est ainsi que M. Jaboulay a pu reproduire un tel nœud en essayant de faire pénétrer une ficelle du même calibre dans l'espace virtuel que



Nœud obtenu expérimentalement et vu suivant ses deux faces.
Ce nœud s'est fait spontanément en essayant d'introduire avec la main droite, dans la main gauche fermée, une ficelle à laquelle on imprimait un double mouvement de propulsion et de torsion.
Il s'est naturellement serré en tirant sur lui pour l'enlever (Fig. III et IV).

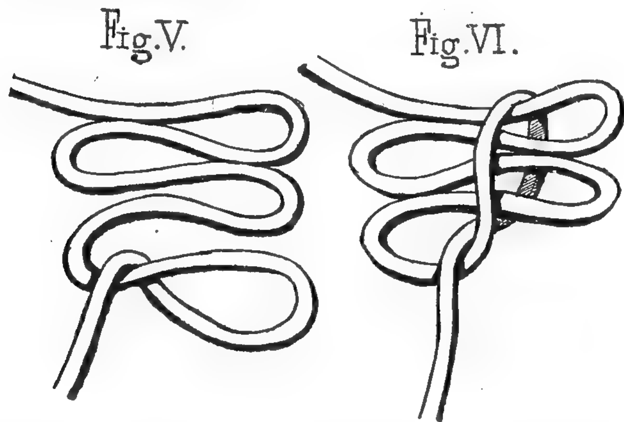
(1) Il a quitté l'Hôtel-Dieu, guéri, le 14 mai dernier.
Il urinait à volonté et très facilement par son méat périnéal. En essayant d'introduire une sonde par le méat normal on était immédiatement arrêté. Il existait une occlusion complète du canal déchiré par la corde. Cette constatation constitue la meilleure preuve que l'on puisse donner de la nécessité de l'uréthrostomie.

laissent les doigts modérément fléchis dans la paume de la main gauche, dans l'action de faire le poing. Essaie-t-on également d'introduire par un mouvement de torsion une corde mouillée dans un flacon, dans une cornue munie d'un long col, une nouûre se forme également dans les mêmes conditions. Ces expériences ont été maintes fois répétées à ma clinique avec le même résultat, elles ne laissent aucun doute sur la possibilité de la formation d'un nœud compliqué lorsqu'une corde a été poussée dans l'urèthre et probablement jusque dans la vessie. Que ce corps étranger soit exclusivement uréthral ou uréthro-vésical, il importe fort peu au point de vue de la formation du nœud qui dans un cas comme dans l'autre trouve réunies les conditions favorables à sa production. Voici du reste la note qui m'a été à cet égard remise par M. Jaboulay et que je reproduis *in extenso*, car elle a trait à la théorie générale des nouûres qu'on peut rencontrer en pareille occurrence.

Théorie de la formation du nœud de la ficelle.

« L'ensemble de ce nœud compliqué se compose de deux boucles longitudinales juxtaposées et d'une boucle circulaire, véritable nœud simple, qui les maintient et en fait le tour en leur milieu. De chaque côté de la boucle circulaire, à droite et à gauche, c'est-à-dire du côté du bout supérieur comme vers le bout inférieur, se trouvent donc deux moitiés de boucle, la moitié de chaque boucle. Toutefois, l'une de ces moitiés est très réduite; dans le côté qui est voisin du bout inférieur, elle est très rapprochée du nœud circulaire et semble manquer.

Voici le mécanisme de la formation des deux boucles et du nœud qui les étreint.



Introduite par une de ses extrémités A (Fig. V), dans la main gauche fermée, la corde s'est repliée en formant une triple boucle. Sous l'action des mouvements de torsion, une troisième anse B s'est constituée, plus ou moins perpendiculaire aux deux autres qui s'y sont engagées (Fig. VI). Dans des mouvements d'arrachement, le nœud s'est serré.

Le bout inférieur de la corde a pu pénétrer sans grande difficulté grâce à un mouvement de propulsion et de torsion qui la raidissait. Mais ce bout inférieur a buté en un point de la vessie ou de l'urèthre et la force propulsive a courbé la ficelle, cette inflexion a commencé la première boucle qui s'est achevée dans sa descente. Puis formation d'une deuxième boucle par une deuxième inflexion, et descente de cette boucle jusqu'au contact de la première (Fig. V).

Mais comment s'est produit le nœud circulaire qui les étreint ?

Il est dû à une troisième inflexion, à une troisième boucle qui a fait bracelet aux deux boucles parallèles à la ficelle, en se développant dans un plan perpendiculaire à celles-ci et à la ficelle. Seule la force de torsion a agi pour la formation de ce nœud. Si l'on tient une corde par une de ses extrémités dans chaque main, et que les doigts de la main droite la tordent de gauche à droite, pendant que la main gauche maintient simplement l'autre extrémité, on voit rapidement se former une boucle *latérale* qui se met à décrire une excursion circulaire, et dans un *plan perpendiculaire* à la ficelle C'est pendant ce trajet qu'elle a embrassé les deux boucles longitudinales. Le nœud a été serré par les manœuvres d'extraction (Fig. V et VI).

On peut reproduire ces divers temps avec une ficelle que l'on pousse et que l'on tord dans la main gauche formant un puits.

En tout cas, la formation de ce nœud que l'on peut refaire expérimentalement n'est pas plus difficile à comprendre que certains nœuds qui se produisent aux dépens de l'intestin et qui d'ailleurs ont avec lui une certaine analogie. Ainsi, le nœud diverticulaire à anse double, est, lui aussi, composé de deux boucles longitudinales et de la boucle circulaire. Seul le mécanisme du nœud circulaire diffère. Au lieu d'être produit par une boucle fermée ayant embrassé comme un bracelet les deux boucles parallèles, en les entourant et en remontant autour d'elles à partir d'une de leurs extrémités jusqu'en leur milieu, il est résulté de l'enroulement d'un diverticule. Pour être plus compliqué, dans le cas de la corde, le mécanisme que nous avons indiqué n'en est pas moins possible. Le dernier point qu'il faut retenir est relatif au mode de constitution de ce nœud circulaire pendant la torsion. Ce qui appartient au bout supérieur dans ce nœud est placé en dedans de ce qui est au bout inférieur. Le pédicule de cette boucle a été tordu sur son axe en enroulant ainsi les bouts supérieur et inférieur. »

Comme le fait très justement remarquer M. Jaboulay dans cette note, le mécanisme de la formation du nœud doit être le même que celui des nouûres parfois très compliquées et maintes fois constatées sur les portions les plus mobiles de l'intestin dans certaines occlusions intestinales. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les planches qui accompagnent dans la plupart des traités de pathologie externe ces constrictions, ces nœuds spontanés par une ou plusieurs anses intestinales pour être frappé de leur similitude avec celui qui existait sur la corde de notre malade.

Deux points dans cette observation nous paraissent maintenant devoir être mis plus particulièrement en relife : d'une part la conduite immédiate à tenir dans des cas de ce genre, et d'autre part, lorsque le corps étranger a séjourné un temps relativement long dans l'urèthre, la nécessité de l'uréthrostomie périnéale. Si de légères tractions opérées sur l'extrémité de la corde ne parviennent à l'extraire facilement, on devra redouter l'existence d'un nœud, d'un renflement dans l'urèthre postérieur, dans la vessie. Cette augmentation de volume, qui peut être considérable et qui peut être profondément située, s'oppose, comme nous l'avons dit, à toute tentative d'extraction violente. Il faut naturellement redouter des déchirures étendues de la muqueuse uréthrale, déchirures qui sont capables d'aller, comme chez notre malade, jusqu'à une décortication complète de la muqueuse enflammée et ramollie. D'emblée on devra pratiquer l'uréthrotomie externe. Il faudra, par une incision périnéale plus ou moins rapprochée de l'anus, se porter à la rencontre de l'obstacle auquel on aura ainsi ouvert une voie directe et suffisante pour que, quelle que soit sa situation, l'extraction puisse en être pratiquée facilement et sans danger pour l'avenir du canal.

Si le corps étranger a séjourné pendant longtemps, s'il a provoqué une uréthrite infectieuse, avec lésion profonde de la muqueuse uréthrale, ainsi qu'on pourra, du reste, le constater par l'uréthrotomie externe, peut-être en prévision de rétrécissements étendus faudra-t-il recourir immédiatement à l'uréthrostomie périnéale. Cette conduite s'imposera lorsque, notre opéré en est un exemple, des déchirures étendues de la muqueuse de l'urèthre auront été la conséquence de tractions exercées intempestivement sur la corde, fixée par un nœud plus ou moins volumineux. Ici, il ne saurait y avoir, pensons-nous,

d'hésitation. Non seulement, ainsi que nous l'avons fait ressortir dans le courant de cette note, la miction se fait sans danger, contrairement à ce qui peut arriver après une uréthrotomie externe nécessitant une sonde à demeure, mais le malade est mis définitivement à l'abri des accidents graves auxquels il est exposé par le fait d'un rétrécissement traumatique étendu.

Cette corde restée pendant plusieurs semaines dans les voies urinaires, à la manière d'une sonde à demeure, est un spécimen exceptionnel d'aberration génésico-mentale.

Nous pouvons, à ce point de vue, la rapprocher de la massette métallique qu'emploient les cantonniers pour briser les pierres et qui entourait la verge d'un de mes opérés. Cet anneau volumineux, en acier trempé, pesait 440 grammes.

Cette observation a été publiée dans la *Gazette hebdomadaire* par un de mes élèves, M. Chapuis, interne des hôpitaux (*Un curieux cas d'étranglement de la verge par corps étranger*, *Gaz. hebd.*, 16 janvier 1892).

Au point de vue médico-légal, le cas de *l'homme à la corde nouée dans la vessie* mérite d'être connu. Je me fais un plaisir d'offrir à mon distingué collègue le professeur Lacassagne cette nouvelle pièce à conviction, qui fera bonne figure dans son remarquable musée de la Faculté de médecine.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Vaginodynie (Vaginodynia. Perineal Spatus), par E. F. Prost (*Medical Record*, 6 avril 1893, n° 1170, p. 423). — La vaginodynie est le plus souvent confondue avec le vaginisme; elle se distingue toutefois de celui-ci. Dans la vaginodynie la contraction se produit, le canal vaginal étant libre, tandis que, dans le vaginisme, la contraction se produit uniquement lors de l'introduction. L'histoire clinique — accès subits de douleurs névralgiques intenses — l'étiologie — nervosisme, traumatisme — le traitement — dilatation — sont ensuite indiqués.

Myxœdème (A case of myxœdema cured by thyroïd extract), par John P. Henry (*Brit. med. journ.*, 8 avril 1893, n° 1684, p. 937). — Il s'agit dans cette observation d'un cas typique de myxœdème chez une femme âgée de 44 ans, traitée avec succès par les injections hypodermiques de suc thyroïdien, selon la méthode de Murray. A noter qu'à la suite de la première injection, on observa une attaque épileptoïde.

Méningite cérébro-spinale (An usual case of cerebro-spinalis Meningitis), par Gilman Thompson (*Medical Record*, 8 avril 1893, n° 1170, p. 422). — Dans le cas rapporté, l'affection débuta comme une inflammation aiguë des méninges cérébro-spinales, devint chronique, et, à l'autopsie, cerveau et moelle furent trouvés entièrement dégénérés. Le sujet, âgé de dix ans, fut apporté dans le coma à l'hôpital; on raconta qu'il avait subi un traumatisme à la suite duquel il était tombé en cet état; il resta dix semaines à l'hôpital et mourut d'épuisement. Pendant ce temps, il présenta des signes d'excitation cérébrale et nodulaire et une émaciation progressive considérable; rigidité du côté droit avec exagération des réflexes, évacuations involontaires, eschares. A l'autopsie on constata, en outre de lésions vasculaires des méninges, un ramollissement de la moelle et du cerveau. Aucune trace de traumatisme.

Hémicranie hystérique (Hemicrania hysterica. A contribution to the pathology of migraine), par E. Auld (*The Lancet*, 15 avril 1893, n° 3633, p. 850). — A l'occasion d'une observation qu'il a recueillie sur une jeune femme de 27 ans, d'ailleurs hystérique, qui avait autrefois présenté des attaques auxquelles succéda de l'hémicranie par accès, offrant tous les caractères de la migraine, l'auteur passe en revue la plupart des théories qui ont été proposées pour expliquer la nature de ce syndrome, et, s'autorisant de ce cas, il pense que la migraine peut être de nature essentiellement hystérique.

MÉDECINE

Traitement de la pneumonie par l'oxygène et les injections hypodermiques de strychnine (Administration of oxygen and hypodermic injections of strychina in acute lobar pneumonia), par W. Saunders (*The Lancet*, 29 avril 1893, p. 992). — Chez une femme de 33 ans, atteinte d'une pneumonie grave accompagnée de collapsus cardiaque avec cyanose, état comateux, l'auteur a constaté les effets remarquables des injections sous-cutanées de sulfate de strychnine. A plusieurs reprises, aussitôt après l'injection, on vit le pouls reprendre de la force, la cyanose disparaître; dans l'intervalle on pratiquait des inhalations d'oxygène. Au bout de huit jours, la pneumonie traitée sans relâche de cette façon entrait en résolution. Malheureusement survint à cette date une méningite vraisemblablement de même nature que la pneumonie, qui emporta la malade au bout de trois jours.

Un cas de pleurésie séreuse, tuberculeuse et streptococcique; contribution à l'étude des associations bactériennes, par J. Sacaze (*Nouveau Montpellier médical*, 29 avril 1893, p. 235). — L'origine microbienne des pleurésies séreuses ne saurait faire de doutes aujourd'hui, bien que les recherches bactériologiques soient souvent négatives. La découverte d'agents infectieux vulgaires, habituellement pyogènes (pneumocoques, streptocoques, staphylocoques) paraît aller à l'encontre de la thèse défendue par M. Landouzy, et restreindre le domaine de la pleurésie séreuse tuberculeuse. A propos d'une intéressante observation de pleurésie séro-fibrineuse qui a été complétée par une étude bactériologique du liquide, l'auteur fait remarquer que la présence du streptocoque, par exemple, n'exclut pas du tout celle du bacille tuberculeux.

Dans le cas actuel, il existait une association bactérienne de ce genre : il ne faudrait donc pas se hâter de conclure. Cette observation fournit encore l'occasion de quelques remarques intéressantes : ainsi le liquide est resté clair malgré la présence du streptocoque, et l'empyème n'a pas été nécessaire.

La présence ou l'absence de germes dans les épanchements pourrait bien être en rapport avec l'âge de la pleurésie; car ici les tentatives de culture et d'inoculation faites avec le liquide d'une seconde ponction sont restées infructueuses.

Pseudo-leucémie (Zur Kenntniss der Pseudoleukæmie), par Westphal (*Deut. Arch. für klin. Med.*, t. LI, Hft 1). — Un examen critique approfondi et l'étude de 21 cas nouveaux amènent l'auteur à quelques déductions intéressantes. La pseudo-leucémie par toute son histoire et ses allures ressemble aux maladies infectieuses dont elle mérite d'être rapprochée. Il ne semble pas qu'elle ait une relation directe et précise avec la tuberculose : toutefois c'est un point à revoir, et des recherches méthodiques dans ce sens s'imposent dans tous les cas. Assez souvent les premières altérations ganglionnaires sont en relation avec certains processus irritatifs locaux, en particulier du côté de la bouche. Il semble exister des formes de transition qui permettent de rapprocher la pseudo-leucémie de la leucémie vraie et de l'anémie pernicieuse progressive.

CHIRURGIE

Curettage des aines pour ganglions inguinaux cancéreux (Die Ausraemung der Leistengrube bei krebsiger Erkrankung der Leistendrüsen, par Ruppercht (*Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 16, p. 337). — Depuis 10 ans, l'auteur pratique méthodiquement l'extirpation des ganglions inguinaux dans les affections cancéreuses pouvant donner lieu à une infiltration des ganglions de l'aine. Pour lui, c'est devenu une opération typique qui est faite de la façon suivante :

Incision horizontale allant de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure et contournant au besoin la peau adhérente aux ganglions; seconde incision verticale partant de la première et suivant la direction du paquet vasculaire de la cuisse. Large dissection des deux lambeaux en haut jusqu'à l'aponévrose de l'oblique, en dehors jusqu'au fascia lata, en dedans jusqu'aux adducteurs. La veine saphène

nterne est coupée dans l'angle inférieur de l'incision entre deux ligatures et rabattu en haut avec la graisse; la fosse ovale est ensuite soigneusement débarrassée des ganglions et de la graisse qu'on y trouve. Tout le paquet tient alors à l'embouchure de la veine saphène qu'on coupe après l'avoir liée près de la veine crurale. Quelquefois, on est obligé de fendre le ligament de Poupart pour enlever des ganglions haut situés. Si la veine fémorale est blessée, on met sur elle une ligature latérale ou on fait la suture de la plaie. Suture de la plaie et drainage.

Invagination guérie par la laparotomie (Ein Fall von geheilter Intussusception) par Lindenmann (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 16, p. 372). — Dans le cas en question il s'agit d'un enfant de 10 ans chez lequel l'exploration sous le chloroforme permit de préciser le siège de l'invagination, dans l'hypochondre gauche. La laparotomie, faite au 5e jour après le début des accidents, montra qu'il s'agissait du côlon transverse. La désinvagination, qui fut assez facile, montra une plaque de gangrène des dimensions d'une pièce de 5 francs. Cette partie fut suturée à la plaie et transformée au bout de 2 jours en anus artificiel. Celui-ci ne put être fermé par le procédé classique qu'au bout d'un mois, l'enfant ayant été pris après la première opération d'une affection fébrile rappelant le typhus.

Un cas de ligature de la veine fémorale (Ein Fall von Unterbindung der Vena femoralis communis), par v. Bergmann (*Centr. f. Chir.*, 1893, n° 17, p. 369). — Il s'agit d'un homme de 21 ans qui par mégarde s'enfonça dans l'aine droite un gros poinçon. Le médecin n'arrivant pas à arrêter l'hémorrhagie par le tamponnement, on téléphona à l'hôpital, qui envoya un chirurgien.

A l'inspection de la plaie, on trouva tout d'abord la saphène interne et, au niveau de son embouchure dans la fémorale, une coupure de 1 cent. 1/2 de longueur de la paroi de la fémorale. Ligature de la saphène, tamponnement de la plaie et transport du malade à l'hôpital.

A l'hôpital, on agrandit l'incision et, après avoir mis à nu la veine fémorale, on plaça sur elle deux ligatures et on excisa la portion intermédiaire sur une étendue de 5 centimètres.

Pas de suture, mais tamponnement de la plaie à la gaze stérilisée, enveloppement du membre dans de l'ouate. Pendant deux jours le membre est suspendu verticalement, puis on lui donne la position horizontale. Guérison en 18 jours, sans autres complications que deux plaques inflammatoires sur le talon qui n'ont même pas abouti à la gangrène.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la syphilis, par le prof. Alfred Fournier, 1 vol. in-8°. Paris, Rueff, éditeur, 1893.

Dans la série déjà nombreuse de ses publications antérieures, M. Fournier avait eu à plusieurs reprises l'occasion d'aborder incidemment quelques points de la thérapeutique de la syphilis, mais nulle part il n'avait donné de conclusions d'ensemble, non plus que le corps de doctrine et le détail de l'application de ce traitement; si les idées du maître sont bien connues de tous ceux qui l'ont approché, elles n'avaient pas encore été vulgarisées comme aujourd'hui.

Après avoir montré qu'il faut traiter la syphilis, et qu'il faut traiter toutes les syphilis, car on ne peut jamais, d'après les symptômes actuels, préjuger ce que deviendra une syphilis donnée, M. Fournier aborde la grosse question de l'excision du chancre: nous n'avons pas à revenir sur les conclusions négatives de cette étude, dont nos lecteurs ont eu la primeur.

En dehors des moyens auxiliaires qui s'adressent à l'état général des malades et qui ne doivent jamais être négligés, en dehors de l'hygiène, il faut avoir recours au mercure et à l'iodure de potassium. Les accidents que peuvent causer ces médicaments sont exposés avec un grand luxe de détails et de preuves, mais leurs inconvénients ne peuvent faire méconnaître leurs avantages, leur nécessité.

Comment donc les administrer ? Pour le mercure, les frictions et la voie gastrique sont les deux meilleurs modes d'emploi. M. Fournier rejette les fumigations et combat l'emploi des injections de préparations solubles ou insolubles; aux injections de préparations solubles, il reproche de nécessiter la répétition de l'opération, répétition gênante, dénonciatrice, dispendieuse, sans compter la douleur et les nodosités qui succèdent aux injections; aux injections de préparations insolubles, il reproche de ne pas permettre de connaître la quantité de substance active absorbée, de n'être pas dirigeables, de provoquer des accidents parfois sérieux et il ne croit cette méthode utilisable que dans les cas où tous les autres traitements ont échoué et dans les cas il faut frapper rapidement un grand coup, dans les cas de syphilis cérébrale très grave par exemple. C'est donc par ingestion que, dans la grande majorité des cas, on doit administrer le mercure: les préparations de choix sont la liqueur de Van Swieten, les pilules de Dupuytren et les pilules de proto-iodure, le proto-iodure convenant surtout aux étapes jeunes de la syphilis, le sublimé aux phases plus avancées; les effets thérapeutiques sont sensiblement égaux avec les deux remèdes, mais le sublimé produit plutôt l'intolérance gastrique, tandis que le proto-iodure provoque plus facilement la salivation, et le proto-iodure permet de réaliser des effets plus intenses parce qu'on peut en élever davantage les doses.

L'iodure de potassium, malgré les inconvénients inhérents à son emploi chez quelques malades, inconvénients que M. Fournier décrit avec détails, rend de grands services dans la syphilis: la dose de trois grammes chez l'homme, de deux grammes chez la femme, représente la dose efficace moyenne; des doses plus élevées peuvent répondre à certaines indications, mais il est inutile d'arriver aux doses fantaisistes de 20, 30, 40 gr. parfois proposées. L'iodure de potassium ne saurait remplacer le mercure dans le traitement de la syphilis, il n'est même pas indispensable et la guérison d'un accident tertiaire doit toujours être suivie d'un traitement mercuriel, en vue de conjurer les récidives et de sauvegarder l'avenir.

Pour le traitement mixte, M. Fournier préfère à l'association des deux médicaments dans une même préparation pharmaceutique, telle que le sirop de Gibert, l'administration isolée du mercure et de l'iodure.

Le traitement antisyphilitique doit être prescrit dès que le diagnostic du chancre est certain, mais seulement alors, et il y aurait inconvénient à l'entreprendre dans les cas où la nature du chancre est douteuse. Il doit être donné, non suivant les indications opportunistes fournies par l'apparition des accidents, mais d'une manière préventive, alors que la syphilis reste latente, et cela parce que, en agissant ainsi, la syphilis secondaire demeure presque toujours légère et parce que la syphilis tertiaire est le plus souvent inoffensive. Pour ce traitement prolongé, et longtemps prolongé, il y a avantage à ne pas continuer sans interruption l'usage des préparations antisyphilitiques, mais à les prescrire d'une manière intermittente. Le traitement mercuriel doit être continué dans la majorité des cas pendant 2 ou 3 ans, assez souvent pendant 4, 5 et 6 ans; dans chacune des cures qui composent le traitement, il faut avoir soin de maintenir les doses à un taux véritablement efficace et d'adapter le choix des préparations mercurielles à la qualité des accidents à combattre et à la période morbide: commencer le traitement mercuriel par le proto-iodure, le continuer par l'usage du sublimé ou par des frictions.

Le traitement antisyphilitique doit être aidé par le traitement de l'état général et constitutionnel du malade, par l'hygiène, par un régime régulier, et, en raison de la fréquence et de la gravité des manifestations nerveuses de la syphilis, dans une hygiène générale et morale plus rigoureuse encore chez les sujets prédisposés héréditairement aux affections nerveuses.

Telle est, dans ses grandes lignes, la méthode du maître de St-Louis: ce serait faire un éloge banal, tant c'est une vérité connue, que de dire avec quelle clarté, avec quel style attachant M. Fournier sait rendre agréable la lecture d'un de ses livres.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 2 juin 1893.

Le cancer de l'homme lui viendrait-il de ses rapports avec le porc et surtout de l'ingestion de la chair de cet animal?

A M. le professeur Roux, chirurgien de l'hôpital cantonal, à Lausanne.

Cher et très distingué collègue,

Au mois d'avril dernier, pendant le Congrès français de chirurgie, dont vous êtes un membre si actif, nous échangeâmes quelques remarques et vous m'adressâtes quelques questions relativement à l'*étiologie du cancer*.

Il fut convenu que je réfléchirais aux unes et aux autres et que, directement et publiquement interrogé par vous, je répondrais de mon mieux.

Voici d'abord la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire le mois passé et dont, malgré les réserves dont vous l'entourez sagement, l'importance n'échappera à personne.

A M. le professeur Verneuil.

« Très honoré maître,

» Permettez-moi de réclamer la réponse que vous m'avez promise, quand je vous ai demandé ce que vous pensiez, à propos de l'étiologie du cancer, de l'idée émise par une dame de ma clientèle qui accuse formellement la viande de porc d'être, par la consommation que l'on en fait dans nos parages, l'origine de cette maladie, à laquelle échapperaient absolument, suivant elle, les israélites observateurs scrupuleux de leur loi.

» Cette idée semble tout au plus originale; cependant nos paysans atteints fréquemment de carcinome ne mangent guère d'autres viandes que celle-là. Par malheur le nombre des israélites pratiquants est trop peu considérable chez nous pour que je puisse me livrer à des recherches fructueuses sur la fréquence de cette maladie ou son absence dans cette fraction de la famille humaine. Le seul juif cancéreux que j'aie vu était diabétique et pornophage.

» D'autre part, les renseignements que j'ai obtenus sur certains pays où les israélites abondent, mais où le cancer ne fait pas défaut, se rapportent justement à une classe où l'observance des règles de Moïse n'est pas stricte.

» Enfin, si je ne me trompe, le carcinome ne doit pas être rare chez le porc, et en particulier, le cancer du corps thyroïde.

» L'intérêt que vous portez à toutes les questions d'étiologie me garantit une réponse, sinon très prochaine, au moins très instructive; voilà pourquoi je n'hésite pas à vous poser de nouveau une question un peu singulière en apparence.

» Veuillez recevoir, etc.

» Professeur ROUX.

» 16 avril 1893. »

Le retard apporté jusqu'ici à ma réponse a pour excuse une attaque de grippe à forme gastrique qui, pendant un long mois, m'a rendu impossible un travail quelconque et toute enquête sérieuse sur le problème étiologique que vous me chargez de présenter au public médical; néanmoins, je ne veux pas ajourner plus longtemps ma réponse, bien qu'elle ne soit guère instructive et encore moins positive, ne renfermant, avec quelques réflexions générales, que le programme plus ou moins complet des recherches à entreprendre.

Je débuterai par l'apport d'un document extra-scientifique comme l'assertion de votre cliente, mais qui se trouve la confirmer catégoriquement, en l'absence pourtant de toute entente préalable, ce qui lui donne une certaine valeur.

Rentrant chez moi, le 4 avril, après la séance du Congrès, et causant avec Mme Verneuil de ce qui s'y était passé, je lui racontai, presque pour la faire rire, que si nous devenions un jour cancéreux, ce serait sans doute pour avoir trop aimé et consommé la chair du compagnon de saint Antoine.

Mme Verneuil, que les questions scientifiques et médicales surtout intéressent vivement, me répondit aussitôt qu'elle avait parfaitement connaissance du fait, qui lui avait été signalé dans la circonstance suivante :

Elle compte parmi ses fournisseurs attitrés une famille israélite, composée de quatre personnes toujours réunies :

Le mari et la femme, jeunes tous deux;

La mère du mari et celle de la femme;

M. M... se porte très bien.

Les trois dames sont nettement arthritiques (je puis l'affirmer, leur ayant donné quelques conseils).

Mme M..., la jeune, est dyspeptique, souvent dysménorrhéique, hépatique en perspective; déjà variqueuse par hérédité, n'ayant jamais conçu.

Mme J..., sa mère, est emphysémateuse, eczémateuse, variqueuse à un très haut degré, bien que n'ayant eu qu'un enfant; très grasse, candidate pour le diabète, mais ne rendant encore dans son urine que de l'acide urique et des urates.

Mme M..., mère du mari, est rhumatisante, cardiaque mitrale, très sujette aux névralgies et fort sensible aux variations atmosphériques.

Tous ces commerçants, intelligents, laborieux, de vie très régulière, exercent une profession sédentaire qui les force très souvent à rester debout du matin au soir. Ils ont un bon appétit qu'ils satisfont volontiers, toutefois sans le moindre excès. Ils observent, sans forfanterie, mais très exactement, les prescriptions de leur culte, le régime alimentaire compris, naturellement.

Dans le courant du mois de janvier dernier, Mme J... se plaignit de douleurs dans le sein droit, avec irradiation dans l'aisselle; sa fille en parla à Mme Verneuil qui, très au courant des relations qui existent entre l'arthritisme et les néoplasmes malins, offrit immédiatement mon conseil, et mon concours au besoin. Mme M... se montra reconnaissante de la proposition, mais crut inutile de l'accepter, donnant pour raison *qu'il n'y avait rien à craindre du côté du cancer, car, grâce à l'exclusion absolue de la viande de porc du régime alimentaire, on n'avait jamais observé cette maladie dans le reste de la famille, très nombreuse, mais très orthodoxe.*

Mme Verneuil n'insista pas, par respect pour les croyances sincères, fussent-elles bizarres, et ne me parla même pas de ce qui ne lui paraissait être qu'un préjugé.

Quoi qu'il en soit, d'après les déclarations concordantes de votre cliente et de la fournisseuse de ma femme, le préjugé existe indubitablement; on ne saurait dire actuellement dans quelle proportion il est répandu parmi les israélites, chrétiens, musulmans ou autres croyants; mais, en attendant les résultats que donneront des interrogatoires multipliés (1), il est non seulement permis, mais encore utile d'examiner les bases sur lesquelles il repose.

A priori, il n'est pas illogique; aucun principe, aucune loi de pathologie générale ne le contredisent formellement; l'analogie et l'induction lui seraient même plutôt favorables qu'hostiles. En effet, on peut invoquer à son appui deux faits généraux parfaitement démontrés :

1° La provenance animale de certaines maladies de l'espèce humaine;

2° L'action pathogène qu'exercent sur l'homme certains aliments des plus usuels empruntés au règne animal.

J'entrerai sur ces deux points dans quelques développements.

Il est hors de doute qu'un grand nombre de lésions, d'affections locales, de maladies générales aiguës ou chroniques : toxémies, parasitoses (qu'on me permette ce néologisme) macrobiennes ou microbiennes, qui occupent une place considérable dans les cadres de la pathologie humaine, sont de provenance animale directe ou indirecte, et l'on ne saurait affirmer que la liste complète en soit dressée.

En mettant de côté, pour ne pas trop nous étendre, les blessures banales ou empoisonnées par un venin que de nombreuses bêtes nous infligent, ainsi que le parasitisme externe, et à ne considérer que les échanges morbides entre l'homme et les animaux domestiques, puisque le premier reçoit du chien la rage et les échinocoques, — du cheval la morve, le farcin, le tétanos, le horse-pox, — du mouton et du bœuf les maladies charbonneuses, de ce dernier par surcroît le cow-pox, l'actinomycose, un des tænias, la tuberculose et peut être la scarlatine, — des gallinacés très vraisemblablement la diphthérie; pourquoi le porc, déclaré immonde depuis tant de siècles et qui n'a pas fait grand'chose, il faut en convenir, pour se justifier, non content de nous infecter déjà par la ladrerie et de la trichinose, ne nous donnerait-il pas par-dessus le marché le cancer, et pourquoi ce dernier serait-il nécessairement exclu du cadre des maladies de provenance animale?

Il n'est pas moins certain que l'alimentation est fréquemment et diversement pathogène et que l'ingestion passagère ou réitérée de certaines substances universellement acceptées comme alibiles et nutritives, peut engendrer des états morbides temporaires ou durables : quand ces substances sont prises en excès ou avec répugnance, — quand elles sont altérées — lorsque étant même de bonne qualité, prises à doses modérées et avec plaisir, elles sont consommées par des sujets souffrants, dyscrasiques ou diathésiques, et aussi par des personnes fort bien portantes en apparence, mais dont on dit vulgairement l'estomac capricieux, ou qui sont en puissance de ces antipathies alimentaires mystérieuses dont on se dispense commodément de rechercher les causes en les attribuant tout bonnement à l'idiosyncrasie.

Mettons encore de côté les accidents pathologiques dus à l'alimentation intempestive ou prise en excès, y compris l'abus des boissons pures ou impures, et rappelons seulement pour mémoire les méfaits des végétaux comestibles altérés ou non; la pellagre et l'ergotisme par le maïs et le seigle, l'intoxication par le pain moisi (Mégnin), la glycosurie passagère, l'oxalurie, l'uricémie par les asperges, l'oseille, les tomates, l'urticaire par les fraises, etc.

Si nous énumérons les principaux délits de l'alimentation animale, nous pouvons citer : l'urticaire, déjà nommée, causée par les crevettes, les crabes, les écrevisses, les homards, — les éruptions avec symptômes généraux heureusement plus bruyants que graves des mangeurs de moules, —les empoisonnements plus sérieux, puisque la mort peut s'ensuivre, qu'occasionne la chair de certains poissons dits toxiphores, — le parasitisme que d'autres poissons, réputés à bon droit excellents, nous transmettent sous la forme du botryocéphale, — le tænia inerme que nous tenons du bœuf et la tuberculose de la vache atteinte de pommelière. — Les septicémies intestinales redoutables, consécutives à l'ingestion de viandes avancées, de gibier faisandé, etc., nous arrivons par un autre chemin à répéter la question déjà posée plus haut, et à demander pourquoi la chair du porc, qui transmet à l'homme la ladrerie et la trichinose, qui l'empoisonne parfois sous forme de boudin, de saucisses, etc., ne provoquerait pas chez certains sujets prédisposés, et sans microbisme antérieur, la dystrophie cancéreuse?

Il me vient à l'esprit un rapprochement un peu hasardé peut-être, mais qui en somme ne choque pas trop le sens commun. Les anciens accusaient la chair de porc d'occasionner la lèpre : sous ce nom on confondait certainement plusieurs affections cutanées, et parmi elles, sans doute, quelques dermatoses squameuses où le système épidermique est fortement intéressé. Si nos grands praticiens actuels excluent formellement la charcuterie du régime des sujets atteints de maladies cutanées chroniques, c'est qu'ils la croient nuisible au système dermo-épidermique. Or, étant donnée la participation considérable de l'élément épithélial des muqueuses et des glandes dans la constitution du carcinome et de l'épithéliome, on comprendrait l'influence de la viande de porc sur la genèse ou l'évolution de ces néoplasmes.

Je conviens que tous ces raisonnements transforment le préjugé reconnu un peu fantaisiste en une hypothèse digne d'une discussion en règle; mais je ne recule point devant une procédure qui a plus d'une fois donné d'utiles résultats.

Il est à noter d'ailleurs que la désolante obscurité qui règne sur les origines et les causes du cancer, a fait surgir ou renaître en ces dernières années, sans compter

(1) On conçoit de quel secours pourrait être l'assistance de nos confrères les médecins et chirurgiens israélites.

celle de l'hérédité, plusieurs théories qui certes ne sont pas bien solidement établies, mais paraissent cependant renfermer chacune une part de vérité (1).

Telles : *a*. la contagion, l'inoculabilité qu'il faut se garder de confondre, comme on l'a fait plus d'une fois, avec la greffe hétéroplaste et l'auto-insition (*insitio,greffe*) et pouvant expliquer la transmission d'un individu à un autre, les endémies de famille, etc.

b. L'action de certaines eaux contaminées, sans qu'on puisse dire exactement ni par quoi ni comment, pas plus qu'on ne sait si elles agissent comme *applicata* ou comme *ingesta* (véritable théorie hydro-tellurique du cancer);

c. La nature parasitaire, à laquelle le courant scientifique actuel devait naturellement faire songer et qu'admettent par intuition, en quelque sorte, certains esprits éminents, malgré la pénurie et l'insuffisance des preuves : la présence de microbes dans un produit pathologique n'impliquant en aucune façon son action pathogène spéciale et initiale (2).

d. L'influence considérable du régime alimentaire quand la diète animale y domine, opinion que les végétariens soutiennent avec une conviction profonde — que pour ma part j'accepte très catégoriquement — sur laquelle mon savant disciple Paul Reclus pourrait fournir de très curieux documents — que confirme la fréquence incontestée du cancer chez les carnivores : chien et chat, et sa rareté extrême chez les herbivores : bœuf, mouton, chèvre, ainsi que la conversation que j'eus tout récemment avec mon très distingué collègue le professeur Trasbot, d'Alfort, se chargeant de rendre quasi à volonté cancéreux un chien soumis à la suralimentation animale et au repos forcé — théorie à laquelle on pourrait peut-être rattacher l'influence réputée préservatrice ou provocatrice des races : les nègres étant presque indemnes comme végétariens et les blancs très souvent atteints comme carnivores, et en raison directe de la quantité de viande consommée.

Enfin, que le cancer soit une simple altération cellulaire, une dyscrasie, une hyperplasie, une intoxication ou une microbiose, la question capitale du terrain où il apparaît et se développe, en d'autres termes, la constitution morbide latente ou patente qui préexiste, à savoir : l'arthritisme congénital ou acquis, prélude presque nécessaire sinon indispensable de la néoplasie. — Remarque profondément juste, qui suffirait à elle seule pour sauver de l'oubli le nom de mon ancien maître Bazin, un des grands pathologistes de ce siècle, — que j'ai pris à cœur de vulgariser et de défendre et qui, Dieu merci, compte chaque jour de nouveaux adhérents.

A toutes ces hypothèses plus ou moins valables, s'en joindrait une nouvelle : la *provenance porcine*, qui, si elle ne s'appliquait pas à toutes les néoplasies, pourrait peut-être en expliquer quelques-unes, ce qui dans notre état de pauvreté serait autant de gagné.

A son aide, on comprendrait par exemple, si l'enquête se confirmait, l'immunité des Israélites ou de toute autre race, famille ou individu apornophage (*a* privatif, *pornophage*). En revanche, la non-immunité des Israélites pornophages, comme celui que vous avez observé et comme une dame qu'un de mes collègues vient d'opérer d'un cancer du sein laquelle, adroitement interrogée, a avoué manger du porc aussi volontiers que le premier catholique venu.

On comprendrait encore, ce que je ne suis ni le premier, ni le seul à avoir remarqué, la fréquence bien plus grande des deux néoplasmes graves, cancer et épithélioma, à la campagne et dans les très petites villes que dans les moyennes et grandes cités, conséquence naturelle : de ce que beaucoup de villageois ou de petits cultivateurs élèvent et *consomment* habituellement des cochons, tandis que s'ils élèvent et nourrissent des bœufs, des vaches, des moutons, c'est pour en tirer autrement parti et non pour les manger, — et aussi de ce que « dans certaines parties de la France, la viande de porc, d'après Husson, est presque la seule qui serve à l'alimentation de la population, tandis qu'à Paris, elle ne représenterait que le septième de la consommation générale. (Dict. encyclop., art. *Ladrerie*, p. 113.) — Puis encore cet autre fait que plusieurs chirurgiens français et étrangers ont explicitement noté, à savoir l'augmentation continue et inquiétante des deux mêmes néoplasmes malins, depuis quelques années, dans les hôpitaux et la pratique civile. J'ai fait cette remarque à partir de l'époque où j'ai commencé à enregistrer les fruits de mon expérience personnelle. Je l'ai répété à satiété dans mes leçons cliniques, et en 1886, dans une conférence restée inédite, faite à la réunion Scientia, devant de nombreux savants et intitulée : *Comparaison d'un même service de chirurgie à 40 ans de distance.*

J'avais à cette occasion récapitulé ce que j'avais vu en 1845, à la Pitié, comme interne de Lisfranc, opérateur habile et hardi de cette époque, et ce que j'avais vu de mon côté dans les mêmes salles comme professeur de clinique en 1885. Or, en mettant en regard la pratique à ces deux dates, je pus constater explicitement qu'à la dernière le nombre des principaux cancers chirurgicaux : lèvres, langue, muqueuse buccale, œsophage, intestin, rectum, utérus, avait pour le moins *quadruplé*. En 1888, à Paris, au Congrès français de chirurgie, à Marseille, en 1891, j'ai réédité les mêmes assertions dont, en conversations particulières, plusieurs de mes collègues ont reconnu l'exactitude.

J'avoue qu'à aucun moment, je n'ai songé à incriminer autre chose que l'abus du régime azoté, l'excès des boissons alcooliques, agissant sur les vaisseaux capillaires qui jouent un si grand rôle dans la nutrition des éléments cellulaires, et l'absurde monomanie régnante des médications toniques, fortifiantes, réparatrices, etc., qui multiplient comme à plaisir l'arthritisme préliminaire.

Aujourd'hui, il me revient à l'esprit que depuis une vingtaine d'années, surtout, la consommation porcine s'est partout fortement accrue — que nous sommes inondés des produits des porcheries américaines dont les pupilles ne sont pas, tant s'en faut, des modèles de pureté anatomique — qu'à certaines époques le cosmopolitisme des jambons entre autres s'affirme sur tous nos murs et chez tous les négociants en nourriture, et de tout ceci, je conclus que pour confirmer, infirmer l'hypothèse ou lui faire sa part s'il y a lieu, il faut simplement se mettre avec patience et sans parti pris à observer et à expérimenter.

On chercherait d'abord le rapport existant entre la fréquence du cancer dans telle ou telle contrée, chez telle ou telle race et la consommation de la viande de porc; sans oublier de tenir compte de la manière dont cette viande serait culinairement préparée (cuite suffisamment ou insuffisamment, crue, fumée, salée, etc.)

On chercherait ensuite si le fait d'être en rapport constant avec le porc, même sans le consommer, en qualité

(1) Voir sur ces diverses théories : Kirmisson, article Tumeurs. *Dict. encyclopéd.*, 1885, p. 315. — Arnaudet, *Normandie médicale*, années 1889-1890-1891. — Sorel, Du cancer en Normandie. *Normandie médicale*, 1890. — Guelliot, de Reims, *Union médicale du Nord-Est*, 1891. — Rebulet, *Normandie médicale*, 1889-1891. Statistique de Le Gros communiquée par E. Ozenne, in *Normandie médicale*, 1889. — Paul-Lucas Championnière, *Journal de médecine et de chirurgie pratique*. — Fiessinger, *Revue de médecine*, janvier 1893. — Quénu, *Traité de chirurgie*, 1890, t. I, p. 396-397. — P. Michaux, *Semaine médicale*, 1889, p. 238.

(2) Verneuil, *Propriétés pathogènes des microbes renfermés dans les tumeurs malignes*. Revue de chirurgie. Octobre 1889.

d'éleveur, de porcher, de conducteur, d'abatteur, de charcutier, etc., semble prédisposer au cancer, et pour cela on interrogerait tous les intéressés, en récapitulant d'ailleurs toutes les affections et maladies auxquelles exposent les professions susdites, ce qui conduirait à dresser la liste en partie double des échanges pathologiques observés ou expérimentalement produits entre l'homme et le porc.

Pour la préparation de cette liste, il faudrait nécessairement reviser toute la pathologie de ce dernier qui, je crois, n'est pas suffisamment établie; en effet, si la ladrerie et la trichinose ont été l'objet de travaux excellents et complets ou peu s'en faut, on varie beaucoup sur d'autres points; ainsi les uns accordent à l'animal susdit les attributs du tempérament lymphatique, les engorgements ganglionnaires, l'aptitude à la tuberculose, d'autres, et vous êtes du nombre, cher collègue, inclinent à croire chez lui à la fréquence du cancer, particulièrement dans le corps thyroïde.

J'ai interrogé à cet égard M. le professeur Trasbot qui s'est déclaré incapable de me donner une réponse précise, faute d'expérience personnelle, et m'a fait remarquer, d'ailleurs, qu'on sacrifiait d'ordinaire les jeunes porcs à un âge où le néoplasme cancer est rare, quelle que soit l'espèce animale.

Etant donnée l'influence, déjà invoquée pour l'homme, du régime alimentaire sur l'orientation morbide vers le lymphatisme et la tuberculose d'une part, l'arthritisme et le cancer de l'autre, il conviendrait de rappeler que, suivant les pays, les localités et certaines conditions spéciales de l'élevage, le porc, omnivore par nature, peut être carnivore par occasion (comme il le serait, dit-on, par goût) ou presque exclusivement herbivore. Différences de régime qui, je l'affirme *a priori*, doivent entraîner des différences dans les aptitudes morbides.

Au point de vue de la pathologie générale et surtout de la transmissibilité porcino-humaine, il faudrait absolument savoir si, oui ou non, le porc peut être cancéreux et, s'il est possible, dans quelles conditions il peut le devenir; car, si par le mécanisme bien connu de la contagion médiate ou indirecte, un animal vivant peut, à la façon d'un corps inerte quelconque, communiquer à l'homme une maladie microbienne ou virulente qu'il n'a pas et dont il n'est que dépositaire, il n'en est pas moins vrai que, dans l'immense majorité des cas, notre espèce contracte la maladie en question de l'animal qui en est affecté lui-même comme par prédilection. C'est ainsi qu'en France, c'est du chien que nous tenons la rage 98 fois sur 100, du cheval la morve, et des bovidés ou des ovidés la pustule maligne. C'est ainsi encore que, malgré l'incontestable possibilité de voir le chien atteint de tétanos, je n'ai pas connaissance qu'aucun homme soit devenu tétanique pour avoir été mordu par un chien.

Si donc le porc n'était jamais cancéreux et n'avait pas d'autre voie que la contagion médiate pour transmettre à l'homme la néoplasie susdite, tout l'échafaudage de raisonnements que nous venons d'élever s'effondrerait à l'instant même, et la consommation d'une viande dépourvue de toute spécificité pathogène ne présenterait que les inconvénients inhérents à l'alimentation animale intempestive ou exagérée.

Quittant ces généralités pour aborder de plus près la pratique, il conviendrait de chercher, pour chaque cas isolé de cancer, quel rôle ont pu jouer dans sa genèse les rapports du patient avec le porc sain ou malade, de même que la quantité, la provenance et les qualités de la viande porcine ingérée. Cette enquête, bien difficile dans les grandes cités, serait excellemment conduite par nos praticiens de campagne ou de province — que, par parenthèse et par bonheur, cette question de l'étiologie du cancer semble intéresser infiniment plus que nos grands maîtres et qui, d'une façon générale, se sont montrés si souvent déjà, en ce qui touche les maladies transmissibles et contagieuses, informés plus vite et mieux que nous ne le sommes dans les grands centres.

Je suis payé pour savoir quelles réponses précieuses ces modestes confrères, *clairement et convenablement interrogés*, savent nous faire, sans laboratoires, sans microscope, sans vivisections, sans ressources bibliographiques et par la seule observation clinique.

Un questionnaire soigneusement rédigé et adressé à un grand nombre de médecins provoquerait bien vite l'exhibition de documents capables de résoudre l'obscur problème que nous posons et encore bien d'autres questions collatérales.

Je parlais plus haut d'expérimentation parce qu'en effet, elle pourrait intervenir fructueusement. Si le porc est apte à devenir cancéreux et s'il est capable de transmettre à l'homme cette effroyable maladie, la réciproque est vraisemblable. Alors, on pourrait recommencer sur lui la série des inoculations et des greffes, et aussi l'ingestion que sa voracité rendrait facile. Cette voie de transmission pourrait réussir, puisqu'il est démontré que c'est en dévorant des rats malades que le cochon prend parfois la trichinose.

Pour en arriver là, il suffirait d'avoir, dans un laboratoire de l'Ecole pratique, un porc, à qui, j'en suis convaincu, mon cher ami Charles Richet, si passionné pour la science, donnerait certainement asile, et auquel on ferait manger du cancer que fourniraient avec empressement et aussi frais que possible : les chirurgiens et médecins curieux de suivre cette expérience inédite, puis notre savant professeur d'anatomie pathologique, mon ami Cornil, et qu'on tirerait aussi de la Salpêtrière et de Bicêtre où des services spéciaux sont consacrés aux cancéreux.

Les frais d'achat et d'entretien du sujet en expérience et ceux qu'entraîneraient la recherche et l'apport des néoplasmes seraient facilement couverts par une petite cotisation, sinon même par la *Ligue contre le cancer* qui prouverait par là son existence peut-être un peu trop latente jusqu'à ce jour.

La lumière viendrait peut-être aussi d'une autre source. On sait que le chat et le chien sont très sujets au cancer. J'ai eu, pour ma part, une grosse doguine morte de cancer du foie dans sa onzième année et dont le fils succomba au même âge à un cancer du testicule. J'avais eu antérieurement une autre doguine également atteinte de cancer du sein et qui mourut des suites de l'opération. J'ai vu aussi un chat avec un épithélioma type de la lèvre. On se rappelle l'opinion du professeur Trasbot que j'ai rapportée plus haut, et il ne serait ni difficile ni bien onéreux, soit à Alfort, soit à l'Ecole pratique, soit dans un laboratoire quelconque, de séquestrer des chats et des chiens et de les suralimenter avec de la viande de porc de basse catégorie, bien entendu, et ingérée par comparaison crue ou cuite.

Je n'insiste pas, car nos habiles expérimentateurs trouveront bien moyen de varier les procédés et les recherches.

Il va sans dire qu'en s'entendant avec les employés des abattoirs de porcs (il y en a deux à Paris), on pourrait examiner tous les néoplasmes qu'on trouverait par hasard en dépeçant ces animaux. Les pièces seraient transportées chez mon ami Straus, notre éminent professeur de pathologie comparée, qui par lui-même ou ses nombreux disciples en tirerait certes le meilleur parti possible.

Notez que le programme que je viens de tracer pour Paris serait applicable dans toute autre ville même beau-

coup moins populeuse pourvu qu'elle présentât des ressources scientifiques suffisantes.

Mais en vérité, mon cher collègue, je m'aperçois que je prolonge outre mesure un bavardage très riche en mots, peut-être, mais si pauvre en faits qu'il ne vous apprendra pas grand'chose de nouveau.

Je n'ignore pas davantage le sort destiné, au moins provisoirement, à notre échange d'idées : question et réponse. Les indifférents n'en diront rien, mais elles feront sourire les sceptiques bienveillants et lever les épaules aux sceptiques grincheux qui doivent exister dans votre pays comme dans le mien. Notre excuse commune réside en ceci que les idées ne poussent pas seules comme les champignons; il faut les semer, après avoir préparé le terrain pour qu'elles germent.

Si la graine et le terrain sont bons, la récolte est assurée et on en tire justement quelque honneur. Si tout est mauvais, rien n'est pas perdu pour cela. On a fouillé, on a remué le sol et il en sort, comme le disait notre grand Claude Bernard, non pas ce qu'on attendait, mais quelque chose de meilleur, puisqu'au moins c'est démontré.

Dieu veuille qu'on nous fasse l'honneur de nous lire, de nous critiquer, de nous répondre, dussions-nous être repoussés avec perte et convaincus d'erreur! Nous aurions du moins obtenu ce résultat, non à dédaigner, d'appeler l'attention sur les origines et la nature du mal le plus cruel, vu sa fréquence considérable et sa très faible et très incertaine curabilité, et de faire que, pour s'en préserver, le guérir ou prévenir son retour, on daigne songer à autre chose qu'au dieu Bistouri.

C'est pour créer une diversion à l'entraînement opératoire, que je ne saurais blâmer à cette heure, mais que je voudrais dans l'avenir remplacer par quelque moyen plus sûr, que j'ai proposé et eu la satisfaction de faire adopter comme question générale pour le prochain congrès français de chirurgie, *L'étiologie et la pathogénie du cancer*.

Si, comme la chose est possible, nous nous retrouvons à côté l'un de l'autre dans dix-huit mois, nous pourrons confesser notre illusion ou soutenir notre hypothèse si nous avons raison, et si, une éventualité très possible se réalisant, vous restiez seul à tenir le drapeau, je sais d'avance que vous le défendriez bravement, d'après ce que je vous ai déjà vu faire.

Une seule chose reste menaçante : je veux parler de la malédiction possible de MM. les éleveurs de porcs et charcutiers capables de nous intenter une action en dommages-intérêts. Par bonheur, nos moyens de défense sont tout prêts et nous apaiserions certainement la tempête en faisant remarquer à nos honorables adversaires que la découverte de la trichinose et des moyens de la prévenir et de la détruire n'ont en rien compromis, bien au contraire, les hautes destinées de la porciculture et de la pornophagie.

Quant à saint Antoine, nous pensons bien que le désintéressement et la pureté de nos intentions envers son camarade nous vaudront toute sa bienveillance.

Je vous serre cordialement la main.

Verneuil.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité. — M. le prof. Reclus.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

Trois cas de kystes hydatiques du foie viennent de passer sous nos yeux. J'en profite pour vous entretenir à nouveau du traitement de cette affection. Il y a quatre ans à peine, la thérapeutique en paraissait définitivement fixée et les moyens chirurgicaux, l'ouverture large de la poche avaient conquis toutes les adhésions. Mais voici que nous assistons à un retour offensif de la médecine : la ponction suivie d'injections parasiticides dans la poche reparaît, appuyée sur de tels succès, qu'on ne saurait plus la regarder comme une quantité négligeable. Aussi je désire vous exposer les pièces du litige et vous dire quelle en est, à mon avis, la solution raisonnable.

Vous connaissez la technique de l'incision large du kyste pour me l'avoir vue employer sur cette fillette de neuf ans dont le ventre était distendu par un énorme kyste hydatique pris, par plusieurs d'entre nous, pour une péritonite tuberculeuse, et par d'autres pour une tumeur maligne du mésentère. La méthode consiste dans l'ouverture franche et large, au niveau de la partie la plus saillante du kyste — ou sur la ligne blanche — de la paroi abdominale jusques et y compris le péritoine pariétal. Le foie est découvert; mais ici le mode d'intervention varie et deux procédés sont en présence, celui de Volkmann ou, plus exactement, celui de Récamier qui s'arrête lorsqu'il est arrivé sur le viscère et attend, avant d'ouvrir le foyer des hydatides, que des adhérences se forment entre les lèvres de la plaie et la surface de la glande; on ne plonge le bistouri dans la poche qu'au bout de huit à dix jours, lorsque les deux feuillets de la séreuse, intimement unis, peuvent s'opposer à l'effusion du liquide dans le péritoine. Ce procédé n'est guère pratiqué en France.

Je vous en résumerai cependant la technique, car il doit être préféré à l'incision en un temps, lorsque le kyste est intra-hépatique et que, par conséquent, on n'a pas l'espoir d'exciser une partie de la poche, émergée de l'épaisseur du foie : Après désinfection du champ opératoire par les procédés ordinaires, après anesthésie à la cocaïne, on fait, au point le plus saillant de la tumeur, en général à trois ou quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes et parallèlement à elles, une incision de 8 à 12 centimètres; le bistouri traverse la peau, le tissu cellulaire, les muscles dont les vaisseaux ouverts sont étreints; quand l'hémostase est obtenue, on divise le péritoine pariétal, de façon à mettre à nu le foie, et l'opération est terminée; il ne reste plus qu'à bourrer la plaie de chiffonné de gaze à l'iodoforme ou au salol; ce pansement tarit les écoulements sanguins qui pourraient encore se faire et maintient écartées les lèvres de l'incision. Le tout est recouvert de quelques lames de ouate et d'un bandage de corps en flanelle qui exercera sur la région une compression élastique assez étroite. Ce premier pansement suffit; on le laisse en place huit à dix jours; à ce moment les adhérences sont assez résistantes pour qu'on puisse plonger dans le kyste le bistouri si la paroi est mince, le thermocautère s'il existe une certaine épaisseur du tissu hépatique. On évacue le contenu de la poche que l'on draine. L'opération est terminée et l'on n'a plus qu'à attendre la rétraction graduelle de la cavité et sa cicatrisation définitive.

L'opération en un temps, appelée Lindemann-Landau du nom de ses deux vulgarisateurs, est pratiquée à peu près sans partage en France, et, malgré le bien que je

pense du procédé de Volkmann, je n'ai jamais eu recours qu'à l'intervention en un temps, dans les onze kystes hydatiques du foie que j'ai traités depuis 1888. On fait, sous l'anesthésie cocaïnique, une incision dont le siège est variable ; tantôt elle est oblique, parallèle aux fausses côtes et telle que son milieu correspond au point culminant du kyste; c'est à elle que nous avons eu recours dans neuf de nos onze laparotomies. Tantôt on la pratique sur la ligne blanche et c'est cette incision que nous avons adoptée dans nos deux derniers kystes où la poche était énorme et plongeait dans la cavité abdominale à la manière d'un kyste de l'ovaire; nous la préconiserions encore dans les cas où la tumeur est sur la ligne médiane ou même se porte à gauche comme on l'observe dans certains cas. En somme, l'opérateur doit se rapprocher le plus possible de la poche et l'incision doit le mener sur la portion du foie distendue par la tumeur.

On arrive ainsi sur le péritoine et on ne l'incise que lorsque la plaie est bien étanche; la séreuse est alors ouverte, et le foie est à nu ainsi que la tumeur parfois fixée à la paroi par les néo-membranes qui ferment la cavité péritonéale; ce point est important et il faudra vérifier avec soin s'il n'existe pas de lacunes et si ces adhérences sont partout continues; en un mot, s'il n'est pas une fissure par où le liquide du kyste puisse pénétrer dans le péritoine. En effet, si ces membranes protectrices ne laissent aucun passage libre, l'opération en est beaucoup facilitée ; il ne reste plus qu'à inciser le foie sur le kyste; le liquide, les vésicules s'échappent au dehors, et l'on draine la plaie. Mais d'habitude le foie est libre d'adhérence ; aussi doit-on prendre les plus grandes précautions pour éviter l'effusion du liquide dans le péritoine. Le mieux est de bien appliquer la surface convexe du foie contre la paroi abdominale; le kyste bombe; on y plonge une grosse aiguille aspiratrice et lorsque la poche est vidée on la saisit avec une pince qui oblitère l'orifice de la ponction; on la tire au dehors, et on la fixe à la paroi par des points de suture.

Cette suture se fait avec l'aiguille de Reverdin : on traverse à l'un des angles de l'incision, d'abord un elèvre, puis le kyste, puis l'autre lèvre; l'aiguille est alors libre, on la retire armée d'un fil que l'on noue solidement. Même manœuvre à l'angle opposé. Le kyste est, d'ordinaire, assez fixé à ce moment pour qu'on puisse, aux ciseaux ou au bistouri, ouvrir la poche dont chacune des lèvres, saisie par des pinces et éversée, sera unie à la paroi abdominale par des fils assez rapprochés les uns des autres pour que rien ne puisse filtrer vers le péritoine entre cette poche et la séreuse pariétale. Je n'insiste pas, car vous vous rappelez cette manœuvre pour me l'avoir vu pratiquer chez la fillette de notre dernière observation, Ici la poche émergeait du foie et formait une paroi molle et flexible que traverse aisément le trocart aspirateur et que saisissent les pinces oblitérantes; cette paroi s'attire hors du ventre et le contenu du kyste s'évacue sans crainte d'inoculer le péritoine; nous avons même pu réséquer une partie de la poche et diminuer d'autant la cavité que doit combler la rétraction du tissu inodulaire.

Mais il est des cas où le kyste est intra-hépatique; une couche souvent épaisse de parenchyme recouvre la poche; les pinces dérapent sur cette surface lisse et friable qui rompt et saigne abondamment; aussi, pour peu que la ponction n'ait pas vidé le kyste et que des vésicules oblitèrent l'aiguille il sera presque impossible de suturer la poche avant son incision large et, pour éviter la pénétration du liquide dans le péritoine, il faudra redoubler de précaution et faire exercer par des aides une pression méthodique et régulière sur les flancs. Nous avons eu quatre fois à lutter contre des difficultés de ce genre; nous les avons surmontées avec succès et nos opérés ont guéri, mais nos craintes ont été grandes et, à l'avenir, nous n'hésiterions pas, en pareil cas, à recourir à la méthode en deux temps. Aussi dirions-nous volontiers : si un diagnostic préalable nous permet de reconnaître les kystes à poche superficielle des kystes intra-hépatiques, nous réserverons la méthode de Lindemann-Landau pour les premiers, et la méthode de Volkmann pour les seconds, car elle nous donne une plus grande sécurité.

Les injections parasiticides que tous les médecins et que quelques chirurgiens de valeur préfèrent sont plus récentes et ne peuvent s'appuyer sur d'aussi nombreuses statistiques que les méthodes par incisions larges. Elles ne sont pratiquées chez nous que depuis quatre à cinq ans. Debove, en 1888, apporta à la Société médicale des hôpitaux deux observations de kystes hydatiques du foie guéris l'un par une solution de sulfate de zinc à 5 0/0 et l'autre par de la liqueur de van Swieten. M. Debove d'ailleurs se réclamait, pour appuyer cette pratique, de Mesnard, de Bordeaux qui, en 1885, avait traité ainsi un kyste suppuré du foie, d'Arthur Sennet qui, deux ans plus tard, avait eu recours au même procédé, du professeur Bacelli et de Dujardin-Beaumetz. La méthode était vraiment trop simple pour ne pas encourager les imitateurs et Juhel-Renoy, l'année suivante, publiait un mémoire où il repoussait avec quelque sévérité le traitement chirurgical pour vanter l'injection de liqueur de van Swieten à qui il devait un succès récent fort remarquable. Depuis, Hanot, Chauffard, Merklen et Chantemesse ont ajouté de nouvelles observations.

Les procédés issus de cette méthode sont nombreux : chacun a proposé sa substance spéciale ou modifié le manuel de l'injection. Debove évacue d'abord le liquide du kyste par une ponction aspiratrice et fait pénétrer dans la poche 100 grammes de liqueur de van Swieten; la quantité sera moindre s'il s'agit d'un enfant. Il retire le liquide au bout de dix minutes. Il préfère la liqueur de van Swieten au sulfate de cuivre à 5 0/0 qu'il a aussi essayé, mais qui lui semble moins actif. Netter dédouble la liqueur de van Swieten; puis il la retire immédiatement et la remplace par de l'eau boriquée ou de l'eau bouillie injectée en aussi grande quantité qu'on aura retiré de liquide parasiticide; on évitera ainsi de laisser du sublimé corrosif dans la poche. Chantemesse ajoute que, « un bon moyen d'éviter toute intoxication, c'est de faire le lavage de la poche avec de l'eau salée qui entraîne le bichlorure de mercure. »

Ces précautions suffisent lorsque la canule ne s'oblitère pas, que le kyste se vide bien et que le liquide parasiticide ressort facilement Mais souvent le jet s'interrompt et le chirurgien reste désarmé en présence d'une poche remplie d'un liquide toxique qu'il ne peut évacuer. Aussi a-t-on songé à n'injecter que des substances peu solubles, difficilement absorbables, et qui pourraient rester impuissantes au contact du tissu hépatique. Chauffard a proposé l'eau naphtolée dont Juhel-Renoy et Mercklen ont obtenu de bons résultats. Juhel-Renoy, dans son cas, avait lavé la poche avec trois litres d'eau contenant jusqu'à 25 grammes de naphtol en suspension ; celui-ci se dépose en couche mince à la face interne du kyste; mais il n'y a pas d'intoxication à craindre, car le naphtol n'est pas soluble. Il est vrai que ces substances, si elles sont moins dangereuses que le sublimé corrosif, ont aussi, il faut le dire, une action beaucoup moins énergique.

Donc, le liquide par excellence est le bichlorure de mercure, et malgré ses inconvénients, c'est à lui qu'on aura recours; d'autant que la plupart de ses dangers s'évanouissent si l'on a recours au procédé de Bacelli modifié; Bacelli retirait une petite quantité de liquide

hydatique qu'il remplaçait par une dose équivalente de sublimé incapable de produire une intoxication. Hanot a conservé du procédé l'injection à de petites doses, mais il évacue complètement le kyste à la manière de Debove et voici la technique de ce procédé : on pratique d'abord la ponction aspiratrice, on évacue le liquide contenu dans la vésicule ouverte, puis on injecte dans cette poche la liqueur de van Swieten pure, ou dédoublée avec une quantité égale d'eau bouillie; seulement on en fait pénétrer non une quantité égale à celle du liquide hydatique expulsé, comme le conseillent nombre d'auteurs, ou 100 grammes comme le pratique Debove, mais 20 grammes tout au plus. Or, cette quantité, suffisante pour tuer les hydatides, est incapable de provoquer des accidents sérieux d'intoxication; aussi la laisse-t-on dans le kyste sans s'inquiéter de son absorption. La solution s'infiltre de poche en poche et va tuer les vésicules filles; mais pour empêcher la combinaison insoluble du sublimé et des matières albumineuses, il faudra acidifier la liqueur de van Swieten selon la formule de Laplace.

Voilà donc les deux méthodes en présence, l'incision large, les injections parasiticides : pour laquelle allons-nous opter? On reproche à la méthode chirurgicale sa gravité plus grande. Mais à cela on peut répondre que, avec les précautions actuelles, la mortalité est à peu près réduite à zéro. Au début même de ce mode d'intervention, en 1885, sept opérations Lindemann-Landau furent faites en France avec sept succès, et si depuis on a signalé quelques terminaisons funestes la faute en est plus au malade qu'à l'opération tentée trop tard, chez un individu trop cachectique. Et puis, ajoute-t-on, l'injection parasiticide est-elle vraiment aussi innocente que son appareil modeste le fait supposer? On a cité des cas de mort subite, sans doute par inhibition nerveuse, mais cet argument est sans grande valeur, car l'incision, elle aussi, pourrait entraîner la même catastrophe. Ce qui est plus réel, c'est que la ponction s'accompagne d'éruptions ortiées fort désagréables ou même d'accidents plus graves bien décrits par Achard : des nausées, des vomissements, de la dyspnée, du collapsus, de la fièvre, une température qui peut monter jusqu'à 40°. Mais il faut reconnaître que ce syndrome alarmant tourne court et qu'il s'agit non de péritonite mais de péritonisme.

Ajoutons que les intoxications par le sublimé ne sont pas rares; elles furent très légères dans le premier cas de Juhel-Renoy et l'on ne nota que de la stomatite, mais dans le second il y eut de la fièvre, de la diarrhée, de l'inflammation des gencives et la suppuration du kyste. Même complication chez une opérée de Mercklen : on retira par ponction 500 grammes de liquide hydatique, et l'on injecta ensuite 200 grammes de van Swieten, puis 300 grammes d'eau boriquée pour enlever le sublimé. « Une heure après, la malade était prise d'accidents syncopaux, de frissons, d'une fièvre qui dura quinze jours avec diarrhée profuse, stomatite et congestion pulmonaire double; je fis une nouvelle ponction et je trouvai du pus dans la poche. » Nous connaissons plusieurs autres cas où l'intoxication fut favorisée par un accident d'une extrême gravité ; on ponctionne le kyste, on le vide et l'on injecte la liqueur de van Swieten, mais lorsqu'on veut l'évacuer, tout à coup une vésicule, des débris de membranes oblitèrent la canule et le sublimé reste emprisonné dans le foie dont le tissu très vasculaire se prête à l'absorption rapide. Félizet rappelait récemment devant la Société de chirurgie un cas où la mort avait été la conséquence de cet accident.

C'est vrai, et cette mort n'est pas la seule inscrite au passif des injections au sublimé, car nous pourrions rappeler encore l'observation de Wilbouchewitch. Mais ne peut-on pas répondre que le procédé employé dans ces cas est mauvais et que celui de Hanot met à l'abri de pareilles catastrophes? N'a-t-on pas dit que « l'hydatide meurt de peur au moindre contact du sublimé. »? Pourquoi donner des solutions fortes et d'énormes quantités? dix centimètres cubes de liqueur dédoublée pourraient suffire à tuer les vésicules, pourquoi recourir à deux cents? Donc si on n'injecte dans la poche qu'une quantité incapable, malgré son absorption rapide, de causer des dommages à l'organisme, on pourra, sans courir aucun risque, guérir le kyste hydatique, et la méthode des injections parasiticides échappe aux reproches de ses adversaires. Aussi, tout en proclamant avec les chirurgiens que la laparotomie pour kyste hydatique du foie est une opération peu grave et dont la mortalité est presque nulle, j'accorde aux médecins que l'injection parasiticide prudente est sans doute moins grave encore.

Un autre argument que je ne vois relevé nulle part et dont nos adversaires devraient s'emparer, c'est que, au contraire de ce que l'on observe généralement, la guérison par les procédés médicaux est ici beaucoup rapide que par les procédés chirurgicaux. Dix jours, douze jours, quinze jours après l'injection parasiticide, le malade est rendu à ses occupations; on sait les longues semaines qu'exige, après ouverture large, la rétraction de la poche. J'ai dans ma salle un journalier de 30 ans, opéré le 15 octobre 1892 et qui aujourd'hui, sept mois environ après la laparotomie pour kyste hydatique du foie, conserve encore une fistulette et n'a pas quitté l'hôpital. Je veux bien qu'il s'agisse là d'un cas exceptionnel; mais les guérisons qui comptent deux, trois et quatre mois ne sont pas rares; en réalité, ce sont les plus nombreuses dans les cas de kystes intra-hépatiques volumineux, lorsque le chirurgien n'a pas réséqué une partie des parois de la poche.

Aussi, je ne vois à invoquer en faveur de l'incision large comme méthode de choix qu'un argument sur la valeur et l'importance duquel nous sommes d'ailleurs loin d'être fixé : je veux parler de la solidité de la guérison; je croirais volontiers les récidives plus fréquentes après les injections parasiticides; je crois que nombre de kystes déclarés guéris voient la cavité se remplir encore après des semaines et des mois, et chaque chirurgien de quelque pratique a déjà opéré de ces tumeurs reproduites. Mais dans quelle proportion cette récidive survient-elle? Est-elle fréquente, rare ou exceptionnelle? Aucune statistique ne peut nous renseigner, et ceci n'est pas sans importance, puisqu'on signale aussi la récidive après la laparotomie. Et nous n'en voudrions pour preuve que l'observation d'un de nos collègues, le premier Français, croyons-nous, qui ait été laparotomisé pour un kyste hydatique, il est vrai, par un chirurgien anglais. Au bout de quatre ans, la tumeur reparaît; Terrillon la ponctionne, l'évacue et guérit le malade, définitivement, nous l'espérons, par un lavage de la poche avec le sublimé. Il est vrai qu'il s'agit peut-être d'un de ces kystes multiples dont Maunoury nous a fourni un si remarquable exemple : sa malade n'a pas subi moins de six opérations.

Une innocuité sans doute plus grande, une guérison plus rapide, tels sont les arguments que nous retiendrons en faveur du traitement médical; une guérison plus certaine, moins sujette à un retour offensif, voilà qui plaide en faveur de l'intervention chirurgicale. En vérité, nous ne trouvons là rien de péremptoire et qui puisse nous décider. Mais heureusement déjà se dégagent quelques indications cliniques et le diagnostic précis de telle ou telle variété conduirait au procédé auquel il faut recourir. Et déjà nous pouvons établir, en principe, que le traitement par incision large convient mieux aux catégories suivantes : kystes suppurés, kystes récidivés, vieux kystes à paroi calcifiée, kystes presque émergés du tissu hépatique auquel ils ne sont fixés que par un

mince pédicule, kystes encombrés de vésicules filles, enfin à ces kystes volumineux, tendus, prêts à se rompre, chez des individus déjà cachectisés; il n'y a pas de temps à perdre en un traitement médical qui peut échouer. Ainsi nous avons agi chez notre fillette de neuf ans dont les deux cavités hydatiques étaient si grosses et remplissaient à tel point le ventre que l'enfant en avait pris la forme d'une gourde.

Nous en dirons autant pour les kystes suppurés: je sais bien que Mesnard s'écrie que des injections de liqueur de van Swieten triomphent dans le traitement des kystes suppurés. Qu'on ait observé quelques succès, le fait est certain, mais nous ne croyons pas d'une bonne chirurgie la ponction sous-cutanée, et par conséquent aveugle, de ces cavités dont le pus peut inoculer le péritoine; puis le plus souvent la suppuration continue et peut infecter l'organisme. Aussi doit-on traiter ces kystes comme des abcès dont ils sont, en définitive, l'équivalent. Pour nous, l'indication nous semble formelle. Elle l'est encore dans ces kystes dont Terrier et Championnière nous ont donné des exemples : la tumeur émerge du foie et s'étale dans le ventre à la manière d'un kyste de l'ovaire. Laisser cette poche flottante dans le péritoine après évacuation du liquide ne serait pas sans danger. N'est-il pas plus simple de l'extirper jusqu'au niveau du pédicule que l'on traitera de façon différente selon l'étendue de son implantation sur le foie? On cite quelques cas où ce pédicule a pu être étreint dans une ligature.

L'indication nous semble aussi formelle dans les vieux kystes à parois dégénérées et blindées d'incrustations calcaires ou osseuses. Le malade que nous avons encore dans nos salles en est un curieux exemple : il est âgé de 31 ans et c'est à quinze ans qu'apparut la tumeur hépatique. Nous l'avons ouverte, et la cavité, qui mesurait plus de 30 centimètres de profondeur, était, dans la plus grande partie de son étendue, revêtue de plaques dures, résistantes et qui empêchaient la paroi de revenir sur elle-même. On aurait vidé et injecté un liquide parasiticide, que la poche n'eût pu se rétracter; une exsudation aurait toujours rempli cette cavité dont l'infection par quelque germe pathogène venu du dedans n'aurait certainement pas tardé à se faire. Au contraire, après l'incision large et le drainage, une exfoliation lente a commencé; peu à peu les plaques se sont détachées et nous en retirions tous les trois ou quatre jours quelques fragments de deux ou trois centimètres de côté. La cicatrisation totale n'en a pas moins réclamé plus de sept mois.

Même nécessité de l'intervention chirurgicale dans les cas où la cavité kystique est encombrée de vésicules filles: l'aiguille aspiratrice ouvre une poche, deux, trois, quatre, dix à la rigueur, mais elle ne peut les atteindre toutes; la liqueur de van Swieten ne peut se diffuser parmi ces innombrables hydatides. Et puis la poche reste remplie et par le trou de pénétration du trocart peuvent se faire des écoulements de liquide qui ne sont pas sans danger pour le péritoine; d'autant que les manœuvres multipliées auxquelles on a eu recours pour ouvrir le plus grand nombre de vésicules et évacuer la plus grande quantité possible de liquide ont souvent inoculé la poche et la suppuration est fréquente. Je n'en veux pour preuve que l'observation précédente. Notre malade entre le 4 mars 1892 dans le service de Chauffard qui, le 12, pratique trois ponctions avec l'aspirateur de Potain et ne peut retirer qu'une très petite quantité de liquide : nouvelles ponctions le 21 qui donnent un résultat identique; on injecte 1 cent. cube de sublimé; le 31 mars nouvelle aspiration, injection bactéricide nouvelle de 1 cent. cube; le 20 juillet on peut retirer 122 grammes de liquide et l'on injecte 2 cent. cubes de sublimé. Mais la tumeur reste stationnaire ou même s'accroît, et Chauffard se décide à nous confier son malade.

Le 15 octobre 1892 traînée anesthésique à la cocaïne, d'une longueur de 12 centimètres. L'incision nous amène sur le foie séparé du péritoine par des adhérences nombreuses mais incomplètes. Aussi prenons-nous le foie avec des pinces érignes pour l'appliquer étroitement contre la paroi abdominale et empêcher l'effusion de liquide dans la séreuse. Avec le thermocautère, nous traversons une épaisseur de tissu de un centimètre et demi et, à ce moment, une certaine quantité de liquide purulent et de débris d'échinocoques arrivent à l'extérieur. L'incision est alors pratiquée et lorsque la poche est vidée des vésicules innombrables qu'elle contient, nous plaçons une rangée circulaire de sutures entre la paroi abdominale et les lèvres de l'incision hépatique et nous drainons largement la cavité après avoir constaté l'existence de ces plaques calcaires qui la doublent dans la plus grande partie de son étendue. La guérison est survenue, mais vous savez combien lentement!

Dans tous ces cas qui ne forment, d'ailleurs, qu'une petite minorité parmi les kystes hydatiques du foie, l'incision nous semble indiquée. Mais, dans les autres cas, dans les kystes à paroi souple, à vésicules peu nombreuses et d'où la ponction pourra retirer non du pus, mais une quantité appréciable de liquide clair, je trouve que c'est au procédé de Hanot que l'on doit avoir recours. Et voici ce que je me propose de faire dans un de ces kystes que j'ai à traiter : je vais ponctionner avec l'aiguille de Dieulafoy; je retirerai tout le liquide qui pourra s'écouler; si la poche est bien tarie, j'y injecterai vingt centigrammes environ de liqueur de van Swieten dédoublée avec de l'eau bouillie que je laisserai dans la cavité. Mais, si la poche se vide mal, preuve de l'existence de nombreuses vésicules, séance tenante j'anesthésie à la cocaïne et j'ouvre largement jusqu'à la glande. Je vois alors si le kyste est intra-hépatique ou si sa paroi propre émerge de l'organe. Dans le premier cas, je bourre l'incision de gaze iodoformée, pour laisser largement écartées les lèvres de la plaie et attendre la formation d'adhérences, et c'est au bout de huit à dix jours seulement que le kyste sera définitivement ouvert. Ou, si sa paroi souple me permet de bien affronter le tissu, je pratique la suture.

Vous le voyez, messieurs, je fais un grand pas vers le camp médical et en dehors des variétés spéciales que j'énumérais tout à l'heure et qu'il est malheureusement plus facile d'indiquer que de diagnostiquer, je propose de commencer le traitement du kyste hydatique par la ponction, l'évacuation du liquide et l'injection parasiticide; mais en cas d'échec immédiat ou de récidive, je ne m'entêterai pas et j'aurai recours à l'incision en un ou deux temps, opération à peu près innocente et qui n'en est plus à faire ses preuves.

OPHTHALMOLOGIE

Le strabisme

Devant le Congrès d'ophthalmologie (mai 1893).

Dans notre dernier numéro, nous avons donné le résumé du rapport de M. Parinaud. Ce rapport, on s'en souvient, contenait d'abord, outre l'exposé thérapeutique, des données sur l'étiologie du strabisme, et en particulier sur le rôle du système nerveux central, d'après les idées personnelles de l'auteur. Mais M. Parinaud a-t-il été si novateur qu'il le croit? M. Landolt l'a contesté et il ne lui accorde pas que nous ayons eu, jusqu'en automne 1891, une conception fausse

du strabisme et que ce soit lui qui nous ait tirés de cette fâcheuse erreur. Déjà bien avant lui, la théorie musculaire du strabisme n'était plus admise dans toute sa plénitude et son sens absolu; M. Landolt a relu les notes qu'il a prises en 1868 aux leçons de Horner, et n'a rien trouvé qui permît de croire que nous fussions restés dans cette erreur. D'ailleurs, dans un rapport que lui-même a présenté an Congrès international de 1888 sur le strabisme, M. Landolt cherche en vain trace de cette théorie étiologique de l'incongruence des rétines, que M. Parinaud lui attribue. Par contre, on trouve dans son rapport, comme cause primitive du strabisme, les troubles de la vision binoculaire, les rapports entre la convergence et l'accommodation, l'altération des centres qui régissent les mouvements symétriques des yeux, et enfin il mentionne tout spécialement le strabisme d'origine centrale.

M. Parinaud a, il est vrai, relevé tout d'abord l'assertion émise par M. Landolt, à savoir que la théorie nerveuse du strabisme est admise depuis longtemps, et il a rappelé que l'opinion générale est plutôt opposée et que, d'ailleurs, M. Landolt lui-même, il y a deux ans, n'a pas manqué de combattre cette théorie lorsque M. Parinaud l'a exposée dans ses grandes lignes, au Congrès ophthalmologique. Ce que prétend M. Parinaud, c'est que tous les troubles oculaires, amétropies, taies cornéennes, etc., n'aboutissent à la production du strabisme qu'après que leur influence a passé par le cerveau. Cela il maintient avoir été le premier à le soutenir.

Laissons, d'ailleurs, ces questions de priorité; disons que la théorie nerveuse du strabisme semble aujourd'hui rallier les suffrages. Aucun des orateurs, sauf *M. Abadie* dont nous retrouverons plus loin les idées, ne l'a combattue, et plusieurs l'ont nettement affirmée.

Ainsi *M. Vignes* (Paris) s'en est déclaré partisan. *M. Grandclément* (Lyon) l'a, lui aussi, défendue, car il a observé des cas auxquels il a même donné le nom de paralysie essentielle de la convergence, dans lesquels le strabisme survenait vers l'âge anormal de treize à quatorze ans. Cette paralysie disparaît ordinairement en quelques années, mais lorsqu'elle persiste, elle s'établit sous la forme de strabisme divergent.

M. Meyer cependant, tout en reconnaissant que l'on doit poursuivre les recherches en ce sens, a fait une objection. Il ne comprend pas bien quelle peut être l'influence nerveuse dans le cas de strabisme divergent; le défaut d'innervation ne peut entraîner les yeux à diverger; tout au plus se mettraient-ils en parallélisme.

Dans la partie thérapeutique de son rapport, M. Parinaud avait étudié 1° le traitement optique; 2° le traitement chirurgical. Il a été assez peu question du traitement optique. Si, en effet, *M. Suares de Mendoza* pense qu'avec de la patience et des exercices bien dirigés, on pourrait éviter l'opération dans un très grand nombre de cas, *M. Javal*, dont la compétence est grande en ce sujet qu'il étudie depuis trente ans, reste moins enthousiaste. D'abord, dit-il — mais c'est une objection de valeur évidemment relative — les exercices stéréoscopiques sont le plus souvent mal compris, car les mires des divers appareils en circulation ne sont pas bien préparées pour solliciter l'établissement de la vision binoculaire. De plus, il faut bien l'avouer, les résultats qu'on peut obtenir par ces exercices sont purement théoriques et ne peuvent entrer dans le domaine de la pratique. L'effort et l'attention que le malade doit dépenser pour aboutir à un résultat sont hors de proportion avec l'effet qu'il est possible d'obtenir.

Ces résultats — et M. Javal a recueilli quelques observations concluantes qu'il publiera — sont, toutefois, très intéressants à ce point de vue théorique, qu'ils démontrent que l'établissement de la vision binoculaire est toujours possible, quel que soit l'état des centres nerveux et même si l'amblyopie est congénitale.

En pratique, donc, il faudra le plus souvent opérer. A plus forte raison sera-t-on de cet avis si, comme *M. Abadie*, on n'accorde pas à M. Parinaud que dans l'étiologie du strabisme il faut attribuer à l'élément nerveux, cérébral, une importance plus grande qu'à la constitution même du globe oculaire et de ses muscles. Dans tous les cas, en effet, de véritable strabisme convergent monolatéral, il est d'abord de règle de constater, ainsi que l'a signalé Donders, de l'hypermétropie. Mais, en outre, le plus souvent l'œil dévié présente non seulement un raccourcissement de l'axe antéro-postérieur, mais d'autres malformations congénitales encore mal connues qui le rendent amblyope. Cela nous explique même fort bien pourquoi les traitements optiques ou médicaux préconisés si souvent et qui consistent soit à faire porter des verres correcteurs de l'hypermétropie, soit à instiller de l'atropine pour supprimer l'accommodation, ne donnent pas de résultats favorables. Il faudrait du même coup pouvoir corriger l'anomalie de la réfraction et rendre à l'œil qui va se dévier et qui est amblyope une acuité visuelle égale à celle de l'autre.

M. Chibret, lui aussi, est opposé à la cure par l'atropine, même chez les très jeunes enfants. Même de quinze à dix-huit mois, il fait par la skiascopie le diagnostic de la réfraction et fait porter des lunettes.

M. Abadie n'opère pas avant l'âge de cinq ans, parce que le travail complexe d'évolution du strabisme se fait précisément pendant la première enfance. Ce travail d'évolution qui porte à la fois et sur le système musculaire des yeux et sur les centres psycho-moteurs oculaires ne semble guère terminé avant cette première période de l'enfance. Si vous opérez avant cette époque, l'évolution continuera malgré tout et vous aurez des récidives.

Nous voici arrivés maintenant au point sur lequel a porté presque toute la discussion, au traitement chirurgical, au rôle et aux indications relatives de la ténotomie, des avancements et reculements musculaires ou capsulaires. Et ici nous trouvons tout d'abord *M. Meyer*, aux yeux duquel nous piétinons sur place. Il ne peut s'empêcher de constater que nous avons fait bien peu de chose depuis que de Græfe, guidé par des théories parfaitement positives, a fixé la thérapeutique de cette affection. Il ne nous a laissé à glaner rien d'essentiel. Le rôle de la capsule de Tenon, de Græfe le comprenait lorsqu'il disait que la section du muscle seul, si on ne touche pas à la capsule, ne produit aucun effet. Et quant à l'avancement capsulaire, on ne peut nier qu'il ne reproduise, au point de vue de l'effet, l'action des sutures sous-conjonctivales de de Græfe. Une note de cet auteur, publiée en 1868 dans le journal de Zehender, décrit fidèlement cette opération. A la fin de la note, de Græfe dit en propres termes que cette opération peut suffire et donner la correction suffisante pour tous les degrés du strabisme et qu'il la préfère à l'avancement musculaire. Ajoutez à cette opération l'excision d'un lambeau de conjonctive, que, d'ailleurs, M. de Wecker tend à abandonner, et la boutonnière capsulaire pas bien importante, et on verra que les deux procédés, la suture de de Græfe et l'avancement capsulaire, se confondront absolument.

M. de Wecker pourtant a immédiatement répondu que le grand progrès accompli depuis de Græfe tient dans cette idée qu'on s'attache aujourd'hui à donner de la force aux muscles, alors que jadis on cherchait à les affaiblir.

D'autre part, en réponse directe au rapport de M. Parinaud, M. de Wecker a remis la note suivante :

« M. Parinaud dit qu'il semble que, dans mon dernier travail, j'ai modifié mon procédé et que ces modifications consistent en ce que je « n'attache pas une grande importance à l'étendue de l'excision et du dégagement de la capsule; la simple incision conjonctivale suffit. » Evidemment, si une incision conjonctivale suffit, je n'excise pas la capsule, et de fait, jamais je n'ai parlé de l'exciser.

Pour faire les boutonnières que je décris, on incise la capsule et on n'en excise aucune partie. Actuellement, j'incise simplement la conjonctive « pour mettre à jour le terrain opératoire, » mais j'ai bien soin de ne soulever que la conjonctive et de ne pas inciser à la fois la capsule, ce que je ne fais que pour les boutonnières.

Un second point sur lequel je désire m'entendre avec M. Parinaud, c'est que, suivant lui, l'avancement capsulaire « peut agir à la manière des sutures de de Græfe et de Knapp. ». Evidemment, il le peut, mais certainement il ne le doit pas. Pour agir comme de Græfe et Knapp le désiraient en plaçant leur fil, il faut obtenir une rotation forcée du côté opposé au tendon détaché; sans cela, le but est manqué. Dans mon dernier travail, j'ai expressément soutenu « que j'évite une rotation quelque peu accusée de l'œil en dehors et, dès que celle-ci atteint 5 degrés, je m'empresse de reprendre le muscle détaché dans une suture. » Ce n'est donc pas, bien sûrement, par un reculement forcé, tel que le recherchent de Græfe et Knapp avec leurs sutures, que je me propose d'agir.

M. Parinaud pense encore que « le plissement définitif du tendon ou du muscle reste à démontrer. M. Kalt, dont l'atten-

tion s'est portée sur ce point, n'a jamais pu le prouver dans ses expériences sur les animaux. » Tout d'abord ces expériences ne peuvent pas être systématiquement rapportées à l'homme, et le peu de résistance du tissu musculaire qu'invoquent M. Kalt et, avec lui, M. Parinaud, n'entre pas ici en jeu.

Mes confrères oublient une chose, c'est que je passe mes fils, après avoir bien dégagé, avec les ciseaux fermés, la capsule, à travers le corps du muscle; mais que, pour traverser celui-ci, il me faut aussi les passer à travers la capsule sur laquelle s'étend le muscle. C'est cette portion sous-musculaire de la capsule qui supporte la traction et qui se plisse, et ce n'est évidemment pas la partie peu résistante du tissu musculaire même. « Ce n'est pourtant pas le tissu musculaire qui donne cette résistance, » dit M. Parinaud. Certainement non, mais si celui-ci, pour ce qui le concerne, préfère prendre « soit la gaine, soit l'épaississement périmusculaire de la capsule, » il m'accordera que si je pousse encore plus loin mes aiguilles pour glisser sur la capsule et ressortir au milieu du muscle, je dois être encore plus sûr d'obtenir, « à la manière des sutures de Gaillard, une rétraction cicatricielle. » Est-ce que ceux qui reprochent au muscle d'être si peu résistant éprouvent la même crainte lorsqu'ils font un avancement musculaire? Croient-ils alors qu'avec leurs fils ils saisissent uniquement le muscle, et n'est-ce pas plutôt la capsule sous-musculaire qui leur fournit le point de résistance nécessaire à la greffe en avant du tendon qu'ils se proposent d'obtenir? Leur fait-on à eux le reproche que le muscle, qui était déjà un ancien strabisme secondaire et souvent atrophié au plus haut degré, puisse manquer de résistance? Pourtant, là encore, la traction est bien plus directement appliquée sur le muscle, comme le dit M. Parinaud, et je n'ai pas besoin d'enlever ces sutures, à cause d'un excès de sensibilité, avant les huit jours réglementaires.

Il m'est arrivé, lorsque je détachais encore amplement le muscle antagoniste, d'avoir une surcorrection définitive, qui réclamait, du côté où l'avancement capsulaire avait été pratiqué, une ténotomie. J'ai profité de cette occasion pour me rendre compte de ce que l'opération première avait modifié à l'entour de l'insertion du muscle. Nul doute qu'il ne s'agisse d'un véritable plissement de la capsule et du muscle qui est forcé de suivre la capsule dans ce mouvement de rétraction cicatricielle. Cette constatation *in anima vili* vaut bien l'expérience sur le lapin ou le chien.

Un dernier point me reste à discuter. Je ne comprends pas pourquoi l'avancement capsulaire serait inférieur à l'avancement musculaire, qui, lui, joindrait à l'action mécanique « un effet dynamique. » Je ne reconnais à l'un et à l'autre des deux procédés qu'une action mécanique, et je soutiens que dans l'un et l'autre cas cette action mécanique découle du plissement et de l'avancement *capsulaire* et que l'avancement tendineux n'y intervient pour rien.

Je puis cependant me tromper sous ce rapport, mais ce qui n'est pas discutable, c'est que l'avancement capsulaire ne le cède en rien comme action curative à l'avancement musculaire. Les plus fortes déviations que l'on rencontre dans les strabismes secondaires et paralytiques atteignant 60 et 70° sont corrigées par l'avancement capsulaire. »

M. Landolt, lui aussi, a pris la défense de l'avancement musculaire contre la ténotomie, à laquelle M. Parinaud tend à accorder la plus grande place, comme remédiant au trouble d'innervation, et n'exposant pas à une insuffisance musculaire redoutable. Nous savons cependant que Krenchel a fait remarquer que la ténotomie exerce un effet affaiblissant, non seulement sur le muscle reculé, mais sur l'antagoniste. Aussi doit-on éviter, autant que possible, cette opération qui a pour effet de faire sortir le globe de son entonnoir musculaire et préconiser l'avancement du muscle, et non seulement du muscle, mais de tout ce qui l'entoure, capsule de Tenon, tissu sous-conjonctival, conjonctive.

M. Masselon (Paris) est d'un avis analogue. D'après lui, quand on opère un strabique, on doit non seulement chercher à redresser l'œil, mais encore à rendre à l'organe une étendue égale et normale de son arc excursif; c'est pourquoi il faut ménager le plus possible la partie « reculement » de l'opération et porter tout son effort sur l'avancement de l'antagoniste. *M. Suarez de Mendoza*, pourtant, est assez partisan de répartir l'action sur les deux yeux par un double reculement. Il obtient ainsi plus facilement le rétablissement de la vision binoculaire, et les yeux n'ont pas subi une déformation inégale.

Quant à *M. Abadie*, il est en somme éclectique. Contrairement à M. Meyer, il a d'abord déclaré que, loin de piétiner sur place, on a atteint, au contraire, un degré de perfection inouïe, puisque, au bout d'un certain temps, l'orateur lui-même ne peut reconnaître l'œil qu'il a opéré. Mais pour arriver à un résultat aussi parfait, il y a des petits détails pour ainsi dire qu'il ne faut jamais négliger. C'est ainsi que, si au bout de deux à trois jours, l'hypercorrection est encore un peu forte, avec le crochet à strabisme on rompra les nouvelles adhérences encore peu solides et on pourra ainsi rectifier la position d'un à deux millimètres. Si, au contraire, la correction n'est pas suffisante avec des lunettes appropriées, on forcera le regard dans le sens qui permet d'augmenter le reculement musculaire.

Dans les degrés élevés, quand le strabisme n'est pas alternant, il faut toujours combiner au reculement du muscle rétracté l'avancement de son antagoniste. M. de Wecker parle de substituer à l'avancement musculaire l'avancement capsulaire. Mais tout opérateur qui avance le muscle avance en même temps forcément la capsule, puisque cette dernière, qui double la conjonctive, est traversée par les fils. En outre, quand M. de Wecker prétend qu'il n'avance que la capsule, il se trompe, puisque les fils de suture qu'il emploie traversent aussi le muscle. Donc, quoi qu'il en dise et qu'il le veuille ou non, il fait en même temps qu'un avancement capsulaire un avancement musculaire. Enfin, pour bien convaincre M. de Wecker que la capsule de Tenon joue dans la mobilité du globe un rôle infiniment moindre que les muscles eux-mêmes, on peut lui rappeler que dans les paralysies oculaires, malgré l'intégrité de l'aponévrose fibreuse, l'œil se dévie parfois d'une façon extraordinaire.

M. Motais (Angers) a d'abord fait à M. Parinaud une objection anatomique. Il ne connaît pas, en effet, les expansions, signalées par M. Parinaud, « allant de l'insertion tendineuse du muscle au rebord de l'orbite » dans les culs-de-sac conjonctivaux; il n'a vu que la gaine antérieure et du tissu cellu-leux. Quant à l'avancement musculaire, il croit, comme M. Parinaud, qu'il reste indiqué dans certains cas, parce que, déplaçant en masse toute la capsule, il est nécessairement plus énergique que l'avancement capsulaire. M. de Wecker va donc trop loin en absorbant à son profit l'avancement musculaire en général et le procédé d'avancement musculaire à languette médiane adhérente de M. Motais en particulier.

Aux yeux de M. Motais, la théorie de la strabotomie ne doit plus être exclusivement musculaire. Le principal rôle appartient même à la capsule. Au point de vue physiologique et opératoire, la capsule se divise en deux parties dont l'action est opposée: le diaphragme membraneux et les ailerons, agents de contention du muscle. Leur rôle est défini dans la formule suivante :

Tout procédé opératoire qui ramène en avant et relâche l'aileron, avec ou sans l'avancement musculaire, augmente la force et l'étendue de l'action musculaire et inversement.

La capsule antérieure est, au contraire, un agent de renforcement du muscle; donc le procédé de M. Parinaud, qui la débride pour diminuer l'action musculaire, est rationnel. Le procédé de M. de Wecker, qui l'avance pour augmenter l'action musculaire, est non moins rationnel. Il est à la suture de de Græfe ce qu'un procédé scientifique est à un moyen empirique.

M. Panas a expérimenté comparativement l'avancement capsulaire et l'avancement musculaire qui est forcément un avancement capsulo-musculaire, en raison de la disposition anatomique de la gaine et des muscles. Les effets de ces deux opérations sont différents. En avançant le muscle, on peut observer tout l'effet que l'on souhaite et même porter l'insertion tendineuse sur le milieu de la cornée si on le veut; avec l'avancement capsulaire notre effort est limité par l'étendue du pli capsulo-tendineux qui agit comme une sorte de tendon d'arrêt. Aussi, il ne faut employer ce dernier procédé que dans les degrés faibles de strabisme. De plus, l'avancement musculaire ne laisse pas après lui ces bosselures sous-conjonctivales rosées qui persistent si longtemps après l'opération.

Pour terminer cette revue, signalons deux procédés opératoires, et d'abord une simplification de la technique de

l'avancement musculaire et capsulaire dans le traitement du strabisme, due à *M. Granclément* (Lyon), qui l'a appliqué chez douze malades. Cette nouvelle méthode opératoire non sanglante supprime l'incision et la plaie que nous sommes obligés de faire dans l'opération habituelle d'avancement musculaire ou capsulaire.

Il est vrai que, dans la réalité, elle ne produit pas l'avancement du muscle ni de sa châsse fibreuse, mais seulement leur *plissement* à l'aide de *brides cicatricielles sous-conjonctivales*, ce qui aboutit au même résultat, à savoir : le redressement plus complet et plus exact de l'œil dévié. Voici comment procède M. Grandclément :

« Supposons un cas de strabisme divergent considérable avec adduction presque nulle de l'œil en dedans par suite d'une atrophie partielle et irrémédiable du droit interne, ce qui est le cas habituel dans les vieux strabismes externes.

Je pratique d'abord une ténotomie étendue du droit interne; puis, sur la face interne du bulbe oculaire, qui s'étend, en dedans de la cornée, jusque près de la caroncule lacrymale, avec une large pince fixatrice ordinaire à arrêt, je saisis et j'enserre, dans les griffes de ma pince, un pli large et profond, comprenant à la fois : la conjonctive, l'épisclère, le muscle et son tendon et une portion plus ou moins large de la capsule, en un mot, tous les tissus mous et mobiles qui recouvrent la sclérotique. J'obtiens ainsi un gros bourrelet charnu entre les mors de la pince. Muni d'un fil portant une aiguille à chacune de ses extrémités, je transperce profondément la base de ce pli au-dessus et au-dessous des griffes de la pince avec chacune des aiguilles que je dirige de la cornée vers la caroncule lacrymale. Lorsque j'ai complètement dégagé les aiguilles, je ferme et noue fortement cette anse de fil dont je coupe ensuite les extrémités au ras de la sclérotique, près de la caroncule. L'opération est terminée et le malade peut à la rigueur retourner à ses occupations. L'anse de fil est fort bien supportée. Elle ne provoque aucune douleur, à peine un peu de rougeur; quant au pli charnu, il est peu apparent et se dérobe dans le grand angle de l'œil.

Après quinze à vingt jours, alors que le fil a provoqué, à la base de ce plissement, deux fortes brides cicatricielles, je sectionne et retire ce fil, le bourrelet provoqué par le plissement ne tarde pas à s'effacer et l'œil se trouve ramené et maintenu en dedans; tout au moins le muscle droit interne est en mesure de l'attirer convenablement en dedans, grâce à ces deux traînées cicatricielles et grâce aussi au plissement qu'il a subi lui-même.

Je propose d'appeler cette nouvelle méthode opératoire : *plissement cicatriciel du muscle et de la capsule*, par opposition à *l'avancement musculaire ou capsulaire.* »

M. Gillet de Grandmont, enfin, a cité un procédé opératoire qu'il a essayé avec succès dans les cas les plus difficiles, dans le strabisme externe. Il consiste à réséquer la capsule comme on résèque la conjonctive, et cela sur une étendue correspondant à la correction qu'on désire obtenir, c'est-à-dire à la déviation de l'œil. En un mot, on dissèque la conjonctive, on met à nu la capsule dont on excise un lambeau semi-lunaire, puis on réunit les deux bords de la perte de substance capsulaire.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Myxœdème (The treatment of myxœdeme by feeding with thyroid gland of the sheep), par Shapland (*Brit. med. Journ.*, 8 avril 1893, n° 1684, p. 738). — Cas d'une femme âgée de 52 ans qui présentait tous les signes d'un myxœdème : face bouffie, torpeur intellectuelle, sensations de froid, peau sèche, etc., et dont l'amélioration fut considérable au bout de deux mois de traitement par les injections hypodermiques du suc thyroïdien.

Paralysies périphériques de la naissance (On peripheral birth palsy), par William Gay (*Brit. med. Journ.*, 8 avril 1893, n° 1684, p. 933). — A l'occasion de deux observations personnelles de monoplégies brachiales, l'auteur fait un travail d'ensemble sur les paralysies de la naissance périphériques. Elles sont le plus souvent causées, celles de la face par la pression du forceps, celles du bras par les tractions. Ces dernières sont radiculaires totales, supérieures ou inférieures. On les doit surtout distinguer des pseudo-paralysies syphilitiques de Parrot et les traiter par l'électrisation.

Paralysies centrales de la naissance (On central birth palsy), par Thomas Oliver (*Brit. med. Journ.*, 8 avril 1893, n° 1684, p. 732). — L'auteur rapporte trois observations : l'une, d'hémiplégie spasmodique infantile avec hémi-athétose, présente seule un intérêt clinique, en ce qu'il exista au début une paralysie faciale temporaire attribuable à la compression par le forceps. Un autre cas a trait à une paraplégie spastique. Un troisième montre que sans compression il peut exister une hémorrhagie méningée à la naissance et qu'alors le plus souvent on trouve des vices de développement.

Syringomyélie et pachyméningite cervicale hypertrophique (Zur Casuistik der Syringomyelie und Pachymeningitis Cervicalis hypertrophica), par Rosenblath (*Deut. Arch. für klin. Med.*, 29 mars 1893, Bd LI, Ht 2 et 3, p. 210). — L'auteur rapporte dans ce travail trois observations avec autopsie de syringomyélie gliomateuse, et un cas de pachyméningite cervicale hypertrophique avec syringomyélie. Ce dernier cas est particulièrement intéressant : il s'agit d'une femme de 40 ans dont l'affection débute par des maux de tête en 1886. Plus tard surviennent des engourdissements des doigts. En 1887, elle est si faible qu'elle entre à l'hôpital. Là surviennent de la paralysie, des spasmes, de l'atrophie musculaire, des troubles de la sensibilité. On constate enfin du nystagmus, du tremblement intentionnel, du ptosis droit, de la déviation du voile du palais, des troubles de la déglutition et de la miction. L'auteur discute le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique, de pachyméningite cervicale, de syringomyélie et de sclérose en plaques, et considère qu'il était impossible du vivant de la malade. A l'autopsie, on trouve un épaississement considérable des méninges entourant la moelle sur une étendue de 5 centimètres à partir de la première cervicale, comme d'un anneau et la réduisant à ce niveau à un foyer de myélite où toute différenciation est impossible. La lésion syringomyélique se reconnaît à partir de la quatrième paire dorsale. Il existe, de plus, des lésions de dégénération secondaire.

MÉDECINE

Cirrhose du foie chez un nouveau-né (Fall von angeborener Lebercirrhose), par H. Newmann (*Berliner klin. Woch.*, 8 mai 1893, p. 445). — Enfant de 4 mois, atteint d'ictère depuis sa naissance, se développe mal, maigrit : les selles sont décolorées; les urines sont ictériques, ne contiennent ni sucre, ni albumine. Le foie déborde les fausses côtes sur la ligne mamillaire de 5 à 6 centimètres, la rate est volumineuse. Traitement antisyphilitique (calomel) administré pendant un mois sans effet. Mort de pneumonie. Autopsie : pas de tuberculose. Foie très volumineux, vert foncé, légèrement granuleux à la surface et sur les coupes. La vésicule biliaire est très petite et ne renferme pas de bile; les voies d'excrétion sont libres. Au microscope, on constate une prolifération très abondante du tissu conjonctif interacineux, avec développement anormal de néocanalicules biliaires. Pigment biliaire en grande quantité entre les cellules du foie. En résumé, hépatite interstitielle diffuse avec intégrité des voies d'excrétion de la bile : l'origine de l'acholie intestinale était donc au niveau du lobule hépatique, c'est-à-dire des canalicules biliaires primitifs. L'enfant était né de parents syphilitiques; la mère, en outre, était tuberculeuse.

Deux cas de charbon chez l'homme (Zwei Fælle von Milzbrandinfection beim Menschen nebst Beobachtungen über die Virulenz der Milzbrandbacillen), par Maximowitsch et Grigorien (*Berliner klin. Woch.*, 17 avril 1893, p. 374). — Deux cas d'infection charbonneuse suivis de mort. 1er *malade* apporté à l'hôpital dans le coma, avec 39°,5, pouls à 162, cyanose, congestion pulmonaire aux deux bases. On songea à la tuberculose aiguë. Sur la peau du dos, quelques petites pustules superficielles, sans caractères particuliers. Mort au bout de 24 heures. Autopsie : congestion cérébrale, nombreux infarctus pulmonaires. Lésions histologiques du foie, des reins, du cœur (tuméfaction trouble des éléments).

Rate tuméfiée. On trouva des bacilles du charbon dans les infarctus du poumon et dans la pulpe splénique ; il existait, en outre, un grand nombre de streptocoques. Dans les cultures les streptocoques seuls se développèrent : l'injection à un lapin resta sans résultat. 2e *malade* pris à quelques jours de distance (probablement un cas de contagion); mort dans les mêmes conditions. Seulement, celui-ci portait sur la joue droite une pustule maligne. Dans les différents viscères et dans le sang, on constata la présence simultanée de bacilles du charbon et de diplocoques. Sur ces cultures on obtint des staphylococcus pyogenes aureus.

En résumé, il s'agit dans les deux cas d'une infection mixte (charbon et agents pyogènes). Les lésions anatomiques, à elles seules, indiquaient bien que l'infection charbonneuse n'était pas seule en cause : il y avait, en effet, de la suppuration des infarctus pulmonaires, ce qui ne se voit jamais dans le charbon. Comment expliquer ce fait que les cultures ne donnèrent point de bacilles charbonneux et que l'inoculation expérimentale resta sans résultat ? On a dit que le bacille ne vivait pas longtemps dans les cadavres ; pourtant il n'en est pas toujours ainsi, puisque l'infection provient parfois du corps d'animaux morts. Dans tous les cas, la vitalité des bacilles sur milieux nutritifs peut être perdue alors que leur virulence est conservée. Dans les deux observations précédentes, la perte de leur vitalité et de leur virulence est peut-être liée à la présence des microbes pyogènes.

CHIRURGIE

Tuberculose buccale (Ein Fall von Tuberculose der Mundhœhle mit Durchbruch in die Nase und Kieferhœhle), par Réthi (*Wien. med. Presse*, 1893, n° 19). — Il s'agit d'un homme de 31 ans, tuberculeux du poumon et du larynx, qui, à la suite de l'extraction de plusieurs dents, présenta une ulcération qui occupait la gencive supérieure, de la seconde incisive jusqu'à la première molaire. L'ulcération avait l'aspect typique des ulcérations tuberculeuses et renfermait des cellules géantes et des bacilles.

Le traitement par l'acide lactique concentré ne donnait rien. Le processus marchait en profondeur et avait envahi l'os de façon à ouvrir le sinus maxillaire, déjà perforé par un autre processus analogue qui avait débuté du côté des cavités nasales. On fit alors le grattage et la résection des parties et la cautérisation de la plaie au fer rouge. La cicatrisation marcha mal, interrompue de temps en temps par une éruption des tubercules qui ne tardaient pas à s'ulcérer, lorsque le malade fut emporté par l'influenza, deux ans après le début de sa tuberculose bucco-nasale.

Tuberculose génitale primitive chez la femme (Beitrag zur Casuistik und Ætiologie der primæren Genitaltuberculose des Weibes), par Frankenburger (*Munch. med. Woch.*, 1893, n° 17, p. 317). — A l'autopsie d'une femme de 26 ans morte avec des phénomènes urémiques, on trouva l'utérus et les trompes farcis de tubercules et de masses caséeuses contenant des bacilles tuberculeux en masse. En même temps tuberculose miliaire des poumons, de la rate et des reins atteints de néphrite interstitielle.

Dans ce cas le foyer primitif, à en juger par l'ancienneté des lésions, siégeait donc dans les organes génitaux.

Quant à l'étiologie de cette tuberculose génitale, l'auteur a pu apprendre que le mari de la femme avait eu une pleurésie. L'infection génitale directe n'était donc pas impossible dans ce cas.

Etiologie du carcinome primitif de la vésicule biliaire (Zur Ætiologie des primæren Carcinoms der Gallenblase), par Siegert (*Virchow's Arch.*, 1893, Bd CXXXII, p. 353). — De l'étude de onze cas personnels et d'une centaine publiés par divers auteurs, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Les calculs biliaires sont presque constants dans le cancer primitif de la vésicule, et exceptionnels dans le cancer secondaire ;

2° Ils sont certainement une des causes, et non pas le résultat, du cancer de la vésicule.

Achillodynie (Achillodynia), par Eshner (*Medical News*, 18 février 1893, p. 187). — Un homme se plaignait de douleurs et de gonflement au niveau des chevilles, à la suite de la marche. On trouva une tumeur ferme au-dessus des chevilles et sur laquelle passait le tendon d'Achille. Cette affection constitue l'achillodynie. Il ne semble pas qu'il s'agisse là d'une inflammation aiguë. Il s'agit peut-être d'une névrite avec des troubles trophiques. Peut-être est-ce une affection qui n'est qu'une manifestation d'une intoxication d'origine gonorrhéique. Le sujet précédemment mentionné a eu la chaude-pisse.

BIBLIOGRAPHIE

L'opium. — Ses abus. — Mangeurs et fumeurs d'opium. — Morphinomanes, par le Dr Ern. Martin, ancien médecin de la Légation de France à Pékin, lauréat de l'Académie de médecine. — Préface de H. Moissan, de l'Institut. — Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, 1893.

Si tous les auteurs sont d'accord pour affirmer les funestes effets de la morphinomanie, il n'en est plus de même alors qu'il s'agit de l'opiophagie et surtout du fumage de l'opium si répandus dans l'Orient et l'extrême-Orient. Aussi faut-il savoir gré à M. le Dr Ern. Martin d'avoir essayé, non seulement par l'étude des textes anciens et l'analyse des travaux modernes, mais encore par une série de recherches personnelles, d'élucider les problèmes que soulèvent ces questions si intéressantes aux points de vue politique, économique et social.

Se plaçant sur le terrain scientifique, M. le Dr Martin a institué, avec le concours de M. le Dr Gréhant et l'appui des analyses de M. H. Moissan, une série d'expériences dont on ne saurait contester l'intérêt. Il est ainsi parvenu aux conclusions suivantes qu'il considère comme définitives : La morphinomanie est très redoutable. L'opiophagie, répandue surtout en Orient, son pays d'origine, est fréquemment une pratique utilitaire. Ses abus sont rares et ont été singulièrement exagérés. Le mode fumigatoire peut être l'objet d'appréciations plus raisonnées que par le passé. Le nombre et la gravité des abus de la fumée d'opium ont pu être exagérés. Mais ces abus possèdent chacun ce caractère commun de s'ériger en un besoin incessant, tyrannique ; c'est une sorte de physiologie nouvelle, morbide, qui se substitue au fonctionnement normal et qui conduit lentement mais presque fatalement à la déchéance profonde de l'organisme.

Les abus de l'opium en font ainsi l'un des plus redoutables fléaux ; l'opium devient non plus un médicament, mais un poison moral et social.

VARIÉTÉS

Les nouveaux pavillons de l'hôpital Cochin. — Mardi dernier on inaugurait, à l'hôpital Cochin, deux pavillons construits suivant les indications données par les chefs de service MM. Schwartz et Quénu et conformément aux lois les plus rigoureuses de l'hygiène chirurgicale. Des salles d'isolement pour les malades infectés et pour les douteux, des balustrades séparant le public médical de l'opérateur et de ses aides, des ciments imperméables revêtant les parois des salles et permettant leur lavage à grande eau ; une série d'installations qui facilitent l'asepsie de tous ceux qui devront approcher des malades et l'isolement de ceux-ci, telles sont, sans parler de l'aération, du chauffage et de l'éclairage, les perfectionnements réclamés par MM. Schwartz et Quénu et accordés par l'Administration de l'Assistance publique. Les pavillons Pasteur et Lister réalisent donc un progrès considérable. Il n'est que juste de féliciter ceux à qui nous les devons. Mais ces installations si utiles coûtent cher et peut-être profitera-t-on de cette occasion pour élever le prix de journée des malades non indigents que l'on admettra désormais dans les services de chirurgie. Nous sommes de ceux qui applaudiront à cette mesure. Nous en dirons prochainement les motifs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 9 juin 1893.

Albuminurie et mal de Bright.

S'il est une vérité bonne à redire, quelque banale qu'elle puisse paraître, c'est qu'il n'existe en clinique ni axiome, ni loi immuable. L'observation la plus rigoureuse a beau accumuler des faits incontestables, d'autres faits viendront montrer que les conclusions les plus rigoureuses en apparence sont sujettes à revision. L'histoire du mal de Bright le prouve jusqu'à l'évidence et la brillante argumentation de notre collègue Dieulafoy aura surtout pour résultat d'apprendre aux médecins à ne pas conclure du symptôme envisagé isolément à la maladie dont l'évolution et les modalités sont toujours complexes.

Qu'a voulu prouver, en effet, M. Dieulafoy? Avec tous les maîtres que leur talent, leur caractère et leur expérience font appeler en consultation, il a souvent constaté que les médecins avaient une certaine tendance à considérer comme atteints de néphrite tous les malades albuminuriques, et à ne pas considérer comme souffrant du mal de Bright ceux dont l'urine paraissait ne pas contenir d'albumine. D'ingénieuses et sagaces observations personnelles lui ayant montré l'importance chez les brightiques d'un certain nombre de symptômes trop fréquemment méconnus, il a tenu, dès lors, à en signaler la valeur, à bien faire voir que réunis, persistants, ils pouvaient préciser le diagnostic des néphrites et, lorsque l'albuminurie faisait défaut, imposer cependant ce diagnostic à l'attention du clinicien.

Après avoir applaudi au talent d'exposition et à la sagacité clinique de M. Dieulafoy, ses collègues hésiteront cependant, nous le pensons, à accepter sans réserves cette formule « que l'albuminurie est un symptôme infidèle, inconstant et, partant, n'a qu'une valeur minime et secondaire ». Ainsi donnée comme conclusion d'un travail des plus remarquables, cette phrase aurait l'inconvénient de faire méconnaître la signification de l'un des symptômes les plus fréquents du mal de Bright et de détourner les médecins des recherches qui ont pour but de préciser sa valeur.

Si nous reconnaissons, en effet, qu'il existe une albuminurie physiologique — assez rare d'ailleurs — et toute une série d'albuminuries pathologiques sans relations directes avec le mal de Bright, nous persistons à croire que cette maladie, si bien définie, si bien classée au point de vue clinique, se caractérise toujours, à une période déterminée de son évolution, par une albuminurie plus ou moins abondante. Sans doute, Rayer luimême l'avait déjà reconnu, l'albumine peut *disparaître complètement* de l'urine à une certaine phase de l'évolution de la « néphrite albumineuse ». Sans doute, plusieurs auteurs ont décrit un *mal de Bright sans albuminurie*. Mais s'il peut arriver exceptionnellement que « les reins fortement indurés », comme disait Rayer, c'est-à-dire les glomérules transformés en une masse fibreuse par cicatrisation de leurs lésions, ne laissent plus transsuder l'albumine le jour où leur fonction sécrétoire sera supprimée, il n'en est pas moins vrai que ce sont là des cas exceptionnels. Le plus souvent l'urine apparaîtra albumineuse si l'on ne se borne pas à un seul examen ou à un seul réactif, si l'on a soin de rechercher non point des doses massives, mais des quantités relativement faibles d'albumine, si l'on continue ces recherches après les repas et durant plusieurs jours.

Avec M. Dieulafoy reconnaissons donc l'intérêt des observations qui démontrent l'existence d'un *brightisme atténué;* avec lui, affirmons la nécessité de tenir compte des symptômes qu'il a si bien décrits : troubles auditifs, céphalées, vertiges, symptôme du doigt mort, démangeaisons, envies fréquentes d'uriner, impressionnabilité pour le froid, etc. Mais maintenons la fréquence et la signification clinique de l'albuminurie; encourageons les praticiens à la rechercher toujours et, sauf à en bien préciser la pathogénie, à en tenir toujours grand compte au point de vue diagnostique et pronostique. En procédant ainsi, ils éviteront de graves mécomptes.

L. LEREBOULLET.

REVUE GÉNÉRALE

La méningite tuberculeuse de l'enfant est-elle réellement primitive ?

Il est classique, et à certains égards c'est à bon droit, d'opposer la méningite tuberculeuse de l'enfant à celle de l'adulte, non seulement au point de vue symptomatique — à cause des types irréguliers souvent observés chez l'adulte — mais encore au point de vue étiologique, la méningite tuberculeuse de l'enfant étant en général la manifestation initiale de l'infection, tandis que, chez l'adulte, il s'agit presque toujours d'un accident ultime, mettant fin à une tuberculose chronique plus ou moins ancienne et étendue.

Quelle est la fréquence relative, chez l'enfant, des formes symptomatiques irrégulières ? La question ne nous arrêtera pas aujourd'hui. Nous voulons seulement montrer que la plupart du temps on trouve, à l'autopsie des enfants qui ont succombé à la méningite tuberculeuse cliniquement la plus régulière, survenue en pleine santé apparente, des lésions tuberculeuses anciennes, pulmonaires ou ganglionnaires, certainement bien antérieures à l'affection méningée. Dans cette étude, qui peut conduire à des déductions thérapeutiques importantes, nous allons avoir pour guides deux mémoires intéressants, publiés par M. P. Simon (de Nancy), et par M. Louis Guinon, dans le dernier numéro (1er juin 1893) de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*.

Un premier fait bien connu, qu'il importe cependant de rappeler, c'est que la tuberculose méningée n'existe guère à l'état de pureté, mais qu'elle coïncide en général avec des tubercules miliaires disséminés dans différents organes. Sur 38 cas de lésions tuberculeuses des méninges relevés par Hessert, 36 fois les granulations caractéristiques occupaient en même temps d'autres organes. La tuberculisation des méninges, dit Jaccoud, est rarement isolée ; toutefois il existe à cet égard quelque différence entre la méningite tuberculeuse et la tuberculisation méningée simple : la première peut être la manifestation initiale de la diathèse tuberculeuse et elle peut exister avant toute localisation ; dans ce cas, l'autopsie ne révèle pas autre chose que la phlegmasie spécifique des méninges ; ces *faits sont rares*, mais ils le sont bien plus encore pour l'infiltration granuleuse des méninges sans méningite, laquelle apparaît presque constamment dans le cours d'une tuberculisation aiguë ou chronique plus ou moins généralisée. Chez l'enfant particulièrement, ainsi que l'ont établi Rilliet et Barthez, la tuberculose a une tendance manifeste à se généraliser : rarement elle est bornée à un seul organe ; il est de règle qu'elle en occupe plusieurs à la fois. De son côté, Damaschino a pu constater d'une manière constante la généralisation des granulations tuberculeuses chez les jeunes enfants morts de méningite : celle-ci ne serait donc qu'une localisation prédominante de la tuberculose miliaire aiguë. De là cette conclusion que l'étiologie de la granulose aiguë est la même que celle de la tuberculisation méningée : ce qui est vrai pour celle-là doit l'être également pour celle-ci.

Or, Laennec déjà avait observé que fréquemment l'éruption de tubercules miliaires récents coïncide avec la présence de masses caséeuses en voie de ramollissement ; mais c'est Bühl qui le premier a posé en principe que dans la plupart des cas de tuberculose miliaire généralisée, il existait quelque part dans l'organisme un foyer caséeux qui en était le point de départ ; pour lui, la tuberculose granulique était une maladie infectieuse par résorption spécifique.

Friedlænder, sans contester l'exactitude des faits observés par Bühl, admet qu'en général le foyer caséeux trouvé dans les cas de tuberculose miliaire doit être considéré non pas comme la lésion causale de la généralisation tuberculeuse, mais plutôt comme la première manifestation de la tuberculose dans l'organisme.

Au contraire Orth (1) se croit autorisé à admettre une relation de cause à effet entre les lésions caséuses et le développement ultérieur des tubercules. Le foyer caséeux peut déterminer une pullulation tuberculeuse de deux façons : 1° en produisant une infection générale avec développement de tubercules dans de nombreux organes souvent fort éloignés du foyer primitif : le virus se propagerait par la circulation sanguine, mais on comprend qu'il faut faire intervenir le concours de nombreuses circonstances favorables pour faire pénétrer une quantité suffisante de substance infectante dans le sang, autrement tout foyer caséeux entraînerait immédiatement une infection générale ; 2° en provoquant une tuberculose localisée autour des foyers caséeux, le rôle principal dans ce cas serait dévolu aux vaisseaux lymphatiques. La preuve de cette infection de voisinage est fournie par le groupement régulier des tubercules miliaires autour du foyer caséeux.

Rieder (2) professe une opinion semblable. Sur 32 cas de méningite tuberculeuse qu'il a pu observer, presque toujours la maladie était consécutive à une autre affection tuberculeuse.

M. Simon a eu l'occasion, pour sa part, depuis deux ans, de pratiquer 8 autopsies d'enfants morts de tuberculisation méningée ; dans tous ces cas, il existait à côté d'une généralisation granuleuse plus ou moins étendue, des foyers caséeux anciens, dans les poumons ou dans les ganglions. Joignant à ces faits ceux qu'il a pu rassembler dans différents auteurs (3), il arrive à un total de 33 observations parmi lesquelles 25 fois on a pu constater l'existence de lésions tuberculeuses anciennes ; dans les 8 autres cas, une fois l'autopsie ne fut pas pratiquée, une fois elle est relatée d'une façon incomplète, une fois elle ne fait pas mention de l'état des ganglions, 3 fois le cerveau seul a été examiné, 2 fois seulement l'autopsie ne signale aucune lésion en dehors du cerveau et des méninges. Au total, sur 27 cas où l'autopsie est relatée en détail, 25 fois il existait des traces manifestes d'une tuberculisation ancienne, 2 fois seulement la tuberculose méningée était isolée.

En présence de cette presque unanimité, les faits négatifs ne peuvent guère prévaloir ; sans doute, on voit des tuberculoses granuliques généralisées où l'autopsie, malgré des recherches minutieuses, n'a pas montré de foyers caséeux tuberculigènes, sans doute on rencontre fréquemment des scrofuleux dont les ganglions sont infiltrés de pus caséeux et qui ne deviennent pas tuberculeux, mais on ne peut conclure de là qu'une seule chose, c'est que la granulose peut être quelquefois primitive et que la tuberculose peut se généraliser d'emblée sans phase préparatoire ; d'autre part, qu'une tuberculose locale peut rester telle indéfiniment et que sa généralisation réclame une prédisposition préalable du sujet, constituée par un ensemble de circonstances qui nous échappent souvent dans leur essence et qui sont loin d'être toujours réalisées.

Il paraît donc impossible de nier le rapport étroit qui existe entre la tuberculose granulique et les vieux foyers

(1) *Berlin. klinische Wochensch.*, 1875.
(2) *Münchener med. Wochenschrift*, décembre 1889.
(3) LETULLE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1874. — ORTH. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1875. — JUVIGNY, Th. de Paris, 1885-1886. — QUEYRAT, Th. de Paris, 1886. — LANDOUZY, *Revue de médecine*, 1887. — BOSSELUT, Th. de Paris, 1887. — DESCHAMPS, Th. de Paris, 1891.

caséeux que l'autopsie révèle au sein des organes: à moins d'admettre une double infection tuberculeuse, l'une localisée, relativement bénigne, de date ancienne, représentée par des lésions ganglionnaires, des excavations pulmonaires, des masses tuberculeuses jaunes dans tel ou tel organe, l'autre récente, étendue et mortelle, correspondant aux granulations miliaires des méninges et des viscères, on est contraint de se ranger à l'idée que cette dernière n'est qu'une infection secondaire, une généralisation des germes infectieux déposés antérieurement dans l'organisme à la suite d'une contamination dont la source restera à déterminer.

Mais auparavant, quel est le point de départ de la décharge bacillaire, dans quels organes siège habituellement le foyer caséeux, cause immédiate de l'auto-infection? Tout récemment, un médecin américain, M. Northrup, compulsant le registre d'autopsies du New-York foundling Asylum, a pu rassembler 125 cas de tuberculose infantile et a cherché à en déterminer le foyer primitif. Après avoir déduit 34 observations où les lésions étaient trop avancées pour que leur âge fût reconnaissable, il a obtenu les résultats suivants : dans 13 cas, terminés par des maladies accidentelles, la tuberculose était nettement limitée aux ganglions bronchiques, 9 fois la lésion tuberculeuse occupait exclusivement les poumons et les ganglions bronchiques, les tubercules étaient discrets, transparents dans les premiers, caséeux dans les seconds; 42 fois les ganglions bronchiques étaient caséeux; les autres organes (poumons, viscères abdominaux), étaient le siège d'une tuberculose miliaire; enfin dans 20 cas de tuberculose généralisée les ganglions bronchiques étaient caséifiés ou calcifiés. C'est donc dans ces ganglions que la localisation tuberculeuse est le plus précoce.

M. Simon, sur 25 cas, a trouvé 18 fois les ganglions bronchiques tuberculisés et caséeux; 7 fois ces lésions étaient associées à des tubercules anciens des poumons, 5 fois à des altérations semblables des ganglions mésentériques et des poumons, 6 fois l'adénopathie trachéo-bronchique était isolée. Enfin dans les 7 observations où les ganglions bronchiques étaient épargnés, il existait des noyaux caséeux dans les ganglions mésentériques, dans les poumons ou dans le cerveau: les gros tubercules cérébraux coïncidaient toujours avec des lésions tuberculeuses anciennes d'autres organes.

La tuberculisation adéno-bronchique paraît donc être, en dernière analyse, la plus fréquente des lésions caséeuses tuberculigènes capables de donner naissance suivant les cas à la tuberculose méningée seule ou à la granulie. On s'est demandé si elle pouvait être primitive ou si elle était toujours secondaire à une lésion des poumons, et on sait que cette localisation ganglionnaire initiale dont l'existence était niée par Parrot (1) est encore vivement combattue à l'heure actuelle par M. Hutinel (2). Parrot, en effet, n'admettait pas la tuberculose ganglionnaire isolée sans lésion homologue des organes en rapport avec ces ganglions, ou, au moins, avec quelques-uns d'entre eux; c'est ce qu'il appelait l'adénopathie similaire. M. Hutinel, dans les nombreuses autopsies qu'il a faites, tant à l'hospice des Enfants assistés que dans les autres hôpitaux, dit n'avoir jamais rencontré la tuberculose ganglionnaire isolée; en cherchant attentivement dans les poumons, par exemple, on arrive toujours, dit-il, à déceler une lésion initiale, souvent minime, mais qui suffit à expliquer le développement de l'adénopathie.

(1) Parrot. Adénopathies similaires. *Soc. de biologie*, 28 octobre 1876.
(2) Hutinel. De l'hérédité tuberculeuse. *Congrès de la tuberculose*, 1891.

Cependant, Legroux (1), Aviragnet (2), W. Northrup (3), Strümpell, Bollinger (4), admettent cette forme de tuberculose chez l'enfant, Loomis (5) l'a vue chez l'adulte. Nous savons, par les expériences de Dobroklonsky (6), que, chez le cobaye, l'injection de bacilles tuberculeux peut infecter les ganglions mésentériques sans produire de lésion appréciable de la muqueuse. M. Cornil admet aussi la pénétration du bacille à travers les muqueuses saines. Enfin, cliniquement, on voit quelquefois une adénopathie d'abord subaiguë, puis chronique, succéder à une angine en apparence simple; mais la persistance de l'hypertrophie des ganglions ou leur fonte caséeuse suivie d'ulcération prouvent leur nature tuberculeuse; de même chez les enfants atteints d'eczéma suintant de la face ou d'une autre région, il arrive que les ganglions superficiels du corps s'indurent, et réalisent alors le tableau de la microadénopathie (type Legroux) dont les recherches de Mirinescu (7), Pizzini (8), font supposer la nature tuberculeuse, ou bien s'hypertrophient. Dans ces cas, il est souvent impossible de déceler les signes d'une tuberculose viscérale. Dans la première enfance, Lesage et Pascal (9) pensent que l'adénopathie paraît se généraliser rapidement. Chez les enfants plus âgés, elle débute plus souvent par le cou.

Il semble donc bien prouvé aujourd'hui qu'une adénite tuberculeuse puisse se développer sans qu'au niveau de la porte d'entrée se développe une lésion tuberculeuse. Et cette adénopathie une fois constituée peut être le point de départ d'une méningite tuberculeuse. Les recherches de Northrup, de Hubbenet le démontrent pour l'adénopathie trachéo-bronchique. Deux observations de Lesage et Pascal ont trait à des méningites tuberculeuses consécutives à cette adénopathie généralisée de nourrissons à laquelle nous venons de faire allusion.

Les enfants étaient en observation pour une polyadénite tuberculeuse; la maladie lymphatique suivait son cours quand, brusquement, sans qu'on ait pu trouver quelque cause provocatrice, les enfants furent pris de convulsions généralisées avec élévation thermique brusque montant à un fastigium élevé en quelques heures. Les convulsions se répétèrent un grand nombre de fois durant 48 heures, entrecoupées par des périodes de somnolence et de coma; la fièvre persista presque en plateau à 40 degrés dans l'un de ces cas, et dans l'autre n'atteignit 39 degrés qu'au moment final. Les enfants moururent après deux jours d'accidents cérébraux. Voici ce que l'on trouva à l'autopsie : ce qui frappe en ouvrant la boîte crânienne, c'est la congestion intense de la pie-mère, congestion rouge vif sans exsudat. Cependant en détachant doucement la pie-mère du cerveau et en l'examinant au microscope avec un grossissement faible, on observe çà et là, le long des artérioles, des petits points gris: ce sont des granulations tuberculeuses (on y trouve des bacilles caractéristiques). C'est donc la congestion méningée de nature tuberculeuse, qui, vraisemblablement, s'est produite dans les derniers jours de la vie et qui a donné naissance aux symptômes convulsifs et pyrétiques. Ajoutons que le cerveau sous-jacent était absolu-

(1) Legroux. *Congrès de la tuberculose*, 1891.
(2) Aviragnet. La tuberculose chez les enfants. *Th. de Paris*, 1892, et *Rev. des mal. de l'enfance*, 1892.
(3) W. Northrup. Tuberculosis in children. *New-York med. Journ.*, 21 février 1891.
(4) Cités par Pizzini.
(5) *Ibid.*
(6) Dobroklonsky. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1890.
(7) Mirinescu. *Thèse de Paris*, 1890.
(8) Pizzini. *Zeitsch. f. klin. Med.*, XXI, 3 et 4.
(9) Lesage et Pascal. Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge, *Arch. gén. de méd.*, mars 1893, p. 270, et *Rev. des mal. de l'enf.*, mai 1893.

ment indemne de lésions. La pie-mère seule était congestionnée, épaissie et sans adhérences; c'était de la congestion active et qu'on ne peut confondre avec la congestion veineuse de stase. Tous les autres viscères étaient indemnes. La seule lésion observée était celle de l'adénopathie tuberculeuse multiple.

Résumons enfin l'observation que vient de publier M. Louis Guinon et qui a trait à une fille où le mal, qui a eu des allures particulièrement rapides, paraît avoir débuté par les ganglions cervicaux. Cette enfant, âgée de 11 ans, n'ayant eu comme maladie que la rougeole, commença à s'affaiblir en septembre; en octobre, les ganglions cervicaux se mirent à gonfler; le 31 octobre enfin, la méningite se déclara par des accidents initiaux assez brusques et intenses; l'enfant succombait au 15e jour de la maladie, et sauf des tubercules miliaires disséminés dans divers organes — outre les méninges plus particulièrement atteintes — on ne trouvait qu'une dureté légère des ganglions mésentériques et sacrés, un peu gros, et du côté de cou, les lésions suivantes: le long de la *carotide gauche*, en arrière du cartilage thyroïde, on trouve un ganglion, gros comme une amande, absolument transformé en matière caséeuse; du côté droit, on trouve deux ou trois ganglions pâles, durs et dont la coupe est uniformément blanc jaunâtre. Rien dans les autres ganglions du corps (axillaires, inguinaux, trachéo-bronchiques).

Les foyers ganglionnaires caséeux et torpides, capables — tous les chirurgiens le savent — de rester silencieux pendant des années, perdent-ils, à un moment donné, leur virulence primitive pour devenir de véritables corps étrangers inertes? La clinique déjà n'autorisait pas de bien grandes espérances, et les investigations bactériologiques n'ont pas tardé à légitimer ses doutes. Dès 1884, Déjerine, étudiant les vieux foyers caséeux, montrait que, même lorsqu'ils étaient calcifiés en partie, on parvenait encore à y déceler quelques bacilles. Chez une petite fille morte de méningite tuberculeuse dernièrement dans le service de M. Simon, les ganglions trachéo-bronchiques gris jaunâtre et très hypertrophiés montraient des îlots caséeux étendus, séparés par des tractus fibreux considérablement épaissis; des coupes très fines traitées par la méthode de Ziehl présentaient des masses de bacilles de Koch très nettement colorés. Tout récemment enfin, Haushalter (1) a prouvé par la méthode des inoculations sériées que les bacilles tuberculeux conservent leur virulence même quand ils sont enfermés dans une coque complètement crétacée.

Par quelle voie, maintenant, les bacilles tuberculeux partis du foyer primitif vont-ils gagner les méninges, c'est ce qu'il nous faut examiner. C'est un point sur lequel, il est vrai, la lumière n'est pas encore entièrement faite.

Hubbenet (2) a publié récemment une observation de méningite tuberculeuse secondaire dans laquelle le foyer primitif occupait les ganglions péribronchiques; il pense que les bacilles partis du ganglion ont envahi le tissu conjonctif voisin où on a pu les retrouver et que de là ils ont gagné le tissu lâche du médiastin entre l'œsophage, les vertèbres cervicales, la trachée et les carotides jusqu'à la pie-mère. L'intégrité des vaisseaux et des ganglions lymphatiques prouvait qu'ils n'avaient pas servi à la propagation. Si cette interprétation est un peu risquée, le fait qui lui sert de base est cependant exact: Cornil et Babès (3) ont montré que les bacilles ne sont pas

(1) *Revue méd. de l'Est*, 1891.
(2) *Vratch*, 1891, n° 12.
(3) Cornil et Babès. *Les Bactéries.*

ordinairement limités aux ganglions; ils se voient dans la capsule épaissie au niveau des follicules devenus tuberculeux, ils existent aussi dans le tissu conjonctif périphérique autour de la capsule: ce tissu est lui-même épaissi et infiltré de petites cellules et de granulations tuberculeuses. Loin du ganglion, on rencontre dans le tissu cellulaire œdémateux du médiastin des vaisseaux sanguins et lymphatiques entourés de tissu embryonnaire dont les cellules contiennent des micro-organismes. Malheureusement, l'auteur ne nous dit pas s'il a pu retrouver des bacilles tuberculeux dans toute la longueur du trajet qu'il indique. D'autre part, Lesage et Pascal, Louis Guinon, se fondant sur l'enseignement de Lancereaux, de Testut, admettent une communication entre les vaisseaux lymphatiques du cou et les espaces lymphatiques périvasculaires décrits dans les méninges et le cerveau par Robin, par Axel Key, opinion qui, d'ailleurs, est passible de la critique adressée par Simon à la théorie de Hubbenet et fondée sur le fait anatomique bien connu du développement des granulations tuberculeuses autour des vaisseaux de la pie-mère, fait qui semble leur assigner une origine vasculaire.

En tout cas, c'est du côté de la circulation sanguine ou lymphatique qu'il faut chercher les voies de propagation des bacilles tuberculeux. Ponfick (1) a fait de nombreuses recherches sur l'état du canal thoracique chez les tuberculeux: il se montre intact chez les individus qui succombent à une tuberculose localisée; au contraire, chez la plupart des sujets qui sont emportés par une tuberculose miliaire aiguë généralisée, la tunique interne du canal thoracique est le siège d'une éruption de nodosités qui rappellent l'aspect des tubercules et qui semblent démontrer que le canal thoracique a été traversé par une lymphe douée de propriétés spécifiques. S'il était établi qu'il s'agisse réellement ici de granulations tuberculeuses, le fait aurait une grande valeur au point de vue de la participation du réseau lymphatique à la généralisation tuberculeuse. Mais il y a des données plus précises. Babès (2) dit avoir observé la propagation des bacilles tuberculeux le long ou à l'intérieur des vaisseaux lymphatiques, et il a montré qu'en même temps que le bacille de Koch, d'autres bacilles gagnaient les méninges; c'est ainsi que s'explique la présence de streptocoques, de pneumocoques lancéolés, etc., dans l'exsudat purulent de la méningite.

Les vaisseaux sanguins peuvent-ils, aussi bien que les lymphatiques, charrier la matière tuberculeuse? « Cela ne fait aucun doute, car on voit souvent les parois vasculaires détruites par une végétation tuberculeuse qui verse alors ses produits dans la circulation. On s'expliquerait ainsi la rapide propagation de la tuberculose à tous les tissus (Lépine) (3). » Ici les preuves anatomiques ne font pas défaut: Mügge a trouvé des tubercules dans la membrane interne des veines pulmonaires; Arnold a noté également des lésions de la tunique des vaisseaux dans la tuberculose miliaire; Weigert a insisté sur le rôle important des tubercules de la tunique interne des veines et de l'endocarde du cœur droit dans la généralisation de la tuberculose; enfin les bacilles ont été retrouvés dans le sang; Weichselbaum a pu déceler, chez les individus morts de tuberculose miliaire, des bacilles dans les coagulations sanguines des gros vaisseaux, de sorte que Cornil et Babès se croient en droit d'affirmer qu'on peut aujourd'hui considérer la tuberculose miliaire comme le résultat de l'entrée des bactéries dans la circulation générale du plasma sanguin ou lymphatique.

(1) *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 16, 1877.
(2) Aviragnet. Th. de Paris, 1892.
(3) Lépine. Th. de Paris, 1872.

Ainsi, en résumé, la tuberculisation méningée chez l'enfant n'est le plus souvent qu'un épisode de la tuberculose miliaire aiguë; l'une et l'autre résultent en général d'une auto-infection par un foyer caséeux existant antérieurement dans l'organisme; la généralisation a lieu par la voie de la circulation sanguine ou lymphatique : les bacilles y pénètrent sans doute à la faveur des cellules migratrices (Koch).

Est-ce à dire cependant qu'il n'y ait point de méningites tuberculeuses primitives? il serait imprudent d'aller jusque-là. A propos des méningites pneumoniques, Netter (1) a montré qu'il en existait de deux sortes : les unes, métastatiques, par infection générale, sont causées par le transport par le sang dans la cavité crânienne des pneumocoques poussés par lui dans le foyer pneumonique; les autres, produites par une infection locale, sont déterminées par le passage direct dans les méninges de pneumocoques siégeant dans certaines régions voisines de la cavité crânienne. Or, le bacille de Koch peut lui aussi se rencontrer dans les cavité naturelles de la face. Demme (2) a trouvé une fois des bacilles de la tuberculose dans la sécrétion nasale chez un enfant qui mourut de méningite tuberculeuse. Weigert (3) rapporte une observation dans laquelle, suivant lui, la pénétration des germes pathogènes s'était faite au niveau de l'ethmoïde à la faveur d'une tumeur insérée sur cet os, et qui avait exposé les méninges au contact du bacille de Koch, présent dans les fosses nasales. Le même auteur admet que, des fosses nasales, le microbe peut passer à travers les trous de la lame criblée de l'ethmoïde et venir ensuite atteindre la pie-mère où il provoquerait la méningite tuberculeuse. Il est donc démontré que dans certains cas d'ulcérations scrofulo-tuberculeuses, les fosses nasales peuvent recéler la bacille de Koch, mais cliniquement, il est exceptionnel de voir survenir dans ces cas une méningite tuberculeuse. Depuis 6 ans, M. Simon a observé à la Maison de Secours plus de 12 cas de lupus avec ulcérations des fosses nasales et destruction partielle ou étendue de l'organe, une seule fois la lésion s'est généralisée et a envahi non les méninges, mais les poumons. Et il n'y a pas davantage d'observations de méningites tuberculeuses consécutives à des altérations de même nature du rocher et du pharynx. On peut en conclure que la méningite tuberculeuse primitive est exceptionnelle.

Si donc on se range à l'idée que la méningite tuberculeuse est le plus souvent une affection secondaire et qu'elle résulte d'une auto-infection par des foyers caséeux anciens, on peut en déduire des considérations pronostiques et prophylactiques importantes.

On comprend d'abord la gravité du danger auquel sont exposés les sujets qui cachent dans l'intimité de leur organisme une lésion de ce genre : cette lésion n'est pas guérie comme on pourrait le croire, elle peut rester silencieuse pendant des mois et des années, puis, sous une influence qui nous échappe, elle reprend son évolution et entraîne une généralisation tuberculeuse dans laquelle les méninges occupent une place souvent prépondérante. Il paraît logique d'en conclure qu'il faut, lorsque c'est anatomiquement possible, comme pour les ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux, extirper ce foyer dangereux malgré ses allures torpides. D'autre part, si ce foyer caséeux tuberculigène résulte de la pénétration dans l'économie de germes tuberculeux introduits soit par les voies respiratoires, soit plus rarement par les voies digestives, soit par le tégument externe (gourme de la peau et du cuir chevelu), on conçoit sans peine les mesures prophylactiques qui résultent de cette constatation.

(1) *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1883, n° 15.
(2) Zur Lehre von Tuberculose. *Virch. Arch.*, t. LXXIII.
(3) *Archives générales de médecine*, 1887.

Traitement du myxœdème et du crétinisme,
par Murray (1).

On s'occupe beaucoup actuellement du traitement du myxœdème et du crétinisme par l'extrait de corps thyroïde. Lorsque, en effet, soit par suite d'une maladie, soit par suite d'une opération ayant enlevé le corps thyroïde, la sécrétion de ce dernier se trouve tarie et on arrive à un état connu sous le nom de myxœdème, crétinisme ou cachexie strumiprive. L'intensité des symptômes est en rapport avec la quantité d'élément glandulaire malade. Il est reconnu aujourd'hui qu'on peut suppléer à un corps thyroïde malade, en injectant sous la peau des extraits de corps thyroïdes d'animaux; on empêche ainsi la dégénérescence des systèmes vasculaire et nerveux si fréquente à la fin du myxœdème. Pour les injections hypodermiques je me suis toujours servi d'un extrait de corps thyroïde de mouton : cet extrait est composé de parties égales de suc thyroïdien et de glycérine auxquel on ajoute 1/2 pour 100 d'acide phénique. On peut en injecter de deux à sept dixièmes de centimètre cube; de plus fortes doses peuvent amener une irritation locale. MM. Fox et Mackenzie ont montré qu'on peut administrer ce remède par la bouche; je supprime alors l'acide phénique et j'en donne ainsi des doses qui peuvent aller jusqu'à plus de 1 centimètre cube. On a aussi obtenu de bons résultats en faisant manger aux malades des corps thyroïdes crus ou à peine cuits; mais cette méthode a des inconvénients: elle peut causer des troubles gastro-intestinaux et deux fois elle a occasionné la mort. M. Vermehren a obtenu de bons résultats en prescrivant un extrait alcoolique de la glande.

Le traitement doit être divisé en deux périodes : dans la première période on fait disparaître les symptômes de l'affection; dans la seconde, il faut maintenir le sujet dans l'état de bonne santé, ainsi obtenu. Pour cela il faut continuer le traitement sous une forme quelconque pendant toute la vie. La première partie du traitement doit être conduite lentement et avec précaution, surtout lorsqu'il y a des signes de dégénérescence cardiaque ou vasculaire; il est bon de garder ces malades au lit. Ces malades peuvent en effet mourir dans une syncope, alors même que l'état paraît déjà fort amélioré par le traitement. Cette première période du traitement dure de 6 à 12 semaines suivant les malades. Pendant cette période on fait des injections à la dose précédemment indiquée, deux ou trois fois par semaine.

On cesse les injections s'il survient de la congestion de la face ou des douleurs lombaires. Presque toujours dans le myxœdème il y a hypothermie, et un des premiers symptômes d'amélioration consiste dans une élévation de la température.

Quand il se produit une accélération du pouls qui paraît trop grande pour être expliquée par l'élévation de température, on doit diminuer les doses. Sous l'influence du traitement, les œdèmes disparaissent, la peau redevient souple, la transpiration se rétablit, l'activité du sujet est beaucoup augmentée et l'état mental redevient ce qu'il était auparavant. Dans certains cas, la menstruation reparaît. Au bout de 2 ou 3 mois, les cheveux repoussent.

Au début de la deuxième période du traitement, il faut déterminer la dose minima avec laquelle on peut

(1) *Lancet*, 13 mai 1893, p. 1130.

conserver chez le malade l'état de santé. Pour cela, la température est d'un grand secours, et détermine, en effet, quelle est la dose minima qui maintient la température au degré normal. Pour cette seconde partie du traitement, on fera bien d'avoir recours en général à de petites doses prises chaque jour par la bouche.

Je cite, à l'appui des remarques qui précèdent, l'observation suivante. Un homme de 44 ans présenta progressivement de l'augmentation de poids, de l'embarras de la parole et de la marche, de l'hypertrophie des mains ; la peau devint sèche, la température s'abaissa. On fit le diagnostic de myxœdème ; la face se gonfla à son tour, il en fut de même des pieds et à peu près de tout le corps ; les cheveux tombèrent un peu. J'eus recours à la première partie du traitement pendant six semaines. Déjà au bout de la première semaine le malade allait mieux et la température s'était élevée. Malheureusement la 15e injection amena une inflammation locale avec un rash scarlatiforme sur les bras et les jambes ; il se forma un abcès au point de l'injection, abcès qu'on ouvrit et qui guérit. Cependant tous les symptômes du myxœdème disparaissaient graduellement. Le malade retourna chez lui guéri et il continua alors le traitement par la bouche.

La cachexie strumiprive consécutive à l'ablation chirurgicale du corps thyroïde doit être traitée exactement comme le myxœdème. Ce traitement fait ainsi disparaître la principale contre-indication de la thyroïdectomie.

Le myxœdème congénital ou acquis dans l'enfance constitue le crétinisme sporadique ; cette forme est aussi justiciable du traitement précédent. On a déjà obtenu dans ce cas de très bons résultats. Je crois que le traitement agirait aussi bien dans les cas de crétinisme endémique, à la condition de l'appliquer assez tôt.

On a aussi essayé ce traitement pour certaines maladies de la peau, comme le psoriasis.

Résultats éloignés de l'astragalectomie chez les enfants pour lésions inflammatoires spontanées du cou-de-pied, par EUGÈNE CRUSSARD. Thèse de Lyon. Décembre 1892.

La crainte de provoquer des arrêts d'accroissement et de voir apparaître des troubles fonctionnels fait encore, à l'heure actuelle, rejeter par un grand nombre de chirurgiens l'astragalectomie dans le traitement des ostéo-arthrites tibio-tarsiennes chez les enfants. A vrai dire, les opérations plus économiques qu'ils lui préfèrent, telles que la cautérisation, l'évidement, les tunnellisations ignées, etc., ont donné maintes fois de très bons résultats. Mais trop souvent aussi elles restent incomplètes et laissent subsister des lésions qui continuent à évoluer et parfois nécessitent, après des tentatives répétées de conservation, des opérations très étendues.

Au point de vue d'une guérison radicale, l'astragalectomie précoce doit incontestablement donner de meilleurs résultats, car elle a l'avantage de supprimer de bonne heure le foyer primitif, et de fournir un vaste jour qui permet la destruction des foyers voisins, lorsque quelques points des surfaces osseuses ou des articulations péri-astragaliennes se trouvent envahis.

Il était donc important d'être définitivement fixé sur le rôle que cette intervention peut avoir dans le développement ultérieur et dans le rétablissement de la fonction du membre opéré. C'est pourquoi M. le professeur Poncet, instruit déjà par sa pratique personnelle, a engagé M. Crussard à faire des recherches dans ce sens, et à étudier les résultats éloignés de l'astragalectomie chez les jeunes sujets.

Voici les conclusions auxquelles M. Crussard a été conduit par l'analyse de 26 observations, la plupart recueillies dans les services de MM. les professeurs Ollier et Poncet.

L'extirpation de l'astragale chez les enfants est le plus souvent nécessitée par des ostéo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied. Cette opération, dont l'innocuité peut être considérée comme complète, donne des résultats éloignés d'autant meilleurs qu'elle est pratiquée chez des sujets plus jeunes. Les résultats définitifs sont encore subordonnés à la gravité et à l'étendue des lésions osseuses et articulaires. Dans beaucoup de cas, en effet, il faut agir sur l'extrémité inférieure du tibia, sur le calcanéum, le scaphoïde. Ce sont alors des opérations atypiques dans lesquelles les chances de réinoculation tuberculeuse sont plus grandes et les résultats définitifs bien différents.

Les interventions à une époque peu éloignée du début de l'affection constituent des conditions excellentes pour une guérison relativement rapide. D'après les faits qu'il a compulsés, M. Crussard se déclare partisan convaincu de cette astragalectomie hâtive : c'est là, dit-il, l'opération de choix, l'opération digne de nos méthodes antiseptiques. Il résulte de ses observations que, chez des malades examinés depuis six mois jusqu'à cinq ans après la résection de l'astragale, cette opération altère peu la forme générale du pied. Les points d'appui sont à peu près les mêmes qu'à l'état normal. Chez quelques opérés, on observe pendant les premiers mois un léger degré de varus. Le pied opéré reste plus petit que le pied sain. La diminution moyenne de la longueur, conséquence directe de l'extirpation même de l'os, est d'environ 2 centimètres. Cette résection de l'astragale ne semble pas avoir une influence bien notable sur le développement du squelette du pied.

Les résultats excellents obtenus doivent être en grande partie attribués à la récupération de la fonction, qui permet au pied opéré de rendre les mêmes services que par le passé. Lorsque l'opération s'est bornée à l'extirpation de l'astragale, on n'a jamais vu signaler d'ankylose tibio-calcanéenne. Les mouvements de flexion et d'extension sont presque aussi étendus qu'à l'état normal. Quant à la solidité du pied, elle est aussi satisfaisante que possible ; de tels opérés marchent facilement, sans douleur, sans claudication ; ils peuvent sauter, courir, et, en somme, bénéficient dans de larges proportions de l'intervention chirurgicale. Dans les cas où l'on a dû compléter l'astragalectomie par l'extirpation d'autres parties osseuses malades, et alors que l'ankylose est la conséquence de cette mutilation plus étendue, le résultat est à coup sûr moins parfait : les malades peuvent boiter, faucher en marchant, mais ils ont certainement un pied utile, préférable à tous les pilons.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas d'érythrodermie chronique sèche exfoliante d'emblée (type de Brocq), par le docteur CH. AUDRY, chargé de la clinique de dermato-syphiligraphie (de Toulouse).

En 1882, la thèse de M. Brocq sur la dermatite exfoliatrice généralisée a apporté beaucoup de lumière dans une des questions les plus obscures de la dermatologie contemporaine. L'auteur a d'ailleurs eu, sept ans plus tard, l'insigne et rare satisfaction de constater que les études postérieures à son travail avaient généralement confirmé ses conclusions. Cependant, si la connaissance précise des érythèmes scarlatiniformes, de quelques toxycodermies, du pityriasis rubra pilaris de Devergie-

Richaud-Besnier, du pityriasis rubra de Hébra, etc., a permis de distraire et de classer exactement la majeure partie des anciennes dermatites exfoliantes, il reste encore une série de cas qui sont insuffisamment déterminés.

Le meilleur moyen, le seul moyen d'en préparer l'étude, est d'en faire connaître des observations aussi complètes que possible, en laissant au temps le soin de fournir les éléments nécessaires à une nouvelle analyse.

Actuellement je considère que la classification indiquée par Besnier et Doyon (édit. française de Kaposi, t. Ier, p. 617) est, en tant que division provisoire et clinique, celle qui peut rendre le plus de services. Je la rappelle brièvement. Elle distingue des :

1° Erythrodermies exfoliantes secondaires : accidentelles.
— — : terminales.

2° Erythrodermies exfoliantes primitives : aiguës et subaiguës.
— — : lentes.

Ces dernières (f. lentes) comprennent elles-mêmes :

A. Erythrodermies à début variable évoluant secondairement à la manière du pityriasis rubra ou des dermatites exfoliatrices.

B. Des dermatites lymphoïdes.

C. Des dermatites liées aux suppurations profondes.

D. Le pityriasis rubra pilaris.

Il est probable que M. Besnier serait actuellement amené à joindre aux deux grandes divisions précédentes :

3° Erythrodermies prémonitoires (du mycosis fongoïde, de quelques lupus, etc.).

Quoi qu'il en soit, en prenant pour ce qu'elle vaut la division précédente, on fera évidemment rentrer dans les « érythrodermies exfoliantes primitives lentes évoluant à la manière des dermatites exfoliatrices », l'observation suivante :

Madame P..., âgée de 65 ans, de Mont... (Aude), ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel. Mariée à 22 ans, elle a eu deux enfants actuellement vivants et bien portants. Ménopause il y a quinze ans. Dans l'hiver de 1891, elle aurait fait une chute dans une mare, mais il n'y eut aucune suite immédiate.

La maladie a débuté au mois d'août 1891, sans cause appréciable ; elle s'est d'abord manifestée sur la face palmaire des mains qui se sont « crevassées » au niveau de la paume, tandis que la région dorsale restait intacte. Puis, presque aussitôt, les extrémités inférieures ont été atteintes. L'affection était alors constituée par des plaques de rougeur diffuse, accompagnées de violentes démangeaisons ; à peu près immédiatement ces plaques se couvrirent d'une desquamation fine, puis très rapidement lamelleuse. Les altérations des ongles apparurent également à une époque très rapprochée du début de la maladie. Cette dernière occupa ensuite la face ; du reste, elle s'étendit assez vite pour qu'au bout de peu de semaines, la presque totalité du tégument fût envahie ; les cheveux commencèrent à tomber après le troisième mois. En résumé, il y a environ seize mois que la malade se trouve dans l'état actuel. Il faut noter que l'état général a toujours été parfait de toutes manières ; appétit conservé ; la soif est augmentée. La malade n'a jamais senti la fièvre ni ne s'est alitée ; elle est seulement violemment tourmentée par des démangeaisons. L'éruption a toujours été absolument sèche, sauf dans les points où le grattage enlève trop violemment les lamelles épidermiques ; mais ces surfaces sèchent très vite et il n'y a jamais eu de suintement.

Après avoir pris un peu d'arsenic et subi une série de traitements empiriques par correspondance, elle entre dans une chambre payante de l'Hôtel-Dieu et se confie à nos soins.

Le 23 avril 1893 elle se trouve dans l'état suivant :

C'est une femme petite, robuste ; intelligence intacte ; nullement sénile, un peu amaigrie, dit son mari. La peau présente les lésions que voici :

Mains. — *Face palmaire* : la peau de la main et des doigts présente un épaississement épidermique extraordinaire, très irrégulier. Cet épaississement, qui a son maximum au niveau des extrémités digitales, est formé par l'accumulation de débris squameux cornés disposés en plaques irrégulières, d'un blanc jaunâtre, fendillés suivant les plis de la peau, et semé de quelques rhagades. Si on les détache, avec quelque peine, d'ailleurs, car elles sont fortement adhérentes, on découvre un tégument rosé plutôt que rouge, peu infiltré, sec, encore revêtu d'une cuticule brillante. Indolence absolue ; seulement la peau est raide, et la malade ferme mal les doigts, le médius droit surtout.

Les lésions, semblables des deux côtés, sont un peu plus prononcées à droite.

Face dorsale. — Sur les doigts, on note l'intégrité de la peau qui répond aux phalanges ; seulement un peu de rougeur diffuse et d'infiltration. Au niveau des sillons qui marquent les articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes, on voit d'épaisses couches de squames blanches, fixes, adhérentes, dessinant les sillons.

Ongles. — Ils présentent tous des lésions identiques et considérables, tout à fait particulières, ayant leur maximum de développement à l'index et au pouce. L'ongle a conservé sa forme ; la matrice est intacte ainsi que les bords ; il a une couleur brune, striée de noir, qui apparaît mieux quand on enlève par le grattage une poussière fine adhérente à sa superficie. Il est lisse, sans striation superficielle. Ils sont fortement épaissis, d'une dureté telle que la malade les fait couper par son mari qui est obligé de se servir d'un sécateur. A mesure qu'il s'éloigne de la matrice, il diverge d'avec la phalangette, faisant sur le doigt un angle ouvert en bas. Il est soulevé par une masse cornée, d'un blanc jaune, grenue, extraordinairement dure et cohérente, également adhérente à l'ongle et aux parties molles. Partout, indolence et sécheresse absolues.

Sur la face dorsale du métacarpe, on note seulement une peau rosée, avec des sillons accusés et de nombreuses et fines squames lamelleuses peu adhérentes.

Avant-bras. — La peau est rose, souple ; légère infiltration sur la face postérieure, surtout vers le poignet où les sillons de la peau sont irréguliers (il faut tenir compte de l'âge de la malade). Le tégument est couvert de lames épidermiques fortes et transparentes sur la face antérieure, plus larges, très irrégulières, un peu plus épaisses sur la face postérieure. Au pli du coude, la peau est à peu près normale, furfuracée ; écailles larges, peu adhérentes dans la région olécranienne.

Sur la totalité des bras, les squames sont abondantes, larges, feuilletées, faciles à détacher, minces, transparentes.

Pieds. — Les lésions sont semblables à celles des mains, mais plus prononcées encore. Toute la face plantaire est revêtue d'une couche cornée, d'un blanc jaunâtre, qui reproduit bien le dessin des sillons de la peau. Le talon est enveloppé d'une gaine encore plus épaisse, dure, sèche. Les masses épidermiques sont fortement adhérentes ; on les détache en plaques épaisses, grenues sur leur face profonde. Même aspect sur le bord externe des pieds, sur la partie antérieure de la face dorsale et les orteils. Çà et là quelques rhagades.

Ongles tout à fait comparables à ceux des mains, mais un peu moins altérés, peut-être. Ceux des gros orteils sont soulevés par des masses cornées, dures, grenues. L'ongle est très adhérent ; sa matrice normale. Mêmes désordres pour les autres ongles.

Les plaques cornées, feuilletées, grenues, adhérentes, sont abondantes, presque continues jusqu'à 0,05 environ au-dessus de l'interligne tibio-tarsien et au niveau du tendon d'Achille.

Jambes. — La peau réapparaît rose, infiltrée, un peu œdémateuse, semée de larges lames desquamantes blanches irrégulières ; çà et là, dans des points correspondant à des lames épidermiques, un peu adhérentes, détachées par le grattage, l'épiderme est un peu plus rouge, même légèrement suintant si l'avulsion est très récente.

Creux poplité. — La peau est lisse, souple, furfuracée.

Sur la face antérieure du genou, écailles épidermiques larges et abondantes, gonflées, lisses ; l'épiderme est ici augmenté d'épaisseur en totalité.

Sur les cuisses, l'apparence est semblable à celle des bras.

Tronc. — Poils presque disparus sur le pénis, clairsemés sur les organes génitaux externes. (Tous les poils ont disparu sur tous les membres.)

La peau de la totalité de l'abdomen et du tronc est rose, très peu infiltrée, couverte de desquamation lamelleuse; cette dernière est peu prononcée dans la région sternale, très développée au contraire sur le dos. Nulle part, non plus que sur les membres, on n'aperçoit la moindre efflorence papuleuse, la moindre trace d'inflammation localisée ou même exagérée autour d'un follicule.

La partie antérieure du cou est et a toujours été à peu près normale; furfur sur les parties latérales : l'état de la nuque est semblable à celui du dos; au niveau de la protubérance occipitale, à la zone d'insertion des cheveux, des croûtelles un peu farineuses abondantes.

La face présente une rougeur peu prononcée, semée de lamelles blanches et fines, sauf à la région préauriculaire où elles sont assez larges. Il existe un degré assez marqué d'éversion des deux paupières inférieures, d'où il résulte un léger ectropion découvrant une conjonctive rouge et enflammée. Les cils de la paupière inférieure sont cassés, maigres. Les sourcils, très raréfiés, ont presque disparu dans le quart externe, plantés sur des squames argentées dans leur moitié interne. L'espace intersourcilier, le sillon de l'aile du nez présentent des lésions ainsi que le front dont la peau est brillante, un peu blanchâtre.

Cuir chevelu. — La malade n'avait plus beaucoup de cheveux, dit-elle, au moment où est survenu le mal. Mais ce qui restait a diminué considérablement. Actuellement, il reste au niveau de la suture coronale une bande de cheveux blancs et noirs, fins, secs, assez solides, et une assez large touffe occipitale. Le cuir chevelu même est semé de fines squames blanches, furfuracées, qui se réunissent en petites nappes amiantacées au niveau de l'insertion des cheveux qui subsistent.

Sur les oreilles, l'exfoliation se fait en lamelles larges; le pavillon est collé contre le crâne par une légère humidité.

Muqueuses buccale et linguale intactes. — La malade se plaint de souffrir un peu de la langue; mais on ne découvre rien d'anormal, si ce n'est un peu de dépapillation sans caractère.

Examen des *poumons* entièrement négatif; deux ou trois râles musicaux disséminés; pas de toux ni d'expectoration.

Cœur. — Normal de dimension, de rhythme, d'intensité, etc. Exactement au niveau de la pointe bruit de souffle systolique doux, non propagé, offrant tous les caractères d'un bruit extra-cardiaque. La malade dit qu'elle boit beaucoup; elle est un peu constipée. L'examen du ventre montre seulement un peu de dilatation du côlon ascendant et des scybales accumulées dans l'S iliaque. Nous avons dit que l'état général était très bon, l'appétit plutôt augmenté. La malade se plaint uniquement de démangeaisons violentes, continues qui pendant les premières heures du séjour au lit deviennent insupportables.

N. B. — La quantité de squames trouvées dans le lit au matin remplirait à peu près 1/3 de litre.

Il n'existe point d'adénopathie notable; il n'y a jamais eu de suppurations.

Examen histologique d'un fragment de peau excisé sur la face dorsale de l'articulation métacarpophalangienne gauche.

Fixé par l'alcool et l'acide osimique. Coloré par le picrocarmin, le carmin aluné, hématoxyline. Méthode de Weiger et de Nicolle.

Hypoderme.— Sillonné de gros boyaux cellulaires constitués soit par des capillaires augmentés de volume et entourés d'un manchon d'éléments embryonnaires, soit par des traînées de ces dernières accumulées dans les espaces et les radicules lymphatiques.

Zone dermo-papillaire. — Elle offre la plus dense infiltration de cellules embryonnaires que j'aie jamais vue sur aucune lésion de la peau. En nombre de points il faut de l'attention pour percevoir la limite de l'épiderme. Ces cellules n'ont point de caractères spéciaux, et elles sont trop nombreuses pour qu'on puisse songer à établir leur orientation ou leur provenance. Presque toutes sont plus ou moins irrégulièrement circulaires. Elles gonflent les papilles qui sont doublées ou triplées de hauteur et qui en quelques points ne sont séparées des strates de desquamation que par 2 ou 3 plans de cellules; ces papilles sont du reste irrégulières, souvent larges et très intriquées. Du reste, on ne voit ni exsudat ni dilatation vasculaire.

Epiderme. — Rien à noter du côté de la vitrée et de la couche génératrice.

Le corps muqueux est infiltré de nombreux leucocytes émigrés entre les cellules. Celles-ci présentent toutes des filaments unitifs (pointes de Schultze) remarquablement accusés. L'épaisseur du corps muqueux est diminuée de volume au sommet des pupilles. Au niveau des prolongements interpapillaires, il n'est pas aussi considérable que pourrait le faire supposer leur allongement, parce que les strates s'infléchissent et pénètrent à ce niveau. Il nous a semblé que les noyaux étaient très généralement fort pauvres en chromatine.

Le stratum granuleux et l'éléidine ont radicalement disparu à un point tel qu'on trouve les pointes de Schulze presque jusque dans les plans en contact des cellules qui, par leur allongement transversal, annoncent l'arrivée du stratum corné. Tout le corps muqueux a pris une teinte jaunâtre; il semble que la totalité de l'épiderme collabore à une kératinisation maladroite; cette dernière est d'ailleurs exagérée au point excisé. Les strates cornées accumulées sont teintées en jaune orange ou sale. Elles sont richement nucléées jusque dans les couches les plus extérieures. Elles présentent de nombreux plans de clivage irréguliers. En un point, le clivage s'est produit en plein corps muqueux de Malpighi, comme s'il y avait eu là un processus de vésiculation; assez loin dans les couches cornées, on retrouve non seulement les noyaux bien différents en leur forme, mais encore les contours des cellules énergiquement limités.

Il n'y avait ni glandes ni poils dans la région examinée.

La recherche des microbes ne nous a pas donné de résultats dignes d'être mentionnés.

Examen du sang, pratiqué par M. le docteur Daunic, chef du laboratoire des cliniques (hémoglobinomètre de Malassez):

Globules rouges	6.160.000
Globules blancs	1 pour 150 rouges.

Ainsi : augmentation notable de la densité du sang et de la leucocytose (1).

Examen des urines par M. Fazeuilles (le lendemain de l'entrée de la malade) :

Urée	18.915
$Ph^2 O^5$	1.52
HCl	8.48
HCl à l'état de chlorure de sodium	14

La quantité d'urine émise en 24 heures s'élève à 950 gr. Densité, 1017. Réaction acide. Couleur jaune citrin. Ni sucre, ni albumine, ni acétone.

Traitement : 2 bains amidonnés. Lait. Enveloppement humide des extrémités. Acide phénique et valériane à l'intérieur.

26 avril. — Les squames sont en grande partie tombées, et la peau des mains et des pieds est décapée; on la voit alors partout mince, lisse, unie, plus rouge qu'à l'entrée, œdémateuse sur les jambes. Les démangeaisons persistent. On substitue les douches tièdes aux bains. T. soir, + 37°.

27 avril. — Diminution notable des démangeaisons. Les masses cornées sous-onguéales s'effritent et se ramollissent; il en résulte que les ongles soulevés par elle perdent leur solidité et deviennent mobiles. Rhagades nombreuses et superficielles des genoux, etc. Liqueur de Fowler 10 gouttes. Suppression de l'acide phénique. La quantité d'urine des dernières 24 heures s'élève à 1,100 grammes.

28 avril. — Un nouvel examen du sang fait par M. le docteur Daunic donne 6.250,000

Urine. .	1,050 gr. dans les dernières 24 heures.
Densité.	1,015 Acide.
Urée. .	14,031
$Ph^2 O^5$.	1,552
H Cl . .	6,6
Na Cl. .	10,10

Ni sucre, ni albumine, ni acétone (analyse par M. Fazeuille).

29 avril. — Les squames se reproduisent très rapidement. Les ongles se dépouillent. Prurit amélioré.

(1) Cette augmentation de densité du sang est très remarquable dans une dermatose presque entièrement sèche. (V. Schlesinger. *Arch. de Wirchov.* 1892). (V. aussi Lyonnet. *Densité du sang.* Th. Lyon 1892).

1er mai. — Récidive du prurit. Pas de modifications. On substitue l'huile à la vaseline ; on rétablit l'acide phénique.

3 mai. — Rien de particulier. Les doses d'arsenic sont élevées progressivement.

5 mai. — Amélioration sensible du prurit. Tous les autres sympômes sont stationnaires.

12 mai. — La malade qui prend 44 gouttes de Fowler par jour est dans le même état qu'à son entrée, sauf une très notable amélioration du prurit; il a fallu 8 jours auparavant supprimer les douches tièdes qui avaient une action nettement défavorable. Aucun topique n'a eu une influence bien positive (ichthyol, soufre, etc.). La malade demande à sortir ; elle continuera à prendre de l'arsenic chez elle.

15 jours plus tard, nous avons eu de ses nouvelles. Aucun changement, ni en bien, ni en mal, ne s'était produit dans son état.

Je pense qu'on ne fera de pas difficultés de considérer le fait précédent comme rentrant dans les érythrodermies exfoliantes primitives à forme lente. Cette simple concession nous permettra de simplifier singulièrement le diagnostic différentiel. Car nous n'avons plus affaire qu'au pityriasis rubra pilaire de Devergie-Richaud-Besnier; au pityriasis rubra de Hebra; aux formes aiguës (Wilson, Quinquaud, Vidal) et chroniques (Brocq) des dermatites exfoliatrices.

Il ne m'a pas paru qu'on pût éprouver de sérieuses difficultés à éliminer le pityriasis rubra pilaire. Je sais que ce dernier est susceptible d'évoluer très longuement, mais alors, en poussées, d'ordinaire. Les altérations des ongles sont dissemblables. La desquamation est absolument différente; l'épiderme n'est pas atrophié, le derme n'est pas œdémateux comme chez notre malade; il n'y avait aucune trace de cônes pilaires; les doigts étaient presque intacts aux lieux d'élection. Enfin, il n'était pas possible de relever la moindre papule, la moindre localisation folliculaire, sous quelque forme que ce fût. Du reste, le résultat de l'examen histologique ne fait que confirmer ces différents points; j'ai longuement insisté ailleurs (*Gaz. hebd.*, janvier 1893, Société française de dermatologie et syph. avril 1893) sur l'hyperéléidinisation dans le pityriasis rubra pilaire. On a vu que dans le cas actuel l'éléidine avait disparu.

La conservation de l'état général suffirait à éliminer les formes typiques du pityriasis rubra pilaire de Hebra, cette maladie si rare que je n'en connais pas d'observation française, mais qui paraît réellement distincte. MM. Vidal et Brocq en admettent cependant une variété bénigne ; mais il faut l'écarter en raison des caractères de la desquamation largement écailleuse de notre malade, de l'absence de phénomène de rétractilité du côté de la peau, de l'évolution de la maladie, de la rougeur, etc.

Restent les dermatites exfoliatrices. On sait qu'il existe une variété de formes aiguës et subaiguës répondant plus ou moins exactement aux observations de MM. Wilson, de Quinquaud et Vidal. Ce sont ces faits mêmes qui furent soigneusement étudiés dans la thèse de M. Brocq.

Ils se distinguent de notre cas par la marche entièrement différente, la gravité, l'altération de l'état général, les poussées fébriles, la fréquence des complications suppuratives, ganglionnaires et autres.

C'est réellement à la forme *chronique de dermatite exfoliatrice* ultérieurement décrite par M. Brocq qu'il faut, pensons-nous, appliquer la présente observation. Elle nous paraît même en constituer un type par la sécheresse, l'exfoliation immédiate, constante et continue de la maladie, et l'absence de complications extra-cutanées.

On notera que l'examen histologique est entièrement à l'appui de cette opinion. Les lésions que nous avons constatées sont semblables à celles vues par M. Vidal, et retrouvées par M. Oro. Il y a longtemps qu'on a fait remarquer leur parenté avec le psoriasis tel que Suchard l'avait décrit et tel que nous l'avons retrouvé. Elles sont, du reste, voisines des lésions vues dans le pityriasis rubra de Hebra par H. v. Hebra et récemment par Jadassohn Toutes ces maladies sont maladies de l'éléidine et du stratum granuleux ou, plus exactement, elles se manifestent par leur affaiblissement et leur disparition. Toutes, semble-t-il, pourraient être considérées comme appartenant de près ou de loin aux parakératoses de Unna.

J'ignore, du reste, si la variété chronique de dermatite exfoliatrice sèche d'emblée (de Brocq) n'est qu'une modalité de la maladie de Wilson. Cela paraît probable, bien que ses limites ne soient pas bien déterminées. Du reste, j'ai fait mon possible pour que le lecteur au courant de la question puisse juger par lui-même de la signification de notre observation.

Un mot encore : A quelle classe d'affection avons-nous affaire? On se rappelle que M. Quinquaud considérait sa dermite aiguë grave comme une trophonévrose. M. Oro en juge de même pour le malade de Wilson. Faut-il avouer que je n'en suis pas entièrement convaincu? Il me paraît plus simple de les considérer comme des maladies infectieuses et parasitaires; à coup sûr, l'histologie n'y contredit pas.

Du reste, sur un seul point nous sommes tout à fait affirmatif : c'est sur la possibilité et la nécessité d'établir entre les diverses érythrodermies exfoliantes des distinctions absolues en tant qu'espèces morbides.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Attaques hystériques guéries par la suggestion hypnotique (Hysterical seizures relieved by hypnotic suggestion), par Judson Daland (*University Medical Magazine*, avril 1893, n° 7, p. 530). — Jeune femme âgée de 18 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels importants. La première attaque se produisit le 29 mars 1892, la seconde 6 jours après, la troisième 3 jours ensuite. Ces attaques sont caractérisées par de l'inconscience, de l'opisthotonos et des convulsions. Elle fut hypnotisée le 6 septembre par fixation d'un miroir laryngé : on lui suggéra de ne plus avoir d'attaques. Elle n'en présenta plus qu'un mois après. Ultérieurement, des suggestions post-hypnotiques répétées triomphèrent des attaques.

Fonctions inhibitoires des sécrétions glandulaires sur certaines maladies chroniques (On the inhibitive functions of glandular secretions on some chronic diseases), par C. Macalister (*British medical journal*, 8 avril 1893, n° 1684, p. 729). — L'auteur rapporte l'histoire d'une jeune fille de 14 ans, présentant les symptômes caractéristiques de la paralysie pseudo-hypertrophique-lordose, marche sur les orteils et très difficile, augmentation considérable du volume des mollets — qui fut extrêmement améliorée à la suite d'un traitement consistant à prendre chaque jour un thymus de mouton mélangé à de la glycérine. C'est en se fondant sur des vues théoriques qu'il a été conduit à instituer ce traitement. Il pense en effet que la paralysie pseudo-hypertrophique, loin de représenter une trophonévrose, est constituée par un vice de développement des tissus tenant à ce que l'influence d'arrêt exercée sur l'hyperplasie fibreuse par la secrétion du thymus, fait défaut.

Manifestations psychopathiques réflexes d'origine nasale (Ueber reflectorisch von der Nase aus ausgelœste psychopatische Erscheinungen), par Pick (*Prager medicinische Wochenschrift*, 19 avril 1893, n° 16, p. 185). — Après avoir rappelé diverses observations dans lesquelles il parut y avoir rapport causal direct entre des manifestations nerveuses et des lésions nasales, l'auteur rapporte le cas de ce genre

qu'il a rencontré. Femme de 23 ans, dont la mère était excentrique, dont la sœur est épileptique, qui depuis 3 mois se plaint de douleurs de tête, puis présente des idées délirantes, affirme en outre que le mauvais esprit s'est logé dans son nez et ne lui laisse aucun repos. L'examen montre une rhinite hypertrophique. A la suite de l'opération, il y eut une rémission complète, mais, deux mois après, les troubles psychiques et l'agitation réapparurent. L'auteur conclut de là que les lésions nasales n'ont fait que déterminer la forme du délire, et que la malade était avant tout une prédisposée.

Tabes avec paralysie du diaphragme (Tabes mit Zwerchfellslæhmung), par GERHARDT (*Berl. klin. Woch.*, 17 avril 1893, n° 16, p. 369). — L'auteur, après avoir énuméré les diverses causes de la paralysie du diaphragme, dit qu'il n'a pas encore trouvé mentionné le tabes, et rapporte une observation de ce genre. Une femme de 45 ans, rhumatisante, ayant fait des avortements à 2 et 5 mois, est devenue sourde de l'oreille gauche à la suite d'une frayeur, il y a six ans. La vue a faibli, les jambes sont devenues maladroites, elle a eu des douleurs fulgurantes et des accès de suffocation. Elle présente actuellement tous les signes de l'ataxie. Dans la respiration calme, le bord du diaphragme se trouve au niveau de la sixième côte. On ne voit aucun mouvement respiratoire dans la région épigastrique. A peine les chocs imprimés à cette région déterminent-ils quelques mouvements. La faradisation du phrénique n'a pas d'effets.

MÉDECINE

Etude sur les différentes formes du parasite de la malaria, par BABES et GHEORGHIU (*Archives de médec. expérim.*, mars 1893, p. 186). — Les auteurs ont trouvé le parasite de Laveran dans les 43 cas de paludisme où ils l'ont recherché. Ils ont constaté qu'il y a un rapport entre les accès de fièvre paludéenne et la multiplication du parasite dans le sang; de plus ils ont constaté qu'il existe une différence de forme de parasites dans les différentes formes cliniques de la maladie, mais les différences ne sont pas aussi absolues que le prétendent les auteurs italiens et ils hésitent encore à établir des espèces différentes du parasite pour les différentes formes du paludisme. Le traitement spécifique fait disparaître les parasites du sang, non pas immédiatement après la disparition des symptômes morbides, mais après plusieurs jours de traitement.

Suppuration du poumon; tuberculose et abcès pulmonaires à coli-bacilles et streptocoques; deux infections secondaires, complication de l'infection primitive, par CHARRIN et DUCAMP (*Revue de médecine*, mars 1873, p. 214). — Homme de 37 ans, atteint de tuberculose pulmonaire avec expectoration assez abondante, muqueuse ou muco-purulente; signes de cavernes aux deux sommets, fièvre hectique et aggravation des signes pulmonaires, puis fièvre intense avec dyspnée considérable, points de côté multiples, matité et râles humides jusqu'aux bases des poumons. A l'autopsie, grosses cavernes tuberculeuses aux sommets, nombreux abcès dans toute la hauteur des poumons du volume d'une noisette à celui d'une mandarine, remplis de pus fluide, ne communiquant ni avec les bronches ni avec la plèvre; à l'examen bactériologique, on trouve dans le pus des abcès un streptocoque et le coli-bacille sans bacille de Koch : la tuberculose, par la déchéance de l'organisme et par les sécrétions du bacille de Koch, a certainement favorisé le développement de ces infections secondaires.

Infection biliaire et lithiase; rôle de la fièvre typhoïde dans l'étiologie de la lithiase biliaire, par DUFOURT (*Revue de médecine*, avril 1893, p. 274). — La lithiase biliaire peut reconnaître deux origines bien différentes : dans certains cas, elle résulte d'altérations des parois des canaux, d'angiocholite; dans d'autres, elle est due à des modifications chimiques de la bile résultant d'une perturbation dans les mutations organiques de l'économie. Parmi les causes de l'angiocholite, il faut placer la fièvre typhoïde : Chez 19 sujets atteints de lithiase biliaire, l'auteur a constaté l'existence antérieure d'une fièvre typhoïde; et parmi ces 19 sujets il en est 14 chez lesquels on peut légitimement attribuer à la fièvre typhoïde le développement de la lithiase par l'intermédiaire de l'angiocholite.

Un cas de pleurésie séreuse tuberculeuse et streptococcique, par SACAZE (*Revue de médecine*, avril 1893, p. 314). — Homme de 21 ans, pleurésie droite, deux thoracentèses amenant 1050 et 1850 grammes de liquide citrin; le liquide de la première thoracentèse produit chez un lapin sur trois des lésions tuberculeuses, et renferme des streptocoques; le liquide de la deuxième thoracentèse ne produit pas la tuberculose chez le cobaye, il ne cultive pas sur la gélose. Cette observation montre que le streptocoque peut s'associer au bacille tuberculeux, qu'il n'amène pas fatalement la purulence, que les résultats fournis par l'inoculation et les cultures dépendent de la période plus ou moins avancée à laquelle l'affection est parvenue et que, si on agit un peu tard, les micro-organismes peuvent être morts.

CHIRURGIE

Soixante-neuf cas de carcinome de la langue (69 Fælle von Zungencarcinom), par SACHS (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 779). — Le travail de l'auteur ressemble à une thèse bien faite, basée sur 69 cas de carcinomes de la langue pris à la clinique de Kocher et dont 58 opérés par lui.

Passant par conséquent sur toute la partie théorique (étiologie, anatomie pathologique, diagnostic, etc.) fort bien faite de ce travail, nous nous contentons de donner les résultats des 58 opérations.

On a eu 6 morts opératoires. Sur les 58 malades opérés, on a pu en suivre 38 : 25 ont eu rapidement une récidive, 13 sont restés guéris depuis quatre mois à sept ans. Les malades qui sont restés le plus longtemps sans récidive sont ceux qui ont été opérés de la façon la plus large.

Empyème dans un cas de fièvre typhoïde (Ein Fall von Typhus Empyem), par WEINTRAUD (*Berl. klin. Woch.*, 1893, n° 15, p. 345). — Il s'agit d'un homme de 19 ans qui, au quatrième septenaire, présenta les signes d'un léger épanchement liquide dans la plèvre gauche. On fit une ponction exploratrice qui donna issue à un liquide purulent contenant des bacilles d'Eberth d'une virulence atténuée. On se proposait de faire la thoracotomie, lorsque le malade fut pris de phénomènes péritonitiques graves qui disparurent pourtant au bout de huit jours. Une seconde ponction faite dans la plèvre donna issue à du pus contenant toujours des bacilles d'Eberth, mais d'une virulence moins grande que celle des bacilles de la première ponction. On décida donc d'attendre, et le malade guérit après résorption spontanée de l'épanchement pleurétique.

Un cas de pyloroplastie par le procédé de Heineke-Mickulicz (Ueber einen Fall von Pyloroplastik nach Heincke-Mickulicz wegen Verætzungsstriktur), par RICYNER (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 16, p. 372). — L'opération en question a été faite à une femme de 20 ans pour un rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif à l'ingestion d'acide chlorhydrique pur. L'opération a été faite 15 jours après l'accident, quand les aliments ne passaient plus à travers le pylore. A l'ouverture de l'estomac, on trouva le pylore tellement rétréci qu'il ne laissait passer qu'une sonde n° 12 de Charrière.

La malade ne survécut à son opération que 24 heures, et, comme l'autopsie fut absolument muette, l'auteur attribue la mort à l'inanition de la malade. Aussi est-il d'avis d'opérer en ces cas de bonne heure.

Rétablissement du sphincter anal après extirpation du rectum (Ein Vorschlag zur Herstellung des Sphincter nach Mastdarmextirpation), par WILLEMS (*Centr. f. Chir.*, 1893, n° 19, p. 401). — Dans le cas d'extirpation du rectum pour cancer avec destruction du sphincter anal, l'auteur propose de procéder comme dans le procédé de Hacker pour les fistules gastriques, c'est-à-dire de faire passer l'extrémité inférieure du rectum à travers les fibres dissociées du grand fessier, près de son insertion inférieure, et de la suturer à la peau. Les fibres du fessier rempliront alors le rôle de sphincter anal.

Sur le cadavre, l'opération réussit fort bien; sur le vivant l'auteur n'a pas encore eu l'occasion de la pratiquer.

BIBLIOGRAPHIE

Des conditions de l'hygiène à Beauvais, par M. le docteur J. Dardignac. Beauvais, 1892.

Il est bien peu d'œuvres de ce genre que l'Académie de médecine pouvait mieux récompenser l'an dernier que celle dont le titre précède. Une occasion récente nous a permis d'en apprécier encore une fois toute la valeur et même de constater l'heureux effet qu'elle commence à produire dans les esprits pour lesquels elle a été entreprise.

Parmi les éminents services que rend le corps de santé militaire, il faut, on le sait, compter depuis longtemps ces études de statistique et de géographie médicale que nos confrères de l'armée ont accomplies et menées à bien dans un si grand nombre de villes françaises. Dégagés des influences locales et de tout souci professionnel, ils sont assurément bien placés pour rendre un tel service; leurs connaissances épidémiologiques et hygiéniques, non moins que leurs facilités de travail, rendent encore leur concours plus précieux et plus efficace. Grâce à eux, nous pourrons sans doute, dans un délai assez rapproché, grossir les éléments de cette enquête sanitaire de la France qui offrirait tant d'intérêt pour diriger et régulariser les aspirations actuelles en faveur du développement de l'hygiène publique.

Les conditions hygiéniques à Beauvais sont loin d'être satisfaisantes; on ne s'en doutait peut-être pas assez avant la publication de M. Dardignac; car ici, comme dans la plupart des villes, la marche progressive de l'immigration urbaine, de l'apport rural, ne cesse pas de cacher le péril. Avec une mortalité très élevée, une natalité et une matrimonialité décroissantes, Beauvais, sans compter parmi nos agglomérations les plus insalubres, a besoin de réformes nombreuses. M. Dardignac en a étudié tous les détails avec la meilleure méthode scientifique, sans parti pris d'aucune sorte. Sans doute, on pourrait critiquer quelques-unes des solutions proposées sur certains points de détail, mais on ne saurait trop le faire publiquement avant d'avoir poursuivi les recherches avec autant de science et de persévérante ingéniosité.

Ces réformes ne diffèrent ici au surplus de celles qu'on a préférées ailleurs qu'en raison de circonstances locales dont la moins importante n'est pas celle de la constitution du sol, de sa pollution non douteuse, de l'insuffisance à beaucoup d'égards de l'alimentation en eau et des conditions du drainage des matières usées. Nous reconnaissons que le problème de l'assainissement de Beauvais en devient singulièrement délicat et beaucoup trop complexe pour qu'on en puisse espérer une prompte solution. Mais il n'en faut pas moins entreprendre résolument l'œuvre, avec la ferme volonté de la mener à bien; c'est-à-dire qu'il convient d'en préparer l'adoption et l'application en organisant au préalable dans cette ville un service spécial qui prenne en mains les intérêts sanitaires de la cité et centralise toutes les études en même temps que tous les moyens prophylactiques à plus ou moins longue échéance qu'il ne tardera pas à pouvoir mettre à la libre et large disposition de tous les habitants. Nous savons que telle est aussi l'opinion de M. Dardignac; le beau travail dont il a enrichi cette ville ne saurait avoir de meilleure et de plus fructueuse conclusion, dans son intérêt le plus immédiat et le plus urgent.

A.-J. Martin.

Les maladies de l'estomac (Die Krankheiten des Magen), par le professeur Ewald (de Berlin). 3e édition, in-8° de 595 pages. Berlin, 1893, chez Hirschwald.

Le livre dont Ewald publie aujourd'hui la troisième édition est bien connu de tous les médecins qui se sont livrés à l'étude de la pathologie stomacale. Son succès s'affirma dès la première édition qui est de 1888; il se soutint avec la seconde qui parut en 1889; il se continuera certainement avec la troisième qui a été remaniée avec soin et mise au courant des travaux les plus récents. Dans ces dernières années, la pathologie stomacale s'est renouvelée presque entièrement sous l'influence des recherches de Bouchard sur la dilatation de l'estomac et par l'introduction de l'analyse chimique du suc gastrique dans la série de nos moyens d'exploration. Ce renouveau a été marqué par une innombrable série de mémoires dont la valeur est fort inégale. Or, à notre sens, la qualité primordiale de la nouvelle édition du traité d'Ewald, c'est justement l'habileté et l'impartialité avec lesquelles tous ces documents sont utilisés, classés et critiqués. Dans les douze leçons dont le livre se compose, on trouve à peu près tous les renseignements désirables.

Les deux premières leçons sont consacrées aux méthodes d'exploration dans les maladies de l'estomac: analyse chimique du contenu gastrique, détermination du pouvoir moteur et du pouvoir de résorption.

L'analyse chimique porte sur le contenu de l'estomac retiré une heure après le repas d'épreuve qu'Ewald a préconisé (60 grammes de pain et 250 grammes de thé léger). Pour le dosage des acides, Ewald se sert surtout du procédé de Léo. On peut se faire une idée de sa méthode, combinaison de divers procédés, par le tableau suivant qui donne les résultats de l'exploration chez un sujet sain.

Le contenu de l'estomac une heure après le repas d'épreuve est une bouillie de pain jaune clair qui laisse filtrer un liquide également jaune clair; il reste sur le filtre un résidu uniforme.

— Le liquide filtré a une réaction acide.

— Avec la tropéoline, réaction brun sombre.

— Avec le rouge du Congo, réaction bleue.

— Avec le réactif de Günzburg ou celui de Boas, couleur rouge carmin.

— Détermination des acides d'après le procédé de Léo.

— Absence d'acide butyrique.

— Changement de coloration indécis avec le réactif d'Uffelmann.

— 1° Acidité (A) = 55.

— 2° Acidité après agitation avec l'éther (le résidu éthéré donne une réaction positive avec le réactif d'Uffelmann) = 46. D'où on conclut que l'acide lactique est dans la proportion de 0,018 pour 100.

— 3° Acidité après addition de chlorure de calcium = 56.

— 4° Acidité après traitement par le carbonate de chaux = 16, chiffre correspondant aux sels acides.

— 5° D'où on conclut que l'acidité due aux acides libres = 40. De ce chiffre on soustrait la différence entre 1 et 2, c'est-à-dire 55 — 46 = 9, différence qui correspond à l'acide lactique.

— 6° L'acidité de l'acide chlorhydrique physiologiquement actif (L+C) est donc = 31 = 0,113 pour cent d'acide chlorhydrique. D'où on conclut que l'acide combiné (C) = 0,063 pour 100.

Le procédé de Léo qui sert de base à cette méthode d'exploration est passible d'objections que MM. Hayem et Winter ont exposées dans leur livre, mais on ne peut nier qu'il soit un des plus simples au point de vue clinique.

La troisième leçon est consacrée au rétrécissement de l'œsophage et du cardia. Peut-être pourrait-elle être supprimée sans inconvénient dans un traité des maladies de l'estomac. Les leçons suivantes doivent être louées sans réserves; elles sont consacrées à la gastrite aiguë (4e leçon), à la gastrite chronique (5e leçon), à la dilatation de l'estomac (6e leçon), au cancer de l'estomac (7e leçon), aux ulcères gastriques (8e leçon), aux névroses de l'estomac ou dyspepsies (9e, 10e et 11e leçons), aux rapports des maladies de l'estomac avec les les maladies des autres organes (12e leçon).

Dans ce cadre, l'auteur a su faire entrer une véritable encyclopédie des maladies de l'estomac. Son livre est complet. Il est d'autre part élémentaire et didactique. Et on ne saurait trop louer Ewald d'avoir consenti à faire, en même temps qu'une œuvre de science, une œuvre de vulgarisation.

Marfan.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les Tumeurs blanches chez l'enfant, par le Dr A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris. *Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*, publiée, sous la direction de M. Léauté, membre de l'Institut. G. Masson, éditeur, chaque volume............ 2 fr. 50.

La pratique médico-chirurgicale des tumeurs blanches articulaires comporte, chez l'enfant et chez l'adulte, des différences notables. Chez l'enfant, il faut tenir grand compte de la tendance à la gué-

rison spontanée, laquelle peut et doit être favorisée par un traitement local orthopédique, *non sanglant*. Chez l'adulte, les résections s'imposent bien plus fréquemment, sans qu'on ait à se préoccuper de la compromission de l'accroissement ultérieur du membre. Ce raccourcissement est au contraire à redouter chez l'enfant et doit commander une grande réserve à l'opérateur, que l'innocuité précieuse due aux méthodes aseptiques induit, trop aisément peut-être, en tentation chirurgicale. C'est indications et contre-indications sont présentées d'une façon nette, précise, très raisonnée dans l'*Aide-Mémoire* de M. A. Broca, qui s'est inspiré, avec un sens fort juste d'ailleurs, de la doctrine et des admirables travaux de M. le professeur Ollier (de la Faculté de Lyon), le grand maître français en matière de résection et de chirurgie conservatrice.

Le texte de cet *Aide-mémoire* est illustré de nombreuses figures, dont la plupart sont emprunts au grand *Traité des résections* du professeur lyonnais.

MALADIES DES PAYS CHAUDS, par le professeur DE BRUN, médecin sanitaire de France en Orient, *Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*, publiée sous la direction de M. LÉAUTÉ, membre de l'Institut. G. MASSON, éditeur, chaque volume......... 2 fr. 50.

Ce nouveau Compendium de la pathologie des climats chauds est appelé à prendre place dans la bibliothèque de tous les praticiens sans exception; car, par ce temps d'excursions illimitées et d'expansion coloniale universelle, le médecin le plus sédentaire peut avoir pour clients des malades ayant rapporté sous le climat tempéré de la mère patrie quelque affection spéciale aux zones brûlantes de notre globe.

M. le professeur de Brun a divisé son ouvrage en deux classes: 1° les maladies climatériques, comprenant le coup de chaleur, les fièvres climatériques des pays chauds et l'anémie tropicale; — 2° les maladies infectieuses: peste, fièvre jaune, choléra indien, fièvre dengue, béribéri, maladie du sommeil. Il contient, en outre, les renseignements sommaires que l'on possède sur une affection, probablement infectieuse, particulière au jeune âge dans les îles de l'Archipel hellénique, le *ponos*, ainsi que sur la fièvre typhique fluviale du Japon. Les pathologistes y trouveront l'exposé succinct et impartial des tentatives contemporaines de vaccination préventive de la fièvre jaune et du choléra et un diagnostic différentiel fort net de la fièvre dengue. L'ouvrage a pour appendice un index bibliographique fort complet.

VARIÉTÉS

Académie de médecine. — Une erreur de mise en pages a fait omettre dans le dernier numéro du *Mercredi médical* l'annonce du résultat de l'élection de mardi dernier. Rappelons donc que M. Debove a été élu au premier tour par 56 voix contre 5 à M. Hallopeau, 3 à M. Laveran, 1 à M. Ferrand et 1 à M. Huchard.

Nécrologie : Dr DELASIAUVE. — Un des doyens de la médecine mentale française vient de disparaître: M. le docteur Delasiauve est mort le lundi 5 juin, après une courte maladie, à l'âge de quatre-vingt-neuf ans.

M. Delasiauve, qui avait fait ses études médicales à Paris, y fut reçu docteur en 1830. Après avoir pratiqué pendant quelques années la médecine dans l'Eure, son département d'origine, il revint à Paris pour se présenter au concours des médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière: il fut reçu, et, pendant près de quarante ans, il consacra son temps et ses peines à étudier dans ces deux grands hospices les questions les plus ardues de la médecine mentale et nerveuse. Ses travaux les plus connus sont ceux qu'il publia sur l'épilepsie et, en particulier, sur le traitement de cette redoutable affection; ceux sur la lypémanie, sur la stupidité, sur le delirium tremens, etc., etc.

Sous l'homme de science, il y avait chez M. Delasiauve un ardent philanthrope; les connaissances scientifiques devaient, selon lui, avoir pour corollaire l'amélioration de l'espèce humaine. De là, ses études si intéressantes sur *l'organisation médicale*, sur le *développement du service médical dans les campagnes*, sur la *création des hospices cantonaux*; de là, surtout, sa passion pour l'enseignement pédagogique des enfants arriérés et idiots, dont il a contribué à poser les principes, qu'il a développé avec une patience digne d'éloges et qu'il a fait partager à son meilleur élève, M. Bourneville, qui a continué religieusement les enseignements de son vénéré maître.

M. Delasiauve — nous ne saurions l'oublier — a été un des collaborateurs de la première heure de la *Gazette hebdomadaire*. On lit encore avec intérêt et profit les nombreux articles et analyses qu'il a publiés dans le journal que venait de fonder notre si regretté Dechambre. Dans toutes les pages qu'il écrivit, il se montra critique bienveillant, mais ferme; il jugeait les œuvres des autres à la lumière des principes qu'il s'était formés, principes discutables peut-être, mais qu'il défendait avec verve, ténacité et abondance.

Ces principes sont développés surtout dans son *Journal de médecine mentale*, qu'il publia pendant dix ans (de 1861 à 1870) et dont il fut le principal collaborateur. On y trouve de lui une longue série d'articles constituant un traité complet de pathologie mentale, avec, comme fondement, des éléments de psychologie normale. Qu'on relise avec soin et impartialité cette œuvre magistrale, on sera surpris de l'énorme quantité d'idées, dont quelques-unes très originales, M. Delasiauve a semées dans ces articles écrits en quelque sorte au jour le jour. Que de choses on y retrouve que, récemment, en France ou à l'étranger, on nous a présentées comme des nouveautés!

M. Delasiauve était aimé de tous ceux qui l'approchaient; causeur intarissable, on l'écoutait volontiers, car il portait sur les questions les plus diverses des appréciations souvent d'une piquante originalité. Il avait une mémoire très meublée de faits, qu'il conserva intacte jusque dans ces dernières années. Sa santé physique, toujours un peu chétive d'après lui, était cependant robuste: il y a quelques jours encore, il se promenait et assistait aux séances des sociétés savantes dont il était le membre honoré et toujours écouté, lorsqu'une bronchite vint le terrasser et l'enleva en quelques jours.

Avec M. Delasiauve disparaît une des figures les plus sympathiques de la médecine mentale française: savant distingué, observateur sagace, écrivain de mérite, philanthrope dévoué, à ces titres divers, il vivra dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu; l'histoire de la psychiatrie donnera à son œuvre si variée une place importante, à côté de celles de ses contemporains.

ANT. RITTI.

Statue de Th. Renaudot. — Dimanche dernier a eu lieu, rue de Lutèce, devant une nombreuse et brillante assistance l'inauguration de la statue élevée à Théophraste Renaudot, le fondateur du journalisme, le créateur des consultations charitables et des dispensaires, du Mont-de-Piété, des bureaux de placement, de la publicité commerciale, etc., etc.

On sait que notre confrère Gilles de la Tourette, médecin des hôpitaux, a eu l'idée de faire revivre la figure originale de ce philanthrope et de cet écrivain qui a montré tant de qualités diverses et soulevé tant d'orages et d'animosité en luttant ouvertement contre les préjugés de l'Ecole de Médecine contre son despotisme et son intolérance. C'est M. Gilles de la Tourette qui a institué le comité de souscription auquel est due la statue de Th. Renaudot et qui a écrit l'histoire de sa vie. La croix de la Légion d'honneur a justement récompensé ses efforts et sa laborieuse activité.

Après le président du Conseil des ministres, M. Claretie, le président du Conseil municipal, et le préfet de la Seine, M. Brouardel au nom de la faculté de Paris, M. Granet au nom de la faculté de Montpellier et M. Cadet de Gassicourt au nom de la presse médicale ont successivement loué Th. Renaudot. On a chaleureusement applaudi leurs harangues et rendu justice une fois de plus à l'esprit novateur et progressif des médecins qui, au commencement du 17e siècle comme de nos jours, savent lutter contre les préjugés et mettre au service des classes laborieuses et déshéritées leur connaissance approfondie des lois sociales et leur dévouement aux intérêts de l'humanité souffrante.

Société des secouristes français. — Sous ce nom s'est fondée à Paris, sous la direction et grâce à l'activité de M. Albin Rousselet, une société destinée à vulgariser les notions des premiers soins à donner aux malades et aux blessés sur la voie publique, dans les ateliers, théâtres, concerts, et de constituer ainsi peu à peu un personnel capable d'organiser les secours en cas d'urgence en attendant l'arrivée du médecin ou le transport à l'hôpital. On sait le succès qu'a eu à Bordeaux l'œuvre fondée par le Dr Mauriac sous le nom d'*ambulances urbaines*. Nous nous associons au *Progrès médical* pour souhaiter à la Société des Secouristes français tout le succès qu'elle mérite.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTIÈME ANNÉE | N° 24 | 17 JUIN 1893

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 16 juin 1893.

Les honoraires des médecins consultants constituent une créance privilégiée. Jugement du tribunal de Saint-Quentin.

Une question qui intéresse le corps médical tout entier vient d'être soulevée par l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin, présidée par M. le docteur Surmay. Elle a été résolue de la manière la plus satisfaisante, grâce à l'intelligente activité déployée par notre collègue et grâce à l'appui que lui a prêté le Conseil général de l'Association des médecins de France.

Voici les faits : MM. les Drs Desprez et Délaissement avaient été appelés en consultation auprès d'un malade ayant autrefois habité Saint-Quentin, ayant transporté ensuite son domicile à Chauny. M. Q... avait succombé à la maladie pour laquelle il avait consulté MM. Desprez et Délaissement, mais sans régler les honoraires de ceux-ci. Appelé à statuer à cet égard, le juge-commissaire chargé de régler les affaires de la succession de M. Q... avait rejeté la demande en collocation par privilège des médecins consultants, sous prétexte qu'il avait déjà colloqué le Dr Tison de Chauny, médecin ordinaire de M. Q..., pour une somme de 332 fr., montant des honoraires dus pour soins donnés à M. Q... durant sa dernière maladie. D'après le juge-commissaire, « les sommes réclamées par M. les Drs Desprez et Délaissement s'appliquant à des visites et consultations extraordinaires ne devaient point bénéficier du privilège réservé aux médecins par l'article 2101 du Code civil ».

C'est cette décision que MM. les Drs Desprez et Délaissement ont soumise à la Commission administrative de l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin, qui a adopté à l'unanimité la résolution suivante, rédigée par son président M. le Dr Surmay, membre du Conseil général de l'Association des médecins de France :

Attendu que le privilège établi par l'article 2101 du Code civil s'applique aux médecins qui ont donné leurs soins pendant la dernière maladie ;

Qu'il n'est fait aucune distinction entre le médecin ordinaire et les médecins consultants ;

Attendu qu'il résulte des faits que MM. Desprez et Délaissement se sont rendus à l'appel qui leur a été adressé par le malade et sa famille ;

Qu'on ne peut dire dans l'espèce que le malade ou sa famille aient cédé à une fantaisie ou à un simple caprice ;

Qu'on ne peut même avancer que le malade ou sa famille se soient inspirés d'une pensée de lucre ;

Attendu, au contraire, qu'il s'agissait d'un accident très grave survenu inopinément au cours d'une maladie déjà fort grave par elle-même ; que non seulement cet accident, par sa gravité, légitimait l'intervention d'un ou de plusieurs médecins consultants, mais exigeait même, par sa nature, l'appel de médecins spécialistes tels que sont MM. Desprez et Délaissement ;

Que cette consultation trouvait encore un motif particulier dans cette circonstance que l'un des médecins appelés en consultation avait été le médecin habituel du malade alors qu'il habitait Saint-Quentin avant de se retirer à Chauny ;

Attendu d'autre part que ladite consultation avait été d'abord provoquée par le médecin qui donnait ses soins au malade à Chauny ;

Attendu enfin que les honoraires réclamés par les médecins consultants sont extrêmement modestes et fort au-dessous de ceux qu'autoriseraient l'importance de la maladie, la valeur et la situation des médecins et la distance parcourue, et que c'est par un sentiment d'humanité qu'ils ont d'eux-mêmes abaissé leurs prétentions autant que cela leur était possible ;

Considérant que la question en litige intéresse non seulement les médecins demandeurs, mais encore et surtout le corps médical tout entier ;

Qu'il s'agit donc ici non seulement d'un intérêt particulier, mais aussi et surtout d'un principe à défendre ;

La Commission administrative déclare qu'elle donnera aux membres de l'Association sus-nommés, qui réclament son intervention, son concours moral et pécuniaire dans la poursuite de leur droit et pour les aider à obtenir justice.

Soumise au Conseil général de l'Association, cette résolution si fortement et si justement motivée a été, sur l'avis conforme de notre conseil judiciaire Me Deligand, unanimement approuvée. Il a été décidé que le Conseil général interviendrait, au besoin, pour aider

l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin dans ses légitimes revendications devant les tribunaux.

Cette intervention n'a pas été nécessaire. Voici, en effet, le jugement rendu par le tribunal de Saint-Quentin sur l'instance introduite par MM. Desprez et Délaissement:

JUGEMENT.

Frais de dernière maladie. — Ordre. — Rejet de demande en collocation. — Admission du privilège. — Art. 2101, *n°* 3, 2104 *C. c.*

(Tribunal civil de Saint-Quentin, 7 juin 1893.
M. Bogaers, Président.
Me Gustave Dubois, avocat du barreau d'Amiens.)

Attendu que MM. Desprez et Délaissement, docteurs en médecine à Saint-Quentin, contestent le règlement provisoire en ce qu'il ne contient aucune collocation à leur profit pour les sommes réclamées à raison des soins par eux donnés à Quennesson dans sa dernière maladie;

Qu'aux termes des articles 2101 n° 3 et 2104 C. c. les frais quelconques de la dernière maladie constituent une créance privilégiée;

Que la loi s'inspirant d'une pensée d'humanité vient en aide au débiteur malade qui pourrait, sinon être absolument abandonné, au moins ne pas recevoir tous les secours que son état réclame, s'il n'offrait aux personnes de qui le secours peut émaner qu'un crédit sans sûreté; qu'elle veut donc que les frais quelconques de la dernière maladie soient privilégiés;

Qu'il en résulte que les médecins, les chirurgiens, les pharmaciens, tous ceux, en un mot, qui sont appelés à donner des secours à un malade jouissent du privilège pour la créance dont le principe est dans le secours qu'ils ont donné (1);

Que ces règles étant fixées, la seule question soumise au tribunal est celle de savoir si les soins donnés à Quennesson par les docteurs Desprez et Délaissement ont été donnés dans la mesure nécessaire au traitement du malade;

Attendu que Quennesson s'était retiré à Chauny après avoir résidé à Saint-Quentin de longues années;

Qu'il fut atteint en 1891 d'une maladie grave et vint à Saint-Quentin consulter le docteur Desprez qui institua un traitement sous la surveillance du docteur Tison, médecin à Chauny;

Que la maladie de Quennesson s'étant aggravée, le docteur Desprez fut appelé auprès du malade et fit six visites à Chauny, du 21 mars au 17 mai 1891.

Que l'état du malade devenant de plus en plus grave, Tison et Desprez eurent recours au docteur Délaissement qui connaissait les antécédents de Quennesson;

Que Délaissement fit à Chauny deux visites : 7 et 17 mai 1891;

Que Quennesson est décédé le 27 mai 1891; que les soins donnés par les contestants ont donc été donnés pendant la dernière maladie de Quennesson;

Qu'il est, en outre, constant que ces soins ont été donnés dans la mesure nécessaire au traitement du malade; que les honoraires réclamés (300 francs par Desprez, 100 francs par Délaissement) n'ont rien d'exagéré, surtout si l'on considère que Chauny est distant de 26 kilomètres de Saint-Quentin;

Que c'est donc à tort que les productions des contestants ont été rejetées par le règlement provisoire;

Que les dépens doivent être employés en frais privilégiés de poursuite d'ordre;

Dit que le règlement provisoire sera rectifié en ce sens que les docteurs Desprez et Délaissement seront colloqués par privilège pour le montant de leurs productions en vertu des articles 2101 n° 3 et 2104 C. c.

(1) Ce jugement ne fait que reproduire l'opinion de M. Paul Pont, tome X, page 55; voir également Dalloz, Jurisprudence générale, des Privilèges et hypothèques, tome XXXVII, titre II, chapitre I, section 1, art. 3, n° 185.

Nous n'ajouterons qu'un mot. Dans la consultation qu'il nous a donnée au sujet de la délibération reproduite ci-dessus, Me Deligand faisait remarquer que, pour la première fois, un tribunal était appelé à décider si les créances des médecins consultants devaient être, comme celles du médecin traitant, considérées comme privilégiées.

Bien que le jugement du tribunal de Saint-Quentin ne soit pas explicite à cet égard, il crée cependant un précédent utile à retenir. Et c'est pourquoi, tout en engageant nos confrères à réclamer toujours le règlement *immédiat* des honoraires relatifs à des consultations, nous avons cru devoir reproduire, avec quelques détails, les documents de cette affaire. Un autre motif nous y engageait d'ailleurs, celui de rendre justice à notre collègue, M. le Dr Surmay, à qui nous devons ce précédent, et à l'Association générale des médecins de France dont l'autorité n'est jamais invoquée en vain devant les tribunaux.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Du traitement du goitre par la ligature des quatre artères thyroïdiennes. Communication à la Société belge de chirurgie, par le Dr Lavisé, de Bruxelles.

Les travaux de Kocher, Reverdin, Roux, Mickulicz, Socin et bien d'autres ont amené la technique de la thyroïdectomie à un degré de perfection, de sûreté qu'elle semble ne pas devoir dépasser; cependant cette opération reste entourée des plus grands dangers, d'autant plus redoutables qu'ils échappent parfois à toute prévision, et qu'ils menacent le chirurgien le plus habile et le plus exercé. Malgré les plus minutieuses précautions, le nerf récurrent a été ou sectionné ou serré dans une ligature. L'hémorrhagie, encore qu'on ne néglige aucune précaution pour la prévenir, peut se produire, inquiétante par le volume, par le siège profond du vaisseau lésé, inquiétante aussi par l'abondance d'un suintement sanguin continu pendant toute la durée d'une opération presque toujours de longue durée. Le ramollissement de la trachée, que rien ne peut faire prévoir, peut être la cause d'accidents d'asphyxie, dès que l'ablation de la tumeur a enlevé à la trachée le soutien qui la maintenait béante, ou que friable, sans résistance, elle se laisse déchirer avec la plus grande facilité, quelque douceur que mette le chirurgien à en séparer le goître. Le goître plongeant contracte parfois des adhérences avec les gros vaisseaux du médiastin : là encore le danger est très sérieux.

Encore si, l'opération terminée, on pouvait espérer voir tout péril conjuré! Mais il n'en est pas toujours ainsi et nous avons à craindre toute une série d'accidents, dont les uns ont été bien étudiés dans leurs causes et leurs symptômes, tandis que l'essence des autres nous échappe. Peut-être le traumatisme de nerfs importants, tels que le pneumogastrique, le phrénique, le sympathique, amène-t-il dans les fonctions du cœur et des organes respiratoires une profonde perturbation. Je citerai, à cet égard, un cas de ma pratique personnelle où la mort est survenue après une thyroïdectomie très régulièrement conduite, sans hémorrhagie aucune : les linges étaient à

peine teintés de sang et la vaste plaie était nette et sèche comme une préparation anatomique. La malade était revenue à elle, les sutures étaient faites, mon assistant procédait au pansement, quand la malade fut prise d'une toux incessante avec intense dyspnée et bronchorrée abondante. Je crus à une lésion des nerfs récurrents et pratiquai la trachéotomie, mais en vain : les phénomènes s'accentuèrent, le pouls devint petit, filant, des syncopes se succédèrent rapidement et dans l'une d'elles la malade mourut au bout de deux heures.

Un accident très sérieux consécutif à la thyroïdectomie est la tétanie : très sérieux et très grave, puisqu'il est souvent mortel. Attribué par les uns à la suppression de la fonction de la glande thyroïde et à l'accumulation de mucine dans le sang (Schiff, Wagner, Horsley et v. Eiselsberg), elle est attribuée par d'autres à la section de nombreux vaisseaux vasculaires du réseau sympathique périphérique (Weiss).

Si l'opinion de Schiff, Horsley et Wagner se confirmait, et les expériences de v. Eiselsberg sont remarquables à ce point de vue, la tétanie rentrerait dans le cadre du myxœdème, en serait une des formes. Le myxœdème, cachexie strumiprive consécutive à l'ablation totale du corps thyroïde, est caractérisé par des troubles cérébraux, de l'anémie avec diminution des corpuscules du sang et enfin par une production abondante de mucine dans tout l'organisme. Les nombreux travaux publiés sur cette maladie en démontrent bien toute l'importance et toute la gravité. Le myxœdème se termine généralement par la mort. Malgré l'opinion que semble émettre Billroth (1), qu'elle n'atteint que les enfants, il semble établi qu'elle s'attaque surtout à l'âge moyen, et qu'elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (2).

Si l'on considère que le goître est non pas seulement une difformité déplaisante, mais surtout une maladie dont l'évolution se marque par des phénomènes menaçants pour la vie, on conçoit que la chirurgie ait multiplié les moyens thérapeutiques pour le guérir, en évitant les graves périls que nous avons rapidement signalés.

Je n'abuserai pas de votre patience, Messieurs, en vous décrivant tous les procédés imaginés, dont beaucoup n'ont plus, du reste, qu'un intérêt historique. Les succès du traitement médical, si rares qu'ils soient, suffisent cependant pour que l'administration de l'iode soit essayée avant toute intervention chirurgicale. Quant à la méthode des injections parenchymateuses de substances modificatrices (teinture d'iode, alcool, mélanges d'iodoforme : éther et huile iodoformée), je la crois dangereuse, presque aveugle. Wœlfler a raison quand il dit que les chirurgiens ont plus confiance dans leur bistouri et leurs doigts que dans l'aiguille de la seringue de Pravaz qui agit sans contrôle. Longtemps la thyroïdectomie fut la méthode en faveur ; mais le myxœdème apporta de sérieux arguments contre cette opération, tout au moins quand elle est totale ; elle la condamne au point de vue physiologique. Alors sont nés des procédés épargnant une portion plus ou moins grande de la glande thyroïde : tels ceux de Kocher, de Mickulicz, de Socin.

Si parfait, si innocent que soit ce dernier, tant au point de vue opératoire qu'au point de vue physiologique, il n'est pas cependant applicable à tous les cas et je ne puis admettre qu'on le décore du nom de procédé de choix, comme le font certains auteurs. C'est généraliser une méthode qui n'est applicable qu'à certaines variétés de goîtres à caractères cliniques bien tranchés, les goîtres contenant dans un tissu glandulaire plus ou moins sain des tumeurs isolées cystiques, adénomateuses ou de toute autre nature sur le type morphologique desquelles je n'ai pas à insister ici et qui peuvent être énucléées de leur gangue thyroïdienne. Mais ce n'est pas le seul type de goître et, si fréquente que soit cette variété, je n'oserais affirmer que, dans notre pays du moins, elle soit la plus commune. Pour ce qui me concerne, sur une dizaine de cas que j'ai eu à traiter, trois seulement étaient justiciables de l'opération de Socin. Encore, chez une de ces malades, une jeune fille de 20 ans, ai-je été obligé de modifier mon plan opératoire. Le tissu glandulaire où nichait le kyste était si mince, si friable, si vasculaire, qu'il m'eût été impossible d'achever l'énucléation du néoplasme sans courir le risque de graves hémorrhagies en nappe difficiles à tarir. Je crus plus prudent d'enlever le lobe entier de la glande par le procédé de Mickulicz.

Cette excellente méthode a donc ses contre indications ; elle est absolument inapplicable à certaines variétés de goîtres, tels que le goître parenchymateux simple et le goître vasculaire.

Je pense que le traitement des tumeurs du corps thyroïde par la ligature des artères thyroïdiennes mérite une très sérieuse considération.

Proposée ou plutôt tirée de l'oubli par Wœlfler, cette opération fut chaudement patronnée par Billroth dans une note qu'il publia avec quatre observations, dont voici le résumé.

Premier cas. — Fille de 25 ans, goître sur la ligne médiane traité avec résultat fonctionnel satisfaisant par les injections iodées. Nouvelle augmentation de la tumeur au bout d'un an. Ligature des deux artères thyroïdiennes inférieures. Disparition du goître en quatre semaines ; récidive après deux mois, traitée par énucléation.

Deuxième cas. — Homme de 22 ans, goître glandulaire, volumineux, troubles respiratoires, sténose de la trachée : ligature de l'artère thyroïdienne supérieure gauche et des deux inférieures ; quinze jours plus tard, ligature de l'artère thyroïdienne supérieure droite. Disparition des troubles fonctionnels, déjà après la première opération ; diminution notable du volume du cou.

Troisième cas. — Homme de 18 ans, goître volumineux, ligature des quatre artères en une séance, disparition complète et définitive du goître en vingt-huit jours.

Quatrième cas. — Homme de 20 ans, goître énorme, pulsatile, circonférence du cou 54 centimètres : ligature des quatre artères en une séance. Quinze jours après l'opération, diminution notable de la tumeur, circonférence du cou 48 centimètres, plus de pulsations, plus de souffle vasculaire, diminution du réseau veineux qui sillonnait la tumeur. On sent dans le goître beaucoup de noyaux durs.

Rydygier (1), dans un travail publié dans les *Archives de chirurgie clinique*, rapporte vingt et un cas de sa pratique personnelle, et cite onze autres cas d'Obalinski, Mallakowski, en y comprenant les cas résumés plus haut de Billroth.

Les résultats sont presque tous encourageants. Certes, il est des cas où la tumeur ne disparaît pas entièrement. Mais il est bien rare que les troubles respiratoires n'aient pas été complètement guéris, ou, à tout le moins, considérablement amendés.

Des objections ont été posées à la méthode. Certains chirurgiens ont émis l'opinion que la ligature des quatre thyroïdiennes pouvait amener la nécrose du corps thyroïde. Cette crainte est illusoire : la circulation reste intacte dans un certain nombre d'artérioles du voisinage

(1) *Wiener klinische Wochenschrift*, 1888, p. 3.
(2) Tillman, *Lehrbuch von speciellen Chirurgie*, t. Ier, p. 463.

(1) Rydygier. Endresultate nach Unterbindung der zuführenden Arterien bei Struma. *Arch. f. klin. Chir.* Bd 46.

(artères de l'œsophage, artère crico-thyroïdienne). Cette circulation est suffisante pour prévenir la gangrène du goître. L'opération n'a pas pour effet de frapper de mort l'organe malade, mais bien d'en déterminer l'atrophie graduelle. C'est un phénomène analogue qui se passe dans les cas d'oblitération de l'artère rénale : les artérioles de la capsule qui se rendent au rein en assurent la nutrition sans en entraver l'atrophie (1).

Kocher (2) pense que cet arrêt brusque de la circulation de la glande thyroïde en suspend la fonction et que l'on a à redouter le développement consécutif du myxœdème tout aussi bien après la ligature qu'après la thyroïdectomie. L'expérience jusqu'à ce jour n'a pas confirmé cette appréhension, peu plausible d'ailleurs. Comme nous l'avons vu plus haut, l'atrophie du corps thyroïde est graduelle ; elle n'est complète qu'au bout de semaines, de mois; il est très admissible qu'il s'établisse dans l'organisme une accoutumance à la suppression de la fonction thyroïdienne.

Je crois qu'il est d'une grande importance de faire la ligature des quatre vaisseaux en une seule séance, sinon on s'exposerait à voir une circulation collatérale s'établir et empêcher l'atrophie que l'on veut obtenir. Nous savons, du reste, que cette conduite ne nous expose pas au sphacèle.

Cette opération est surtout indiquée dans les goîtres parenchymateux de moyen volume et les goîtres très vasculaires. La diminution de volume est d'autant plus marquée que la dégénérescence de la glande est moins profonde. C'est ainsi que les goîtres fibreux à leur ultime période, comparés au tissu cicatriciel, ne sont pas le moins du monde influencés par la ligature. Il en est de même dans les goîtres kystiques. Rydygier cite même un cas où des kystes se sont développés après la ligature.

Quant au procédé opératoire, j'ai choisi celui de Wœlfler-Drobnik pour la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure.

Je pense que l'on simplifierait l'opération en se contentant de lier le tronc commun de la thyroïdienne inférieure et de la cervicale ascendante. Il est plus facilement accessible et en rapport avec beaucoup moins de filets du sympathique que l'artère thyroïdienne inférieure, filets que l'on blesse inévitablement dans la ligature de cette dernière.

Je ne m'étendrai pas bien longuement sur le seul cas que j'ai eu l'occasion d'opérer : M. le professeur Stiénon a l'intention d'en publier la relation détaillée; cette malade se trouvait dans son service à l'hôpital Saint-Jean, et elle n'est restée dans le mien que les huit jours nécessaires à la cicatrisation des plaies.

C'était une femme de 35 ans, atteinte de goître exophthalmique de moyen volume. On n'y sentait aucune nodosité, les battements des artères du cou étaient très marqués, le réseau veineux très développé. Exophthalmie prononcée: les paupières ne recouvrent qu'incomplètement les globes oculaires. Dyspnée avec paroxysmes pénibles, tremblement musculaire, anémie profonde. Un phénomène assez étrange était une bronchorrée des plus abondantes, qui obligeait parfois la malade à se tenir penchée sur une cuvette pour laisser s'écouler le liquide.

Après l'opération, quelques-uns des symptômes s'amendèrent très rapidement, le goître diminua graduellement de volume, et le corps thyroïde reprit à peu près son volume normal. Naturellement les troubles vasculaires du cou, engorgement du réseau veineux, battements artériels, souffles, disparurent. Les autres symptômes, la dyspnée, la bronchorrée, le tremblement musculaire furent tout d'abord considérablement améliorés, et l'on pouvait espérer une guérison radicale, quand malheureusement au bout de quelques mois tous les accidents généraux reparurent, et la malade succomba aux progrès de la maladie de Basedow.

Quelque fâcheuse qu'en ait été l'issue, ce cas ne me semble pas moins digne d'intérêt: si la ligature des artères thyroïdiennes n'a pas arrêté la marche fatale de la maladie de Basedow, quelques-uns de ses symptômes, les plus graves, les plus pénibles, ont été enrayés assez longtemps et assez complètement pour donner à la malade et à son entourage l'illusion d'une guérison. Si l'événement n'a pas réalisé cet espoir, il n'en est pas moins vrai que la ligature des artères a eu sur le goître lui-même une influence remarquable et qu'il s'est atrophié avec une rapidité extraordinaire. C'est un point capital et j'y insiste, tout en faisant les plus grandes réserves sur les indications de l'opération dans les cas de goître exophthalmique.

(1) Billroth. *Loc. cit.*
(2) Rydygier. *Loc. cit.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur un cas de néphrite aiguë hémorrhagique causée par le bacterium coli commune, par E. Jeanselme.

Les néphrites infectieuses peuvent être divisées en deux grandes classes au point de vue pathogénique. Tantôt l'agent figuré qui les produit remonte le long des voies d'excrétion et n'élit domicile dans le rein qu'après avoir lésé successivement la vessie, les uretères et le bassinet; c'est par ce mécanisme que s'établit la néphrite dans le cours des maladies des voies urinaires, et cette néphrite ascendante reconnaît presque toujours pour cause le bacterium coli commune. Tantôt les microbes pénètrent dans le rein par la voie sanguine et s'y déposent grâce au ralentissement de la circulation, c'est ce qu'on observe dans le cours des maladies infectieuses à détermination rénale; le microbe qui conditionne la néphrite est alors, soit une bactérie spécifique, telle que le bacille d'Eberth, soit l'un des microbes pyogènes vulgaires, ce qui est la règle.

Quelques faits tendent à prouver que le coli-bacille, agent habituel de la néphrite ascendante, peut aussi aborder le rein par la voie sanguine et provoquer l'éclosion d'une néphrite hématogène ou descendante. MM. Achard et J. Renault ont invoqué ce mécanisme pour expliquer un cas de néphrite gravidique causée par le bacterium coli, et tout récemment M. Fernet, à propos d'une néphrite aiguë sous la dépendance du même microbe (comme l'a démontré l'examen bactériologique pratiqué par M. Papillon), a également adopté cette interprétation.

L'observation suivante me paraît être un nouvel exemple de néphrite consécutive à la pénétration du coli-bacille dans le rein par la voie sanguine.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, nerveuse et anémique, soumise à un labeur excessif depuis plusieurs années. Le 23 janvier 1893, sans cause appréciable, six jours après la fin des règles, elle ressent de violentes douleurs dans la région lombaire, bientôt surviennent des nausées et des vomissements. A partir de ce moment, les urines diminuées de quantité sont colorées en rouge intense par du sang.

Ces accidents ont encore toute leur acuité quand je vois cette malade pour la première fois, quarante-huit heures après le début. La douleur lombaire est intense et

continue. La moindre pression exercée de chaque côté de la colonne vertébrale, en dehors des masses sacro-lombaires, exaspère la souffrance, surtout à gauche, et détermine des irradiations douloureuses vers les hypochondres. La palpation est suivie de nausées, mais les vomissements ont cessé. La malade se plaint d'une céphalée violente et de troubles passagers de la vue; la face est pâle, les paupières sont un peu bouffies. Ces divers symptômes font redouter l'éclosion prochaine de l'urémie. Néanmoins il faut noter l'absence d'œdème au niveau des malléoles, la régularité de la respiration, l'intégrité de l'intelligence. La langue est saburrale et visqueuse. La température est peu élevée. Le pouls est à peine accéléré. Les urines émises sans difficulté ont une coloration d'un brun noirâtre foncé, elles ressemblent à du café noir; elles laissent déposer un sédiment pulvérulent très abondant qui est également noirâtre. La quantité des urines ne dépasse pas 5 à 600 grammes depuis le début des accidents.

La malade est soumise au régime lacté exclusif. La céphalalgie, les troubles visuels et les nausées disparaissent rapidement. Le troisième jour (26 janvier), la malade souffre d'une dysurie assez prononcée, les mictions deviennent fréquentes; ces phénomènes se dissipent le cinquième jour (28 janvier). L'oligurie persiste jusqu'au sixième jour. Les urines prennent une teinte de moins en moins foncée; comparables d'abord à de la suie délayée dans de l'eau, elles rappellent plus tard par leur coloration la bière brune; elles laissent déposer un sédiment abondant brunâtre, elles ne redeviennent limpides que le 25 février (34e jour de la maladie). La quantité d'albumine contenue dans les urines n'a jamais été très considérable; il n'en existait plus trace le 28 février (37e jour de la maladie).

Voici le relevé de la quantité d'albumine contenue dans l'urine des vingt-quatre heures :

2e jour	0 gr. 86	13e jour	0 gr. 74
3e	0 gr. 60	15e	?
4e	0 gr. 90	19e	0 gr. 30
5e	0 gr. 88	21e	0 gr. 225
6e	0 gr. 80	27e	traces.
7e	0 gr. 30	37e	néant.
9e	0 gr. 70	41e	néant.
11e	0 gr. 80		

L'urine a conservé sa réaction acide pendant toute la durée de la maladie.

L'examen microscopique du sédiment noirâtre fait le troisième jour de la maladie montre d'assez nombreux cylindres albumineux et épithéliaux, de grandes cellules épithéliales d'origine vésicale et des cellules irrégulières, en raquette, provenant de l'uretère et du bassinet. On constate en outre la présence de petites masses ratatinées, irrégulières, hérissées de prolongements épineux, de couleur jaune brunâtre, ce sont des hématies déformées.

Fait important à noter : il y a deux mois, cette femme habituellement bien réglée a ressenti, six jours après des règles normales, de violentes douleurs lombaires, plus intenses du côté gauche et irradiant dans l'hypochondre correspondant. Pendant plusieurs jours, l'urine prit une coloration rouge-brun, puis celle du café noir. Cette malade paraît donc avoir eu, il y a deux mois, des accidents identiques à ceux dont j'ai été le témoin. Pendant l'intervalle des deux poussées, la malade n'a éprouvé aucun malaise et a travaillé comme de coutume.

En raison de cette brusque apparition du sang dans les urines à deux reprises différentes, sans altération appréciable de la santé pendant la période intercalaire, on pouvait tout d'abord se demander s'il ne s'agissait pas d'un cas d'hémoglobinurie paroxystique. Mais les caractères microscopiques de l'urine n'étaient pas en faveur de cette hypothèse, car il existait de nombreuses hématies altérées dans le sédiment. J'ai dû également rejeter diverses autres hypothèses : celle d'un cancer du rein, car la plupart des signes physiques de cette affection et le ballottement en particulier faisaient défaut; celle d'un rein mobile enflammé, car en aucun point de la cavité abdominale il n'existait une masse anormale rappelant par sa forme un rein en ectopie; celle d'une lithiase rénale compliquée d'hématurie, car l'absence de paroxysmes douloureux, de sable ou de graviers dans les urines, de tout phénomène antérieur pouvant être rapporté à la lithiase, faisait écarter l'idée d'une affection calculeuse du rein.

Tout l'ensemble des symptômes au contraire et la présence de cylindres albumineux et épithéliaux dans les urines imposaient le diagnostic de néphrite. Mais quelle était sa cause, et quelle était la porte d'entrée de l'infection? Je crois être en droit d'éliminer l'hypothèse d'une néphrite ascendante. La brusquerie du début marqué par des douleurs lombaires survenant en pleine santé, l'absence de passé morbide urinaire ou génital cadrent bien mieux avec l'idée d'une infection apportée par la voie sanguine. L'observation, il est vrai, signale un certain degré de dysurie qui aurait persisté deux jours; mais il faut remarquer que ce trouble de la miction ne s'est manifesté que plusieurs jours après le début des douleurs lombaires. Donc, si la vessie a été touchée, elle ne l'a été que postérieurement au rein, et d'ailleurs, toute lésion rénale peut s'accompagner, comme on le sait, de troubles vésicaux qui ne sont pas imputables à une cystite concomitante. L'origine vasculaire de la néphrite, dans le cas présent, me paraît donc très vraisemblable.

J'ai vainement cherché la porte d'entrée qui a livré passage à l'infection. L'état général de la malade ne permettait pas de soupçonner l'existence d'une dothiénenterie même légère. Les fonctions intestinales un peu paresseuses n'étaient nullement troublées, mais l'estomac était très dilaté, et cela depuis fort longtemps. Est-ce à ce niveau que s'est faite la pénétration des microbes pathogènes dans la circulation? C'est là une hypothèse assez vraisemblable, mais qu'il est impossible de démontrer. La gorge ne paraît pas avoir été le point de départ de l'infection; je n'ai constaté aucune trace d'angine, la malade n'avait pas souffert de la gorge avant l'apparition de la néphrite et aucun symptôme ne m'a permis de soupçonner l'existence d'une scarlatine ou de toute autre infection à détermination gutturale. Le point de pénétration des germes infectieux reste donc indéterminé.

Mais ce qui est hors de doute, c'est la nature de l'agent pathogène dont relève la néphrite. Cet agent, c'est le bacterium coli commune.

Le premier examen bactériologique de l'urine a été fait quarante-huit heures après le début de la néphrite. Cette urine était très brune et laissait déposer un sédiment épais de même couleur ; elle avait été retirée de la vessie à l'aide d'une sonde stérilisée et reçue dans un tube également stérilisé.

Dans une gouttelette de cette urine, on observe de nombreux amas microbiens dans lesquels les micro-organismes présentent une cohésion telle qu'il est impossible de préciser leur morphologie. Mais, au voisinage de ces amas, on remarque des bacilles courts, doués de mouvements très agiles (culbutes, frétillements, translation), bacilles qui possèdent l'ensemble des caractères objectifs attribués au bacille d'Eberth et au bacterium coli commune.

Ces bacilles ne se colorent pas par la méthode de Gram. Ils ne liquéfient pas la gélatine.

Des plaques de gélose et de gélatine faites en boîtes de Petri montrent que les bacilles mobiles contenus dans

cette urine y existent presque à l'état de pureté. Il ne se développe sur ces plaques aucune colonie des microbes pyogènes vulgaires. On y observe, çà et là, quelques rares colonies d'un organisme constitué par de gros globules ovoïdes qu'on prendrait au premier abord pour des globules de levure, mais sur certains milieux ces formes ovoïdes s'allongent et forment même des filaments articulés. Les ensemencements faits sur la gélose au moût de bière, sur la carotte et le liquide de Nægeli démontrent que l'organisme en question est celui du muguet.

Les caractères morphologiques des bacilles contenus dans l'urine étant communs au bacterium coli et au bacille d'Eberth, j'ai employé les divers procédés usités pour différencier ces deux espèces microbiennes.

a. Un tube de bouillon lactosé à 2 0/0 ensemencé avec une gouttelette d'urine et mis à l'étuve présente, 16 heures après l'inoculation, un trouble uniforme, un faible dépôt pulvérulent et une collerette de bulles à la surface du liquide.

b. Un tube de gélose lactosé à 2 0/0 ensemencé avec une gouttelette d'urine et mis à l'étuve présente, 36 heures après l'inoculation, de nombreuses colonies (plus de 80) de 3 millimètres de diamètre, d'un gris opalin, toutes identiques entre elles. Le liquide accumulé dans la partie déclive du tube est surmonté d'une collerette de mousse.

Toute la partie inférieure de la gélose est criblée de bulles; les jours suivants, celles-ci deviennent énormes, l'une d'elles décolle la gélose sur une étendue de plusieurs centimètres.

c. Un tube de gélose lactosé à 2 0/0, additionné de teinture neutre de tournesol, est ensemencé avec une trace d'une culture, dans du bouillon non lactosé; 24 heures après l'inoculation, le tube a passé du bleu-violet, au rouge groseille et de nombreuses bulles criblent la gélose et surmontent le liquide accumulé dans la partie inférieure du tube.

d. Des tubes de lait inoculés, soit avec une trace de culture sur gélose, soit avec une gouttelette de culture dans du bouillon, et mis à l'étuve, sont en coagulation grumeleuse 16 heures après l'ensemencement; ils sont pris en bloc en moins de 40 heures.

e. Une pomme de terre ensemencée avec une trace de culture est recouverte, au bout de 24 heures, d'une couche glacée à peine visible. Les jours suivants, la culture prend une coloration jaune chamois et devient plus épaisse. Sur ce milieu de culture, les bacilles sont longs et déliés et tendent à devenir filamenteux. Un tube de lait inoculé avec cette culture est coagulé en masse en moins de 48 heures et les bacilles contenus dans le lait ont l'aspect et la forme habituels du coli-bacille.

f. Des tubes de peptone en solution aqueuse à 2 0/0 sont inoculés avec une culture dans du bouillon; vingt-quatre heures après, ils présentent un trouble opalin uniforme, sont surmontés d'une pellicule irisée extrêmement fragile et dégagent une odeur très fétide qu'on perçoit même à travers les tampons de coton. L'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique et de quelques centimètres cubes d'une solution aqueuse d'azotite de potasse au cinq millième développe une coloration intense d'un rose vif caractéristique de la présence de l'indol.

Le bacille mobile que nous avons retiré de l'urine possède donc la propriété de faire fermenter la lactose et de dégager de l'indol; il appartient, par conséquent, au groupe du coli-bacille.

Pour chacun des quatorze autres échantillons d'urine dans lesquels le dosage de l'albumine a été fait, nous avons répété la même série de recherches que pour le premier échantillon. Nous avons toujours obtenu des résultats identiques. Jamais nous n'avons constaté la présence de microbes autres que le coli-bacille. Celui-ci n'a pu être décelé dans les deux derniers échantillons (ceux des 37e et 41e jours); des ensemencements massifs faits avec ces échantillons n'ont donné aucun résultat; les milieux ensemencés avec ces mêmes échantillons d'urine ayant séjourné à l'étuve pendant 24 heures sont aussi demeurés stériles. Cette urine était donc redevenue complètement aseptique. Or, il est intéressant de remarquer que cette même urine ne contenait plus, à cette époque, ni albumine, ni cylindres, mais seulement quelques cellules épithéliales. La disparition de l'albumine et celle du bacterium coli ont donc coïncidé. Après la guérison de la néphrite, l'urine a continué à contenir quelques colonies de muguet; aussi je suis porté à penser que ce dernier n'a joué aucun rôle dans la production de la lésion rénale.

La néphrite dont je viens de rapporter l'histoire relève donc bien du bacterium coli commune, microbe qui occupe en pathologie urinaire une place de plus en plus prépondérante. Mais ce qui fait l'intérêt tout spécial de cette observation, c'est que, contrairement à la règle, l'agent infectieux paraît avoir été apporté dans le rein par la voie sanguine.

Recherches sur les microbes du vaccin et en particulier sur le coccus de la vaccine rouge,

par M. Maljean, médecin-major de 1re classe au 25e régiment d'artillerie.

Depuis plusieurs années, nous avons examiné, au point de vue bactériologique, un grand nombre d'échantillons de la pulpe glycérinée qui sert à revacciner nos jeunes soldats et qui est préparée au centre vaccinogène de l'hôpital militaire du camp de Châlons.

Cette pulpe est recueillie sur des génisses le 5e jour après l'inoculation. Elle se montre généralement très active et donne une moyenne de 50 0/0 de succès certains sur les adultes revaccinés pour la première fois. Sur les enfants et sur les hommes indemnes de toute inoculation, la proportion des succès atteint presque 100 0/0.

Cette préparation contient d'ordinaire peu de bactéries; si l'on se contente de la cultiver sur des plaques de gélatine, on peut même la trouver stérile. Pour obtenir des ensemencements positifs, il suffit de délayer quelques parcelles de pulpe dans un peu d'eau stérilisée et d'exposer le mélange à une température de 35°. Les microbes du vaccin se multiplient dans la macération; il devient facile de les isoler en partant de cette première culture et en ensemençant des tubes de gélose et de sérum.

Par ce procédé, nous avons presque toujours trouvé dans la pulpe un microcoque remarquable par la couleur blanc éclatant qu'il produit dans toutes ses cultures. Il est ordinairement associé à deux coccus donnant des cultures jaune orangé, dont l'un liquéfie la gélatine.

Nous avons aussi rencontré dans la pulpe des microbes vulgaires tels que le bacille subtilis et un bacille de l'eau également sporulé. Mais ces derniers sont rares et ils n'existent que pendant l'été.

Nous avons répété ces recherches sur la lymphe des pustules vaccinales produites chez nos hommes par l'inoculation de la pulpe glycérinée. Après avoir lavé la surface du bouton avec de l'eau stérile, de l'alcool absolu et de l'éther sulfurique, on fait au moyen d'un bistouri flambé quelques scarifications qui doivent être plus profondes que celles destinées à la récolte du vaccin.

Il est même nécessaire de comprimer le bouton à sa base et de faire sourdre quelques gouttelettes de sang

Ce liquide est recueilli sur une spatule de platine flambée et sert à ensemencer des tubes de sérum et de gélose.

Après 24 ou 48 heures d'étuve à 35°, les tubes contiennent ordinairement des colonies plus ou moins nombreuses, dont la plupart sont blanches et appartiennent au coccus signalé. On y rencontre aussi les deux coccus jaunes de la pulpe, ainsi qu'un autre microcoque et un bacille. Les impuretés banales qui peuvent exister dans la pulpe, telles que le bacille subtilis et les germes aquatiques, ne se retrouvent jamais dans la lymphe ainsi cultivée.

Comme nous l'avons déjà signalé, le nombre des espèces microbiennes est proportionnel au volume et au développement de la pustule; les boutons saillants entourés d'une auréole rouge, avec gonflement de la peau, donnent toujours plusieurs espèces de coccus, avec prédominance des jaunes. Au contraire, les petites pustules plates, sans érythème, celles par exemple qu'on obtient sur les adultes déjà revaccinés à plusieurs reprises, ne contiennent que deux espèces et parfois même le coccus blanc à l'état pur.

Enfin, quand on opère sur des génisses vaccinifères et qu'on fait des cultures avec la lymphe recueillie au 5e jour, on arrive à des résultats du même genre. Le coccus blanc prédomine dans tous les cas; il est associé aux deux microcoques jaunes, et à trois autres espèces microbiennes dont une paraît spéciale à la génisse. D'une manière générale, la lymphe animale contient plus de microbes et plus d'espèces microbiennes que la lymphe humaine et que la pulpe glycérinée.

Cette particularité paraît en rapport avec le mode d'inoculation employé sur la génisse. En faisant des scarifications longues et nombreuses, on produit autant de plaies exposées qui reçoivent non seulement les microbes vaccinaux, mais encore ceux de l'air et de la peau. Quelques-uns de ces derniers se développent dans les pustules, ils disparaissent ensuite dans la pulpe glycérinée qui, d'après MM. Saint-Yves Ménard et Chambon, constitue un milieu défavorable pour les parasites du vaccin (1).

A l'appui des considérations précédentes, nous pouvons citer plusieurs faits curieux. Ainsi, quand on vaccine une génisse avec une pulpe analysée bactériologiquement et ne renfermant qu'une ou deux espèces microbiennes bien déterminées, il arrive fréquemment que la lymphe des pustules contient plusieurs organismes, surajoutés aux produits inoculés. On peut même, en cultivant du sang recueilli sur des scarifications simples non virulentes, retrouver quelques-uns des germes accessoires du vaccin. Enfin, quand on inocule, soit à une génisse par scarification, soit à un cobaye par injection hypodermique, une culture pure d'un microbe vaccinal, on retrouve au moyen d'ensemencements appropriés plusieurs microbes différents de celui qui a été introduit dans les tissus. Ces microbes sont toujours les mêmes : se sont les deux coccus jaunes et les autres espèces signalées dans la lymphe.

Comme, dans ces expériences, la peau de l'animal n'a pas été stérilisée, mais seulement lavée à l'eau et au savon, on peut admettre que les germes ajoutés sont des parasites habitant la surface cutanée.

En résumé, on trouve comme élément principal du vaccin, soit dans la pulpe glycérinée, soit dans la lymphe des pustules humaines et animales, un coccus blanc presque toujours associé à un nombre variable d'espèces accessoires.

(1) Saint-Yves Ménard et Chambon, *Académie de médecine*, 6 décembre 1892.

II

Dans ces deux dernières années, l'inoculation de la pulpe vaccinale du camp de Châlons a donné lieu à une éruption d'un aspect spécial qui a été décrite par MM. Dauvé et Larue (1). Elle débute du 8e au 15e jour après la vaccination; elle est formée par des pulpes rosées ou rouges, n'offrant jamais la surface blanche et nacrée de la vaccine classique. Ces boutons ne contiennent presque pas de lymphe, et le plus souvent ils ne donnent que du sang à la piqûre. Ils se flétrissent généralement au bout de quelques jours et se recouvrent d'écailles épidermiques minces, adhérentes. Ils disparaissent par une sorte d'atrophie et sans perdre leur croûte d'une seule pièce, comme les pustules normales. L'éruption se fait encore remarquer par l'absence d'érythème, de prurit et de phénomènes inflammatoires. Mais ce qui caractérise ces papules, c'est qu'elles ne s'observent que sur des adultes déjà vaccinés avec succès; elles ne se montrent ni sur les hommes vierges de vaccination, ni sur les enfants, ni sur les génisses. Ce fait, déjà signalé par nous en 1891 (2), a été confirmé par les observations que nous avons recueillies depuis cette époque. La même pulpe qui produit l'éruption rouge chez les revaccinés, fournit, sur des sujets neufs, des pustules vaccinales franches.

Nous avons, en outre, constaté que cette éruption confère l'immunité au moins pendant quelque temps. Ainsi, 20 jeunes soldats ayant eu des papules rouges à la suite d'une revaccination opérée le 20 novembre 1892, sont inoculés le 20 décembre avec une nouvelle pulpe glycérinée. Il ne se produit aucun résultat. Cependant la pulpe était virulente, car 20 autres jeunes soldats déjà revaccinés sans succès le 20 novembre, et inoculés le 23 décembre, en même temps que les autres, donnent 3 cas de succès sans papules rouges.

Les faits précédents permettent sans doute de considérer l'éruption en question comme une vaccine modifiée par le terrain et arrêtée dans son évolution par un certain degré d'immunité acquise. Sans être entièrement réfractaires, les sujets vaccinés ne réagissaient que par une lésion incomplète, comparable à la fausse vaccine et susceptible de recevoir l'interprétation que M. Hervieux donne de ce dernier processus (3).

Les papules rouges de la vaccine ressemblent singulièrement à une éruption qui se montre parfois sur les bovidés à la suite de l'inoculation du virus variolique. Elle est formée aussi par des nodules rouges qui se développent au 5e jour et disparaissent promptement. En 1839, Reiter avait inoculé plus de 50 vaches; aucune de ces expériences n'avait réussi; quelques-unes seulement avaient abouti à des nodules rouges (4). En 1865, la célèbre commission lyonnaise de la vaccine répéta les inoculations varioliques sur 12 animaux de race bovine; dans 11 cas les lésions locales furent insignifiantes; un cas seulement donna lieu à des papules rouges éphémères (5).

En 1881, Voigt signala des faits analogues, qui ont été ensuite confirmés par les expériences de Haccius (1892). Dans ces éruptions rouges, il est difficile de ne pas voir une variole modifiée par l'immunité naturelle des animaux mis en expérience.

A d'autres points de vue on peut encore rapprocher la

(1) Dauvé et Larue, Atténuation de la pulpe glycérinée. *Archives de méd. militaire*, 1892, t. XX.

(2) Dauvé et Larue, *loc. cit.*, p. 365.

(3) Hervieux, Immunité et réceptivité vaccinales. *Académie de médecine*, 28 mars et 14 avril 1893.

(4) Haccius, *loc. cit.*, p. 15.

(5) Chauveau, Viennois et Meynet, Vaccine et Variole, ch. 2. Paris, 1865.

vaccine rouge de l'homme de la variole rouge des bovidés. Il ressort des importantes recherches de Haccius que l'inoculation aux veaux de la lymphe variolique produit tantôt des nodules rouges, tantôt de véritables pustules, suivant le mode opératoire adopté. Les piqûres et les scarifications simples ne donnent que des papules rouges; on obtient les pustules en dénudant une grande surface de peau, soit par des incisions multipliées et rapprochées, soit par le frottage au moyen du papier de verre (1).

Quelque chose d'analogue se passe dans la vaccine rouge. Dans nos revaccinations régimentaires, nous avons constaté de la manière la plus évidente qu'avec une même pulpe et sur des sujets de réceptivité égale, on produit tantôt une majorité de pustules normales, tantôt une majorité de papules rouges. Le premier cas correspond aux inoculations les plus soignées, aux incisions les plus étendues et aux lancettes les plus chargées. Lorsqu'on ménage le vaccin et la peau, les pustules normales se font rares, et les papules rouges se montrent en grand nombre.

L'influence de la quantité de virus sur la beauté des éruptions est d'ailleurs bien connue des médecins militaires. Elle s'explique par les travaux de Chauveau et de ses élèves qui ont montré, à propos des maladies virulentes, que pour vaincre l'immunité naturelle ou acquise, il suffit d'augmenter le nombre des germes inoculés (2).

En résumé, la papule rouge n'est qu'une vaccine abortive et rudimentaire. Son évolution rapide, sa disparition par atrophie, l'absence de phénomènes inflammatoires et d'eschare, font de cette éruption une lésion plus simple que la pustule normale. L'étude bactériologique confirme pleinement ces données.

Dans des recherches qui datent de novembre 1891, nous avions fait des cultures avec du sang extrait de deux papules rouges arrivées au 3e jour de leur évolution. Nous n'avions obtenu qu'une seule colonie appartenant à un microcoque blanc sans action pathogène sur le cobaye et la souris. La rareté de ce microbe nous avait fait croire qu'il s'agissait d'une impureté accidentelle et nous n'avions attribué à cet organisme aucun rôle dans la genèse de l'éruption (3).

En 1892, la revaccination de 400 jeunes soldats nous a permis d'observer 80 cas de papules rouges à divers degrés de développement. Nous avons repris nos examens bactériologiques en choisissant des boutons volumineux et âgés de 5 à 8 jours.

La papule, lavée à l'eau stérile, puis à l'alcool absolu et à l'éther sulfurique, était ponctionnée avec un bistouri flambé; on laissait perdre la première goutte de sang, et avec les suivantes on ensemençait des tubes de sérum et de gélose.

Après 24 heures d'étuve à 35°, nous avons presque toujours obtenu des petites colonies rondes, aplaties, remarquables par leur couleur d'un blanc de porcelaine. Ces colonies appartenaient au coccus blanc déjà rencontré dans les pustules vaccinales classiques et dans la pulpe glycérinée.

Sur 6 cas d'examens de papules rouges, 3 ont fourni le coccus à l'état de pureté; 2 sont restés stériles et un a donné en même temps le coccus blanc et 1 coccus jaune non liquéfiant.

Dans tous les cas positifs, le coccus formait des colonies nombreuses; comme les ensemencements avaient été opérés avec une très petite quantité de sang, il en résultait que le microbe avait dû se multiplier dans les papules.

(1) HACCIUS, p. 53 et 82.
(2) ARLOING, Les Virus, p. 158. Paris, 1891.
(3) DAUVÉ et LARUE, *loc. cit.*, p. 365.

En effet, la pulpe glycérinée, qui avait servi à l'inoculation, contenait les 2 microbes, mais en petit nombre, comme d'habitude.

On les retrouvait aussi associés à d'autres espèces dans les pustules normales issues du même vaccin.

Ces diverses constatations nous ont fait supposer que le coccus blanc doit jouer un rôle dans la vaccine et surtout dans sa forme rouge.

Un autre fait tend à prouver que ce microbe exerce aussi son action dans la maladie qui se rapproche le plus de la vaccine, c'est-à-dire dans la variole. Ayant soumis à l'analyse bactériologique le sang extrait de pustules de varioloïdes, nous y avons trouvé à l'état de pureté et en grande quantité un coccus semblable au précédent. Il s'agissait de pustules de la face arrivées l'une au 3e jour, l'autre au 5e jour. La maladie était extrêmement bénigne; les deux sujets, traités dans le service de M. le docteur Bar, avaient été vaccinés et revaccinés avec succès.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Arthropathies syringomyéliques, par CHARCOT (*Progrès médical*, 29 avril 1893, n° 17, p. 321). — Sujet âgé de 35 ans, boucher, à antécédents alcooliques héréditaires : il est pris, il y a 7 ans, d'une hyperesthésie des talons, en même temps que de crises de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs. Depuis ce moment, des douleurs analogues sont ressenties de temps en temps. Il y a un an, à la suite d'un nouvel accès, il survient du gonflement du poignet droit, puis de l'épaule, sans douleur; puis, ces articulations se déforment peu à peu, et actuellement on constate une luxation du poignet dont les mouvements non douloureux s'accompagnent de craquements. Il n'existe pas d'autres signes de tabes. On trouve, au contraire, du nystagmus, des troubles de la sensibilité (plaques de dissociation syringomyélique sur le bras et l'épaule malades), des bulles spontanées, de l'atrophie musculaire avec contractions fibrillaires des muscles du même membre. Aussi, l'auteur pense-t-il que, dans ce cas, il s'agit plutôt de syringomyélie que de tabes.

Mouvements choréiques (The choreic movement), par WOOD (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, avril 1893, n° 4, p. 241). — L'auteur pense que la chorée de l'enfant est analogue à celle du chien, du moins quant au mécanisme des mouvements anormaux, et il en propose une théorie qui est la suivante. Les convulsions seraient la manifestation d'une diminution du pouvoir inhibitoire des cellules de la moelle. Il a fait à l'appui diverses expériences chez des chiens choréiques. L'administration de la quinine, qui paraît exciter l'inhibition de la moelle, suspend les convulsions, aussi ce médicament serait-il indiqué dans la chorée des enfants.

Névroses et arthropathies (Neuroses and arthropathies; are they related), par E. BLAKE (*American Journal of the medical sciences*, mai 1893, n° 243, p. 536). — Pour l'auteur, la question des rapports de la chorée et du rhumatisme a été mal posée. Ce n'est pas l'une qui donne naissance à l'autre, mais les deux modes de manifestation dépendent d'une commune origine. Les agents septiques, les intoxications peuvent, en effet, produire tantôt l'arthropathie, tantôt la névrose. Telle la diarrhée urique, par exemple, provoque des psycho-névroses chez la femme, des chondro-synovites chez l'homme.

Trois cas d'arthropathies myélopathiques, par MAILLARD et AUGÉOUD (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1893, n° 2, p. 78). — Le premier cas a trait à une femme de 59 ans, non syphilitique, atteinte d'ataxie locomotrice bien caractérisée, qui est, en même temps, porteuse de deux arthropathies, l'une du genou, l'autre du cou-de-pied. Dans le second cas, il s'agit d'un tabétique syphilitique âgé

de 51 ans, chez lequel s'est développée, depuis quelque temps, une arthropathie du genou gauche. La troisième observation se rapporte à un sujet atteint de maladie de Friedreich avec déformation très accentuée des pieds. Cette déformation est-elle le résultat d'une arthropathie au sens vrai du mot? La question est loin d'être résolue.

Contribution à l'étude de l'influence de l'activité cérébrale sur l'échange d'acide phosphorique et d'azote, par Stcherbach (*Archives de médecine expérimentale*, 1er mai 1893, n° 3, p. 308). — Bien que, jusqu'à présent, la question ait été étudiée par un grand nombre d'auteurs à l'aide d'expériences et de procédés différents, il est encore impossible de tirer une conclusion ferme quant aux rapports exacts qui existent entre l'activité cérébrale et l'élimination de l'acide phosphorique. C'est ce desideratum que Stcherbach s'est proposé de combler par des recherches qu'on peut diviser en trois parties : recherches sur l'homme normal, recherches sur les idiots, recherches sur les animaux. Des recherches sur l'homme, il résulte que le travail intellectuel intense détermine un trouble de la nutrition générale avec accroissement autonome de la métamorphose phosphorique; dans les cas d'idiotie le besoin de l'organisme en phosphore se trouve abaissé; chez des chiens morphinisés, il y a diminution d'élimination phosphorique cérébrale pendant la narcose. En somme, la transformation du phosphore dans l'organisme dépend, dans une certaine mesure, de l'activité cérébrale.

Pathologie de l'épilepsie traumatique (A contribution to the pathology of traumatic epilepsy), par Ira van Guron (*Medical Record*, 29 avril 1893, n° 1173, p. 513). — L'auteur a eu l'occasion d'examiner les pièces provenant de deux sujets trépanés à l'occasion de traumatismes du crâne qui avaient déterminé des convulsions et consistant en des parcelles de tissu cérébral enlevées au cours de l'intervention. Il a trouvé des lésions dégénératives à divers degrés des cellules ganglionnaires de l'écorce, et de l'hyperplasie de la névroglie. Dans un de ces cas, où une seconde opération fut pratiquée, des lésions de sclérose relativement intenses se produisirent et paraissent devoir être attribuées à l'irritation causée par l'opération. Il serait possible que la récidive épileptique observée parfois quelque temps après l'intervention résultât dans une certaine mesure de lésions de cet ordre.

Angine de poitrine et épilepsie (The occurrence of angina pectoris and epilepsy in varying forms in the same subject, with a brief consideration of the alleged identity of the maladies), par R. C. Newton (*Medical Record*, 29 avril 1893, n° 1173, p. 527). — Sujet âgé de 45 ans, sans antécédents nerveux héréditaires, intelligent mais spirite, syphilitique, qui présenta des troubles paralytiques des yeux attribuables à cette affection; depuis deux à trois ans, il souffre occasionnellement d'accès d'angine de poitrine. En février 1888, attaque typique d'angor pectoris; en juillet 1888, attaque épileptique avec troubles respiratoires et circulatoires. Depuis, il souffre d'une sciatique. Ultérieurement, il y eut comme une alternance entre les accès comitiaux, la sciatique et l'angine de poitrine. Le malade succomba en novembre 1888. On trouva des lésions de l'aorte et de la myocardite. L'auteur se demande si les divers phénomènes morbides ne seraient pas dus à la même cause, et, rappelant l'ancienne opinion de Trousseau, si notamment l'angine de poitrine ne serait pas un phénomène comitial.

Etiologie de la chorée (The etiology of chorea), par Rachford (*Medical News*, 22 avril 1893, n° 16, p. 429). — L'anémie, et spécialement l'anémie qui dépend de la tuberculose ganglionnaire, jouerait un rôle prépondérant dans l'étiologie de la chorée. Telle est la conclusson que l'auteur tire d'un travail statistique portant sur 61 cas de chorée. Il l'a rencontrée dans 50 0/0 des cas; le rhumatisme est également un facteur important qu'il trouve dans 45 0/0 des cas. Il en est de même des affections cardiaques et aussi des affections cachectisantes de la scarlatine et du paludisme.

Toutefois ces causes n'agissent qu'en raison d'une prédisposition du sujet que réalise l'hérédité neuropathique, et qu'aident le sexe féminin, l'âge peu avancé, la situation sociale parfois.

Des lésions du système nerveux par le poison diphthéritique, par Stcherbak (*Revue neurologique*, 15 avril 1893, n° 7, p. 145). — Les recherches expérimentales de l'auteur ont été faites sur des lapins et des cobayes qu'il inoculait à l'aide d'injections soit de cultures vivantes, soit de culture filtrée, et dont il examinait ensuite les muscles, les nerfs, les racines, les ganglions spinaux et la moelle. Il a observé : des hémorrhagies et des inflammations légères des méninges, des hémorrhagies et de la poliomyélite dans la moelle, des altérations dégénératives dans les racines spinales, un processus parenchymateux et interstitiel dans les muscles, enfin une névrite périphérique. Les expériences lui ont démontré que c'est de cette dernière lésion — processus inflammatoire parenchymateux et interstitiel des nerfs périphériques — que dépendent les paralysies diphthériques, les autres lésions n'ayant qu'une signification secondaire.

Quelques cas d'affections nerveuses, par François (*Archives médicales belges*, mars 1893, p. 159). — Outre un cas d'embolie cérébrale survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde et un cas de tremblement hystérique, l'auteur rapporte un cas d'astasie-abasie. Il s'agit d'un jeune artilleur qui a éprouvé une faiblesse progressive des membres inférieurs, l'empêchant de marcher. On ne constate aucun trouble de sensibilité, mais le réflexe patellaire est aboli et la force musculaire des extenseurs de la jambe est fortement amoindrie. Aussi ne nous paraît-il pas qu'on ait eu affaire à l'astasie-abasie, mais plutôt à une névrite périphérique.

L'écriture en miroir chez les enfants (Ueber das Vorkommen von Spiegelschrift besonders in Kindesalter), par Cahen-Brach (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 29 mars 1893, bd 51, hft 2 et 3, p. 141). — Après un exposé critique des travaux qui ont été faits sur la question, après avoir rappelé notamment que certains auteurs considèrent l'écriture en miroir comme un phénomène physiologique, et d'autres comme un signe pathologique, Cahen rend compte des recherches qu'il a entreprises sur ce sujet en examinant des enfants. Sur 649 sujets il a trouvé 107 fois l'écriture en miroir, soit dans 16 1/2 0/0 des cas. Il est à remarquer que la proportion de ces cas est en raison inverse de l'âge des enfants. Alors que chez les enfants de 7 ans, on la rencontre dans 40 0/0 des cas, elle n'existe plus que dans 10 0/0 des cas chez les enfants de 13 ans. On peut donc dire que l'écriture en miroir n'est pas rare dans une certaine période du développement dont la fin touche à la dixième année, et que, à cette époque, il ne s'agit pas d'un trouble pathologique. Au delà de cette période elle apparait comme la manifestation d'un amoindrissement psychique, ou même comme un syndrome nerveux.

Fièvre thermique et polynévrite (Thermic fever with unusual sequela; multiple neuritis), par Heisler (*University medical Magazine*, avril 1893, n° 7, p. 545). — Une jeune fille de 23 ans est prise, le 29 juillet 1892, de céphalée, d'anorexie, de faiblesse générale. Dès le lendemain de ce début, elle est presque dans le coma, avec des pupilles rétrécies, une respiration irrégulière, des battements de cœur faibles, de la tendance à la contracture musculaire. La température est de 109° F. Sous l'influence du traitement par les bains froids, la plupart des symptômes s'amendèrent, sauf l'hypothermie. Après plusieurs semaines, durant lesquelles la température varia entre 100° et 100°5 F., on observa des douleurs dans les membres le long du trajet, de la faiblesse, tant aux jambes qu'aux bras. Ce n'est que deux mois après que la marche fut possible à l'aide de cannes (novembre). L'auteur insiste sur le fait de la longue durée de l'hypothermie sans lésions centrales, et sur l'importance qu'il y a à chercher à abaisser le degré de la température dont le trouble paraît dans ce cas devoir surtout être rendu responsable des altérations des nerfs.

MÉDECINE

Sur le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses ou doses thérapeutiques, par Petresco (*Revue de médecine*, mars 1893, p. 199). — Plaidoyer, à coups de citations de communications à des Sociétés savantes, en faveur de la méthode de l'auteur qui prescrit dans la pneumonie l'infusion de 5 grammes de digitale par jour, dose répétée pendant 3 ou 4 jours : 12 observations à

l'appui de cette méthode que l'auteur a employée dans 1061 cas de pneumonie.

Anévrysme de l'aorte communiquant avec l'oreillette droite (Ueber einen Fall von Perforation eines Aortenaneurysmus in den rechten Vorhof), par V. WUNSCHEIM (*Prager med. Woch.*, 12 avril 1893, p. 175). — La rupture des anévrysmes aortiques dans les organes creux du médiastin n'est pas rare; toutefois la rupture dans l'oreillette droite a été rarement signalée. L'observation suivante mérite d'autant plus d'être rapportée qu'aucun incident ne révéla cliniquement cette complication. Homme de 43 ans, présentant depuis 4 ans des accidents cardiaques accompagnés d'ascite; ponctionné 9 fois. A son admission à l'hôpital, ascite avec œdème considérable des membres inférieurs, léger œdème des avant-bras. Choc de cœur énergique, matité augmentée : 1er temps éclatant, claqué à la pointe, tandis que le 2e temps est sourd, parfois légèrement soufflant; battements tumultueux. Après une nouvelle ponction, le malade succombe au bout de quelques jours aux progrès de l'asystolie. Autopsie : cœur énorme, l'hypertrophie portant sur les deux ventricules; pas de lésion endocardique, sauf un peu d'induration des sigmoïdes aortiques. La première partie de la crosse aortique montrait un anévrysme sacciforme faisant saillie dans les deux oreillettes, mais principalement dans l'oreillette droite : un orifice arrondi de un demi-centimètre carré établissait, selon toute apparence depuis longtemps, une communication libre entre l'anévrysme et cette cavité. D'après la disposition de la tumeur, il était évident que celle-ci, au moment de son expansion systolique, devait obturer complètement l'orifice auriculo-ventriculaire, et en grande partie les orifices des veines caves, surtout de la supérieure. C'est ce qui peut expliquer l'absence de symptômes cliniques traduisant cette communication anormale, et en particulier l'absence du pouls veineux jugulaire.

Diphthérie expérimentale avec foyers secondaires dans les organes internes (A contribution to the pathology of experimental diphtheria, with special reference to the appearance of secondary foci in the internal organs), par A. C. ABBOTT et A. A. GHRISKEY (*Johns Hopkins hospital Bulletin*, n° 30, avril 1893, p. 29). — Indépendamment des altérations anatomiques, bien connues aujourd'hui, que l'on produit dans la diphthérie expérimentale, les auteurs ont rencontré dans 7 cas des lésions tout à fait particulières du mésentère. Elles consistent en foyers lenticulaires, jaunâtres, ordinairement situés entre les deux lames péritonéales. Parfois ils ne sont visibles qu'au microscope. Histologiquement, ce sont des amas de leucocytes dont un grand nombre renferment le bacille de Loeffler. Dans un cas, ils ont pu obtenir par réensemencement des cultures pures du bacille diphthéritique. Ce fait est du plus haut intérêt; car il a été admis jusqu'à ce jour que la diphthérie, infection locale, ne s'accompagnait pas d'envahissement des organes par les bacilles. Il est à rapprocher des récentes recherches de Frosch qui se rapportent à la diphthérie spontanée chez l'homme. Une planche coloriée reproduit la lésion anatomique et les colonies de bacilles observées au microscope.

Endocardite ulcéreuse due au bacille de la diphthérie (Acute ulcerative endocarditis due to the bacillus diphtheriæ), par W. T. HOWARD (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, n° 30, avril 1893, p. 32). — Homme de 44 ans, pris de frisson violent suivi de fièvre, de courbature dans les membres et de douleurs dans l'abdomen. Diarrhée et vomissements; température irrégulière, mort au bout de 17 jours, dans le collapsus. A l'autopsie, on trouve le cœur volumineux : sur la valvule mitrale, existe une petite masse adhérente atteignant une épaisseur de 1 cm. au niveau du bord libre. L'endocarde présente des ulcérations et de petites hémorrhagies. Foie congestionné, rate grosse, renfermant des infarctus, reins de néphrite aiguë. L'examen des végétations cardiaques et des autres organes montra, dans les cultures et dans les préparations microscopiques, des bacilles qui furent reconnus identiques à celui de la diphthérie. L'inoculation à un lapin et à un cobaye resta sans résultat.

Diphthérie et broncho-pneumonie (Diphtheria and broncho-pneumonia), par S. FLEXNER (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, n° 30, avril 1893, p. 32). — Deux cas de diphthérie humaine compliqués de broncho-pneumonie. Dans un des deux, l'auteur put constater, à l'autopsie, la présence du bacille diphthéritique non seulement dans les fausses membranes, mais même dans l'exsudat bronchique. Cet exsudat consistait essentiellement en leucocytes polynucléaires renfermant dans leur intérieur le bacille en question. L'auteur a fait à ce propos quelques expériences relatives au mode de production des fausses membranes. En inoculant des bacilles morts, il vit se former au niveau de la piqûre un petit nodule qui disparaissait rapidement. Au contraire, si l'on injectait en même temps un bouillon de culture filtré, l'animal mourait, et au niveau du nodule produit par la piqûre, on pouvait constater la phagocytose des bacilles injectés.

Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante chez une syphilitique, par E. CHRÉTIEN (*Revue de médecine*, avril 1893, p. 326). — Femme de 51 ans atteinte d'ostéo-arthropathie hypertrophiant du type décrit par P. Marie, pas de lésions pulmonaires ni cardiaques; mais lésions du foie présentant cliniquement et anatomiquement les caractères du foie syphilitique; pas d'antécédents connus de syphilis; l'auteur se demande s'il ne s'agit pas d'une syphilis héréditaire. Rapprochant ce cas de ceux de Schmidt et de Smirnoff, il pense que la lésion ostéo-articulaire peut relever de la syphilis.

L'électricité dans les maladies infectieuses (L'elettricita nella cura dei morbi infettivi e massimamente della tisichezza polmanare), par E. DE RENZI (*Rivista clinica e terapeutica*, mars 1893, p. 113). — L'auteur a traité un certain nombre de maladies infectieuses par les courants continus de 50 milliampères, les pôles constitués par des coussins imprégnés de solution de bicarbonate de soude à 10 0/0 pour le pôle positif et de solution d'acide tartrique à 5 0/0 pour le pôle négatif, le cathode étant placé au niveau de la partie malade. Il n'a pas constaté d'accidents à la suite de ce traitement; par contre, il en a observé des résultats favorables qu'il exposera plus complètement dans un mémoire ultérieur : il a vu en particulier le nombre des bacilles diminuer dans les crachats des tuberculeux; il a vu également l'exsudat diminuer rapidement et disparaître complètement dans des cas de pleurésies avec épanchement, tuberculeuses ou autres, et dans les cas de péricardite.

CHIRURGIE

Un cas de polymastie (Beitrag zur Lehre von der Polymastie und ihrer Beziehung zur Entwickelung von Brustdrüsengeschwülsten), par MARTIN (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 880). — L'auteur rapporte un cas de sein surnuméraire (situé sous le sein gauche) chez une femme de 32 ans. A la palpation on sentait sous le sein surnuméraire une petite tumeur des dimensions d'un œuf de poule. Amputation du sein surnuméraire et ablation de la tumeur qui, après examen microscopique, fut reconnue pour un fibro-adénome développé dans une glandule aberrante.

Anévrysme diffus de la poplitée consécutif à la perforation de l'artère par une exostose aiguë de la ligne âpre. Incision. Ligature des deux bouts. Guérison, par TERRIER et HARTMANN (*Revue de Chirurgie*, 10 avril 1893, p. 310). — Un garçon de 17 ans fut brusquement pris, en pleine santé, d'une douleur très vive à la partie inférieure et interne de la cuisse droite et d'une sensation de froid dans le pied; il constata le lendemain un gonflement au niveau de la partie inférieure et interne de la cuisse; cette tuméfaction augmenta progressivement; au début, elle présentait des battements qui ont considérablement diminué depuis. Bientôt tout le membre fut infiltré. A l'auscultation, on constate un bruit de souffle intermittent.

Opération le 5 août 1892 : on enroule autour du membre la bande d'Esmarch. Incision de 12 centimètres sur le trajet de l'artère poplitée à la partie antéro-interne de la cuisse. On tombe dans une cavité mal limitée, pleine de caillots, et on trouve une pointe osseuse aiguë, implantée au niveau de la branche interne de bifurcation de la ligne âpre. On voit sur la face antérieure de l'artère poplitée une petite perforation répondant à cette pointe osseuse. On résèque la portion de la poplitée qui comprend la perforation et on lie les deux bouts

à la soie. La veine poplitée n'est pas lésée. Drainage : réunion au crin. Pansement iodoformé.

Le 4 décembre, après un peu de suppuration, le malade est guéri et a complètement repris l'usage de son membre.

Terrier et Hartmann citent un fait analogue, dû à W. M. Boling et déjà publié. Dans ce cas, qui appartient à la période pré-antiseptique, on eut recours à l'amputation de la cuisse.

Kyste uniloculaire simple du maxillaire supérieur, par Forgue (*Nouveau Montpellier médical*, 21 janvier 1893, p. 45). — Eugénie F..., 26 ans, entre à l'hôpital le 31 août 1892. Onze mois avant, sa joue gauche s'est tuméfiée, la malade a remarqué au niveau de la deuxième prémolaire correspondante une petite grosseur indolore. Il y a cinq mois, on a fait une ponction et on en a retiré quelques cuillerées d'un liquide clair citrin. Après cette ponction, la tumeur grossit assez vite, soulevant la joue gauche. Peau avec ses caractères normaux. Dans le sillon gingivo-jugal, on sent une saillie faisant relief ovalaire sur toute la fosse canine. Etat général excellent. Diagnostic : kyste uniloculaire du maxillaire supérieur. Opération le 7 septembre. Incision de la muqueuse buccale au-dessus du rebord alvéolaire; on la décolle à coups de rugine. On fait sauter le couvercle osseux; une sérosité citrine, mélangée à du sang, s'écoule; on racle les parois profondes de la cavité kystique. Lavage et tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée. Guérison.

De l'étranglement herniaire de l'appendice iléo-cæcal, par Pollosson (*Lyon médical*, 21 mai 1893, p. 75). — Observation I. — X. Y., 71 ans, vieillard cachectique; on trouve dans la région iliaque droite, au-dessus de l'arcade, une tumeur fluctuante qu'on incise; le malade meurt quelques jours après. A l'autopsie, on trouve dans cette tumeur l'appendice iléo-cæcal gangréné et perforé.

Obs. II. — A. E., repasseuse, 37 ans, porte depuis cinq ans une tumeur dans la région crurale; elle présente tous les symptômes d'une hernie étranglée. *Opération* : le sac incisé, on y trouve un cordon rougeâtre du volume du petit doigt; on débride l'étranglement et on voit que ce cordon est l'appendice iléo-cæcal. On le lie et on le résèque. Guérison.

Obs. III. — X. Y., infirmière, 32 ans, porte depuis deux ans une hernie crurale droite; symptômes d'étranglement. Opération. Le sac est incisé : le doigt introduit dans le sac rencontre profondément, au-devant de l'anneau crural, une petite tumeur dure, résistante; on agrandit l'incision et on voit un corps cylindroïde, tendu, rougeâtre, présentant comme un appendice épiploïque sur un de ses bords et qui fait l'impression de l'appendice. On résèque cet appendice, après l'avoir lié.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Il existe des hernies crurales dans lesquelles le contenu est constitué par le seul appendice iléo-cæcal;

2° Ces hernies peuvent devenir le siège d'un étranglement;

3° Les symptômes sont tantôt ceux de l'enterocèle étranglée, tantôt ceux de l'épiplocèle étranglée;

4° Le traitement se rapproche de celui de la hernie étranglée ordinaire. On pourra réussir par le taxis.

Le débridement n'est pas toujours nécessaire; on le pratiquera seulement si l'appendice ne peut être tiré au dehors.

On pratiquera la résection de l'appendice en partie saine au-dessous d'une ligature circulaire au catgut.

Il sera prudent de faire l'occlusion de la section terminale du tube par quelques points de suture, ou d'assurer l'asepsie de la muqueuse par une cautérisation au thermocautère.

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement des maladies du cœur par la méthode des Drs Schott de Nauheim, par le Dr Mœller. Bruxelles, 1892.

L'auteur a voulu être témoin du mode d'application de cette méthode par l'inventeur lui-même, et en constater les effets immédiatement. Il y consacre une intéressante monographie. Les médecins qui sont entrés dans cette voie nouvelle de la thérapeutique cardiaque, abandonnant la médication symptomatique jusque-là suivie, s'attachent à modifier directement l'organe central de la circulation, à en fortifier la musculature. La gymnastique recommandée par Oertel, et qui consiste principalement en ascensions progressives, ne saurait être appliquée qu'à un petit nombre de cas; et les frères Schott la remplacent par un traitement mécanique beaucoup plus doux et plus rationnel. Celui-ci consiste en exercices corporels très-simples, dont le choix est fondé sur les principes de la *gymnastique de résistance*, ainsi que l'appellent les Suédois. Ce sont des mouvements simples (flexion, extension, etc.), des membres et du tronc, que le malade doit exécuter en surmontant une certaine résistance opposée par un aide-gymnaste. Ces exercices doivent être pratiqués suivant certaines lois précises dont l'observation rigoureuse est nécessaire au succès: l'auteur les formule en détail. Comme conséquence immédiate, on constate une diminution plus ou moins considérable des cavités du cœur, appréciable après une seule séance de gymnastique. Mais ce n'est là qu'une partie du traitement : les bains salés et gazeux en forment le complément. Leur mode d'action est d'ailleurs assez identique au précédent. Bien qu'il n'y ait, paraît-il, que fort peu de contre-indications à l'emploi de cette méthode, il serait à désirer que les observations où elle a été appliquée avec succès fussent publiées avec de minutieux détails, si les inventeurs veulent entraîner la conviction à son sujet et la faire entrer dans la pratique.

Lamy.

Aliénation mentale syphilitique. — Leçons cliniques, par le professeur A. Mairet, doyen de la Faculté de médecine, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de l'Hérault. Paris, 1893. G. Masson, édit. 1 vol. in-8°.

L'auteur a coutume de consacrer dans son enseignement quelques leçons à l'étude des rapports étiologiques et pathogéniques qui peuvent exister entre les états généraux et l'aliénation mentale; ce sont celles de ces leçons qui ont trait aux rapports pathogéniques de la syphilis avec l'aliénation mentale qu'il publie dans ce volume.

La conception doctrinale de l'auteur peut se résumer ainsi : en dehors de la *folie simple*, fonctionnelle, *associée* à la syphilis ou *simulée* par des lésions de syphilis cérébrale; en dehors de *l'apparence* syndromique de *paralysie générale* que peuvent revêtir les altérations de la syphilis cérébrale, il existe une *aliénation mentale syphilitique*, laquelle est liée à des lésions organiques, offre une allure clinique variant selon ses modes de début, et, lorsqu'elle ne guérit pas sous l'influence du traitement, tend à une forme unique dite *paralysie généralisée*, se distinguant symptomatiquement ou non de la paralysie générale. On voit que M. Mairet prend délibérément parti dans la discussion régnante sur la nature de la paralysie générale. Pour lui, la syphilis ne peut pas donner naissance à la paralysie générale vraie; tout au plus la syphilis cérébrale, ou mieux l'aliénation mentale à laquelle donne lieu la syphilis en se localisant sur le cerveau, peut-elle à un moment donné de son évolution *revêtir la physionomie* de la paralysie générale. C'est à cette forme spéciale que M. Fournier a donné, autrefois, le nom de pseudo-paralysie générale.

C'est l'autonomie de la même forme que cherche surtout à établir M. Mairet qui propose de la désigner sous le nom de *paralysie généralisée syphilitique*. Seule, cette affection, que l'auteur s'attache à décrire et à isoler, constituerait une *espèce psychopathique* de *nature syphilitique*, la syphilis restant impuissante à produire effectivement soit des vésanies, soit la paralysie générale vraie, qui, lorsqu'elles apparaissent au cours de l'infection, sont, ou *associées*, ou *simulées* par un complexus ressortissant à des lésions de syphilis cérébrale. Il ne nous est pas permis de prendre part ici, par avance, aux controverses que ne manquera pas de susciter cette thèse originale; nous dirons seulement qu'elle est soutenue à l'aide d'un ensemble important de documents cliniques dont l'exposé magistral fait, en tout cas, de cet ouvrage un livre aussi intéressant qu'instructif.

Paul Blocq.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LE NICOTINISME, ÉTUDE DE PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE, par Emile LAURENT. 1 vol. in-16 de 221 pages. Société d'éditions scientifiques, 1893.

Plaidoyer contre le tabac, couronné par la *Société contre l'abus du tabac*, précédé d'une préface du président de cette Société et illustré des portraits de quelques-uns des antitabagistes les plus acharnés.

Thèses.

PARIS

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET EXPÉRIMENTALE DES ARTÉRITES SECONDAIRES AUX MALADIES INFECTIEUSES, par THÉRÈSE.

1° Les maladies infectieuses peuvent être le point de départ de l'artério-sclérose.

2° Le premier stade de l'artério-sclérose consécutive aux maladies infectieuses consiste dans une transsudation leucocytaire autour des capillaires et dans le tissu conjonctif.

3° La transsudation peut se faire sous l'influence exclusive des toxines (diphthérie, streptocoque).

4° Ces leucocytes transsudés subissent toutes les phases de la sclérogénèse inflammatoire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SUTURE TOTALE DE LA VESSIE, par SOREL.

La suture totale de la vessie peut être tentée.

Il n'y a que trois contre-indications : *a*) les traumatismes trop étendus de la paroi; *b*) les modifications trop profondes de la paroi vésicale; *c*) les hémorrhagies de la paroi vésicale.

L'infection n'est pas par elle-même une contre-indication.

La sonde à demeure de Pezzer assure un bon drainage de la vessie.

On peut se passer de la sonde à demeure en lui substituant la méthode des cathétérismes répétés ou en laissant uriner le malade seul, dans les cas d'une vessie et d'un canal absolument sains. Cependant, dans ce cas favorable, la sonde à demeure est une sécurité à laquelle il est prudent de recourir.

La suture de la vessie se fait par un premier plan de suture qui passe entre la musculeuse et la muqueuse; cependant il peut traverser la muqueuse sans inconvénient, par un deuxième plan à la Lembert. L'emploi du catgut, même baignant dans l'urine, n'a aucun inconvénient.

On doit, dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, placer un drain plongeant dans la cavité de Retzius quand celle-ci a été décollée.

DE L'OXYGÉNATION DES NOUVEAU-NÉS, par LANDAIS.

L'oxygène en inhalations peut être employé avec avantage pour les nouveau-nés prématurés et débiles, et chez les athrepsiques.

Il agit comme excitant du système nerveux.

Il s'associe très heureusement au système de la couveuse de M. le professeur Tarnier, et remplit alors, en outre, le rôle d'aseptisant.

LYON

DES DIPLÉGIES CÉRÉBRALES DE L'ENFANCE, par ROSENTHAL.

Les diplégies cérébrales peuvent se diviser en quatre types : la rigidité généralisée, la rigidité paraplégique, l'hémiplégie spasmodique bilatérale et la chorée bilatérale congénitale.

Parmi les diplégies cérébrales, deux tiers des cas ont une étiologie connue; tandis qu'il n'y en a que un tiers dans les hémiplégies.

Les diplégies peuvent être divisées, sous le rapport de l'étiologie, en formes intra-utérines, formes congénitales et formes extra-utérines.

La rigidité généralisée et la rigidité paraplégique sont des manifestations d'un même syndrome, réunies par les formes de transition.

La rigidité généralisée est le plus souvent due à un traumatisme pendant la naissance, à l'asphyxie, à la présentation anormale, etc.

Le siège de prédilection de l'hémorrhagie méningée consécutive au traumatisme est le bord médian de l'hémisphère cérébral dans ses couches superficielles.

Les hémorrhagies plus profondes déterminent une combinaison de la rigidité généralisée avec de la paralysie.

La rigidité paraplégique est une maladie cérébrale; son étiologie la plus fréquente est la naissance avant terme, ensuite vient l'asphyxie légère.

L'hémiplégie bilatérale est le plus souvent une maladie extra-utérine

L'étiologie des formes choréiques est très peu éclaircie.

Le traumatisme de la mère pendant la grossesse a une influence directe sur la paralysie de l'enfant, en prédisposant la mère à un accouchement anormal.

Le strabisme apparaît souvent dans les cas où il y a naissance avant terme avec rigidité paraplégique.

Là où il y a des convulsions répétées ou de l'épilepsie, il faut supposer une origine intra-utérine de la maladie.

Les diplégies cérébrales ne forment qu'une unité clinique provisoire, mais elles ne présentent pas une unité anatomique.

VARIÉTÉS

Nécrologie : MICHEL PETER. — Il faut toujours saluer avec respect la mémoire de ceux qui n'ont dû qu'à un labeur opiniâtre joint à une intelligence peu commune la renommée scientifique et les succès professionnels. La vie du professeur Peter mérite, à ce point de vue, d'être citée comme un exemple. Né sans fortune, ouvrier typographe, puis correcteur à l'imprimerie Lahure, il eut l'énergie et la ténacité nécessaires pour préparer presque seul, tout en continuant son travail manuel, les examens scientifiques et littéraires qui devaient lui permettre d'entreprendre l'étude de la médecine. En 1854 il avait trente ans lorsqu'il se présenta pour la première fois au concours de l'Internat. Il fut reçu le premier, et à dater de ce jour sa carrière était faite. Son maître Trousseau avait su reconnaître en lui les qualités d'observateur qui font le clinicien; il n'eut pas de peine à lui tracer la voie qu'il devait parcourir. La solidité de ses connaissances, son talent de parole, son infatigable activité permirent à Michel Peter d'être reçu le premier en 1863 au concours pour le Clinicat et le deuxième en 1866 au concours pour l'Agrégation en médecine (le premier était Maurice Raynaud); la même année, il était reçu le premier au concours du Bureau central (le second était notre ami Blachez). De tels succès devaient mériter à Peter l'accès de la Faculté et de l'Académie de médecine. En 1877 il était nommé professeur de pathologie interne et en 1886 professeur de clinique médicale. En 1878 il entrait à l'Académie de médecine.

L'exposé de titres que présentait à cette date le professeur déjà renommé ne fait qu'imparfaitement ressortir la valeur de ses travaux scientifiques. Les progrès sont si rapides en médecine et l'on oublie si vite les services rendus qu'il faut avoir assisté personnellement à l'évolution des idées médicales pour bien juger ceux qui ont pris quelque part au mouvement scientifique contemporain. Les travaux de M. Peter sur la diphthérie (1858) et sa thèse inaugurale qui les coordonne et les complète (1859), ses articles du *Dictionnaire encyclopédique* sur les maladies du larynx et sur les angines, ses études originales sur la *Névralgie diaphragmatique* (1871) avaient déjà marqué sa place parmi les cliniciens les plus éclairés, lorsque le premier volume de ses *Leçons de clinique médicale* (1873) qui contenait des recherches intéressantes sur les maladies du cœur et des vaisseaux, le rhumatisme, les points de côté, les pleurétiques, les pneumoniques, les hémoptysiques, etc., vint démontrer avec éclat l'originalité de son esprit et de ses tendances comme clinicien. « Le mouvement se prouve en marchant : je marche », disait-il fièrement dans l'avant-propos de ce livre. Peter avait en effet semé bien des aperçus nouveaux, bien des idées fécondes dans ces leçons si vivantes, si suggestives. Peut-être cependant le désir d'innover en clinique l'entraînait-il parfois hors des limites de l'observation rigoureuse. En clinique, il reconnaissait volontiers qu'il avait pu se tromper. J'en ai eu la preuve le jour où je pus lui faire voir que ses études sur les températures locales dans les maladies aiguës reposaient sur des interprétations erronées. Il en était autrement lorsqu'il s'agissait de doctrine. Ses luttes contre Pasteur et la microbiologie ont été regrettées par tous les vrais amis de cet honnête et laborieux médecin. Hâtons-nous de dire que Peter en voulait moins à la docrine microbiologique — il l'a prouvé dans l'une de ses dernières communications à l'Académie de médecine — qu'à ses applications au traitement de la rage. Il n'avait pu comprendre ni l'inanité des lois prétendues immuables de la pathologie générale, ni la précision expérimentale et l'absolue rigueur scientifique de toutes les découvertes dues à M. Pasteur.

Malgré le retentissement qu'ont eu les discussions auxquelles Peter a pris une part si active, l'Ecole médicale française ne méconnaîtra pas les services qu'il a rendus à la science et à la profession par ses études cliniques si remarquables à tant d'égards, par la scrupuleuse honnêteté de sa vie, par l'originalité de son enseignement et par le zèle qu'il a montré jusqu'à ce que la maladie l'ait frappé soit comme médecin d'hôpital, soit comme membre de l'Université.

L. LEREBOULLET.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 23 juin 1893.

Les malades payants dans les hôpitaux.

Nous avons, à plusieurs reprises déjà, dit dans la *Gazette* que nous approuvions le Conseil municipal de Paris d'avoir invité l'Administration, sur la proposition de M. Lyon-Alemand, a établir pour les malades payants dans les hôpitaux un prix de séjour qui ne fût pas dérisoire. Dans son numéro du 20 juin, la *Gazette des hôpitaux* demande, au contraire, la suppression pure et simple de la catégorie des payants, et on y lit : « Avec l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine, nous pensons que les hôpitaux sont uniquement et exclusivement destinés aux pauvres, aux malades indigents, à l'exclusion de toute autre catégorie de malades. »

Le premier argument est que nos indigents privent d'un lit les indigents qui y ont *droit* et qu'on refuse, faute de place. Or, quels sont ces malheureux « toujours repoussés, jamais admis » ? La *Gazette des hôpitaux* est la première à les qualifier de « porteurs d'affections incurables. » C'est-à-dire des malades qui, de l'aveu même de M. Fleury-Ravarin dans le rapport peu bienveillant pour le corps médical que nous avons déjà commenté, ont *droit à l'hospice, mais devraient être rigoureusement bannis de l'hôpital* : le règlement, non abrogé, est formel sur ce point et nous ne croyons pas qu'il faille l'abroger. Le seul remède consiste à créer des lits d'incurables, ce à quoi on parviendrait si on gaspillait un peu moins d'argent.

Le second argument est tiré de la maison Dubois, qui coûte à l'Administration : ce qui prouve simplement que le prix de séjour est insuffisant. D'autre part, la maison Dubois a un vice rédhibitoire : pourvu qu'on paye, on y entre et on y séjourne à volonté, fût-on bien portant, d'où l'énorme stock de vaginites, bubons, chancres, etc., qu'on y rencontre. Tout chancreux possesseur de 5 francs par jour *a droit* à la maison Dubois, ce qui est absurde. Mais il faut ajouter que cet hôpital est le seul de ce genre : dans tous les autres, le « payant » est admis exactement comme le « gratuit » et on a sur lui le droit de l'exeat. Il n'a aucunement, sous prétexte qu'il paye, droit à l'entrée et au séjour. Donc, supprimons la maison Dubois — j'ai déjà dit que j'y applaudirais — mais n'en tirons pas argument contre les « payants » des autres hôpitaux.

Ces payants, au contraire, je crois utile et démocratique de les conserver, et voici pourquoi : Supposez un sujet ayant besoin d'une opération chirurgicale grave, une laparotomie quelconque, par exemple. Un chirurgien consciencieux n'ouvrira ce ventre que dans des conditions d'hygiène, d'outillage et d'antisepsie parfaites ; ce qui exige, si le malade n'est pas très riche et capable d'aménager son appartement *ad hoc*, l'entrée du patient dans une maison de santé. Donc : 1° frais de maison de santé ; 2° frais d'honoraires pour le chirurgien et ses aides. Prenons simplement les frais matériels, ceux de la maison de santé : mettez, en gros, de 15 à 20 francs par jour, pour trois semaines à un mois de séjour. Or, on peut, sans être *indigent*, être gêné par une somme de ce genre, tout en appartenant à la catégorie des malades qui, en temps ordinaire, payent régulièrement leur médecin 3 et 5 francs la visite. Quant aux frais d'opération, il n'en a pas encore été question.

La vérité est qu'il y a une échelle ininterrompue allant de l'indigent à l'ouvrier travaillant, de celui-ci au petit bourgeois aisé, de celui-ci enfin à l'individu riche. Ne faites pas tout pour l'indigent seul et n'oubliez pas l'ouvrier aisé. Je suppose que pour les payants de chirurgie l'administration établisse, par exemple, une journée de 10 à 15 francs. Une femme pouvant disposer de 300 à 400 francs pourra se faire opérer d'un myome utérin ou d'un kyste de l'ovaire ; et avec cette somme elle ne peut, chez elle, arriver à rien de bon. Luttez contre la « carotte » des gens qui, ayant les moyens de payer des honoraires suffisants, préfèrent (souvent, poussés par leur médecin, comme l'a dit un jour la *Gazette des hôpitaux*, si j'ai bonne mémoire) dépenser en tout 150 à 200 francs. Ce n'est pas moi, jeune chirurgien, qui irai protester contre ce qui est mon intérêt direct. Mais n'oubliez pas l'aphorisme hippocratique : *Natura non facit saltus.*

A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

La syringomyélie.

Déjà, à plusieurs reprises, sous la signature de Berbez, d'Achard, dans une leçon du professeur Charcot, il a été question dans la *Gazette* de la syringomyélie : nous ne parlons pas de la maladie de Morvan en particulier, car personne n'a oublié que c'est dans nos colonnes qu'elle a vu le jour. Depuis dix-huit mois à deux ans, une série de travaux ont paru sur ces maladies : il est inutile de rappeler à nos lecteurs ceux tout récents de M. Zambaco-Pacha sur les rapports de la lèpre et de la syringomyélie. Mais plusieurs autres mémoires, cliniques et anatomiques, ont été réunis par M. R. Verhoogen, de Bruxelles, en une synthèse intéressante (1).

***

La syringomélie est une affection caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique, par l'existence, dans la substance grise de la moelle épinière, de cavités anormales occupant le plus souvent les cornes postérieures et développées en suivant une marche graduellement progressive.

Il n'est dans cette affection pas de circonstances auxquelles on puisse attribuer un rôle étiologique bien défini. Le plus souvent on relève dans les antécédents du malade l'existence d'un traumatisme ayant porté sur la colonne vertébrale ; dans d'autres cas, l'affection reconnaîtrait pour cause efficiente ou tout au moins prédisposante, une maladie infectieuse survenue quelque temps avant son début ; enfin nous connaissons un cas (observation encore inédite du service de M. le professeur Stiénon) dans lequel la syringomyélie constitue une maladie familiale, frappant à la fois deux sœurs et un frère nés de parents alcooliques.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que c'est dans la substance grise, et surtout dans la partie qui est située derrière le canal central de la moelle ainsi que dans celle qui constitue les cornes postérieures, que sont principalement localisées les lésions. Par extension, celles-ci peuvent atteindre les cornes antérieures et même intéresser dans quelques cas la substance blanche de la moelle, mais il n'en paraît pas moins établi que c'est à la partie postérieure de la substance grise que prennent naissance les lésions qui donnent lieu à la syringomyélie.

Il semble aussi que les cavités médullaires n'apparaissent pas immédiatement comme telles, mais résultent soit de la fonte d'une tumeur gliomateuse, soit d'un processus inflammatoire ou d'un processus scléreux.

MM. Joffroy et Achard (*Archives de physiologie*, 1887, n° 7) ont constaté en effet dans certaines moelles syringomyéliques, en même temps que des altérations méningitiques, l'existence au pourtour des cavités de lésions d'inflammation chronique, et croient pouvoir attribuer à celles-ci la destruction de la substance grise (myélite cavitaire). Le fait, il est vrai, est susceptible d'une autre interprétation et trouverait également une explication satisfaisante si l'on admettait, comme M. Galloway (*British medical Journal*, 1891, p. 641), que l'inflammation n'est que secondaire et qu'elle succède à la cavitose. Cette interprétation pourra paraître plus logique encore si l'on réfléchit que la formation cavitaire n'affecterait pas une prédilection aussi constante pour une région déterminée de la substance médullaire si elle était consécutive à l'inflammation vulgaire.

La sclérose diffuse périépendymaire de M. Hallopeau a également été accusée de donner lieu à la syringomyélie, mais il existe de la sclérose dans un très grand nombre d'affections médullaires, et la syringomyélie constitue en somme une maladie rare ; il est du reste tout à fait exceptionnel de voir un tissu scléreux se fondre et disparaître en donnant lieu à une perte de substance, et surtout en laissant à sa place un foyer lacunaire dont les parois seraient, comme dans la syringomyélie, recouvertes d'un épithélium. Quoi qu'il en soit, on doit admettre, que si pas dans la totalité des cas, au moins dans leur grande majorité, la formation cavitaire est consécutive à la disparition d'une gliomateuse préformée.

D'après Westphal-Schulze, la partie postérieure de la substance grise présente en effet une prédisposition marquée à l'éclosion de tumeurs qui s'y développeraient et se résorberaient ensuite spontanément, donnant ainsi lieu à la syringomyélie.

Le mécanisme serait autre d'après Leyden et Virchow. Pour ces auteurs, la syringomyélie aurait la même genèse que l'hydromyélie, et ces deux affections seraient identiques. Si dans la période fœtale le canal central est très distendu, le développement des cordons postérieurs peut s'en ressentir ; d'après le degré de cette distension il peut se former une cavité qui, ou bien restera en rapport avec le canal central, ou bien pourra s'en séparer et s'étendre ultérieurement encore.

Pour Langhaus et Kronthal, ce serait l'augmentation de pression et la stase dans le canal central qui donneraient lieu à l'hydromyélie, puis à l'hyperplasie gliomateuse et à la cavitose.

M. Hoffman (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, 1892, Hft 1-3) ne se rallie pas complètement à cette manière de voir ; s'appuyant sur le résultat de cinq autopsies personnelles et de neuf observations publiées par M. Schultze, il conclut à la prédisposition anatomique consécutive, dans la majorité des cas, à l'occlusion anormale du canal central pendant la période fœtale. De ce fait résulterait soit la formation de canalicules aveugles, soit la persistance en dehors du canal de cellules embryonnaires, qui constitueraient le point de départ de la formation néoplasique par hyperplasie épendymaire à la ligne de fermeture du canal.

Puisqu'il s'agit de tumeurs gliomateuses, il faut, d'après M. Miura (*Ziegler's Beitræge*, 1891, Hft 1), faire une distinction entre le gliome vrai et la gliomatose médullaire. Le premier se distingue par son volume et sa structure histologique, les éléments cellulaires y prédominent et les fibres fasciculées y sont peu abondantes ; la moelle qui contient un gliome augmenté de volume ou tout au moins son volume ne diminue pas, ce qui est au contraire la règle dans la gliomatose médullaire diffuse. Cette dernière lésion résulte généralement d'une dégénérescence ou d'une inflammation : les éléments cellulaires y deviennent rares et les faisceaux prédominent.

Il faut ajouter, au point de vue clinique, que le gliome conduit en deux ou trois ans à une issue fatale, tandis que la gliomatose peut durer vingt à trente ans et plus.

Quoi qu'il en soit, les cavités médullaires sont toujours tapissées de cellules épithéliales. La différence qui existe entre la syringomyélie et l'hydromyélie ne tient donc pas seulement à la genèse de ces deux affections, elle est encore morphologique, car, d'après MM. Schæffer et Preisz (*Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr.*, Bd 23), l'hydromyélie serait due à une simple dilatation du canal central, qui conservera toujours son épithélium caractéristique, tandis que la cavité syringomyélique non seulement ne communique habituellement pas avec le canal

(1) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie*, Bruxelles, 1893, n° 22, p. 353.

central, mais est de plus revêtue d'un épithélium différent.

Mais les altérations ne sont pas toujours exclusivement localisées à la moelle; dans un certain nombre de cas on a constaté, en plus de la cavitose médullaire, l'existence de névrites périphériques et cela dans les nerfs qui tirent leur origine des régions atteintes. Dans un cas de M. Holschewnikoff (*Virchow's Archiv*, Bd 119), où le malade était atteint de lésions trophiques rappelant celles de l'acromégalie, on trouva à l'autopsie une syringomyélie typique allant du deuxième nerf cervical au neuvième intercostal, et les nerfs périphériques des extrémités supérieures étaient atteints de dégénérescence avec formation de corps hyalins dans la membrane de Schwann. Pour M. Miura même, il n'y a pas de syringomyélie où ne se rencontre aussi de la névrite périphérique à un degré plus ou moins prononcé.

Enfin, on constate souvent encore l'existence de lésions secondaires, telle la dégénérescence wallerienne des fibres qui sur leur trajet sont intéressées par la perte de substance, telle encore la sclérose systématique des cordons blancs. Dans un cas de M. Taylor (*Lancet*, 28 janvier 1893), il y a à la région lombaire inférieure de la sclérose des cordons latéraux; plus haut, le canal central s'élargit et la sclérose atteint, en outre, la partie antérieure des cordons postérieurs; plus haut encore, la cavité médullaire s'entoure de tissu fibreux, se revêt d'épithélium et s'étend de plus en plus dans les cornes postérieures que, finalement, elle détruit complètement dans la région cervicale supérieure en refoulant les cornes antérieures en avant.

La lésion primitive siégeant dans la substance grise, il sera tout naturel de diviser, à l'exemple de M. Charcot, les signes cliniques de l'affection en symptômes intrinsèques (dépendant de l'altération de la substance grise) et en symptômes extrinsèques (dépendant de l'extension du processus à la substance blanche de la moelle). Ces symptômes sont nombreux et peuvent naturellement affecter diverses combinaisons donnant ainsi à la maladie des aspects différents suivant les cas; il existe cependant un type principal dont les autres se rapprochent toujours plus ou moins.

L'atrophie musculaire est un des symptômes prédominants et généralement un de ceux que le malade remarque en premier lieu. L'affection débute le plus ordinairement par l'apparition d'une atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne. Les premiers muscles frappés sont ceux de la main, souvent à l'éminence thénar, d'autres fois ce sont les interosseux. Ces muscles diminuent de volume, présentent des secousses fibrillaires qui existent spontanément ou qui surviennent à l'occasion des mouvements volontaires; la main prend l'aspect dit de la main de singe, c'est-à-dire que toutes les saillies musculaires en disparaissent et que le pouce finit par se trouver sur le même plan que les autres doigts. Il en résulte nécessairement un certain degré de parésie, en rapport, d'ailleurs, avec les progrès de l'affection, les muscles survivants pouvant encore se contracter aussi longtemps qu'ils n'ont pas disparu complètement; puis l'atrophie s'étend, gagne l'avant-bras en commençant par les fléchisseurs, passe au bras, atteint le biceps, le brachial antérieur, saute au tronc, aux rhomboïdes, aux muscles de la nuque, revient au triceps brachial et finalement à la portion claviculaire du trapèze qui survit en dernier lieu. Les caractères distinctifs sont donc l'envahissement du membre à partir de son extrémité et la présence de contractions fibrillaires. Il faut y ajouter l'existence fréquente de la réaction de dégénérescence. Ce dernier symptôme ne se produira évidemment pas toujours, et il est certain qu'il peut faire défaut aussi longtemps que, les cornes antérieures étant dans une certaine mesure encore respectées par le processus destructif, le nombre des fibres musculaires intactes est supérieur à celui des fibres détruites. La réaction de dégénérescence existe cependant toujours lorsque l'atrophie est très prononcée.

Telle est la marche la plus ordinaire de l'atrophie musculaire. Cependant, suivant la localisation des lésions, tel ou tel muscle peut être atteint en premier lieu, comme dans le cas de M. Stembo (*St-Petersb. med. Wochenschr.*, 1892, n° 35), où les muscles de l'avant-bras et du bras avaient disparu alors que ceux de la main étaient encore intacts, ou dans le cas de M. Hendrie Lloyd (*Univers. med. Mag.*, mars 1893), dans lequel l'atrophie des membres supérieurs s'accompagnait d'un état spasmodique et d'une exagération des réflexes qui font défaut dans le type Duchenne pur.

Les membres inférieurs peuvent également constituer le siège des premières manifestations atrophiques et être atteints de la même façon. On constate alors souvent en outre l'existence du siège de Romberg (le malade chancelle lorsqu'il est debout, les yeux fermés et les talons joints) ou du signe de Westphal (abolition des réflexes rotuliens). Il arrive que les réflexes soient au contraire exagérés, et qu'il y ait du clonus du pied. L'autopsie permet alors le plus souvent de constater la coexistence d'une sclérose des cordons latéraux.

Il peut encore y avoir paralysie d'autres muscles, isolément et indépendamment de l'atrophie de ceux du tronc et des membres. Dans un cas de M. Bernhardt (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, Bd 24), il existait de la paralysie du voile du palais et des cordes vocales.

Dans le type normal de la syringomyélie, les troubles de la sensibilité revêtent un aspect tout particulier, dû probablement à l'intégrité des cordons postérieurs, coexistant avec l'altération de la substance grise centrale et des cornes postérieures.

On observe dans le domaine des nerfs sensitifs des troubles de toute espèce; tantôt ce sont des fourmillements qui se produisent d'une façon intermittente, tantôt le malade croit sentir un filet d'eau froide lui glisser le long des membres, tantôt encore il se plaint d'avoir froid aux pieds; quelquefois aussi il ressent comme dans le tabes des douleurs fulgurantes, il a de la céphalalgie ou de la rachialgie. Il existe aussi des zones d'anesthésie totale irrégulièrement distribuées, mais qui ne présentent jamais la limitation qui est si caractéristique dans l'hystérie; ces zones existent au tronc et aux membres. M. Taylor a pu voir chez son malade la présence d'une anesthésie dans le domaine du trijumeau, probablement due à l'altération de la racine ascendante de la cinquième paire, qui fut constatée à l'examen histologique.

Mais ce qui donne à ces troubles de la sensibilité un aspect tout spécial, c'est l'existence d'une dissociation, dite syringomyélique, de la sensibilité. La dissociation syringomyélique consiste en l'existence d'une anesthésie complète de la peau de la région atteinte, à l'exception toutefois du sens du tact, qui est conservé. Un malade atteint de cette forme d'anesthésie ne percevra aucune douleur si on le pique, mais il sentira le contact de l'épingle; il ne trouvera, de même, aucune différence entre un corps chaud et un corps froid, mais, les yeux fermés, il pourra très bien définir la forme des corps. On peut chez ces malades ouvrir des panaris et extraire des séquestres osseux sans qu'ils ressentent aucune douleur, bien que le contact de l'instrument tranchant soit parfaitement perçu.

Cette dissociation de la sensibilité a été considérée comme pathognomonique de l'affection qui nous occupe, d'où son nom. On sait aujourd'hui qu'il n'en est rien et que ce symptôme se rencontre dans d'autres maladies

encore; il a été signalé dans l'hématomyélie, affection assez voisine, il est vrai, mais aussi dans le tabes dorsal et dans l'hystérie. J'ai personnellement eu l'occasion de l'observer dans cette dernière maladie (*Gazette hebdomadaire*, 1892, n° 1). On l'a rencontré encore dans des névrites périphériques de toute espèce et même dans les lésions traumatiques des troncs nerveux. M. J.-B. Charcot (*Société de biologie*, 10 décembre 1892) l'a constaté dans un cas de lésion cicatricielle du nerf cubital au niveau du poignet, et je viens de l'observer chez un individu atteint de paralysie radiale par compression. Il n'est pas d'autre part non plus d'une constance absolue dans la syringomyélie, car dans un cas de M. Bernhardt la sensibilité était normale. Cette altération dans le fonctionnement des nerfs sensitifs ne peut donc plus être envisagée comme pathognomonique, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle existe dans le plus grand nombre des cas de syringomyélie.

Il faut ajouter encore que fréquemment le sens musculaire reste intact; contrairement à ce qui arrive aux tabétiques, le sujet ne perd pas ses jambes dans son lit.

A l'exception de la vue, les sens spéciaux ne sont pas, ou presque pas atteints. Quant à l'œil, il peut être le siège de troubles assez variés; c'est ainsi qu'on observe le nystagmus, la diplopie, l'inégalité pupillaire, la rétraction du globe oculaire donnant lieu à un rétrécissement de la fente palpébrale, le strabisme, l'amaurose et l'amblyopie, la névrite optique même. D'après MM. Déjerine et Tuilaud, on observerait aussi le rétrécissement du champ visuel; dans un cas de M. Weiss (*Wiener med. Doct. Coll.*, 6 février 1893), il existait un rétrécissement seulement pour le rouge et le vert, mais pour M. Hoffman ce symptôme, assez rare d'ailleurs, devrait être mis sur le compte d'une hystérie concomitante.

Les troubles trophiques sont d'une fréquence extrême dans la syringomyélie; il a déjà été question de l'atrophie musculaire. Sans vouloir y revenir, il faut faire cependant encore mention de la pseudo-hypertrophie ou atrophie lipomateuse des muscles, qui s'est rencontrée dans quelques-uns des cas publiés jusqu'ici.

Un des symptômes le plus souvent observés est constitué par l'existence de panaris multiples évoluant avec les caractères particuliers dus à la présence de l'analgésie; ces panaris en effet sont absolument indolores, et quelquefois ils vont jusqu'à nécroser l'os de la phalangette sans que le malade en ressente le moindre trouble. Ils sont très fréquents, et on les voit chez un même malade se succéder par séries; ils laissent toujours des traces, facilement reconnaissables d'ailleurs, et vont souvent jusqu'à produire la mutilation de la main. C'est ce syndrome qui a été décrit sous le nom de panaris analgésique et qui, combiné avec la parésie des extrémités, constitue la maladie de Morvan. Souvent il constitue le premier signe objectif de la maladie, et il peut arriver alors que l'existence de ces panaris et leur succession donnent à l'affection une physionomie particulière (syringomyélie type Morvan). On a pu discuter la question de savoir si ces panaris sont dus à une lésion des centres ou des nerfs trophiques, ou s'ils sont simplement consécutifs à l'anesthésie des tissus. Il arrive en effet que le malade analgésique ne se rend aucun compte de lésions cutanées (érosions, brûlures, etc., dont on rencontre de fréquentes traces chez les syringomyéliques), lesquelles peuvent ainsi très facilement servir de porte d'entrée aux agents pyogènes.

Cette interprétation est admissible. Il faut cependant tenir compte de ce fait que dans d'autres affections qui peuvent donner lieu à de l'anesthésie cutanée, le tabes ou l'hystérie par exemple, on n'observe pas l'apparition de ces panaris multiples.

On rencontre encore dans la syringomyélie d'autres troubles de la trophicité. C'est ainsi que la peau présente très fréquemment cet aspect atrophique désigné par l'expression empruntée aux auteurs anglais de « glossy-skin ». Souvent elle est très pigmentée et peut devenir le siège d'ulcérations de toute nature, eschares, vésicules, phlyctènes qui ne montrent d'ailleurs aucune tendance à la guérison spontanée. Chez un malade observé par M. Schlesinger (*Neurol. Centralbl.*, 1893, n° 3), il survint une éruption très étendue de pemphigus foliacé.

Enfin, comme dans le tabes, on constate parfois l'existence d'ulcérations viscérales qui peuvent alors amener des conséquences extrêmement graves.

Le système osseux lui aussi est sujet à des troubles de nutrition se traduisant de façons assez variées. Le malade de M. Holschewnikoff était atteint d'acromégalie; à l'autopsie on trouva une syringomyélie typique, s'étendant du deuxième nerf cervical au neuvième intercostal.

Mais c'est là une altération assez rare. On observe beaucoup plus fréquemment la scoliose, les arthropathies trophiques et la nécrose osseuse avec formation de séquestres.

La scoliose est toujours simple, et sa convexité est dirigée vers le côté du corps qui a été le premier et le plus fortement atteint. C'est là une règle qui est presque absolue. Un seul exemple du contraire est cité par M. Hallion (*Les déviations vertébrales névropathiques*; Th. de Paris, 1892). La pathogénie de cette scoliose est encore très discutée; on la croit généralement due à l'existence de lésions trophiques des vertèbres analogues à celles dont il va être question pour les os, mais il faudrait, pour qu'il en soit réellement ainsi, que toutes les vertèbres fussent atteintes du même côté, et puis encore on s'expliquerait mal la constance de la déviation vers le côté sain du corps. Il semble bien plus rationnel d'admettre que la colonne vertébrale a été entraînée du côté resté le dernier sain, par une musculature plus forte que celle du côté qui a déjà subi un commencement d'atrophie. C'est donc la théorie musculaire qui, semble-t-il, doit être admise.

Du côté des os, on observe, ainsi qu'il a été dit déjà, la nécrose et la formation de séquestres, mais ce sont surtout les extrémités articulaires qui subissent les plus curieuses altérations. Ainsi que dans le tabes, on constate fréquemment l'existence d'arthropathies trophiques. Ces lésions sont assez fréquentes, elles se montrent, d'après M. Sokoloff (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurg.*, Bd 34), dans 10 0/0 des cas, et évoluent avec une allure qui les fait aisément reconnaître. Une articulation, le plus souvent celle de l'épaule gauche, devient insensiblement le siège d'un gonflement qui passe longtemps inaperçu, ou bien, à l'occasion d'un effort ou d'une chute, le malade y ressent un craquement suivi d'une luxation avec impotence fonctionnelle. A l'examen, on y constate de la crépitation et l'on est surpris de voir que la tête articulaire de l'os est rongée au point d'avoir parfois en partie disparu et de permettre au membre les attitudes les plus bizarres. A l'examen des pièces anatomiques, on observe habituellement l'épaississement de la capsule articulaire; on constate que l'os est bosselé, aplati, que sa surface articulaire est très irrégulière et que dans la cavité de l'articulation il y a des fragments osseux détachés et libres. Le caractère le plus important de ces altérations, c'est le manque absolu de douleur qu'elles provoquent, ce qui tient probablement encore à l'analgésie générale; celle-ci est parfois poussée tellement loin qu'on peut, comme l'a fait notamment M. Nissen (*Arch. f. klin. Chirurg.*, Bd 45), pratiquer la résection de l'articulation sans devoir chloroformer le malade, et sans que celui-ci ressente la moindre douleur.

Ces arthropathies apparaissent souvent au début de l'affection; elles donnent rarement lieu à des épanchements intra-articulaires considérables.

Enfin on observe quelquefois aussi la production de fractures osseuses spontanées, qui se présentent alors avec les mêmes caractères que celles des tabétiques.

Un autre symptôme assez fréquent est constitué par l'apparition d'œdèmes très durs, s'accompagnant souvent de cyanose et de refroidissement, plus ou moins temporaires, survenant en peu de temps, disparaissant de même, se localisant à l'une ou l'autre place indistinctement, assez semblables d'ailleurs aux œdèmes hystériques. Habituellement aussi, il y a de l'hypersécrétion salivaire, lacrymale ou sudorale.

Les autres organes sont rarement intéressés; tout au plus, on observe quelquefois du côté de l'estomac des nausées, et du côté du larynx de la raucité de la voix.

Ces différents symptômes peuvent naturellement être plus ou moins accentués, suivant la localisation qu'affecte la lésion médullaire, lésion dont on pourra, d'ailleurs, parfois déterminer le siège avec une exactitude parfaite; mais cela n'est pas toujours possible. On peut emprunter à M. Berbez (*Gazette hebd.*, 1892, n° 27) le résumé suivant, qui facilite le diagnostic de l'affection et aide à en déterminer le siège :

Dans les cas de lésion des cornes grises postérieures, on observera surtout les douleurs fulgurantes, l'existence de sensations subjectives, l'analgésie, l'abolition du sens musculaire, l'ataxie et l'incoordination motrice. Si les cornes antérieures sont atteintes, il y aura de l'atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence plus ou moins complète et abolition des réflexes. La destruction des parties latérales de la substance grise donnera lieu à la parésie, à l'exagération des réflexes, aux secousses fibrillaires; enfin la lésion de la substance grise centrale occasionnera les troubles trophiques de la peau (bulles, panaris, etc.), les troubles vaso-moteurs (œdèmes), les altérations du système osseux (arthropathies, exostoses, fractures) et des viscères (ulcérations).

On peut ajouter que, de plus, d'après les résultats de diverses autopsies, les troubles oculaires seraient dus en partie à la névrite optique (amaurose, amblyopie) et à la dilatation de l'aqueduc de Sylvius (nystagmus), les troubles de la sensibilité cutanée de la face et les troubles sécrétoires salivaires ou lacrymaux aux lésions radiculaires du trijumeau.

Quelque étendues cependant que puissent être les altérations de la substance médullaire, il arrive que l'affection passe inaperçue du malade et que son existence ne soit révélée que par l'autopsie. M. Hoffman le reconnaît (*Volkman's Samml. klin. Vortr.*, N. F., n° 20); plus d'une autopsie a établi la présence de cavités syringomyéliques chez des individus qui n'avaient, durant leur existence, présenté aucun des signes cliniques de cette affection. On peut comprendre qu'il en soit ainsi lorsque la lésion atteint un territoire qui ne possède qu'une importance fonctionnelle relative, ou dont la suppléance est aisée et peut être facilement et vite exercée par une autre partie de la substance médullaire. Ordinairement, la maladie débute vers l'âge adulte, quelquefois cependant plus tard, comme dans le cas de MM. Déjerine et Sottas (*Soc. de biol.*, 23 juillet 1892), où l'apparition des premiers symptômes remontait à l'âge de 53 ans.

Les premiers signes en passent souvent inaperçus, ou si même le malade s'en plaint, il est difficile de les rattacher à une affection quelconque. Il existe de la faiblesse musculaire, des douleurs rhumatismales, de l'engourdissement des extrémités, puis on observe l'apparition de l'atrophie musculaire; souvent on ne constate que beaucoup plus tard l'existence de l'anesthésie avec ses caractères particuliers. Il survient de la céphalalgie, de la rachialgie, des douleurs fulgurantes. La marche devient ataxique et les troubles de coordination paraissent; la colonne vertébrale s'incurve; les lésions trophiques gagnent lentement et presque symétriquement les mains, les bras, le tronc; il existe des œdèmes variés. Quelquefois il survient des troubles bulbaires ou vésicaux analogues à ceux des tabétiques, le sujet tombe dans le marasme et finit par succomber soit à une affection intercurrente, soit quelquefois à l'infection consécutive à la formation d'eschares ou de panaris.

Il n'arrive cependant pas toujours que l'affection atteigne les deux côtés du corps. Dans le cas de MM. Déjerine et Sottas (*loc. citat.*), les symptômes n'existaient que d'un seul côté, et à l'autopsie on constata la présence d'un gliome excavé, siégeant dans la moitié droite de la moelle, depuis la deuxième paire cervicale jusqu'à la partie supérieure du renflement lombaire. Ce fait est, jusqu'à présent du moins, absolument exceptionnel. La marche de la maladie est extrêmement chronique; son évolution peut embrasser plusieurs dizaines d'années et la mort est rare du fait de la lésion médullaire même. Il arrive cependant que le cours de l'affection soit un peu plus rapide, et dans ce cas la terminaison est toujours fatale. Il peut quelquefois aussi se produire dans la marche de la maladie des aggravations subites, dues peut-être à des hémorrhagies intramédullaires.

Mais il s'en faut que ce soit invariablement sous cet aspect que se présente la syringomyélie; il existe un type spécial, dans lequel les troubles trophiques occupent tout le premier plan. Dans la maladie de Morvan, qui constitue un des types de la syringomyélie, ce qui frappe surtout l'observateur, c'est la succession des panaris, phlyctènes, ulcérations qui se produisent chez le sujet et qui, signe toujours caractéristique, évoluent sans occasionner la moindre douleur.

On peut donc admettre avec M. Vought (*New York med. Journ.*, novembre 1891) qu'il existe deux formes principales de syringomyélie, le type classique ou cervico-dorsal supérieur (prédominance des lésions musculaires) et le type de Morvan (prédominance des troubles trophiques). Mais il en existe bien d'autres et, suivant la nature des lésions, leur siège et l'importance fonctionnelle de ce dernier, suivant donc aussi la prédominance de tel ou tel syndrome, on devra encore distinguer, avec M. Schlesinger (*Neurol. Centralbl.*, 1893, n° 3), le type sclérose latérale amyotrophique (exagération des réflexes, phénomènes spastiques, parésie, atrophie musculaire), le type maladie de Raynaud (asphyxie locale et gangrène symétrique des extrémités), le type myélite (paraplégie, phénomènes vésicaux), le type tabes (douleurs fulgurantes, abolition des réflexes, ataxie), le type sclérose combinée (combinaison des symptômes de plusieurs scléroses systématisées), le type acromégalie (augmentation de volume des extrémités et de la mâchoire inférieure) et même le type ostéo-arthropathie hypertrophiante (hypertrophie des extrémités articulaires des os longs). On voit donc qu'il n'y a pas que l'hystérie pour simuler toutes les affections organiques de la moelle : il faut compter encore avec la syringomyélie et, qui plus est, cette dernière maladie peut simuler l'hystérie elle-même. Il est certain qu'une lésion encore au début, limitée exclusivement aux cornes grises postérieures et surtout à une seule d'entre elles, se traduira presque uniquement par des troubles de la sensibilité localisés à une moitié du corps dans le dernier cas, et qui pourront très facilement exposer à la confusion.

Dans ces conditions, le diagnostic peut devenir parfois extrêmement difficile. Evidemment, lorsqu'on se trouve en présence de la maladie complètement constituée, pré-

sentant les caractères classiques, il n'y aura pas grande difficulté à reconnaître sa nature. Mais il n'en est pas toujours ainsi. M. Erb (*Neurol. Centralbl.*, 1893, n° 6) rapporte l'observation d'un malade qui fut considéré d'abord comme atteint de syringomyélie, et chez qui seule une analyse clinique très serrée permit finalement de reconnaître l'existence d'une dystrophie musculaire progressive (forme juvénile de Erb), associée à l'hystérie. L'événement confirma ce diagnostic, car sous l'influence d'un traitement par l'électricité statique les symptômes hystériques disparurent et il ne survécut que les signes, bien nets cette fois, de l'atrophie musculaire.

Ce n'est d'ailleurs pas un fait bien rare que la combinaison de différentes affections nerveuses, et sous ce rapport la syringomyélie ne fait pas exception. MM. Joffroy et Achard (*Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, 1891, n° 1) l'ont trouvée associée à la maladie de Basedow. M. Nonne (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, 1892) l'a constatée à l'autopsie chez un homme qui pendant la vie avait présenté les signes classiques du tabes, et chez lequel il existait une gliomatose centrale depuis le renflement cervical jusqu'à la dixième paire dorsale.

Dans un cas de M. Hoffman (*loc. cit.*), en même temps que la syringomyélie existait une chorée dont les symptômes, en couvrant tout le tableau clinique, faussèrent le diagnostic.

Il est certain que ces conditions ne sont pas favorables à l'établissement d'un diagnostic exact, mais on peut les considérer comme exceptionnelles. La très grande majorité des syringomyélies peuvent, en effet, parfaitement être reconnues pendant la vie. Elles le seraient bien plus souvent encore si l'on songeait, chaque fois qu'il s'agit de déterminer l'existence et la nature d'une lésion médullaire, à prendre en considération la syringomyélie au même titre qu'on ne peut manquer de le faire pour l'hystérie. On pourra toujours éliminer les atrophies et les dystrophies musculaires progressives, ainsi que la sclérose latérale amyotrophique, lorsqu'il existe des troubles vaso-moteurs ou sensibles, des lésions trophiques de la peau et des tissus superficiels. Dans la polyomyélite antérieure, les troubles de la sensibilité font également défaut; dans la sclérose en plaques, il y a des troubles de la parole, du vertige, la marche de l'affection est souvent plus rapide; il faut du reste ici se régler sur l'aspect général de la maladie, et il serait complètement impossible de déterminer des règles fixes, ce diagnostic pouvant parfois être très difficile. Il en est de même pour l'hystérie, mais ici on rencontre le plus souvent des désordres de la motilité, tels que convulsions, contractures, paralysies transitoires à début brusque. On y voit assez rarement l'atrophie musculaire, et de plus on y constate presque toujours l'existence de stigmates tels que l'anesthésie pharyngienne, le rétrécissement du champ visuel avec transposition des couleurs. Les zones d'anesthésie y ont toujours une limitation caractéristique, indépendante de toute distribution nerveuse. L'analyse des urines ne pourra toutefois donner aucun renseignement, la soi-disant formule urinaire de l'hystérie étant loin de correspondre à une loi. Le tabes ne pourra pas toujours être séparé avec certitude de la syringomyélie; il faudra tenir compte de l'existence et de la marche de l'atrophie musculaire, des troubles sensitifs et de l'ensemble des symptômes. On devra parfois admettre la coexistence des deux affections, l'une dérivant très vraisemblablement de l'autre. La polynévrite périphérique évolue habituellement d'une façon plus rapide; l'atrophie musculaire qui en résulte est flasque et ne s'accompagne pas de contractions fibrillaires; très souvent les muscles sont douloureux à la pression. Habituellement l'étiologie renseigne des conditions telles que l'alcoolisme chronique, le nicotinisme, une infection aiguë récente, etc. L'hématomyélite débute ordinairement d'une façon brusque, et il n'est pas rare d'y constater l'existence de symptômes dérivant de la compression médullaire. La lèpre (lèpre anesthésique, lèpre mutilante) s'accompagne presque toujours d'une paralysie bilatérale de l'orbiculaire; on y trouve aussi des nodosités situées le long des trajets nerveux (névrite moniliforme); enfin la notion étiologique peut y contribuer à éclaircir le diagnostic. L'examen bactériologique lèverait d'ailleurs tous les doutes s'il révélait dans les tissus malades l'existence du bacille de Hansen.

On a discuté sur le point de savoir si la maladie de Morvan est ou non identique à la lèpre et à la syringomyélie. Si l'on s'en rapporte à la description de cette affection telle qu'elle a été donnée par M. Morvan lui-même (*Gaz. hebd.*, 1893, p. 580), on constate que les symptômes en sont les suivants : atrophie musculaire et parésie débutant par la main et s'étendant lentement au bras; douleurs névralgiques apparaissant par périodes au début de l'affection, analgésie, panaris fréquents et indolores, gerçures, phlyctènes, ulcérations; quelquefois coloration violacée de la peau, hyperhidrose.

Il est impossible de ne pas être frappé de la similitude qui existe entre la symptomatologie de cette affection et celle de la syringomyélie. Mais ce qui, d'après M. Morvan, sépare la paréso-analgésie à panaris et la syringomyélie, c'est que dans la deuxième affection la sensibilité tactile est conservée, tandis que dans la première elle disparaît en même temps que les autres modes de sensibilité, de sorte que l'anesthésie devient complète. Actuellement cependant, il est établi que la dissociation dite syringomyélique est loin d'exister d'une façon régulière dans la syringomyélie; on ne peut donc plus se baser sur ce critérium qui paraissait d'ailleurs très faible. On le peut d'autant moins qu'un certain nombre d'autopsies (deux entre autres, de MM. Joffroy et Achard, in *Arch. de méd. expér.*, juillet 1890, et *Soc. méd. des hôp.*, 5 mars 1891) ont établi l'existence de cavités intramédullaires chez des sujets atteints de maladie de Morvan. La question est donc résolue, et il faut, à l'exemple de M. Charcot (*Gaz. hebd.*, 1891, 11 avril), admettre que la maladie de Morvan constitue non une entité morbide distincte, mais bien un des nombreux types de la syringomyélie.

Un médecin turc, M. Zambaco, très connu pour ses travaux sur la lèpre, a proclamé dernièrement l'identité de l'affection lépreuse et de la syringomyélie; dans une communication toute récente (*Académie de médecine de Paris*, 9 mai 1893), il revient sur ce sujet : « Ce sont, » dit-il, les transmutations de la lèpre qui l'ont fait méconnaître et qui ont été cause de la création de nombreuses maladies nouvelles qui ne sont que la lèpre, » souvent allégée, métamorphosée ou bien arrêtée dans » son évolution par l'influence salutaire du milieu. La » conviction générale que la lèpre n'existe plus en » France depuis le moyen âge, a fait qu'on a laissé » passer inaperçues même la lèpre autochtone tuberculeuse et la lèpre nerveuse la plus évidente. Ainsi l'on » a qualifié de syringomyéliques des lépreux incontestables. C'est aussi parce qu'il n'était plus question de la » lèpre en France, et par inadvertance, que l'on a créé » la maladie de Morvan, qui n'est pas autre chose que la » lèpre mutilante, classique dans la plupart des cas » (p. 560).

Il y aurait beaucoup à dire sur ce sujet. Sans doute certaines formes de lèpre pourraient, à un premier examen, aisément être confondues avec la syringomyélie. On peut, dans cet ordre d'idées, rappeler l'observation publiée par M. Pitres (*Gaz. des hôp.*, 1892, n° 137), dans laquelle il s'agissait d'un homme ayant pendant trois

années habité à la Martinique (où la lèpre est endémique), et présentant comme seuls symptômes des troubles trophiques des extrémités et la dissociation syringomyélique de la sensibilité. On rechercha sans les trouver les bacilles de la lèpre dans le sang et dans la sérosité d'un vésicatoire ; le diagnostic penchait vers la syringomyélie, quand on eut l'idée d'examiner un fragment d'un des troncs nerveux de l'avant-bras, dans lequel on réussit à mettre en évidence l'existence du bacille de Hansen dès lors la question était tranchée. ;

Mais si cliniquement la confusion est possible, elle ne l'est plus anatomiquement et les deux affections doivent être séparées. La lèpre est perpétuée, il est vrai, en France. Elle existe encore en Bretagne, pays où M. Morvan a constaté l'existence, avec une fréquence inconnue ailleurs, de la maladie qui porte son nom, mais elle y revêt un caractère particulier, plutôt familial, qui fait défaut dans la maladie de Morvan. D'ailleurs M. Zambaco vient de le démontrer (*loc. cit.*), il existe aussi des lépreux dans le pays basque et les Pyrénées, dans le canton de Nice, sur le littoral ligurien, et cependant la syringomyélie non plus que la maladie de Morvan n'y sont signalées plus fréquemment qu'ailleurs. S'il est vrai que la lèpre existe encore dans un grand nombre de colonies et en est assez fréquemment rapportée en Europe, elle se reconnaît cependant à des caractères particuliers qui ne permettent que difficilement de la confondre avec toute autre affection.

Etant données les lésions anatomiques qui déterminent le développement de la syringomyélie, il est certain que le traitement n'en pourra être que purement symptomatique. On a conseillé, comme on le fait toujours en semblable cas, l'hydrothérapie, l'électricité, la suspension même. Il ne semble cependant pas qu'on en ait jusqu'à présent obtenu aucun résultat bien appréciable. Peut-être peut-on, dans une certaine mesure, soulager le malade ; il n'est cependant pas permis d'espérer arrêter la marche du processus morbide, moins encore d'en amener la régression.

R. Verhoogen.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches sur les microbes du vaccin et en particulier sur les coccus de la vaccine rouge,

par M. Maljean, médecin-major de 1re classe au 25e régiment d'artillerie.

(*Fin.*)

III

Voici les caractères du coccus vaccinal :

C'est un microcoque un peu plus gros que celui du pus ; il se présente en grains isolés, en diplocoques, en chaînes de 3, 4, 5 éléments. Ces chaînes sont rarement rectilignes, mais presque toujours coudées ou incurvées. Le diamètre des coccus est variable ; les plus gros ont un volume double de celui des petits. Examinés avec un fort grossissement et à l'immersion homogène, les éléments paraissent réunis par une sorte de gaine incomplète, peu colorable. Au contraire, le microbe prend rapidement les couleurs d'aniline et ne se décolore pas par la méthode de Gram.

La température eugénésique est comprise entre 33° et 38° ; le développement est difficile sur les plaques de gélatine maintenues à 20°-22°. Les colonies n'apparaissent qu'après 8 à 10 jours et restent souvent abortives. A l'œil nu ce sont des points blancs arrondis ; à un faible grossissement, elles ont une couleur brun verdâtre foncée. Leur centre n'est pas distinct : les bords primitivement réguliers deviennent à la longue un peu sinueux. Au bout de 15 jours, la gélatine commence à se ramollir autour des colonies et forme une petite cupule remplie d'un liquide transparent. Dans les tubes d'Esmarch, ce ramollissement est si peu prononcé qu'on peut les garder pendant plus d'un mois sans voir les colonies se dissocier et se mélanger.

Sur la gélatine inclinée, la liquéfaction est plus visible, parce que le liquide glisse facilement sur le plan oblique formé par le milieu nutritif. Mais même après plusieurs mois la liquéfaction reste incomplète.

En résumé, le ramollissement de la gélatine n'est pas une véritable liquéfaction ; il fait d'ailleurs défaut lorsque les coccus sont anciens ou lorsque les colonies restent petites.

La lenteur du développement sur gélatine ne permet pas d'employer les plaques pour isoler le microbe : le plus souvent elles sont envahies ou desséchées avant l'apparition des colonies.

Dans le bouillon de bœuf peptonisé, le développement se fait même à 20°, mais il est très rapide à 35°. Le liquide se trouble au bout de 24 heures et dépose des petites écailles blanches sur les parois du tube et à la surface du liquide. Après quelques jours le bouillon se recouvre d'un voile incomplet, irrégulier, d'un blanc éclatant ; ce voile tombe par lambeaux et se reproduit indéfiniment. Au fond du tube existe un dépôt blanc, visqueux. Le bouillon garde pendant plus d'un mois une réaction franchement alcaline et finit par prendre une odeur spéciale assez fétide. Quand le liquide est additionné de lactose et de carbonate de chaux, il fermente rapidement et dégage une grande quantité de bulles de gaz.

Le sérum et la gélose sont les milieux les plus commodes pour isoler le microbe. Sur la gélose, il se produit au bout de 24 heures des colonies arrondies, plates, d'un blanc éclatant. Les plus petites restent circulaires et régulières ; les grandes, lorsqu'elles sont clairsemées, ont les bords échancrés par de fines dentelures.

Pour isoler le coccus on se sert des premières cultures sur gélose ou sur sérum ; au bout de 24 heures on prélève une parcelle des colonies les plus blanches et on la dilue dans de l'eau stérilisé. Avec cette dilution on ensemence d'autres tubes de gélose sur lesquels on obtient des colonies pures.

Dans le sérum liquide, le développement se fait aussi bien que dans le bouillon ; le liquide est fortement troublé, il se produit un dépôt jaunâtre et un voile incomplet de même coloration.

Le lait ne présente pendant les premiers jours aucun changement visible ; au bout d'une semaine il est coagulé et prend une réaction acide. La partie supérieure du liquide est décolorée ; un dépôt formé de petits grumeaux de caséine occupe les deux tiers inférieurs.

Sur la pomme de terre la culture est caractéristique ; tantôt elle forme une traînée d'un blanc laiteux, mince, sinueuse ; tantôt elle est constituée par un semis de petites saillies blanches, arrondies.

Toutes les cultures deviennent visqueuses et filantes.

Le coccus est anaérobie facultatif ; il se développe rapidement à l'abri de l'air dans le bouillon, la gélatine et la gélose, pourvu que la température se rapproche de 35°. Mais les cultures sont moins abondantes et plus vite terminées qu'en présence de l'oxygène : il ne se dégage pas de bulles de gaz.

Les cultures conservent pendant longtemps leur vitalité et leur activité. Au bout de quatre mois d'hiver, des

tubes de bouillon et de gélose, abandonnés à la température de la chambre, étaient encore féconds et virulents. Un chauffage de plusieurs jours à 41° est sans action sur la vitalité des cultures. Il en est de même d'un chauffage à 50° prolongé pendant une heure; les cultures sont tuées par une heure d'exposition à la température de 60°.

Action sur l'organisme. — Sur le cobaye et la souris blanche, animaux non réceptifs pour le vaccin, le microbe ne produit aucun effet, lorsqu'il est inoculé suivant le mode vaccinal, c'est-à-dire lorsqu'on verse une culture sur la surface de la peau dénudée ou scarifiée.

Sur un cheval de 6 ans, inoculé autour des naseaux, et sur un homme réfractaire au vaccin, inoculé sur le bras, le résultat a été négatif.

L'injection hypodermique produit sur le cobaye et la souris des effets variables. Le bouillon récent inoculé à petites doses (3, 4, 5 gouttes) n'amène le plus souvent aucun effet; parfois il se développe une petite induration qui disparaît rapidement. Avec un demi ou un centimètre cube de bouillon un peu ancien, il se produit des nodules plus gros qui persistent longtemps et se transforment en eschares dures. Vers le 15e jour, celles-ci tombent d'une seule pièce comme la croûte d'une pustule vaccinale franche. Si on scarifie l'animal 8 jours après l'inoculation, on trouve un nodule bien limité sans inflammation des tissus voisins et sans gonflement appréciable des ganglions lymphatiques. Le centre du nodule contient en petite quantité une sorte de pus, blanc, épais, dans lequel on retrouve par les cultures le coccus inoculé. Mais, chose digne de remarque et analogue à ce qui se passe dans la vaccine, ce coccus n'est pas seul, il est associé avec les micrococoques chromogènes signalés dans les pustules vaccinales. Il convient d'ajouter que pour ces injections hypodermiques, on s'était contenté de couper les poils sans stériliser la peau.

Chauffées à 100° pendant une minute, les cultures deviennent inoffensives, même à doses élevées.

Quelques-uns des caractères qui viennent d'être décrits rapprochent le coccus d'un organisme fréquent dans le pus, le pyogenes albus. Mais il existe des différences notables. Le pyogenes albus se développe sur gélatine avec plus de rapidité; ses colonies, blanches à l'œil nu, présentent à un faible grossissement un aspect jaunâtre, granuleux, différent de l'aspect brun verdâtre du coccus étudié.

Le pyogenes albus liquéfie la gélatine franchement et assez rapidement, tandis que l'autre la ramollit à peine.

Dans le bouillon les deux microbes se distinguent facilement : le pyogenes albus produit un trouble simple et un dépôt blanchâtre. Il ne donne rien qui rappelle le voile si caractéristique du coccus vaccinal. En outre, son action fermentative sur la lactose est moins énergique.

Inoculé au cobaye et à la souris, le pyogenes albus se montre plus ou moins virulent; tantôt il produit des abcès, tantôt il est sans action apparente. Le coccus étudié détermine, lorsqu'il est inoculé à des doses élevées, une lésion spéciale, un nodule induré qui n'a pas de tendance à s'ouvrir à l'extérieur et qui se détache d'une seule pièce comme une eschare.

D'ailleurs tous les microbes auxquels les travaux modernes ont reconnu des effets vaccinaux sont des micrococoques plus ou moins semblables à ceux du pus et en particulier au streptococcus albus et au streptococcus cercus albus.

Il nous suffira de citer les noms des auteurs les plus connus, Quist en 1883, Voigt en 1885, Hlava, Garré en 1887, Copeman en 1892 et enfin Siégel et Ruete qui ont publié les recherches les plus récentes sur ce sujet difficile (1893). Bien qu'aucun de ces travaux n'ait résolu la question, tous s'accordent pour chercher l'agent spécifique de la vaccine dans la classe des microcoques.

IV

Après avoir isolé et étudié le coccus des papules rouges, il nous restait à l'inoculer à des animaux réceptifs pour le vaccin.

M. le médecin-inspecteur Boisseau a bien voulu autoriser le centre vaccinogène de l'hôpital militaire du camp de Châlons à faire sur des génisses les expériences nécessaires. M. le médecin-major Davignon, qui dirige avec tant de compétence le service de la vaccine, a opéré lui-même les inoculations et en a constaté les résultats en présence de M. le médecin-chef Flament et de M. le Dr Rizet. Nous ne saurions trop remercier nos collègues du concours précieux qu'ils nous ont accordé.

Expérience I. — Le 6 janvier 1893, on inocule à une génisse de deux mois des cultures en bouillon des deux microcoques trouvés dans les papules rouges; l'une contient le coccus blanc, l'autre le coccus jaune non liquéfiant. Les cultures sont âgées de cinq jours et leur pureté a été reconnue par l'examen microscopique et par la culture sur gélose. Le flanc gauche de l'animal ayant été rasé et savonné à l'eau bouillie, on verse les cultures goutte à goutte sur deux zones de scarifications bien distinctes.

Il ne se produit aucun phénomène général et les scarifications se ferment comme une plaie simple. Toutefois celles qui correspondent au coccus blanc présentent un léger érythème qui disparaît rapidement.

Treize jours après l'inoculation, la génisse est vaccinée par de nombreuses scarifications avec une pulpe très active, qui, employée plus tard chez un autre animal, a produit une éruption typique. Cette vaccination ne donne aucun résultat. L'animal est conservé jusqu'au 29 janvier sans avoir présenté de phénomènes de vaccine. Il est autopsié ce même jour et reconnu sain dans tous ses organes.

Dans cette première expérience, l'inoculation des deux coccus avait conféré l'immunité sans produire de lésions locales. Le résultat était intéressant, mais il restait à déterminer la part des deux organismes. Le coccus blanc, dont nos recherches nous montraient de plus en plus l'importance méritait d'être expérimenté le premier.

Expérience II. — Le 23 février 1893, une génisse de deux mois est inoculée avec une culture pure du coccus blanc, provenant d'une papule rouge. Cette papule, arrivée au 8e jour le 6 décembre 1892, avait donné à la piqûre quelques gouttelettes de sang qui, cultivées sur des tubes de gélose, produisirent un grand nombre de colonies pures. Une de ces colonies avait servi à ensemencer un premier tube de bouillon de bœuf peptonisé. On avait fait un deuxième passage sur bouillon qui, par l'examen microscopique et la culture sur gélose, avait été reconnu pur.

Ce deuxième bouillon, âgé de 15 jours et conservé à la température de la chambre, est versé goutte à goutte sur dix piqûres et dix scarifications pratiquées sur le flanc gauche de la génisse, rasé et savonné à l'eau bouillie.

Le cinquième jour on constate dans le champ d'inoculation une éruption papuleuse discrète, sans érythème de la peau. Les papules siègent non pas sur les incisions, mais dans leurs intervalles, probablement sur les petites plaies produites par le rasoir. Elles se développent rapidement et le 4 mars, c'est-à-dire le 7e jour, elles ont l'aspect de pustules vaccinales franches; elles sont ombiliquées au centre et bordées d'une collerette blanc nacré. Leur diamètre atteint 10 à 15 millimètres et leur aspect rappelle les boutons vaccinaux de l'enfant.

Le 9e jour après l'inoculation, les pustules sont un peu desséchées, mais encore typiques. On les scarifie légèrement, on les comprime avec la pince de Chambon et l'on récolte un peu de lymphe pour l'examen bactériologique. On les gratte ensuite avec la curette et on prépare, suivant le mode habituel, de la pulpe glycérinée qui doit être inoculée à d'autres génisses.

Les cultures sur sérum et gélose, faites avec la lymphe,

donnent un seul micro-organisme, qui est le coccus blanc inoculé.

Comme contre-épreuve, la génisse est vaccinée le 10 mars sur le flanc droit avec une pulpe vaccinale de valeur reconnue, insérée en grande quantité au moyen de nombreuses scarifications. L'inoculation reste stérile.

Cette deuxième expérience nous a paru, ainsi qu'à nos collègues, d'un grand intérêt ; une culture pure d'un microbe bien déterminé a conféré l'immunité à un animal extrêmement réceptif et a produit une éruption vaccinale typique. La lymphe de ces pustules contenait à l'état pur le coccus inoculé.

Un seul point est resté obscur, c'est l'apparition des pustules en dehors des lignes de scarification. Mais, d'après Haccius, ce fait s'observe assez fréquemment sur les veaux vaccinés au moyen du cow pox. Il se produit aussi à la suite des inoculations de lymphe variolique qu'on pratique sur les génisses (Hime, Haccius). Ce dernier auteur les désigne sous le nom de *pustules spontanées ;* elles sont toujours circulaires ; elles ont constamment un aspect typique et une grande virulence. Elles ne seraient pas dues aux petites excoriations produites par le rasoir, mais elles résulteraient du travail général qui se fait dans l'organisme sous l'influence de la vaccination (1). Quoi qu'il en soit de ces explications, ces pustules siègent toujours dans le champ d'inoculation, et leur nature ne saurait être douteuse.

Expérience III. — Une partie de la pulpe glycérinée préparée avec les pustules de la génisse n° 2, est inoculée le 9 mars à une génisse n° 3, qui est vaccinée en même temps avec de la pulpe ordinaire. Les deux virus sont insérés sur des zones distinctes et au moyen de scarifications de longueur inégale.

Aucun phénomène local pendant trois jours. Le quatrième, apparition de papules sur les deux zones d'inoculation. Le cinquième jour, le caractère pustuleux de l'éruption se manifeste partout; le centre, déprimé, ombiliqué, est entouré de la collerette blanc d'argent caractéristique. Les pustules du vaccin expérimenté ne se distinguent des autres que par leur volume plus petit, proportionné, d'ailleurs, à la longueur moindre des scarifications.

Le 14 mars, on recueille séparément la lymphe des deux zones de pustules et l'on prépare deux lots distincts de pulpe glycérinée correspondant aux deux virus inoculés.

Les cultures obtenues avec la lymphe du vaccin étudié font reconnaître le coccus originel ; mais il n'est pas seul, il se trouve associé à trois autres espèces microbiennes.

La lymphe des pustules dues au vaccin ordinaire contient le même coccus mélangé à deux autres espèces.

La pulpe glycérinée préparée avec les pustules du coccus sert à revacciner dix adultes ; elle donne cinq succès certains, soit 50 0/0, et une papule rouge.

Pour le dire en passant, cette dernière éruption se montre sur un ouvrier des mines qui, outre la vaccination de l'enfance, avait subi quatre revaccinations infructueuses.

En résumé, après un deuxième passage sur la génisse, le coccus avait donné naissance à un vaccin d'une grande activité. Toutefois, l'expérience n'était pas décisive, puisqu'on avait inoculé deux vaccins en même temps et que, malgré les précautions prises, un mélange avait pu se produire entre les deux virus.

Il était nécessaire de répéter l'expérience en inoculant seul le vaccin étudié.

Expérience IV. — La deuxième partie de la pulpe glycérinée de la génisse n° 2 est insérée le 15 mars sur le flanc gauche d'une génisse n° 4, au moyen de quatre rangs de piqûres et de quatre rangs de scarifications longues de 3 centimètres.

Les pustules apparaissent le 4e jour. Le 5e et le 6e jours, elles sont parfaitement développées, exemptes de toute inflammation et comparables au vaccin le plus légitime. Sur les piqûres, l'éruption est circulaire, ombiliquée avec un diamètre de 12 à 15 millimètres ; au niveau des scarifications les pustules sont allongées, ovalaires, formées manifestement de plusieurs pustules accolées bout à bout. La collerette blanche, transparente, existe partout et aucune des scarifications n'est restée stérile.

(1) Haccius, *loc. cit.*, p. 40 et *passim.*

Le 6e jour, on recueille de la lymphe pour l'examen bactériologique et on prépare de la pulpe glycérinée destinée à la vaccination humaine.

La génisse est vaccinée le 24 mars avec une pulpe vaccinale de valeur éprouvée ; il ne se produit aucune éruption. A l'autopsie, on ne constate aucune lésion locale ni générale. Suivant l'habitude, le poids de l'animal a augmenté pendant son séjour au centre vaccinogène.

L'examen bactériologique de la lymphe fait constater la présence du coccus inoculé qui se trouve associé à deux organismes déjà rencontrés dans les pustules de la génisse n° 3.

Cette dernière expérience nous a paru concluante ; elle a fait disparaître les desiderata signalés dans les précédentes inoculations. Le virus employé provenait de la génisse n° 2 qui n'avait reçu qu'une culture de coccus. Les pustules se sont développées sur les points inoculés et ont présenté les caractères de la plus belle vaccine.

V

Vaccination sur l'homme. — Ces résultats n'ont pas laissé à nos collègues du centre vaccinogène le moindre doute sur la pureté et sur l'activité du vaccin obtenu; nous avons cru pouvoir l'utiliser sur l'homme. Trois enfants de 1 à 2 ans, non vaccinés, ont été inoculés l'un par M. le Dr Davignon, les deux autres par nous. Au bout de cinq jours, ils ont présenté, sans érythème préalable, des pustules vaccinales franches, volumineuses, dont le bel aspect a été constaté par M. le médecin-inspecteur Boisseau et par nos confrères de la garnison. Ces pustules ont suivi une évolution normale ; les croûtes rondes, épaisses, sont tombées au bout de 15 à 20 jours, laissant à découvert des cicatrices nettes et circulaires. Aucun phénomène inflammatoire particulier n'est survenu à la suite de cette vaccination. La pulpe employée était âgée de 30 à 40 jours, elle avait été conservée dans des tubes de verre sans précaution spéciale.

Avec plusieurs de nos confrères, nous avons ensuite utilisé cette pulpe pour la revaccination des adultes. Les résultats n'ont pas été moins satisfaisants. Sur des adultes revaccinés pour la première fois, M. le Dr Troché a obtenu 75 pour 100 de succès certains, M. le Dr Davignon 40 pour 100 et nous-même 50 pour 100.

Les résultats de M. le Dr Troché ont été particulièrement remarquables. Les cinq scarifications pratiquées avaient été fécondes ; chacune portait une pustule allongée, volumineuse, remplie d'un liquide transparent et présentait au plus haut degré l'aspect vaccinal classique. Bien que plusieurs de ces sujets eussent voyagé pendant l'évolution du vaccin, il n'y a pas eu de complications inflammatoires.

Nous avons également inoculé des adultes de 27 à 30 ans, vaccinés dans leur enfance, et revaccinés plusieurs fois sans succès. La réceptivité de ces sujets était certainement très faible et pour la vaincre il fallait un virus d'une grande activité. Une première série de 30 cas nous a donné 8 succès, soit 21 pour 100; dans une seconde série de 57 cas, nous avons obtenu 15 succès, soit 26 pour 100. Il n'avait été fait que 3 scarifications ; dans la 2e série, la pulpe était âgée de deux mois.

Les pustules ont été très légitimes, mais moins volumineuses que sur les enfants et les adultes revaccinés pour la première fois; elles ont été entièrement exemptes d'érythème et de gonflement inflammatoire. Il ne s'est produit aucun cas de pustules rouges.

L'examen bactériologique de la lymphe de ces pustules a été pratiqué sur plusieurs sujets de chaque série au 5e ou 6e jour de l'éruption. Dans deux cas les cultures sont restées stériles; dans les autres, nous avons toujours retrouvé le coccus initial, tantôt seul, tantôt associé aux coccus jaunes et à un autre microcoque. Les pustules où

il existait à l'état de pureté, étaient petites mais bien ombiliquées et exemptes de rougeur de la peau. Ces pustules appartenaient à des adultes ayant déjà subi plusieurs revaccinations.

CONCLUSIONS.

1° L'éruption vaccinale incomplète, dite papules rouges, contient le plus souvent à l'état de pureté un microcoque spécial.

2° Ce microcoque existe également dans les pustules vaccinales franches de l'homme et de la génisse, soit seul, soit associé à d'autres microbes.

3° Il se retrouve aussi dans la pulpe vaccinale glycérinée.

4° Inoculé à la génisse en culture pure, ce microbe produit les lésions classiques de la vaccine et confère l'immunité.

5° Après un second passage sur la génisse, ce microcoque donne naissance à un vaccin très actif et dépourvu de toute action inflammatoire étrangère à la vaccine.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Relations nerveuses des organes génitaux (The intimate nervous connection of the genito-urinary organs with the cerebrospinal and sympathetic system), par FRED. BYRON ROBINSON (*The New-York medical Journal*, 11 mars 1893, n° 74, p. 261). — L'instinct sexuel est prépondérant chez l'animal. Evolutivement le système nerveux est intimement relié aux organes génitaux, et de ces connexions peut se déduire le rôle que ceux-ci jouent dans la genèse des maladies. C'est à elles que sont dus les phénomènes du choc dans l'hystérectomie vaginale, les troubles réflexes parfois très graves qui suivent les irritations des organes génito-urinaires manuelles, instrumentales ou pathologiques. Aussi y a-t-il lieu d'éviter celles-ci autant que possible ; telles les adhérences préputiales du clitoris qui suffisent pour rompre l'équilibre du système nerveux.

Hypnotisme (Report of four cases treated by hypnotism), par A. BOOTH (*The New-York medical Journal*, 11 mars 1893, n° 745, p. 271). — Le premier cas est celui d'une hystérique avec attaques épileptoïdes, zones hystérogènes, hémianesthésie, et guérie en douze séances ; le second cas, celui d'une hystérique avec attaques convulsives et insomnie, guérie en quinze séances ; dans le troisième il s'agit de mouvements choréiques avec anesthésie du bras gauche guérie en sept séances ; dans le dernier une amaurose hystérique de l'œil gauche a cédé également après quelques séances.

Hypnotisme (Therapeutic uses of hypnotism), par H. HULST (*Medical Record*, 4 mars 1893, n° 1165, p. 265). — L'auteur donne les résultats de sa pratique quant à l'usage qu'il a fait de l'hypnotisme en thérapeutique. Sur 66 sujets il a obtenu de la somnolence dans 13 cas, de l'hypotaxie dans 36, du somnambulisme dans 15, aucune influence dans 2. Le traitement a été institué pour des douleurs de diverses origines (névralgies, abcès, rhumatisme, pleurésie, gastralgie), pour la constipation, l'insomnie, l'épistaxis, pour des perversions morales. Il cite même un cas de suggestion par téléphone. Les résultats obtenus ont toujours été excellents.

Tachypnée hystérique, rupia chez une hystérique (Hysterical rapid respiration with cases; peculiar form of rupial skin in an hysterical woman), par S. WIER-MITCHELL (*The American Journal of the medical Sciences*, mars 1893, n° 251, p. 235). — A l'occasion de trois observations qu'il a recueillies, l'auteur trace quelques-uns des caractères principaux de la tachypnée hystérique. Celle-ci est de rhythme régulier, peut atteindre une fréquence considérable, jusqu'à 180 inspirations par minute, et surtout s'exécute selon le type costal supérieur. Ces caractères permettent de reconnaître la nature hystérique de la tachypnée, et par suite de dépister la névrose, en l'absence de tout autre signe. Dans la première des observations relatées, et où il s'agit d'une femme de 24 ans dont les premiers accidents hystériques remontent à l'âge de 14 ans, il existe de plus, depuis 4 ans, une affection singulière de la peau consistant en une masse croûteuse épaisse, jaunâtre, pleine de fissures, occupant le tiers antéro-inférieur de la jambe gauche. Duhring pense qu'il ne s'agit pas de rupia syphilitique, mais d'une lésion analogue à la kératodermie de Besnier et représentant un trouble trophique d'oligurie nerveuse. La respiration varie chez cette malade entre 120 et 150 par minute, n'atteignant plus que 18 à 20 pendant le sommeil. Les deux autres cas sont relatifs également à des jeunes femmes franchement hystériques, à attaques et à stigmates ; la fréquence de la respiration n'est guère que de 40 à 60. Chez ces trois malades, même rhythme régulier — alors que la respiration devient très irrégulière, comme le montrent les tracés, chez un sujet sain qui s'oblige à respirer vite — même type costal supérieur de la respiration.

Monoplégie brachiale hystérique, par MIURA (*Arch. de neurologie*, 1893, mai, n° 75, p. 322). — A l'occasion de 3 cas étudiés dans le service de Charcot, l'auteur fait un travail d'ensemble sur la monoplégie hystérique fondé sur 28 autres cas qu'il a réunis dans la littérature. Sur ces 31 cas, 23 ont trait à des hommes, l'âge varie entre 12 et 50 ans, offrant son maximum entre 21 et 25 ans. Au point de vue étiologique, 13 fois il existe de l'hérédité nerveuse nette, 8 fois peu d'hérédité, 1 fois l'alcoolisme. Parmi les agents provocateurs, le traumatisme occupe la première place. Dans 9 cas, on a noté de l'atrophie musculaire. Les réflexes tendineux ont été trouvés 7 fois exagérés, 7 fois diminués ou abolis. Au point de vue de la terminaison, 22 fois on a observé l'amélioration ou la guérison, 4 fois la persistance, 5 fois la récidive.

Syphilis de la moelle (Ein unter dem klinische Bilde der Tabes verlaufender Fall von syphilitischer (?) Ruckenmarkes krankung), par A. EWALD (*Berliner klinische Wochenschrift*, 20 mars 1893, n° 12, p. 273. — Il s'agit d'un malade âgé de 42 ans, et dont l'examen à la clinique fit porter le diagnostic de tabes dorsal, arthropathie avec suppuration consécutive du genou gauche, qui avait présenté en particulier le signe de Romberg, le signe de Westphal et de l'inégalité pupillaire. Il mourut de septicémie, et à l'autopsie on constata les lésions suivantes de la moelle. Macroscopiquement, la moelle est entourée par une masse épaisse surtout à gauche, qui la comprime asymétriquement. Histologiquement, il existe des altérations vasculaires considérables, qui semblent avoir commandé à des lésions qu'on peut résumer ainsi. En aucune partie de la moelle, on ne trouve de lésions qui rappellent la dégénération grise classique des cordons postérieurs. Il y a hémorrhagie sous-arachnoïdienne prédominant à gauche, infiltration gommeuse de la pie-mère et de l'arachnoïde, artérite et phlébite oblitérante, sclérose interstitielle et infiltration nucléaire dans l'épaisseur des cordons postérieurs. Il s'agit, en somme, d'une arachnitis spinale chronique fibreuse et gommeuse avec myélite interstitielle chronique diffuse liée à de l'endartérite et de la phlébite.

Maladie de Basedow et tabes, par JOFFROY et ACHARD (*Archives de médecine expérimentale*, mai 1893, n° 37, p. 404). — Dans les cas où des signes de goître exophthalmique coexistent avec du tabes, relèvent-ils de l'affection spinale, et la maladie de Basedow devient-elle un syndrome de nature tabétique, ou bien s'agit-il d'une simple association des deux maladies ? C'est cette dernière opinion que défendent les auteurs, et ils donnent à l'appui le fait qu'ils ont observé. Dans ce cas, il y eut pendant la vie les signes typiques du goître exophthalmique chez une tabétique, et à l'autopsie, on ne découvrit aucune lésion bulbaire qu'on pût rendre responsable des symptômes de la maladie de Basedow. Il s'agit donc bien de deux maladies distinctes évoluant chacune pour son compte.

MÉDECINE

Gale et néphrite aiguë, par BOTHÉZAT (*Nouveau Montpellier médic.*, 6 mai 1893, p. 345) — Homme de 21 ans,

atteint depuis 4 mois de gale avec lésions pustuleuses très étendues; léger œdème des paupières et des jambes, albuminurie (6 grammes par litre). Température 39° à 39°6; quatre jours après le début de l'œdème, attaques multiples d'urémie à forme convulsive; le lendemain, la température est normale, l'albuminurie tombe à 2 grammes par litre; amélioration des lésions cutanées et diminution rapide de l'albuminurie.

Traitement du lupus érythémateux (The internal treatment of lupus erythematosus with phosphorus), par D. Bulkley (*Amer. Journ. of med. Sciences*, avril 1893). — Bulkley s'est bien trouvé de l'emploi du phosphore dans le lupus érythémateux. Il administre 3 fois par jour, dans de l'eau, 15 gouttes d'une solution alcoolique de phosphore au millième, en augmentant graduellement jusqu'à ce qu'on arrive à 30 gouttes 3 fois par jour; il est utile de surveiller les malades pendant l'emploi de ce traitement et de le suspendre dès que surviennent des troubles digestifs; avec des précautions, on peut le continuer pendant plusieurs mois sans aucun inconvénient, parfois même améliorer l'état général. Quant à l'état local, il s'améliore très notablement et un nouveau mode de traitement n'est pas inutile dans une affection aussi rebelle que le lupus érythémateux.

Acromégalie (Caso d'acromegalia), par F. Orsi (*Gazzetta medica lombarda*, 21 mai 1893, p. 201). — Femme de 45 ans, éprouvant depuis 12 ans des douleurs dans le thorax à gauche, dans la moitié gauche du cou et de la tête; depuis 7 ans, le nez et les pieds ont augmenté de volume; actuellement, tableau caractéristique de l'acromégalie; corps thyroïde normal, pas de matité rétrosternale; les urines ne renferment ni sucre, ni albumine, ni peptones.

Diurétine (Della diuretina), par R. Massalongo et S. Silvestri (*La Riforma medica*, 10 mars 1893, p. 687). — La diurétine (mélange de deux parties de théobromine et de trois parties de salicylate de soude) n'agit pas sur la circulation, mais stimule l'activité du parenchyme rénal; son effet est très marqué dans les hydropisies d'origine cardiaque et rénale, faible dans la cirrhose du foie, dans les pleurésies et dans les autres épanchements d'origine inflammatoire; il persiste après la suppression du médicament, à la dose de 4, 5, 6 grammes, elle n'a aucun effet nuisible, diminue ou fait disparaître l'albuminurie s'il en existait, ne produit ni diarrhée ni vomissements. Son action diurétique est due à la théobromine, dont le salicylate de soude se borne à faciliter la dissolution et l'absorption. Ses effets sont apparents au bout de 12 à 24 heures. Le meilleur moyen pour l'administrer est de la faire dissoudre dans l'eau chaude additionnée de sirop de menthe.

Adénome tubulé du foie, mort par rupture du foie (Adenoma tubulato del figato, con rumore di soffio senza le solite cause; morte per rottura del viscere), par L. Vanni (*Rivista clinica e terapeutica*, avril 1893, p. 173). — Homme de 60 ans, présentant les signes d'un cancer du foie, considéré comme secondaire à un cancer de l'estomac; souffle hépatique, synchrone à la diastole de l'artère radiale attribué pendant la vie à la compression d'une branche de l'artère hépatique par des ganglions lymphatiques dégénérés; mort avec les signes d'hémorrhagie interne. A l'autopsie, intégrité de l'estomac, pas de compression artérielle pouvant expliquer le souffle, une petite quantité de liquide rouge brun, mélangé de caillots sanguins, dans le péritoine; foie volumineux, granuleux à sa surface, renfermant des nodules jaunâtres dont quelques-uns sont le siège d'hémorrhagies; la rupture du foie s'est produite à la face postérieure du lobe gauche et est recouverte de caillots sanguins; l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un adénome tubulé.

La phénocolle dans l'impaludisme (Sul potere antimalarico della fenocolla), par C. Banetti (*Archivio di farmacologia e terapeutica*, 15 mars 1893, p. 175). — De l'emploi de la phénocolle chez 42 sujets atteints d'impaludisme, Bonetti conclut que cette substance est un antimalarique énergique, un puissant succédané de la quinine; il l'a administrée à la dose de 2 grammes par jour, en deux fois, à deux heures d'intervalle avant l'accès de fièvre.

CHIRURGIE

Cystocèle crurale, par Schoonen (*Revue de Chirurgie*, 10 avril 1893, p. 331). — Le 8 mars 1893, un terrassier, rentré chez lui, éprouve, en enlevant ses souliers, une douleur vive et subite au niveau de l'aine droite; il constate à cet endroit une tumeur, puis surviennent des vomissements. On diagnostique une hernie crurale étranglée; le malade ne va pas à la selle, mais il évacue des gaz; l'auteur croit à une épiplocèle crurale.

On fait l'opération; on ne trouve pas de liquide, pas de péritoine formant sac autour de la tumeur qui est formée par une masse graisseuse qu'on prend d'abord pour l'épiploon. On s'aperçoit alors qu'il s'agit d'une cystocèle: en effet un cathéter introduit dans le réservoir urinaire arrive dans le diverticule hernié. Guérison.

Uréthrorrhaphie (Two cases of urethrorraphy), par Gould (*Lancet*, 13 mai 1893, p. 1135). — Obs. I. — Un garçon de 11 ans tomba à cheval sur le dos d'une chaise; gonflement considérable du périnée antérieur et du scrotum. Comme on ne put passer un cathéter dans la vessie, on incisa le périnée sur le cathéter engagé dans l'urèthre; on trouva une rupture transversale de l'urèthre en avant du ligament triangulaire; on introduisit alors le cathéter dans le bout postérieur de l'urèthre et on sutura les deux bouts de l'urèthre ensemble. On fit alors une taille hypogastrique et on plaça un cathéter dans l'ouverture ainsi pratiquée; on retira le cathéter de l'urèthre. Suture de la plaie périnéale. Guérison. On recommanda au malade de passer dans son urèthre une bougie toutes les semaines.

Obs. II. — Un homme tomba à califourchon sur une barre de fer; alors apparaissent les signes d'une rupture de l'urèthre. On incise sur le raphé périnéal et on trouve une rupture de l'urèthre; suture de l'urèthre sur un cathéter introduit dans la vessie. On laisse le cathéter et on fait un pansement. Guérison.

Mucocèle du sinus frontal (Mucocele of the frontal sinus), par Watson (*Lancet*, 6 mai 1893, p. 1061). — Une femme de 25 ans vint à l'hôpital pour une tumeur de l'œil gauche, s'accompagnant de douleur dans les régions frontale et sourcilière et de diplopie. La tumeur siégeait à l'angle interne de l'œil. L'œil gauche était refoulé en bas et en dehors. Le fond de l'œil était sain. Du côté gauche, le ganglion préauriculaire et un ganglion sous-maxillaire étaient hypertrophiés. La malade rapporte le début de cette tumeur à un érysipèle qu'elle a eu trois semaines auparavant. Pas de traumatisme. On ordonna des compresses d'eau boriquée chaude sur l'œil, de la quinine et du fer à l'intérieur. Le déplacement de l'œil diminua et la diplopie disparut; les ganglions diminuèrent aussi. La malade eut les symptômes ordinaires d'un coryza et au bout de 9 jours il y eut, par la narine gauche, un écoulement d'une matière jaunâtre; cet écoulement persista, plus ou moins abondant, pendant trois jours. On trouva alors dans la narine gauche des polypes muqueux; on fit des lavages boriqués de cette narine. Bientôt tous les phénomènes qui avaient amené la malade à l'hôpital disparurent.

Calculs salivaires (Occlusion of Steno's duct by salivary calculi), par Wyeth (*Medical Record*, 15 avril 1893, p. 462). — Une petite fille de 2 ans 1/2 reçut un coup sur la joue droite. Deux ans et demi plus tard survint une tumeur de cette région qu'on incisa par la bouche et qui laissa s'écouler un liquide clair et visqueux. On répéta cette opération plusieurs fois, mais toutes les fois qu'on refermait la plaie, la tumeur se reproduisait. L'auteur opéra l'enfant quand elle avait 6 ans; il incisa la tumeur par l'extérieur et, outre le liquide, il trouva cinq calculs sphériques fermant le canal de Sténon, il incisa ce dernier et put alors extraire les calculs. Il ferma ensuite la plaie externe et établit du côté de la bouche une sortie pour la salive. La malade a guéri complètement.

BIBLIOGRAPHIE

L'hérédité normale et pathologique, par A. Sanson, Paris, 1893, Asselin et Houzeau, éditeurs.

L'étude des phénomènes de l'hérédité acquiert, de jour en jour, une importance plus grande en pathologie humaine, et l'on peut même dire qu'elle est prépondérante en ce qui con-

cerne la plupart des maladies mentales et nerveuses; de plus, chez l'homme, elle est hérissée de difficultés de tout ordre. Aussi, étant donné que les lois de l'hérédité observées chez les animaux sont, de tous points, applicables aux familles humaines, il apparaît que les recherches de ce genre faites sur les animaux doivent être, en quelque sorte, le substratum de toute connaissance à cet égard. Il est certain que les manifestations héréditaires se présentent chez les animaux à l'état de pureté et de simplicité et que, de plus, l'expérimentation y est relativement facile au moins sur les espèces domestiques. Or, comme l'observe judicieusement l'auteur, l'hérédité pathologique ne peut être mise en lumière que par la connaissance préalable des lois qui régissent l'hérédité normale. Ce sont ces lois précisément, qu'aidé par une longue expérience, servi par une compétente érudition, M. Sanson s'est proposé d'établir, pour ensuite en suivre les applications aux divers cas pathologiques. Ses observations et ses recherches personnelles mises au service d'un sens critique éclairé lui font prendre parti avec autorité sur nombre de points controversés, et lui permettent de refuser, lorsqu'il s'y croit fondé, tout crédit à des opinions quel qu'en soit le poids traditionnel. Il ne s'agit donc pas là d'une compilation, mais d'un ouvrage complètement original. Nous ne pouvons entrer, à notre regret, dans l'analyse des divers chapitres de ce volume, tous nourris de faits d'observation des plus intéressants. Nous signalerons seulement ceux qui ont trait à l'hérédité individuelle, de famille, de race, à la convergence et à la divergence des puissances héréditaires, car en ce qui concerne l'hérédité de certaines maladies nerveuses en particulier, sans doute aurions-nous quelques réserves à formuler, et il nous plaît mieux de louer complètement un livre qui comble si heureusement une lacune que nous déplorions et de la lecture duquel médecins et physiologistes tireront également parti. PAUL BLOCQ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DÉTERMINATION PRATIQUE DE LA RÉFRACTION OCULAIRE PAR LA KÉRATOSCOPIE, par BILLOT, médecin-major de 1re classe. 1 vol. de la petite *Encyclopédie médicale*. Paris (Société d'éditions scientifiques).

L'auteur fait sous ce titre une étude complète au point de vue pratique de « l'examen de la marche de l'ombre que l'on voit passer » sur le fond de l'œil éclairé par un miroir auquel on fait décrire » des mouvements parallactiques.» Billot prouve que la kératoscopie ou skiascopie est un procédé objectif simple, facile, à la portée de tout le monde. Il va toutefois trop loin en prétendant obtenir par ce seul examen une détermination de réfraction oculaire avec une exactitude presque absolue. Les efforts d'accommodation, la myopie spasmodique constituent des causes d'erreur dont le praticien doit être prévenu. Quoi qu'il en soit de cette critique, la clarté et la méthode avec lesquelles Billot a rédigé son travail, font de son livre un manuel précieux en particulier pour les médecins militaires appelés à déterminer rapidement la réfraction des conscrits.

ÉLÉMENTS D'OPHTHALMOLOGIE A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS. Leçons cliniques professées à la Faculté de médecine de Lyon, par le Dr GAYET. In-8° de 488 pages avec figures. Paris, 1893.

Le livre du professeur Gayet n'est ni un manuel d'ophthalmologie, ni un traité didactique, l'auteur s'est proposé « d'offrir aux » praticiens, sous la forme vivante de la clinique, ce qu'il est indis» pensable qu'ils sachent dans une branche de notre art, qui, grâce » à ses méthodes si précises et à ses dogmes si certains, mérite de » sortir du cercle des adeptes pour se répandre dans le domaine » public. » Dans ce travail le lecteur trouvera sous forme de leçons cliniques l'étude des principales affections de l'œil « superficielles de fait ou d'origine » : affections des paupières, de la conjonctive et de la cornée. Quelques indications bibliographiques sont annexées à chaque chapitre.

Le professeur Gayet se propose de poursuivre son œuvre de vulgarisation et d'étudier dans les mêmes conditions les maladies du tractus uvéal et des milieux, puis celles de la rétine, du nerf et des voies optiques.

Thèse de Lyon.

DE LA DENSITÉ DU SANG, SA DÉTERMINATION CLINIQUE, SES VARIATIONS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES, par le Dr B. LYONNET. Paris, 1892. Librairie J.-B. Baillière et fils, 4 fr.

Il est relativement facile de déterminer en clinique le poids spécifique du sang; les méthodes les plus employées sont celles de Schmaltz, de Roy et Lloyd Jones, d'Hammerschlag.

La densité normale du sang varie chez l'homme de 1055 à 1060. Elle est un peu plus faible chez la femme. Cette densité dépend surtout de la quantité d'hémoglobine; elle varie avec l'âge, le sexe, la menstruation, la grossesse, l'accouchement, la nourriture et la boisson, l'exercice, le sommeil, les pays, le tempérament, les différentes parties du corps, la congestion passive et active.

Dans les anémies et les maladies cachectisantes, la densité du sang du doigt est généralement très diminuée. Dans la tuberculose elle est peu modifiée.

La densité est variable dans les maladies de la nutrition.

Chez les cardiaques, quel que soit leur état d'asystolie, la densité est à peu près normale; il n'y a pas d'hydrémie. Chez les brightiques il y a diminution de la densité et hydrémie.

Dans les maladies infectieuses il y a généralement une diminution de la densité; dans le choléra il y a une forte augmentation.

La recherche de la densité du sang du doigt peut dans quelques cas aider au diagnostic, mais surtout permettre de préciser un état morbide.

VARIÉTÉS

Nécrologie : M. VIDAL. — Lorsqu'il y a trois ans la limite d'âge vint enlever M. le Dr Vidal à son service de l'hôpital Saint-Louis, la plupart de ses confrères en furent surpris. Ils le croyaient plus jeune de nombre d'années, tant il avait conservé d'activité professionnelle, d'ardeur dans les luttes scientifiques, de vivacité d'esprit et de jeunesse de caractère. Ceux-là seuls qui l'avaient suivi dans ses luttes académiques, ceux-là surtout qui connaissaient la liste de ses publications scientifiques, savaient depuis combien de temps et avec quelle ténacité il travaillait à se maintenir au premier rang des dermatologistes français.

Né le 19 juin 1825, interne des hôpitaux en 1850, M. Vidal avait commencé, dès 1852, à faire connaître son nom par la publication dans les bulletins de la *Société anatomique* d'un très grand nombre d'observations intéressantes. Docteur en 1855, il était nommé en 1861 médecin du bureau central et n'entrait à l'Académie, dans la section de thérapeutique, qu'en 1883.

De ses travaux scientifiques, les uns, comme sa thèse d'agrégation sur la *syphilis congénitale* (1860) ou ses articles du *Dictionnaire Encyclopédique* (Acrodynie, Amygdales, Rectum, etc.) résument avec clarté l'état de nos connaissances sur divers sujets de pathologie interne. Les autres sont consacrés à la thérapeutique spéciale (Traitement du muguet par l'emploi topique de la liqueur de Van Swieten. Traitement de l'erysipèle par l'application du collodion. Traitement des affections blennorrhéiques par le baume de gurjun ; du prolapsus rectal par les injections de solution d'ergotine ; du chancre simple et du chancre phagédénique par l'acide pyrogallique, etc.). D'autres enfin, ce sont les plus nombreux et les plus importants, ont marqué la place de Vidal dans cette belle école dermatologique française qui, après Bazin, compte aujourd'hui encore des maîtres éminents qui appartiendraient à la Faculté de médecine si la Faculté avait su mieux comprendre ses intérêts et le tort que lui fait une institution aussi mal comprise que l'agrégation : ce sont les travaux qu'il a écrits à l'hôpital St-Louis et qui s'occupent de la lèpre (1875), du pityriasis (1877), de l'echthyma (1878), du pemphigus, des pelades (1879), etc., etc. Le mémoire de Vidal sur le traitement du lupus par les scarifications linéaires restera classique. Son *Traité descriptif des maladies de la peau*, dont le 4e fascicule vient de paraître, sera terminé par son savant collaborateur le professeur Leloir.

Vidal n'était pas seulement un spécialiste savant et habile, un consultant apprécié, un confrère d'une distinction d'esprit et d'une droiture de caractère dignes de respect. Sous ses dehors ardents, parfois brusques, il cachait un cœur excellent. Aussi bien à l'Académie de médecine qu'à l'Association générale des médecins de France dont il était l'un des conseillers les plus zélés, les plus écoutés; à la Société de dermatologie comme à la Société de médecine et d'hygiène professionnelle, il laisse d'unanimes regrets.

L. LEREBOULLET.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 30 juin 1893.

La déclaration médicale obligatoire et ses conséquences.

Aux termes de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, « tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

» La liste des maladies épidémiques dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel sera dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixe le mode de déclaration desdites maladies. »

Il y a une quinzaine de jours, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a, pour ce qui le concerne, proposé de comprendre parmi les maladies dont la déclaration serait obligatoire pour le médecin, les affections suivantes :

Le choléra et les affections cholériformes ; — la fièvre typhoïde ; — la dysenterie épidémique ; — le typhus exanthématique ; — les infections puerpérales ; — l'ophthalmie purulente des nouveau-nés ; — l'érysipèle ; — la diphthérie (croup et angine couenneuse) ; — la variole et la varioloïde ; — la scarlatine ; — la rougeole ; — la coqueluche ; — la suette miliaire.

L'Académie de médecine vient, à son tour, d'être priée par M. le ministre de l'Intérieur, d'émettre son opinion sur cette liste et, s'il y a lieu, sur les modifications en plus ou en moins qu'elle lui paraîtrait devoir subir. La demande d'avis est urgente, car la loi est applicable dans le délai d'un an à partir de sa promulgation ; dès le 30 novembre 1893 le corps médical sera tenu d'obéir à ses prescriptions. Aussi n'est-il que temps, dans une question aussi complexe et aussi délicate, de se demander quelle est la portée et quelles peuvent être les conséquences de la déclaration médicale obligatoire ainsi imposée.

Personne ne discute l'intérêt que présente pour la santé publique la déclaration des maladies épidémiques à l'autorité publique. On admet généralement aussi, comme le déclarait M. Léon Le Fort l'an dernier à l'Académie de médecine, « que le secret professionnel ne doit pas aller jusqu'à rendre les médecins complices d'homicide par imprudence et surtout à leur faire commettre des homicides par discrétion ». Mais si le corps médical doit être délié, à l'égard de l'autorité publique et dans l'intérêt général, des exigences du secret médical dans tous les cas où celui-ci n'est vraiment pas en cause, ce ne peut être sans des motifs sérieux qu'il pourra ainsi abandonner l'une de ses plus belles et de ses plus précieuses prérogatives. Devenir dénonciateur par état, le médecin n'y souscrirait sans hésitation qu'autant que son client n'en pourrait souffrir aucun dommage et que l'intérêt de ses proches comme l'intérêt public y trouveraient un avantage indiscutable.

La loi sur l'exercice de la médecine est d'ailleurs assez sévère. Elle impose une amende de 50 à 200 francs au docteur en médecine ou à l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 15. Bien que ces peines puissent être abaissées par l'application prévue de l'article 463 du Code pénal, il faut néanmoins observer que le taux de l'amende entraîne la comparution devant le tribunal correctionnel et par suite, en cas de condamnation, l'établissement d'un casier judiciaire. De plus, la récidive peut être assez proche en pareille matière pour donner à la déclaration médicale obligatoire une sanction d'une certaine gravité. Remarquons en passant que, par une singulière anomalie, alors que la déclaration est prescrite pour le médecin, l'officier de santé et la sage-femme, celle-ci seule ne pourrait être poursuivie en cas de non-obéissance à la loi.

Les progrès incessants de l'hygiène publique sont la cause prédominante de cette nouvelle obligation que le législateur a cru ne pouvoir s'empêcher de demander au corps médical, en échange de certains avantages que lui accorde la nouvelle législation sur l'exercice de la médecine. Il n'est pas douteux non plus que la déclaration doit avoir pour corollaire l'application immédiate de

mesures sanitaires dont l'autorité publique doit disposer dans l'intérêt général. Que ces mesures soient maintenues dans les limites de la législation existante ou qu'elles soient étendues par la législation soumise au Parlement, il importe qu'elles puissent être appliquées, sinon la déclaration paraîtrait une mesure singulièrement vaine et l'on ne tarderait pas, trop souvent, à l'accuser d'être puérilement vexatoire. Si bien que le corps médical est autorisé à dire à l'autorité publique : je consens à vous déclarer telles maladies épidémiques dont j'ai reconnu l'existence ; mais quelle conséquence en tirerez-vous ; quelles mesures allez-vous prendre pour en entraver la propagation ? En bonne conscience, le contrat est ici bilatéral.

L'autorité, informée de l'existence d'une maladie épidémique dans les limites de sa circonscription administrative, doit donc s'efforcer de faire exécuter ou d'exécuter elle-même les mesures prophylactiques reconnues utiles et nécessaires. On les divise d'ordinaire en deux groupes, suivant leur urgence et les différences qu'elles peuvent présenter au point de vue administratif et légal : en première ligne, la vaccination et la revaccination en cas de variole, l'isolement et le transport des malades autant qu'il sera possible de le faire, la désinfection sous toutes ses formes; en seconde ligne, les mesures spéciales, locales et générales, d'assainissement et de salubrité. Notre législation sanitaire française est généralement considérée comme insuffisante à l'égard de ces mesures et l'on demande de tous côtés le vote aussi rapide que possible de la loi sur la protection de la santé publique, à laquelle la Chambre des députés vient de faire faire un premier pas, non sans importance. Il ne faut, toutefois, se faire aucune illusion à ce sujet. Les dispositions insérées dans la future loi ont surtout pour avantage d'annihiler dans une certaine mesure les mauvaises volontés, de combattre les inerties locales et de s'opposer à des refus dangereux des prescriptions administratives; mais la loi ne sera appliquée et n'aura quelque effet utile qu'autant que l'administration cherchera à développer les progrès des mœurs et de l'éducation en matière d'hygiène et qu'elle tiendra suffisamment compte des multiples intérêts en présence.

L'hygiène publique, tel est le domaine dans lequel l'intervention administrative peut être accueillie avec une faveur de plus en plus marquée, si elle met à la disposition des particuliers des moyens prophylactiques efficaces, qui leur permettent de développer avec plus de facilité les pratiques de l'hygiène privée; par contre, il serait à craindre que pour cette dernière l'ingérence administrative ne s'expose à force abus toujours inutiles. C'est pourquoi les pays ou les localités dans lesquels la déclaration des maladies épidémiques est devenue comme une habitude pour les médecins sont-ils précisément ceux où aucune loi ne les y oblige, mais où l'administration sanitaire a péremptoirement démontré dans la pratique les heureux effets de son intervention chaque fois qu'elle a été informée en temps utile. Multipliez les procédés prophylactiques, mettez-les largement et facilement à la disposition des particuliers, faites que ceux-ci les apprécient de plus en plus et n'aient à en souffrir aucune gêne réelle, et le corps médical ne tardera pas à être en quelque sorte forcé par les particuliers eux-mêmes à les faire rapidement bénéficier de tels avantages. Nous en avons maintes fois cité et nous en pourrions citer encore de nombreux exemples.

On ne saurait donc s'étonner que la loi sanitaire soumise au Parlement comprenne également dans ses dispositions cette obligation de la déclaration médicale qui en est la conséquence directe. L'article 9 du projet dont M. le docteur Langlet (de Reims) vient d'être à la Chambre le rapporteur si autorisé, s'exprime comme il suit : « La déclaration à l'autorité publique de tout cas de maladie infectieuse est obligatoire pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme qui en a constaté l'existence, ou, à défaut, pour le chef de famille, maître d'hôtel, directeur d'établissement, ou les personnes qui soignent les malades. La liste de ces maladies est dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, sur avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. » Avec cette loi, l'absence de déclaration ne serait plus punie que d'une amende (troisième classe) de simple police, soit 11 à 15 francs; l'article 463 relatif aux circonstances atténuantes serait également applicable ; la récidive, fixée ici à 12 mois, comporterait la peine d'emprisonnement à 5 jours.

Les différences entre le texte de la loi exécutoire dans cinq mois et le texte projeté dans la loi sanitaire dont l'adoption définitive et la promulgation ne peuvent encore être fixées sont, on le voit, assez considérables. En dehors des différences assez grandes dans les pénalités, elles portent surtout sur ce point fondamental, qu'actuellement c'est le médecin seul qui va être tenu de faire la déclaration, tandis que, du jour où la loi sanitaire serait adoptée dans les termes précités, le chef de famille, le maître d'hôtel, le directeur d'établissement ou les personnes qui soignent les malades, seraient obligés à faire cette déclaration, à défaut de l'homme de l'art.

En Angleterre, dans les localités où la loi est en vigueur, aux Etats-Unis, en Prusse, dans le Wurtemberg et en Hongrie, le médecin et les personnes habitant la maison, parents ou hôteliers, sont également mis en cause, de même qu'en France, mais avec des pénalités différentes, par la loi de 1822 sur la police sanitaire applicable aux maladies pestilentielles exotiques. Mais ce n'est pas la seule solution acceptée partout. Nous voyons la déclaration exigée seulement des médecins, à l'exclusion des personnes de la famille ou de la maison, en Italie, en Serbie, en Bavière, en Saxe, dans les grands-duchés de Bade, de Saxe-Weimar, de Mecklembourg, en Portugal, dans les villes de Lubeck, Brême et Hambourg... En Hollande, elle incombe aux parents seulement; dans le grand-duché de Hesse, elle est facultative pour les médecins et alors obligatoire pour les parents.

Ces diverses combinaisons ont toutes de bonnes raisons pour se défendre; car il est certain que l'obligation de la déclaration peut être considérée comme corrélative, pour les personnes de la famille ou de la maison du malade, des avantages qu'ils retireront de la rapidité des prescriptions prophylactiques; pour les hôteliers ou directeurs d'établissements publics, du fait de leur autorisation ou de leurs fonctions; pour le médecin, des privilèges de sa profession. En pareille matière il faut surtout tenir compte des habitudes sociales. Aussi la Commission du Comité d'hygiène avait-elle proposé qu'en France la déclaration de tout cas de maladie paraissant épidémique soit obligatoire pour toute personne qui en aura constaté

l'existence, en remettant à un règlement d'administration publique le soin de déterminer le mode de déclaration. Avec une telle disposition l'on pourrait procéder comme pour la déclaration des naissances, suivant les termes de l'article 56 du Code civil.

Un certain nombre de Sociétés médicales avaient d'ailleurs également soutenu auparavant cette proposition, notamment l'Union des syndicats et l'Association des médecins de l'Hérault sur le rapport de M. le Dr Hamelin; le médecin ne doit intervenir, suivant ces sociétés, qu'après le chef de famille ou les membres présents de celle-ci ou, à défaut, après les hôteliers, loueurs de garnis, etc. Par contre, M. le Dr Drouineau, dans une intéressante étude présentée à la Société de médecine publique, a objecté qu'il peut être difficile au médecin d'acquérir la certitude que la déclaration sera faite et qu'il n'est pas toujours lié au malade de telle manière qu'il lui soit loisible quelquefois de retourner dans la maison. De plus, l'article 56 du Code civil n'a pour objet que l'enregistrement d'un fait; la constatation d'un cas de maladie contagieuse n'est pas simplement l'enregistrement d'un fait; elle va entraîner des conséquences pour les parents du malade. Aussi préférerait-il que la déclaration fût faite, dans les conditions prévues par la loi sanitaire, chacune des personnes mises en cause restant séparément responsable.

C'est précisément la difficulté de définir la constatation de l'existence d'une maladie qui a fait soutenir de divers côtés et qui a décidé le législateur à dire, dans la loi sur l'exercice de la médecine, que le médecin doit être seul tenu d'en faire la déclaration dans les cas prévus; lui seul est à même de constater la nature transmissible de l'affection, et les personnes qui approchent le malade n'en peuvent être informées que par lui, si bien qu'en fait, et dans tous les cas, celui qui pourra constater réellement l'existence de la maladie, sera toujours l'homme de l'art. Le soupçon du caractère de la maladie peut bien appartenir à tous ceux qui voient le patient; la certitude, la constatation, qui peuvent être uniquement exigées pour la déclaration, sont l'apanage exclusif de celui qui possède les connaissances nécessaires pour établir un diagnostic, suivant l'expression un peu étroite du texte de la loi sus-visée concernant l'exercice de la médecine. D'autre part, si l'on veut que l'autorité publique soit rapidement informée en pareil cas, c'est grâce à l'intervention du médecin que ce but sera surtout atteint. Dégagé de toute considération sentimentale et de tout souci, il pourra aisément prévenir l'autorité, à l'aide de ces bulletins spéciaux, envoyés en franchise postale et qui sont en usage dans un grand nombre de pays et de villes. Aussi croyons-nous qu'on finira par s'en tenir au texte de l'article 15 de la loi sur l'exercice de la médecine.

On a paru regretter, d'autre part, que ce soit seulement par un arrêté ministériel que le mode de déclaration des maladies épidémiques soit fixé par cette loi et non sous la forme plus solennelle et plus difficilement modifiable d'un règlement d'administration publique. Mais il faut reconnaître qu'il peut être utile de ne pas donner trop de fixité à une disposition purement administrative, dont les modifications peuvent ne pas tarder à être reconnues nécessaires au fur et à mesure des changements qui en seront la conséquence dans nos habitudes médicales. Il importe aussi de ne pas oublier que la déclaration à l'autorité publique aura assurément pour conséquence directe, dans un temps sans doute peu éloigné, la discrétion du personnel administratif, prévue et punie par l'article 378 du Code pénal. Comme le fait observer justement M. le Dr Langlet dans son rapport, « l'état des esprits à cet égard se modifie : on reconnaît de tous côtés que la déclaration obligatoire aura l'avantage de rassurer les médecins sur les conséquences de leurs rapports avec l'administration; elle aura l'avantage plus grand de permettre de prendre des mesures sans lesquelles il est impossible d'éviter le développement des maladies infectieuses ».

L'espace nous manque pour exposer sous quelles formes un peu diverses le mode de déclaration a été établi dans les divers pays où celle-ci est obligatoire; d'ailleurs, la question n'est pas en cause actuellement devant l'Académie de médecine. Toutefois, nous ne pouvons passer sous silence qu'alors que la loi anglaise a prévu une amende de 40 shillings contre le médecin qui néglige d'obéir à la loi, elle a aussi, avec l'esprit pratique qui distingue nos voisins d'outre-Manche, fixé à 2 shillings 6 pence l'indemnité accordée à chaque médecin par certificat dûment envoyé par lui si le cas se produit dans sa clientèle privée, et à 1 shilling si le cas se produit lorsqu'il agit en qualité de médecin d'une société ou d'un établissement.

L'exposé sommaire que nous venons de faire suffit tout au moins, nous l'espérons, à montrer que la déclaration imposée au corps médical ne pourra avoir les conséquences qu'on en attend qu'autant que les pouvoirs publics montreront aux praticiens que leur clientèle n'est, de ce fait, exposée qu'à des mesures administratives bien conçues, discrètement et facilement exécutées.

Autrement, la coalition des intérêts lésés ne tarderait pas à rendre inapplicables les dispositions de la loi.

C'est pourquoi l'on peut se demander si la liste des maladies pour lesquelles la déclaration médicale va être bientôt obligatoire ne doit pas être aussi restreinte que possible et s'il y a avantage en pareille matière à vouloir devancer l'opinion publique, quelle que soit la légitimité d'une telle préoccupation. Puisqu'il suffira d'un nouvel arrêté ministériel, après consultation nouvelle demandée au Comité d'hygiène et à l'Académie de médecine, pour rendre la loi applicable à une maladie non encore désignée sur la liste, il pourrait être avantageux de se restreindre tout d'abord à celles de ces maladies pour lesquelles il ne peut y avoir de contestation possible, aussi bien pour les médecins que pour les particuliers qui doivent supporter les conséquences de la déclaration.

Il va de soi que la tuberculose, malgré la gravité et l'extension de ses ravages, ne saurait être placée sur une telle liste, puisqu'elle engage presque toujours le secret professionnel, dont le respect est justement laissé à la libre appréciation du médecin, dans tous les cas. L'expression adoptée par le législateur, à savoir les maladies épidémiques, ou, par définition, « les maladies, contagieuses ou non, qui attaquent un grand nombre de personnes » (Littré), cette expression a un sens trop vaste pour qu'il n'y ait pas intérêt à ne rendre, au début de l'application de la loi, la déclaration médicale obligatoire que pour celles de ces maladies qui sont le plus répandues et le plus connues du public.

A ce prix seulement, les difficultés seront évitées et l'autorité publique pourra, avec la discrétion et la compétence qui sont ici également indispensables, appliquer des mesures de plus en plus acceptées par toutes les classes de la population.

A. J. Martin.

REVUE GÉNÉRALE

Clinique de l'hôpital Saint-Louis. — Conférences du mercredi.

La blennorrhagie maladie générale.

Si la blennorrhagie est une des maladies qui ont été le plus étudiées, c'est aussi une de celles qui demeurent le moins connues. En présence des difficultés qui se rencontrent à chaque pas dans son étude, le titre même de cette conférence demande quelques mots d'explication. Une maladie générale peut être définie une maladie présentant des phénomènes morbides réunis par un lien commun et évoluant dans un organisme donné. Le lien commun, c'est l'agent spécifique; l'évolution dans l'organisme, c'est l'infection. L'équivalent, en langage actuel, de l'expression maladie générale devient: maladie spécifique infectieuse. C'est donc à la justification de ces deux termes, spécificité et infection, appliqués à la blennorrhagie que se résume la tâche qui m'est départie.

Or, dans l'état actuel de nos connaissances bactériologiques, on ne peut apporter la preuve directe, définitive, irréfutable, ni de la spécificité, ni de l'infection. Et cependant, comme les notions bactériologiques récentes sur le gonocoque et les faits cliniques où le rôle de l'infection s'accuse de plus en plus, ont marché parallèlement vers la démonstration de la spécificité et de l'infection, il semble que l'on puisse dès maintenant admettre que la blennorrhagie a la plupart des qualités requises pour être envisagée comme une maladie générale.

Avant d'entrer plus complètement dans notre sujet, il nous faut encore nous arrêter à une question préjudicielle: la blennorrhagie est-elle *une*, c'est-à-dire, relève-t-elle d'un agent unique? Cette question est de la plus haute importance. Elle a été abordée tout d'abord par Diday, puis reprise par Neumann, Lesser, Jullien; cliniquement, on peut l'appeler, avec Diday, la question des blennorrhoïdes. Ses blennorrhoroïdes sont établies de par les faits, mais leur étude bactériologique est beaucoup moins avancée. On sait que l'urèthre vierge contient des microbes: Bockhart, Giovannini, Lustgarten et Mannaberg, Legrain, Rovsing l'ont démontré. Malgré tout, ces microbes sont très peu étudiés, et beaucoup moins connus que ne l'est le gonocoque. Aussi, bien qu'il soit probable que les recherches ultérieures viendront confirmer la pluralité des uréthrites, nous nous limiterons à une des blennorrhagies, à la blennorrhagie *à gonocoques*, et nous n'envisagerons uniquement que la *gonococcite*.

I

Tous les auteurs sont d'accord sur la morphologie, sur les méthodes de coloration, sur les réactions à la coloration du gonocoque; inutile de revenir sur ces différents points. L'accord n'est pas encore fait sur la culture du gonocoque, et cependant on peut prévoir que les incertitudes ne tarderont pas à cesser. Nombre d'auteurs ont pu réussir des cultures pures : Bumm, Wertheim, Anfuso, Gebhart, Risso. Tout récemment Neisser (communication orale) en a également obtenu. Partant des cultures obtenues, la plupart de ces auteurs sont arrivés à donner des preuves de la spécificité du gonocoque. Sans parler du fait douteux de Bockhart, Bumm aurait déterminé chez une femme une uréthrite blennorrhagique incontestable avec une culture de vingtième génération. Wertheim a provoqué expérimentalement la péritonite; il a également fait cinq inoculations positives dans l'urèthre de l'homme. Anfuso a transporté dans un urèthre une culture de douzième génération qui produisit une uréthrite à gonocoques. Ajoutons que c'est à huit reprises que Gebhart a obtenu des cultures pures : sept fois elles provenaient de l'urèthre de l'homme ou du col utérin de la femme, et une fois d'une ophthalmie blennorrhagique des nouveau-nés.

Quelques faits donnent pour ainsi dire des preuves indirectes de la spécificité du gonocoque. Leur connaissance éclaire la clinique et permet d'expliquer nombre de cas bien difficiles à comprendre sans la notion de spécificité. Par exemple, on sait depuis longtemps déjà que le gonocoque a la propriété de persister longtemps dans certaines régions. La chose a été démontrée par beaucoup d'observateurs, en particulier par Nœggerath, par Finger, par Neisser. Chez l'homme, on retrouve fort souvent le gonocoque dans les filaments urinaires de malades atteints d'anciennes uréthrites; chez la femme, tandis qu'il est difficile au bout d'un certain temps de le rencontrer dans le vagin, on le retrouve encore facilement sur le col utérin (Bumm, Steischneider). Mais, ce qui est d'une importance bien plus remarquable, c'est ce fait, aujourd'hui dûment établi, qu'alors même que le gonocoque persiste, il peut échapper aux recherches et n'apparaître qu'en présence de conditions spéciales, quittant ainsi ce qu'on pourrait appeler l'état latent. L'importance de ce dernier état ressort des recherches de Goll (1891) basées sur 1,046 observations : elles ont montré que la proportion des résultats positifs dans la recherche du gonocoque est décroissante avec le temps. Quelques-unes des conditions qui modifient l'état latent commencent à être connues. Les règles paraissent favoriser la réapparition du gonocoque : Raymond a signalé quatre faits où le gonocoque se montrait d'une manière intermittente et seulement au moment des règles sur le col utérin, tandis que dans les espaces intermenstruels on ne pouvait parvenir à le trouver. De même, en observant des femmes enceintes qui ne présentaient pas de gonocoques avant leur accouchement, Richard Steinbüchel a pu en trouver uniquement dans les lochies de trois d'entre elles. L'état latent disparaît souvent sous l'influence d'un coït *ab ore* ou même d'un coït avec condom : il n'est pas rare dans ces cas d'observer de nouvelles poussées dans l'écoulement ou des recrudescences de rhumatisme. Nous avons cité plusieurs observations à l'appui de cette manière de voir, en particulier une qui est due à M. le professeur Fournier et qui est rapportée dans la thèse de de Amaral. Chaque fois que le sujet pratiquait le coït, il se préparait à déjeuner le lendemain dans son lit, repris qu'il était de son rhumatisme. Enfin, il n'est pas jusqu'aux agents chimiques qui, d'une façon mathématique, ne modifient l'état latent : le sublimé et surtout le nitrate d'argent (réaction de Neisser) sont les plus actifs. Ces diverses modifications, à la condition de considérer le gonocoque comme agent spécifique, éclairent les contradictions apparentes entre les auteurs sur le plus ou moins de fréquence du gonocoque dans les uréthrites anciennes; elles expliquent également par de simples repullulations nombre d'observa-

tions que l'on prenait autrefois pour des exemples de réinfections successives.

Une autre constatation plaide en faveur de la spécificité du gonocoque : c'est la tendance qu'il a à se propager. La non-propagation de la blennorrhagie admise pendant si longtemps a contribué pour une très grande part à la faire envisager comme maladie locale, cependant aujourd'hui beaucoup d'auteurs admettent la propagation. Pour l'urèthre, Heissler considère que 20 0/0 des blennorrhagies atteignent l'urèthre postérieur dans la première semaine, 34 0/0 dans la seconde et 14 0/0 dans la troisième. Rona émet à peu près la même opinion ; dans 80 0/0 des cas, l'urèthre arrive à être totalement envahi dans les mêmes délais. Nombre de fois, on trouve le gonocoque dans les trompes utérines. Le péritoine peut même être envahi. Déjà en 1887, Ceppi avait publié un fait concluant; mais l'année dernière, Wertheim a fait connaître une observation qui nous paraît à l'abri de toute critique.

Enfin, à l'encontre des autres microbes saprophytes de l'urèthre, le gonocoque a été rencontré dans bon nombre d'organes. Nous ne pouvons, dans ce court exposé, les passer tous en revue, d'autant qu'un grand nombre de constatations n'entraînent pas une conviction définitive, Mais si les faits négatifs ne permettent pas de conclure formellement à l'infection gonococcique, nous tenons à faire remarquer que, pour les articulations, par exemple, le nombre des faits positifs augmente chaque jour. Aussi, sans entrer dans le détail des faits, pensons-nous que cette extension progressive du domaine du gonocoque vient encore indirectement prouver en faveur de la spécificité.

Laissant de côté ce qui a trait à la présence du gonocoque dans la bouche ou dans le rectum, il nous reste à parler de tout un groupe de faits qui déposent nettement pour la probabilité de l'infection gonococcique. Il existe, en effet, des cas non douteux où une ophthalmie à gonocoques seule, c'est-à-dire survenant à l'exclusion de toute autre manifestation gonococcique, a pu déterminer des accidents de rhumatisme. Ces observations ont une si grande importance qu'il me semble nécessaire de s'y arrêter quelque peu. De Lapersonne, qui a bien vu tout le parti que l'on en peut tirer, cite les observations de Testelin et de Poncet. Il s'agissait d'adultes atteints de pannus ; inoculés avec du pus blennorrhagique: les deux malades présentèrent du rhumatisme blennorrhagique. Depuis le travail de De Lapersonne, on a publié des cas analogues concernant des nouveau-nés atteints d'ophthalmie blennorrhagique, sans uréthrite ou vulvite, qui eurent, par la suite, du rhumatisme : faits de Clément Lucas, de Widmark, de Darier, de Wiederhofer, de Deutschmann, de Lindermann, de Morax. Deutschmann et Lindermann ont trouvé des gonocoques dans les articulations atteintes. Dans ces observations, le gonocoque se montre agent spécifique aussi et même plus évidemment que lorsqu'il est cantonné dans un urèthre.

En résumé, de cette revue se dégagent pour nous les propositions suivantes :

1° Les acquisitions du gonocoque sont progressives ; son domaine s'accroît tous les jours ;

2° L'infection par le gonocoque, de quelque manière qu'elle se produise, est l'hypothèse qui réunit le mieux la plupart des divers types cliniques décrits sous le nom de complications de la blennorrhagie ;

3° Certaines de ces complications, la pyémie par exemple, peuvent relever d'infections secondaires. Mais jusqu'ici ni les travaux de Gerheim, ni ceux de Legrain n'ont pu réussir à diminuer le rôle prédominant du gonocoque. Resterait, il est vrai, à montrer comment procède cette infection gonococcique, pourquoi elle n'existe pas dans tous les cas, pourquoi elle nous échappe si souvent. Ce sont là des problèmes délicats, sinon insolubles, que nos connaissances actuelles ne nous permettraient d'aborder que difficilement.

II

La clinique oppose-t-elle des contradictions évidentes aux interprétations pathogéniques que nous venons de résumer? Bien au contraire, car il nous paraît indiscutable aujourd'hui que les progrès réalisés dans la notion de causalité aient en quelque sorte leur équivalent dans la pathologie pure. C'est parallèlement que se poursuivent ces deux ordres d'études; c'est parallèlement aussi que nos connaissances se perfectionnent. Nous dépasserions les limites de cette conférence si nous entreprenions l'étude un peu détaillée d'un pareil sujet. Permettez-moi tout au moins de signaler les points acquis les plus importants et en même temps quelques-uns des principaux desiderata.

La blennorrhagie atteint surtout trois grands appareils : l'appareil cardiaque, l'appareil rénal, l'appareil médullaire. La démonstration en est suffisante, quelque exigeant que l'on soit pour les observations qui ont été publiées. Ainsi, il existe des faits de péricardite et surtout d'endocardite blennorrhagique sans qu'il y ait eu de rhumatisme blennorrhagique. Pour l'endocardite en particulier, on peut admettre deux formes : l'une grave à forme d'endocardite ulcéreuse, l'autre latente, à évolution non bruyante, à tendance à la chronicité. De même, bien que les manifestations rénales de la blennorrhagie soient à peine étudiées jusqu'ici, nous croyons nécessaire d'admettre, à côté des cas où le rein est pris par voie ascendante et presque toujours par infection secondaire, une néphrite gonococcique se produisant directement. Enfin, pour les manifestations méningo-médullaires au cours de la blennorrhagie, on se rattache de plus en plus à l'idée de l'influence prédominante du gonocoque : c'est une opinion que Leyden soutenait encore tout récemment. Jusqu'à ces temps derniers, beaucoup d'auteurs voulaient que l'affection spinale fût toujours de cause articulaire, c'est-à-dire qu'il y eût nécessairement, comme intermédiaire obligé entre la blennorrhagie et l'affection médullaire, une arthrite blennorrhagique agissant dynamiquement ou organiquement sur les cellules nerveuses motrices des cornes antérieures. Mais cette opinion est contredite par les faits de Stéfanini, de Polozoff, de Trapeznikov, de Stiénon et de Rochet, où les accidents méningo-médullaires se sont développés en l'absence de toute espèce d'arthropathie. Aujourd'hui, il nous est donc impossible de douter de la nature blennorrhagique de certaines myélites.

La blennorrhagie peut quelquefois donner lieu à des phlébites et à des éruptions cutanées; il existe de ces accidents des observations peu fréquentes il est vrai, mais probantes. Quelques cas de pleurésie ont également été rapportés : mais leur rareté nous fait un devoir de les passer sous silence, ainsi que quelques autres manifestations aussi mal connues.

Au demeurant, notre but, même avec ces restrictions, est atteint si nous avons réussi à indiquer que le nombre des accidents blennorrhagiques augmente tous les jours.

En terminant, je tiens à le dire, le problème est si loin de sa solution définitive que la démonstration ne s'impose encore que pour les cas exceptionnels. L'infection blennorrhagique peut exister, voilà le fait; mais il nous est difficile d'aller beaucoup plus loin tant que persistera un si grand nombre d'inconnues. En voulez-vous un exemple frappant? Prenons l'état général du blennorrhagique : souvent le malade présentera une

fièvre légère, un état gastrique léger, de la courbature, un peu de pâleur des téguments, un certain degré d'anémie. A quoi rattacherons-nous ces phénomènes? Vous savez que d'interprétations contradictoires ils ont soulevées : sans doute, l'infection nous paraît probable, mais alors que nous ne pouvons même pas justifier d'un seul examen de sang, ne serait-il pas téméraire de risquer devant vous une hypothèse?

Sans généraliser à toutes les blennorrhagies ce que nous savons de certaines d'entre elles, en nous en tenant aux faits acquis et même en permettant à la blennorrhagie de rester le plus souvent maladie locale, nous nous résumerons en ces termes: La conception de la blennorrhagie maladie générale s'impose de plus en plus, et cette conviction, nous l'empruntons aussi bien à la clinique qu'à la bactériologie.

Souplet.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la pucciniose chez les animaux domestiques,

par M. le docteur A. Suis, chef des travaux à la Faculté des sciences et de médecine de Toulouse.

Ardsten décrivait en 1851 (1) « une nouvelle espèce de végétal » qu'il avait observée dans des squames prises sur des têtes de malades atteints de favus, et à laquelle il donna la dénomination de *puccinia favi*, à cause de sa ressemblance avec d'autres plantes très communes de la famille des puccinies. Il ajoutait que des observations récentes lui avaient montré qu'elle se trouvait non seulement dans le favus, mais aussi dans d'autres maladies de la peau, et qu'il avait observé deux individus dans quelques fines squames de pityriasis.

Examinée au microscope, la puccinia du favi, écrit Ardsten, se présente avec les caractères suivants : Constamment elle est d'un brun rouge. Cette couleur est très prononcée, car elle est toujours la même, quelle que soit la lumière que l'on emploie pour l'éclairer.

Quant à la forme, elle est allongée; l'une de ses extrémités est plus ou moins arrondie, et quelquefois, mais rarement, un peu angulaire; l'autre extrémité s'allonge en une tige plus ou moins longue.

La plante peut donc se diviser en deux parties principale: l'une plus large, le corps, et l'autre plus mince (fig. I), la tige, lesquelles le plus souvent semblent être unies assez faiblement par une articulation et limitées par un étranglement. Le corps est constamment divisé au milieu par un étranglement visible en deux cellules, une supérieure et une inférieure, la dernière située plus près de la tige et généralement un peu plus mince que la première.

La cellule supérieure est arrondie, allongée. La cellule inférieure, au contraire, est généralement plus longue et angulaire, formant quelquefois un triangle assez régulier, dont les angles sont arrondis, la base tournée en haut contre l'étranglement du corps et le sommet tourné en bas vers le commencement de la tige.

Les deux moitiés de la plante sont entourées et fixées l'une à l'autre par une membrane qui est très mince. Elle est plus facilement visible aux endroits où elle laisse un vide entre elle-même et la cellule, c'est-à-dire à l'extrémité supérieure de la plante où elle forme un sac sans ouverture, plus ou moins arrondi, lequel semble rempli d'une masse homogène d'un brun obscur.

Le tige est la partie qui varie le plus, et quant à sa grandeur, et quant à son diamètre. Elle m'a toujours semblé tout à fait plane; quelquefois elle finit en s'arrondissant, quelquefois elle a l'extrémité large et comme tronquée, et alors elle est généralement très courte; la raison en est peut-être qu'elle a été arrachée pendant la préparation. Enfin, quelquefois, il ne se trouve aucune tige et dans ce cas, probablement, elle doit avoir été arrachée.

(1) *Gazette des hôpitaux*. Paris, 14 octobre 1851, p. 477-478. *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*. Paris, août 1851, 2e série, vol. III, p. 281.

Observation clinique. — Au mois de décembre 1891, on me pria d'aller examiner une pouliche de trois ans, atteinte d'une affection cutanée dont les débuts remontaient à la seconde semaine d'octobre.

Le symptôme primordial qui attira l'attention du propriétaire fut un prurit intense localisé au garrot et à la partie supérieure des deux épaules. Les douleurs prurigineuses étaient tellement violentes, que l'animal abandonnait sa nourriture pendant le jour, pour aller se frotter contre les murs de son écurie; pendant la nuit les douleurs persistaient et empêchaient tout repos.

Consulté quinze jours après l'apparition de cette maladie, je constatai que le prurit était vraiment localisé aux parties indiquées, et qu'en ces points, les crins du garrot et les poils de l'extrémité supérieure des épaules étaient frisés comme la laine d'un mouton mérinos.

Je recherchai attentivement s'il n'y avait point de traces de phthiriase ou d'acariase, mais je ne trouvai aucun des parasites caractéristiques de la première de ces affections; quant à la seconde, je réservai mon diagnostic, malgré les renseignements très affirmatifs du propriétaire.

La pouliche vivait isolée, dans une écurie spéciale, loin des poulaillers et des pigeonniers, et depuis deux mois n'avait été en contact avec aucun animal de son espèce ou d'une espèce voisine. Les appareils de pansage étaient exclusivement réservés à son usage, et dans la ferme il n'y avait point d'animaux galeux.

La marche de la maladie, l'examen microscopique confirmèrent plus tard ces renseignements; mais à ce moment, n'ayant d'autre symptôme objectif que le prurit bien localisé, je songeai à un début de gale psoroptique.

Je n'ordonnai cependant pas de traitement antipsorique. Je recommandai de faire un bon lavage au savon de potasse, des pansages réguliers et des lavages journaliers à l'eau froide. Ces soins hygiéniques furent inutiles, et n'enrayèrent pas la marche de la maladie.

Deux mois après, dans le courant du mois de décembre, je visitai de nouveau l'animal. Au prurit primitif persistant avec la même violence, s'ajoutait la chute des crins du garrot et des poils de l'extrémité supérieure des deux épaules déterminée soit par les frottements répétés, soit par le processus morbide. Les poils tombés laissèrent à leur place de petites surfaces dépilées, au nombre de 7 à 8 de chaque côté, de couleur grise, sans papules ni vésicules, de forme ronde ou ovale, à contours sinueux limités à la périphérie par des poils courts.

Malgré l'absence de boutons galeux et de parasites, j'ordonnai un nouveau lavage au savon de potasse, et recommandai de faire le lendemain des lotions à parties égales de pétrole et d'huile de lin, après avoir cependant recueilli les débris épidermiques, et racler jusqu'au sang toute l'épaisseur de l'épiderme.

L'examen microscopique ne décela point de traces d'acariases ni des spores et du mycelium de tricophyton, mais la présence en grande abondance dans les cellules épidermiques de téleutospores de puccinies.

Je n'accordai pas une très grande importance à cette première observation, ne voyant dans la présence de ce parasite végétal qu'un cas fortuit dû à ce que l'animal était nourri avec de la paille rouillée, et que sa litière était faite de la même paille. Les téleutospores pouvaient, s'étant détachées des tiges, être tombées sur la peau et y être restées maintenues par les poils. Cependant la quantité énorme de téleutospores que j'avais observée dans chaque débris épidermique avait attiré mon attention.

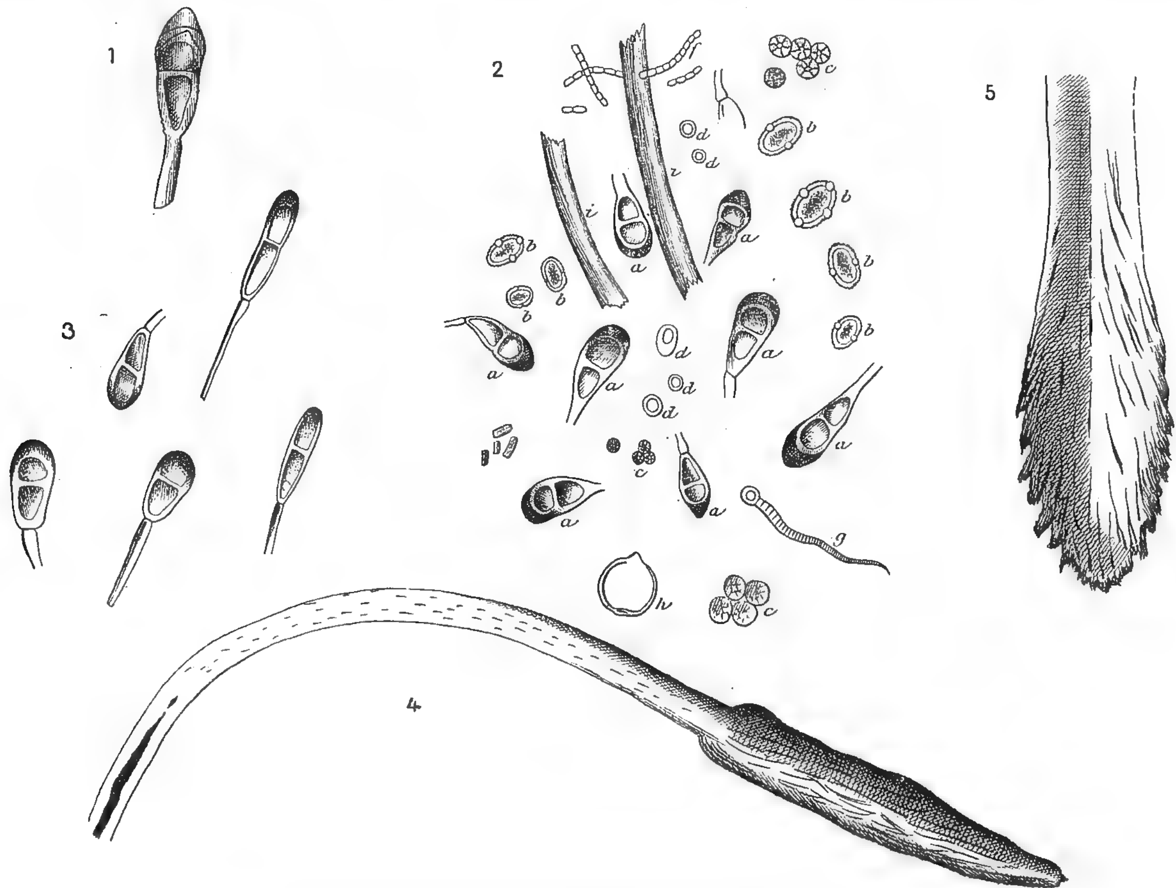
Le traitement antipsorique n'eut point d'effet curatif. Le 25 janvier 1892, non seulement le prurit persistait avec la même violence, mais la dépilation des épaules s'était agrandie et le processus morbide avait peu à peu envahi les faces latérales de l'encolure, toute la crinière, pour s'arrêter aux premières vertèbres cervicales.

La maladie affectait les mêmes caractères qu'au début, les poils de la crinière étaient tombés, sur les faces de l'encolure on constatait des surfaces dépilées de grandeur très variable, Les unes étaient développées en longueur, d'autres en largeur, d'autres étaient rondes ou ovales; toutes avaient leurs bords très sinueux, limités par des poils courts, peu nombreux, que l'on arrachait sans difficulté.

Les parties comprises entre celles qui étaient malades ne présentaient rien d'anormal, pas de papules ni de vésicules, les poils étaient longs et lustrés.

La couleur générale de ces surfaces dépilées était grisâtre; quelques-unes cependant présentaient une partie rosée de 3 à 4 millimètres à peu près; tout le reste était couvert de nombreuses croûtes, humides, furfuracées, de couleur blanc brunâtre, qu'on enlevait facilement par un raclage léger. Au-dessous on retrouvait l'aspect général grisâtre. D'autres présentaient dans leur centre ou sur les côtés une croûte plus foncée en couleur variant du jaune au rouge foncé. Lorsqu'on soulevait cette croûte, on mettait à découvert une petite plaie à bords irréguliers imbibée d'un liquide jaunâtre.

Je recueillis ces croûtes sur toutes les parties malades, j'arrachai les poils de la périphérie et des parties saines pour



1. (*Gazette des hôpitaux,* 1851). Puccinia favi (Ardsten).
2. Ocul. 1, obj. 3. Leitz. *a* téleutospores, *b*, urédospores.
3. Puccinia graminis.

les soumettre à l'examen microscopique, qui me révéla de nouveau des téleutospores, et dont la description suivra après avoir examiné le fait clinique.

Une friction à la pommade d'Helmerich appliquée le 26 janvier amena une amélioration sensible. Mais quelques jours après, l'extrémité supérieure de la tête, les oreilles, le front, le chanfrein furent envahis; ici, comme à l'encolure, je retrouvai le même aspect dans les parties dépilées. Je pris de nouveau des croûtes et des poils dans ces parties nouvellement envahies, pour les soumettre comme les premières au microscope.

Une nouvelle friction soufrée fut faite; depuis cette époque le prurit diminua d'intensité, les parties dépilées se recouvrirent de poils. Depuis cette époque toute trace de cette affection a complètement disparu.

Examen microscopique. — J'examinerai successivement les croûtes, les bulbes et les parties libres du poil.

Les croûtes examinées à un grossissement de 150 diamètres, sans les avoir soumises au préalable à une solution éclaircissante, laissent voir au milieu confus de la masse épaisse des débris épidermiques des corps de couleur brune; bicellulaires, dans lesquels on reconnaît de très nombreuses téleutospore de puccinies.

Pour mieux examiner et mieux observer ces débris épidermiques, je plongeai d'autres croûtes dans l'éther pour les dégraisser, et les soumis, pendant une heure ou une heure et demie au plus, à une solution de potasse à 10 0/0. Elles devinrent incolores, s'étalèrent facilement sous le couvre-objet et me permirent de voir les différents corps étrangers que j'ai figurés dans la fig. II.

J'y remarquai des poils (*i i*), des spores brunes (*c*), jaunes (*h d*), des mycéliums également bruns (*g f*), quelques téleutospores de Phragmidium, mais principalement et toujours en nombre supérieur des urédospores (*b*) et des téleutospores de puccinies (*a*).

Je laisserai de côté les espèces représentées dans les fig. *c*, *d*, *e*, *f*, *g*, *h*, l'examen ultérieur me démontra que leur présence n'était constante que dans les débris épidermiques, et par conséquent sans intérêt pour le cas observé; je ne m'occuperai que des deux dernières, les urédospores et les téleutospores.

Les urédospores, intéressantes par leur nombre et par

leur présence à côté des téleutospores. Ces dernières offrent un intérêt plus grand, par leur présence dans le bulbe pileux et la partie libre du poil.

Les urédospores (*b*, fig. II) sont des corps de couleur jaune orangé, se présentant sous la forme de cellules ovales ou elliptiques, formées de deux membranes, une externe verruqueuse, et une interne lisse, pourvue de deux ou trois points germinatifs, quelquefois quatre. Dans leur intérieur existe un protoplasma granuleux, renfermant des gouttelettes huileuses de couleur jaune.

Les téleutospores (fig. II, *a*) sont des corps obovales, bicellulaires, pédicellés.

La cellule supérieure à sa partie terminale est arrondie, acuminée, parfois tronquée.

La cellule inférieure, plus longue et plus mince que la supérieure, s'atténue vers sa base pour se continuer avec le pédicelle.

Ces cellules sont entourées par une membrane de couleur noire ou brune, très épaisse, fortement cutinisée, surtout vers l'extrémité supérieure de la téleutospore.

Les pédicelles de couleur plus claire sont également cutinisés; leur extrémité libre est arrondie, pointue ou tronquée. Leur longueur varie, tantôt ils sont longs, tantôt courts. Ces derniers sont presque toujours tronqués à bords libres irréguliers, irrégularité due à une rupture artificielle. Ces pédicelles se trouvent souvent seuls, dépourvus des deux cellules supérieures.

Dans la description que nous venons de faire de cette puccinie, nous retrouvons tous les caractères de la plante décrite par Ardsten. L'une et l'autre appartiennent au genre Puccinia. Quant à l'espèce en présence de laquelle Ardsten se trouvait, je ne la chercherai point et ne la discuterai pas. Il est probable, ainsi que Robin l'écrit, que l'apparition de ce parasite était un épiphénomène, et que la puccinie qu'il décrivait avait pu se déposer accidentellement sur des sujets faviques.

A quelle espèce la puccinie que nous venons de décrire appartient-elle? Lorsqu'on se trouve en présence de spores isolés, il est très difficile d'en déterminer l'espèce. Pour arriver à cette détermination, nous avons pris des échantillons des divers fourrages que l'on donnait à cet animal, principalement de la paille qui servait comme aliment et comme litière. La paille était couverte de rouille noire. Nous en avons détaché des fragments que nous avons examinés au microscope. Je représente les téleutospores qui la constituent dans la figure III; si on les compare avec celles figurées dans la figure II, nous retrouvons les mêmes caractères, c'est bien la même espèce que nous avons observée dans les deux cas.

Cette espèce, d'après les caractères des téleutospores, me paraissait être la puccinia graminis, mais, comme la puccinia rubigovera a le même habitat que l'espèce précédente, et que, dans certains cas, ses téleutospores peuvent se confondre avec celles de l'espèce précédente, nous avons fait des coupes transversales dans les tiges de la paille, pour rechercher l'existence ou l'absence de paraphyses, nous n'en avons pas rencontré. Or, l'absence de paraphyses dans les téleutospores observés sur le blé ou autres céréales, étant caractéristique du puccinia graminis, nous concluons, par comparaison et par l'absence des paraphyses dans les croûtes, que l'espèce existant dans ces croûtes était le puccinia graminis.

Poils. — L'examen des poils a porté sur ceux que l'on trouvait mélangés aux débris épidermiques, et les poils limitant les parties dénudées.

Les lésions étant identiques pour les uns et les autres, nous les réunissons dans la même description. Pour la simplifier, nous décrirons d'abord les lésions du bulbe et puis celles de la partie libre du poil.

Bulbe. — J'ai dessiné (fig. IV) un poil normal avec son bulbe plein, pour établir un terme de comparaison avec les figures suivantes représentant les diverses altérations.

Dans mes préparations, j'ai trouvé des bulbes dont les gaines commencent à disparaître et dont les fibres tendent à s'écarter les unes des autres.

Dans un degré plus avancé (fig. V), toute trace de gaine a disparu, les fibres corticales libres se séparent et s'épanouissent en éventail.

La figure VI montre un bulbe dont les gaines de l'extrémité supérieure ont été complètement détruites et les fibres corticales se déjettent librement à droite et à gauche.

Les bulbes peuvent manquer, j'ai trouvé beaucoup de tiges dépourvues de leurs bulbes.

Les bulbes malades ont donc leurs gaines détruites ou déchirées et les fibres corticales s'épanouissent en éventail.

En dehors de ces lésions que j'ai constatées sur des bulbes ne renfermant pas de téleutospores, j'en ai trouvé d'autres qui, avec les mêmes altérations, présentaient dans leurs gaines des téleutospores.

J'ai constaté dans certaines préparations des téleutospores à la partie supérieure des gaines. Dans la figure VII, je représente un bulbe entouré de débris épidermiques contenant des téleutospores dont l'une d'elles, la seule que j'aie représentée, a pénétré par son pédicelle dans les gaines ouvertes.

Enfin, dans une série d'autres préparations, j'ai observé des téleutospores pénétrant jusque dans la couche externe du bulbe. Lorsque les bulbes appartiennent aux poils de la crinière, comme ils sont épais et gros, on n'aperçoit rien à l'examen direct, il faut les soumettre pendant un quart d'heure ou une demi-heure à l'action de la potasse à 10 0/0, le bulbe seul s'étale et s'éclaircit. Parfois les préparations restent obscures, malgré l'action de la potasse; dans ce cas, je chauffais jusqu'au dégagement des premières bulles d'air, j'apercevais alors très distinctement des téleutospores placées à des niveaux différents dans le bulbe. La téleutospore dans quelques rares cas pénètre perpendiculairement, on n'aperçoit alors que l'extrémité supérieure arrondie, recouverte peut-être par les cellules de la couche externe de la gaine.

La figure VIII représente une téleutospore dont le pédicelle seul engagé pénètre obliquement en écartant les cellules de la couche externe de la gaine et vient ressortir sur le côté du bulbe.

Dans d'autres préparations, j'ai également observé des téleutospores pénétrant obliquement par leurs pédicelles et arrivant jusqu'à la couche externe de la gaine interne au delà de laquelle elles s'arrêtent.

Toutes les téleutospores que j'ai observées sont engagées à des degrés divers, c'est-à-dire que depuis le pédicelle dont la longueur est variable, jusqu'à la cellule supérieure, toutes ces parties peuvent successivement être engagées et presque toujours, sauf quelques exceptions, c'est obliquement que la téleutospore pénètre.

Cette direction oblique peut parfois tromper ; en outre des téleutospores engagées, soit dans le bulbe, soit dans les tiges (fig. XI), je trouvai des téleutospores en grande quantité appliquées sur la face supérieure du poil, ou recouvertes par celui-ci; les secondes sont alors vues par transparence.

Dans ces deux cas, l'observation microscopique donne complètement l'illusion d'une téleutospore ayant pénétré dans le poil, et principalement pour celles qui sont vues par transparence. Si on ne fait pas un examen plus attentif, et si on n'a pas la précaution de se livrer à certaines manipulations, on est exposé à commettre de graves erreurs.

J'ai en effet très souvent remarqué que les téleutospores libres peuvent se trouver dans toutes les situations; tantôt le pédicelle de la téleutospore peut être placé obliquement sur la partie supérieure du poil et avoir les deux cellules en dehors, ou bien le pédicelle est situé sous le poil et les deux cellules également en dehors. J'ai encore trouvé une situation où l'observation est difficile, c'est lorsque la téleutospore est placée sur le poil, ou sous le poil dans la même direction. Dans tous ces nombreux cas, si on ne pratique point certaines manipulations, on n'hésite pas à croire que les téleutospores ont pénétré dans la tige ou dans le bulbe. Pour lever toutes les hésitations que l'on peut avoir, on doit chauffer les préparations douteuses, les téleutospores libres, entraînées par l'air qui se dégage, disparaissent immédiatement.

Cette manipulation ne suffit pas toujours, surtout quand la téleutospore est située sous le poil. On reprend le poil, que l'on lave énergiquement à l'eau distillée, on le retourne, et on chauffe une seconde fois. Les téleutospores libres disparaissent toujours, tandis que celles qui ont pénétré restent dans la même situation où on les avait observées la première fois. On peut du reste recommencer plusieurs fois ces manipulations.

Parties libres du poil. — Les parties libres du poil, ainsi que je l'ai indiqué plus haut, prises au milieu des croûtes, ou

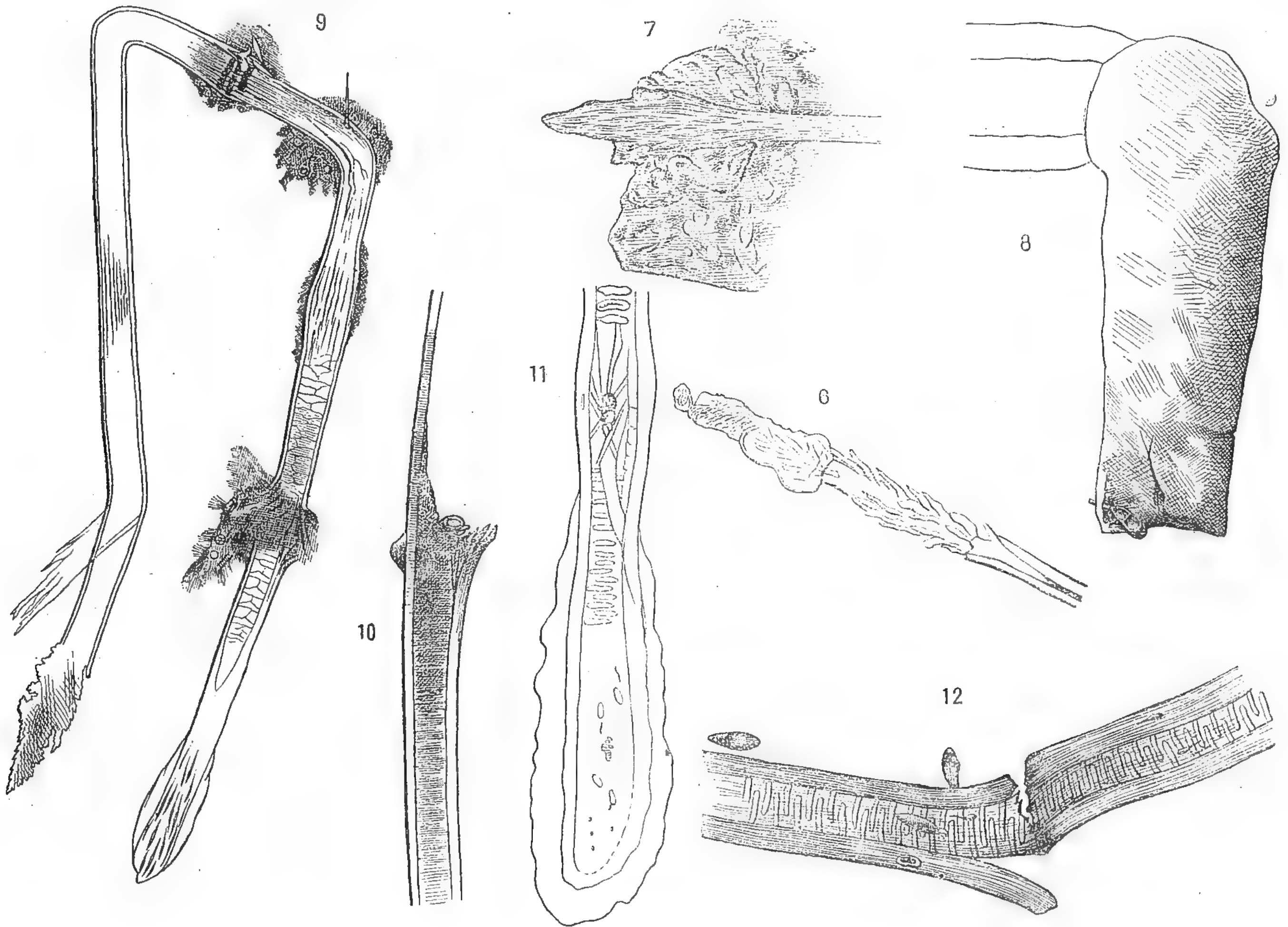
recueillies à la périphérie, offrent en des points divers des lésions à des degrés différents.

Le poil commence à se renfler (fig. IX, *a*), les fibres se séparent entre elles, laissant des espaces noirs dus à la séparation, la rupture s'accentue, les fibres s'écartent les unes des autres, et forment à l'extrémité des deux tronçons du poil, qui aboutissent au renflement, deux bouquets se touchant par leur épanouissement (fig. IX, *b*).

Dans un degré plus avancé, les épanouissements se séparent, et les fibres se déjettent en dehors. Tout autour (fig. IX, *c*), je rencontrai le plus souvent des débris épidermiques très adhérents, renfermant des téleutospores dont quelques-unes étaient logées dans ces points de rupture. Parfois aussi la rupture avait lieu entre la partie libre et le bulbe du poil. L'extrémité supérieure était tronquée, mais cette disposition se retrouve dans d'autres affections.

Cet aspect particulier du poil ressemble à celui qui a été décrit dans le trichorrexis nodosa de l'homme : ma description se rapproche beaucoup de celle qui a été faite de cette affection, avec cette différence que je n'ai jamais constaté de renflements grisâtres ou blanchâtres.

En résumé, les lésions du bulbe se caractérisent par la destruction totale ou en partie de ses gaines et l'épanouissement en éventail des fibres corticales; celles de la tige débutent par



un renflement, au milieu duquel apparaissent les fibres corticales en voie de séparation. Cette séparation s'accentue pour former deux bouquets se touchant par leur épanouissement, ces épanouissements se séparent et les fibres corticales se déjettent sur les côtés.

D'après les symptômes que nous venons de décrire, cette affection pouvait être confondue sans l'examen microscopique avec les différentes gales des équidés, mais principalement avec la gale sarcoptique et psoroptique.

Nous avons expliqué plus haut quels étaient les motifs qui nous faisaient rejeter l'acariase dermanyssique. Quant à la gale symbiotique, elle débute toujours par les membres inférieurs.

Cette affection diffère de la gale sarcoptique par l'absence de boutons galeux dans les endroits prurigineux, l'envahissement de la crinière que respecte le sarcopte, la localisation bien délimitée à la tête, encolure, crinière, garrot, tandis qu'elle devient bientôt générale dans la gale sarcoptique, enfin par l'absence complète de sarcopte à l'examen microscopique.

La gale psoroptique pouvait être plus facilement confondue avec cette lésion, par suite des habitudes du psoropte, qui à l'inverse du premier semble rechercher les parties du corps où existent des crins. Mais comme dans la plupart de ces affections, absence de papules et de vésico-pustules, les altérations n'étaient pas plus graves en certains points qu'en d'autres, tandis que le psoropte provoque des altérations locales plus graves en raison de leur agglomération. Enfin, l'examen microscopique n'a point montré de psoropte.

A l'époque où je recueillais cette observation, j'eus l'occasion d'être appelé pour examiner trois animaux de l'espèce bovine, d'écuries différentes, atteints de prurit avec dépilation, sans lésion cutanée apparente. Comme dans le cas précédent, la maladie avait débuté par un prurit d'intensité moindre également localisé au garrot, à l'encolure et à la tête. Les portions dépilées variaient comme grandeur, elles étaient de forme irrégulière, sinueuses, limitées par des poils courts, et sur lesquelles on trouvait des croûtes grisâtres, pulvérulentes, plus

sèches, plus petites que celles de la pouliche, j'en récoltai ainsi que des poils.

Je retrouvai dans ces croûtes des téleutospores en grande quantité, avec les mêmes caractères que celles que j'ai décrites dans la première observation.

Dans les poils je constatai également la présence de téleutospores logées dans le bulbe ou dans la partie libre, déterminant des lésions identiques aux précédentes.

Les figures X, XI, XII sont suffisamment explicatives pour que je ne revienne pas sur la description de ces lésions que j'ai déjà faite au sujet du cas précédent, mais que je n'avais pas représentés par des figures.

Ces quatre observations ont été faites dans des fermes différentes, distantes les unes des autres de quatorze à quinze kilomètres, et dans des vallons où la rouille avait fait de nombreux ravages. La maladie n'est pas contagieuse, mais semble subordonnée au développement de la rouille des céréales.

Nous ne prétendons pas démontrer le parasitisme animal de la puccinie des céréales, tant ce mode nouveau d'existence s'éloignerait des faits connus sur leur vie parasitaire exclusivement végétale. Nous n'avons jamais observé de téleutospores en germination, et si elles avaient au milieu des débris épidermiques ou dans les poils émis leur mycélium, nous n'avons jamais pu le constater. Aussi en concluons-nous que la téleutospore agit seule et sur place, et, comme elle ne germe pas, les lésions qu'elle détermine restent localisées au point même où elle se trouve.

Quant au siège de la lésion, elle est la conséquence de la disposition des râteliers.

Les râteliers dans cette contrée sont très inclinés, ils surplombent la tête et le cou des animaux; quand ceux-ci mangent, les poussières auxquelles sont mélangées des spores et des corps étrangers leur tombent sur la partie antérieure du corps. Si au pansage cette partie du corps n'est pas soigneusement nettoyée, tous ces débris déterminent du prurit, et les animaux en se grattant peuvent très bien eux-mêmes déterminer la pénétration mécanique des téleutospores, soit dans le bulbe, soit dans le poil.

Ces prurits sans lésion apparente sont assez fréquents en février et en mars dans l'espèce bovine, à l'époque où les provisions de fourrage s'épuisent, et où la paille que l'on donne aux animaux renferme une très grande proportion de débris. Ces débris tombent facilement à travers les barreaux de la crèche sur le cou et la tête des animaux. Aussi est-ce à cette époque que l'on est le plus souvent consulté contre les démangeaisons très vives que ressentent ces animaux. Ces démangeaisons ne seraient-elles pas la conséquence de l'introduction des téleutospores qui pénétreraient plus facilement par leurs pédicelles?

Nous nous bornons donc jusqu'à de nouvelles recherches à constater ce fait que la présence de très nombreuses téleutospores dans les débris épidermiques et dans les poils en l'absence de toute autre constatation de parasites, ou de symptomes de diverses affections prurigineuses telles que prurigo, herpès, de *mégnin*, peuvent déterminer du prurit avec chute des poils. En conséquence nous proposons de donner à cette affection le nom de *Pucciniose*.

Dans ce travail nous avons reproduit les faits tels que nous les avons observés, soit au sujet de l'observation clinique, soit pour la constatation directe du parasite dans les produits cutanés. Il reste maintenant à étendre la question par des expériences de culture et d'inoculation. Ces recherches que nous avons déjà commencées feront l'objet d'un travail ultérieur.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hématomyélie et myélite aiguë (Hæmatomyelia and acute myelitis), par J. Collins (*Medical Record*, 27 mai 1893, n° 1177, p. 648). — Étude générale sur l'hématomyélie et la myélite aiguë à l'occasion de plusieurs observations personnelles. Contrairement à l'opinion qui a été soutenue par divers observateurs, l'auteur pense que l'hématomyélie peut être primitive, c'est-à-dire survenir sans avoir été favorisée par une lésion antérieure de la moelle. Il estime que le diagnostic entre l'hématomyélie et la myélie aiguë bien que très difficile est possible en de certains cas. En ce qui a trait à la myélite aiguë, il faut faire place dans son étiologie aux maladies infectieuses, et à la blennorrhagie en particulier. Les causes de l'hématomyélie sont très différentes et assimilables jusqu'à un certain point à celles de l'hémorrhagie cérébrale; il peut s'agir d'anévrysmes miliaires dont la rupture survient à l'occasion de toutes les causes qui augmentent la pression du sang : trauma, troubles menstruels, diminution de la pression atmosphérique.

Gangrène spontanée des orteils sur un tabétique, par Pitres (*Revue Neurologique*, 1893, n° 9, p. 202). — L'observation est celle d'un ataxique avéré, dont l'affection a débuté en 1875 par des accidents dysentériformes et de la dysurie. De 1876 à 1884, crises gastralgiques, douleurs fulgurantes, incoordination motrice, abolition des réflexes rotuliens. Signe de Romberg, signe d'Argyll Robertson.

En 1885, maux perforants. De 1885 à 1889 symptômes de névrite plantaire se reproduisant tous les hivers. En 1890 gangrène massive des 5 orteils du pied droit et du gros orteil du pied gauche. Mort subite en 1891. Autopsie : sclérose des cordons postérieurs de la moelle; altérations anciennes de plusieurs nerfs des membres inférieurs; intégrité parfaite du système circulatoire. Ce fait est un nouvel exemple de cette forme de gangrène massive des extrémités sur laquelle Pitres et Vaillard ont dès 1875 attiré l'attention et qui paraît reconnaître une origine névritique exclusive. Il n'existe guère jusqu'ici que deux cas de gangrène chez les tabétiques (l'un de Joffroy et Achard, l'autre de Kornfeld).

Sur l'ataxie héréditaire (maladie de Friedreich) Ueber hereditare Ataxie (Friedreichsche Kranhheit), par Senator (*Berliner klinische Wochenschrift*, 23 mai 1893, n° 21, p. 490). — Le malade qui fait l'objet de cette leçon est un garçon de 19 ans sans antécédents héréditaires similaires, dont une sœur est atteinte de la même affection. Il présente les caractères classiques de l'affection : nystagmus, embarras de la parole, ataxie statique, marche ataxique et titubante, sans troubles de la sensibilité, avec perte des réflexes. L'auteur rappelle que l'opinion de la plupart des observateurs est que la maladie de Friedreich dépend d'une sclérose systématique combinée de la moelle épinière. Il ne saurait partager cette manière de voir, et, se basant sur les cas cliniques qu'il a observés, sur les recherches anatomiques qu'il a pratiquées dans deux cas, il en est arrivé à l'opinion suivante : la maladie de Friedreich est, quant à sa nature, une atrophie congénitale du cervelet, provenant d'une prédisposition héréditaire, et s'accompagnant de dégénérations secondaires de la moelle épinière.

Polyomyélite infectieuse aiguë expérimentale, par Vincent (*Archives de médecine expérimentale*, mai 1893, n° 3, p. 376). — Après avoir rappelé les lésions spinales provoquées par les injections de streptocoque, d'érysipelocoque, de bacillus coli, l'auteur rapporte un cas dans lequel un lapin présenta, à la suite de l'inoculation du bacille d'Eberth, des signes de paralysie ascendante aiguë et des lésions de polyomyélite antérieure; des essais entrepris sur d'autres animaux avec les mêmes cultures sont restés infructueux.

MÉDECINE

Histoire d'une pleurésie hémorrhagique et d'un anévrysme de l'aorte thoracique, par Grasset (*Nouveau Montpellier médical*, 20 mai 1893, p. 385). — Homme de 38 ans présentant tous les signes d'une pleurésie gauche à

début franchement aigu. L'état général est mauvais et l'on admet la nature tuberculeuse de l'épanchement; d'autant mieux que l'auscultation révèle au sommet gauche une respiration rude accompagnée de gros râles sous-crépitants.

Dans l'espace de trois à quatre jours, l'épanchement pleural fait des progrès considérables; et l'on pratique la thoracentèse qui donne issue à 1800 grammes de liquide sanguinolent.

Amélioration notable à la suite; contre toute attente, le liquide ne se reproduit pas. Quelques jours plus tard, douleur violente dans le côté droit, accompagnée de dyspnée et d'un état syncopal. Pas de signes de pneumothorax; l'on suppose une nouvelle apparition de pleurésie du côté droit. Mort deux jours plus tard.

L'autopsie réservait une série de surprises.

D'abord il existe dans la plèvre droite une véritable hémorrhagie avec caillots, dont l'abondance dépasse toutes les prévisions.

La tuberculose pulmonaire diagnostiquée n'existe pas; pas de cancer de la plèvre. Enfin on découvre un anévrysme volumineux de l'aorte thoracique à sa partie inférieure, au-dessous de la bronche gauche et au-dessus du diaphragme, c'est-à-dire dans la région où les anévrysmes thoraciques ont le plus de chance de se développer sans symptômes cliniques (Rendu).

Ulcère de l'estomac, perforation du diaphragme, empyème (Chronic ulcer of stomach; perforation of diaphragm; empyema; remarkable absence of gastric symptoms; death), par D. Hood (*The Lancet*, 27 mai 1893, p. 1256). — Une femme est admise à l'hôpital avec des symptômes de pleurésie gauche ayant débuté franchement sept jours auparavant. (Trois ans plus tôt elle avait présenté des accidents du côté de l'estomac, et en particulier des hématémèses.) On fit une ponction aspiratrice dans le thorax, et il s'écoula environ 38 onces de pus fétide. Pas d'amélioration à la suite, la température continue à s'élever, l'état général devient mauvais, une tumeur globuleuse apparaît à l'épigastre. Quelques jours plus tard, une incision exploratrice de la paroi thoracique ne donna issue à aucun liquide; mais une sonde passée dans l'ouverture conduisit dans une cavité profonde de 7 à 8 pouces. Amélioration, puis trois semaines plus tard, mort à la suite d'hématémèses répétées.

Autopsie : on découvre une grande cavité située entre le poumon gauche et le diaphragme; cette cavité communique à travers le diaphragme avec la portion cardiaque de l'estomac par un orifice d'un pouce de diamètre. L'estomac lui-même est très altéré : la paroi est indurée, fibreuse, dans toute sa partie cardiaque qui est séparée de la partie pylorique par une bande cicatricielle épaisse. Il est légitime d'admettre que ces altérations de la paroi, les adhérences et la perforation constatées à l'autopsie, se rattachent à l'évolution de la gastrite ulcéreuse qui, trois ans auparavant, s'était traduite par des hématémèses.

Traitement du choléra par les injections de sérum (Zur Immunitætsfrage und Blutserumtherapie gegen Cholera-infection), par A. Pawlowsky et L. Buchstab (*Deut. med. Woch.*, 1er juin 1893, p. 516). — Les auteurs se sont proposé de rechercher dans le sang des animaux immunisés, la substance chimique capable de conférer l'immunité contre le choléra, ou même de guérir celui-ci une fois déclaré, suivant les principes de la méthode inaugurée par Behring et Kitasato dans le tétanos. Dans une première série d'expériences, ils ont réussi, par l'emploi de cultures graduées dans leur virulence, à rendre le lapin, le cobaye et le chien réfractaires au poison cholérique. Ce résultat a été obtenu en injectant les cultures vaccinantes soit dans le sang, soit dans le tissu sous-cutané, ou bien encore en les ingérant dans le tube digestif.

Une 2e série de recherches a démontré que *le sérum* des animaux immunisés de cette manière présentait des propriétés vaccinantes et même curatives contre le poison cholérique. Déjà *in vitro* on pouvait constater que la toxine cholérique s'était neutralisée par le sérum ainsi obtenu : la réaction du rouge choléra n'avait pas lieu dans le mélange. Les auteurs ont réussi à isoler du sérum une substance chimique dont l'activité neutralisante est égale à celle du sérum, toutes proportions gardées. Confiant dans le résultat de leurs recherches, ils espèrent que la méthode passera du laboratoire à la pratique. L'injection sous-cutanée du sérum antitoxique est d'ailleurs absolument inoffensive, ainsi qu'ils ont pu s'en assurer sur eux-mêmes.

CHIRURGIE

Cancer du sein chez l'homme (Contributo allo studio delle neoformazioni nella mamella maschile), par E. Cavazzani (*La Riforma medica*, 15 février 1893, p. 448). — Homme de 42 ans, musicien, exposé par sa profession à appuyer des instruments sur la partie malade; il y a un an, début d'une tumeur du sein droit, ulcérée en deux points depuis un mois; tumeur mesurant 12 centimètres sur 7, de consistance dure, adhérente à la peau qui est rouge; ganglions axillaires atteints; ablation de la tumeur qui présente à l'examen histologique les caractères de l'épithélioma.

Fièvre typhoïde. Perforation du rectum; abcès stercoral; perforation de la vessie. Guérison, par Debouxhe (*Archives médicales belges*, avril 1893, p. 215). — Un homme entre à l'hôpital le 24 octobre pour une fièvre typhoïde. Le 30, survient une hémorrhagie intestinale abondante qui se reproduisit à deux reprises. Quelque temps après apparaissent des douleurs dans la région fessière et on trouve dans l'espace ischio-rectal une tumeur molle et fluctuante; l'incision donna lieu à un écoulement de pus chargé de matières fécales. Une sonde introduite dans l'abcès pénètre à 12 centimètres. Donc, la perforation de l'intestin est au-dessus du releveur de l'anus. On fait des injections antiseptiques. Le 23 novembre, le malade déclare qu'il émet des vents par le canal de l'urèthre; les urines sont fortement teintées et ont une odeur stercorale. Le pus amassé dans l'espace pelvi-rectal supérieur avait perforé la vessie. On fait alors l'opération de la fistule anale au moyen du gorgeret et du thermo-cautère. Au bout de quelques jours, les urines ne renferment plus trace de matières fécales.

L'hémorrhagie a été évidemment due à une ulcération siégeant sur le rectum. Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde à ulcérations prédominantes dans le gros intestin ou colo-typhus.

Périostite mercurielle de la mâchoire (Case of acute periostitis of the jaw from mercurial poisoning), par Staveley et Pedley (*British med. Journ.*, 29 avril 1893, p. 889). — Une femme de 31 ans se plaignait d'un état nerveux spécial, de tremblement des mains, d'insomnie, d'anorexie, de névralgie faciale; la langue était chargée, l'haleine mauvaise. On crut à de l'anémie et on donna un traitement en conséquence. Cependant la névralgie augmenta, l'haleine devint plus fétide, les gencives se gonflèrent; on enleva inutilement deux dents. Bientôt les autres dents devinrent ébranlées, les gencives purulentes et la salivation devint abondante; il y avait de la fièvre; deux autres dents durent être arrachées pour des abcès formés à leur niveau. Toutes les dents ainsi extraites étaient parfaitement saines. On finit par apprendre que la malade prenait une potion qui contenait une grande quantité de mercure.

Grossesse extra-utérine et tumeur de l'ovaire (Ovarien tumor; Extrauteringraviditæt; Laparotomie), par Stern (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 8, p. 159). — L'auteur rapporte un cas de laparotomie pour grossesse extra-utérine gauche avec tumeur kystique de l'ovaire droit. Le fœtus de deux mois fut trouvé dans le cul-de-sac de Douglas au milieu de caillots. Guérison en trois semaines.

Epilepsie (A case of focal epilepsy : trephining : electrical stimulation and excision of focus : preamary healing : improvement), par Parker (*British med. Journ.*, 27 mai 1893, p. 1101). — Un enfant de 9 ans entra à l'hôpital pour des crises épileptiques à la fin de septembre 1892. L'enfant était tombé sur le côté droit de la tête en octobre 1891; au bout de trois semaines apparurent des tremblements de la main gauche, puis de l'avant-bras; puis survinrent des crises épileptiformes, qui devinrent très fréquentes, ne s'accompagnant d'aucun cri et n'entraînant aucun trouble intellectuel, mais s'annonçant par un aura; les mouvements paraissent débuter par le pouce et le poignet.

Le 7 décembre on trépana au niveau de la région Rolandique; on incisa la pie-mère et on gratta à la curette tranchante le centre des mouvements du pouce.

Après l'opération, le même jour, il y eut 9 crises, 27 le len-

demain, 6 le troisième jour, 3 le quatrième, 3 le cinquième, puis de 30 à 40 par jour.

M. Horsley conseilla l'excision du centre des mouvements de l'épaule. Mais une amélioration survint; le temps pourra seul montrer si elle persistera.

Litholapaxie (Litholapaxy in male children and boys), par Keegan (*Lancet*, 27 mai 1893, p. 1250). — La litholapaxie réussit très bien chez les sujets jeunes. Du 2 novembre 1891 au 3 novembre 1892, 52 enfants mâles sont entrés à l'hôpital Indor-Charitable pour calculs vésicaux; dans deux cas seulement j'ai dû recourir à la lithotomie latérale; dans un cas il s'agissait d'un calcul fixé par un éperon dans l'orifice de l'un des uretères; dans le deuxième, le calcul était en partie dans la vessie et en partie dans l'urèthre prostatique. J'ai fait 175 litholapaxies chez des enfants mâles et j'ai perdu 4 malades. 76 litholapaxies ont été pratiquées par mes collègues au même hôpital. Nous avons ainsi un total de 251 litholapaxies avec 7 morts. Freyer a pratiqué 152 litholapaxies avec 2 morts. Dennys a 71 litholapaxies avec 3 morts. Goldsmith en a 52 avec 2 morts, Gimlette 59 avec 1 mort, Cunningham 24 sans mort, Hendley 54 avec 3 morts. Tout cela donne un total de 663 litholapaxies avec 18 morts, c'est-à-dire une mortalité de 2,71 0/0.

Hypertrophie idiopathique du pylore (Ueber die stenosirende Pylorushypertrophia), par Tilger (*Virchow's Arch.*, 1893, Bd 132, p. 290. — L'auteur a pu faire l'examen histologique de l'estomac d'une jeune femme ayant succombé à une laparotomie pour cancer prétendu du pylore. Au cours de l'opération, on a pu constater qu'il n'y avait pas trace de néoplasme. On ferma la plaie, et la femme très épuisée succomba quelque temps après l'opération.

L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait de l'hypertrophie simple avec sténose du pylore, telle qu'elle a été décrite par Cruveilhier, Lebert et les autres. Nulle part on ne trouvait trace d'éléments cancéreux; le type de l'hypertrophie était celui de la sclérose hypertrophique.

Le travail de l'auteur contient encore le résumé des cas de ce genre publiés jusqu'à présent.

BIBLIOGRAPHIE

Traité descriptif des maladies de la peau; symptomatologie et anatomie pathologique; par MM. H. Leloir et E. Vidal. 4me livraison, Paris, 1893, Masson éditeur.

Voici l'énumération des articles qui sont contenus dans la quatrième livraison du bel ouvrage de MM. les Drs Leloir et Vidal: *Eléphantiasis*, mot que les auteurs proposent avec raison de rayer du cadre nosologique, car l'éléphantiasis endémique des pays chauds n'est autre que la filariose, et l'éléphantiasis sporadique des pays tempérés ne répond à aucune entité morbide vraie; — *Engelures*; — *Eruptions artificielles*; — *Erythèmes*, parmi lesquels ils décrivent plus spécialement : les *érythèmes polymorphes* comprenant :

a. Les érythèmes polymorphes avec processus exsudatif non suivi de la formation de vésicules ou de bulles ;

b. Les érythèmes polymorphes avec processus exsudatif s'accompagnant de la production de vésicules, de bulles, etc., — *l'érythème scarlatinoïde*; — *l'érythème noueux*, dans lequel ils distinguent des faits qu'ils décrivent sous le nom d'érythème noueux idiopathique, d'autres faits qu'ils rapportent soit à l'érythème polymorphe tubéreux, soit à l'urticaire tubéreuse: — *l'érythème induré de Bazin* auquel il refusent toute individualité morbide, et qu'ils considèrent suivant les cas soit comme des pachydermies consécutives à l'œdème chronique, soit comme des gommes scrofulo-tuberculeuses en nappe, soit comme des gommes syphylitiques ou hérédo-syphilitiques en nappe; — *l'érythème des pellagreux*; — *l'érythème pellagroïde*; — *l'érythrasma*; — *le favus* dont ils donnent une bonne description. Ce fascicule renferme en outre six grandes planches coloriées comprenant l'histologie de l'herpès zoster, de l'ichthyose, de la gangrène cutanée d'origine trophique, de la lèpre, du prurigo de Hébra, du lichen plan, du lupus vulgaire. Nous n'avons nul besoin d'insister sur l'importance de cette nouvelle livraison. Plus encore que les précédentes, elle nous paraît marquée au coin d'une originalité de bon aloi. Tout dermatologiste qui voudra essayer de se faire une conception des érythèmes devra la consulter et la méditer. Inutile de répéter ce que nous avons déjà dit à propos des trois premiers fascicules, qu'il sont édités avec un soin et un luxe que l'on ne saurait ni trop admirer ni trop s'efforcer d'imiter.

L. B.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Statistique des vaccinations contre la fièvre jaune, par Domingo Freire. Rio-de-Janeiro, 1893.

C'est la sixième statistique des vaccinations contre la fièvre jaune par les cultures atténuées du microbe en question, que l'auteur nous présente cette fois. M. Freire paraît très convaincu de l'efficacité de son système — et les chiffres lui donnent raison — et est d'avis que tous les Européens nouvellement émigrés devraient se faire vacciner pour se mettre à l'abri des atteintes du mal.

Leçons sur le traitement des névroses, par le Dr E. L. Seguin (de New-York), membre correspondant de la Société de biologie de Paris, précédé d'un avant-propos de M. le professeur Charcot. Paris, O. Doin, éditeur, 1893.

Ces leçons résument les enseignements d'ordre pratique que l'auteur a su recueillir au cours d'une expérience déjà longue sur le traitement de quelques névroses, et sur l'hygiène des sujets nerveux. C'est au traitement de l'épilepsie que se trouve consacrée la plus grande partie du volume : partisan de la bromuration, M. Seguin indique les procédés de technique qui conviennent, selon lui, pour l'administration du médicament, procédés qui ont la plus grande importance quant au succès du traitement. Il préconise le bromure de sodium en solution aqueuse, pris en une fois 5 à 6 heures environ avant l'heure ordinaire de l'accès, donné dans un grand verre d'eau, à dose variable selon l'âge du sujet et la fréquence des accès (de 2 à 10 grammes). Le traitement sera fait très régulièrement et poursuivi trois ans au moins après la disparition des accès. En ce qui concerne la chorée, le traitement arsenical lui paraît supérieur, à condition qu'aux doses insignifiantes ordinairement employées, on substitue des doses relativement considérables (25 gouttes de liqueur de Fowler, 3 fois par jour). Contre la migraine, c'est au cannabis indica qu'est donnée la préférence (3 fois par jour 0,01 centigrammes d'extrait, on augmentera chaque semaine de 0,01 centigramme par jour) pris à des doses relativement élevées et continué pendant un an au moins. Cette médication est dirigée contre la maladie, on la suspendra au moment des accès qu'on soulagera par l'antipyrine à dose de 1 à 2 grammes ou la caféine. En ce qui a trait au tic douloureux de la face et à la maladie de Basedow, l'auteur ne nous apprend rien de particulier. Quant au régime des névropathes, il doit consister : à boire beaucoup d'eau, à manger des corps gras le plus possible, à réduire le sucre et les féculents. Il s'agit en somme, dans ce volume, d'un ensemble de considérations d'un grand intérêt pratique en ce qu'on y trouve des détails de technique thérapeutique négligés à tort dans la plupart des recueils.

Leçons de clinique obstétricale, par Ch. Maygrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, recueillies par le Dr Demelin. Paris, 1893. O. Doin, éditeur.

Ce livre se recommande à l'attention de nos lecteurs par le choix pratique des questions et la clarté de l'exposition. A côté de l'accouchement dans les bassins rachitiques et de la conduite à tenir dans ces cas, l'auteur étudie successivement la rigidité du col utérin, les modalités de l'insertion vicieuse, placenta, les végétations de la grossesse, etc. Une mention particulière doit être faite aux chapitres consacrés à la mort subite dans le placenta prævia et à la conduite à tenir dans la présentation du siège décompleté, où le lecteur trouvera des idées générales et des aperçus pratiques d'une grande valeur.

Nouveau système de filtration a chaud des bouillons pour la culture des micro-organismes, par Domingo Freire. Rio-de-Janeiro, 1893.

Description, avec planche, d'un appareil destiné à filtrer à chaud les bouillons pour la culture des micro-organismes. L'appareil est fort simple et basé uniquement sur l'emploi du siphon.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 7 juillet 1893.

Le Conseil municipal a été saisi, il y a quelques semaines, par un de ses membres, M. Alpy, de l'incident relatif à l'externe Lallemand, brusquement transporté en salle commune pour y être soigné — et y mourir — du typhus contracté dans son service à l'Hôtel-Dieu. Lorsqu'a eu lieu ce fait regrettable, nous l'avons porté à la connaissance de nos lecteurs, en publiant la lettre juste et modérée par laquelle les internes de l'Hôtel-Dieu avaient protesté contre cette manière, au moins bizarre, d'honorer le dévouement professionnel.

Nous espérions bien que de cette polémique retentissante entre les internes de l'Hôtel-Dieu, l'administration de cet hôpital et le conseil de surveillance — lequel, en cette occurrence, n'a peut-être pas eu le beau rôle — sortirait quelque chose de net sur la façon dont *doivent* être hospitalisés les étudiants — stagiaires, externes ou internes — qui, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent recevoir à domicile les soins qu'exige leur état. Nous connaissions, en effet, une histoire qui démontrait la nécessité d'établir avec précision un *modus vivendi*. Il y a un peu plus d'un an, un interne, ayant à subir une opération chirurgicale grave — dont il a d'ailleurs guéri à souhait, au prix d'une mutilation sérieuse, il est vrai, — entra à la maison Dubois : il suffit de savoir comment l'administration a coutume de loger ses internes pour être convaincu qu'ils ne peuvent se faire opérer « à domicile ». Or, au bout de quelques jours, alors qu'on craignait presque pour la vie de notre jeune collègue, le directeur de la maison de santé souleva, paraît-il, des difficultés, parla de renvoyer le malade s'il n'acquittait pas les frais de séjour ; et il fallut, nous a-t-on raconté, l'intervention directe et énergique du chef de service, pour que l'administration s'inclinât devant le fait accompli.

D'où il appert qu'un interne des hôpitaux, presque toujours logé d'une manière insuffisante, n'a *droit*, s'il ne paie pas, qu'à la salle commune ; et le fait Lallemand a porté à notre connaissance que ce droit restait le même lorsqu'il s'agissait d'une maladie infectieuse contractée au chevet des malades ; mieux encore, il était *obligatoire* de transporter ce malheureux jeune homme dans la salle commune des typhiques, peuplée presque exclusivement de chenapans de la pire espèce.

Dans sa réponse à M. Alpy, M. Peyron a, en somme, reconnu combien était défectueuse une organisation semblable, et il a déclaré que dorénavant des faits de cette nature ne se reproduiraient plus. Il paraît acquis que le personnel médical aura droit à être hospitalisé gratuitement à la maison Dubois ; qu'en cas de maladie contagieuse, des chambres spéciales seront annexées aux services d'isolement.

Certes, dans la pratique — sauf pour les maladies épidémiques — les occasions seront rares d'appliquer ce nouveau — ou plutôt ce futur — règlement. En effet, les étudiants en médecine qui ont besoin d'être hospitalisés ont toujours à leur disposition les quelques chambres à un ou deux lits qui existent dans presque tous les services : ce qu'ils désirent, ce n'est pas l'organisation pseudo-aristocratique de la maison Dubois, c'est la possibilité d'être soignés, seuls dans leur chambre, par le médecin de leur choix. Il était au moins étrange que les médecins et chirurgiens de la maison Dubois fussent seuls à ne pouvoir être choisis par leurs élèves que moyennant finances.

Quant aux maladies épidémiques et contagieuses, choléra ou typhus par exemple, on n'a jamais émis la prétention que, par respect pour le corps médical et le dévouement professionnel, l'administration laissât créer un peu de tous côtés des centres d'infection. Les étudiants malades doivent donc être transportés dans les services spéciaux : mais ils doivent y trouver, *préparées à l'avance*, des chambres aménagées pour eux. Il suffisait de connaître M. le Directeur général de l'Assistance publique pour être certain qu'il ne laisserait pas se reproduire des faits aussi regrettables que l'incident Lallemand. Au reste, il est fort probable que si M. Peyron eût été à son poste à ce moment, il eût, avec son tact habituel, évité cette maladresse ; mais si nos souvenirs sont exacts, lui-même était à ce moment retenu loin de Paris par une maladie grave et, par surcroît, son distingué secrétaire géné-

ral, M. Derouin, était, lui aussi, sérieusement souffrant. Tout allait donc un peu « à hue et à dia » dans l'administration, et on l'a bien vu quand il s'est agi d'organiser le service de convalescence pour les typhiques. Nous devons savoir gré à M. Peyron d'avoir promis qu'à l'avenir ses agents auraient des instructions formelles pour éviter le retour d'incidents aussi pénibles; mais nous espérons plus encore que des promesses. L'organisation mieux comprise de l'Assistance publique amènera bientôt la création de salles *payantes* aussi bien pour les services de chirurgie que pour les services d'isolement. Et nul ne sera en droit de se plaindre si les prix exigés pour ces services spéciaux sont suffisamment rémunérateurs pour l'Administration. *Primo non nocere.*

A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

De l'inversion sexuelle.

BIBLIOGRAPHIE : CASPER, *Handbuch der gerichtl. Medic.* Berlin, 1858. — TARDIEU, *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, Paris, 1867. — WESTPHAL, Die contrære Sexualempfindung Symptom einer nevropatisches Zustand, *Archiv. für Psychiatrie*, Tome II, p. 73. — CHARCOT et MAGNAN, Inversion du sens génital et autres perversions, *Archives de Neurologie*, n°s 7 et 12, Paris, 1882. — MOREAU (de Tours), *Aberrations du sens génésique*, Paris, 1883. — A. KRAUSS, *Die Psychologie des Verbrechens*. Tubingen, 1884. — GLEY, Les aberrations de l'instinct sexuel d'après les travaux récents, *Revue philosophique*, vol. XVII, p. 66, Paris, 1884. — LACASSAGNE, article : PÉDÉRASTIE, in *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*, Paris, 1885. — MAGNAN, Des aberrations des anomalies et des perversions sexuelles, *Société médico-psychologique*, 13 janvier 1885. — TARNOWSKY, *Die krankaften Erscheinungen der Geschleschtsinnes*, Berlin, 1886. — BALL, *Folie érotique*, Encéphale, 1887. — BROUARDEL, Leçons, *Gazette des hôpitaux*, 1886-87. — HOFFMANN, article : PÉDÉRASTIE, in *Eulenburg's Real Encyclopedie*, II Auff. 1887. — LADAME, *Revue de l'hypnotisme*, 1888-89. — SÉRIEUX, *Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel*, Paris, 1888. — BINET, *Le fétichisme dans l'amour*, Paris, 1888. — KRAFT-EBING, *Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der contræren Sexualempfindung*, Stuttgart, 1891. — CHEVALIER, *L'inversion sexuelle*, Paris, 1893. — A. MOLL, *Les perversions de l'instinct génital* (traduction française de Pactet et Romme), Paris, 1893. — G. DANVILLE, L'amour est-il un état pathologique? *Revue philosophique*, mars 1893, n° 3, p. 261. — MAGNAN, *Etude sur la maladie du système nerveux*, Paris, 1893.

L'inversion sexuelle est connue depuis les temps les plus reculés et, si à maintes reprises elle a préoccupé les moralistes, suscité les travaux des législateurs et provoqué les écrits des littérateurs, voire les œuvres des artistes; si, plus récemment, elle a intéressé les médecins légistes, il est permis d'affirmer qu'elle a été réclamée dans ces toutes dernières années seulement par les psychiâtres et les nosologistes, comme ressortissant à la pathologie. Encore est-il, et ce point méritera de nous arrêter, que, même à présent, l'accord n'est pas unanime, tant s'en faut, entre les auteurs sur le fait de savoir si elle réalise ou non, en tout cas, une manifestation pathologique.

A notre avis, et nous ne manquerons pas, au surplus, de faire valoir ultérieurement les raisons qui justifient cette manière de voir, pour, par cela même, légitimer la place que nous nous proposons de consacrer ici à cette question, l'inversion sexuelle est incontestablement un *phénomène morbide* qu'il importe grandement au médecin praticien de connaître autrement que par les écrits des profanes, car elle comporte non seulement des vues théoriques — pathogénie, nature — mais encore elle est passible de considérations pratiques, — diagnostic, valeur séméiologique, traitement.

C'est, au reste, au point de vue purement médical, et non médico-légal, que nous nous placerons.

***

Il importe, au préalable, de préciser ce qu'on doit entendre par *inversion sexuelle*, en différenciant cette perversion des diverses anomalies et aberrations de l'instinct génital. On peut ranger celles-ci en trois catégories selon que l'instinct est, aboli : *impuissance*, *agénésie*, exagéré : *satyriasis*, *nymphomanie*, ou perverti. C'est dans cette dernière catégorie qui comprend : l'*onanisme*, le *fétichisme*, le *masochisme*, le *sadisme*, que rentre l'*inversion*. Celle-ci est caractérisée par l'attraction sexuelle des individus du même sexe (*homosexualité*).

Chez l'homme, on peut, à l'exemple de Moll, lui donner le nom d'*uranisme*, réservant l'expression de *pédérastie* pour désigner le groupe particulier des individus de l'espèce qui pratiquent le *coït in ano*.

Chez la femme, l'homosexualité est désignée sous les noms de *tribadisme* et de *saphisme* (ou *lesbisme*), selon les modes employés : frictions clitoridiennes, ou linguales, pour provoquer l'orgasme vénérien. L'inversion peut exister, comme nous le verrons, à l'état de *simplicité*, ou s'associer soit à quelqu'une des autres perversions que nous avons nommées, soit à des affections diverses.

***

Les études médicales sur l'inversion sont, avons-nous dit, de date relativement récente, bien que les phénomènes de perversion sexuelle soient signalés déjà dans la Bible, et ces études se sont autorisées des documents nombreux que renferme sur le sujet l'histoire des différents peuples.

Parmi les premiers écrits scientifiques on doit citer, dès 1844, un travail de Kaan intitulé : *Psychopathia sexualis*, et un autre de Casper après lesquels un grand nombre d'observations isolées, plus ou moins commentées, mais surtout descriptives, sont rapportées, jusqu'à l'important ouvrage de Tardieu, lequel, bien que datant de 1858, a représenté pendant très longtemps l'unique monographie d'ensemble que l'on possédât.

L'année 1870 marque une nouvelle étape à laquelle le nom de Westphal doit rester attaché. Cet auteur étudie les mêmes aberrations, et, le premier, n'hésite pas à les considérer comme des épisodes *morbides* dépendant d'altérations mentales pour la désignation desquelles il introduit le terme d'*inversion sexuelle*. Ses travaux furent l'origine de plusieurs mémoires intéressants que publièrent, dans les *Archives de Psychiatrie*, qu'il dirigeait, Gock, Schminke Blumer.

En 1882, à l'occasion d'un cas des plus remarquables, MM. Charcot et Magnan publient dans les *Archives de neurologie* un travail, qui marque un stade scientifique de cette histoire. L'*inversion de l'instinct sexuel*, tel était le nom proposé par ces auteurs, nom qui fut généralement adopté en France depuis, y était mise au rang des syndromes épisodiques des héréditaires dégénérés. Il faut, disent-ils, des terrains de choix (dégénérescence) pour que pareille floraison puisse se produire. Depuis, M. Magnan, tant dans son enseignement que dans diverses publications, et notamment dans le travail de son élève M. Sérieux, a cherché à établir par de nouveaux arguments le bien-fondé de cette conception.

Nous trouvons à citer ensuite un livre très complet et parfaitement documenté de Tarnowsky qui s'attache à démontrer que l'inversion peut également résulter de diverses affections mentales et nerveuses, notamment de l'épilepsie, avant d'en arriver à l'œuvre colossale en la matière de Krafft-Eding qui constitue à vrai dire le monument scientifique le plus considérable qui ait été édifié sur la question des perversions sexuelles. Exposées en un travail déjà compact dès 1877, les recherches de cet auteur, poursuivies depuis sans trêve, sont réunies dans un Traité qui fait époque en 1881, et dont la dernière édition, de 1891, représente certainement la monographie la plus autorisée qui existe sur ce sujet.

Entre temps, nous devons signaler une excellente revue critique de M. Gley, et un court et substantiel mémoire de M. Binet sur le fétichisme dans l'amour, qui ne se rapporte qu'indirectement à notre sujet, parus l'une et l'autre dans la *Revue Philosophique*.

Nous n'insistons pas sur les remarquables travaux de MM. Brouardel et Lacassagne, car ces auteurs envisagent surtout le côté médico-légal de la question.

Tout récemment enfin, ce sujet précis a été traité spécialement dans les ouvrages parus à peu de temps d'intervalle : de M. Chevalier, qui, en 1885, s'était déjà occupé de l'inversion, et de M. Moll, ouvrages qui constituent également des monographies inspirées par des conceptions originales bien que fort différentes. Le travail de M. Moll, soigneusement documenté, considère, en effet, l'inversion sexuelle comme un phénomène essentiellement *pathologique*, contrairement aux vues de l'auteur précédent qui lui, distingue l'*inversion-maladie* ou congénitale, et l'*inversion-vice* ou acquise, dualisme qui ne nous semble pas facile à admettre.

***

M. Chevalier s'autorise pour l'étude clinique de divisions d'ordre étiologique, et reconnaît 3 catégories : l'inversion *acquise* (par perversité), l'inversion *secondaire* par viciation du type sexuel (féminisme, masculisme, hypospadias, hermaphrodisme) et par maladie mentale (manie, mélancolie, épilepsie... etc.), enfin, l'inversion *congénitale*, instinctive, par perversion (dégénérescence). Cette classification est surtout inspirée de vues *a priori*, et nous ne saurions nous y conformer pour plusieurs motifs. En ce qui concerne la première classe, on ne pourrait considérer les *professionnels*, par exemple, comme des sujets atteints d'inversion au sens vrai du mot, car il n'est pas permis de dire que ceux-ci offrent l'*attraction* homosexuelle *seule* caractéristique ; de même, nous ne nous croyons pas autorisé à différencier des inversions par luxure, l'influence effective de ce mode étiologique n'étant pas irréfutablement établie. Nous en dirons autant de la seconde catégorie du même auteur : il n'est nullement démontré que le féminisme, le masculisme, déterminent plutôt l'homosexualité qu'ils ne sont déterminés par elle, ou sinon simplement associés, non plus que l'hermaphrodisme, et, quant aux maladies mentales, ne prennent-elles pas place à côté de la folie des héréditaires dont, en la circonstance, il n'y a pas lieu de les séparer, et dont le rôle directement *pathogène* à cet égard n'est pas certain.

Nous avouons trouver plus solide la conception de M. Moll, qui lui, sans remonter à l'élément étiologique inconsistant, cherche à établir que l'inversion constitue *par elle-même* un phénomène pathologique, et que par conséquent pour un sujet le seul fait d'en être atteint suffit à le ranger dans la catégorie des *anormaux* (1).

Les *malades* présenteront alors ce syndrome soit à l'état isolé, soit associé ou combiné à diverses manifestations pathologiques (dégénérescence), et, il n'importe pas, du moins pour le stigmatiser, qu'en ce qui concerne son substratum anatomique et son mécanisme physiologique, nous en soyons encore réduit aux hypothèses que ces parentés autorisent jusqu'à un certain point. On peut, selon cet observateur, comparer l'instinct sexuel, dont le but, au point de vue téléologique, est de conserver la vie de l'espèce, aux instincts de nutrition qui tendent à assurer la vie de l'individu, et, poursuivant le paradigme, rapprocher les anomalies de l'un des anomalies de l'autre. « La faim, dit-il, a pour but de rappeler à l'organisme qu'il lui faut des aliments. On trouve pourtant des états pathologiques où la sensation de faim fait défaut, bien que l'estomac reste normal. Il en est de même de l'absence du penchant sexuel pour la femme chez l'homme possédant des organes normaux. » Il est aisé à comprendre que l'instinct génital présente les mêmes anomalies morbides que les autres fonctions du corps. Toutefois on a pu objecter que le rôle de l'individu en bonne santé étant de perpétuer l'espèce, on ne saurait qualifier de morbide l'absence du penchant sexuel normal, puisque alors, la reproduction était néanmoins possible. Il arrive, en effet, que des uranistes entretiennent, pour diverses raisons, des rapports avec des femmes dont ils ont des enfants. Or, reprenant la comparaison, nous allons voir qu'il n'y a pas là de raison suffisante pour réfuter la nature pathologique de l'inversion. En effet, personne ne niera que l'absence de l'appétit soit pathologique, que l'organisme reçoive ou non la quantité d'aliments qui lui est nécessaire : le défaut du penchant sexuel est de même pathologique, que le coït soit possible ou non.

De même, dans les cas où la tendance homosexuelle existe concurremment avec le désir normal, la comparaison est possible avec ces sujets qui ont du goût pour les substances indigestes — craie, morceaux de brique, — goûts pathologiques, encore que ces malades aient conservé l'appétit pour des substances nutritives. En tout état de cause, on doit donc, pensons-nous, avec Moll et Krafft-Ebing, qualifier de pathologique l'inversion sexuelle, qui ne sert en rien à la propagation de l'individu, quelle qu'en soit la cause apparente, et non pas dans les seuls cas où elle paraît liée à un état morbide déterminé.

***

Dans la description, nous aurons surtout en vue l'inversion sexuelle chez l'homme, plus fréquente, plus répandue, pour laquelle aussi le médecin aura plus souvent à intervenir, et ne consacrerons que quelques lignes à celle de la femme.

Il est un certain nombre de caractères *généraux* de l'inversion que nous rappellerons en premier lieu. Elle peut, tout d'abord, se révéler dès les premières manifestations génésiques, ou plus tard, ou enfin à l'occasion seulement d'un état pathologique déterminé (folie héréditaire, paralysie générale).

L'inversion peut aussi ne procéder que par accès intermittents dans l'intervalle desquels les penchants sont normaux. Elle peut exister seule, ou s'accompagner d'autres perversions génitales. Quant à son degré, enfin, elle revêt soit les allures du penchant sexuel ordinaire, soit l'intensité, et ses caractères obsessifs de l'amour.

(1) De même M. Danville s'est-il efforcé de montrer parallèlement dans un travail fait sous notre inspiration et paru récemment dans la *Revue philosophique* la nature physiologique de l'*amour normal*. « L'amour, y est-il dit, produit différencié du développement émotionnel au point de vue physiologique, modalité particulière du mécanisme général de la connaissance au point de vue psychologique, loin de constituer une forme morbide et de régression, ressortit à l'évolution mentale normale et progressiste. »

En ce qui concerne les signes *particuliers*, nous aurons en vue les plus constants de ceux qui ont trait et à la constitution anatomique des sujets, et à leurs goûts, à leurs tendances, à leur état mental.

A cet égard, nous croyons devoir insister plutôt sur les cas *simples*, c'est-à-dire sans immixtion de vices de conformation des organes, ou d'affections mentales.

A. Le plus souvent, le sujet est parfaitement normal au point de vue physique. Contrairement à certaines assertions, ses organes génitaux ne sont le siège d'aucune anomalie : les modifications des dimensions du pénis ou du volume des testicules sont à ce point exceptionnelles qu'on ne peut établir de rapport entre celles qui ont été relatées et la perversion sexuelle. Il en est de même de l'état fonctionnel de ces organes (érection, éjaculation).

Les troubles de l'organisme, qui se développent le plus souvent à l'époque où se déclare la perversion, consistent d'une façon générale en une *effémination* de l'individu, modifiant sa physionomie, sa voix, son attitude, sa démarche d'une part, influençant ses tendances affectives et son état mental d'autre part. Ces signes n'ont rien d'absolu, car d'un côté il existe des uranistes avoués qui se comportent comme tous les hommes, d'un autre côté il est des sujets d'allures très efféminées sans tendances homosexuées. Toutefois leur relative constance n'a pas manqué de frapper les observateurs.

Le type de la physionomie, si déjà par lui-même il ne rappelle pas le facies féminin, est modifié artificiellement dans ce but autant que possible, soit que les sujets se fassent raser barbe et moustache, soit même qu'ils se soumettent à l'épilation. Parfois la voix de fausset, qui est particulière à la femme, existe chez les uranistes, sinon ils s'essaient à l'acquérir. Ulrichs a prétendu qu'ils ne savaient pas siffler, mais le fait n'est pas établi.

Leur écriture aurait très souvent les allures graphologiques habituelles à celle de la femme. Quant à leur démarche, elle serait caractéristique. Ils marchent à petits pas, levant les genoux et exagérant le déhanchement habituel jusqu'au dandinement.

Au point de vue de leurs goûts et de leurs tendances, mêmes recherches inspirées par le désir de se sentir femme. Les uranistes éprouvent le besoin de revêtir le costume féminin, et s'ils ne vont pas jusqu'à satisfaire cette tendance, ils montrent une coquetterie tout à fait particulière, en ce qu'elle vise à la ressemblance féminine. Ils se fardent, se peignent les sourcils, se rougissent les lèvres, se parent de bagues, de bracelets, de bijoux. Pour d'autres détails de la toilette, on constate la même recherche : ils portent des bas de soie longs, des souliers à talons hauts, se serrent la taille d'un corset.

Dans leurs ameublements se révèle toujours cette même tendance : profusion de bibelots, d'éventails, tables à toilette couvertes de parfums et d'accessoires de toute espèce.

Ils acquièrent même pour leurs distractions des goûts identiques, aimant à s'occuper de travaux à l'aiguille, au crochet.

On a dit, quant à leur caractère, qu'ils étaient vains, envieux et lâches (Gyurkowechky), mais surtout qu'ils ressemblaient plus à la femme qu'à l'homme par leur mobilité, leurs caprices, leur facilité au mensonge. L'habitude du mensonge et de la dissimulation est spécialement notée chez eux par M. Moll. Ils se distingueraient aussi par une pudeur excessive.

En ce qui concerne leur état intellectuel, du moins dans les cas simples que nous considérons, il ne laisserait rien à désirer. Nombre d'uranistes occuperaient sans déchoir des postes très importants, beaucoup se trouveraient même parmi l'élite intellectuelle de la société.

Vis-à-vis des femmes les uranistes éprouvent souvent une véritable aversion, qui fait qu'ils ne les recherchent pas. Ce sentiment de dégoût est extrêmement variable dans son degré, et il en résulte que les sujets évitent la société des femmes en général. Certains, néanmoins, pour cacher leur véritable passion, affectent de les courtiser.

Moll remarque que vis-à-vis des hommes normaux les uranistes gardent sur leur vie sexuelle une réserve très rigoureuse, et qu'il est très difficile de gagner leur confiance à cause du mépris qu'ils savent rencontrer en avouant leur prédisposition.

Au point de vue plus précis de la vie sexuelle des uranistes, les manifestations psychiques de leur inversion ne diffèrent pas de celles de l'amour normal. Il semble qu'ils éprouvent pour l'homme des passions analogues à la passion hétérosexuée, du moins se révèlent-elles par des aveux qui, lorsqu'ils sont écrits, sont d'un ton aussi passionné que celui qui caractérise l'amour. Il existe sur ce chapitre un grand nombre de documents dont la lecture est convaincante.

Les sujets qui inspirent ces passions ne présentent rien de particulier ; ce seraient plutôt des hommes normaux que des jeunes garçons, ainsi qu'on l'a prétendu.

Certains points sont à relever dans la façon dont les uranistes satisfont leur passion : disons d'abord qu'en ce qui concerne la physiologie de l'acte lui-même (érection, éjaculation), elle ne diffère en rien de la normale. Contrairement à l'opinion généralement admise, la pédérastie — répondant à la définition que nous en avons donnée — serait moins fréquemment pratiquée par ces anormaux. Dans le cas où ce mode est habituel, on peut observer chez les passifs les déformations, les ulcérations et les écoulements du rectum qui ont été bien étudiés par les médecins légistes. Les autres pratiques consistent le plus souvent dans le *coït in ore*, dans la masturbation réciproque ou dans l'apposition du pénis sur diverses parties du corps d'un autre individu. En ces cas, les rôles sont, soit joués réciproquement, soit distribués, mais toujours partagés de la même façon. Certains uranistes ne trouvent par exemple la satisfaction de leur penchant qu'à l'aide d'un procédé actif, d'autres à l'aide d'un procédé passif, la *technique* restant identique en tous cas pour chaque sujet (1).

B. L'inversion chez la *femme* prête à des considérations semblables quant à ses caractères généraux, à ce que nous en avons dit, au point de vue descriptif chez l'homme.

Les femmes atteintes d'inversion ne présentent pas de particularités du côté des parties génitales. Souvent leur physionomie n'a rien de spécial, mais parfois elle revêt des caractères masculins, bien que, selon Moll, les femmes à barbe ne soient pas pour cela prédisposées à l'inversion.

On remarque dans leurs vêtements une tendance à imiter ceux de l'homme : toque ou chapeau masculin comme coiffure, veste ouverte, chemise à col droit à cravate d'homme, jupe collante, etc., port de la canne plutôt que de l'éventail, usage de la cigarette et surtout du cigare.

Dans leurs occupations et leurs distractions on retrouve le même esprit : c'est ainsi qu'elles ne peuvent supporter les travaux à l'aiguille, n'aiment pas à diriger le ménage.

(1) A cet égard, il est intéressant de savoir par quels moyens les uranistes arrivent à se rencontrer, comment ils trouvent des sujets précisément de leur catégorie, c'est-à-dire recherchant pour leur satisfaction des procédés complétant les leurs. Ces détails sont indiqués dans les livres précités (Moll). Toutefois nous n'avons pas trouvé mentionné dans ces auteurs le rôle très considérable que jouent à cet égard les *somnambules*, qui, à Paris du moins, où leurs cabinets sont au nombre d'une centaine environ, sont souvent employées pour ces sortes d'intermédiaire.

Leur caractère, leur état mental porte la même marque masculine : absence de sensiblerie, peu de caprices, grande ténacité. Malgré qu'elles éprouvent pour l'homme une relative aversion, un grand nombre d'entre elles se marient pour avoir une situation sociale.

Quant aux procédés à l'aide desquels elles satisfont à leur passion, nous avons indiqué les deux principaux : le tribadisme et le saphisme ou lesbisme. Ici encore les rôles actif et passif sont séparés, et chaque sujet se renferme exclusivement dans celui des deux qu'il a dû adopter sous l'influence de son penchant. Il y aurait des inverties assez nombreuses qui n'entretiendraient de rapports sexuels d'aucune sorte.

C. En dehors de la forme *simple* de l'inversion sexuelle que seule jusqu'ici nous avons eue en vue, il en existe d'autres que nous appellerons *complexes* et parmi lesquelles nous distinguerons les suivantes : 1° l'*hermaphrodisme psycho-sexuel*; 2° l'*inversion avec perversion*; 3° l'*inversion avec malformations* (partielles et générale); 4° l'*inversion avec affections mentales*.

1° La forme à laquelle Krafft-Ebing a donné le nom d'*hermaphrodisme psycho-sexuel* est caractérisée par cela que, malgré les tendances prédominantes, homo-sexuelles, il existe des traces de tendances hétéro-sexuelles. Pour cet auteur, cette forme représenterait l'inversion dans son état rudimentaire; il considère, en effet, que l'on peut distinguer dans l'anomalie les degrés suivants : l'*hermaphrodisme psycho-sexuel*; l'*homo-sexualité* dans laquelle toute tendance vers l'autre sexe manque, le penchant sexuel ne portant que sur les individus du même sexe; l'*efféminalion* dans laquelle l'individu subit une déviation psychique en rapport avec son inversion; l'*androgynie* enfin dans laquelle, non seulement l'état mental, mais encore l'état physique se transforme dans le même sens.

On peut rapprocher de l'hermaphrodisme psycho-sexuel ces cas rapportés par Moll où l'anomalie génitale ne se manifeste, pour ainsi dire, que par accès, dans l'intervalle desquels les penchants sont normaux.

2° Dans l'*inversion avec perversion*, on constate, non seulement la tendance homo-sexuelle, mais encore des impulsions à des modes anormaux de satisfaction sexuelle. Parmi les principaux, nous citerons seulement : le *fétichisme*, le *sadisme* et le *masochisme* qu'il nous suffira de définir. Le *fétichisme* consiste dans l'importance sexuelle élective attribuée à certains objets ou à certaines parties du corps. Dans ces cas, l'excitation sexuelle est produite par la vue et le contact des bottines, des mouchoirs, des tabliers, des bonnets, des uniformes, ou par les cheveux, les oreilles, les yeux, la main, le pied. Dans le *sadisme*, le penchant sexuel s'accompagne du désir de faire du mal à l'objet qui provoque le penchant, et ne peut se satisfaire qu'en passant en même temps à l'acte brutal. Nous retrouverons ces liens entre la volupté et la cruauté dans le *masochisme*. Les sadiques martyrisent l'individu avec lequel ils commettent l'acte sexuel, et l'intensité de la douleur qu'ils provoquent chez leur victime paraît augmenter proportionnellement le degré de leur satisfaction.

C'est, au contraire, l'association d'une douleur propre aux sensations sexuelles que recherchent les *masochistes* qui, eux, ne se satisfont qu'autant qu'ils sont maltraités (la flagellation des fesses est le mode le plus ordinaire) par les individus qui ont provoqué leur penchant.

3° Il est très fréquent qu'il existe chez un même sujet de l'inversion sexuelle en même temps que des *vices de développement* ou des *psychoses vraies*: ou encore des *stigmates de dégénérescence héréditaire*. Ainsi que nous nous en sommes expliqué et contrairement à l'opinion de M. Chevalier, aucun argument ne paraît démontrer péremptoirement qu'il y ait entre ces anomalies ou ces maladies et l'inversion sexuelle une relation de causalité directe, une véritable dépendance. L'inversion peut se voir sans ces anomalies, et celles-ci s'observent sans inversion consécutive (1).

Nous sommes plutôt disposé à admettre, pour expliquer ces rapports, qu'il existe entre ces diverses modalités pathologiques des liens de parenté permettant de soupçonner qu'elles appartiennent à une même famille, qu'elles naissent, en un mot, d'une souche commune : la dégénérescence héréditaire.

Aussi bien aucun des caractères indiqués par M. Chevalier comme spécialisant chacune des catégories de ce genre qu'il décrit, ne leur appartient-il en propre, et, pour fonder sa division, en est-il réduit à tenir compte de ces seuls signes associés étrangers que nous ne ferons, nous, que signaler, car ils stigmatisent en réalité, non pas des modes d'inversion, mais les anomalies sexuelles, les psychoses, la folie héréditaire incriminées et à l'étude desquelles ils ressortissent plutôt.

Les malformations des *organes génitaux* sont les vices de développement variés auxquels on a donné le nom d'*hermaphrodisme*, et qui portent, comme on sait, à des degrés divers, en rapport avec le développement embryologique, sur les organes externes génitaux et internes. Nous rappelons à cet égard qu'il n'existe pas d'hermaphrodisme véritable, c'est-à-dire caractérisé par la réunion sur un même sujet des appareils mâles et femelles complets.

Les malformations portant sur la *constitution* tout entière sont l'*infantilisme*, le *masculisme* et les états analogues. Dans l'infantilisme, l'adulte conserve des caractères infantiles : absence de barbe, organes génitaux atrophiés, rudimentaires, os petits, formes arrondies par surcharge graisseuse. On a rapproché de l'infantilisme la *gynécomastie*, consistant dans le développement exagéré des mamelles chez l'homme, et qui paraît assimilable à un stigmate physique de dégénérescence. Quant au *masculisme*, ce terme serait applicable à ces viragos dont certaines sont demeurées historiques, femmes homasses, masculines ayant les formes et les goûts des hommes.

4° Parmi les *psychoses* qui se rencontreraient le plus souvent chez les invertis ou au cours desquelles pourrait, selon certains auteurs, se manifester l'inversion, il faut citer en premier lieu l'épilepsie. Pour Tarnowski, l'inversion représenterait, en effet, un équivalent comitial. Il importe seulement de savoir qu'on a noté en dehors des syndromes psychiques épisodiques ou même de la folie des héréditaires dégénérés : la paralysie générale progressive, la démence sénile, la manie, la mélancolie, le délire chronique. Il importe, quel que soit le rôle qu'on attribue à ces psychoses, d'être prévenu de l'éventualité de leur association avec l'inversion, au moins au point de vue clinique.

***

Il est rare que l'uraniste se considère comme un malade et vienne solliciter les conseils du médecin. D'autre part, il sait la honte dont on stigmatise son penchant et il le dissimule autant que possible, même s'il est questionné à cet égard. Il en résulte, étant donné le peu de consistance des signes objectifs, que le diagnostic présente de réelles difficultés.

(1) Je viens de voir récemment un jeune malade, âgé de 25 ans, qui m'a été adressé d'Alexandrie par le Dr Valentin, et qui présente le tableau caractéristique de l'*infantilisme*. Ce jeune homme, que j'ai interrogé à cet égard, n'éprouve nullement de penchants homo-sexuels, et, malgré l'atrophie considérable de ses organes génitaux, a l'instinct normal, bien que peu accusé.

Les éléments de ce diagnostic ont été très bien indiqués par Moll. Il importe, en premier lieu, de poser au sujet soupçonné — pour raison d'impuissance ou toute autre — des questions précises. « Sent-il un penchant pour l'homme? »; d'autre part, on devra l'interroger sur ses rêves, car un inverti rêve à des hommes et ses rêves s'accompagnent souvent de pollution. C'est même par des questions sur les rêves sur lesquelles le sujet aura moins de gêne pour répondre qu'il sera bon de commencer l'interrogatoire.

Nous avons indiqué antérieurement les signes tirés du facies, de l'attitude, de la démarche, lesquels permettraient à un œil exercé de reconnaître l'uraniste. Toutefois, on ne saurait attribuer à l'allure efféminée une importance trop grande, car elle peut exister chez des sujets sexuellement normaux. D'après les confessions des uranistes eux-mêmes, leur regard d'une obliquité particulière permettrait de les reconnaître; il ne semble pas, cependant, qu'on puisse faire grand fonds sur ce symptôme. Un des signes les plus importants consisterait en ce que, dès qu'ils ne se sentent pas observés, les uranistes dirigent presque involontairement leurs regards dans la direction où est supposé se trouver le pénis.

L'existence d'une blennorrhagie ne suffit pas à faire rejeter le diagnostic. Il ne faudra pas, en dernier lieu, confondre l'inversion avec certains troubles de la personnalité ressortissant à l'aliénation mentale, dans lesquels le sujet se croit devenu femme.

Le fait de l'inversion sexuelle étant reconnu, il restera à se demander si elle existe à l'état de trouble morbide isolé, ou si elle est en rapport avec l'une ou l'autre des affections génitales ou psychiques dont nous avons parlé, et dont un examen plus approfondi révélera l'existence.

Même dans les cas d'inversion simple on devra ne pas négliger de rechercher les antécédents héréditaires similaires ou nerveux, non plus que les causes occasionnelles, dont la connaissance peut intéresser le traitement du trouble sexuel.

***

Au point de vue *étiologique*, nous avons à considérer les causes générales et prédisposantes, et les causes occasionnelles ou agents provocateurs, tout en n'ignorant pas que la cause véritablement efficiente réside en une prédisposition congénitale.

Il est presque impossible de savoir quelle est la *fréquence* de l'inversion proportionnellement au chiffre de la population des villes. Selon des nombres que Moll donne avec réserve, il existerait 4 à 500 uranistes à Berlin; la proportion de 1 sur 2000 a été formulée par Ulrichs. L'inversion existe dans toutes les classes de la société, mais elle se rencontre de préférence dans certaines *professions* pour les hommes, dans celles qui sont également ou même plus spécialement du ressort des femmes, comme les acteurs, fleuristes, tailleurs pour dames; chez les femmes, c'est de préférence chez les prostituées et les actrices.

L'âge auquel se développe le penchant varie entre 12 et 16 ans, et la tendance homosexuelle peut persister jusqu'à l'âge le plus avancé (82 ans dans un cas de Moll).

La question de savoir si l'inversion est *congénitale* ou *acquise* est, actuellement encore, interprétée différemment. Pour les uns, la tendance est toujours congénitale, et les causes qui paraissent efficientes ne sont en réalité que des occasions qui révèlent la prédisposition jusque-là inconsciente. Pour les autres, c'est soit le dégoût par excès de la femme, soit la luxure, soit la difficulté de pratiquer le coït régulier, soit enfin l'habitude de l'onanisme, qui provoquent l'inversion chez des individus normaux. Il se pourrait même, suivant Gley, que l'acte accompli d'abord dans un but de curiosité devienne plus tard une habitude.

L'interprétation critique des observations permet néanmoins de se rendre compte qu'en réalité l'homosexualité procède en tout cas d'une *prédisposition*, dont les causes que nous venons d'énumérer provoquent seulement la mise en jeu.

Cette prédisposition est-elle *directement héréditaire*? Krafft-Ebing l'a prétendu, et a rapporté d'une part des cas où l'inversion existait chez les ascendants, d'autre part des cas où elle se manifestait chez plusieurs enfants d'une même famille. Toutefois ce que l'on rencontre le plus souvent, et sur ce point tous les auteurs sont unanimes (Krafft-Ebing, Charcot, Magnan, Kowalewsky, Moll, Bourneville, Gley, Tarnowsky) c'est l'*hérédité nerveuse* sous diverses formes. A cet égard l'inversion se place à côté des autres formes neuropathiques, et on trouve le plus souvent chez les ascendants soit des psychoses soit des névroses, ou encore l'*alcoolisme* dont on sait l'influence pathogène sur le système nerveux.

Certaines *maladies mentales* et nerveuses compteraient l'inversion au nombre de leurs symptômes. Tarnowsky admet que l'inversion peut se manifester à la période de début de la *paralysie générale*, et considère que, dans ces cas, le malade ne cherche pas à cacher sa vie sexuelle, phénomène exceptionnel chez les uranistes et qui permet de soupçonner l'affection mentale. On aurait également constaté l'inversion souvent compliquée de sadisme dans la *démence sénile*, où ce syndrome serait même parfois prépondérant, quand il n'existe pas encore de troubles marqués de l'intelligence. L'inversion serait enfin très fréquente dans l'*épilepsie*, et pourrait constituer un équivalent comitial d'après Tarnowski, qui rapporte effectivement une observation à l'appui.

Mais de toutes les manifestations pathologiques, celles qui se rencontrent le plus souvent à l'origine de l'inversion, ce sont les différentes modalités de la folie des héréditaires dégénérés, soit sous forme de délire, soit plutôt sous forme de syndromes épisodiques, cela, au point qu'on serait tenté de mettre l'inversion au nombre des formes que peut prendre la dégénérescence.

Parmi les causes occasionnelles, on a cité en premier lieu l'influence de l'*imitation*, qui par contagion morale s'exercerait dans les pensions. M. Moll nie que l'*onanisme* puisse conduire à l'inversion comme Moreau l'a prétendu; il pense que la fréquence de la masturbation chez les uranistes invoquée à l'appui de cette manière de voir est seulement attribuable à la difficulté que rencontrent ceux-ci pour satisfaire leur instinct. La *licence* de la littérature, la *privation de femmes*, l'*excès de la séparation des sexes* dans l'enfance, les *excès* sexuels en raison de la satiété, sont autant de causes que l'on peut considérer comme jouant le rôle d'agents provocateurs favorisant chez des dégénérés l'éclosion d'une disposition congénitale spéciale.

***

Un grand nombre de théories ont été proposées pour expliquer la genèse de l'inversion et il sera intéressant de passer en revue certaines d'entre elles avant que d'aborder l'exposé des mesures thérapeutiques qui reposent en partie sur la pathogénie.

Mantegazza pense que la raison d'être de l'inversion est d'ordre anatomique. A son avis, chez les pédérastes passifs, les filets nerveux, qui à l'état normal se rendent aux organes génitaux, se distribueraient à la muqueuse rectale; par suite, seule l'excitation de celle-ci serait

susceptible alors de provoquer l'orgasme. Il est inutile d'insister sur ce que cette manière de voir ne rend aucunement compte de la pédérastie active, sans compter que sa démonstration matérielle n'a pas été donnée.

L'excitant normal du sens génital consistant en des représentations mentales, on a été amené à supposer avec raison que l'inversion provenait d'un trouble cortical, et pour MM. Magnan et Gley de ce que le cerveau des uranistes offrirait des caractères féminins. Une autopsie négative de Krafft-Ebing ne permet pas de se rallier à cette opinion.

Ce dernier auteur néanmoins est d'avis, lui aussi, que l'inversion dépend d'une altération corticale, et comme, selon lui, la sphère génitale est localisée aux environs du centre olfactif, il pense qu'il existe alors une lésion de ce centre autonome. Jusqu'ici aucune des rares autopsies qui ont été produites n'a confirmé cette hypothèse.

M. Chevalier donne de l'inversion sexuelle *congénitale* l'explication suivante. Etant connues l'hérédité philogénique, en raison de laquelle l'embryon est asexué à une certaine phase de son développement, on peut supposer que l'aptitude à l'inversion provient d'une sorte d'innéité due à l'hermaphrodisme antérieur. Cette hypothèse se base sur un principe discutable, soit que l'organe fait la fonction; en second lieu, si on se rappelle que l'inversion est par sa nature essentiellement psychique, on comprendra difficilement qu'elle puisse représenter le résidu d'une phase embryonnaire, souvenir de l'hermaphrodisme de la série et hermaphrodisme embryonnaire, pendant laquelle la vie psychique n'a, pour ainsi dire, pas d'existence.

Pour M. Moll, l'inversion est attribuable à une anomalie de l'instinct génital survenant le plus ordinairement chez des dégénérés dont cet instinct représente alors le *locus minoris resistentiæ*. Cette dernière opinion nous paraît se conformer le mieux aux faits.

L'inversion sexuelle de par ses caractères propres d'une part, de par les rapports qu'elle affecte avec les tares nerveuses personnelles et héréditaires parmi lesquelles doivent figurer les vices de conformation d'autre part, équivalant, selon nous, à un syndrome de dégénérescence, susceptible de se développer soit spontanément, soit sous l'influence d'un agent provocateur, soit seul, soit accompagné de divers signes indiquant sa nature, de la même façon que les différents stigmates à côté desquels elle mérite en conséquence de prendre place au même titre pathologique.

***

Deux indications peuvent se présenter au point de vue du *traitement*. Chez certains sujets, chez lesquels en même temps que l'homosexualité il existe une sorte d'hyperesthésie génitale, la première indication sera de chercher à atténuer cet état d'excitation. On parviendra le plus souvent à ce but par les moyens habituels: douches tièdes prolongées; influence des bromures, du camphre et du lupulin associés.

Chez d'autres, il s'agira de s'efforcer d'obtenir le retour à l'hétérosexualité. Tout d'abord, en raison du nervosisme général du sujet, que selon nous la seule présence du syndrome suffit à indiquer, l'usage prolongé des toniques du système nerveux s'imposera. Pour combattre le penchant morbide en particulier, on s'efforcera de modifier le milieu où vit le sujet, on détournera sa préoccupation sexuelle en lui imposant un travail nécessitant de l'activité. Parfois on sera autorisé à recourir à l'emploi de la suggestion hypnotique, et on se trouvera, en tout cas, bien de la suggestion non hypnotique. L'intervention chirurgicale sous forme de castration a été proposée (?).

Paul Blocq.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. le prof. A. Poncet.

Du cancer de la thyroïde. (Leçon recueillie par M. L. Coignet, interne des hôpitaux.)

Je désire, Messieurs, vous entretenir aujourd'hui des tumeurs malignes du corps thyroïde.

Jusqu'à ces dernières années on pouvait considérer comme rare cette affection et si l'on s'en tenait encore aux descriptions classiques, le goître cancéreux serait beaucoup moins fréquent que les dégénérescences de beaucoup d'autres organes. Depuis la thèse de mon chef de clinique, M. le docteur Orcel, et depuis son important mémoire sur le même sujet, publié dans la *Province médicale* (1), cette manière de voir ne répond point à la réalité des faits, tout au moins dans le milieu lyonnais. Nous avons souvent, en effet, l'occasion d'observer la dégénérescence thyroïdienne qui survient le plus habituellement chez d'anciens goîtreux.

La malade qui fait l'objet de cette clinique offre un bel exemple de cette transformation d'un vieux goître en tumeur maligne et il me paraît utile à son sujet de vous présenter quelques considérations cliniques et anatomo-pathologiques relatives à cette redoutable complication.

Il s'agit d'une femme de 55 ans, célibataire, habitant jusqu'à ces derniers temps un pays où le goître est endémique. Elle vient d'un village du département de l'Isère où beaucoup de personnes sont porteurs de goîtres plus ou moins volumineux et où cette hypertrophie cervicale est généralement considérée comme de peu de gravité.

Dans ses antécédents nous ne trouvons aucune tare particulière. C'est vers l'âge de 20 ans que son cou aurait commencé à grossir uniformément. Dans l'espace de quelques années, sans troubles fonctionnels appréciables, il aurait atteint le volume moyen que nous constatons aujourd'hui.

Jusqu'à ces derniers temps la malade aurait été fort peu incommodée par cette tumeur qui paraissait subir cependant certaines augmentations momentanées, mais dont le volume restait sensiblement le même sous l'influence d'une médication anodine quelconque. Les choses en étaient là, lorsqu'il y a six ou huit mois la vie de cette femme fut complètement changée par la mort d'un de ses frères avec qui elle vivait depuis longtemps et qu'elle affectionnait particulièrement. Cette mort lui causa un chagrin violent. Depuis lors, elle est restée profondément triste. Elle traduit son chagrin par des larmes, par des plaintes continuelles, elle se préocupe de sa situation présente qui est voisine de la misère. Elle aurait eu, sur ces entrefaites, avec de l'angine et l'influenza, il y a trois mois environ, quelques accidents inflammatoires du côté de l'oreille moyenne droite. Pendant plusieurs semaines, elle a éprouvé dans cette région des douleurs vives, sans qu'il y ait eu cependant de suppuration appréciable. Il y a 2 mois, sans cause occasionnelle apparente, cette malade s'aperçut que son cou grossissait du côté droit. En même temps survenait un certain degré de tuméfaction douloureuse du lobe thyroïdien correspondant. Ces douleurs spontanées plus ou moins vives s'irradiaient dans les régions voisines et se faisaient plus particulièrement sentir dans la région occipitale.

A partir de ce moment, l'état général se modifiait presque parallèlement; la malade maigrissait, perdait ses

(1) L. Orcel, Cancer du corps thyroïde, *Province médicale*, 1889, et Contribution à l'étude du cancer du corps thyroïde, thèse Lyon, 1889.

forces. Enfin, voyant sa situation s'aggraver, elle entrait dans nos salles le 30 mai dernier.

A un examen superficiel, cette femme paraissait porteur d'un goître vulgaire caractérisé par une hypertrophie uniforme de la thyroïde. La glande tout entière, en effet, est augmentée de volume et cet excès de développement porte aussi bien sur l'isthme que sur les lobes latéraux. Chaque lobe a le volume d'un gros œuf de dinde ; quant au lobe médian de forme plus ou moins arrondie, il présente les dimensions d'une mandarine. Cet hyper-accroissement donne comme circonférence du cou près de 40 centimètres. La peau a sa coloration normale. Sur la ligne médiane et à son voisinage elle offre cependant une teinte légèrement rosée qui est certainement le fait d'une excitation locale, produite par l'application dans ces dernières semaines de pommades ou de liquides plus ou moins irritants.

L'attention se porte immédiatement sur le lobe latéral droit plus volumineux. Ses caractères cliniques sont différents du reste du goître. Il est constitué par une masse uniforme, sans bosselures véritables, il donne au toucher la sensation d'une masse dure, ligneuse en certains points, dans tous les cas d'une consistance bien différente du lobe médian et du lobe gauche dont l'hypertrophie est molle, rénitente, presque fluctuante comme s'il s'agissait de masses kystiques plus ou moins profondément situées. A la pression on ne sent pas de battements et l'auscultation ne révèle pas de souffle.

Le lobe droit envahi est mobile, mais sa mobilité est nettement moindre que celle du reste du goître. Il semble faire partie plus intégrante avec les tissus sous-jacents.

La palpation de cette masse est en outre douloureuse. Enfin l'examen local révèle dans la région cervicale droite au voisinage de la tumeur une chaîne de ganglions carotidiens, qui se prolongent sous forme de petites masses dures, dans le creux sus-claviculaire. Il existe, à n'en pas douter, une poly-adénite symptomatique de cette hypertrophie spéciale du lobe latéral droit et ces ganglions rappellent trop par leurs caractères physiques, par leur multiplicité, des ganglions néoplasiques pour que nous ne les rattachions pas sans arrière-pensée à la tumeur thyroïdienne.

C'est en tenant compte, Messieurs, de ces diverses particularités que nous portons, chez cette femme, le diagnostic de dégénérescence goîtreuse, alors cependant que certains symptômes du cancer de la thyroïde font complètement défaut. Je veux parler ici des troubles fonctionnels plus ou moins graves qui marchent si souvent de pair avec les néoplasmes malins du corps thyroïde. C'est ainsi que des accès de suffocation, qu'une dyspnée plus ou moins marquée, que de la dysphagie, des troubles de la déglutition s'observent communément dans le cancer thyroïdien, sans parler d'autres accidents de compression des organes voisins : récurrent, sympathique, etc. Mais ces symptômes n'apparaissent pas toujours à la même époque, et vous comprenez à son début, qu'un néoplasme encore localisé dans des tissus relativement indépendants de ces divers organes puisse présenter une symptomatologie différente. Il n'en est pas moins vrai que lorsque ces accidents de compression surviennent inopinément chez un vieux goîtreux, ils ont une valeur diagnostique considérable et l'expérience nous a appris qu'ils traduisaient le plus souvent une dégénérescence d'une vieille thyroïdite.

Chez notre malade, ces signes, avons-nous dit, font défaut et cependant le diagnostic de cancer n'en est pas moins certain. Tout d'abord il s'agit d'une femme de 55 ans. Or, nous savons d'après nos observations qui sont au nombre de plus de 50, nous savons par la statistique établie par M. Orcel et qui porte sur 19 cas dont 17 ont été recueillis autrefois dans mon service, que l'âge moyen des cancéreux thyroïdiens est de 50 à 55 ans. D'autre part, dans le cas actuel, l'affection ne remonte pas au delà de 2 à 3 mois, la tumeur est localisée, elle n'a envahi qu'une partie de la glande et on s'explique ainsi très bien l'absence des troubles fonctionnels. Le sexe, l'âge de la malade sont en faveur d'une transformation néoplasique. Cette opinion nous paraît d'autant mieux justifiée que nous nous trouvons en présence d'une ancienne goîtreuse. D'après les faits publiés par M. Orcel, 3 fois sur 4, en effet, c'est la proportion qu'il donne dans son travail, le cancer thyroïdien se développe sur un vieux goître.

Cette proportion ne nous paraît même plus aujourd'hui répondre à la réalité des faits. En tenant compte de nos observations nombreuses, il nous semble que les tumeurs malignes de la thyroïde ne se développent vraiment que sur de vieux goîtres, aussi l'éventualité d'une dégénérescence goîtreuse, qui est toujours à redouter avec l'âge, nous paraît constituer une indication nouvelle, et cependant non des moins précises, du traitement curatif du goître par les méthodes sanglantes.

A cet égard, nous rapprocherions volontiers la thyroïdectomie partielle, la strumectomie, l'exothyropexie, de la circoncision qui, pratiquée pour des indications diverses, n'en met pas moins, dans l'avenir, le circoncis à l'abri du cancer de la verge qui a, comme on le sait, une prédilection toute particulière pour les anciens phimosiques.

Dans quelles proportions les vieux goîtres deviennent-ils cancéreux? Nous l'ignorons; mais nous avons été frappé chez eux de la fréquence de cette complication et nous pouvons dire que le cancer thyroïdien guette tout particulièrement les malades porteurs d'anciens goîtres.

Il faut encore grandement chez notre malade tenir compte, au point de vue du diagnostic, des douleurs survenues dans la tumeur, sans cause apparente, alors que cette dernière augmentait notablement de volume et que les douleurs se faisaient sentir au loin, du côté de la tête et de l'épaule correspondante.

Ces irradiations douloureuses sous forme névralgique ont, dans l'espèce, une grande valeur diagnostique sur laquelle on a, du reste, insisté depuis longtemps. Nous les avons rencontrées à des degrés divers chez tous nos malades et quelquefois même avec une intensité telle que nous avons proposé il y a quelques années et pratiqué chez deux d'entre eux ce que nous appelons la « *circumotomie thyroïdienne* » (1), c'est-à-dire la section à ciel ouvert de la peau et des plans aponévrotiques, dans le but non seulement de faire cesser des phénomènes d'étranglement, de compression, mais aussi de soulager ces pauvres cancéreux chez lesquels on ne peut recourir qu'à des opérations palliatives. La consistance particulière du lobe latéral droit, sa dureté et ses adhérences profondes, enfin et surtout l'existence des ganglions voisins, ne doivent laisser aucun doute sur la nature de l'hypertrophie survenue dans ces derniers temps.

Quel a été maintenant, dans l'apparition de ce néoplasme, le rôle des chagrins, de l'influenza signalés par la malade?

Je n'hésite pas, Messieurs, à leur reconnaître une certaine influence, à coup sûr difficile à préciser. Mais nous rencontrons trop souvent, dans nos observations, ces mêmes facteurs étiologiques pour ne pas leur accorder quelque crédit. Ce n'est pas d'aujourd'hui que des chagrins violents, des tristesses prolongées ont été considérés comme une cause occasionnelle de cancer. Cette

(1) *Congrès français de chirurgie*, 1889.

étiologie banale ne saurait être récusée et, en ce qui concerne notre malade, nous admettons sans peine que les causes morales dépressives, comme celles qu'elle nous indique, aient pu avoir une action sur la transformation de son goître. Quant à l'influenza qu'elle a également invoquée, nous n'avons aussi aucune bonne raison pour nier le rôle d'une maladie infectieuse antérieure, dans le développement d'une tumeur maligne, alors que sans faire d'hypothèses plus ou moins plausibles, cette dernière infection aurait simplement affaibli la résistance de tissus depuis longtemps en voie d'évolution pathologique. Dans ces dernières années, nous avons vu trop souvent des cancéreux thyroïdiens rattacher à une attaque plus ou moins éloignée d'influenza la transformation de leur tumeur, trop souvent aussi le néoplasme se développer après une angine qui lui aurait servi, en quelque sorte, de porte d'entrée, pour ne pas admettre plus ou moins entre ces divers phénomènes des relations de cause à effet.

Si nous nous demandons maintenant à quelle variété de cancer nous avons affaire, nous ne pouvons, à ce point de vue, manquant de signes cliniques suffisants, que nous appuyer sur les statistiques. Sur 19 cas, où l'examen histologique a tranché la question, cas recueillis par M. Orcel, 17 fois il s'agissait d'un cancer épithélial thyroïdien, 2 fois seulement d'un sarcome, c'est-à-dire d'une tumeur à point de départ conjonctif.

L'adénome malin de Wœlfler ou cancer épithélial serait donc le cancer thyroïdien par excellence, mais en clinique, nous manquons complètement de signes distinctifs pour reconnaître un néoplasme du type conjonctif d'un néoplasme épithélial. A ce point de vue, il importe du reste assez peu, puisque, quelle que soit la variété de tumeur, la malignité n'en est pas moindre. Dans un cas comme dans l'autre, la marche est sensiblement la même et malheureusement aussi le traitement.

Le cancer de la thyroïde a une gravité extrême. Non seulement il est au-dessus des ressources de la thérapeutique, mais sa marche a parfois une grande rapidité.

C'est ainsi que la durée moyenne est de 6 à 7 mois, tandis que les cancers les plus malins, tels que ceux de la langue, de l'œsophage, du rectum, etc., ont une survie notablement plus grande.

Certaines tumeurs thyroïdiennes ont même une évolution si aiguë que le diagnostic de cette affection et d'une lésion inflammatoire simple, d'une thyroïdite infectieuse, par exemple, est souvent impossible.

Un de mes anciens internes, M. le D[r] E. Rollet, a rapporté deux cas de cette variété de cancer aigu (1) de la thyroïde, dans lesquels une telle erreur de diagnostic avait été commise et alors que la survie des malades n'avait pas dépassé quelques semaines. Il s'agit, en pareil cas, de formes encéphaloïdes diffuses. Le néoplasme franchit rapidement la capsule thyroïdienne, il envahit les organes voisins et laisse, en quelque sorte, à peine le temps de se produire, à une généralisation qui est si commune dans les tumeurs malignes du corps thyroïde. On pourrait donc, au point de vue de leur marche, diviser le cancer thyroïdien en trois variétés : forme aiguë, subaiguë et chronique, si tant est que, pour une tumeur entraînant la mort après quelques mois, on puisse se servir de cette dernière expression. Malheureusement, quelle que soit anatomiquement la forme du cancer, quelle que soit cliniquement son évolution, le dénouement reste le même. L'invasion des ganglions voisins est si rapide, que la généralisation du côté du médiastin, des plèvres et des poumons est si prompte que, même dans le cas où la dégénérescence est de date récente, relativement localisée, l'intervention nous paraît devoir être rejetée ; tout au moins les malades que nous avons opérés dans ces conditions n'en ont-ils pas, au point de vue de la survie, retiré un bénéfice appréciable. *A fortiori*, lorsque la glande est envahie en totalité, lorsque le néoplasme a franchi la capsule, etc., toute intervention est contre-indiquée. En dehors de la *circumotomie thyroïdienne* applicable dans quelques cas, en dehors des injections sous-cutanées de morphine, il ne reste plus que la trachéotomie pour essayer de prolonger les jours du malade, et encore cette opération palliative n'entraîne-t-elle qu'un répit momentané dans la marche des accidents. D'après nos observations, la survie de tels trachéotomisés aurait été de quelques jours, et dans les cas les plus heureux de trois à quatre semaines. Le pronostic du cancer de la thyroïde est donc vraiment désespérant. Chez notre malade en particulier, l'existence d'une polyadénite cancéreuse contre-indique tout traitement chirurgical.

Laissez-moi, Messieurs, en terminant, appeler votre attention sur certains détails relatifs à l'appareil instrumental indispensable chez les cancéreux thyroïdiens que l'on trachéotomise. Si l'on tient compte du volume du goître, sur la ligne médiane, de l'épaisseur des parties molles qui sépare l'incision de la peau de l'ouverture de la trachée, si l'on tient compte en outre de la déformation de ce conduit, sur une longueur plus ou moins étendue, il faut reconnaître que les canules usuelles peuvent à peine arriver jusqu'à la plaie trachéale ou la dépasser. Je me sers depuis quelques années de longues canules dont la longueur moyenne est de 13 centimètres (1), tandis que les canules habituelles mesurent seulement 75 millimètres. Avec ces canules que je vous présente, dont l'introduction est rendue très facile par la présence d'un mandrin mobile avec extrémité conique, on est sûr de franchir le rétrécissement trachéal et par cela même de parer aux accidents de suffocation.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 26 mai 1886.

(1) Voir Thèse de Lyon, 1892 : D. AUGIER, *De la thyroïdectomie partielle comme traitement du goître parenchymateux.*

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Eczéma nerveux (Neurotic eczema), par CUTHBERT BARHAM (*Medical News*, 25 mars 1893, n° 1054, p. 317). — L'existence d'un eczéma nerveux est admise déjà par la plupart des auteurs et des dermatalogistes en particulier. Les huit observations rapportées, outre qu'elles confirment cette opinion, montrent quelques variétés de cette forme, et permettent jusqu'à un certain point de soupçonner sa pathogénie. Les conclusions de ce travail sont les suivantes: les lésions sont groupées en plaques circonscrites, l'éruption est symétrique, elle se fait de préférence aux membres du côté de l'extension et à leurs extrémités. Le trouble résulte du désordre fonctionnel des centres trophiques de la moelle, et probablement en nombre de cas de névrites périphériques, l'irritation reflexe — telle que la réalisent nombre d'irrégularités fonctionnelles, anxiété mentale, neurasthénie, etc... — est un facteur important de prédisposition.

Névrite du nerf grand auriculaire caractérisée par des éruptions répétées d'herpes sur le trajet de ce nerf (Neuritis of the great auricular nerve characterized by recurrent herpetic eruptions over the course of the nerve), par TH. DILLER (*The journal of nervous and mental Disease*, mai 1893, n° 5, p. 321). — Sujet âgé de 15 ans : cinq ans après un traumatisme, il ressentit des douleurs vives dans l'aisselle gauche, le bras et la nuque : des accès de ce genre le prirent en juillet et en août. En novembre, il souffrit de

douleurs au niveau du point du sterno-mastoïdien d'où émerge le nerf auriculaire, et peu après survint une éruption d'herpes à ce niveau. Ultérieurement, des accès analogues s'accompagnèrent d'une semblable éruption. Sans doute s'agit-il d'une névrite traumatique.

Paralysie générale juvénile (General paralysis occuring about the period of puberty), par VIGLESWORTH (*British Medical Journal*, 25 mars 1893, n° 1682, p. 655). — L'auteur a observé deux cas de paralysie générale survenus chez des jeunes filles à l'âge de 12 ans pour l'une et de 14 ans pour l'autre. Il semble que ces cas, dont les premiers exemples ont été relatés tout récemment par Clouston, soient moins exceptionnels qu'on ne le croit. Les deux malades ont présenté de la démence et les autres signes de l'affection et ont succombé à l'âge de 16 ans et de 18 ans; les lésions constatées à l'autopsie étaient caractéristiques. D'après les caractères des cas connus jusqu'à présent, cette forme juvénile atteindrait plutôt les filles, aurait de la tendance à une plus longue durée; les signes de la puberté s'arrêtent dans leur développement, ainsi que la croissance. Comme cause, on ne peut invoquer que l'influence héréditaire et la syphilis congénitale.

Paralysies puerpérales (Neuritis and myelitis and the forms of paralysis and pseudo-paralysis following labor), par CH. K. MILLS (*University medical magazine*, 1893, avril et mai, p. 508 et 606.) — Travail d'ensemble sur les paralysies puerpérales avec observations originales à l'appui. En dehors des névrites puerpérales d'origine septique et des myélites analogues, l'auteur décrit la paralysie isolée du type péronier, les paralysies par lésions des organes du petit bassin et celles qui sont produites par la phlegmatia, en tout cinq variétés, dont il trace les caractères cliniques et le diagnostic différentiel, avant que d'indiquer les indications thérapeutiques générales et particulières.

Atrophie musculaire idiopathique et névrite multiple (Idiopathic muscular atrophy complicated by multiple nevritis), par ESKRIDGE (*The journal of Nervous and mental Disease*, avril 1893, n° 4, p. 252). — Il s'agit d'une malade dont le père et un des frères présentent des signes d'atrophie musculaire progressive, et qui elle-même a été prise, il y a huit ans, de faiblesse et d'atrophie qui après avoir atteint les extrémités inférieures ont gagné le tronc et les membres supérieurs, sans douleurs, sans troubles des sphincters, sans signes oculaires. Il existe de plus aux membres inférieurs des aires d'anesthésie complète en forme de bottes remontant jusqu'au tiers supérieur des cuisses. L'auteur défend le diagnostic de poliomyélite chronique associée à une névrite multiple chronique localisée aux membres inférieurs.

Atrophie musculaire progressive du type Duchenne-Landouzy-Déjerine (Forma particolare di atrophia muscolare progressiva di tipo Duchenne-Landouzy-Dejerine), par ORAZIO D'ALLOCCO (*Rivista Clinica e terapeutica*, décembre 1892, n° 12, p. 713). — Enfant de 10 ans, né de parents inconnus, qui présente une atrophie musculaire offrant tous les caractères de la myopathie primitive, et occupant le côté droit du corps et de la face exclusivement. Il existe, du même côté des muscles pseudo-hypertrophiés, de l'atrophie des os, de la peau et du tissu cellulaire. Le visage est asymétrique par suite de l'atrophie de la moitié droite de l'orbiculaire des lèvres. Les muscles de l'épaule, les pectoraux, les intercostaux droits sont atrophiés. Exception faite pour le deltoïde, les muscles du bras, de l'avant-bras et de la main sont atrophiés en masse, de même que ceux du membre inférieur. La consistance des muscles est augmentée, et la force dynamométrique est en rapport avec le degré de l'atrophie. Il existe de l'ensellure lombaire et une démarche analogue à celle de la paralysie pseudo-hypertrophique. Les réflexes patellaires sont abolis des deux côtés. Il n'y a pas de contractions fibrillaires, ni de troubles de la sensibilité, de l'intelligence ni des sphincters. Pas de troubles qualitatifs de la réaction électrique. En somme, on constate le tableau classique de la myopathie du type facio-scapulo-huméral avec cette particularité d'une limitation hémiplégique. L'auteur discute la nature du cas et pense qu'il témoigne en faveur de l'origine neuropathique (névrite chronique) et non myopathique du type facio-scapulo-huméral.

Troubles de la motilité des organes de la voix chez les sourds-muets, par CH. FÉRÉ (*Revue neurologique*, 1893, n° 9, p. 208). — L'auteur a déjà attiré l'attention sur l'existence de troubles de la motilité des organes de l'articulation de la voix chez les sourds-muets, indépendants de la fonction articulatoire elle-même. Il a poursuivi ces recherches sur des enfants de l'Institution nationale des sourds-muets. Il en résulte que l'énergie et la rapidité des mouvements de la langue présentent un déficit remarquable, que de plus la motilité des lèvres est également en défaut. Enfin, l'étude graphique de la respiration des mêmes sujets montre qu'ils présentent tous plus ou moins une expiration saccadée qui rend compte de la difficulté à émettre les voyelles. L'auteur se demande si ce trouble fonctionnel de la respiration ne jouerait pas, à côté de la dégénérescence, un rôle dans la soi-disant prédisposition du sourd-muet à la phthisie.

Crampe des écrivains (Beitrag zur Prophylaxie und Therapie des Schreibekrampfes), par LANGES (*Münch. med. Woch.*, 28 février 1893, n° 9, p. 173). — L'auteur ainsi que son frère ont beaucoup souffert de la crampe des écrivains, et ils y ont toujours remédié par un moyen simple qu'il juge de son devoir de faire connaître. Le procédé consiste à tenir le porte-plume entre l'index et le médius; l'index est appuyé sur lui et l'instrument est contenu par le pouce et par la face radiale du médius. De cette façon les mouvements ne se passent plus dans les doigts, mais sont exécutés surtout par l'avant-bras.

CHIRURGIE

Pneumotomie pour dilatation bronchique du sommet droit (Bronchiectasia apicis pulm. dextr.; pneumotomia; Heilung), par HOFMOKL (*Wien. med. Presse*, 1893, n° 18). — Dans un cas de dilatation bronchique assez limitée du poumon droit ayant résisté à tout traitement médical, l'auteur fit avec succès la pneumotomie après avoir déterminé le siège de la cavité par une injection de bleu de méthylène.

Incision du second espace intercostal dans une étendue de 9 cm, commençant à 6 cm. du bord droit du sternum. La peau et les muscles divisés, on traversa avec le thermo-cautère la plèvre soudée et le poumon jusqu'à ce qu'on ait trouvé la cavité. Drainage et pansement antiseptique.

Dès le lendemain, l'expectoration avait diminué et perdu son odeur fétide. 15 jours après, le malade quittait l'hôpital guéri de sa bronchite.

Hystérectomie totale par la voie sacrée (Zur Technik und Indicationen der sacralen Totalexstirpation der carcinomatœsen Uterus), par ABEL (*Centralb. f. Gynæk.*, 1893, n° 19, p. 450). — Après avoir très brièvement rapporté 7 cas d'hystérectomie totale pour cancer faite par la voie sacrée par Zweifel, et indiqué la technique opératoire, l'auteur étudie les indications de cette voie comparée à la voie vaginale.

Pour lui, la voie sacrée est plus avantageuse. Avec elle, l'opération est plus radicale, l'hémostase plus facile à assurer, on voit ce qu'on fait. De plus, c'est la seule possible à l'exclusion de la voie vaginale, dans le cas d'étroitesse du vagin, de fixité trop grande de l'utérus, de tumeurs trop volumineuses.

Anatomie normale et pathologique de l'appendice vermiculaire (Beitræge zur normalen und pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes), par RIBBERT (*Virchow's Arch.*, 1893, Bd 132, p. 66). — Le travail de l'auteur basé sur l'examen d'un grand nombre de cadavres met en lumière plusieurs points assez intéressants.

Les mensurations démontrent tout d'abord que la longueur de l'appendice augmente à partir de 5 ans jusqu'à 30 ans pour diminuer ensuite presque régulièrement jusqu'à la mort. Cette diminution de longueur marcherait de pair avec un autre phénomène que l'auteur considère également comme physiologique, l'oblitération de l'extrémité de l'appendice qui se rencontrerait dans un quart des cas, ou même dans un tiers, si l'on ne considère que les adultes et les vieillards. L'oblitération en question est caractérisée par une fusion du tissu conjonctif de la muqueuse précédée ou accompagnée de disparition des glandes.

Dans les hydropisies peu marquées de l'appendice, la paroi est à peine modifiée. Plus tard, l'épithélium disparaît par

places ou bien ne forme qu'une couche uniforme avec glandes peu nombreuses qui peuvent manquer totalement.

Le travail se termine par une étude sur les calculs stercoraux à propos desquels l'auteur relève que leurs couches périphériques sont composées de mucus desséché.

Opération sur le testicule non descendu (A modified operation for the relief of undescended testis), par Bidwell (*Lancet*, 17 juin 1893, p. 1439). — Quand on peut forcer un testicule non descendu à franchir l'orifice du canal inguinal, on applique ensuite un bandage; mais il est rare qu'à la suite de ce traitement, recommandé par le professeur John Wood, le testicule descende au delà de la racine du pénis et souvent il rentre dans le canal inguinal quand on enlève le bandage. L'auteur a recours au traitement suivant : il fait une incision comme pour la cure radicale d'une hernie, incision qu'il ne prolonge pas sur le scrotum. Quand la chose est possible, il fait sortir le testicule du canal inguinal, sinon il sectionne les fibres du grand oblique. Il sectionne la tunique vaginale juste au-dessus du testicule même; s'il y a une hernie, l'extrémité supérieure de la vaginale est disséquée, puis suturée à l'anneau interne; quand il n'y a pas de hernie, ce bout supérieur est simplement réséqué. L'auteur coupe ensuite transversalement les fibres du crémaster, le testicule est alors attiré en bas pendant que le bistouri libère les tissus qui entourent l'épididyme. On produit ainsi une inversion du testicule, ce qui permet à ce dernier d'arriver plus bas et d'être placé dans le haut du scrotum. On fixe ensuite le testicule au fond du scrotum à l'aide d'une aiguille montée. On clôt le canal inguinal par la méthode de Macewen.

L'auteur cite ensuite trois cas dans lesquels l'emploi de cette méthode lui a fourni de très bons résultats.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique physiologique du cœur, par le professeur G. Sée. Paris, L. Bataille, 1893.

En lisant le titre de cet ouvrage, nous nous attendions à n'y trouver qu'un exposé méthodique des diverses médications que l'on peut opposer aux troubles fonctionnels du cœur et l'interprétation physiologique du mode d'action des substances diverses que le médecin peut et doit employer suivant les indications cliniques.

Tout à la fois clinicien expérimenté et savant physiologiste, très au courant de la littérature française et étrangère, M. G. Sée était mieux à même que personne de remplir ce programme et d'ajouter aux nombreux ouvrages qui traitent de la pathogénie et de la thérapeutique des maladies du cœur un traité nouveau aussi complet au point de vue de l'érudition que précis et facile à consulter dans un cas déterminé.

Suivant, au contraire, un plan déjà adopté dans quelques autres ouvrages, le savant médecin de l'Hôtel-Dieu a préféré rassembler et réunir des leçons cliniques nombreuses dans lesquelles, à propos du cœur et de ses lésions, se trouvent traités les sujets les plus divers. C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, que devant nécessairement s'occuper des bromures qui ont une efficacité si réelle dans certaines affections du cœur, M. G. Sée étudie leur action dans l'épilepsie, et, poussant plus loin ses recherches de physiologie pathologique, discute ce qu'est l'épilepsie, quelle peut être l'interprétation des épilepsies expérimentales et toxiques.

Nous pourrions citer de nombreuses digressions analogues à propos du fer et des anémies, de l'alcool, des purgatifs, etc. Nous les constatons sans nous en plaindre. On trouve à glaner de nombreux faits dans ces études de pharmacologie, de physiologie expérimentale et de clinique thérapeutique. Mais on y perd un peu de vue ce qu'on tient à retenir surtout : le traitement des maladies du cœur. Quel doit être à cet égard le rôle du médecin? A quel moment son intervention peut-elle être nécessaire? Les premières phrases de l'introduction de ce livre nous paraissaient répondre à ces questions et nous les avions lues avec quelque surprise. « Nous voyons tous les jours, dit M. Sée, des malades qui, pendant des mois et de longues années, n'offrent aucune perturbation de la santé générale ou locale et qui portent allégrement les signes physiques les plus éclatants de percussion ou d'auscultation, des souffles aux ouvertures ou aux valvules, des frottements au péricarde, la matité exagérée du muscle cardiaque. S'ils n'ont rien de troublé, si tout est régulier dans les fonctions, nous n'aurons pas à nous préoccuper de ces lésions physiques, ni à les réduire, ni à les résoudre et encore moins à en chercher la réparation, la restitution. L'intervention du médecin ne devient utile que quand l'ordre fonctionnel est atteint. »

Tout l'ouvrage que nous venons de lire proteste, au contraire, contre ce que cette doctrine, considérée comme exclusive, pourrait avoir de dangereux. L'intervention du médecin est surtout utile chez les cardiaques, non pour lutter contre une lésion organique toujours irréparable, mais pour prévenir les dégénérescences multiples que les désordres de la circulation déterminent ou aggravent. « C'est une dangereuse erreur, a dit Œrtel, de croire qu'un malade bien compensé puisse se passer de précaution », et cette phrase, citée par M. G. Sée, est si bien la pensée maîtresse de son livre qu'elle est la raison d'être des nombreuses pages qui traitent du régime des dyspeptiques, des obèses, etc., et même des cardiaques.

C'est donc pour bien prouver le rôle *indirect* que doit jouer le médecin désireux de lutter contre une « *maladie du cœur* » que M. G. Sée a accumulé tant de matériaux dans ce livre où une révision plus attentive, en vue d'une réédition, fera disparaître certaines obscurités (v. p. 393) et arrivera ainsi à mieux faire ressortir la pensée de l'auteur et le but éminemment utile qu'il poursuit en cherchant à concilier toujours la physiologie expérimentale et la clinique.

L. Lereboullet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses.

Contribution a l'étude des tumeurs congénitales d'origine parasitaire de la région sacro-coccygienne, par Jean-Benjamin Calbet. G. Steinheil, rue Casimir Delavigne.

L'immense majorité des tumeurs congénitales de la région sacrococcygienne décrites par les auteurs sous les noms de : monstruosités parasitaires, inclusions fœtales, tumeurs polykystiques, tératomes, tumeurs mixtes, tumeurs à tissus multiples, tumeurs complexes, sarcomes, fibromes, lipomes, angiomes et lymphangiomes, doivent être rangées dans un même groupe. Elles sont dues à un embryon anormalement développé, vivant en parasite sur un frère jumeau ordinairement bien conformé. Elles ont trois sièges de prédilection, qui sont par ordre de fréquence : la face antérieure du sacrum et du coccyx (triangle rétro-rectal), la pointe du coccyx et la face postérieure du sacrum. D'aspect très divers, ces tumeurs ont une structure similaire. On trouve entre les plus complexes et les plus simples toutes les transitions. Elles s'accompagnent de troubles sérieux, comportent un pronostic grave, et peuvent et même doivent être enlevées rapidement, toutes les fois que la chose est possible.

Traitement des suppurations de l'attique, par Eugène Weismann. G. Steinheil, rue Casimir-Delavigne.

Les suppurations de l'attique sont particulièrement redoutables :

1° A cause de leur marche insidieuse;

2° A cause des organes importants qu'elles peuvent atteindre au voisinage;

3° A cause du siège caché et difficile à atteindre qu'elles occupent.

Cela explique d'une part leur gravité, d'autre part leur ténacité.

Les auristes ont dirigé contre elles divers ordres de traitement de plus en plus audacieux et de plus en plus rationnels à mesure que les progrès généraux de la chirurgie et les progrès particuliers de leur art le leur ont permis.

Ils ont commencé par des lavages, des cautérisations pour pratiquer bientôt l'ablation des osselets supposés malades et, lorsque la continuation des accidents autorisait une intervention plus grave, ils ont ouvert largement les cavités malades comme tout chirurgien l'aurait fait dans une région osseuse quelconque.

L'histoire de ces progrès est consignée dans ce travail; nous avons montré que lorsqu'une suppuration de l'attique ne cédait pas aux moyens simples, il fallait enlever le marteau, puis l'enclume, puis ne pas hésiter à découvrir le point caché et à mettre à nu l'attique. Cette manière de procéder, facilitée par la méthode remarquable que nous devons à Stacke, a le double avantage de

guérir les suppurations dont l'attique est le siège et de permettre pendant l'opération le diagnostic d'une affection de l'antre; on peut ainsi transformer, séance tenante, cette opération en quelque sorte exploratrice en une opération curative.

VARIÉTÉS

Loi pour la protection de la santé publique. — — La Chambre des députés vient d'adopter, avec le bénéfice de l'urgence, le projet de loi sur la protection de la santé publique, qui avait été longuement examiné il y a plusieurs mois par une commission spéciale et qui a fait l'objet d'un important rapport de M. le docteur Langlet, député de Reims.

Comme il arrive trop souvent à la Chambre des députés, ce projet de loi a été adopté presque sans discussion, la Chambre s'en remettant au Sénat du soin d'étudier d'une manière plus approfondie les dispositions proposées, d'y mettre un peu d'ordre, de relever et d'empêcher les contradictions qui peuvent exister entre elles. Aussi bien dans l'espèce il s'agissait, par un vote rapide, d'éviter que ce projet devînt caduc; soumis à une commission sénatoriale qui va être incessamment nommée, il pourra survivre à la législature actuelle et être discuté avec réflexion par le Sénat puis par la future Chambre.

Le titre I du projet se rapporte aux mesures sanitaires relatives aux localités. Il prescrit la procédure et l'exécution des mesures prescrites par les conseils compétents et l'administration « lorsque l'état sanitaire d'une commune nécessite des travaux d'assainissement, notamment lorsqu'une commune n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité ou en quantité suffisante, ou bien quand les eaux usées y restent stagnantes au milieu des habitations ». En particulier, « si le conseil municipal n'a pris, dans le délai de trois mois à partir de ladite mise en demeure, aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, ou s'il est devenu manifeste qu'il se refuse à leur exécution, un décret du président de la République ordonnera ces travaux dont la dépense pourra être mise intégralement à la charge de la commune, dans les conditions de la loi du 16 septembre 1807. Ce décret sera rendu en Conseil d'Etat. »

Avec le titre II sont prévues les mesures sanitaires relatives aux immeubles, qu'ils soient bâtis ou non, attenant ou non à la voie publique, lorsqu'ils ont été reconnus dangereux pour la santé des occupants ou des voisins. Après la notification du maire, un mois au moins est accordé aux propriétaires pour l'exécution des mesures prescrites; des délais sont accordés pour le pourvoi devant le juge de paix. Dans la rédaction adoptée, les formalités sont trop multiples et trop enchevêtrées pour qu'on puisse espérer une action rapide et assez efficace.

Toutefois, en cas d'urgence, constatée par l'arrêté du maire et spécifiée par la commission sanitaire, le préfet peut ordonner l'exécution provisoire des mesures, tous droits réservés.

De plus, « si l'assainissement de l'immeuble ou de la partie de l'immeuble est déclaré impossible par la commission sanitaire ou le conseil départemental d'hygiène, le maire interdit l'habitation ou l'usage jusqu'à ce que les conditions d'insalubrité aient disparu. L'arrêté prononçant cette interdiction devra être revêtu de l'approbation du préfet. En cas d'infraction à cet arrêté, le contrevenant sera poursuivi devant le tribunal correctionnel et condamné à une amende de 16 à 500 francs. »

Enfin, aucune habitation ne peut être construite ni habitée sans qu'on ait pu s'assurer qu'elle est dans des conditions suffisantes de salubrité.

Les mesures relatives aux personnes, indiquées par le titre III, se rapportent à la déclaration, la vaccination et aux mesures exceptionnelles de prophylaxie :

« La déclaration à l'autorité publique de tout cas de maladie infectieuse est obligatoire pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme qui en a constaté l'existence, ou, à défaut, pour le chef de famille, maître d'hôtel ou directeur d'établissement ou les personnes qui soignent les malades. La liste de ces maladies est dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, sur avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. »

Quant à la vaccination anti-variolique, elle sera obligatoire au cours de la première année de la vie et la revaccination au cours de la onzième et de la vingt-unième année. Les parents ou tuteurs seront tenus personnellement à l'exécution de ladite mesure.

Lorsqu'en dehors des maladies prévues par la loi du 3 mars 1822 (choléra, peste, fièvre jaune), une épidémie menace le territoire de la république ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, le Président de la République peut, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, déterminer et faire exécuter de suite les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie.

Le titre IV de la loi fixe l'organisation sanitaire qui se compose de trois rouages. D'abord le Comité consultatif d'hygiène publique de France dont les attributions sont ainsi fixées : « Le Comité consultatif d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le gouvernement.

» Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation et sur le classement des établissements insalubres. »

Vient ensuite le Conseil d'hygiène départemental qui « se composera de 15 membres au moins. Il comprendra nécessairement deux conseillers généraux, trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire. »

D'autre part, la Commission sanitaire de circonscription fonctionnant dans l'arrondisssement sera composée au moins de 7 membres pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général, un médecin, un architecte ou tout autre homme de l'art et un vétérinaire. »

De plus, l'article 15 crée dans chaque département un service d'inspection chargé de provoquer les mesures à prendre dans l'intérêt de l'hygiène et de l'assistance publique et de veiller à l'exécution des lois, des règlements et des décisions de l'autorité administrative en ces matières.

Par l'article 16, l'un des plus importants du projet, le maire est tenu, dans toute commune, de prendre un arrêté portant règlement sanitaire et comprenant les mesures propres à protéger la santé publique, notamment en ce qui concerne les maladies infectieuses et transmissibles, la salubrité des maisons et des agglomérations.

Le titre V et dernier s'occupe des dépenses, pénalités et dispositions diverses. Il met à la charge des communes les moyens sanitaires et à la charge des départements l'organisation administrative.

Quant aux pénalités, quiconque, par négligence ou incurie, dégradera des ouvrages publics ou communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation; quiconque, par négligence ou incurie, laissera introduire des matières excrémentitielles ou toute autre matière susceptible de nuire à la salubrité dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, citernes, conduites, aqueducs, réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du code pénal. Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines portées à l'article 257 du code pénal.

Les pénalités encourues par suite du manque d'application des prescriptions de la loi seront régies par l'article 479 du code pénal avec admission possible des circonstances atténuantes (article 463 du code pénal).

Tel est ce projet qui, en abrogeant la plupart des dispositions de notre législation sanitaire actuelle, la met plus en harmonie avec les progrès de l'hygiène publique et devance sur beaucoup de points l'opinion publique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTIÈME ANNÉE N° 28 15 JUILLET 1893

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Sur l'origine microbienne de la lithiase biliaire

L'hypothèse que les calculs biliaires pourraient avoir pour origine une infection des voies biliaires, est de date toute récente ; et il n'a fallu rien moins que l'engouement justifié pour les résultats merveilleux de la bactériologie, pour qu'on admît à la critique une opinion aussi en désaccord avec les idées que nous nous faisons sur la pathogénie de la lithiase biliaire soit par tradition médicale, soit à la suite des travaux de ces dernières années (1).

Quoi qu'il en soit, l'idée a pris racine, bien qu'elle ne soit pas encore appuyée sur un nombre de faits cliniques et anatomo-pathologiques suffisamment démonstratifs, ni sur des faits expérimentaux qui manquent totalement.

Les travaux sur cette question sont peu nombreux. Mais avant d'en aborder la critique il convient de rappeler en quelques mots la doctrine de la formation des calculs, sans nous étendre, bien entendu, sur les troubles de la nutrition qui préparent l'imminence de la lithiase biliaire.

Si l'on examine la constitution chimique des calculs biliaires, on reconnaît qu'ils sont surtout formés de cholestérine, principe normalement contenu dans la bile à l'état dissous, et de sels de chaux.

La proportion de ces matières premières dans les calculs est variable, ce qui, soit dit en passant, pourrait évoquer l'idée d'un processus différent dans l'un et l'autre cas ; et selon la prédominance de l'une ou l'autre, ces calculs ont un aspect physique un peu dissemblable.

La cholestérine est normalement dissoute dans la bile. L'état alcalin de celle-ci, la présence des sels biliaires et des savons biliaires à base de soude ou de potasse sont les conditions qui la maintiennent dissoute.

Dès lors, d'après la doctrine, la précipitation de la cholestérine se fait :

(1) BOUCHARD, Maladies par ralentissement de la nutrition. *Traité de Médecine, Charcot-Bouchard*, article LITHIASE BILIAIRE, T. I par M. Le Gendre, T. III, par M. Chauffard.

Si la quantité de cholestérine éliminée dépasse le pouvoir disolvant du milieu ;

Si la bile devient acide ;

Si des modifications chimiques ont lieu aux dépens des substances qui maintiennent la cholestérine dissoute.

Je laisse de côté, pour l'instant, la première de ces conditions, sans discuter les objections qui lui ont été opposées en particulier par M. Naunyn (1). J'y reviendrai dans un instant; pour le moment, je m'arrête spécialement sur la troisième, car la théorie parasitaire lui fait jouer, elle aussi, un rôle dans la formation des calculs.

La cause de la précipitation de la cholestérine dans ce cas, est l'apparition anormale de sels de calcium dans la bile. Sans insister ici sur leur origine dyscrasique, le mélange de ce composé calcique avec la bile modifie profondément la constitution chimique de celle-ci, et conséquemment sa constitution physique. Il a pour effet la précipitation à l'état insoluble de glycocholate et de taurocholate de chaux, de savons biliaires à base de chaux, enfin d'après M. Naunyn il amène la formation de sels calciques, de pigments biliaires, en particulier de sels calciques de bilirubine. Voilà pour l'origine de la chaux des calculs.

Mais, comme les substances qui maintenaient la cholestérine dissoute n'existent plus, puisqu'elles sont transformées en sels insolubles, celle-ci en même temps est précipitée : voilà l'origine de la cholestérine des calculs.

Si la doctrine dyscrasique et la théorie parasitaire se confondent en somme, pour expliquer le mécanisme chimique de la précipitation des substances lithogènes, nous allons voir qu'elles diffèrent complètement sur l'origine de celles-ci.

*
* *

Quelques auteurs qui se sont occupés incidemment, à propos des infections biliaires, de l'origine infectieuse possible de la lithiase, ont étudié les modifications d'aspect, de consistance, etc., qui se montrent dans la bile lorsqu'elle n'est pas aseptique. Dans leur pensée et en l'absence de tout rôle dévolu à l'épithélium biliaire, il y a comme une tendance à faire du calcul biliaire une simple concrétion par précipitation, devenant elle-même un centre de cristallisation pour la cholestérine et ils réduisent ainsi la formation du calcul à une simple action physicochimique à laquelle les éléments biologiques propres de l'individu ne participeraient pas.

(1) NAUNYN, *Dixième Congrès de médecine interne tenu à Wiesbaden, en 1891.*

C'est ainsi que, conjointement à d'autres observateurs, M. Létienne (1), ayant été amené à reconnaître un état septique des voies biliaires *chez des sujets ne présentant aucune lésion apparente des canaux eux-mêmes*, décrit un état de microbisme latent de ceux-ci se manifestant exclusivement par des altérations de la bile. Celle-ci perd son ton jaune orangé normal, elle devient brunâtre ou pâle ou, au contraire, prend une coloration verte.

Elle devient plus consistante, moins homogène; elle perd sa fluidité, sa transparence et renferme des flocons en suspension.

Ces altérations de la bile sont intéressantes à connaître, mais peut-être serait-il prématuré d'en tirer des conclusions fermes et de voir dans ces modifications, en somme banales, d'une humeur envahie par des fermentations, l'origine de tous les calculs biliaires. S'il en était ainsi, rien ne serait plus facile que de réaliser *in vitro* la formation des calculs. Mais, auparavant, faudrait-il au moins savoir de quoi sont composés ces flocons et ce que deviennent dans ces fermentations les composés de la bile.

Or, à ce sujet, nous ne savons qu'une chose, c'est que M. Naunyn (*l. c.*) dans la bile en putréfaction a retrouvé des sels calciques de bilirubine autour des amas de bactéries, mais dans ce cas, il y avait lésion des épithéliums et il ne s'agissait plus alors d'une simple fermentation de la bile.

D'ailleurs, c'est dans la famille étiologique des lithiasiques qu'il faudrait faire la preuve de ce parasitisme lithogène, et jusqu'à plus ample démonstration, je crois qu'on ne saurait admettre une théorie de la lithiase biliaire fondée uniquement sur le microbisme latent de la bile et sur les modifications d'ordre fermentatif qu'il y provoque sans lésion des voies biliaires.

***

La théorie parasitaire de la lithiase biliaire a été magistralement exposée par M. Naunyn au dixième congrès de Wiesbaden en 1891. Mais avec lui, un nouvel élément entre en jeu, ce sont les épithéliums des voies biliaires, l'angiocholite. Nous revenons, comme on le voit, au catarrhe lithogène de Hæckel, et c'est sur ce rôle dévolu aux cellules de revêtement des voies biliaires dans la production des calculs, qu'il importe d'insister, car il n'est pas lié nécessairement à la présence des microbes. Ce fait permet d'entrevoir, *a priori*, que *toutes les lithiases* ne sont pas fatalement fonction de microbes.

Mais auparavant il convient d'insister sur quelques faits concernant la constitution du noyau du calcul, et sur quelques conditions admises jusqu'ici comme lithogènes.

Le noyau des calculs est, ainsi qu'on sait, constitué par une substance plus ou moins molle, organique, brunâtre, complexe, formée de pigments biliaires, de cellules épithéliales, de corps étranger quelconque, précipité, etc. Mais, d'après M. Naunyn, il faut lui accorder une importance plus considérable, étant constitué non pas par des granulations pigmentaires précipitées, mais par des détritus épithéliaux, au milieu desquels on peut retrouver des formes cellulaires renfermant encore des gouttelettes de cholestérine et des microbes. Voilà un premier fait.

D'autre part, en ce qui concerne les conditions physico-chimiques de la lithiase, M. Naunyn pense qu'il ne faut incriminer ni l'épaississement de la bile, ni l'augmentation de la cholestérine et des sels biliaires, de chaux, ni enfin la transformation chimique des acides biliaires indiqués par Tudichun.

(1) Recherches bactériologiques sur la bile humaine. (*Arch. de méd. expérim.*, 1891, p. 771).

L'épaississement de la bile — par stagnation — est insuffisante à amener la formation des calculs, car on peut dessécher la bile et la redissoudre plusieurs fois.

Cependant la stagnation de la bile a une importance pathogénique très grande, elle favorise l'infection de la bile, en particulier l'infection par le *bacterium coli*. Indirectement elle est donc un facteur important de la lithiase biliaire, surtout des bases biliaires intra-hépatiques, composées de petits calculs, dans la constitution desquels on trouve, d'après M. Naunyn, des sels calciques de bilirubine, mélangés à des amas bacillaires.

La précipitation de la cholestérine et des sels calcaires de bilirubine ne tient pas non plus à un excès de ces substances dans la bile sécrétée : leur proportion est remarquablement fixe, *quelle que soit l'alimentation*, ainsi que le prouvent des expériences sur des chiens porteurs de fistules biliaires et dans lesquelles Thomas a vu cette quantité rester la même, qu'on nourrît ces animaux avec de l'albumine, des hydrates de carbone ou des graisses. Mêmes résultats lorsqu'on fait ingérer à des chiens ou à des lapins de la cholestérine en nature ou qu'on l'administre par voie hypodermique.

Il en est de même des sels calciques de bilirubine dont la proportion reste fixe quelle que soit la quantité de calcium ingérée. D'un autre côté, on ne saurait invoquer non plus, d'après M. Naunyn, une diminution du pouvoir dissolvant de la bile vis-à-vis la cholestérine ainsi que l'avait avancé Tudichun, car toutes les biles examinées renferment, et au-delà, assez de sels biliaires et de savons solubles pour dissoudre la cholestérine; ni la transformation dans la bile altérée de l'acide glycocolique ou acide cholalique et de glycocolle. Car l'acide cholalique a un pouvoir dissolvant égal à celui de l'acide glycocholique.

Ces notions préliminaires ont pour but d'établir que les calculs ne sont point formés aux dépens de la bile normale ni même aux dépens de la bile altérée. Mais la formation des calculs est la conséquence d'un acte physiologico-pathologique, qui a pour siège les épithéliums biliaires. Voici de quelle façon :

Nous avons vu plus haut qu'on trouvait au centre des calculs des fragments de cellules épithéliales, ce qui semble indiquer en effet que le trouble pathologique des éléments cellulaires et leur chute a précédé la formation du calcul. Cette destruction cellulaire a pour conséquence l'augmentation de la cholestérine, qu'on voit apparaître dans le corps cellulaire, ainsi que nous l'avons vu plus haut, sous forme de boules analogues à la myéline. D'autre part, Thomas, dans ses expériences sur les chiens relatées plus haut, a vu la quantité de cholestérine augmenter chez l'un d'eux atteint passagèrement de catarrhe biliaire. Voilà donc l'origine de la cholestérine : la destruction des épithéliums biliaires.

La même cause va produire la précipitation de la chaux. En effet, ainsi que l'a montré Frerichs pour la mucine et les sécrétions muqueuses, ces détritus épithéliaux renferment de la chaux. Or, la présence seule de l'albumine dans une solution de sel de chaux suffit déjà pour donner un précipité calcique (expér. de Steinmann (de Fribourg avec le blanc d'œuf). Mais c'est surtout sous forme de sels calciques de cholestérine et de sels calciques de bilirubine, que la précipitation se fera. Dès lors le noyau du calcul est formé et son augmentation se fait par adjonction active de nouvelles couches produites de la même façon et par imprégnations de pigments et de sable biliaire, sous l'influence des contractions de la vésicule elle-même.

C'est donc en fin de compte, comme nous le disions au début, du catarrhe biliaire, à l'angiocholite desquamative qu'on en revient. Est-ce à dire pour cela, même

en admettant le bien fondé de la théorie, que la notion d'infection en soit comme le corollaire nécessaire, constant, obligé? Nous ne le pensons pas *a priori*, et les faits positifs d'observation et d'expérimentation qu'on possède n'ont pas les qualités de rigueur nécessaires pour entraîner la certitude.

L'idée d'infection repose, en effet, sur la présence des microbes dans les calculs; sur l'existence d'une angiocholite; sur la pathologie comparée des calculs salivaires ou urinaires.

Mais la présence seule des microbes dans les calculs biliaires (Galippe, Naunyn) n'a pas une valeur suffisante. L'envahissement des voies biliaires par les microbes intestinaux surtout chez les lithiasiques est trop fréquente pour qu'on puisse éliminer cette infection secondaire dans l'appréciation des faits.

L'existence d'une angiocholite lithogène, une fois admise, n'implique pas non plus forcément l'idée d'infection. Naunyn lui-même invoque dans sa production l'action possible des sels biliaires, sur des épithéliums. Il peut en invoquer des dystrophies épithéliales semblables sous l'influence soit de certaines substances alimentaires habituelles fusant par le foie et par les voies biliaires, soit d'une nutrition générale déviée ou pervertie? Hösler (X^e congrès de Wiesbaden, 1890), notant la fréquence de la lithiase biliaire sur les côtes est de l'Allemagne, incriminait une alimentation trop substantielle et l'abus des boissons fortes. Ne peut-on voir dans ces substances, conduites au foie par la circulation porte, une raison suffisante d'irritation pour l'épithélium biliaire sans invoquer le catarrhe duodénal et celui des canaux biliaires, provoqués par une infection qui n'a pas été démontrée d'ailleurs?

Il ne me paraît pas légitime d'établir une analogie entre la lithogénèse biliaire et la formation des calculs salivaires dentaires dont M. Galippe a montré l'origine microbienne, puisqu'il s'agit, en somme, pour les autres, d'une formation chimique toute différente, et qui n'a pas, comme la lithiase biliaire, des limites étiologiques aussi nettement établies.

Quant aux calculs urinaires, je rappellerai seulement que si les corps septiques favorisent leur formation, c'est *dans des conditions de nutrition* qui mettent l'animal en expérience précisément en imminence ou même déjà en réalité de lithiase. C'est ce qu'a bien montré M. Tuffier (1) en répétant les expériences bien connues d'Ebstein et de Nicolaïer à propos de l'action de l'oxamide sur la nutrition.

On sait en effet, que Ebstein et Nicolaïer avaient provoqué chez les animaux par ingestion d'examide l'apparition d'un trouble de la nutrition, véritable maladie diathésique artificielle se caractérisant par l'existence d'une lithiase urinaire très abondante. Après plusieurs essais infructueux, M. Tuffier a réussi à reproduire cet état; chez le chien au bout de quelques semaines d'ingestion d'oxamide, il se montre une véritable gravelle urinaire, et l'on voit se développer dans le rein, dans les uretères, dans la vessie, des pierres de volume variable et de couleur jaunâtre.

Dans sa communication, M. Tuffier insiste sur ce fait que ces concrétions lithiasiques survenaient en dehors de tout micro-organisme, qu'il s'agissait bien d'un trouble de la nutrition, véritable maladie diathésique, où les microbes n'avaient rien à voir. Dans ces cas, en effet, le rein, les uretères, la vessie étaient absolument stériles, et les concrétions elles-mêmes examinées par MM. Chantemesse et Widal l'étaient également. Par conséquent, il pouvait conclure que la lithiase urinaire primitive peut se produire en dehors de tout organisme, et que la théorie parasitaire de la lithiase urinaire n'a pas de fondement.

(1) *Société de biologie*, 24 décembre 1892.

Mais, comme je le disais en commençant, si l'on étudie dans ces circonstances les causes accessoires qui provoquent la formation des concrétions, on reconnaît que les corps étrangers, par exemple, deviennent plus facilement des centres de concrétion lorsqu'ils sont septiques que s'ils sont aseptiques.

On peut, je crois, établir ici légitimement une comparaison entre ces conditions de la lithiase urinaire et de la lithiase biliaire. Dans l'un et l'autre cas, en effet, il s'agit d'un état dyscrasique particulier, d'un trouble général de la nutrition des tissus précédant la formation des concrétions, et alors, la question ainsi envisagée devient plus claire. D'une part, il y a à considérer les troubles nutritifs qui amènent au bout d'un temps plus ou moins long, dans certaines humeurs, l'imminence de la lithiase, qui peuvent précipiter celle-ci en la favorisant. Parmi celles-ci, et en ce qui concerne les voies urinaires, l'influence d'un corps étranger septique semble indiscutable — peut-être en est-il de même aussi dans les voies biliaires.

C'est réduire, ainsi qu'on le voit, à peu de chose le rôle des microbes dans la lithiase urinaire ou biliaire.

Il n'y a donc pas, croyons-nous, sous l'influence des doctrines microbiennes, à démembrer d'un nouveau chapitre nos connaissances sur la spontanéité morbide propre de nos éléments anatomiques.

Gênée par la généralisation qu'elle entraîne dans l'esprit, la doctrine parasitaire ne saurait se mouvoir à l'aise dans les limites étroites et précises de l'étiologie si bien connue de la lithiase biliaire. Embarrassée par son rigorisme, elle n'explique pas ces parentés morbides de la lithiase si bien mises en relief par M. Bouchard. Nous n'insistons pas sur ce point d'étiologie auquel il suffit de réfléchir pour s'en convaincre.

Est-ce à dire pourtant que l'infection des voies biliaires ne puisse dans certains cas être l'occasion de la formation des calculs? que l'angiocholite microbienne ne puisse précipiter celle-ci? La réponse, croyons-nous, est dans l'expérience suivante du travail de M. Tuffier et que nous avons déjà citée plus haut. Un animal empoisonné par l'oxamide fait spontanément des calculs urinaires; mais, *dans ces conditions*, un corps étranger septique devient plus facilement le centre d'un calcul qu'un corps aseptique.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr P. Reclus.

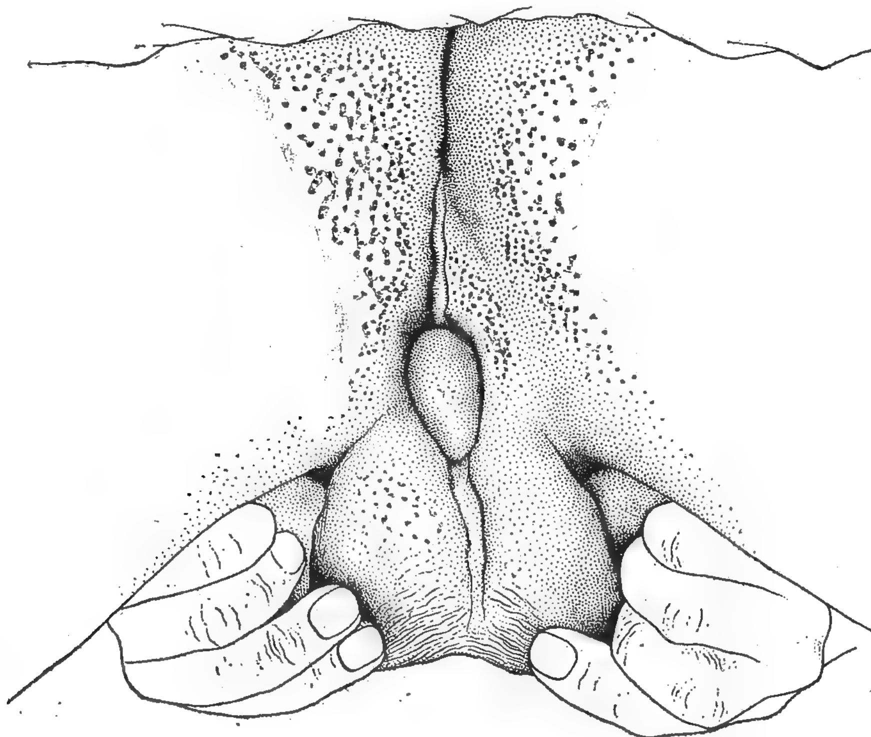
Kyste dermoïde du raphé périnéal et du scrotum.

En moins de six mois, nous avons vu passer sous nos yeux sept observations de kystes dermoïdes; quatre d'entre eux ne présentaient rien de bien particulier par leur siège ou par leur structure; ils s'implantaient à la tête ou à la queue du sourcil ou dans la région rétro-auriculaire; c'est là un lieu d'élection et leur fréquence y est trop grande pour que j'aie cru devoir insister sur ces cas. Il n'en a pas été de même pour le kyste dermoïde de l'ovaire compliqué d'un kyste proligère et d'un sarcome adhérent aux intestins, dont je vous ai donné ailleurs une description minutieuse; j'ai aussi consacré une conférence à ce kyste dermoïde péritesticulaire dont certaines particularités faisaient un cas pour ainsi dire unique; je veux aujourd'hui vous entretenir d'un kyste dermoïde du raphé périnéal absolument

exceptionnel, si j'en crois mes courtes recherches bibliographiques : je ne dis pas qu'il soit seul dans la littérature médicale, mais je n'ai pas vu que d'autres exemples en aient été signalés.

Voici le fait : un débardeur de 29 ans entre dans le service de notre ami le Dr Faisans, pour une albuminurie de vieille date; outre les accidents d'ordre médical dont nous n'avons pas à nous occuper ici, notre collègue constate l'existence d'une tumeur bizarre située au niveau du périnée antérieur : il veut bien nous consulter à ce sujet et nous confie son malade lorsque ses manifestations rénales, cardiaques et pulmonaires se sont apaisées. L'histoire de la tumeur est des plus simples : De tout temps notre homme avait senti dans la région ano-scrotale un soulèvement anormal; les parents l'auraient aperçu dès la naissance et lui-même, aussi loin que son souvenir remonte, il se rappelle l'avoir vu, non avec son développement actuel, mais en miniature pour ainsi dire : en effet, c'est au moment de la puberté que la tumeur prit les proportions plus considérables qu'elle a gardées depuis. Lorsque le malade est soumis à notre examen, voici ce que nous constatons.

En arrière du scrotum, à égale distance des bourses et de l'anus, il existe une tumeur du volume et de la forme d'une amande; elle est située exactement sur la ligne médiane, et paraît n'être, en définitive, qu'une distension d'un segment limité du raphé. La peau qui la recouvre est lisse, un peu amincie et sa surface est parcourue d'un lacis veineux apparent. La masse en est molle, dépressible et semblable à une poche à parois



flottantes et trop larges pour la substance qu'elle contient. Celle-ci se laisse malaxer et donne la sensation de la matière butyreuse des kystes sébacés. La tumeur est même en partie réductible et, lorsqu'on la comprime d'une manière continue, elle s'affaisse et l'on voit se gonfler deux diverticules, l'un antérieur et l'autre postérieur, qu'il nous faut maintenant décrire.

Le prolongement antérieur suit le raphé auquel il se substitue et s'étend de la tumeur que nous venons de décrire au scrotum sur lequel il se perd. C'est un trajet canaliculaire, moniliforme, où l'on compte cinq bosselures du volume d'un petit pois, séparées les unes des autres par des parties étranglées dont le diamètre ne mesure guère que deux ou trois millimètres. Lorsque l'on presse sur la tumeur centrale, on voit saillir et bomber chacune des bosselures; le raphé médian s'érige pour ainsi dire, puis s'affaisse lorsqu'on cesse de comprimer la poche, réservoir principal de la matière butyreuse. Même prolongement en arrière, moniliforme comme le précédent; comme lui, il se distend par l'afflux de la substance que l'on refoule de la tumeur médiane; mais il est moins considérable et en définitive ce diverticule, alternativement étranglé et dilaté, rappelle un vaisseau lymphatique, coupé de valvules et dans lequel on aurait injecté du mercure.

Une pareille tumeur ne pouvait être qu'un kyste dermoïde; son existence constatée dès les premiers jours de la naissance, son accroissement rapide au moment de la puberté, l'état stationnaire dans lequel elle était restée depuis, son siège précis au niveau du raphé, la consistance butyreuse de son contenu ne laisseraient aucun doute à ce sujet. L'opération devait vérifier notre diagnostic. Le 20 mai, sous l'anesthésie cocaïnique, la tumeur est extirpée avec la plus grande facilité; sa paroi n'est pas adhérente à la peau du scrotum dont la sépare une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif; le kyste glisse dans le tissu cellulaire sous-cutané. Après son ablation, l'examen en est confié à notre collègue le Dr Brault, qui lui trouve la structure des kystes dermoïdes : contenu de matières grasses, pas de pus; paroi épaisse formée par une trame identique à celle du derme et de l'épiderme avec ses diverses couches, ses papilles; l'appareil pilo-sébacé y fait complètement défaut. — Ajoutons que les suites de l'opération furent des plus simples, et, malgré la coexistence de l'albuminurie, la réunion primitive ne fut pas entravée.

Nous avons cherché s'il existait dans la science d'autres cas de kystes dermoïdes de la même région et nous n'en avons pas trouvé : nos livres classiques, quelques-uns de nos recueils périodiques, feuilletés à cette intention, sont restés

muets et le traité si consciencieux et si remarquable de Lannelongue et Achard n'en mentionne pas le moindre exemple. Nous nous imaginons cependant qu'il doit exister d'autres faits de ce genre qui ne sont point passés inaperçus, mais qui auront été confondus avec d'autres affections. Je n'en veux pour preuve que les « deux observations de suppuration de trajet canaliculaire le long du raphé médian du pénis et du scrotum » et qui ont été communiqués par MM. Balzer et Souplet à la quatrième session de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Voici le résumé rapide de ces deux cas que nous trouvons dans le compte rendu analytique du *Bulletin médical* :

La première a trait à un jeune homme de 26 ans qui, au moment de son entrée à l'hôpital du Midi, présentait, sur le raphé médian de la verge, un canal qui occupait toute la longueur du pénis et se prolongeait en arrière jusqu'au niveau du rectum. Dans toute l'étendue de son trajet, ce canal offrait une série de petites tumeurs fluctuantes qui, incisées, laissaient échapper un liquide purulent. Après l'incision successive de ces divers abcès qui communiquaient tous entre eux, la guérison fut obtenue ; seule persista une fistulette au niveau de la région scrotale. — Dans le second cas, il existait, le long du raphé médian de la verge et n'empiétant pas sur le scrotum, un canal analogue au précédent et présentant, lui aussi, sur son trajet, une série de petites bosselures. L'ouverture de ce canal à l'aide du thermocautère amena la guérison en quelques jours. Il nous semble qu'il n'y a pas d'erreur possible et que là, comme dans notre cas, il s'agit de kystes dermoïdes.

Les auteurs ajoutent : « les recherches bactériologiques, tentées dans les deux cas, n'ont pas décelé l'origine de cette affection bizarre. Peut-être doit-on incriminer un staphylocoque, mais la démonstration absolue n'a pas pu en être faite. Les deux fois, l'inflammation, qui ne paraissait pas suivre le trajet des vaisseaux lymphatiques, avait commencé sur le pénis et s'était développée uniquement le long du trajet. Toutes les difficultés disparaissent et toutes les obscurités lorsqu'on admet l'hypothèse d'un kyste dermoïde : l'aspect moniliforme, les petites poches, le trajet confondu avec celui du raphé, en vérité quelle variété d'inflammation pourrait revêtir une allure semblable, à moins de se développer dans un kyste dermoïde préexistant ?

Un abcès ne suivrait pas le raphé et surtout ne saurait se propager dans la trame particulièrement serrée qui le forme. Ne sait-on pas, au contraire, que les collections s'arrêtent souvent à son niveau et ne peuvent franchir les sérieux obstacles qu'il dresse devant la marche des fusées purulentes ? Du reste, j'ai communiqué à mon collègue Balzer le dessin représentant mon kyste et il y a reconnu l'aspect de ses abcès. Pour lui le doute n'est plus possible ; il s'agissait bien, dans ses cas, de kystes dermoïdes secondairement enflammés.

D'après les deux observations de Balzer et Souplet et d'après la nôtre, on voit que les kystes dermoïdes du raphé peuvent occuper divers points : dans un cas, il a envahi le long espace qui s'étend du gland jusqu'à l'anus et se retrouve par conséquent sous la verge, sous les bourses et sur le périnée antérieur. Dans le second cas des mêmes auteurs, le trajet canaliculaire est beaucoup plus court ; on ne le rencontre que sur le pénis et il s'arrête au niveau des bourses. Notre cas est différent ; toute la région postérieure du raphé est envahie de l'anus jusqu'à la partie moyenne des bourses. Il est évident qu'on en trouvera tous les intermédiaires maintenant que l'attention est appelée sur ce point, et un segment plus ou moins long pourra être tunellisé formant tantôt un kyste dermoïde circonscrit de un ou de deux centimètres tout au plus et tantôt un long canalicule allant du prépuce à l'anus.

Comment et par quel mécanisme ces kystes dermoïdes développés sur le raphé du périnée antérieur, du scrotum et du pénis peuvent-ils se former ? je ne voudrais pas entreprendre ici une description embryologique qui n'est pas de ma compétence et ceux que cette question intéresse en trouveront tous les éléments dans un remarquable mémoire de M. Retterer sur « le développement du pénis et du clitoris chez le fœtus humain. » Je me contenterai de vous rappeler qu'aux tout premiers mois de la vie embryonnaire, il existe sur l'éminence uro-génitale une gouttière qui se ferme en bas pour constituer l'urèthre. Le raphé est le lieu où se fait la coalescence des deux lèvres de la gouttière. Or, il est facile de comprendre que lorsque cette fusion survient, des groupes de cellules de l'ectoderme peuvent rester en arrière, s'enclaver selon la théorie si bien exposée par Verneuil pour les fentes (branchiales), et c'est de cet enclavement cutané que naîtra le futur kyste dermoïde.

Tel est, Messieurs, le cas remarquable — et peut-être unique dans les annales de la médecine — que je tenais à exposer devant vous : je le résume en une courte phrase : on peut rencontrer, au niveau du raphé qui s'étend de l'anus au prépuce, des kystes dermoïdes d'aspect canaliculaire et dus à l'enclavement de la peau au moment de la formation de la gouttière uréthrale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du traitement des deux bouts de l'intestin réséqué au cours d'une opération. Communication faite à la *Société belge de chirurgie*, par le DOCTEUR THIRIAR (Bruxelles).

Il y a deux ans, pendant une hystérectomie que je pratiquais, j'ai dû réséquer l'S iliaque dans sa totalité, établir un anus contre nature et plus tard faire consécutivement une entérotomie avec anaplastie pour en arriver à la suppression de cette infirmité. C'est cette observation que je désire vous communiquer en même temps que quelques considérations sur la conduite à tenir lorsqu'au cours d'une opération l'on est forcé de réséquer un bout d'intestin.

Mme L..., ménagère, 49 ans, entre dans mon service à Saint-Pierre, le 27 avril 1891. Les parents sont encore vivants et bien portants. Réglée à 12 ans, elle a eu un enfant il y a 30 ans ; depuis lors, elle n'a plus jamais été enceinte. Ses règles ont été régulières jusque il y a un an. A cette date, elles sont devenues très irrégulières ; depuis 3 mois, elles avaient même disparu, lorsqu'elles sont revenues 5 jours avant l'entrée de la malade dans mon service.

C'est une personne robuste, ayant l'apparence d'une excellente santé. Le ventre est très développé, il est gros comme le ventre d'une femme à terme. La circonférence du corps au niveau de l'ombilic est de 94 centimètres ; la distance de l'épine iliaque droite, antérieure et supérieure, à l'ombilic est de 21 centimètres ; à gauche, elle est de 23 centimètres. Les vergetures sont très marquées et les veines sous-cutanées peu développées.

A la palpation, nous constatons l'existence d'une tumeur bosselée, fluctuante par places, dure en d'autres endroits, très irrégulière et assez mobile. La matité existe dans toute l'étendue de sa surface, elle remonte jusqu'au-dessus de l'ombilic et est séparée de la matité hépatique par un espace sonore de 3 travers de doigt. Cette dernière matité ne dépasse pas les fausses côtes.

Au toucher vaginal, le cul-de-sac antérieur est rempli par la tumeur qui occupe tout le bassin ; on arrive difficilement

au col qui regarde en arrière, est entr'ouvert et n'est que légèrement influencé par les mouvements imprimés à la tumeur. Par le cathétérisme, on constate que la vessie est comme étalée sur la face antérieure de cette tumeur.

Diagnostic. — Tumeur fibro-cystique de la face antérieure de l'utérus.

L'opération fut pratiquée le 11 mai 1891.

Après toutes les précautions anté-opératoires d'usage et anesthésie, je pratiquai une large incision sur la ligne médiane et j'ouvris la cavité abdominale; je tombai sur une tumeur bosselée, de nature kystique, incluse entièrement sous le péritoine et adhérente complètement à tous les organes du voisinage : à l'épiploon qui fut entièrement réséqué, au mésentère, au rectum, à l'S iliaque, qui faisait corps avec elle, aux côlons, etc., etc. En avant, la vessie était étalée sur la face antérieure et lui adhérait intimement.

Je commençai par libérer le réservoir urinaire en le disséquant soigneusement, ce qui ne fut pas facile; j'arrivai sur l'uretère droit complètement englobé dans le néoplasme; il fut péniblement séparé de celui-ci, et après dissection, il avait l'aspect d'une vieille ficelle qui pendait dans le bassin.

Je tâchai de libérer ensuite les autres organes; les côlons furent assez facilement détachés, mais il n'en fut pas de même de l'S iliaque qui s'était fusionné avec la tumeur. Il me fut impossible de l'en détacher, et l'ayant déchiré dans mes tentatives, je préférai le réséquer en entier. Je plaçai une pince sur chacune des deux ouvertures intestinales.

La tumeur étant enfin débarrassée des organes qui lui adhéraient, je pus jeter un lien élastique sur sa base, dans la profondeur du bassin; après avoir assuré cette ligature contre tout glissement au moyen d'une broche, le néoplasme fut enlevé en entier.

Le pédicule fut attiré dans l'angle inférieur de la plaie et fixé solidement. La toilette du péritoine fut l'objet de tous mes soins, puis je fixai les deux bouts intestinaux adossés en canon de fusil et réunis par quelques sutures à l'ouverture abdominale près du pédicule. Le restant de la plaie abdominale fut ensuite réuni par ma méthode habituelle, c'est-à-dire par trois plans de suture au catgut. Un gros drain fut introduit dans les ouvertures de l'intestin, de façon à les faire largement communiquer. L'opération avait duré plus d'une heure.

Examen de la tumeur. — La tumeur a le volume d'un enfant nouveau-né, elle est dure, irrégulière et représente un vaste kyste. A la loupe, on constate qu'elle est formée par des tractus fibreux de couleur blanchâtre et limitant une quantité de petits kystes; sur une des parois de ce néoplasme, on trouve l'utérus dont la paroi se prolonge, d'une part, sur la tumeur solide, et, d'autre part, sur la paroi du kyste au niveau duquel elle s'amincit d'une façon insensible. A la surface du kyste, et intimement fusionné avec lui, on trouve une portion d'intestin (S iliaque).

Cette tumeur est donc un fibro- kyste développé dans la paroi de la matrice et dans lequel une poche kystique s'est considérablement développée.

Les suites de cette laborieuse opération furent assez simples; il y eut des vomissements pendant trois jours.

Le 16 mai, le pansement étant souillé est renouvelé pour la première fois; il y avait en dessous une grande quantité de matières fécales. Après lavage, les pansements ultérieurs consistèrent en jute phéniquée placée en grande quantité sur le ventre et maintenue par un bandage de corps. On put ainsi renouveler les pansements plusieurs fois par jour et maintenir l'opérée dans un état de propreté assez satisfaisant.

Le 22 mai, l'opérée pouvait être considérée comme sauvée des suites immédiates de l'opération. L'appétit était excellent, le moral très bon. Il y eut une selle dans laquelle se trouvait le drain placé dans les deux bouts de l'intestin.

Le 27 mai, j'enlevai la broche qui traversait le moignon.

Le 28 mai, j'explorai au moyen d'une grosse sonde en caoutchouc les deux morceaux d'intestin fixés à l'abdomen. Par le bout inférieur j'arrivai facilement à l'anus, traversant ainsi tout le corps d'avant en arrière. Une injection boriquée passée par l'anus ressortait du reste par l'orifice abdominal.

Le 8 juin, le pédicule fut éliminé avec le lien élastique, laissant à la partie inférieure un vaste cloaque, très profond, qui ne tarda pas à se combler sous l'influence des pansements au baume du Pérou que l'on y appliquait journellement.

Le 11 juin, mon opérée, qui avait repris force et vigueur, put commencer à se promener dans les jardins de l'hôpital. Toutes les selles se faisaient par l'anus anormal; les deux orifices étaient séparés par une cloison assez considérable qui empêchait jusqu'à un certain point la pénétration de ces matières dans le bout inférieur.

Le 1er juillet, je commençai à me préoccuper de cet anus anormal et j'essayai de refouler l'éperon par la méthode de Desault en introduisant dans les deux orifices un gros tube et en établissant une bonne compression. A la fin de juillet, remarquant que le bout inférieur avait une tendance à se rétrécir, je le fis dilater journellement par les gros dilatateurs utérins de Hegar.

Le 3 août, n'ayant pas obtenu grand résultat avec mes tentatives de refoulement, je résolus de détruire l'éperon et je fis une première application de l'entérotome de Deroubaix.

Cet instrument est une véritable pince porte-caustique dont les mors sont creusés d'une cuvette allongée destinée à recevoir un caustique quelconque : chlorure de zinc ou caustique de Vienne. C'est le caustique de Vienne qui fut employé chez mon opérée.

Le 12 août, l'entérotome tomba, il fut réappliqué le 15, le 25; le 3 et le 14 septembre; on enlevait ainsi à chaque application à peu près un demi-centimètre de l'éperon.

Le 29 septembre, voulant en finir avec l'éperon, j'appliquai l'entérotome de Dupuytren, de façon à en obtenir la destruction immédiate sur une grande longueur. Cette application provoqua de fortes douleurs abdominales, quelques vomissements; le tout fut calmé par quelques injections de morphine.

Le 6 octobre, l'entérotome tomba, laissant un profond infundibulum intermédiaire entre le bout supérieur et l'inférieur et permettant de tenter la fermeture de l'orifice cutané.

Cette opération fut pratiquée le 13 octobre.

L'opérée ayant été chloroformée, je détachai la muqueuse intestinale adhérente à la peau sur tout le pourtour de l'infundibulum et je disséquai cette muqueuse dans une étendue de un centimètre environ. Je réunis les bords de cette muqueuse détachée par une série de sutures en catgut n° 2, de façon à adosser les surfaces cruentées; puis par-dessus je suturai la peau au moyen de catgut n° 3. L'opérée, qu'on avait purgée la veille, fut mise à un régime sec et on lui administra de l'opium de façon à la constiper le plus possible.

Le 19, elle n'avait pas encore eu de garde-robe, on lui passa un lavement qui provoqua une abondante évacuation.

Le 20 il fut procédé au pansement; les sutures n'ont pas tenu entièrement et l'orifice, bien rétréci cependant, n'est pas fermé. Comme la muqueuse qui le bordait avait été enlevée, j'attendis pendant quelque temps les effets du retrait cicatriciel qui devait se produire.

Le 14 décembre, l'orifice était rétréci au point que la malade allait régulièrement, mais en partie seulement, à la selle par l'anus.

Le 29 janvier 1892, l'état ne s'était guère modifié, les selles se faisaient en partie par l'orifice, en partie par l'anus. Je reconnus que l'éperon s'était en partie reproduit et que c'était lui en grande partie qui faisait dévier les selles de leur cours normal. Je fis en conséquence une nouvelle application de l'entérotome de Dupuytren.

Le 5 février l'entérotome tomba, en emportant avec lui une lanière d'éperon de 3 centimètres de long sur 1 de large et produisant ainsi un vaste infundibulum. A partir de cette époque la plus grande partie des selles passèrent par l'anus.

Le 9 février, je procédai à nouveau à la fermeture de l'orifice anormal. Je fis un avivement soigné de ses bords et j'établis deux plans de suture, l'un profond à points entrecoupés au moyen de catgut; le second, qui réunissait la peau, consista en une solide suture enchevillée au fil de soie.

L'opérée fut assez souffrante à la suite de cette intervention, elle vomit beaucoup et il a fallu quelques injections de morphine pour la calmer. Ces vomissements furent probablement la cause qui fit que ma suture céda sur une petite partie et qu'il resta encore un petit orifice bourgeonnant bien, mais laissant échapper quelques gaz et un peu de matières fécales.

Le 20 février, l'orifice bourgeonnait très bien et se rétrécissait tous les jours; je fis procéder journellement à son occlusion au moyen d'une bandelette d'emplâtre adhésif qui en rapprochait les bords.

Le 8 mars il ne restait plus qu'une petite fistulette qui ne tarda pas à son tour à disparaître, et le 29 avril mon opérée put quitter mon service radicalement guérie, un peu plus d'un an après son entrée.

Je voudrais à propos de cette observation vous parler de la thérapeutique chirurgicale à adopter lorsque, au cours d'une opération, on doit, pour une cause quelconque, réséquer une partie de l'intestin ou lorsqu'on doit obtenir l'occlusion d'un anus accidentel.

Faut-il, en règle générale, procéder immédiatement à l'entérorrhaphie et rentrer l'intestin dans l'abdomen dans le premier cas? Faut-il constamment recourir à la résection intestinale et à la suture circulaire dans le second cas?

Ce sont là des problèmes très ardus à résoudre et nous n'avons pas encore de boussole pour nous guider et nous aider à en chercher la solution.

Depuis le triomphe de l'antisepsie, la résection de l'intestin avec entérorrhaphie immédiate, lorsqu'on est forcé de la faire au cours d'une opération, comme celle dont je viens de faire l'histoire, par exemple, semble réunir beaucoup de partisans; bien que, à mon avis, les indications, d'apparence si précises, fournies par le raisonnement et la logique pure aient été souvent démenties. Je dois l'avouer, ce n'est jamais délibérément et sans arrière-pensée que j'ai procédé dans ces cas à la suture immédiate de l'intestin et à sa réintégration dans la cavité abdominale. L'expérience que j'ai acquise depuis quelques années m'a démontré qu'il est avantageux pour les opérés de ne pas adopter un moyen peut-être plus rapide, plus brillant, mais plus dangereux que les anciens procédés qui consistent à établir un anus accidentel d'abord et à traiter celui-ci ensuite.

Il y a lieu cependant, ici comme en toute chose, de ne pas être exclusif et d'établir nettement les indications de l'une et de l'autre méthode.

Tout d'abord, il est de la dernière importance de tenir compte de la partie de l'intestin à réséquer. Si c'est une partie de l'intestin grêle supérieur, proche de l'estomac, qui a été enlevé, il n'y a pas d'hésitation possible: quel que soit l'état du malade, quelle que soit l'affection qui force à intervenir, il faut procéder à l'entérorrhaphie immédiate par l'un ou l'autre des procédés connus; il faut, en un mot, rétablir immédiatement la circulation intestinale. En agir autrement serait presque certainement condamner l'opéré à mourir d'inanition. C'est là, pour moi, une condition qui prime tout.

Mais il en est tout autrement si c'est la partie inférieure de l'intestin qui est en cause et surtout si c'est une portion du gros intestin que l'on doit réséquer. La situation est ici bien différente. Le malade, quel que soit le procédé employé, n'est plus menacé de mort par inanition, ou tout au moins d'épuisement exagéré; l'urgence disparaît et il s'agit, dès lors, d'examiner les conditions dans lesquelles se trouve le patient.

Alors, dans la grande majorité des cas, je crois qu'il est préférable de temporiser et d'établir un anus anormal.

Il ne faut pas oublier que, dans ces cas, on opère dans de très mauvaises conditions; le malade est toujours très affaibli soit du fait de son affection, soit par suite de l'intervention opératoire. La plupart du temps, il est dans un état de collapsus inquiétant et il serait bien périlleux de procéder dès lors à l'entérorrhaphie, opération très difficile qui demande beaucoup d'attention et surtout beaucoup de temps.

C'est la conduite que j'ai adoptée lorsque j'ai dû réséquer l'S iliaque chez ma malade, au cours de l'hystérectomie. C'est celle que je ne cesse de préconiser dans mon enseignement clinique, parce que de tristes revers ont été le résultat des tentatives que j'ai faites antérieurement lorsque j'ai voulu faire une chirurgie plus brillante, mais beaucoup moins certaine.

La rentrée de l'intestin dans le ventre, après une entérorrhaphie circulaire, est toujours dangereuse quoi qu'on en dise, et j'estime, puisqu'on a le choix, qu'il ne faut pas la faire dans les cas que je viens d'indiquer; il est prudent d'établir un anus anormal, ce qui permettra au malade de se rétablir des suites d'une première opération.

Cette règle, qui souffre peut-être quelques exceptions dans les cas où le malade est fort et vigoureux, où l'opération ne l'a pas trop épuisé et où l'on a tout le temps de procéder méthodiquement et soigneusement à la suture de l'intestin; cette règle, dis-je, doit être absolue lorsqu'on est en présence d'une masse herniaire complètement gangrénée.

Il va sans dire que je ne veux pas parler ici de ces petites perforations intestinales qu'il est facile de fermer par un ou deux points de suture. Nous serons, je pense, tous d'accord pour adopter ici la suture intestinale et la rentrée de l'intestin dans le ventre. J'ai eu l'occasion d'exécuter cette petite entérorrhaphie une dizaine de fois et jamais je n'ai eu à le regretter, mes opérés se sont tous guéris sans accident.

Je fais allusion à cette gangrène herniaire ayant sphacélé tout le contenu de la hernie, toutes les enveloppes et ayant produit un phlegmon gangréneux comme on en voit encore quelquefois dans la pratique. Ici l'hésitation n'est pas permise, ces hernies gangrenées seront évitées par l'ablation des parties sphacélées et l'établissement d'un anus anormal.

Je sais bien que les arguments abondent pour défendre l'entérorrhaphie immédiate et la rentrée de l'intestin dans ces cas, mais la pratique a donné bien des mécomptes, et pour quelques opérations de l'espèce terminées plus ou moins bien et publiées avec amour, combien de cas malheureux sur lesquels on garde un prudent silence!

Dans ces conditions, une intervention aussi délicate et aussi longue sur l'intestin malade, infecté, ne pourrait être tentée que chez un individu encore résistant, car le collapsus guette nos opérés; trop souvent les médecins ne nous appellent que lorsque, après deux ou trois jours de taxis et de purgation, le malade empoisonné et affaibli est incapable de supporter le moindre choc et les statistiques démontrent que l'entérorrhaphie dans ces conditions donne de mauvais résultats.

Mais, messieurs, ce n'est pas là que se trouve la principale contre-indication à l'entérorrhaphie immédiate dans les cas de hernie gangrenée; elle réside surtout dans l'insuffisance des moyens destinés à prévenir l'infection péritonéale, et c'est ce qui ne permet pas de tenter la restauration précoce de la continuité du tube digestif interrompue par la gangrène.

Cette insuffisance de notre antisepsie reconnaît deux causes principales: l'état infectieux de la région opératoire en premier lieu, les difficultés de bien établir une suture circulaire parfaite de l'intestin ensuite.

Nous savons que presque toujours, dans les cas qui nous occupent, une péritonite localisée existe surtout au voisinage de l'orifice herniaire; elle se montre sous la forme d'adhérences qui peuvent atteindre une grande épaisseur et unissent les deux bouts de l'intestin avec le pourtour de l'anneau herniaire. Cette masse d'adhérences protège la cavité abdominale lorsque la gangrène amène un épanchement de matières stercorales. En pratiquant l'entérorrhaphie immédiate, on doit fatalement détruire cette barrière que la nature a établie au moyen d'adhérences entre le foyer gangréneux et la cavité péritonéale.

Les bactéries de l'infection péritonéo-intestinale qui existent en nombre considérable non seulement dans l'anse étranglée et gangrenée, mais aussi au voisinage du contour de l'étranglement et dans tous les tissus voisins par le fait même de leurs altérations et que nos moyens antiseptiques n'atteignent pas toujours, cachées, protégées qu'elles sont par les tissus dans lesquels elles résident, ces bactéries, dis-je, ont dès lors toute facilité pour pénétrer dans la cavité péritonéale et produire toutes les manifestations de l'empoisonnement septique que nous connaissons sous le nom de septicémie péritonéo-intestinale.

Il est inutile d'insister sur la seconde cause d'insuffisance de nos moyens préservateurs ; nous connaissons tous les dangers que peut présenter une suture intestinale incomplète. C'est une opération très longue, très minutieuse, une des plus délicates de la chirurgie. Elle exige des précautions rigoureuses et un outillage spécial. Bien souvent les défectuosités du milieu la font repousser *a priori* au moment où l'on pratique d'urgence la kélotomie. Il est positif que l'entérorrhaphie primitive, même pratiquée selon toutes les règles, en faisant une section et un affrontement oblique de l'intestin pour éviter le rétrécissement de son calibre, expose dans une large mesure à la péritonite par épanchement et à l'occlusion intestinale par rétrécissement consécutif.

Pour ma part, je dois à la vérité de déclarer que je n'ai eu que des désastres à enregistrer lorsque, ayant été forcé au cours d'une opération de réséquer un intestin, j'ai eu recours à l'entérorrhaphie primitive et à la rentrée de la partie suturée dans la cavité péritonéale. Je me souviens aussi de trois cas de hernie étranglée et gangrenée, opérés d'urgence dans mon service par mes assistants : la résection intestinale fut pratiquée, l'entérorrhaphie primitive fut soigneusement exécutée et tout fut rentré dans le ventre. Quelques jours après ces opérations, la mort survint par suite d'épanchement stercoral intra-péritonéal ou d'infection péritonéo-intestinale.

Ces résultats vous feront comprendre pourquoi j'ai autant que possible recours à l'établissement d'un anus accidentel dans ces circonstances après avoir réséqué toutes les parties gangrenées. L'étranglement est ainsi levé, l'opéré se remet assez rapidement, la région opérée ne tarde pas à bourgeonner, à se purifier et à se cicatriser ; il ne reste plus dès lors qu'un anus accidentel que l'on ferme par les moyens que je vais maintenant examiner.

Mais auparavant permettez-moi de vous faire le résumé de l'observation d'une vieille femme actuellement dans mon service et qui a été traitée selon mes vues et mes idées.

Cette malade, âgée de 70 ans, fut admise d'urgence dans mon service le 12 décembre 1892 au matin. Opérée, paraît-il, il y a dix ans d'une hernie étranglée, elle présentait au pli de l'aine droite une tumeur du volume d'une tête d'enfant. La surface de la peau était rouge sombre, très enflammée, gangrenée, et offrait çà et là des perforations par où s'échappaient des gaz et des matières fécales d'une odeur infecte. La malade ne vomissait plus, le facies était assez altéré et le pouls à 28, petit, filant. A mon arrivée, je la fis opérer d'urgence par mon premier assistant, M. Depage. La tumeur fut fendue, le sac était rempli de matières fécales, l'anse herniée et toutes les parties voisines étaient sphacélées. Des adhérences solides existaient autour de l'anneau herniaire. Toutes les parties gangrenées, intestin, sac, tissu cellulaire, peau, furent enlevées à coups de ciseau ou de bistouri. Quelques ligatures furent jetées sur les artérioles qui donnaient. Il résulta de ces larges ablations une vaste plaie au fond de laquelle se présentaient les deux orifices de l'intestin. Elle fut pansée à plat au moyen de lint boriquée et de jute phéniquée.

L'opérée se remit avec une facilité et une rapidité incroyables. En quelques mois tout fut cicatrisé et aujourd'hui il ne reste plus qu'un anus accidentel complet que je suis en train de fermer ; de cet anus, la muqueuse du bout supérieur fait parfois hernie sur une longueur de 12 à 15 centimètres. L'opérée est fortement engraissée et circule toute la journée dans l'hôpital.

Pour oblitérer cet anus anormal, j'ai recours en ce moment à l'entérotomie avec anaplastie secondaire ; c'est là un procédé qui m'a réussi bien des fois et je le préfère à l'entérectomie et à l'entérorrhaphie.

Je suis du reste loin d'être partisan de l'entérectomie pour tous les cas d'anus contre nature ; j'estime que cette opération a quelques indications précises qu'il faut surtout chercher dans les complications et parmi celles-ci, c'est certainement l'oblitération ou le rétrécissement exagéré du bout inférieur qui l'impose.

En 1889, j'ai eu l'occasion d'obéir à cette indication chez un cultivateur de 22 ans dont l'observation a déjà été publiée (Entretiens chirurgicaux faits à l'hôpital Saint-Jean, p. 202 et suivantes). Je me contenterai en conséquence de vous rappeler qu'il s'agissait d'un anus contre nature, suite de hernie inguinale droite ; après diverses tentatives par différents procédés pour fermer cet orifice et reconnaissant que l'oblitération du bout inférieur devait être un obstacle insurmontable à la réussite de ces tentatives, je réséquai largement les deux bouts intestinaux : la partie supérieure largement dilatée sur une étendue de 12 centimètres, l'inférieure complètement rétrécie sur une longueur de 5 centimètres et un peu obliquement. Je réunis les bouts par trois plans de suture : le premier ne comprenait que la muqueuse seule ; les deux autres furent placés d'après le procédé de Czerny. Tout fut ensuite rentré dans le ventre en prenant la précaution de laisser passer par l'ouverture abdominale les fils de quelques-unes des sutures superficielles de façon à servir de drain et à maintenir l'intestin contre la paroi. Si la suture était venue à manquer, les matières fécales auraient pu trouver ainsi plus facilement une issue au dehors. Le ventre fut ensuite refermé.

Un succès complet fut le résultat de cette intervention et bientôt l'opéré quittait l'hôpital radicalement guéri.

Malgré cela, Messieurs, je ne considère pas la résection intestinale comme la méthode de choix pour le traitement des anus contre nature et je préfère, s'il y a moyen, recourir à l'entérotomie avec anaplastie, car je redoute, malgré tout, les conséquences d'une suture mal faite ou venant à céder pour une cause quelconque.

Du reste, les statistiques, pour autant qu'il faille en tenir compte, paraissent prouver que l'entérotomie est préférable à la résection. Gœtz, dans son excellent travail (Etude sur les diverses méthodes de traitement de l'anus contre nature), rapporte 77 cas d'entérectomie avec entérorrhaphie immédiate : 46 opérés ont été guéris rapidement, 6 ont conservé une fistule et 25 ont succombé, ce qui fait une mortalité de 32,43 0/0. Il cite 15 cas d'entérotomie avec anaplastie et sur ces 15 opérés, il y eut 14 guérisons, soit 93,33 0/0 de guérisons.

Dans le traité de chirurgie clinique et de médecine opératoire d'Albert on trouve également quelques résultats de l'opération de Dupuytren :

Dupuytren	sur	41	opérations,	29	guérisons,	3	morts
Heyman	—	83	—	50	—	7	—
Kœrte	—	111	—	70	—	11	—

Parmi les malades qui n'ont pas été guéris, fait-il remarquer, sont comptés ceux chez lesquels les matières passaient en partie par l'anus, mais dont une autre partie

s'écoulait par la fistule; il serait sans doute préférable de désigner ces cas sous le nom de cas *améliorés*.

Ce n'est donc pas sans de sérieuses raisons tirées tant de ma pratique personnelle que de celle des autres chirurgiens que je suis convaincu de la supériorité de l'entérotomie avec anaplastie sur l'entérectomie avec entérorrhaphie.

Ce procédé d'occlusion intestinale est assez facile à pratiquer et ne nécessite pas un outillage spécial, on le trouve décrit dans la plupart des traités de médecine opératoire et je crois inutile de vous le décrire.

J'ai terminé, Messieurs, cette trop longue communication que je résume en posant les conclusions suivantes :

1° Lorsque, dans une opération de longue durée, on est forcé de réséquer un intestin, l'établissement d'un anus contre nature est presque toujours préférable à l'entérorrhaphie immédiate avec rentrée de la partie suturée dans le ventre;

2° Dans la plupart des cas d'anus contre nature, l'entérotomie avec anoplastie donne de meilleurs résultats que l'entérectomie.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Deux cas de paralysie alcoolique à forme aiguë et généralisée, par Achard et Soupault (*Archives de médecine expérimentale*, mai 1893, n° 3, p. 359). — Le premier cas est celui d'un homme âgé de 28 ans, entré à l'hôpital avec les signes du delirium tremens, qui présente en même temps une paralysie des quatre membres localisée plus aux extenseurs avec pertes des réflexes rotuliens, et qui succomba à une syncope. A l'autopsie on trouva des lésions de névrite, étendues même au nerf pneumogastrique. Dans la seconde observation, une femme de 25 ans entre à l'hôpital avec de l'incoordination des membres inférieurs et supérieurs, et conservation de la force et des réflexes rotuliens. Ultérieurement les extenseurs se parésient et les réflexes disparaissent : il survient enfin de l'atrophie musculaire, des rétractions, une escarre, du subdelirium et la malade succombe. A l'autopsie l existe une poliomyélite antérieure avec atrophie des cellules des cornes antérieures prédominant dans les régions dorsale et lombaire de la moelle : on constate de plus des lésions de névrite périphérique étendues au pneumogastrique. Le principal intérêt de ces cas réside dans la constatation des lésions — comparables à celles de la paralysie infantile — spinales du second. Ces lésions sont exceptionnelles, mais montrent néanmoins que toutes les parties du système nerveux peuvent être touchées par l'intoxication, et sont en faveur de la théorie centrale des névrites alcooliques. On est autorisé à se demander, étant donnée l'analogie de ces lésions avec les altérations spinales expérimentales de la substance grise provoquées par des infections, si toutes les névrites toxiques qui forment une classe à variétés très semblables, sont dues en réalité à des poisons, ou si elles ne sont pas le fait d'une infection surajoutée agissant à la faveur de l'intoxication.

Forme familiale de paraplégie spastique (A contribution to the study of the family form of spastic paraplegia), par Leo Newmark (*American Journal of the medical Sciences*, avril 1893, n° 252, p. 432). — L'auteur a observé deux familles dans lesquelles plusieurs membres présentaient de la paralysie spasmodique, et il pense qu'il a eu affaire à une de ces affections nerveuses familiales dépendant sans doute d'une prédisposition congénitale dont il existe déjà nombre d'exemples. Dans la première famille, un frère et une sœur sont atteints, le cousin des deux petits malades présente une diplégie spastique survenue à la suite d'un accouchement laborieux. Dans la seconde famille, trois frères ont une paraplégie spasmodique plus ou moins accusée, et plusieurs enfants offrent une exagération marquée des réflexes. Il n'existe chez aucun des malades de nystagmus, de strabisme, de troubles de la sensibilité ou des sphincters. Enfin leur développement physique et mental est proportionné à leur âge.

Scoliose dans une myopathie primitive, par Sacaze (*Archives de Neurologie*, mai 1893, n° 75, p. 356). — Le cas rapporté est le premier exemple dans lequel on a rencontré une scoliose très nette au cours d'une myopathie progressive primitive. Un oncle maternel et deux frères sont atrophiques, la maladie a débuté à l'âge de 7 ans, par de la faiblesse des membres inférieurs. Actuellement l'atrophie est très développée, elle rentre dans le type Leyden-Mœbius, et s'accompagne d'une scoliose considérable attribuée à une altération trophique des vertèbres, de même nature probablement que la lésion musculaire.

Ophthalmoplégie fonctionnelle (Functional ophtalmoplegia with general paralysis and complication of cranial nerves in young women), par W. Suckling (*Brit. med. Jour.*, 25 mars 1893, n° 1682, p. 634). — Une jeune femme de 21 ans se plaint de faiblesse générale, survenue graduellement; depuis 11 mois la langue est paralysée et la parole gênée, ainsi que la déglutition. Elle a de plus des attaques de suffocation. Il existe de plus une ophthalmoplégie externe double, sans lésions du fond de l'œil. Il n'y a ni troubles de la sensibilité, ni troubles des réflexes, ni troubles des sphincters et des viscères. Pas de fièvre, pas de convulsions, pas de stigmates hystériques. Une seconde malade, âgée de 18 ans, s'affaiblit insensiblement depuis trois ans, au point qu'actuellement elle n'arrive pas à mettre ses mains sur sa tête, et présente un léger ptosis avec diplopie; les mouvements des yeux sont limités dans toutes les directions. Il y a difficulté de la mastication et de l'articulation des mots. Elle est légèrement choréique. Pas d'attaques de suffocation ni de signes hystériques. L'auteur rapproche ces deux observations de cas récemment publiés par Bristowe, et pense qu'ils sont de même nature et consistent en une maladie fonctionnelle particulière à la femme caractérisée par des paralysies généralisées, et plus ou moins celui du goître exophthalmique.

Déformation du crâne et atrophie du nerf optique (Cranial deformity and optic nerve atrophy), par Friedenwald (*American Journal of the medical Sciences*, mai 1893, n° 253, p. 529). — L'auteur a observé un cas de déformation du crâne en clocher, s'accompagnant d'une atrophie papulaire d'origine névritique. Il a rassemblé, à cette occasion, 17 cas plus ou moins semblables dans la littérature, et il conclut de ses recherches que l'atrophie optique dépend, dans ces cas, directement de la compression entraînée par la déformation, et constitue une indication à la trépanation.

Trional (Trional the new hypnotic), par S. B. Mattison (*Medical News*, 6 mai 1893, n° 1060, p. 437). — Sur 100 cas, dans lesquels l'auteur a employé le trional, il n'a pas obtenu d'effet seulement dans 10 cas. La dose employée a été de 1 à 4 grammes, le maximum de 6 grammes par 24 heures. Les effets ont été excellents en général, sans accidents, sauf en un cas où 4 grammes ont déterminé des troubles digestifs. D'habitude, le sommeil survient une demi-heure après l'administration du médicament, même chez des sujets habitués aux hypnotiques. Souvent les bons effets du trional se sont continués un ou deux jours après son administration. Le trional paraît supérieur au sulfonal. En somme, le trional donnerait des résultats certains et prononcés et représenterait un excellent hypnotique.

Un cas d'acromégalie, par Church et Hessert (*Medical Record*, 6 mai 1893, n° 1174, p. 545). — Après avoir retracé l'historique de la maladie, les auteurs donnent la relation du cas qu'ils ont observé. Homme âgé de 41 ans, sans antécédents notables, qui s'aperçut de sa maladie à l'occasion de l'achat d'une paire de gants. Il présente les caractères typiques de l'acromégalie, quant à l'augmentation de volume des extrémités et de la langue. Le corps thyroïde est diminué. Il n'y a pas de cyphose. Pas d'albumine, 6.67 0/0 de sucre dans les urines. Aucun trouble des yeux, ni de la vision, sinon un léger rétrécissement du champ visuel à droite du côté temporal.

Modifications de la respiration dans la folie (Modifications of respiration in the insane), par Kellog (*The journal of Nervous and mental Diseases*, mai 1893, n° 5,

p. 306). — L'auteur a rencontré un très grand nombre de troubles de la respiration chez les aliénés, il les range dans le cadre suivant: A, Modifications dans la fréquence, la profondeur, le rythme, la force de la respiration; B, modifications de l'expiration et de l'inspiration (cri, toux, rire, éternument, ronflement, hoquet, spasme laryngé); C, modifications dyspnéiques.

MÉDECINE

Souffle splénique (Contributo allo studio del soffio splenico), par L. Cappelletti (*La Riforma medica*, 3 et 4 mai 1893, p. 315 et 326). — Observations de souffle splénique dans l'impaludisme, la leucocythémie, la lithiase biliaire. D'après l'auteur, le souffle est dû, dans les lésions chroniques de la rate, à la compression des vaisseaux spléniques par la capsule épaissie au point où ils la traversent et dans les lésions aiguës à la dilatation de ces vaisseaux par suite de leur adhérence à la même capsule distendue. Au point de vue séméiologique, ce souffle a peu de valeur, car il se montre dans des maladies de nature très variable et manque souvent quand même les conditions physiques de sa production existent.

Saccharine comme antiseptique de la bouche (La saccarina nell'antisepsi della bocca dei bambini), par Duranti (*La Pediatria*, 20 mars 1893, p. 68). — La saccharine tue sûrement les micro-organismes qui habitent la bouche des sujets sains, mais à la condition d'agir pendant un certain temps. Le bicarbonate de soude diminue le pouvoir microbicide de la saccharine. Quoique, en raison de la lenteur de son action, la saccharine ne soit pas un antiseptique buccal par excellence, elle a pour avantages de n'offrir aucun danger, d'avoir une saveur qui la fait accepter par les enfants. Le meilleur mode d'emploi est la solution à 1/5e dans la glycérine, avec laquelle on badigeonne plusieurs fois par jour la cavité buccale; si on a des raisons de craindre une hyperacidité du contenu gastrique, on y ajoute deux parties de bicarbonate de soude pour trois de saccharine.

Contribution au diagnostic des tumeurs cardiaques primitives. — Myxome de l'oreillette gauche, par L. Berthenson (*Arch. de médec. expérim.*, mai 1893, p. 386). — Femme de 55 ans, ayant depuis trois ans de la dyspnée d'effort et des palpitations; cyanose, voussure au niveau de la première pièce du sternum, surtout à gauche, avec matité correspondante, accroissement de la matité cardiaque, vague bruit de souffle systolique à la pointe du cœur, bruits aortiques sourds, troubles de la déglutition, puis signes d'embolie cérébrale et d'embolie pulmonaire. A l'autopsie, l'oreillette gauche renferme une tumeur de forme conique, ressemblant à une grappe de raisin, dont la tige est implantée sur la paroi postérieure de l'oreillette gauche, ses deux tiers supérieurs sont recouverts de membranes fibrineuses d'un rouge foncé; sur la coupe, la tumeur est demi-transparente, d'un jaune pâle, de consistance gélatineuse et tremblante. L'aorte à son origine est légèrement dilatée. La tumeur cardiaque présente les caractères histologiques du myxome cellulaire.

L'auteur insiste sur l'existence des embolies qui constituent, d'après lui, un indice important, pouvant faire soupçonner les tumeurs intra-cavitaires du cœur.

CHIRURGIE

Abcès extra-crural d'origine optique, ouvert spontanément à l'extérieur, par Lavrand (*Journ. des Sciences méd. de Lille*, 26 mai 1893, p. 481). — Un garçon de 11 ans souffre d'une otite moyenne gauche suppurée, dont le début remonte à plusieurs années. Il y a des polypes implantés sur la muqueuse de la caisse! De plus, près du bord inférieur du pavillon, un peu en haut et en arrière, existe un orifice par où suinte un peu de pus; la peau est tuméfiée tout autour sans être douloureuse. Un drain est enfoncé dans le trajet et on applique un pansement.

Le 13 décembre, on enlève quelques petits polypes.

Le 30, l'état s'améliore et la suppuration diminue.

Au mois de juin, le malade revient à l'hôpital; le trajet fermé à la suite du drainage s'est rouvert depuis plusieurs mois: la suppuration de la caisse a recommencé. Aucun trouble cérébral.

Le 28 juin, le malade est chloroformé et on procède au grattage du trajet; on retire une certaine quantité de masses jaunâtres, granuleuses au toucher; le trajet s'incurve à angle droit et se dirige en avant et en haut.

Le 12 juillet, la plaie est cicatrisée et le 19 juillet l'oreille ne coule plus.

En avril 1893, on constate que la guérison s'est parfaitement maintenue.

L'auteur croit qu'il s'est agi là d'un abcès extra-crural d'origine optique, abcès qui s'est ouvert spontanément au dehors en traversant l'écaille temporale.

Traitement des fractures de la rotule par la suture, par Gilis, Thèse doctorat, Paris, 1892-1893. — 1° Dans toutes les fractures récentes de la rotule, simples ou compliquées, la suture est le traitement le plus rationnel et le meilleur;

2° Les résultats obtenus par la suture sont bien supérieurs à ceux qui sont donnés par toutes les autres méthodes de traitement;

3° La suture en lacet est plus facile, plus rapide et moins exposée aux causes d'infection que la suture osseuse proprement dite. Elle donne d'aussi bons résultats: c'est elle qu'il faut employer;

4° La suture en lacet ne demande aucune habileté opératoire; elle exige seulement une antisepsie rigoureuse, comme celle qui est nécessaire pour toutes les opérations que l'on pratique aujourd'hui;

5° Tout porte à croire que la suture en lacet peut être également appliquée, avec le même succès, comme traitement des fractures de l'olécrâne.

Kyste de la rate (Ciste da echinococio pulsante della milza; splenotomia), par L. Guida (*La Riforma medica*, 13 avril 1893, p. 134). — Homme de 49 ans; tuméfaction occupant la région splénique, descendant jusqu'au niveau de l'ombilic et s'avançant jusqu'à la ligne médiane, arrondie, régulière à la surface, fluctuante par places, se déplaçant légèrement dans les mouvements respiratoires; mouvements rhythmiques synchrones à ceux du pouls; à l'auscultation, 2 bruits, l'un systolique plus fort que le diastolique; signes d'épanchement pleural gauche. La ponction amène un liquide rouge brun renfermant des hématies, des leucocytes et des crochets d'hydatides; l'incision du kyste fait sortir 4 litres de liquide semblable; les signes d'épanchement pleural disparaissent; au bout de 20 jours, la paroi du kyste est complètement détachée; peu après, guérison.

Iléus et péritonite dans un cas de hernie périnéale gangrenée (Ileus und Perforationsperitonitis als Folge einer incarcerirten brandigen Herniaperinealis), par Kœster (*Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 20, p. 440). — Une femme de 53 ans est prise au mois de mai, en pleine santé, d'accidents d'étranglement intestinal qui persistent pendant huit jours et disparaissent ensuite. Le 14 septembre, les mêmes accidents reviennent et le 16, la malade entre à la clinique dans un état de collapsus avancé.

A l'examen, on trouve le ventre distendu et ballonné principalement dans sa partie inférieure, partout douloureux au toucher. Pouls à 120, vomissements continus. Glace et opium. Mort au bout de 48 heures.

A l'autopsie on trouva une péritonite suppurée, et dans le petit bassin une anse intestinale gangrenée, perforée et fléchie à angle aigu. Rien dans les canaux cruraux et inguinaux. Mais entre le vagin et le rectum, un espace calciforme dont l'orifice correspondait au cul-de-sac de Douglas, et le fond au vestibule du vagin. L'orifice était très serré, presque tranchant.

Il s'agissait évidemment, dans ce cas, d'une péritonite consécutive à une hernie périnéale étranglée.

Myomectomies abdominales (Ueber abdominale Myomoperationen), par Chrobak (*Centralb. f. Gynækol.*, 1893, n° 20, p. 465). — L'auteur rapporte une statistique personnelle de 38 opérations sur des myomes dont 20 traités par l'extirpation totale abdominale et 18 par la méthode rétropéritonéale. Les 20 premiers ont tous guéri sans la moindre

complication; sur les 28 autres, on a eu un cas de mort par septicémie.

Carcinome double de l'utérus (Beitrag zur pathologischen Anatomie und Histogenen des Uteruskrebses auf Grund eines weiteren Falles von « duppelten Carcinom an der Gebærmutter »), par Pfannestiel (*Centralb. f. Gynæk.*, 1893, n° 18, p. 414). — Après avoir rapporté un cas de cancer double à cellules plates occupant le fond de l'utérus et le col et passé en revue les cas analogues publiés jusqu'à présent, l'auteur arrive à conclure que si la métastase par voie lymphatique ne peut être exclue, il s'agit souvent de simple inoculation accidentelle de bas en haut ou de haut en bas, produite par des manipulations thérapeutiques.

Sarcome traumatique du crâne (A case of traumatic sarcoma of the skull), par Hewetson (*Lancet*, 17 juin 1893, p. 1441). — Le 24 novembre 1892, un enfant de 5 ans entre à l'hôpital pour une grosse tumeur kystique siégeant sur le côté gauche de la tête. Il s'était bien porté jusqu'au jour où il reçut un traumatisme sur la tempe gauche. Il se produisit aussitôt une grosseur qui persista. On crut d'abord à un hématome et on eut recours à la compression et à la ponction. Mais la tumeur continua à croître et devint très molle. On recommença à ponctionner, mais on ne retira que quelques gouttes de sang. La tumeur était trop volumineuse pour permettre une opération et bientôt l'enfant mourut. A l'autopsie on vit que la tumeur avait envahi la plus grande partie de l'hémisphère cérébral gauche. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome.

Hernie obturatrice gangrenée (Hernia obturatoria incarcerata completa mit Vorlagerung der Tuba und des Ovariums), par Rogner-Gusenthal (*Wien. Med. Presse*, 1893, n° 26, p. 1009). — Il s'agit d'une femme de 66 ans, reçue avec les phénomènes d'étranglement d'une hernie crurale droite qui existait depuis une vingtaine d'années et était sujette à de l'engorgement. Les phénomènes d'étranglement dataient cette fois de quatre jours.

On fit l'incision comme la hernie crurale; mais l'anneau crural était libre; par contre, le muscle pectiné paraissait très tendu par une collection située derrière lui. Le muscle fut incisé et aussitôt parut le sac herniaire des dimensions d'un œuf de poule. Il s'agissait d'une hernie obturatrice, comme on a pu s'en convaincre par l'examen.

Le sac ouvert, il s'écoula un liquide fétide, puis parurent un ovaire et une trompe gangrenée, de même qu'une anse intestinale tout à fait nécrosée. Anus contre nature. Mort au bout de quatre jours, d'épuisement.

Autoplastie vésicale expérimentale (Experimentelle Harnblasenplastik), par Rosenberg (*Virchow's Arch.*, 1893, Bd 132, p. 158). — L'auteur a essayé de transplanter sur la vessie réséquée des chiens, des lambeaux de muqueuse intestinale en procédant de la façon suivante :

Une anse intestinale fermée à une certaine distance par deux pinces appliquées à chacune de ses extrémités, était séparée du reste de l'intestin et ouverte sur son bord libre. Après entérorrhaphie de l'anse sectionnée, il restait ainsi un lambeau intestinal quadrangulaire appendu par le mésentère. On incisait alors la vessie ou on en réséquait une grande partie pour suturer ensuite le lambeau intestinal à la plaie vésicale. Pour plus de fixité de la vessie et pour éviter un volvulus ultérieur, le pédicule du lambeau intestinal constitué par le mésentère était suturé au feuillet pariétal du péritoine.

Les chiens ont très bien supporté cette opération et étaient complètement rétablis au bout de 10 à 15 jours. Ils furent ensuite sacrifiés au bout de 4 à 12 semaines pour étudier l'état de la nouvelle vessie. Dans tous ces cas on trouvait une réunion parfaite de la vessie à l'intestin; la surface interne était lisse et la cicatrice marquée par une dépression à peine perceptible. A partir de cette cicatrice l'épithélium vésical avait proliféré et couvrait sur une certaine étendue la surface intestin en entourant les villosités et en pénétrant même dans l'intérieur des glandes qui n'avaient conservé leur épithélium que dans le fond.

L'électrisation de la vessie proprement dite a montré que les contractions des fibres vésicales se transmettaient aussi aux fibres intestinales.

L'auteur croit que cette autoplastie pourrait donner des résultats excellents dans les extrophies.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches bactériologiques sur la fièvre typhoïde, par E. Malvoz. Paris, O. Doin, 1893.

En présence des contestations qui se sont élevées dans ces derniers temps au sujet de la spécificité du bacille d'Eberth-Gaffky, Malvoz, reprenant la question tout entière, apporte au débat une longue série de recherches consciencieusement et méthodiquement poursuivies. Sans doute, dans les conditions habituelles des cultures, c'est-à-dire en prenant le bacille de Gaffky sur un cadavre typhique et celui d'Escherich dans les matières fécales, la différenciation des deux microbes est possible. Et parmi les caractères différentiels que l'on a indiqués, la fermentation des milieux sucrés et en particulier de la lactose, la réaction de l'indol, appartenant en propre au bacterium coli sont de beaucoup les plus importants. (Quant aux caractères de la culture sur pomme de terre, à elle seule, elle ne saurait suffire à établir l'identité de l'un ou de l'autre.) Mais ces différences sont-elles essentielles? Non ; car si l'on modifie artificiellement le bacterium coli, en particulier, comme l'auteur l'a fait, par cultures en bouillons phéniqués à la température de 42° et par ensemencements successifs dans ce milieu, on obtient une transformation telle de ce microbe, *qu'il se comporte dans les cultures ultérieures comme le microbe d'Eberth-Gaffky.*

Mais, dira-t-on, quelle que soit l'importance de cette constatation, il n'en est pas moins vrai que le bacille d'Eberth existe constamment dans la fièvre typhoïde, et qu'il est spécial à cette maladie.

Or c'est ce que l'auteur conteste. Sur quatre cas de fièvre typhoïde légitime suivis d'autopsie, il a recueilli deux fois le bacille d'Eberth et deux fois le bacterium coli. Par contre, sur dix cadavres frais provenant d'individus qui avaient succombé à des affections variées, autres que la fièvre typhoïde, il a trouvé tantôt le bacterium coli, tantôt un bacille offrant les caractères généralement reconnus à celui d'Eberth, tantôt enfin des espèces de transition.

Il en résulte que le bacille d'Eberth ne saurait être considéré comme l'agent spécifique de la fièvre typhoïde. La présence de celui-ci dans les cadavres des typhiques n'est-elle point la conséquence des conditions créées dans l'organisme par la maladie, et celles-ci ne pourraient-elles pas réaliser dans certains cas la transformation artificiellement obtenue au laboratoire? L'auteur incline à le croire. L'activité des microbes intestinaux donne sans cesse naissance à des corps de la série aromatique tels que le phénol, le crésol, l'indol, etc. A l'état normal, ces substances sont éliminées après transformation par les urines. Mais dans la fièvre typhoïde, comme dans beaucoup d'autres infections, cette élimination est entravée, et les produits en question, s'accumulant dans l'intestin, peuvent modifier les propriétés biologiques des microbes qui s'y trouvent normalement et du bacterium coli entre autres. Dans cette hypothèse, la transformation réalisée *in vitro* pourrait s'opérer dans l'organisme; mais il ne s'ensuit pas pour cela que le bacterium coli soit l'agent de la fièvre typhoïde, et Malvoz n'admet pas comme démontrée l'opinion de Rodet et Roux à cet égard.

La conclusion logique de ces recherches devrait être la suivante :

Nous ne savons absolument rien de l'agent spécifique de la fièvre typhoïde ; la présence du bacille d'Eberth dans les organes des typhiques n'a pas plus de valeur significative que la présence du bacterium d'Escherich dans le cadavre des individus ayant succombé à des affections quelconques. Aussi éprouve-t-on quelque étonnement quand l'auteur déclare que c'est par le mécanisme de la contagion que la maladie se propage le plus souvent, et que c'est vraisemblablement le bacterium coli « devenu typhogène » qui va par l'intermédiaire de l'eau contaminer les individus. Si l'on a raison de dire que les choses vraies sont simples, il faut convenir que l'on est fondé à n'admettre la théorie du Dr Malvoz qu'avec une cer-

taine défiance. Mais ce n'est là qu'une hypothèse, il le dit lui-même; et son travail, tant par la compétence de l'auteur que de l'étendue de ses recherches, n'en mérite pas moins de prendre une place importante dans le débat scientifique qui passionne actuellement les bactériologistes.

La neurose traumatique. Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes analogues, par le Dr Ch. VIBERT, expert près le tribunal de la Seine, chef des travaux d'anatomie pathologique au laboratoire de médecine légale de la Faculté, 1 vol. in-8° de 171 p. Paris, 1893, J.-B. Baillière et fils, édit.

Bien que par leur nombre, par les particularités qui les caractérisent, les blessures produites par les accidents de chemin de fer présentent un intérêt scientifique autant que pratique, elles n'ont encore fourni le sujet d'aucun travail d'ensemble. C'est cette lacune que l'auteur s'est proposé de combler, frappé quant à lui de la fréquence des cas où il a été appelé à intervenir. C'est en grande partie sur des observations personnelles qu'est édifié le travail de M. Vibert et cela constitue un de ses mérites. Il étudie successivement, en se plaçant spécialement au point de vue médico-légal : les blessures proprement dites, les troubles de la santé générale qui ne sont pas sous la dépendance directe des blessures, les troubles viscéraux que l'on peut attribuer à la commotion, enfin, et d'une façon toute particulière, les troubles fonctionnels des centres nerveux. A cet égard, l'auteur fait preuve d'éclectisme quant aux opinions qui ont été professées sur la nature des troubles nerveux d'origine traumatique, et qui ont donné lieu à des controverses si nombreuses entre l'Ecole de la Salpêtrière d'une part pour laquelle il ne s'agit que de maladies connues ressortissant à l'hystérie ou à l'hystéro-neurasthénie et l'école allemande qui défend, au contraire, l'existence d'une maladie autonome : la névrose traumatique. M. Vibert, tout en reconnaissant que, au point de vue nosologique du moins, les vues du professeur Charcot et de ses élèves sont indiscutables, pense que les médecins-légistes ont intérêt, au point de vue pratique, à adopter la névrose traumatique. Quant à lui, il en distingue trois formes : la forme hystérique, la forme commune, la forme avec prédominance d'un symptôme et relate des observations à l'appui.

On peut se rendre compte, par le peu que nous en disons, de l'intérêt pratique que présente cet excellent volume qui se recommande encore par des qualités de clarté et de précision.

PAUL BLOCQ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PRÉCIS ÉLÉMENTAIRE DE DERMATOLOGIE, par L. BROCQ et L. JACQUET. PATHOLOGIE GÉNÉRALE CUTANÉE, par L. BROCQ. 1 vol. de l'Encyclopédie des aides-mémoire Léauté. G. Masson, éditeur, 1893.

Ce petit volume résume très heureusement et avec une grande clarté les notions générales de la dermatologie : tour à tour l'auteur expose la séméiologie cutanée, les méthodes d'examen clinique des dermatoses, leur étiologie générale, les principes généraux de leur traitement. C'est une introduction très utile, sous une forme nouvelle, à l'étude de la dermopathologie et de la clinique des dermatoses.

RECUEIL D'OBSERVATIONS DERMATOLOGIQUES, par X. ARNOZAN. 1 vol. in-8° de 146 pages. Bordeaux, 1892. Imprimerie Gounouilhou.

L'auteur a réuni dans ce volume des observations très intéressantes et très complètes, avec reproductions photographiques, de quelques dermatoses rares et curieuses : sclérodermie avec gangrène des extrémités, névromes plexiformes, lupus verruqueux, acné hypertrophique, xeroderma pigmentosum.

SUPERFLUOUS HAIR AND THE MEANS OF REMOVING IT, par BALMANNO Squire. Broch. in-16 de 64 pages. Londres. Churchill éditeur, 1893.

Intéressante étude sur l'hypertrichose et les nævi pileux, avec gravures représentant de remarquables types de « femmes à barbe » et d' « hommes-chiens ». L'auteur accorde aux pâtes épilatoires, au rasoir et à l'épilation plus de valeur et moins d'inconvénients qu'on ne leur en reconnaît généralement. Il pense cependant, avec la grande majorité des dermatologistes, que le procédé le plus radical et le plus sûr est l'épilation électrolytique, qu'il pratique avec des appareils moins perfectionnés que ceux employés actuellement en France pour cet usage.

Thèses.

ETAT MENTAL DANS LA CHORÉE, par A. BRETON. G. Steinheil, rue Casimir-Delavigne. Paris, 1893.

La chorée est une affection caractérisée essentiellement par des troubles moteurs. Il y a des cas de chorée (aiguë ou chronique) qui évoluent sans troubles psychiques, le plus souvent les troubles psychiques viennent compliquer la chorée à un degré plus ou moins accusé. Les troubles psychiques constituent ce qu'on appelle l'état mental des choréiques et peuvent se diviser en deux groupes : le premier comprend ceux qui altèrent la sensibilité morale, le caractère, l'intelligence, l'attention, la mémoire, les sentiments affectifs; le second, plus grave, renferme les terreurs nocturnes, les hallucinations et la folie choréique. Par ordre de fréquence, viennent d'abord les phénomènes du premier groupe. Ils sont tellement fréquents qu'on peut les ranger au nombre des symptômes habituels de la chorée. Les terreurs nocturnes et les hallucinations sont assez rares et la folie choréique est exceptionnelle. Les hallucinations s'observent presque exclusivement le soir au moment du sommeil. Elles peuvent se prolonger dans la nuit, interrompre ou empêcher le sommeil. Celles de la vue prédominent, plus rarement on observe celles de l'ouïe, du goût, de l'odorat et du tact. Les hallucinations du sens génital sont l'exception. On peut rencontrer des troubles de la parole tenant non pas seulement à la chorée des muscles du langage et de la phonation, mais relevant encore des troubles mentaux. La folie choréique peut se traduire par des accès de manie simple, de délire, de manie avec hallucinations, ou peut revêtir la forme mélancolique avec idées tristes et tendances au suicide. La guérison de cet état mental est la règle générale dans la chorée aiguë. Provoquée par la chorée, il cesse ordinairement avec elle. Toutefois la névrose peut ouvrir la voie à la dégradation morale, à l'aliénation mentale, à la démence. Les phénomènes psychiques observés au cours de la chorée ne sont point engendrés par elle. Ils n'en reçoivent aucun caractère spécial. Ils viennent seulement la compliquer. La chorée ne fait que les susciter et ne les crée pas. La seule cause véritable de leur existence est l'hérédité. Il n'y a donc pas, à proprement parler, d'état mental choréique. Mais il y a des troubles mentaux se manifestant chez des héréditaires, des dégénérés atteints de chorée.

DE LA CYSTITE EXFOLIANTE CONSIDÉRÉE PARTICULIÈREMENT EN DEHORS DE LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE ET DE L'ACCOUCHEMENT LABORIEUX, par PÉPIN. G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne. Paris, 1893.

Il existe chez l'homme aussi bien que chez la femme enceinte ou non, à côté de la cystite pseudo-membraneuse, une maladie caractérisée par l'exfoliation des parois vésicales. Si les causes et surtout les symptômes des deux affections sont à peu de chose près les mêmes, elles diffèrent totalement au point de vue de la constitution des membranes. Les deux tiers environ des cas connus d'exfoliation sont consécutifs à l'inflammation de la vessie liée aux compressions puerpérales (rétroversion de l'utérus gravide, séjour prolongé de la tête fœtale dans l'excavation). Les faits indépendants de la puerpéralité se rattachent à la rétention d'urine ou au traumatisme, agissant l'une et l'autre sur un organe dont la nutrition est le plus souvent déjà altérée (vieillesse), maladies anciennes de la vessie, maladies générales. Les lambeaux se composent tantôt de la muqueuse seule, tantôt, c'est le cas le plus fréquent, de la muqueuse doublée d'une couche plus ou moins épaisse de la tunique musculaire. Dans quelques rares exemples liés à la rétroversion de l'utérus gravide, ils sont constitués par toute la paroi vésicale, y compris le péritoine. Tous les lambeaux portent la trace d'une violente inflammation. La maladie qui leur donne naissance est une forme de la cystite gangreneuse. La gangrène est consécutive à une extrême acuité des phénomènes inflammatoires. Elle paraît due aux microbes ordinaires de la cystite (coli-bacille, staphylocoque...) modifiés dans leur virulence. L'exfoliation se produit sous l'influence du mécanisme qui préside habituellement à l'élimination des eschares. La cystite exfoliante comporte le pronostic le plus sombre, surtout chez l'homme. Le danger vient surtout du séjour prolongé des membranes sphacélées et septiques dans la vessie. Favoriser et provoquer leur élimination est le but principal que doit se proposer la thérapeutique. Le traitement aura pour base la sonde à demeure ou mieux les cathétérismes répétés et les fréquents lavages antiseptiques. On n'hésitera pas à pratiquer la cystotomie au besoin. Dans quelques cas la résection de la vessie peut avoir ses indications.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 21 juillet 1893.

La Réorganisation des études médicales.

Si l'on n'a pas oublié les articles que nous avons écrits depuis plusieurs années sur ce sujet toujours à l'étude, on comprendra la satisfaction avec laquelle nous publions aujourd'hui (p. 346) les projets de décret qui réalisent deux réformes que nous avons souvent réclamées. Il y a aujourd'hui trois ans (*Gaz. hebd.*, 1890, p. 335, 347 et 359), nous avions résumé les arguments qui militent en faveur de l'organisation d'un enseignement préparatoire aux études médicales et à la décentralisation de ces études. Nous n'avons pas à répéter ce que nous disions alors. La réforme préparée par la Direction de l'Enseignement supérieur et acceptée par les Facultés de médecine est celle que nous demandions avec tant d'insistance. Il a fallu trois années pour la réaliser. La courageuse ténacité de M. le Directeur de l'Enseignement supérieur vient de la faire aboutir. Tout est bien qui finit bien. Si, comme nous n'en doutons pas, le Conseil supérieur accepte les propositions qui lui sont faites, les études médicales ne seront plus accessibles qu'aux étudiants qui, pourvus du diplôme de bachelier (lettres-philosophie) et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, auront appris d'abord à penser et à écrire, auront acquis ensuite les connaissances scientifiques qui leur permettront d'étudier plus tard avec quelque profit les applications des sciences à la médecine. Ce qu'il convient surtout d'exiger, disions-nous, c'est que le jour où ils prendront leur première inscription, les étudiants en médecine aient acquis, d'une part, le fonds d'études commun qu'aucun homme bien élevé ne saurait négliger, d'autre part, les connaissances scientifiques qui leur permettront *plus tard* d'étudier avec quelque fruit les applications des sciences à la médecine. Nous disons *plus tard*, car nous persistons à penser que cet enseignement préparatoire doit avoir pour but exclusif de former l'intelligence et l'esprit des écoliers et de leur apprendre les éléments des sciences. Une année bien employée suffira à faire connaître aux futurs médecins ce qu'ils doivent apprendre et *retenir* le jour où ils aborderont les études médicales proprement dites. Quant aux applications spéciales de la chimie, de la physique et de l'histoire naturelle à l'étude de l'hygiène ou de la toxicologie, de l'ophthalmologie ou de l'électrothérapie, du parasitisme végétal ou animal, ce n'est pas au début, c'est à la fin des études médicales qu'il convient de les enseigner.

Nous n'avons pas changé d'avis. Les projets de décret soumis aux délibérations du Conseil supérieur nous donnent satisfaction sur tous les points. Nous n'avons plus à développer les motifs qui nous les ont fait approuver.

La Faculté de médecine de Paris a cependant fait quelques réserves. Elle a craint que les études physico-chimiques et naturelles ne fussent pas, dans les Facultés des sciences, dirigées dans le sens des études spéciales que devra faire plus tard l'étudiant en médecine et elle a, dès lors, émis le vœu qu'un examen d'entrée permettant de constater que les étudiants possèdent les connaissances nécessaires pour commencer utilement leurs études médicales soit subi devant une Faculté de médecine par *tous* les élèves désirant se faire inscrire comme étudiants en médecine.

Nous ne pouvons accepter ces réserves. Il est reconnu par tous ceux qui ont bien étudié cette question de l'enseignement *pratique* des sciences physico-chimiques et naturelles que les Facultés de médecine ne sont pas et ne peuvent pas être outillées pour l'organiser sérieusement. Il est évident, d'ailleurs, que les élèves formés par les Facultés des sciences seraient en grande majorité déclarés incapables s'ils étaient interrogés par les professeurs des Facultés de médecine.

Le jury d'examen que propose la Faculté de Paris serait composé d'un chimiste, d'un physicien et d'un naturaliste, jury redouté et redoutable, comme l'a si bien dit M. Bouchard, grâce auquel la première année de médecine, qui était jusqu'à ce jour la plus stérile, était souvent aussi la plus tumultueuse. Mieux vaut admettre que le certificat d'études nécessaire pour commencer les études médicales sera conquis par l'ensemble des notes obtenues durant cette année de travaux pratiques et de cours obligatoires et décerné par les professeurs des

facultés des sciences. Nous croyons, avec M. Bouchard, que « l'initiation scientifique du médecin puisée dans un milieu consacré à la haute culture, laisserait chez plus d'un étudiant une empreinte qui ne s'effacerait pas ». Nous pensons, de plus, qu'il n'est point mauvais que l'étudiant en médecine ait consacré une année tout entière à approfondir les questions scientifiques. Les plus zélés parmi les étudiants appelés à faire ce stage dans les facultés des sciences n'hésiteront pas à en profiter pour suivre quelques cours de physique mathématique ou de chimie organique et leur éducation scientifique y gagnera. Les cours de première année dans les facultés de médecine étaient-ils, d'ailleurs, si différents de ceux que pourront professer les maîtres auxquels le public spécial qu'ils auront la charge d'instruire imposera l'obligation non d'abaisser mais de modifier peu à peu leur enseignement? Poser la question, c'est la résoudre.

Mais en soulignant le mot *tous*, la Faculté de Paris a voulu insister sur ce fait indéniable que *tous* les étudiants en médecine n'ont pas, pour commencer leurs études, offert les mêmes garanties de scolarité et de savoir. Les étudiants étrangers obtiennent avec une trop grande facilité l'équivalence des grades universitaires. Il suffira d'appeler à ce point de vue l'attention du ministre de l'Instruction publique pour obtenir plus de sévérité dans l'examen des titres étrangers et faire cesser un abus souvent scandaleux.

La Faculté de Paris a insisté encore sur une autre question des plus importantes au point de vue de l'enseignement médical. Elle a émis, au sujet de la loi militaire, un vœu que nous tenons à reproduire. Ce vœu est le suivant :

La Faculté, considérant que la loi militaire, en obligeant les élèves en médecine à faire une année de service comme soldats, sans aucune utilité (puisqu'ils serviront plus tard comme médecins et non comme soldats), fait perdre à ces élèves une année entière au détriment des intérêts généraux du pays et des intérêts de l'armée elle-même qui a, comme le pays, besoin d'avoir des médecins instruits ;

Considérant que la loi militaire telle qu'elle est appliquée constitue un obstacle presque insurmontable à une éducation médicale suffisante, émet le vœu :

1° Que, pour les étudiants en médecine, l'année de service obligatoire soit reportée à l'âge de 26 ans accomplis.

La Faculté, considérant, de plus, que des docteurs en médecine qui ont fait, au moins, six années d'études spéciales et qui n'auront dans l'armée d'autre rôle que celui auquel ils auront été préparés par ces études, ne sauraient sans injustice être traités plus défavorablement que les élèves d'autres écoles qui accomplissent, en qualité d'officiers de réserve, leur année de service obligatoire, émet le vœu formel:

2°) Que cette année de service militaire obligatoire soit faite par les docteurs en médecine en qualité d'aides-majors de seconde classe de réserve.

Nous sommes heureux de constater qu'à son tour, la Faculté de médecine proteste avec la plus vive énergie contre les dispositions néfastes de la loi militaire, en ce qui concerne les étudiants en médecine. Nous n'avons pas à rappeler ici les arguments que, d'accord avec tous les médecins et toutes les associations médicales, d'accord surtout avec tous les médecins de l'armée, nous avons développés pour démontrer *qu'il faut* accorder aux étudiants en médecine l'autorisation, déjà obtenue par les élèves des écoles militaires, de ne faire leur année de service militaire qu'à la fin de leurs études, et, en raison de leur caractère professionnel, de ne servir que comme médecins. Mais nous devons prémunir ceux de nos confrères qui seraient tentés de trop demander contre les dangers que présentent certains vœux analogues à celui qu'a émis la Faculté de médecine. L'autorisation de ne faire une année de service obligatoire qu'à l'âge de 26 ans et comme médecins auxiliaires sera, nous l'espérons encore, accordée à nos étudiants. Nous craignons, par contre, qu'on ne leur refuse le titre d'aide-major de réserve.

L'état-major général de l'armée ne consentira jamais à reconnaître comme officiers ceux qui n'ont été ni soldats ni élèves d'une école spéciale où les exercices militaires sont obligatoires. Il se refusera également à reporter à 27 ans, comme le demandait d'abord M. Cornil, l'âge auquel seront appelés dans l'armée les médecins pourvus du titre d'interne ou du grade de docteur. Il importe donc que, dans nos revendications ultérieures, nous soyons tous d'accord pour ne demander que ce qu'il paraît possible d'obtenir. Le projet Cornil amendé après les discussions qui viennent d'avoir lieu devant la Commission de l'armée du Sénat est celui auquel il convient de s'arrêter. Sans doute nous rencontrerons toujours l'hostilité de ceux qui ont élevé le caporalisme à la hauteur d'une institution. Toujours ils s'opposeront à une réforme que tous les médecins de l'armée, tous les professeurs de nos facultés de médecine, tous les hommes de science que n'aveugle pas un étroit fanatisme ont depuis longtemps reconnue nécessaire. Mais, il appartiendra à ceux qui ont mission de défendre les étudiants en médecine de démontrer que les intérêts de l'enseignement sont d'accord avec ceux de la défense nationale pour faire considérer cette modification à la loi militaire comme indispensable. Nous lutterons donc encore et toujours pour la faire aboutir.

Une deuxième réforme réalisée par les projets de décrets que nous publions plus loin est relative à la décentralisation des études. Le nouveau projet donne aux écoles de plein exercice les quatre années complètes d'études médicales, aux écoles secondaires les trois premières années. Elle autorise les étudiants à y subir les épreuves des deux premiers examens. Elle leur permet dès lors d'étudier l'anatomie, l'histologie et la physiologie en même temps que la clinique propédeutique là où les ressources matérielles et le zèle des maîtres paraissent suffisants. Elle leur donne la facilité de préparer leurs examens là où ils le voudront, de rester fidèles à leurs premiers maîtres, de faire prospérer l'enseignement provincial là où il se montre digne d'attirer et de retenir les élèves. Si, comme nous l'espérons, cette réforme vient à aboutir, un grand progrès aura donc été accompli.

L. LEREBOULLET.

REVUE GÉNÉRALE

La péritonite blennorrhagique chez l'homme.

Différents travaux parus dans ces dernières années ont établi combien l'uréthrite blennorrhagique pouvait avoir des suites graves pour le sexe féminin, par sa propagation

au péritoine et nous rappellerons la revue récente de M. Charrier sur ce point. L'homme n'est pas exempt de cette affection et le péritoine, chez lui, peut aussi éprouver des accidents blennorrhagiques. C'est à ces accidents, à propos de trois faits personnels, que M. M. de Zeissl (de Vienne) vient de consacrer un important article dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

Selon toute apparence, ce fut Hunter (1) qui le premier fit remarquer qu'une péritonite pouvait se développer à la suite d'une épididymite, car on trouve dans ses œuvres le passage suivant : « Les inflammations du testicule, de quelque espèce qu'elles soient, s'accompagnent généralement d'une douleur dans les lombes et d'une sensation de faiblesse dans cette région et dans le bassin. Les intestins sympathisent ordinairement avec la plupart des maladies du testicule ; cette sympathie se manifeste tantôt par des coliques, tantôt par une sensation anormale qui a son siège dans l'estomac et dans les intestins. Les nausées et les vomissements constituent un symptôme fréquent. Par là, les forces digestives sont altérées, et il se forme des accumulations de gaz qui sont très pénibles. Voilà donc, pour les testicules, une longue chaîne de sympathies, comme lorsque l'irritation se propage dans toute l'étendue des voies urinaires : d'abord, le testicule est affecté par sympathie avec l'urèthre malade ; ensuite, ce sont le cordon spermatique, les lombes, l'intestin, l'estomac ; puis tout le corps, en quelque sorte, par l'intermédiaire de ces parties. »

Dans un autre passage, Hunter (2) s'exprime ainsi : « J'ai aussi des raisons pour croire que l'irritation peut se communiquer au péritoine par l'intermédiaire du canal déférent. Cette opinion est confirmée, jusqu'à un certain point, par le cas suivant : un homme contracta une gonorrhée qui fut traitée par la méthode antiphlogistique ; l'écoulement était en partie dissipé, lorsqu'il se manifesta une tension à la partie inférieure du ventre, du côté droit, immédiatement au-dessus du ligament de Poupart, un peu plus près de l'os des îles que du pubis. Le palper y faisait reconnaître une induration et déterminait une sensation douloureuse ; cette douleur s'étendit à tout l'abdomen ; des frissons eurent lieu tous les trois jours, le pouls était déprimé. Je reconnus à ces symptômes une inflammation péritonéale, qui, suivant nous, provenait de ce que le canal déférent du côté droit était affecté dans son trajet à travers l'abdomen et le bassin. »

Swédiaur (3) écrit : « Dans quelques cas le malade ressent des douleurs dans les flancs, a des nausées et des vomissements. »

Kern (4) communique un cas qui pourrait être pris pour une périorchite chronique et qui paraît s'être développé comme une péritonite.

Ricord (5) dit, d'après Faucon : « Dans son état de plus grande simplicité, la maladie se borne aux épididymes et aux canaux déférents en même temps ; mais pour peu qu'elle soit intense, que la constitution s'y prête et que des causes adjuvantes agissent, elle s'étend ou se complique... Maladie locale et le plus ordinairement à marche aiguë, l'épididymite peut occasionner dans quelques rares la péritonite. »

Fournier (6) s'exprime de la manière suivante : « Signalons encore, comme conséquence possible de cette dernière localisation, l'inflammation du péritoine que Hunter paraît avoir le premier signalée consécutivement à l'inflammation du canal déférent. Ricord dit avoir observé plusieurs fois cette complication, qui peut même être assez intense pour entraîner une terminaison fatale. Enfin, en certains cas tout à fait exceptionnels, les vésicules séminales peuvent s'enflammer. Dans un fait de ce genre cité par Velpeau, la phlegmasie s'étendit des vésicules au péritoine et fut suivie de mort. »

(1) Hunter. *Œuvres de* Hunter, 1843, t. 2, p. 219.
(2) *Loc. cit.*, p. 518.
(3) Swédiaur. *Von der Lustseuche.* Berlin, 1799, p. 129.
(4) Kern. *Beobachtungen und Bemerkungen auf den Gebiete der pratik. Chirurgie.* Wien, 1828, pages 246-253.
(5) *Archives générales de médecine,* 1877, p. 391.
(6) Fournier. Blennorrhagie. *Nouv. dict. de médecine,* 1866. T. V, p. 214.

Godard (1) a examiné deux cas observés par Ricord. Il dit : « Dans le courant du mois de janvier 1855, M. Massaris, interne à la clinique de Ricord, me remit les parties génitales de deux hommes qui avaient été reçus à l'hôpital du Midi, l'un avec une épididymite du côté gauche, l'autre du côté droit. Les deux malades avaient bientôt succombé aux suites d'une péritonite. » Godard trouva les vésicules séminales du côté atteint, bien que les vésicules fussent parfaitement saines, beaucoup plus petites que celles du côté sain ; il trouva ensuite le canal déférent obstrué par l'inflammation et constata que c'était la cause de ce qu'aucun spermatozoïde ne pouvait entrer dans le canal déférent. »

Vidal de Cassis (2) rapporte l'observation suivante d'un malade qui fut reçu à sa clinique le 18 février 1850. Celui-ci avait été atteint vers la fin du mois de janvier d'une uréthrite : le testicule gauche fut pris le 16 février. Le 18, Vidal de Cassis trouva le testicule droit grossi de la moitié de son volume, et la maladie se continua en première ligne sur l'épididyme ; le canal déférent était aussi dur et gonflé.

« Le 19 février, on mit dans des intervalles de trois heures des compresses de chloroforme sur la partie scrotale attaquée. Ce procédé fut suivi immédiatement de vives douleurs qui cessèrent après vingt minutes. Après la disparition de ces douleurs, le malade se sentit soulagé et les douleurs causées par l'orchite ne reparurent plus. On employa des compresses d'eau chaude. Le 21 février, des douleurs se firent sentir dans la région inférieure droite du bas-ventre et il se développa une péritonite circonscrite qui disparut le 27 février.

Vidal de Cassis fait sur ce cas la remarque suivante : « Ainsi, voilà un cas d'inflammation testiculaire avec des douleurs vives que j'ai voulu calmer par le chloroforme en topique, et ce cas a été précisément compliqué d'une péritonite qui a éclaté après l'application de ce moyen anesthésique. Il serait peut-être injuste et, dans tous les cas, trop prématuré d'accuser ici le chloroforme seul de l'inflammation de la séreuse abdominale, mais l'accident doit être noté avec soin. »

Le même auteur (3) écrit dans son traité sur les maladies vénériennes ce qui suit : « En même temps, avec l'inflammation des épididymes, on remarque la tumescence considérable du canal déférent, des parties environnantes et des tissus qui servent à remplir le canal inguinal. Les anneaux tendineux cèdent difficilement à la pression occasionnée par la tumeur et c'est ainsi qu'il se forme un rétrécissement réel qui souvent se montre avec les symptômes d'un rétrécissement causé par une hernie.

» Donc des douleurs dans le bas-ventre, des nausées et des vomissements, etc., etc. L'état qui vient d'être décrit et l'accroissement des épididymes se font remarquer dans le rétrécissement herniaire. On a aussi observé les symptômes de la péritonite à l'enflure du cordon spermatique. »

(1) *Gazette méd. de Paris,* 1856, p. 284 à 295.
(2) *Annales des maladies de la peau et de la syph.* pub par Cazenave et Chausit, 3e an. 3 vol. 1850-1851, p. 87. Orchite. Emploi du chloroforme comme topique, etc.
(3) Vidal de Cassis. *Traité des maladies vénériennes.*

Peter (1) cite un cas qui fut observé à la clinique de Velpeau. « Un jeune malade de 16 ans fut reçu le 4 juillet 1856. L'uréthrite remontait à une quinzaine de jours, l'épididymite datait de cinq jours. L'épididymite commençait à disparaître et l'uréthrite avait déjà cessé lorsque le 13 juin le malade fut saisi de frissons et d'un malaise général. Le 15, des vomissements mêlés de bile se succédèrent rapidement et une légère douleur se fit sentir dans l'abdomen. Le 17, le malade fut transféré dans le service de Cruveilhier. A l'examen, on constata une douleur vive dans le bas-ventre, augmentée par les mouvements; on trouva le visage amaigri, les joues creuses, une toux courte et sèche, accompagnée de dyspnée, respiration 35, pouls 105, une soif violente, des vomissements fréquents mêlés de bile, des selles diarrhéiques involontaires, un léger mal de tête, insomnie; vingt-cinq sangsues furent appliquées sur le bas-ventre; on fit des frictions d'onguent mercuriel et appliqua des cataplasmes. Le 18, l'état du malade n'avait pas changé. Le 19, une douleur au côté gauche de la poitrine vint se joindre aux susdites douleurs vives du bas-ventre, sans qu'on puisse toutefois démontrer la présence d'un exsudat.

» Le 20, la mort s'ensuivit. L'autopsie qui fut faite donna les résultats suivants : pleurésie diaphragmatique des deux côtés, la plèvre du poumon est attachée par de fausses membranes à la plèvre du diaphragme. Péritonite générale, estomac et intestins dans un état normal, le foie et la rate grossis et gorgés de sang, les reins et la vessie sains. L'urèthre est rouge dans sa partie antérieure, dans une étendue d'à peu près 4 centimètres et de là, jusqu'à la vessie, la muqueuse est toute pâle. Une pression sur la prostate fait sortir par les deux canaux déférents une quantité de matière purulente; un examen plus exact montre que l'inflammation ne s'étend que sur les canaux glandulaires, pendant que le parenchyme est libre de toute inflammation. La vésicule séminale droite, correspondant au testicule sain, contient une petite quantité de liquide dans lequel le microscope démontre des cellules d'épithélium et un petit nombre de spermatozoïdes. La vésicule séminale gauche, qui est beaucoup plus volumineuse que la droite, renferme un liquide purulent dans lequel on ne trouve pas de spermatozoïdes. Le tissu cellulaire environnant est condensé et plus rouge que d'ordinaire. Le péritoine placé en dessous est fortement injecté. Le canal déférent gauche est tuméfié, dur, en contact intime avec le péritoine qui l'environne. La muqueuse du canal déférent est pâle, l'épididyme gauche comparé à celui de droite est fortement épaissi. Le testicule gauche montre le même volume que celui de droite, mais son parenchyme est pâle, anémique, pendant que le testicule droit est d'un rouge qui tire sur le gris. »

Guyon (2) cite le cas suivant : un malade succomba aux suites d'une orchite consécutive à une uréthrite. Ce jeune homme hypospade mourut d'une péritonite étendue. On pouvait suivre le chemin de l'affection par les voies spermatiques qui dans toute leur étendue avaient été atteintes par la blennorrhagie. Les vésicules séminales avaient suppuré, et la péritonite avait eu comme point de départ le cul-de-sac entre la vessie et le rectum. Dans cette communication, il ajoute : « Je ne cite ce cas rare que pour bien accentuer encore une fois que l'inflammation des vésicules séminales, après une uréthrite, n'est pas une maladie si rare et que c'est une nouvelle maladie qu'il faut insérer dans les cadres de notre nosologie. »

(1) *Union médicale*, 1856, page 141, et *Schmidt's Jahrbücher*, 1857, Band 96, Seite 50.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1856, n° 122, pag. 486. Voir FAUCON, *Arch. gén. de méd.*, 1877. Vol. II, page 54, et LANGLEBERT, *Traité des malad. vénér.* Paris, 1864, p. 198.

Berkley Hill (1) écrit : « *Peritonitis and inflammation of the vesicula seminalis have also followed inflammation of the cord in one or two cases.* »

Tarnowsky (2) nous fait part de ses expériences dans les termes suivants : « Dans quelques cas, l'inflammation des canaux déférents qui n'est pas encore arrivée à l'épididymite provoque une série de symptômes fort graves. Les douleurs dans la région inférieure du ventre et dans la direction du canal inguinal sont très aiguës.

» Le malade ne peut pas quitter le lit, a de la fièvre; on constate des vomissements, une constipation, en un mot tous les symptômes d'une péritonite locale. Il y a plusieurs années, j'eus, dans les mêmes circonstances, l'occasion d'observer le développement d'une péritonite aiguë qui menaça la vie du malade.

» L'exsudat qui s'était formé dans la cavité intestinale se résorba très lentement; le malade garda le lit pendant près de deux mois.

» Nous avons maintenant à la clinique un cas type de funiculite, ou mieux de déférentite. A l'hôpital, d'où le malade est venu chez nous, on s'était préoccupé surtout de la douleur extraordinaire, de l'enflure dans la région de la fosse iliaque droite, de la fièvre violente, des vomissements, etc., etc. On avait probablement oublié l'uréthrite qui avait précédé le début de tous ces symptômes. C'est ainsi que la maladie fut prise pour un cas de typhlite. Mais à présent, après que les symptômes de péritonite ont diminué, on peut distinctement sentir au toucher le cordon spermatique droit qui a l'épaisseur d'un petit doigt. On sent le canal déférent épaissi et douloureux et la queue de l'épididyme enflée; il n'y a pas le moindre doute que nous avons affaire à une funiculite à laquelle s'est jointe une péritonite locale. Le malade offre un cas intéressant sous ce rapport qu'il a déjà eu deux fois une épididymite qui fut accompagnée de violents symptômes d'inflammation. »

Wendelin (3) vit éclater chez un malade affecté d'une uréthrite chronique une épididymite qui fut accompagnée d'une tuméfaction considérable du funicule avec une inflammation périphérique secondaire laquelle, se communiquant au péritoine, ouvrit des communications avec la vessie et le rectum. Le cas fut suivi de mort. Pas d'autopsie.

Gosselin (4) décrivit un cas de péritonite qui résulta d'un commencement d'épididymite du côté droit.

Lorsque Gosselin vit pour la première fois le malade, celui-ci déclara avoir depuis quatre jours des douleurs semblables à des coliques dans la cavité intestinale droite; le malade avait vomi trois fois, pouls 95, la température avait augmenté; la cavité intestinale droite ainsi que la région iliaque du même côté était sensible à une simple pression. Gosselin diagnostiqua une légère péritonite. Il dut comme cause de cette dernière, après avoir pu exclure tous les autres motifs, supposer les suites d'une uréthrite durant depuis trois mois. Il ne trouva pas la prostate enflée à l'examen qu'il fit en introduisant le doigt dans le rectum, mais lorsqu'il arriva avec le doigt au niveau des vésicules séminales, il put provoquer à cette place une sensation douloureuse plus distincte qu'au niveau de la prostate même. A l'examen des testicules, Gosselin trouva que l'épididyme droit était douloureux sans être particulièrement enflé. Le cordon spermatique ne paraissait pas tuméfié, mais le malade déclara que le siège de la douleur était dans le

(1) *Syphilis and local contagious disorders.* London, 1868.

(2) *Vortræge über venerische Krankheiten.* Berlin, 1872. b. 331. Seite 433.

(3) VIRCHOW. *Hirsch. Jahresbericht*, 1872, p. 623.

(4) Clinique chirurg. de l'hôpital de la Charité. Paris, 1873, f. II, p. 364.

cordon spermatique. La péritonite disparut lentement par l'application de sangsues sur la région droite du ventre et par l'emploi interne du calomel. L'épididymite s'accrut les jours suivants et le cas se passa de la manière accoutumée sans autre incident.

Rougon (1) communique le cas suivant : « Un officier d'artillerie âgé de 35 ans fut transporté mourant à l'hôpital Fort-de-France (Martinique). La peau était collante, froide, le visage contracté, le pouls petit, fréquent, presque filiforme. Violent mal de tête, les dents sont sèches, sans éclat, les gencives fuligineuses, la langue est très rouge et chargée sur les bords, tirant sur le vert, la soif est très grande. Le malade vomit une matière couleur de bile ; le ventre est tendu, très douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite.

» Depuis deux jours il n'avait pas été à la selle, et la petite quantité d'urine rendue était de couleur foncée. Le long du cordon spermatique droit, on pouvait voir les traces de piqûres de sangsues. Il y avait une épididymite au côté droit accompagnée d'une hydrocèle aiguë. On avait appris d'un camarade du malade que ce dernier avait été atteint vingt jours avant son entrée à l'hôpital d'une uréthrite qu'il avait soignée lui-même par les injections. Six jours avant d'entrer à l'hôpital, l'écoulement, par suite de marche forcée et de fatigue, avait cessé et une inflammation des testicules se fit remarquer. Les douleurs de ventre ainsi que les graves symptômes duraient depuis trois jours. Le malade mourut le jour où il fut apporté à l'hôpital.

» L'autopsie qui fut faite quatorze heures après le décès donna les résultats suivants : l'abdomen est gonflé par des gaz, la peau du scrotum a une teinte bleuâtre ; on trouve des ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-péritonéal à droite. Le péritoine, surtout dans la fosse iliaque droite, est couvert de pseudo-membranes. Environ 300 grammes d'un liquide séro-purulent se trouvent dans la fosse iliaque droite et le petit bassin. Les vaisseaux de la tunique séreuse de l'estomac, des intestins grêles et surtout du côlon ascendant sont injectés.

» La rate est remplie de sang. Dans la tunique vaginale droite se trouve un liquide séro-purulent (100 gr.), la séreuse est injectée, par-ci par-là, par des pseudo-membranes. L'épididyme droit est grossi, ecchymosé, rouge ; après l'avoir sectionné, on remarque quatre points purulents. Le cordon spermatique droit est épaissi, il se trouve dans ses enveloppes une quantité d'exsudat. (La prostate, les vésicules séminales et l'urèthre ne furent pas examinés). »

Milton, Jullien, Neumann et Finger font mention de la péritonite dans le cours d'une épididymite. Milton dit n'avoir jamais vu un cas pareil. De même, Julien et Neumann ne font mention d'aucune observation personnelle, ce qui plaide, vu la grande quantité de malades qui sont à leur disposition, pour la rareté de cette affection.

Horowitz (2) publie deux cas de péritonite par suite d'épididymite ; l'un fut traité à la clinique du professeur Lang. Dans le premier cas, le malade était affecté d'une épididymite gauche, d'une prostatite, d'une inflammation des vésicules séminales et d'une tuméfaction considérable du cordon spermatique gauche, lesquelles furent suivies d'une péritonite. Dans le second cas, la péritonite se montra chez un homme âgé de 31 ans qui était affecté d'une épididymite du côté droit. Les deux cas furent guéris.

Dittel a dit à M. de Zeissl avoir observé quatre cas de péritonite causés par l'épididymite. Outre le cas décrit par Horowitz, Lang vit, comme il eut la bonté de me le faire savoir, encore plusieurs cas se rapportant à ce sujet.

On cite encore parfois un cas de Schepeleren, mais il faut remarquer que dans celui-ci la péritonite se déclara à la suite d'une typhlite avec une perforation de l'appendice vermiforme. M. von Zeissl enfin, après avoir cité tous ces faits, termine par trois cas où lui-même a vu la péritonite causée par l'épididymite.

Premier cas. — F. X..., 34 ans, fut atteint d'une uréthrite le 14 novembre 1879. Lorsque je le vis le 1er décembre 1879 pour la première fois, la température avait monté à 38°9, le pouls 106 ; la langue sèche ; le malade se plaignait de hoquets et vomissait de temps à autre une matière de nature bilieuse. Le ventre était légèrement ballonné et particulièrement sensible à une pression faite dans la région iléo-cæcale droite. Au dire du malade, tous ces symptômes s'étaient développés dans la nuit du 30 novembre 1879, après avoir déjà senti ce jour-là une douleur vive dans l'aine droite où, depuis longtemps, il avait remarqué une tumeur.

Il n'avait pas été à la selle depuis le 30 au soir et n'avait pas rendu de gaz. Le groupement de ces symptômes plaidait pour une hernie inguinale. A l'examen complet du malade, je trouvai le scrotum vide dans sa partie droite ; la tumeur douloureuse qui existait dans le canal intestinal droit fut reconnue être le testicule ; une inflammation de l'épididyme du côté droit chez un homme qui était cryptorchide de ce côté avait provoqué les symptômes violents de la péritonite que nous venons de rapporter. Je fis faire des frictions avec l'onguent mercuriel et appliquer des compresses d'eau froide sur la tumeur testiculaire, pratiquer des injections sous-cutanées de morphine pour atténuer les douleurs ; les symptômes disparurent bientôt. Le 4 décembre, la constipation cessa spontanément et, après la disparition complète de l'épididymite, le traitement de l'uréthrite put être commencé.

Deuxième cas. — M. X... se présenta à moi le 15 juin 1890 atteint d'une épididymite du côté droit et d'un catarrhe aigu de la vessie, accidents qui s'étaient développés à la suite d'une uréthrite contractée le 12 mai. Comme le besoin d'uriner était impérieux, je fis garder le lit au malade, mettre des cataplasmes sur la région vésicale, des suppositoires à la belladone et boire du thé de hernaria glabra ; puis, à cause de l'épididyme, porter un suspensoir, d'après le système Horand-Zeissl. Avec ce traitement, le malade parut se sentir mieux. Le besoin d'uriner diminua ainsi que les douleurs dans le testicule, mais le 18 au soir, les douleurs dans le testicule droit augmentèrent rapidement, de sorte que le malade nous pria, M. le Dr Morgenstern, son médecin, et moi, de venir le voir. Nous le trouvâmes ayant la fièvre, la température 36°6, le pouls 103°, la langue sèche ; il avait, avant notre arrivée, vomi deux fois et se plaignait de nausées ; le ventre était légèrement ballonné sur toute sa surface, sensible à la moindre pression, mais la douleur était surtout vive dans la région iléo-cæcale et à cette place on sentait par la palpation une dureté de la largeur de la main. L'inflammation s'était communiquée au cordon spermatique et on le sentait, tant qu'on pouvait le percevoir par le toucher, de la grosseur du petit doigt. Une pression, le long du canal inguinal, provoquait une douleur vive. Cinq sangsues furent appliquées dans la région iléo-cæcale, et, après que celles-ci furent tombées, il s'ensuivit un soulagement réel. Particulièrement la douleur dans l'abdomen diminua. Des cataplasmes furent appliqués sur le testicule bien soutenu et les symptômes de péritonite aiguë constatés par nous avaient disparu au bout de trois jours. Treize jours après, le testicule et le cordon spermatique étaient libres de toute douleur ; la

(1) *Union médicale*, 1876. Vol. II, p. 651.
(2) *Wiener med. Wochenschrift*, 1892, n° 2 à 3.

légère hydrocèle aiguë disparut lentement, et vers la mi-août l'uréthrite était guérie.

Troisième cas. — M. R. Sp..., 22 ans, vint chez moi le 1er octobre atteint d'une uréthrite datant de huit jours et partit de Vienne le jour même. Le 23 décembre, je fus appelé chez lui et je le trouvai alité avec une prostatite aiguë. Cette complication disparut bientôt avec un traitement approprié, et le malade se sentit si bien qu'il put pour quelques heures quitter le lit. Le 15 janvier, malgré qu'il eût passé toute la journée étendu sur un canapé et qu'il ne se rappelât pas avoir enfreint la diète ordonnée, il ressentit de vives douleurs dans le testicule gauche. L'épididyme gauche ainsi que le cordon spermatique du même côté étaient fortement tuméfiés et très sensibles à tout attouchement. Le malade avait eu, deux années auparavant, une épididymite au côté droit; je lui fis mettre un suspensoir de Horand-Zeissl, après lui avoir d'abord appliqué sur la partie gauche du scrotum un onguent à la belladone. Les douleurs diminuèrent après l'application du bandage et le malade qui gardait le lit se portait passablement. Dans la nuit du 17 au 18 janvier, je fus appelé auprès de lui. Il se tordait dans son lit avec des douleurs violentes au ventre. Celui-ci était légèrement ballonné, la moindre pression faite sur l'abdomen amenait de vives douleurs et le malade poussait des cris dès qu'on essayait d'exercer une pression dans la région iléo-cæcale.

Température 38°8, pouls 112, langue sèche, des nausées. Je lui fis prendre comme médicament interne un centigramme de morphine, appliquer sur le ventre des cataplasmes aussi chauds que possible que je fis continuer toute la journée, attendu que ces derniers apaisaient les douleurs; contre les nausées, des morceaux de glace. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes relatés disparurent dans l'espace de quatre jours et le malade, qui était pris quinze jours plus tard d'une cystite aiguë accompagnée d'hémorrhagies, fut enfin guéri de sa blennorrhagie.

Dans les trois cas, le sperme des malades qui était émis avec des pollutions contenait du sang.

Il s'agit maintenant de savoir par quelle voie et par quelles circonstances peut se développer la péritonite à la suite d'une épididymite. Une opinion défendue par les auteurs français est que la péritonite se propage des vésicules séminales enflammées au péritoine. Cette manière de voir est, par exemple, celle de Velpeau et de Tillaux (1). On trouva effectivement dans les cas de Peter et de Guyon, qui en firent l'autopsie, ainsi que dans le cas de Horowitz, des symptômes d'inflammation aux vésicules séminales.

Gosselin rencontra une sensibilité des vésicules séminales et, dans les cas de M. de Zeissl, les pollutions mêlées de sang indiquent la part que prennent les vésicules séminales à ce processus. D'après M. de Zeissl les pollutions ensanglantées plaident pour la participation des vésicules séminales dans le processus de l'inflammation, parce que nous n'observons pas toujours à l'inflammation de l'épididyme et du canal déférent des pollutions de ce genre. On ne se tromperait guère en mettant en relation directe la présence de ces pollutions ensanglantées avec l'inflammation des vésicules séminales.

Les vaisseaux lymphatiques pourraient fournir une seconde voie. Déjà Paulet (2) l'indique et dit que les glandes lymphatiques des lombes dans un cas d'orchite peuvent devenir douloureuses. Horowitz aussi indique cette voie. Peut-être que la glande lymphatique dans laquelle finit le vaisseau lymphatique du canal déférent, vaisseau que M. von Zeissl a décrit en collaboration avec Horowitz, s'enflamme d'abord et, à la suite de l'inflammation de cette glande lymphatique, l'inflammation gagne le péritoine qui la recouvre.

Enfin, la troisième voie a été déjà indiquée par Hunter. Celui-ci fait aller le processus de l'inflammation du cordon spermatique au péritoine. Horowitz a-t-il effectivement raison quand il impute dans ces cas un rôle plus important aux vaisseaux sanguins et lymphatiques? C'est ce que l'avenir démontrera.

L'anémie et une faible constitution semblent prédestiner pour l'uréthro-péritonite.

D'après les expériences faites jusqu'à présent, on ne peut pas encore dire si les gonocoques de Neisser jouent un rôle dans le développement d'une péritonite à la suite d'une épididymite.

Enfin M. von Zeissl n'a jamais eu l'occasion d'observer à la suite d'une épididymite des phlegmons du bassin, comme ils ont été décrits par Faucon.

(1) *Traité d'anatomie topographique avec appl. à la chirurgie.* Paris, 1877. Page 927.
(2) *Traité d'anatomie topographique.* Paris, p. 642.

TRAVAUX ORIGINAUX

Fixation d'un foie déplacé, par L. G. Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

En dépit des principes les mieux établis et des plus sérieux efforts pour ne jamais opérer sans diagnostic précis, nous devons toujours nous attendre, en chirurgie abdominale, à voir nos prévisions déçues et nos plans opératoires modifiés. Il y a encore, il y aura toujours des laparotomies exploratrices.

Le propre de l'affection dont je vais parler est de se rencontrer sans avoir été prévue. L'opération que j'ai faite est la quatrième en date, et quatre fois elle a été faite sans préméditation, au cours d'une laparotomie entreprise pour une autre fin.

Une femme de 28 ans, marchant à peine, entre dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, le 22 mars 1893. Elle est gênée dans son travail depuis une année environ, mais c'est depuis deux mois surtout qu'elle se mit à souffrir du côté droit et sentit dans la fosse iliaque une tumeur qui se déplaçait. Les douleurs revinrent par accès fréquents, elle eut des vomissements bilieux, peut-être un peu de fièvre qui maintenant n'existe plus; aujourd'hui elle a cessé tout travail, elle est immobilisée, impotente et vient nous demander secours.

On trouve, assez haut dans la fosse iliaque droite, un empâtement dur, circonscrit, sans mobilité, douloureux à la pressiom. Il n'y a ni fluctuation ni rénitence. La forme rappellerait un peu celle du rein, au dire d'un de mes internes, qui pense à une ectopie de cet organe fixé par des adhérences inflammatoires. Pour mon compte, je n'admets guère ce diagnostic, mais je pense encore moins au foie, car, entre la tumeur et les fausses côtes, le flanc droit est libre et paraît avoir toute sa souplesse.

Cette tumeur iliaque me semble avoisiner l'intestin et revêtir une des formes connues de l'appendicite; forme assez grave, assez pressante pour motiver une intervention dont la plupart des chirurgiens admettent aujourd'hui l'opportunité. Ajoutons que, le père de la malade étant mort à 35 ans d'une affection thoracique, elle-même ayant eu à l'âge de 13 ans une bronchite qui dura sept mois et nous disant qu'elle s'enrhume facilement l'hiver, enfin mes souvenirs me rappelant certains cas de tuberculose limitée du cæcum ayant eu des allures semblables

et dans lesquels j'ai réséqué partiellement la paroi intestinale au grand bénéfice des malades, je suis fort tenté de croire, malgré l'absence de tout signe d'auscultation, à une typhlite tuberculeuse plutôt qu'à une appendicite ordinaire.

En tout cas, l'évolution de cette tumeur douloureuse peut entraîner de sérieux dangers; à défaut d'un diagnostic plus certain, l'indication chirurgicale n'est pas douteuse.

Le 12 avril, j'ouvre l'abdomen sur le bord externe du muscle droit, et je mets à nu la tumeur, qui adhère à la paroi dans toute la hauteur de mon incision. Je la décolle sans peine, et, à mon grand étonnement, je reconnais le foie descendu dans la fosse iliaque. L'organe est de volume normal, et son tissu paraît sain dans presque toute son étendue; mais il a changé de place, il est devenu vertical, son lobe gauche occupe l'hypochondre droit, sa face convexe est tournée en dehors, et l'extrémité de son lobe droit est venue se mettre en rapport avec la paroi abdominale un peu au-dessus du cæcum. L'adhérence qui s'est faite en ce point correspondant à une surface large comme la paume de la main, où la capsule de Glisson est blanche, épaisse et fibreuse, de telle façon que cette minime partie du foie, qui d'ailleurs ne contient ni kyste ni aucun produit morbide apparent, simulait par sa dureté une tumeur nettement circonscrite. L'intégrité du tissu hépatique au-dessus de la zone fibreuse donnait à la région une souplesse relative qui faisait croire à un vide, à une interruption complète entre la tumeur et les fausses côtes. Je ne sais d'ailleurs quelle pouvait être l'origine de cette périhépatite localisée, qui rendait immobile le foie déplacé et contribuait par là même à l'obscurité du diagnostic.

Les adhérences ayant été rompues, le foie devient libre et mobile, et je le repousse facilement en haut, de manière à lui rendre à peu près son attitude normale. L'idée me vient aussitôt de le fixer après l'avoir réduit. En effet, l'épaississement limité de la capsule ne constitue pas une lésion grave et ne saurait motiver une résection partielle. Au contraire, il est très indiqué d'empêcher le déplacement de se reproduire, avec les tiraillements douloureux, les compressions, les adhérences bizarres qu'il peut encore entraîner. Cette fixation est d'autant plus opportune, que la zone fibreuse est toute faite pour admettre les fils sans se déchirer ni saigner, et pour contracter facilement de nouvelles adhérences.

Je remonte le foie le plus haut possible avec deux doigts de la main gauche, de telle sorte que son bord antérieur dépasse encore de trois travers de doigt les fausses côtes. Un aide attire en haut l'extrémité supérieure de mon incision cutanée, en la faisant glisser sur les couches profondes de la paroi. Je passe à travers ces couches et la partie épaisse de la capsule trois fils de catgut montés sur une aiguille courbe, et je les noue solidement, sans voir ni déchirure ni écoulement sanguin. Puis je ferme la paroi comme à l'ordinaire.

Les suites de cette opération ont été nulles, et j'ai revu la malade aujourd'hui même, c'est-à-dire près de trois mois après mon intervention. La guérison est complète; le foie, facile à sentir à travers la paroi abdominale, est collé à la place où je l'ai mis et déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. Le ventre est souple, insensible, et la malade, qui avait pris une ceinture et la trouvait gênante, ne veut déjà plus la porter. Elle marche longtemps sans fatigue, et se déclare aussi bien portante que jamais.

J'ai dit que mon observation était la quatrième; mais ce n'est pas tout à fait exact (1). Dans les deux premiers cas, Billroth et Tscherning fixèrent à la paroi abdominale, non pas le foie lui-même, qui était à sa place, mais un lobule pédiculé et flottant de cet organe, qu'ils avaient pris pour une tumeur. Cette fixation partielle est une opération tout autre, car un simple lobule était forcément plus léger et moins rebelle que ne l'eût été le foie lui-même. Au contraire, dans le cas de Gérard-Marchant, il s'agit d'un foie mobile en totalité; c'est donc bien notre collègue qui fit pour la première fois, le 28 mars 1891, une « hépatopexie » au sens propre du mot. Seulement, d'après les termes de cette observation, la malade continua de souffrir après l'intervention chirurgicale et elle ne fut guérie qu'après la fixation du rein, qui lui-même était mobile; puis, quelque temps après, il fut constaté que le foie retombait dans l'abdomen. Par conséquent, la fixation hépatique n'avait pas été durable, et pendant le temps qu'elle avait persisté, elle n'avait pas atteint son but. Le résultat que j'ai obtenu est meilleur, puisque la douleur a disparu, la malade est redevenue alerte et l'organe reste à sa place. Donc l'opération que j'ai faite est la deuxième en date, mais, en réalité, c'est la première fixation du foie *réussie* et *curative*.

J'ai encore à citer quelques faits de détail.

L'organe adhérent simulait une tumeur absolument fixe dans la fosse iliaque; c'est un cas très exceptionnel, car « le foie prolabé est essentiellement mobile » dans toutes les observations.

La malade ne présente aucun degré d'enteroptose; tous les autres viscères sont à leur place, la paroi abdominale est ferme et le ventre plat. Son appétit est conservé, ses digestions régulières. Elle a eu trois grossesses normales. Le seul fait à signaler au point de vue de l'étiologie, c'est qu'elle est « passementière au pied », c'est-à-dire qu'elle est debout toute la journée, manœuvrant une pédale avec le pied droit; mais je doute qu'on puisse tirer de ce détail beaucoup de lumière sur le mécanisme de l'hépatoptose. J'éviterai donc de me livrer à une discussion stérile et de renouveler les hypothèses qu'on a faites sur la pathogénie, et dont quelques-unes sont absurdes.

Au point de vue du diagnostic, il faut rappeler que le déplacement et la mobilité du foie ont été souvent reconnus sans entraîner une intervention chirurgicale; et que la fixation n'a encore été faite que par surprise, au cours d'une laparotomie motivée par un diagnostic erroné ou incertain.

Mais un déplacement du foie cliniquement démontré, s'il est douloureux, s'il entrave les fonctions et résiste à la ceinture abdominale, peut fort bien nous conduire, à titre exceptionnel, à une intervention chirurgicale de parti pris. Je n'y vois pas d'objection, pour ma part. Dans cette hypothèse, si on me demandait mon avis sur la technique de la fixation du foie, je dirais que la seule incision admissible est verticale, sur le bord externe du muscle droit, à l'occasion sur la ligne médiane, et qu'il faut se garder, ici comme ailleurs, d'imiter les chirurgiens qui, à la moindre difficulté, coupent l'abdomen en travers et montrent ainsi une grande inexpérience de la laparotomie. Les fils doivent être passés entre les couches profondes de la paroi abdominale et la face convexe du foie, et appliquer celle-ci au péritoine pariétal sans traverser l'organe de part en part, car le contact arrête l'hémorrhagie, tandis que les trous de la face inférieure pourraient saigner gravement. Ces fils doivent être serrés avec modération, comme dans la néphropexie, pour ne pas déchirer le tissu. Ils doivent être en catgut, et non pas en soie; il n'est pas vrai de dire que les premiers déchirent plus que les seconds; jamais on n'est sûr que la soie ne s'éliminera pas en formant des abcès; le catgut est suffisant pour le foie aussi bien que pour le rein et

(1) J. L. Faure, L'appareil suspenseur du foie, l'hépatoptose et l'hépatopexie, Thèse de Paris, 1892.

l'utérus, car ce n'est pas le fil qui tient l'organe en définitive, c'est l'adhésion inflammatoire dont il est cause.

CORRESPONDANCE

Les injections séquardiennes. — Leur utilité.

M. le docteur Colleville (de Reims) nous a adressé un très intéressant travail (1) résumant les recherches qu'il avait entreprises sur la valeur thérapeutique des injections séquardiennes. Jugeant avec raison qu'il faut, en chirurgie, se garder aussi bien d'un enthousiasme irréfléchi que d'un scepticisme absolu, M. le docteur Colleville a lu tout ce qui avait été écrit sur la préparation et le mode d'action de ce qu'il appelle *la spermine* (liquide de Brown-Séquard et d'Arsonval), puis il a étudié cliniquement les malades qu'il soumettait à ses injections, analysant leurs urines, y dosant les phosphates, les chlorures, etc., mesurant leur poids, comptant les globules, pourcentant l'oxyhémoglobine. Point n'est besoin d'ajouter que toutes les précautions ont été prises pour éviter la suggestion. De semblables recherches offrent toutes les garanties que peut désirer un médecin consciencieux. Or, M. le docteur Colleville a constaté que, contrairement aux opinions admises, le phosphore n'est pas l'agent essentiel de la médication et que le phosphate de soude paraît inférieur au point de vue de son action au liquide séquardien. A ce point de vue, nous ferons remarquer que les proportions de liquide injecté par le docteur Colleville sont très faibles et que ses résultats auraient été peut-être plus probants encore s'il s'était agi de doses plus considérables. Quoi qu'il en soit, l'activité des injections est mise hors de doute par ces observations.

Poursuivant ses intéressantes recherches, M. le docteur Colleville nous écrit au sujet des dosages du phosphore dans le liquide séquardien :

« J'écrivais à la fin de mon travail qu'il avait été très difficile de pouvoir décéler et, par conséquent, doser le phosphore contenu dans les liquides séquardiens, en raison du véhicule « glycérine ».

Depuis, m'inspirant des injections hypodermiques d'huile créosotée ou iodoformée, je me suis servi de l'huile d'amandes douces et aussi d'huile de vaseline stérilisées. J'ai substitué à la spermine ou à la cérébrine le *jaune d'œuf*, comme substance à la portée de tous, aussi riche, sinon plus, en lécithine, matière phosphorée organique. J'ai déjà constaté et des expériences ultérieures que je vous demanderai la permission de vous soumettre, prouveront que le phosphore est plus directement et plus rationnellement assimilable sous cette forme que sous celle de phosphate de soude.

M. Christiaens a bien voulu me prêter, pour ces recherches, sa science et son laboratoire ; si nous arrivons à un but pratique, je serai heureux de lui en témoigner publiquement toute ma reconnaissance.

PROCÉDÉS D'ANALYSES CHIMIQUES.

1° *Liquides à base d'huile d'amandes douces.* — Le principe phosphoré est extrait au moyen de l'éther; le résidu éthéré, saponifié par la soude, est repris par l'eau. La solution aqueuse évaporée, puis calcinée en présence du nitrate de potasse, donne un résidu contenant le phosphore à l'état de phosphate de soude. Ce dernier résidu est repris par l'eau, le phosphate s'y dissout ; on peut ainsi facilement le caractériser et le doser.

2° *Liquides à base d'huile de vaseline.* — Dans ce cas, l'excipient n'étant pas saponifiable, on supprime le traitement éthéré et on saponifie directement le liquide. Laisser macérer en agitant fréquemment jusqu'à émulsion complète, laisser 48 heures en contact; puis, mettre digérer à 70° environ, en remuant continuellement jusqu'à séparation de l'huile. Exprimez. Filtrez. Stérilisez. Ce procédé a donné les meilleurs résultats.

(1) Quelques remarques sur les injections séquardiennes, par le docteur Colleville (Reims). Matol-Braine, 1893.

Le contact intime et prolongé de l'œuf avec l'huile semble nécessaire pour obtenir un produit riche en principes phosphorés. Nous avons d'abord obtenu des liquides donnant pour 100 grammes de jaune d'œuf 0 gr. 05 d'anhydride phosphorique, soit 0.606 de lécithine de stéarique.

En mêlant davantage les liquides et en leur faisant subir un contact plus prolongé, l'analyse a donné les chiffres suivants : 100 gr. d'huile d'œuf correspondant à 100 gr. de jaune d'œuf = 0 gr. 29 d'anhydride phosphorique, soit 3 gr. 516 en lécithine.

Ces doses correspondent à : 0 gr. 40 d'acide phosphorique ordinaire ou à 1 gr. 46 de phosphate de soude.

Ce liquide serait donc moins riche en phosphore que la solution de Crocq fils (de Bruxelles), et, à plus forte raison, que le liquide de M. Luton, contenant 3 grammes de phosphate de soude pour 60 grammes de véhicule. Reste à savoir si l'économie s'assimile mieux le produit organique que le composé alcalin. C'est ce que je suis en train de chercher par l'analyse comparative des urines, surtout au point de vue des phosphates éliminés.

On le voit par ce passage de la lettre qui nous est écrite, M. le docteur Colleville, en injectant le jaune d'œuf au lieu des liquides testiculaires ou autres, s'efforce de rechercher quel est le principe actif qui, dans les cas d'injections sous-cutanées, peut amener les effets favorables, qu'à l'exemple de divers observateurs, il a constatés dans plusieurs circonstances. Si nous avons signalé son travail, c'est que nous croyons, nous aussi, à l'utilité de ces injections, qu'elles soient exclusivement composées de suc testiculaire ou bien qu'on y ajoute, comme nous le faisons habituellement, une solution de phosphate de soude. Si la clinique de cette méthode thérapeutique n'est pas définitivement fixée, il paraît démontré que l'injection elle-même est toujours utile, au moins au point de vue tonique (1).

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas singulier d'hystérie mâle, par POPOFF (*Archives de Neurologie*, mai 1893, n° 75, p. 376). — Il s'agit d'un homme de 21 ans présentant au repos un tremblement des membres inférieurs qui augmente lors des mouvements de la marche. Ce tremblement procéderait par accès de quinze jours de durée, se reproduisant presque tous les deux mois, et disparaît ensuite tout à coup. Il existe des stigmates hystériques.

L'auteur insiste sur le caractère de crises que revêt le tremblement et sur la périodicité de ces crises.

Troubles mentaux consécutifs aux maladies aiguës dans l'enfance (A contribution on the occurrence of mental disturbances following acute disease in childhood), par SARA WELT (*The New-York medical journal*, 14 mars 1893, n° 746, p. 298). — Les caractères principaux et communs des troubles mentaux qui surviennent dans ces conditions, sont les suivants : les désordres mentaux se montrent de préférence chez les enfants issus de parents tarés; ils apparaissent à la suite des maladies aiguës les plus diverses, et débutent après la cessation complète de la fièvre. Leurs signes sont très variables. Dans un certain nombre de cas, il s'agit de délire aigu avec hallucinations, dans d'autres cas de véritables psychoses, parfois, plus rarement, de dépression mélancholique, enfin, quelquefois de manie aiguë. Chez tous les malades les désordres mentaux s'accompagnent d'un état de débilité considérable allant presque jusqu'au collapsus. Il est à remarquer que beaucoup de sujets qui, pendant l'enfance, ont présenté transitoirement des troubles de ce genre entrent ultérieurement dans des asiles.

(1) Quant à la préparation des extraits fluides organiques, elle peut être faite, grâce aux indications données par M. le docteur d'Arsonval (Paris, G. Masson). C'est en suivant ces indications que M. Colleville a obtenu les liquides dont il s'est servi.

Disons à ce propos que MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, ne pouvant plus satisfaire aux nombreuses demandes qui leur sont faites, prient leurs correspondants de s'adresser désormais à ceux qui, un peu partout, préparent avec soin les extraits fluides.

Traitement électrique de l'apoplexie cérébrale (Sulla cura electrica dell' apoplessia cerebrale), par de Renzi (*Revista clinica e terapeutica*, janvier 1893, n° 1, p. 1). — Il existe de grandes dissidences entre les opinions des auteurs sur le point de savoir à quelle époque doit être commencé le traitement électrique dans l'apoplexie cérébrale. Voici quelle est à ce sujet, et quant à la valeur et au mode d'action de l'électricité, l'opinion de l'auteur. Il est incontestable que l'électrothérapie fait parfois réapparaître immédiatement les contractions volontaires dans les muscles paralysés : cette restauration n'est pas produite directement par l'électricité, mais par la contraction des muscles que celle-ci détermine; la seule application électrique ne peut, par elle seule, vaincre la paralysie. On ne peut expliquer l'effet curateur de l'électricité en invoquant une résorption de liquide (opinion de Remak), car une telle résorption demande du temps, alors que la disparition de la paralysie est instantanée. L'électricité qui doit être appliquée sous forme de courants induits et avec des électrodes humides sur les muscles paralysés, agit probablement en provoquant des contractions, lesquelles réveillent les images internes des mouvements ou mémoire motrice, laquelle est affectée par l'effet de l'ictus apoplectique. En résumé, l'électricité guérit l'amnésie motrice.

Traitement de certains cas de chorée par les hypnotiques (A clinical lecture on the treatment of certain cases of chorea by hypnotics), par A.-G. Barrs (*The Lancet*, 20 mai 1893, n° 3638, p. 1181). — Un grand nombre de cas de chorée guérissent par le repos et par l'administration de divers remèdes, en particulier de l'arsenic. Certains cas, toutefois, sont réfractaires : 1° ceux qui persistent des mois et des années malgré les traitements ; 2° ceux qui revêtent un caractère grave, compromettent la vie par l'intensité même du trouble nerveux ; 3° ceux qui se terminent par la mort. Gowers évalue la mortalité à 3 0/0 : l'auteur a eu dans son service, depuis 1880, 6 décès sur 212 choréiques. Dans ces cas graves, l'administration systématique de l'hydrate de chloral a été préconisée comme le meilleur traitement. Les observations rapportées sont au nombre de 5, ayant trait à des chorées très graves, qui, sous l'influence de doses énormes et longtemps continuées de chloral, se terminèrent heureusement, sauf un cas où la mort est attribuable à une péricardite. Il résulte des observations que, sinon comme hypnotique, le chloral n'est pas un remède contre la chorée.

Douleurs pré et post-hémiplégiques (Post-hemiplegic pain ; pre-hemiplegic pain), par Weir-Mitchell (*The medical News*, 22 avril 1893, n° 16, p. 421). — Dans cette leçon l'auteur, à l'occasion de cas appropriés, étudie divers phénomènes qu'on peut observer chez les hémiplégiques. Il existe parfois comme prodromes immédiats de l'hémiplégie des douleurs aiguës des masses musculaires du côté qui sera paralysé. Dans d'autres cas, ces douleurs sont consécutives à l'hémiplégie. Des arthropathies qui ont toutes les apparences du rhumatisme chronique, ainsi que des nodosités osseuses, se développent en d'assez nombreux cas du côté hémiplégié. L'interprétation de ces multiples accidents est actuellement très difficile. Sans doute les douleurs reconnaissent-elles une origine corticale, et les arthropathies dépendent-elles de troubles de la nutrition.

Nouvelle méthode de préparation pour l'examen histologique de la moelle (Preliminary note upon a new method of preparing the spinal cord for microscopical examination), par Goodaal (*Brit. med. journ.*, 6 mai 1893, n° 1688, p. 947). — La méthode préconisée s'applique aux préparations de substance nerveuse fraîche, obtenues par les coupes au microtome à congélation. Elle consiste, après avoir recueilli les coupes dans l'eau, à les immerger dans de la pyridine pendant une ou plusieurs heures : après lavage et coloration, les coupes sont ensuite éclairées avec la pyridnie et montées dans du baume à la pyridine.

CHIRURGIE

Chlorose et accouchements (Uber die Beziehungen zwischen Chlorose und Geburtsverlauf), par A. Schmidt (*Centralb f. Gynæk.*, 1893, n° 26, p. 601). — Le travail de l'auteur est dirigé contre Wintrel, d'après lequel la chlorose des parturientes exercerait une influence fâcheuse sur l'accouchement et les suites de couches.

Dans l'espace de 2 mois et demi, l'auteur a pu observer sur 148 accouchements, 39 parturientes qui avaient eu une chlorose grave avant la grossesse. Toutes ces femmes ont fort bien accouché, ont pu, à l'exception d'une seule, nourrir leurs enfants parfaitement normaux et dont le poids moyen était même supérieur à celui d'autres enfants.

Hernie de Littre gangrenée (Beitrage zur Behandlung eingeklemmter brandiger Darmwandbrüche), par Schmidt (*Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 21, p. 465). — Dans un cas de hernie inguinale droite de Littre étranglée et gangrenée, Rosenberger après ouverture du sac sutura simplement l'extrémité supérieure de l'anse gangrenée à la partie supérieure de la plaie qu'il ferma ensuite jusque sur une étendue de 4 centim. L'anneau ne fut pas incisé. Il resta une fistule stercorale qui se ferma spontanément au bout d'un mois.

C'est la quatrième fois que Rosenberger a recours à ce procédé dans des conditions analogues. En ne sectionnant pas l'anneau et en ne réséquant pas les parties malades, on n'aura pas de nouvelles portes d'infection. L'élimination des parties gangrenées se fait spontanément par la fistule qui ne tarde pas à se fermer quand les matières reprennent leur cours normal.

De la cure des hernies musculaires, par Choux (*Revue de chirurgie*, 10 juin 1893, p. 485). — L'auteur résume lui-même ainsi les règles d'une intervention rationnelle :

1° Après la mise à découvert de la tumeur herniaire, l'excision de la partie herniée ou en imminence immédiate de hernie, doit être pratiquée aussi complètement que possible;

2° Il ne paraît pas prudent pour la solidité ultérieure de la suture d'opérer le refoulement dans la gaine aponévrotique de la partie musculaire qui en est sortie;

3° Dans la plupart des cas, au contraire, il y a utilité d'opérer sur le muscle, et en sus de l'abrasion préalable de sa partie herniée, une constriction circulaire par quelques ligatures non résorbables de crin ou de soie placées perpendiculairement à la direction de ses fils et embrassant le tiers environ de son épaisseur ;

4° La suture aponévrotique devra être précédée, en raison de l'amincissement de l'aponévrose au voisinage de la solution de continuité, de la résection préalable des deux lèvres fibreuses de cette dernière dans une étendue suffisante pour que les points de passage des fils de suture soient reportés dans un tissu aponévrotique ayant conservé sa résistance à peu près normale. Quant à la suture elle-même, elle pourra n'intéresser que les deux lèvres de la solution de continuité si le muscle, peu volumineux, n'a que peu de tendance à se hernier de nouveau. Dans le cas contraire, on pourra placer à la fois des sutures superficielles n'intéressant que les lèvres fibreuses et d'autres qui alterneront régulièrement avec les premières et qui comprendront, en même temps que l'aponévrose, les fibres musculaires les plus superficielles. Dans tous les cas, la suture devra être aussi serrée et son affrontement fait aussi exactement que possible ;

5° La suture de la peau sera aussi minutieusement surveillée que la suture aponévrotique, au point de vue de l'affrontement de ses bords, et ses fils seront enlevés assez tard et après cicatrisation parfaite. On maintiendra le membre dans une immobilisation absolue;

6° Après la guérison, on portera, pendant quelques mois, un bas ou un cuissard élastique.

Plaie de la tête par arme à feu (Gunshot of the head with laceration of the brain ; hernia cerebri ; recovery), par Cullin (*Lancet*, 24 juin 1893, p. 1517). — Un garçon de 15 ans reçut à la tête un coup de feu, il tomba dans un état de collapsus ; le coup avait dénudé une partie de l'occipital et avait produit à gauche de la protubérance occipitale une fracture comminutive et déprimée qui avait déchiré le cerveau; des lambeaux de cerveau s'échappaient au dehors. Lavage antiseptique ; on enlève les fragments osseux enfoncés ; de nouveau, de la matière cérébrale s'épanche au dehors à ce moment. Pansement iodoformé. Pendant deux jours, état semicomateux et vomissements. Le sixième jour, il se fit une hernie cérébrale du volume d'une orange. Il survint en même temps une stomatite ulcéreuse intense, qui envahit la trompe d'Eustache et amena une perforation du tympan avec otorrhée et surdité complète du côté droit. Progressivement le malade guérit complètement.

BIBLIOGRAPHIE

On an epidemic skin disease, resembling eczema and pityriasis rubra in some respects, by THOMAS D. SAVILL. Broch. in-8° de 64 pages avec planches et photographies. Londres, 1892, H.-K. Lewis, éditeur.

L'élégante brochure de M. Savill est la reproduction, corrigée et amplifiée, d'articles publiés par l'auteur dans le *British Journal of Dermatology* dans le courant de 1892, sur une singulière affection cutanée offrant quelques caractères de l'eczéma et du pityriasis rubra, qui a été observée à Londres dans l'été et l'automne de l'année 1891 ; épidémique et contagieuse, sévissant surtout dans le quartier ouest de Londres, elle a été observée surtout à Paddington Infirmary et à Marylebone Infirmary, mais aussi en moins grand nombre dans divers hôpitaux ou à l'état isolé. Les caractères cliniques de cette affection ont été signalés dans le *Mercredi médical*, 1891, p. 619, à propos d'une communication de M. Savill à la Société clinique de Londres. L'auteur la complète dans la brochure dont nous rendons compte, en y ajoutant le résultat des recherches bactériologiques de M. Russell, qui a trouvé dans les vésicules un micro-organisme ressemblant au staphylococcus albus. Bien qu'il plane encore sur cette bizarre affection plus d'une incertitude, la contribution clinique du Dr Savill est d'un très réel intérêt et ne peut manquer d'être mise à contribution pour l'étude toujours très obscure et très importante des érythrodermies.

GEORGES THIBIERGE.

VARIÉTÉS

Projets de décrets relatifs à la réorganisation des études médicales.

Projet de décret relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. (Adopté par la Section permanente dans sa séance du 28 juin 1893.)

Article premier. — Il est institué dans les Facultés des sciences un enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles.

Art. 2. — Cet enseignement comprend :

Un cours annuel de physique (trois leçons et deux séances de travaux pratiques par semaine).

Un cours annuel de chimie (trois leçons et trois séances de travaux pratiques par semaine);

Deux cours semestriels de zoologie et de botanique (trois leçons et deux séances de travaux pratiques par semaine).

Art. 3. — A la suite de cet enseignement, il est délivré un *certificat d'études physiques, chimiques et naturelles*.

Les aspirants à ce titre prennent quatre inscriptions trimestrielles.

Ils doivent produire, pour prendre la première inscription, un diplôme de bachelier.

Sont admis à s'inscrire, après constatation de leur aptitude par la Faculté, les jeunes gens âgés de dix-sept ans, pourvus du certificat d'études primaires supérieures.

Art. 4. — L'examen est subi devant la Faculté dans laquelle le candidat est inscrit;

Il comprend :

Une interrogation et une épreuve pratique de physique;

Une interrogation et une épreuve pratique de chimie;

Une interrogation sur la zoologie et la botanique, et une épreuve pratique de zoologie et de botanique;

Le tout conformément aux programmes qui seront déterminés par arrêté ministériel.

Art. 5. — Le jury est composé de trois membres de la Faculté.

Art. 6. — Chaque épreuve donne lieu à une note variant de 0 à 20. Nul n'est admis, s'il n'a obtenu 60 points au minimum.

Art. 7. — Les sessions d'examen ont lieu deux fois par an, en juillet et dans la première quinzaine de novembre.

Art. 8. — L'enseignement institué par le présent décret peut être organisé près les Ecoles de médecine de plein exercice et près les Ecoles préparatoires réorganisées, situées dans des villes où il n'existe pas de Faculté des sciences.

Les examens ont lieu aux dates fixées ci-dessus sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences délégué par le Ministre.

Art. 9. — Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Projet de décret relatif au doctorat en médecine. (Adopté par la Section permanente dans les séances des 28 et 30 juin 1893.)

Article premier. — Les études en vue du doctorat en médecine durent quatre années.

Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ;

Pendant les quatre années, dans une Faculté de médecine, dans une Faculté mixte de médecine et de pharmacie ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 3. — Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse.

Art. 4. — Les examens portent sur les matières suivantes :

PREMIER EXAMEN.

Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection.

DEUXIÈME EXAMEN.

Histologie; physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

TROISIÈME EXAMEN.

1re *Partie* : Médecine opératoire et anatomie topographique; pathologie externe; accouchements.

2e *Partie* : Pathologie générale; pathologie interne; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

QUATRIÈME EXAMEN.

Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

CINQUIÈME EXAMEN.

1re *Partie* : Cliniques externe et obstétricale.

2e *Partie* : Clinique interne.

THÈSE.

Les candidats soutiennent cette épreuve sur un sujet de leur choix.

Art. 5. — Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription; le second entre la huitième et la dixième; le troisième entre la treizième et la seizième; le quatrième et le cinquième après la seizième.

Art. 6. — Les notes obtenues par les candidats, soit aux travaux pratiques, soit dans les services cliniques où ils ont été régulièrement admis comme stagiaires, sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen. Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

Art. 7. — Les délais d'ajournement sont fixés par le jury. Ils ne peuvent être inférieurs à trois mois.

Art. 8. — Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées conformément au décret en date de ce jour subissent le premier et le second examen devant l'école à laquelle ils appartiennent.

Art. 9. — Le jury est présidé par un professeur de Faculté délégué par le Ministre.

Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au Ministre un rapport sur les résultats des examens.

Art. 10. — Les sessions d'examen ont lieu, dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le Ministre.

Art. 11. — Les étudiants inscrits dans les écoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une Faculté aux époques fixées par l'article 5.

En cas d'ajournement, ils sont tenus de se représenter devant la même Faculté.

Art. 12. — Les travaux pratiques de dissection, de laboratoire et le stage près les hôpitaux sont obligatoires.

Le stage près les hôpitaux est de trois ans. Il doit comprendre un stage d'au moins un trimestre dans un service obstétrical.

Un arrêté ministériel fixera la durée des travaux de dissection et des autres travaux pratiques.

Art. 13. — Les quatrième et cinquième examens et la thèse doivent être subis devant la même Faculté.

Art. 14. — Les présentes dispositions sont exécutoires à dater du 1er novembre 1895.

Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878.

Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

Art. 15. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Art. 16. — Le Ministre de l'Instruction publique est chargé de l'exécution du présent décret.

Nous croyons devoir publier *in extenso* la loi suivante qui a été promulguée le 17 juillet 1893 :

Loi sur l'assistance médicale gratuite.

TITRE PREMIER

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE

Article premier. — Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile où, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

Les femmes en couches sont assimilées à des malades.

Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.

Art. 2. — La commune, le département ou l'Etat peuvent toujours exercer leur recours, s'il y a lieu, soit l'un contre l'autre, soit contre toutes personnes, sociétés ou corporations tenues à l'assistance médicale envers l'indigent malade, notamment contre les membres de la famille de l'assisté désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil.

Art. 3. — Toute commune est rattachée pour le traitement de ses malades à un ou plusieurs des hôpitaux les plus voisins.

Dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital. Ce certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou son délégué.

L'hôpital ne pourra réclamer à qui de droit le remboursement des frais de journée qu'autant qu'il représentera le certificat ci-dessus.

Art. 4. — Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

Le conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 :

1° Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattaché chaque commune ou syndicat de communes ;

2° Sur la part de la dépense incombant aux communes et au département.

Art. 5. — A défaut de délibération du conseil général sur les objets prévus à l'article précédent, ou en cas de la suspension de la délibération en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à la réglementation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

TITRE II

DOMICILE DE SECOURS

Art. 6. — Le domicile de secours s'acquiert :

1° Par une résidence habituelle d'un an dans une commune postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par la filiation. L'enfant a le domicile de secours de son père. Si la mère a survécu au père, ou si l'enfant est un enfant naturel reconnu par sa mère seulement, il a le domicile de sa mère. En cas de séparation de corps ou de divorce des époux, l'enfant légitime partage le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de son éducation ;

3° Par le mariage. La femme, du jour de son mariage, acquiert le domicile de secours de son mari. Les veuves, les femmes divorcées ou séparées de corps, conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage ou au jugement de séparation.

Pour les cas non prévus dans le présent article, le domicile de secours est le lieu de la naissance jusqu'à la majorité ou à l'émancipation.

Art. 7. — Le domicile de secours se perd :

1° Par une absence ininterrompue d'une année postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par l'acquisition d'un autre domicile de secours.

Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix de séjour ou par un traitement dans un établissement hospitalier situé en dehors du lieu habituel de résidence du malade, le délai d'un an ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

Art. 8. — A défaut de domicile de secours communal, l'assistance médicale incombe au département dans lequel le malade privé de ressources aura acquis son domicile de secours.

Quand le malade n'a ni domicile de secours communal ni domicile de secours départemental, l'assistance médicale incombe à l'Etat.

Art. 9. — Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours.

TITRE III

BUREAU ET LISTE D'ASSISTANCE

Art. 10. — Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale.

La commission administrative du bureau d'assistance est formée par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance, ou par cette dernière seulement quand il n'existe pas d'hospice dans la commune.

A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance est régi par la loi du 21 mai 1873 (articles 1 à 5), modifiée par la loi du 5 août 1879, et possède, outre les attributions qui lui sont dévolues par la présente loi, tous les droits et attributions qui appartiennent au bureau de bienfaisance.

Art. 11. — Le président du bureau d'assistance a le droit d'accepter, à titre conservatoire, des dons et legs et de former, avant l'autorisation, toute demande en délivrance.

Le décret du Président de la République ou l'arrêté du préfet qui interviennent ultérieurement ont effet du jour de cette acceptation.

Le bureau d'assistance est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par un de ses membres que ses collègues élisent, à cet effet, au commencement de chaque année.

L'administration des fondations, dons et legs qui ont été faits aux pauvres ou aux communes, en vue d'assurer l'assistance médicale, est dévolue au bureau d'assistance.

Les bureaux d'assistance sont soumis aux règles qui régissent l'administration et la comptabilité des hospices, en ce qu'elles n'ont rien de contraire à la présente loi.

Art. 12. — La commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an.

Elle dresse, un mois avant la première session ordinaire du conseil municipal, la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale, et elle procède à la revision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal et un des répartiteurs désignés par le sous-préfet, peuvent assister à la séance avec voix consultative.

Art. 13. — La liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membre d'une même famille.

Art. 14. — La liste est arrêtée par le conseil municipal, qui délibère en comité secret : elle est déposée au secrétariat de la mairie.

Le maire donne avis du dépôt par affiches aux lieux accoutumés.

Art. 15. — Une copie de la liste et du procès-verbal constatant l'accomplissement des formalités prescrites par l'article précédent est en même temps transmise au sous-préfet de l'arrondissemeet.

Si le préfet estime que les formalités prescrites par la loi n'ont pas été observées, il défère les opérations, dans les huit jours de la liste, au conseil de préfecture, qui statue dans les huit jours et fixe, s'il y a lieu, le délai dans lequel les opérations annulées seront refaites.

Art. 16. — Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune.

Art. 17. — Il est statué souverainement sur ces réclamations, le maire entendu ou dûment appelé, par une commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton.

Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix préside la commission.

Art. 18. — Le président de la commission donne, dans les huit jours, avis des décisions rendues au sous-préfet et au maire, qui opèrent sur la liste les additions ou les retranchements prononcés.

Art. 19. — En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la présente loi, un malade non inscrit sur la liste.

En cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire, qui en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Art. 20. — En cas d'accident ou de maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas le domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie incombe à la commune, dans les conditions prévues à l'article 21, s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune.

L'admission de ces malades à l'assistance médicale est prononcée par le maire, qui avise immédiatement le préfet et en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Le préfet accuse réception de l'avis et prononce dans les dix jours sur l'admission aux secours de l'assistance.

Art. 21. — Les frais avancés par la commune en vertu de l'article précédent, sauf pour les dix premiers jours de traitement, sont remboursés par le département d'après un état régulier dressé conformément au tarif fixé par le conseil général.

Le département qui a fourni l'assistance peut exercer son recours contre qui de droit. Si l'assisté a son domicile de secours dans un autre département, le recours est exercé contre le département,

sauf la faculté pour ce dernier d'exercer à son tour son recours contre qui de droit.

Art. 22. — L'inscription sur la liste prévue à l'article 12 continue à valoir pendant un an, au regard des tiers, à partir du jour où la personne inscrite a quitté la commune, sauf la faculté pour la commune de prouver que cette personne n'est plus en situation d'avoir besoin de l'assistance médicale gratuite.

Art. 23. — Le préfet prononce l'admission au secours de l'assistance médicale des malades privés de ressources et dépourvues d'un domicile de secours communal.

Le préfet est tenu d'adresser, au commencement de chaque mois, à la commission départementale ou au ministre de l'intérieur, suivant que l'assistance incombe au département ou à l'Etat, la liste nominative des malades ainsi admis pendant le mois précédent aux secours de l'assistance médicale.

TITRE IV

SECOURS HOSPITALIERS

Art. 24. — Le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, des départements ou de l'Etat est réglé, par arrêté du préfet, sur la proposition des commissions administratives de ces établissements et après avis du conseil général du département, sans qu'on puisse imposer un prix de journée inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années.

Art. 25. — Les droits résultant d'actes de fondation, des édits d'union ou de conventions particulières sont et demeurent réservés.

Il n'est pas dérogé à l'article 1er de la loi du 7 août 1851.

Tous les lits dont l'affectation ne résulte pas des deux paragraphes précédents ou qui ne seront pas reconnus nécessaires aux services des vieillards ou incurables, des militaires, des enfants assistés et des maternités, seront affectés au service de l'assistance médicale.

TITRE V

DÉPENSES, VOIES ET MOYENS

Art. 26. — Les dépenses du service de l'assistance médicale se divisent en dépenses ordinaires et dépenses extraordinaires :

Les dépenses ordinaires comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile ;

2° Les médicaments et appareils ;

3° Les frais de séjour des malades dans les hôpitaux.

Ces dépenses sont obligatoires. Elles sont supportées par les communes, le département et l'Etat, suivant les règles établies par les articles 27, 28 et 29.

Les dépenses extraordinaires comprennent les frais d'agrandissement et de construction d'hôpitaux.

L'Etat contribuera à ces dépenses par des subventions dans la limite des crédits votés.

Chaque année, une somme sera à cet effet inscrite au budget.

Art. 27. — Les communes dont les ressources spéciales de l'assistance médicale et les ressources ordinaires inscrites à leur budget seront insuffisantes pour couvrir les frais de ce service sont autorisées à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes ou des taxes d'octroi pour se procurer le complément des ressources nécessaires.

Les taxes d'octroi votées en vertu du paragraphe précédent seront soumises à l'approbation de l'autorité compétente, conformément aux dispositions de l'article 137 de la loi du 5 avril 1884.

La part que les communes seront obligées de demander aux centimes additionnels ou aux taxes d'octroi ne pourra être moindre de 20 p. 100 ni supérieure à 90 p. 100 de la dépense à couvrir.

Art. 28. — Les départements, outre les frais qui leur incombent de par les articles précédents, sont tenus d'accorder aux communes qui auront été obligées de recourir à des centimes additionnels ou à des taxes d'octroi, des subventions d'autant plus fortes que leur centime sera plus faible, mais qui ne pourront dépasser 80 p. 100 ni être inférieures à 10 p. 100 du produit de ces centimes additionnels ou taxes d'octroi.

En cas d'insuffisance des ressources spéciales de l'assistance médicale et des ressources ordinaires de leur budget, ils sont autorisés à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes dans la mesure nécessitée par la présente loi.

Art. 29. — L'Etat concourt aux dépenses départementales de l'assistance médicale par des subventions aux départements dans une proportion qui variera de 10 à 70 p. 100 du total de ces dépenses couvertes par des centimes additionnels et qui sera calculée en raison inverse de la valeur du centime départemental par kilomètre carré.

L'Etat est en outre chargé :

1° Des dépenses occasionnées par le traitement des malades n'ayant aucun domicile de secours ;

2° Des frais d'administration relatifs à l'exécution de la présente loi.

TITRE VI

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 30. — Les communes, les départements, les bureaux de bienfaisance et les établissements hospitaliers possédant, en vertu d'actes de fondation, des biens dont le revenu a été affecté par le fondateur à l'assistance médicale des indigents à domicile, sont tenus de contribuer aux dépenses du service de l'assistance médicale jusqu'à concurrence dudit revenu, sauf ce qui a été dit à l'article 25.

Art. 31. — Tous les recouvrements relatifs au service de l'assistance médicale s'effectuent comme en matière de contributions directes.

Toutes les recettes du bureau d'assistance pour lesquelles les lois et règlements n'ont pas prévu un mode spécial de recouvrement s'effectuent sur les états dressés par le président.

Ces états sont exécutoires après qu'ils ont été visés par le préfet ou le sous-préfet.

Les oppositions, lorsque la matière est de la compétence des tribunaux ordinaires, sont jugées comme affaires sommaires, et le bureau peut y défendre sans autorisation du conseil de préfecture.

Art. 32. — Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale, sont dispensés du timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement, sans préjudice du bénéfice de la loi du 22 janvier 1851 sur l'assistance judiciaire.

Art. 33. — Toutes les contestations relatives à l'exécution soit de la délibération du conseil général prise en vertu de l'article 4, soit du décret rendu en vertu de l'article 5, ainsi que les réclamations des commissions administratives relatives à l'exécution de l'arrêté préfectoral prévu à l'article 24, sont portées devant le conseil de préfecture du département du requérant et, en cas d'appel, devant le conseil d'Etat.

Les pourvois devant le conseil d'Etat dans les cas prévus au paragraphe précédent sont dispensés de l'intervention de l'avocat.

Art. 34. — Les médecins de service de l'assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au conseil général ou au conseil d'arrondissement à raison de leur rétribution sur le budget départemental.

Art. 35. — Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisés par une décision spéciale du ministre de l'intérieur, rendue après avis du conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

Le Congrès de médecine mentale des pays de langue française tiendra sa session annuelle à La Rochelle du 1er au 6 août 1893.

Parmi les questions qui sont l'objet de rapports spéciaux, nous citerons :

1° Des auto-intoxications dans les maladies mentales. — Rapporteurs : M. le Dr Régis et M. le Dr Chevalier-Lavaure ;

2° Les dépositions des aliénés devant la justice. — Rapporteur : M. le Dr Cullerre ;

3° Les sociétés de patronage des aliénés. — Rapporteurs : M. le Dr Giraud et M. le Dr Ladame de Genève.

Voici le programme de ce Congrès :

Mardi 1er août. — Ouverture du Congrès à 9 h. du matin, salle haute de la Bourse. Des auto-intoxications dans les maladies mentales. — Séance de 2 h. à 6 h. du soir. Des auto-intoxications dans les maladies mentales. A 6 h., visite des tours de La Rochelle. Réception des membres du Congrès par la municipalité à l'Hôtel de Ville de La Rochelle.

Mercredi 2 août. — Séance de 8 h. à 11 h. Les faux témoignages des aliénés devant la justice. — Séance de 2 h. 1/2 à 6 h. Les Sociétés de patronage des aliénés. Banquet à 7 h. du soir.

Jeudi 3 août. — A 8 h. du matin, séance à l'asile de Lafond. Communications particulières. A 10 h., visite de l'asile de Lafond. A 11 h. 1/2, déjeuner offert aux membres du Congrès par l'administration de l'asile. Dans l'après-midi, visite à l'église fortifiée d'Esnandes et aux « bouchots ».

Vendredi matin. — Départ à 7 h. 1/4 pour l'Ile de Ré. Visite du dépôt des forçats de Saint-Martin-de-Ré. Déjeuner à l'Ile de Ré. Visite au phare des Babines. Retour à La Rochelle à 7 h. du soir.

Samedi matin, de 8 heures à 11 heures : Communications particulières.

Samedi soir, de 2 heures 1/2 à 6 heures : Communications particulières ; — Clôture du Congrès.

Dimanche matin : Départ à 5 heures du matin ; — Visite de l'asile de La Roche-sur-Yon ; — Déjeuner offert aux membres du Congrès par l'administration de l'asile ; — Visite des Sables-d'Olonne.

Nous croyons devoir rappeler à nos confrères des asiles que la ligne de l'Etat délivre des billets dits billets de bains de mer pour La Rochelle et les autres villes du littoral, avec arrêt sur le parcours. Ces billets sont accordés avec une réduction de 40 0/0 sur le double du billet simple et sont valables pendant 33 jours.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 28 juillet 1893.

Les étudiants en médecine et la loi du recrutement.

Nous reproduisons plus loin (p. 357), d'après le *Bulletin médical*, le compte-rendu abrégé des séances tenues par la Commission sénatoriale de l'armée appelée à voter le projet présenté par M. Cornil. Les diverses interprétations auxquelles a donné lieu l'intervention de M. Berthelot et la lettre que l'honorable sénateur a adressée au journal *le Temps* en réponse aux observations que nous avions cru devoir présenter à cet égard nous engagent à insister encore sur les questions qui nous divisent.

Une première réflexion s'impose. S'il est vrai que l'intervention de M. Berthelot ait contribué à faire écarter le projet Cornil ; s'il est inexact que la Commission de l'armée ait été unanime à refuser aux étudiants en médecine le sursis d'appel accordé aux élèves de l'Ecole polytechnique et de l'Ecole centrale, il serait injuste de prétendre, comme l'ont dit quelques-uns de nos confrères, que le contre-projet présenté par M. Berthelot indique un parti pris d'hostilité contre le corps médical. Ce contre-projet, s'il était accepté, rendrait moins précaire la situation faite à nos élèves. Il part d'un bon sentiment. Malheureusement il est inapplicable.

Ce que demande, en effet, la direction du service de santé au ministère de la guerre, c'est une modification à la loi militaire qui rende possible, en temps de paix comme en temps de guerre, l'organisation de la médecine d'armée. Pour atteindre ce but, elle a besoin, non point d'aspirants médecins qui, devançant l'appel, commencent leur service militaire avant d'avoir acquis les connaissances premières indispensables au médecin de régiment ou au médecin d'hôpital, mais bien de médecins déjà suffisamment instruits, capables d'assurer le service de garde dans les hôpitaux ou le service médical dans les détachements de troupe. Les infirmiers d'exploitation, voire même les infirmiers de visite, sont en nombre à peu près suffisant. Partout les médecins manquent. On n'en aura, en temps de paix, que si l'on accepte le projet Cornil.

Le jour de la mobilisation, le gâchis sera à son comble si l'on continue à procéder comme aujourd'hui. Parmi les étudiants en médecine, qui tous seront appelés *de par la loi actuelle* à servir soit comme brancardiers, soit comme médecins auxiliaires, soit comme médecins de réserve, les uns seront soldats de deuxième classe et appelés, par leur livret, à servir comme soldats. Il faudra penser à les désarmer et à les diriger vers les ambulances et les hôpitaux. Les autres auront reçu des affectations qu'il faudra modifier. Tout autre serait la situation des médecins si un sursis leur était accordé.

En temps de guerre, j'en ai cité déjà de tristes exemples, le désordre sera la règle, si les médecins de réserve n'ont pu être préparés à leurs délicates fonctions par un long et sérieux apprentissage.

On comprendra donc difficilement l'attitude de M. le général Loizillon qui, après avoir reçu les délégués de l'Association de la presse médicale en leur déclarant qu'il était d'accord avec eux, n'a opposé aux partisans du projet Cornil que des objections puériles que nous ne nous attarderons pas à réfuter de nouveau. Un seul argument a pu frapper la Commission. Les intérêts de la discipline, a dit M. le ministre de la guerre, exigent que les médecins de l'armée soient soumis pendant une année à l'autorité d'un caporal. Ainsi donc, parce qu'on *suppose* que les médecins sont moins disciplinés que les élèves de l'Ecole polytechnique ou ceux de l'Ecole centrale — qui font parler d'eux cependant et savent prouver parfois qu'ils sont jeunes et bruyants — on sacrifie non seulement les intérêts de l'enseignement médical, mais encore ceux de l'armée. Le général Billot a reconnu que la direction du service de santé était favorable au projet Cornil. C'est la seule compétente en pareille matière. M. le général Loizillon a préféré consulter le grand état-major, comme si la loi actuelle lui donnait un fusil de plus en temps de guerre.

— Nous publions aussi (p. 358) le décret relatif aux dispenses qui pourront être accordées aux étudiants étrangers. Espérons que l'on sera désormais plus sévère à leur égard. Espérons surtout que les décrets nouveaux

que nous avons appréciés et qui ont été adoptés par le conseil supérieur, auront pour résultat de ne laisser s'inscrire près les Facultés, et en particulier, à la Faculté de Paris que les étudiants ayant obtenu des notes suffisantes et qu'ils permettront ainsi d'assurer la décentralisation des études médicales.

L. LEREBOULLET.

REVUE GÉNÉRALE

Les porencéphalies.

Heschl (de Cracovie) (1) donna le premier en 1859 le nom de porencéphalie à des pertes de substance qu'on rencontre dans le cerveau de certains idiots. Kundrat (2) et P. Marie (3) désignèrent plus tard sous ce nom un état anatomique du cerveau caractérisé par la disparition de certaines circonvolutions, laissant une cavité plus ou moins profonde dans l'hémisphère atteint. Tout récemment MM. Bourneville et Sollier (4) ont distingué deux formes de porencéphalies : la porencéphalie vraie, résultat d'un arrêt de développement et par conséquent congénitale; et la pseudo-porencéphalie consécutive à un processus destructif, le plus souvent un trouble circulatoire et survenant soit pendant la vie intra-utérine, soit après la naissance. Cette division est basée sur des considérations anatomiques que nous développerons plus loin.

L'histoire des porencéphalies, bien qu'elle ne soit pas très ancienne, est déjà assez fournie. C'est Reil (5) qui en publia en 1812 la première observation ; dans ce cas il y avait absence complète de corps calleux. Breschet (6) donna ensuite quelques observations de porencéphalies, qu'il attribua toutes à des défauts de développement. Lallemand (7) eut l'occasion d'étudier quelques faits semblables chez des fœtus et les rapporta à l'inflammation de la substance cérébrale ou à des hémorrhagies. Puis viennent les observations de Cruveilhier dans son *Atlas*, de Rokitansky (8), de Heschl (9). Nous avons vu que c'est ce dernier qui donna à la maladie le nom qui lui est resté; d'après lui, il s'agit d'une anomalie congénitale du cerveau rencontrée chez les idiots, ne dépendant pas toujours d'un arrêt de développement, mais pouvant succéder à un processus pathologique frappant la substance cérébrale en voie de développement.

Parmi les cas décrits sous le nom d'atrophie cérébrale dans la thèse de M. Cotard (10), il en est quelques-uns qui sont de véritables porencéphalies.

Il faut arriver à Kundrat (1882) (11) pour trouver une description d'ensemble des porencéphalies qui n'a pas été surpassée. L'auteur publie douze cas personnels et vingt-neuf empruntés aux divers auteurs. D'après lui, il s'agit

(1) HESCHL, *Prager Vierteljahrschrift*, 1859-1868.
(2) KUNDRAT, Die Porencéphalie. Graz, 1882.
(3) P. MARIE et JENDRASSIK, Contribution à l'étude de l'hémianesthésie cérébrale (*Arch. de phys.*, 1870); et P. MARIE, article HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE du *Dict. encycl. des sciences méd.*
(4) BOURNEVILLE et SOLLIER, *Comptes rendus du service du docteur Bourneville à Bicêtre pour l'année 1890*, t. XI, p. 167.
(5) REIL, *Arch. f. Phys. von der profess. D. Ish. Chr. Reil und D. Autenrieth*, Bd XI, p. 241, Halle 1812.
(6) BRESCHET, Quelques vices de conformation par agénèse de l'encéphale et de ses annexes. *Arch. gén. de méd.*, 1831.
(7) LALLEMAND, *Lettres sur l'encéphale*, vol. III, 8e lettre, 1834.
(8) ROKITANSKY, *Med. Jahrb. des Œster. Kaiserst.*, 1835, p. 146.
(9) HESCHL, *loco citato.*
(10) COTARD, *Etude sur l'atrophie cérébrale*. Thèse de Paris, 1864.
(11) KUNDRAT, *loco citato.*

d'un processus actif de destruction, qui peut se montrer non seulement avant la naissance, mais encore après. Il fait remarquer les rapports de la lésion avec les territoires vasculaires et attribue aux modifications de l'irrigation cérébrale une influence peut-être exagérée sur la production des pertes de substance. L'étude des symptômes est très complète.

Il faut encore rappeler que Strumpell (1) attribue les hémiplégies spasmodiques de l'enfance à des poliencéphalites aiguës auxquelles, à la longue, pourraient succéder des pertes de substance cérébrale, de véritables porencéphalies.

Nous ne pouvons citer ici toutes les observations publiées depuis le travail de Kundrat, on en trouvera l'énumération dans le mémoire de M. Audry (2). Dans cet excellent travail, l'auteur, à propos de deux observations nouvelles qu'il a recueillies dans les hôpitaux de Lyon, fait une revue des travaux antérieurs et donne une étude d'ensemble de la question.

Nous avons déjà parlé plus haut de la classification établie par MM. Bourneville et Sollier (3).

La porencéphalie n'est pas si rare qu'on le croit généralement. On rencontre ses lésions deux fois plus fréquemment que celles de la sclérose lobaire (Audry). C'est chez le fœtus ou dans la première enfance, presque toujours dans les deux premières années de la vie, qu'on la rencontre; il est exceptionnel qu'elle survienne après (1 seul fait de Kundrat chez un adulte).

L'influence héréditaire des tares nerveuses de l'alcoolisme, de la syphilis, n'est pas nettement établie. Ce que l'on retrouve le plus souvent dans les antécédents des malades, c'est un traumatisme. Les accidents de la grossesse, du travail, ou les fièvres éruptives sont très rarement notés.

Dans les examens anatomiques il faut se garder de confondre les lésions porencéphaliques soit avec les abcès, kystes parasitaires, cavités creusées par des tumeurs venant de l'encéphale, des méninges ou des os du crâne, soit avec les dépressions plus ou moins prononcées qui accompagnent l'atrophie ou la sclérose cérébrale, ou encore la pseudencéphalie de certains monstres chez lesquels le cerveau n'est plus qu'un moignon. Les caractères particuliers des lésions, que nous allons donner, sont assez nets pour permettre d'éviter ces erreurs.

Dans les porencéphalies on trouve en général des déformations de la boîte crânienne qui varient avec l'âge. Chez les fœtus ou les très jeunes enfants, on a l'aspect d'un crâne d'hydrocéphale ou de microcéphale; quelquefois le front est très aplati et fuyant en arrière. Si le sujet est plus âgé, les déformations sont mieux localisées et correspondent en général au siège de la porencéphalie. Quant à l'épaisseur des os, elle est très variable, on les a trouvés tantôt augmentés de volume, tantôt amincis. Les cavités qui se sont creusées dans l'encéphale siègent presque exclusivement au niveau des hémisphères; il est exceptionnel de les rencontrer au niveau du corps calleux ou du cervelet. L'hémisphère gauche est plus souvent atteint que le droit. Dans un tiers des cas, les deux sont pris à la fois et les lésions sont alors généralement symétriques. On constate quelquefois une forme fœtale dans laquelle les deux hémisphères disparaissent presqu'en entier; on ne voit plus que quelques restes des circonvolutions inférieures et postérieures,

(1) STRUMPELL, Ueber die acute Encephalitis der Kinder. *Jahrb. f. Kinderh.*, 1884.
(2) AUDRY, Les Porencéphalies. *Revue de méd.*, 1888, p. 462.
(3) BOURNEVILLE et SOLLIER, *loco citato.*

mais les ganglions opto-striés persistent. Au contraire il peut n'y avoir qu'une ou deux circonvolutions de détruites. Les lésions circonscrites siègent surtout à la partie antérieure ou moyenne du cerveau. Elles sont beaucoup moins limitées aux territoires vasculaires que Kundrat l'a prétendu.

La cavité, du côté de la surface, s'ouvre au dehors; elle est recouverte à ce niveau par un feuillet membraneux très vasculaire, qui appartient le plus souvent au feuillet viscéral de l'arachnoïde, la pie-mère faisant presque toujours défaut. D'après MM. Bourneville et Sollier, dans la porencéphalie vraie, il y a communication de la cavité avec le ventricule latéral, tandis que dans la pseudo-porencéphalie, cette communication n'existe pas. Toutefois, cette disposition n'a pas une valeur absolue, car le processus nécrobiotique peut effondrer la substance cérébrale jusqu'au ventricule latéral, et établir ainsi une large communication avec lui.

La forme de la dépression est bien différente dans les deux cas : dans la porencéphalie vraie, on a une sorte d'infundibulum, quelquefois une simple fente ou un orifice presque circulaire. Dans la pseudo-porencéphalie, l'excavation est vaste et béante ; ses parois, au lieu d'être formées par les circonvolutions, sont constituées par la substance cérébrale recouverte d'une membrane pseudo-kystique qui lui adhère intimement. Elle peut être traversée de filaments formant des mailles incomplètes.

Dans les fissures aux parois rapprochées, le liquide quelquefois fait défaut; mais la cavité en contient habituellement. Il est souvent très abondant, surtout chez les fœtus ou les enfants morts quelques jours après leur naissance. Ce liquide est clair comme de l'eau de roche, citrin, parfois brun; il peut dans les pseudo-porencéphalies contenir des restes de la substance cérébrale désorganisée.

La disposition des circonvolutions autour de l'excavation permet de distinguer de quelle forme de porencéphalie il s'agit. Dans la porencéphalie vraie, elles rayonnent autour de l'orifice de la cavité et pénètrent jusqu'au fond de celle-ci. Dans la pseudo-porencéphalie, au contraire, les circonvolutions sont coupées irrégulièrement et les parties qui ont été respectées, n'ont subi aucune déviation dans leur direction première.

On note parfois une diminution de volume ou une oblitération de l'artère sylvienne.

Les centres nerveux sont encore le siège d'altérations secondaires : d'une atrophie cérébrale pouvant atteindre les ganglions opto-striés et assez souvent combinée avec l'élargissement des ventricules latéraux; de dégénérescence descendante des cordons de la moelle, quand la porencéphalie atteint les zones motrices de l'écorce.

Dans les cas de porencéphalie congénitale, les faisceaux pyramidaux n'étant pas développés à la naissance, il faut admettre qu'il y a, non pas sclérose descendante, mais arrêt de développement comme dans le tabes spasmodique infantile.

Pour expliquer les lésions des porencéphalies congénitales, il faut souvent les rapporter à un arrêt de développement; suivant MM. Bourneville et Sollier, ce serait là la seule cause des porencéphalies vraies.

Pour les pseudo-porencéphalies, le mécanisme est différent; il s'agit d'un processus destructif qui peut être la conséquence d'une encéphalite soit fœtale, soit développée après la naissance et alors souvent consécutive à un traumatisme. Mais l'inflammation du cerveau n'est pas la seule cause à invoquer, les excavations cérébrales peuvent succéder à un processus d'emblée nécrobiotique, comme la stéatose, ou encore à des altérations vasculaires (diminution de volume ou oblitération des artères cérébrales). Il semble que dans quelques cas la perte de substance de l'encéphale soit consécutive à une hémorrhagie, comme le prouvent la couleur brune du liquide contenu dans la cavité et la teinte rouillée de ses parois. Enfin chez le fœtus l'hydrocéphalie pourrait détruire les hémisphères par accumulation exagérée de liquide, mais il semble que ce mécanisme ne puisse être que rarement invoqué.

L'étude clinique de la porencéphalée montre que la maladie se présente sous des aspects très différents suivant la localisation de la lésion, sa profondeur, les altérations secondaires de l'encéphale et de la moelle.

Les modes de début sont très différents : ici c'est un nouveau-né abruti, à tête déformée, qui plus tard présentera des paralysies, de la contracture et restera idiot. Là un enfant de quelques années est subitement pris de convulsions auxquelles succède une hémiplégie spasmodique infantile avec contractures, atrophies et attaques épileptiformes. Certaines formes frustes simulent l'hémiplégie vulgaire ou le tabes spasmodique. Enfin, il existe des formes latentes, ne se manifestant par aucun symptôme clinique, la lésion constituant une trouvaille d'autopsie.

Les troubles moteurs se rencontrent quatre fois sur cinq. On constate parfois une paralysie généralisée ou une paraplégie; mais c'est la forme hémiplégique qui est la plus fréquente. Il s'agit ici de l'hémiplégie spasmodique avec ses caractères spéciaux à l'enfance, qui la distinguent de celle qui succède aux lésions cérébrales chez les adultes. Généralement complète, elle est rarement totale. La paralysie faciale est très peu prononcée, au point de passer souvent inaperçue; il faut la rechercher avec soin. Chez les nouveau-nés, elle intéresse le facial supérieur dans la majorité des cas (Gibotteau) (1). Les troubles moteurs prédominent presque toujours au membre supérieur; parfois les membres inférieurs sont atteints tous deux à un degré inégal. Les extrémités sont plus paralysées que la racine du membre. Dans les porencéphalies l'athétose est très rare; les contractures, au contraire, sont pour ainsi dire de règle. Généralement, au membre supérieur paralysé, le bras reste parallèle à l'axe du corps, l'avant-bras est fléchi à angle droit, la main en flexion forcée. Les doigts tantôt se mettent en griffe, tantôt restent étendus. Au membre inférieur, la paralysie s'accompagne d'un léger degré de flexion du genou dans quelques cas, mais plus souvent la cuisse et la jambe sont raidies en extension; le pied est renversé en varus équin. Les réflexes tendineux sont exagérés. Le degré de la contracture peut varier suivant les circonstances. Toutes les excitations périphériques (exposition brusque à l'air, attouchement d'un membre) l'exagèrent. La contracture persiste pendant le sommeil; dans les cas les plus prononcés, elle s'accompagne de rétractions musculaires et fibreuses.

Les membres sont encore déformés par l'atrophie généralement très marquée, frappant aussi bien le squelette que les parties molles. Les membres paralysés sont donc raccourcis et amaigris. L'atrophie musculaire se localise plus particulièrement aux groupes antérieurs des membres supérieurs et aux groupes postérieurs des membres inférieurs.

Les troubles de la sensibilité sont assez rares, on a cependant noté de l'hémi-anesthésie dans quelques cas.

Les convulsions sont fréquentes. Elles peuvent marquer le début de la maladie dans les pseudo-porencéphalies qui surviennent après la naissance. Ces convulsions se présentent sous la forme de grandes attaques de l'épilepsie vulgaire et même se répètent assez souvent

(1) Gibotteau. *Paralysies d'origine cérébrale chez les enfants.* Th. Paris, 1889.

pour produire l'état de mal. Mais, surtout dans les premiers temps, elles ont en général quelques caractères particuliers : le cri initial fait défaut, la perte de connaissance n'est pas complète, on ne constate ni écume aux lèvres, ni morsure de la langue, ni évacuations involontaires; au début de l'attaque les mouvements convulsifs sont beaucoup plus marqués du côté paralysé. Le stade de convulsions cloniques peut faire complètement défaut. En état de mal, la température s'élève peu. L'attaque se termine brusquement sans coma (Marie). Dans d'autres cas, les convulsions prennent absolument l'aspect de l'épilepsie jacksonienne.

Les troubles psychiques sont de règle. Dans les porencéphalies vraies, la lésion étant congénitale, l'idiotie est très fréquente et particulièrement marquée; les enfants ne parlent pas du tout et poussent seulement ces cris inarticulés qui sont spéciaux aux idiots. Dans les pseudo-porencéphalies l'intelligence peut exceptionnellement rester intacte; le plus souvent, elle est seulement diminuée, quitte à reparaître incomplètement dans la suite; ces malades sont susceptibles d'une éducation rudimentaire. On a signalé la perte du langage par aphasie véritable.

La surdité, les troubles visuels (amaurose, strabisme ou nystagmus) ont été relevés dans quelques observations.

Les lésions de la porencéphalie sont souvent compatibles avec l'existence et la survie peut être longue. Dans près de la moitié des cas les malades arrivent à l'âge adulte.

Si la mort peut survenir avec des phénomènes nerveux, elle est souvent consécutive à une maladie intercurrente, et en particulier à la phthisie pulmonaire. Le pronostic, bien qu'il ne soit pas immédiatement menaçant pour l'existence, ne laisse pas d'être très grave à cause des tares physiques et psychiques qui sont la conséquence définitive de la maladie.

Les troubles moteurs et psychiques qu'on rencontre dans les porencéphalies leur sont communs avec nombre d'affections de la première enfance; de là des difficultés souvent insurmontables pour arriver à un diagnostic précis.

La *paralysie obstetricale des nouveau-nés* se caractérise par une paralysie radiculaire du membre supérieur avec hémiplégie faciale. Les troubles moteurs sont limités au deltoïde, au sous-épineux et aux fléchisseurs de l'avant-bras; souvent elle s'accompagne de réaction de dégénérescence.

Dans la *pseudo-paralysie syphilitique* de Parrot, on trouve un point très douloureux au niveau de l'union d'un des cartilages épiphysaires à la diaphyse du membre impotent, la tuméfaction est marquée à ce niveau, l'enfant présente les stigmates de la syphilis héréditaire.

Les troubles moteurs frappent d'abord la totalité d'un membre pour se localiser ensuite à certains groupes musculaires lorsqu'il s'agit d'une *paralysie infantile*. Cette maladie ne provoque d'ailleurs ni troubles intellectuels, ni contractures, ni accès épileptiformes (en dehors des convulsions du début).

Les *tumeurs cérébrales*, les *hémorrhagies cérébrales* ou *méningées*, les *foyers de ramollissement* se rencontrent bien rarement dans la première enfance. Les tumeurs donnent souvent lieu à des symptômes caractéristiques comme la céphalalgie ou les vomissements, elles ne s'accompagnent généralement pas de contractures. Quant aux autres lésions en foyer, elles provoquent rarement des troubles intellectuels ou des crises convulsives aussi marquées que les porencéphalies.

On reconnaîtra la *sclérose en plaques* à l'absence de convulsions, aux troubles de la parole et au tremblement caractéristique. Quant à la *maladie de Little*, c'est une affection congénitale, ne s'accompagnant pas d'attaques éclamptiques. Presque toujours la naissance de l'enfant a été prématurée, les membres inférieurs sont seuls atteints, le développement de l'intelligence est retardé, mais non aboli.

Si le diagnostic différentiel est facile pour les affections qui précèdent, il devient à peu près impossible lorsqu'il s'agit de la méningo-encéphalite chronique ou des scléroses cérébrales. Nous nous bornerons à rappeler que dans la *sclérose atrophique*, l'athétose, les monoplégies sont plus fréquentes que dans la porencéphalie et que cette dernière affection est plus souvent congénitale. Dans la *sclérose hyperthrophique* et dans la *méningo-encéphalite chronique*, dont les symptômes se confondent, la marche est plus rapidement progressive, l'idiotie plus constante, les paralysies et les contractures plus généralisées.

Le traitement des porencéphalies vraies ne peut être que symptomatique. On emploiera les bains tièdes, le bromure de potassium, le chloral, le musc contre les attaques convulsives, la faradisation ou la galvanisation contre les atrophies, le massage ou les appareils orthopédiques contre les déformations des membres, l'éducation patiente et progressive contre les troubles intellectuels.

Au début des pseudo-porencéphalies, pendant la période éclamptique, on pourra essayer les révulsifs (sangsues derrière les oreilles, glace sur la tête, vésicatoire à la nuque); plus tard, ce traitement se confondra avec celui des porencéphalies vraies.

H. BOURGES.

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux cas de typhus exanthématique avec hypothermie, par le Dr COMBEMALE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Il semble de prime abord paradoxal que le typhus exanthématique puisse évoluer sans phénomènes fébriles ou bien présente dans son cours un abaissement thermique tellement marqué que le mot hypothermie lui soit applicable à juste titre. Cependant, on s'apercevra bientôt qu'il n'y a à cela rien d'impossible si l'on admet que le typhus est une maladie infectieuse dans laquelle les toxines secrétées agissent surtout sur le système nerveux central, cérébral ou médullaire, et dans laquelle aussi le rein presque toujours atteint se présente, à l'autopsie, gros, blanc, œdémateux. L'inhibition des centres thermogènes dans certains cas peut donc expliquer l'hypothermie subite survenant au cours de typhus; dans d'autres l'urémie liée à la néphrite infectieuse aura son expression dans cette hypothermie constatée durant toute l'évolution du typhus.

Que l'on accepte ou l'on refuse cette explication, il n'en est pas moins certain que dans le typhus l'hypothermie peut se présenter; comme je n'ai vu signalés nulle part, pas même dans l'importante monographie de Barralier (1), des faits semblables, je crois bien faire de les mentionner. Voici au reste les observations détaillées de deux de ces cas relatant les signes destinés à montrer, sans que j'y insiste, qu'il s'agissait bien du typhus.

OBSERVATION I. — Cag... Emile, 22 ans, employé dans un

(1) BARRALLIER, *Du typhus épidémique et histoire médicale des épidémies de typhus observées au bagne de Toulon en 1855 et 1856.*

manège de chevaux de bois, est reçu dans les pavillons d'isolement le 18 mai 1893, venant de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, où, à la consultation externe, on l'avait reconnu atteint de typhus. Malade depuis huit jours, souffrant beaucoup de la tête et brisé de tous les membres, il a continué quand même son travail et c'est exténué, à bout de forces, qu'il se présente à la consultation.

Dès son entrée, température rectale de 39°1, on le plonge dans un bain chaud, où on le décrasse et le débarrasse de la vermine dont il était couvert. La nuit qui suit son admission est calme.

Le 19 mai, je lui trouve à la visite l'aspect typhique, c'est-à-dire la langue sèche, les conjonctives injectées, l'haleine odorante, mais le regard mobile et possédant tous ses moyens pour répondre à mes questions; sur le corps, il existe des taches, petites et ecchymotiques (de véritables piqûres de puce) sur le thorax, papuleuses et un peu larges sur l'abdomen; tout à côté des lésions de grattage indiquant la phthiriase sont aussi très évidentes. Je constate aussi à la face interne des cuisses une hyperesthésie cutanée très marquée; cette exagération de la sensibilité existe encore au niveau des muscles du thorax, mais la pression doit être plus profonde pour la réveiller. Le pouls bat 114, est assez bon.

Le traitement ordonné fut le même que celui que je prescrivais d'ordinaire : potion de Todd à 45 grammes, trois litres de lait, un grand lavement froid d'un litre toutes les trois heures. La fièvre le matin était de 40°, le soir de 39°3.

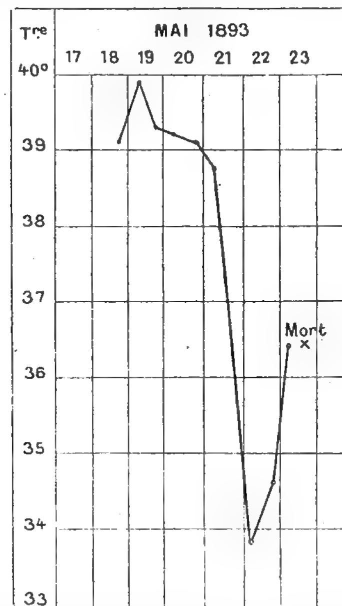
Le 20 mai, l'éruption s'est accrue, c'est un semis de piqûres de puce qui est jeté sur la poitrine et sur le ventre; l'aspect d'autre part est toujours nettement typhique, les lèvres sont sèches, écailleuses, les dents fuligineuses, l'haleine toujours odorante. A l'hyperesthésie d'hier, toujours aussi marquée, se sont ajoutés d'autres phénomènes nerveux : des tremblements fibrillaires des lèvres et du menton, des nausées et des vomissements que rien n'explique dans le traitement; il existe aussi un peu de douleur constrictive dans la gorge, sans qu'il y ait angine à vrai dire. Le délire dès ce moment me paraît imminent, et je recommande pour la nuit une piqûre de morphine destinée à le prévenir et à le combattre. La température rectale est le matin de 39°2, le soir de 39°1.

Le 21 mai, on m'apprend que le délire a paru hier soir, bruyant, professionnel, hallucinatoire. Toute la nuit, malgré la morphine, le malade s'est agité, levé de son lit, errant dans la salle, parlant avec volubilité, voulant partir, répondant à des voix imaginaires, ayant peur des infirmiers qui le recouchent; au jour, le délire a redoublé, les mouches même l'apeuraient, il se cachait, pleurait, un frôlement le faisait sursauter. Au moment de la visite, devant cette agitation on fait une nouvelle piqûre de morphine, et néanmoins nous constatons encore les faits suivants: continuation du délire; persistance des hallucinations auditives, visuelles et tactiles; l'hyperesthésie cutanée en particulier est tellement marquée que ce n'est qu'au prix des plus grandes difficultés que la canule de l'éguisier a été introduite dans l'anus pour donner le lavement froid; tremblements et soubresauts musculaires continus et généralisés à tout le corps; inspirations très profondes. Nous complétons l'examen en notant que le cœur ausculté bat 108, que l'éruption est toujours très intense et s'étend des pieds à la tête (la face seule est respectée), que la moiteur est aussi généralisée. Quant aux nausées, l'intolérance stomacale d'hier a notablement diminué; mais le malade expectore des crachats striés de sang corrompu, de véritables lambeaux de viande putréfiée; les lèvres sont toujours d'une très grande sécheresse.

La température rectale est le matin de 38°7; le soir l'hyperesthésie ayant encore augmenté, on se résigne à ne pas prendre de température ni rectale, ni axillaire.

Le 22 mai, on me signale que depuis la dernière visite l'agitation nerveuse est restée la même : à plusieurs reprises, Cag... est tombé de son lit; il a peur de tout ce qui l'approche, et a même eu une attaque d'épilepsie. Lorsque je le vois à la visite, le faciès est hippocratique, le nez s'effile, les yeux s'excavent, la respiration est lente et profonde, le pouls à 96 est très irrégulier, les secousses musculaires sont de tous les instants, et dans les rares instants de repos il existe de la carphologie; le délire d'autre part est triste : « mourir à 22 ans », répète-t-il à plusieurs reprises, et il refuse de boire, craignant qu'on ne l'empoisonne. La température n'ayant pas été prise avant mon arrivée pour les mêmes raisons qu'hier soir, j'enfonce moi-même le thermomètre dans le rectum, malgré les cris et le débattement du malade; deux minutes après, éclatait une violente attaque d'épilepsie : *le mercure, même après dix minutes de séjour de l'instrument à l'anus, ne marquait que 33°7.*

Le 23 mai, le malade meurt à 6 heures 30 du matin. Depuis ma visite d'hier, l'agonie a continué : apeuré, tremblant, tressautant à tout attouchement, ayant toutes les heures des attaques épileptiformes durant lesquelles il se mordait la



langue, ensanglantait son oreiller et jetait l'épouvante dans la salle, cyanosé et violacé à la suite, Cag... s'est épuisé dans ce délire et, au moment de la mort, depuis douze heures environ il ne présentait plus que peu de réaction aux excitations cutanées. La température rectale du 22 mai au soir avait été de 34°6, quelques minutes avant la mort elle était de 36°4.

L'autopsie ne put, à notre grand regret, être pratiquée.

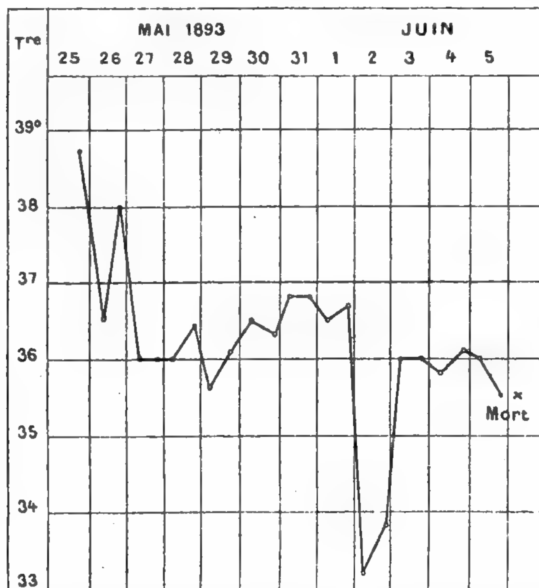
Obs. II. — Dar... Henriette, âgée de 65 ans, est amenée aux Pavillons d'isolement le 25 mai 1893; depuis dix jours elle est entrée à l'hôpital Saint-Sauveur, se plaignant de céphalée et de courbature généralisée, lorsqu'on s'aperçoit de quelques taches sur la peau.

Dès son arrivée, cette femme, d'une saleté repoussante, la peau s'enlevant par écailles, le crâne recouvert d'une couche épaisse de crasse, est lavée dans un bain chaud; les cheveux coupés, les téguments désinfectés, elle est couchée sans qu'elle se rende compte de ce qu'on lui fait. La température, le soir, est de 38°7 dans l'aisselle.

Le 26 mai, à la visite, je la trouve dans un état de torpeur très marqué : depuis près de vingt-quatre heures qu'elle est arrivée, elle n'a pas prononcé une seule parole en réponse aux diverses questions qu'on lui a posées; couchée sur le dos, les pupilles contractées, le menton tremblotant, la respiration suspirieuse, elle détourne à peine la tête quand on lui parle; constipation et anurie depuis hier. A l'examen, on lui trouve la langue sèche et trémulante, les conjonctives injectées, le visage un peu rosé; des tremblements de peu d'intensité animent ses mains et une hyperesthésie marquée se note à la pression des cuisses et lors d'une injection hypodermique de caféine que nécessite l'état misérable de son pouls, battant 108. L'éruption ne se voit qu'avec difficulté : sous la peau sèche, squammeuse, ichthyotique, existent cependant des taches roses siégeant sur la poitrine, le ventre et surtout sur les cuisses, où elles sont assez nombreuses. Le traitement prescrit consiste en une potion de Todd, 80 centig. de caféine en deux injections hypodermiques, à 10 heures du matin et 6 heures du soir, 2 grammes de salol à l'intérieur. La température du matin est de 36°5; le soir, elle remonte à 38°.

Le 27 mai, l'affaissement est complet; Dar... n'a pas davantage parlé; cependant elle a, dans son inconscience, fait quelques tentatives pour se lever de son lit. La langue reste sèche et tremblotante, les pupilles contractées, le visage angoissé, la respiration plaintive. La malade, qu'on n'avait pas sondée, par oubli, pisse par regorgement et gâte sa literie; les taches sont toujours nombreuses. Le pouls, légèrement meilleur qu'hier, bat 96; quant à la température, prise dans le rectum, elle est de 36° matin et soir.

Le 28, la température rectale est encore de 36° le matin, 36°4 le soir; malgré cette apyrexie, les symptômes typhiques persistent : sécheresse et tremblements de la langue, injection des conjonctives, rougeur du visage, soif marquée; les taches ont même pris, au niveau des cuisses, l'aspect ecchymotique. Le pouls reste à 102, un peu remonté, grâce à la caféine; la constipation et la rétention d'urine persistent.



Le 29, l'hypothermie se maintient, 35°6 le matin, 36°1 le soir, le thermomètre étant toujours placé dans le rectum. L'état est le même : pouls 108, très faible, subdelirium, langue trémulante, lèvres devenues fuligineuses, taches aussi nombreuses et aussi caractéristiques qu'hier.

Le 30 mai, 36°5 au matin, 36°3 le soir; la stupeur paraît avoir un peu diminué; subdélirante, elle boit seule, s'occupe un peu de son état. D'autre part, la rétention d'urine a cessé, le pouls est à 102, toujours faible.

Le 31, 36°8 matin et soir, elle retombe dans la stupeur : visage congestionné, tremblements des muscles des lèvres et de la langue, réapparition de la rétention d'urine, pouls à 124, à peine perceptible; quant aux taches, elles deviennent plus nettement hémorrhagiques. L'urine retirée par cathétérisme est abondante, un litre environ matin et soir, et contient de l'albumine rétractile, environ 20 centigr. par litre. On porte à trois le nombre des injections hypodermiques de caféine, soit 1 gr. 20 par jour.

Le 1er juin, 36°5 le matin, 36°7 le soir. Même état; néanmoins, le pouls est à 128, les tremblements des mains ont notablement augmenté, les taches commencent à s'effacer. Même teneur de l'urine en albumine.

Le 2 juin, il est survenu du gâtisme; pour la rapproprier, on lui donne un bain aromatique chaud, à la suite duquel elle urine spontanément; le pouls est toujours excessivement faible; les taches continuent à pâlir. *La température rectale prise à deux reprises différentes, par l'infirmière et par l'interne, est chaque fois de 33°2 le matin, de 33°8 le soir.*

Le 3 juin, la température remonte à 36° le matin et se maintient à 36° également le soir; la torpeur est excessive : Dar... ne boit qu'avec difficulté; autant qu'on peut le compter, le pouls bat 86; pas de toux, pas de diarhée, les taches disparaissent une à une.

Le 4 juin, 35°8 le matin, 36°1 le soir, coma, inconscience, respiration régulière néanmoins, ne déglutit qu'avec difficulté, les battements cardiaques, faibles et irréguliers à l'auscultation, ne se perçoivent même pas en appliquant la main sur le thorax à la région précordiale; la face est animée de secousses fibrillaires. Dans l'urine l'albumine existe encore, mais pas en quantité dosable.

Cet état persiste pendant toute la journée du 5 juin, avec une température rectale de 36° le matin, de 35°5 le soir.

Le 6 juin, à sept heures du matin, la malade rend le dernier soupir.

A l'autopsie de cette vieille femme, faite trois heures après la mort, on fait les constatations macroscopiques suivantes :

Dans la cavité thoracique, les poumons se présentent avec de l'emphysème sur les parties antérieures de tous les lobes et au sommet, sur les parties convexes et à peu près dans tout le lobe inférieur avec de la congestion simple sans spléno-pneumonie ni broncho pneumonie; à la partie inférieure de la plèvre droite, un peu de liquide et des adhérences déjà anciennes.

Quant au cœur, il est petit, gras, surchargé de graisse, presque sans muscle; l'aorte est dilatée, faiblement athéromateuse. Dans la cavité abdominale, le foie est celui des vieillards, un peu sclérosé, étoilé par places de marbrures. La rate, quoique petite, a l'aspect infectieux; bien que ne pesant que 80 grammes, elle est d'un rouge foncé, friable, déchirable et saignante; sous sa capsule il se forme des soulèvements par places, qui donnent lieu à des taches blanches. Quant aux reins, petits, pesant chacun 110 grammes, ils sont sclérosés, farcis de petits kystes; à la coupe, on voit que sur cet état chronique s'est greffée une néphrite aiguë : la substance corticale est pâle, œdémateuse, alors que la substance médullaire est rouge; les bassinets sont dilatés. L'intestin présente quelques arborisations, mais pas d'ulcérations des plaques de Peyer. La cavité crânienne contient un cerveau que baigne une abondante sérosité répandue dans les mailles de la pie-mère; athérome basilaire.

Je n'ajouterai pas le moindre commentaire à ces deux observations. Il s'agissait de démontrer que le typhus exanthématique peut être, dans son décours, traversé ou occupé par l'hypothermie; les faits à eux seuls se sont chargés de le faire.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Le faisceau pyramidal direct (The direct pyramidal tracts of the spinal cord), par WILLIAMSON (*British medical journal*, 6 mai 1893, n° 1678, p. 946). — Divers auteurs, Macewen, en particulier, ont affirmé que le faisceau pyramidal direct de la moelle épinière contenait les fibres destinées à la motilité des membres supérieurs. Dans le cas rapporté, alors que pendant la vie, on n'avait constaté aucune paralysie des membres supérieurs, il existait à l'autopsie une dégénération très marquée des faisceaux pyramidaux directs dans cette partie de leur trajet comprise entre l'union du tiers supérieur et moyen de la région cervicale, et la région dorsale inférieure. Il paraît donc certain que cette partie du faisceau pyramidal direct peut être détruite sans entrainer de paralysie des membres supérieurs.

Tabes et maladie de Basedow, par P. MARIE et G. MARINESCO (*Revue neurologique*, 30 mai 1893, n° 10, p. 250). — Malade âgée de 36 ans, qui ressentit les premières douleurs fulgurantes à l'âge de 23 ans. Elle eut successivement de l'incoordination motrice, des crises laryngées, de la diplopie et des crises gastriques. On ne sait quand ont débuté les symptômes basedowiens. Lors de l'examen, on constate

de l'exophthalmie avec signe de Græfe, de la tachycardie, du tremblement sans tumeur thyroïdienne appréciable : de plus, les signes du tabes avec absence des reflexes. La malade a succombé à la suite d'une crise épileptiforme. A l'autopsie, lésions du corps thyroïde; de plus, dans la moelle, altérations classiques du tabes incipiens; enfin, dans le bulbe sclérose symétrique du faisceau solitaire et de la racine du trijumeau. Des lésions bulbaires analogues ont été décrites dans le tabes; d'autre part, Mendel a signalé l'altération du faisceau solitaire dans la maladie de Basedow. Les auteurs pensent que la théorie bulbaire de l'affection est actuellement la plus vraisemblable, et que sans attribuer une valeur absolue aux lésions bulbaires qu'ils ont rencontrées, on devra en tenir compte lors des autopsies ultérieures.

Myxœdème traité avec succès par les injections de suc thyroïdien (A case of myxœdema successfully treated by injections of the extract of sheep's thyroid), par W. Beatty (*The Dublin journal of medical science*, mai 1893, n° 262, p. 375). — Femme âgée de 40 ans, reçue à Adelaïde Hopital en mars 1890, et présentant les symptômes très marqués du myxœdème. Du 6 mars 1890 au 23 mai, on emploie divers traitements (arsenic, pylocarpine, strychnine) sans résultat. Elles sort non améliorée. Elle est admise une seconde fois, le 23 février 1892 avec les mêmes signes, et, de plus, de la difficulté dans la marche, de l'affaiblissement mental, de la diminution du nombre des globules sanguins. Elle offre de plus l'abolition des réflexes tendineux. On commence les injections d'extrait de glande le 4 mars jusqu'au 2 avril; la malade prend en tout l'extrait de 2 glandes. L'amélioration fut très marquée et très rapide. Après la 4e injection, les reflexes tendineux avaient reparu. Elle présenta comme accidents une attaque épileptiforme après une injection. En octobre, il n'existait plus aucun symptôme de myxœdème. La malade mourut d'un cancer, le 28 février 1893.

Aphonie hystérique avec conservation du chant (Hysterical aphonia with perfect singing voice), par Harrison Griffin (*New-York medical journal*, 20 mai 1893, n° 755, p. 558). — Jeune fille âgée de 16 ans, se plaignant d'aphonie. L'auteur, après avoir constaté l'impossibilité de proférer un son, fut surpris de voir que la malade pouvait chanter d'une voix forte. L'examen laryngoscopique est négatif. La guérison survint après quelques mois sous l'influence de la suggestion aidée d'exercices de chant.

Attaques périodiques de sommeil de nature épileptique (Periodical sleep seizures of an epileptic nature), par George W. Jacoby (*The New-York med. Journ.*, 20 mai 1893, n° 755, p. 541). — L'auteur se base sur un examen critique des faits publiés sous le titre de narcolepsie, et sur plusieurs observations personnelles, pour prétendre que, sans doute, tous les cas de sommeil à retour par accès ne sont pas dus à l'hystérie et qu'un certain nombre, tout au moins, sont de nature épileptique. Il présente à l'appui de cette manière de voir diverses considérations et termine en posant en principe, au point de vue du diagnostic, que tout accès de sommeil intervenant sans troubles accessoires, durant peu, et suivi d'amnésie, est probablement épileptique, surtout si le sujet a été somnambule dans son enfance.

Le syndrome paralysie labio-glosso-laryngée progressive dans le tabes, par J. M. Charcot. Leçon recueillie par J.-B. Charcot (*Le Progrès médical*, 17 juin 1893, n° 24, p. 449). — Le cas qui fait l'objet de la leçon est particulièrement rare et sert à démontrer que dans le tabes, de même qu'il peut se rencontrer des paralysies bulbaires supérieures (ophthalmoplégies), on peut observer aussi des paralysies bulbaires inférieures (paralysie labio-glosso-laryngée). Le malade, en outre des symptômes particuliers de la paralysie labio-glosso-laryngée, présente le masque tabétique, de l'ophthalmoplégie externe, des crises laryngées, des plaques d'anesthésie, la perte des réflexes rotuliens, attestant que la paralysie bulbaire est de nature tabétique.

De quelques phénomènes de l'hypnose, par Crocq fils (*Journal de médecine de Bruxelles*, 10 juin 1893, n° 23, p. 375). — L'auteur propose une nouvelle classification des états d'hypnose, montre que par pression des zones hypnogènes, on peut endormir un sujet à son insu et même contre sa volonté, différencie des états somnambuloïdes (dans lesquels la conscience et la sensibilité persistent) et des états somnambuliques, enfin parle d'une expérience positive de la prétendue extériorisation de la sensibilité.

CHIRURGIE

Lithiase biliaire (Two cases of gall-stones, with ulceration of the gall-bladder into the intestine), par Currier (*The medical and surgical Reporter*, 20 mai 1893, p. 772). — Obs. I. — D. L. H., 60 ans, ayant eu pendant longtemps des coliques hépatiques suivies d'ictère, fut pris d'ictère persistant à la suite d'une de ces crises : nausée, anorexie, fièvre, affaiblissement progressif. Tout à coup le malade rendit dans une selle plus de 60 calculs biliaires ; l'amélioration survint, bientôt suivie de la guérison : il n'est pas douteux que dans ce cas il s'est formé une ulcération faisant communiquer la vésicule biliaire et l'intestin.

Obs. II. — A. R. G., 65 ans, ayant eu pendant longtemps des crises de coliques hépatiques, fut pris à la suite d'une de ces crises d'ictère persistant et de douleurs abdominales intenses, puis la mort survint. A l'autopsie on trouva une péritonite intense surtout dans la région du foie, il y avait une ulcération de la vésicule biliaire, et son contenu s'était répandu dans l'abdomen.

Note à propos d'un cas de hernie musculaire, par Hartmann (*Revue de chirurgie*, 10 juin 1893, p. 509). — Ce qu'on observe de beaucoup le plus souvent, c'est la pseudo-hernie musculaire, mais la hernie musculaire vraie (tumeur formée par le passage d'une portion de muscle non rompu au travers d'un orifice accidentel de la gaine aponévrotique) existe.

Pour Farabeuf, la hernie vraie se voit chez les sujets robustes dont les muscles sont étranglés dans les aponévroses.

Obs. I. — Un homme de 37 ans, bateleur, qui faisait tomber et rebondir sur son biceps tendu de gros poids, présentait à la partie moyenne du bras droit, sur le trajet du biceps, une tumeur. Quand le bras pendait inerte, elle avait les dimensions d'une grosse noix. Quand le malade contractait son biceps, elle durcissait et diminuait de volume.

Obs. II. — Un homme de 40 ans entre à l'hôpital pour des douleurs de la cuisse droite, sur la partie antéro-externe de laquelle on remarque une tumeur dont le début remonte à 1879, à la suite d'une fracture du fémur. Cette tumeur est composée de deux lobes superposés, le supérieur étant gros comme un œuf de poule et l'inférieur comme une noisette. Cette tumeur est molle, réductible, et quand elle est réduite on constate au niveau de l'emplacement de chacun de ses lobes la présence d'un trou dans l'aponévrose, trou limité par un contour fibreux net; quand on fait contracter les muscles de la région, la tumeur disparaît. Le malade boite et souffre au niveau de sa tumeur, dès qu'il a un peu marché. Incision verticale sur la tumeur; on met à nu les deux trous de l'aponévrose, le muscle est libre de toute adhérence et ne présente pas de cicatrice. On rapproche les bords de la solution de continuité de l'aponévrose par une série de points en capiton faits avec de la soie et chargeant le muscle au passage. Puis on suture la peau sans drainage par une série de crins, profonds et superficiels, les profonds rechargeant au passage la suture aponévrotique.

En janvier 1893 on constate que, bien que le malade n'éprouve aucune douleur, il existe au niveau de la partie supérieure de la cicatrice un petit point où la suture a cédé. Le malade est donc exposé à une récidive de sa hernie.

Occlusion intestinale (Intestinal obstruction by a band, abdominal section, recovery), par Finny (*Lancet*, 24 juin 1893, p. 1508). — Un homme de 68 ans, soulevant un poids il y a quatre ans, sentit une brusque détente et se trouva mal. Il se forma une hernie inguinale gauche directe et réductible. Deux premiers bandages mal faits occasionnèrent de grandes douleurs et c'est à cette époque qu'a dû se former une bride fibreuse qui devait, plus tard, provoquer des accidents. Un troisième bandage alla bien. Le 18 mars 1893, le malade se purgea à la suite de quelques jours de constipation; sa purgation agit, puis ses selles se supprimèrent et des symptômes d'occlusion intestinale survinrent. Le malade ne voulut pas se laisser opérer avant le 28, époque à laquelle son état était fort alarmant. On fit une incision abdominale à

droite de l'ombilic en raison de la distension maximum de ce côté. On ne trouva aucune hernie au niveau même des orifices herniaires, mais on vit que l'occlusion était produite par une bande fibreuse qu'on sectionna. Guérison.

Hernie ombilicale étranglée (Strangulated umbilical hernia in a patient aged eighty; operation), par WILSON (*Lancet*, 24 juin 1893, p. 1515). — Une femme de 80 ans avait depuis 40 ans une hernie ombilicale que maintenait bien un bandage; elle fut prise de symptômes d'étranglement et les tentatives de taxis échouèrent. On fit une incision sur la ligne médiane et on ouvrit le sac, dans lequel on trouva de l'intestin, de l'épiploon et une grande quantité de liquide clair; l'intestin et l'épiploon étaient en plusieurs points adhérents au sac. La réduction étant impossible, on sectionna la partie qui produisait la constriction et on fit rentrer l'intestin et l'épiploon dans le ventre. Tout alla bien d'abord; mais les vomissements ne tardèrent pas à se renouveler et la malade mourut huit jours après l'opération.

Iodoforme (One of the best applications of iodoform in surgery), par LANE (*Lancet*, 15 juillet 1893, p. 131). — L'auteur se sert de l'iodoforme au cours des opérations chirurgicales sur les os tuberculeux; il en cite brièvement deux cas où il en a obtenu de bons résultats.

Perforation de l'estomac (Perforation of the stomach, simulating an intestinal obstruction), par BLANKENHORN (*Medical Record*, 15 avril 1893, p. 463). — Un homme de 55 ans, souffrant depuis longtemps de l'estomac, et ayant depuis quelque temps des vomissements, fut pris de douleurs dans l'abdomen, avec pouls rapide et faible, face grippée. Des piqûres de morphine le calmèrent un peu. Pendant trois jours l'état resta stationnaire, sans garde-robe malgré des lavements. Puis apparurent des signes de péritonite : on fit alors le diagnostic de perforation de l'estomac. Mais le lendemain un homme expérimenté appelé en consultation fit le diagnostic d'occlusion intestinale. Le sixième jour le malade mourut. A l'autopsie on trouva une perforation de l'estomac au niveau de la grande courbure.

BIBLIOGRAPHIE

National leprosy fund. — Report of the Leprosy commission in India. 1 vol. in-8 de 456 pages. Londres, W. CLOWES and sons. 1893.

Le volumineux rapport de la commission Indienne de l'œuvre Britannique de la lèpre renferme sur ce sujet de nombreux et précieux renseignements. Il représente plus de 5 mois (novembre 1890 à avril 1891) de travail, de voyages et de recherches des cinq membres zélés de cette commission, MM. Beaven Rake, George Buckmaster, Alfred Kanthack, Arthur Barclay et Samuel Thomson, et suffirait à lui seul à prouver l'utilité de l'agitation qui s'est faite chez nos voisins d'outre-Manche au sujet de la lèpre.

Il établit d'abord que la lèpre ne présente pas dans l'Inde la fréquence qu'on lui avait attribuée, que le nombre des lépreux ne dépasse probablement pas 110.000; bien que ce soit là un chiffre fort respectable, il est au-dessous des évaluations les plus répandues et, en raison de la population de cet empire, on ne peut dire que la lèpre y constitue un danger.

Au point de vue de l'histoire générale de la lèpre, les commissaires notent qu'ils n'ont pas rencontré un seul cas authentique de lèpre congénitale, que la transmission héréditaire de la maladie ne semble pas prouvée, étant donnée la faible proportion (5 à 6 0/0) des enfants nés de parents lépreux et atteints eux-mêmes de lèpre, et que la prédisposition héréditaire à la lèpre est bien peu prononcée, si même elle existe. La lèpre se transmet par contagion, mais la contagiosité est aussi faible, pour ne pas dire plus, que celle de la tuberculose et la prédisposition individuelle joue un rôle aussi important que dans cette dernière. L'usage du poisson, celui du sel n'est pour rien dans le développement de la lèpre; mais les mauvaises conditions générales, l'alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, la pauvreté, certaines maladies comme la syphilis facilitent le développement de la lèpre en diminuant la résistance de l'organisme.

De ces constatations, la commission tire cette conclusion que le meilleur moyen de diminuer le nombre des lépreux est d'améliorer les conditions hygiéniques générales, mais qu'il n'y a pas lieu de provoquer l'isolement obligatoire des lépreux; on doit cependant leur interdire la vente des aliments et des boissons, la prostitution, les professions de barbier et de blanchisseur, etc., et les empêcher de se réunir en agglomérations non surveillées.

Le résumé de recherches sur la présence du bacille lépreux dans les diverses humeurs, sur sa culture qui paraît avoir été obtenue par les membres de la commission, sur les essais d'inoculation aux animaux qui ont échoué, terminent ce volume dans lequel on trouvera, sous la forme de cartes nombreuses, la comparaison du nombre des lépreux avec les conditions sociales et hygiéniques des diverses régions de l'Empire Indien.

Dr Georges THIBIERGE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

DU LAIT STÉRILISÉ, SON EMPLOI DANS L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ, par CHAVANE.

L'alimentation au sein maternel est la seule qui soit naturelle; quand elle est impossible, il faut recourir à une nourrice mercenaire.

On ne soumettra le nouveau-né à une alimentation artificielle que dans le cas où ce sera absolument nécessaire.

Le lait d'ânesse est très bon, mais il s'altère vite et coûte très cher.

Le lait de vache cru a des inconvénients inhérents à la difficulté de sa digestion et aux germes dont il est chargé. L'ébullition ne remédie qu'à ce dernier inconvénient. Le lait de vache stérilisé au bain-marie, c'est-à-dire à 100°, est plus facilement digéré. La stérilisation ne doit viser que la production de la journée.

Ce lait stérilisé doit être donné pur.

Il faut en même temps recourir aux pesées pour décider si l'alimentation est suffisante.

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LES SUPPURATIONS PÉRI-UTÉRINES, par LAFOURCADE.

L'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines est plus bénigne et guérit mieux que la laparotomie. L'incision du cul-de-sac postérieur et à la rigueur la laparotomie exploratrice permettront toujours d'établir au préalable le diagnostic. L'hystérectomie vaginale est le seul traitement des suppurations diffuses du petit bassin. Dans les petites poches bilatérales et énucléables, elle est aussi bénigne que la laparotomie. On doit toujours l'employer dans les cas de pyosalpinx tuberculeux secondaire à une lésion bacillaire de la matrice. Les lésions unilatérales ne relèvent que de la laparotomie. Les lésions bilatérales situées haut sans prolongement dans les culs-de-sac du vagin ne sont justiciables que de la laparotomie. L'élythrotomie postérieure n'a que des indications très restreintes, et si elle échoue, l'hystérectomie vaginale sera toujours indiquée.

PÉRITONITE SANS PERFORATION ET BACTERIUM COLI COMMUNE, par Louis SORDOILLET.

Les observations de l'auteur le conduisent à attribuer, au bacterium coli commune seul, un grand nombre des péritonites d'origine intestinale sans perforation; le passage du bacille au travers des parois étant favorisé tantôt par une simple desquamation épithéliale de la muqueuse accompagnée d'une forte tension intra-intestinale, tantôt par une altération plus profonde de ces parois, tantôt enfin par un simple ralentissement dans leur nutrition. Une fois arrivé dans le péritoine, le bacille d'Escherich se diffuse rapidement dans tout l'organisme : on l'a retrouvé dans le foie, la rate, les reins, les poumons, le corps thyroïde, les méninges... où il a déterminé de l'inflammation, quelquefois même de la suppuration.

CURE RADICALE DE LA HERNIE ÉPIGASTRIQUE (INDICATIONS, MANUEL OPÉRATOIRE), par Joseph RIOU.

Toute hernie épigastrique est justiciable de la cure radicale; cette cure radicale n'est formellement contre-indiquée que chez les cachectiques; l'on doit choisir comme procédé opératoire celui qui éloigne toute chance de récidive. Le procédé de M. Lucas-Championnière paraît être à la fois le plus complet et le plus efficace. Si l'on observe parfois une récidive apparente de hernie épigastrique traitée par la cure radicale, il faut l'attribuer soit à une faute commise pendant l'opération, soit à la formation d'une nouvelle hernie à côté de la précédente qui est restée guérie, et dans ce cas il n'y a pas à proprement parler récidive.

VARIÉTÉS

Le *Bulletin médical* vient de publier un compte rendu très précis des séances tenues par la commission sénatoriale de l'armée. Nous en reproduisons les parties principales. Voici d'abord l'exposé des motifs du projet Cornil que nous avons souvent déjà reproduit et analysé :

Aux termes de la loi du 15 juillet 1889, les étudiants en médecine et en pharmacie ont la faculté de n'accomplir qu'une année de service à la condition d'être pourvus du diplôme de docteur, de pharmacien de 1re classe ou du titre d'interne des hôpitaux à l'âge de 26 ans.

Pendant cette année de service, ils reçoivent l'instruction militaire du soldat d'infanterie.

Soit qu'ils s'engagent à 18 ans, avant de prendre leur première inscription, suivant le bénéfice de la loi du 11 juillet 1892, soit qu'ils attendent l'année de leur tirage au sort, ils sont astreints à passer sous les drapeaux une année qui est entièrement perdue au point de vue scolaire. L'obtention de leur diplôme est ainsi retardée d'au moins un an.

Ces dispositions de la loi sont à la fois préjudiciables aux études médicales et pharmaceutiques et à l'intérêt du service de l'armée.

Tout en reconnaissant l'heureuse influence morale qu'exercent sur les étudiants les habitudes de discipline militaire, il est certain qu'ils n'acquièrent actuellement, durant leur année de service, aucune des connaissances professionnelles ou administratives dont ils auront à faire preuve plus tard comme officiers du service de santé. On leur a appris pendant un an l'exercice du fusil dont ils n'auront jamais plus à se servir. Temps perdu pour l'armée et pour eux. Par contre, la période d'appel de vingt-huit jours durant laquelle ils devront se familiariser avec le détail et la réglementation du service de santé est tout à fait insuffisante.

Si, au contraire, ces jeunes gens étaient mis en sursis d'appel et accomplissaient leur année de service comme docteurs ou comme pharmaciens de 1re classe, on en retirerait les avantages suivants :

1° Les études n'étant plus interrompues par l'année de service militaire, les élèves obtiendraient un an plus tôt leur diplôme de docteur ou de pharmacien de 1re classe, ce qui revient à dire qu'au moment de la mobilisation on aurait une classe de plus de médecins et de pharmaciens;

2° Les docteurs en médecine, par le fait même de leur service dans les fonctions dévolues par le règlement aux médecins aides-majors de 2e classe, se familiariseraient avec le matériel, les règlements administratifs et la pratique journalière du service. On pourrait très utilement alors leur enseigner ce que comporte de plus essentiel l'instruction spéciale que reçoivent les stagiaires à l'école d'application du Val-de-Grâce;

3° Enfin, ces médecins et pharmaciens concourraient très efficacement au service de garde dans les hôpitaux et aux services du temps de paix, en assurant les services extérieurs (assistance au tir à la cible, aux baignades, marches militaires, manœuvres) dans les garnisons, lesquels sont réellement en souffrance en raison de l'insuffisance numérique du cadre du corps de santé.

Il faut être bien convaincu, en effet, que le nombre des médecins militaires, insuffisant aujourd'hui en temps de paix, devra être quintuplé en temps de guerre; tous les docteurs et pharmaciens de 1re classe valides jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans seront alors versés dans le corps de santé.

Si le législateur a repoussé jusqu'ici le principe des sursis d'appel, c'est parce qu'il a voulu qu'au moment de la mobilisation tout Français en âge de servir ait appris son métier de soldat. La proposition de loi que nous vous présentons ne porte dans la réalité des choses aucune atteinte à l'application de ce principe. L'étudiant en médecine, par le fait seul qu'il est étudiant, se prépare au service qu'il accomplira en temps de guerre, les élèves en médecine et en pharmacie étant au moment de la mobilisation versés dans le service de santé, qui les utilise, soit comme infirmiers, soit comme médecins auxiliaires, selon le nombre de leurs inscriptions. On peut dire que du jour où il a pris sa première inscription, l'étudiant en médecine ou en pharmacie reçoit son affectation normale de guerre, qui variera parallèlement à l'avancement de ses études en temps de paix. Cette situation n'a pas d'analogue, si ce n'est pour le service vétérinaire, et l'on ne peut pas craindre que la faculté d'obtenir des sursis puisse être légitimement réclamée par d'autres professions.

Le médecin est le seul qui soit appelé à rendre dans l'armée le même office, et l'un des plus essentiels, que dans la vie civile.

L'acceptation du projet qui vous est soumis n'entraîne aucune charge nouvelle pour le budget, puisque l'incorporation des étudiants en médecine et en pharmacie est comprise dans les prévisions annuelles.

Enfin nous avons tenu à demander que les internes continuent à jouir comme les docteurs du bénéfice de la loi. Nous appellerons ultérieurement l'attention de M. le Ministre de la Guerre sur la nécessité de prendre à leur égard des mesures spéciales lors de leur nomination au grade d'aide-major de réserve; sans cela, comme les internes arrivent au doctorat plusieurs années après ceux qui n'ont pas concouru pour cet emploi dont l'accès exige un si long et si grand travail, il en résulterait qu'ils seraient d'autant moins anciens de grade, et par conséquent d'autant moins avancés dans la hiérarchie qu'ils posséderaient une plus grande valeur professionnelle.

Rien ne serait, du reste, changé aux dispositions générales de la loi du 15 juillet 1889, sauf en ce qui concerne la limite d'âge pour l'obtention du diplôme, qui serait portée à 27 ans au lieu de 26. Sans cela un élève, ayant commencé la médecine à 20 ans, ne pourrait pas toujours concourir pour l'internat dans des conditions suffisantes de préparation, ou même terminer ses études médicales avec tout le soin nécessaire.

Nous vous demanderons d'abroger, en ce qui concerne les étudiants en médecine et en pharmacie, le bénéfice de l'article 59, qui permet de contracter un engagement volontaire et d'être renvoyé après un an de présence sous les drapeaux, la loi que nous vous proposons n'ayant pas pour objet de créer un privilège en faveur des étudiants en médecine et en pharmacie. Par une loi récente, le Parlement a bien voulu accorder aux élèves de l'Ecole centrale de ne faire leur service qu'à la sortie de l'école, et cela dans l'intérêt de leurs études. Celle que nous avons l'honneur de vous exposer a pour but principal l'intérêt de l'armée qui exige que, pendant son année de présence sous les drapeaux, le médecin et le pharmacien concourent effectivement au service du temps de paix, et se préparent à leur rôle éventuel dans les formations sanitaires, où le soldat blessé trouvera les soins qu'il doit attendre de leur art au jour de la mobilisation. Nous avons la confiance que vous voudrez bien accueillir favorablement cette proposition, qui accorde les intérêts de la défense nationale et ceux des études scientifiques.

MM. Claris, *Benazet* et *Tézenas* font alors observer qu'il résulterait de la proposition de M. Cornil, qu'en cas de mobilisation il existerait toute une série de jeunes gens (les étudiants ayant obtenu des sursis) qui jusqu'à l'âge de vingt-six ans ne recevraient aucune instruction militaire; que pourrait-on en faire en cas de mobilisation? Seraient-ils utiles comme infirmiers?

M. Cornil répond qu'en cas de mobilisation il faudrait au moins 13,000 infirmiers et que les étudiants en médecine en feraient d'excellents.

Le général *Billot* croit qu'il faudrait qu'il fût précisé dans le projet que les jeunes docteurs qui auraient ainsi obtenu des sursis n'accompliront pas leur année comme officiers du service de santé. Ce point est très important, les jeunes médecins ont besoin, tout particulièrement, d'apprendre la discipline en passant dans le rang.

MM. Benazet et *Isaac* font observer qu'en Allemagne l'intérêt des étudiants est beaucoup mieux sauvegardé que chez nous. Les étudiants en médecine sont toujours incorporés dans les régiments tenant garnison dans les villes où il y a des facultés; ils en peuvent suivre les cours.

A la séance suivante, *M. Bardoux* a insisté vivement en faveur du projet de M. Cornil.

La question des sursis à accorder aux étudiants est extrêmement grave. Le corps de santé militaire est réduit à 1,300 officiers de tous grades en temps de paix, il est donc du plus haut intérêt que l'on prépare à l'armée des officiers de réserve en aussi grand nombre que possible, puisqu'en cas de guerre il faudrait au moins 5,000 médecins militaires.

D'autre part, il résulte d'un rapport de M. Léon Le Fort à la Faculté de médecine que la moyenne des études médicales est de six ans et demi, et que si les choses restaient dans l'état actuel, le corps des médecins civils lui-même serait fort affaibli.

Dans un but d'entente, M. Cornil consent à abaisser à vingt-six ans l'âge jusqu'auquel il sera accordé des sursis, qui dans son projet était de vingt-sept ans.

M. le général *Grévy* craint que si la proposition de M. Cornil est adoptée on ne cherche dans l'avenir à assimiler les séminaristes aux étudiants en médecine; il faudrait au moins spécifier dans le rapport qu'aucune assimilation n'est possible entre ces deux catégories de jeunes gens.

Le général *Billot* dit qu'il faudrait avoir l'avis du Ministre de la guerre. Il sait que la direction du service de santé est favorable au projet de M. Cornil; mais pour lui, il le répète, il redoute de porter atteinte à la discipline.

M. Léon Labbé ayant demandé à être entendu par la commission, a fait valoir à la troisième séance les arguments suivants :

Avant la mise en œuvre de la loi du 15 juillet 1889, les étudiants en médecine, grâce au volontariat, obtenaient des sursis jusqu'à l'âge de vingt-six ans. Aujourd'hui, au contraire, leurs études sont ou retardées ou interrompues.

D'autre part, les étudiants incorporés ainsi à vingt et un ans, au plus tard, sont inutilisables dans l'armée au point de vue de la profession, tandis que les anciens conditionnels de cette catégorie rendaient dans les divers corps de grands services. Or, l'insuffisance du nombre actuel des officiers du service de santé militaire se fait sentir plus vivement encore depuis les nouvelles créations qui datent de 1892 (19 régiments d'infanterie, 10 de cavalerie, 16 bataillons alpins, etc.).

Dans le système proposé par M. Cornil, on retrouverait les avantages de pouvoir utiliser les jeunes médecins comme auxiliaires du

service de santé; en outre, l'année de service à laquelle seront astreints les jeunes docteurs pourrait être consacrée à leur apprendre les spécialités de la médecine militaire; et cet enseignement ne peut être donné utilement qu'à des médecins avancés dans leurs études.

On a parlé d'un amoindrissement possible de la discipline, si le projet de M. Cornil était adopté, parce qu'elle aurait moins de prise sur des hommes de vingt-six ans, sur des docteurs que sur des jeunes gens de vingt et un ans. Ce sera le contraire. D'ailleurs, une expérience qui date de dix ans prouve qu'on n'a jamais eu un reproche à adresser aux jeunes docteurs convoqués, au point de vue disciplinaire.

On a encore objecté que si les étudiants n'étaient pas instruits militairement avant vingt-six ans, on ne saurait comment tirer parti de cinq ou six mille jeunes gens de cet âge, en cas de mobilisation. D'abord, ce n'est pas cinq ou six mille, mais deux mille étudiants de cet âge qu'on aurait à utiliser. De plus, le décret de 1878 permet d'employer comme médecins auxiliaires les étudiants de quatrième et cinquième année. Les autres vous fourniront des infirmiers excellents.

En résumé, si, grâce à l'adoption de la proposition Cornil, les études médicales ne sont plus interrompues à l'avenir, les jeunes docteurs obtiendront leur diplôme une année plus tôt et l'armée y gagnera une classe, c'est-à-dire quatre cents aides-majors de plus.

A la quatrième séance, *M. le Président* communique l'avis du Ministre de la Guerre.

Le Ministre de la Guerre, le général Loizillon, s'est montré complètement opposé au projet de loi.

Sans doute, a-t-il dit, l'année de service militaire fait perdre une année pour les études scolaires médicales, mais, sous ce rapport, les étudiants en médecine sont dans les mêmes conditions que les ecclésiastiques, les docteurs en droit, etc.

Proposer de porter à vingt-sept ans (1) au lieu de vingt-six la limite d'âge à laquelle doit être obtenu le diplôme qui exempte les étudiants de leurs deux années de service, c'est une nouvelle faveur pour eux, puisque ceux de leurs camarades auxquels est applicable l'article 23 n'auraient toujours que jusqu'à vingt-six ans.

Quant à l'hypothèse que nos jeunes docteurs, une fois incorporés pour un an, pourraient servir comme aides-majors, au lieu d'être soldats de 2e classe, le ministre estime que ce serait le renversement de tout..... D'ailleurs, cela coûterait près de deux millions (2).

Il va sans dire que le ministre a fait valoir également la discipline qui ne peut s'acquérir que quand on a été dans les rangs.

Enfin, le *privilège* que nous demandons est contraire aux intérêts de l'armée. Si les étudiants en médecine n'entraient dans l'armée qu'à vingt-sept ans, en cas de mobilisation, ceux de ces jeunes gens, ayant de vingt et un à vingt-sept ans, seraient mobilisés sans préparation d'aucune sorte.

A la suite de cette lecture le président a lu une lettre de l'*Association des Etudiants*, une lettre de l'*Union des Syndicats médicaux*, toutes deux réclamant la proposition Cornil.

C'est alors que *M. Berthelot* a pris la parole.

Il a reconnu, tout d'abord, que le système actuel est défectueux et qu'il n'utilise pas en vue de la guerre tous les services que l'on doit attendre des élèves en médecine. Si l'on n'y prend garde, des milliers de blessés périront victimes de ce vice de notre organisation militaire.

Néanmoins, M. Berthelot est hostile à la proposition Cornil, notamment en ce qui concerne les sursis d'apppel qui changeraient le caractère *démocratique et égalitaire* de notre loi militaire.

Il est également opposé à toute modification de la limite d'âge fixée pour l'obtention du diplôme qui procure la dispense de deux années de service. La raison est qu'en cédant aux étudiants, il faudra céder aux autres dispensés de l'article 23; or, plus on reculera cette limite d'âge, plus on éprouvera de difficultés à appliquer les dispositions de l'article 24, qui oblige à rentrer dans le rang pour y faire leurs trois ans les jeunes dispensés qui ont échoué dans leurs études.

Voilà les raisons pour lesquelles M. Berthelot est de l'avis du ministre, mais cependant, comme nous venons de le dire, il croit qu'il y a quelque chose à faire en vue d'une meilleure utilisation des étudiants en temps de guerre.

S'il est indispensable de les plier à la discipline, il n'en est pas moins vrai que pour cela trois à quatre mois dans le rang suffisent.

Après cette première période, ils seraient versés dans le service de santé où ils recevraient une préparation spéciale en vue de leur rôle médical en cas de mobilisation.

Lors des appels pour la réserve ou la territoriale, ils seraient également exercés au point de vue de la meilleure utilisation de leur capacité médicale.

Voici maintenant l'esprit, sinon le texte, de la proposition que M. Berthelot oppose au projet Cornil :

Les étudiants en médecine peuvent, sur leur demande, être autorisés à contracter un engagement de trois ans à partir de dix-huit ans.

Ils bénéficieront de l'article 23 après un an de service à la condition d'être docteurs ou internes à vingt-six ans.

Si l'instruction militaire de ces étudiants est jugée suffisante au bout de quatre mois de service, ils seront versés dans le service de santé où ils accompliront le reste de leur première année.

Lorsqu'ils seront appelés comme réservistes, ils seront également versés dans le service de santé. Il en sera de même en cas de mobilisation.

M. Levrey. — Le service de santé, tel qu'il est organisé, ne répond pas aux besoins de l'armée. En instituant le service militaire obligatoire pour tous, on contractait envers les familles l'obligation morale d'entourer nos soldats de tous les soins désirables. Il est permis de se demander si cet engagement n'est pas insuffisamment rempli.

La loi a doté le service de santé de 1,300 médecins militaires; l'étude du budget nous montre que ce chiffre n'est en réalité que de 1,274.

Si l'on défalque de ce chiffre environ 50 médecins indisponibles, 55 détachés dans nos écoles militaires, 364 placés hors cadre dans les hôpitaux et au Tonkin, près de 200 en Afrique, on arrive au chiffre bien minime de 590 médecins pour nos dix-huit corps d'armée.

On remarque, en outre, que, malgré l'augmentation des régiments, le chiffre des médecins militaires n'a pas été augmenté d'une unité.

Pour ne parler que des bataillons alpins nouvellement créés, si l'on songe qu'en vertu de leur mission, les compagnies elles-mêmes sont souvent divisées et disséminées, on comprendra qu'à elle seule cette troupe devrait être pourvue d'une centaine de médecins. Du reste, cette nécessité s'impose à tel point que, actuellement, on fait appel au concours de soixante étudiants en médecine puisés dans les rangs de l'armée.

Tout autre est la conduite des Allemands; à l'heure actuelle ils ont 1800 médecins militaires et chez eux l'augmentation projetée de l'armée active entraînera la création de 200 nouveaux médecins militaires.

Or, la proposition de M. Cornil enrichit l'armée de 400 aides-majors instruits.

On nous dit c'est une atteinte à l'égalité du service militaire. Non, c'est seulement une application intelligente de la loi. On dit qu'il y va de l'intérêt de la discipline. Cet argument est sans aucune valeur. Les jeunes docteurs obéiront bien, comme ils l'ont toujours fait depuis vingt ans; personne ne prétend le contraire. On ne leur donnera aucun galon pendant leur année de service, par conséquent le commandement ne pourra être en rien gêné.

Trop souvent on a constaté un antagonisme déraisonnable entre ceux qu'on appelle des combattants et des non-combattants. Mais les médecins ne sont pas des non-combattants : le nombre des victimes tombées parmi eux en est une preuve suffisante.

Il faut donc voter le projet de M. Cornil.

Le général Billot est hostile à cette proposition qui porte atteinte au principe de la loi de recrutement. Par la porte qu'on entre-bâille pour les étudiants en médecine, toute une autre catégorie de jeunes gens passeront. Il vaut mieux adopter la proposition de M. Berthelot qui, elle, sauvegarde tous les intérêts.

(Le projet de M. Berthelot est pris en considération.)

Nouveaux décrets relatifs à l'exercice de la médecine.

Dispenses accordées aux étrangers.

Art. 1er. — Les médecins pourvus d'un diplôme étranger qui postulent le grade de docteur en médecine peuvent obtenir dispense partielle ou totale des inscriptions et dispense partielle des examens exigés pour ce grade.

Art. 2. — La dispense d'examens ne peut en aucun cas porter sur plus de trois épreuves.

Art. 3. — Les dispenses sont accordées par le ministre de l'instruction publique après avis de la faculté compétente et du comité consultatif de l'enseignement public.

Diplômes des sages-femmes.

Art. 1er. — Les études en vue de l'obtention des diplômes de sage-femme durent deux années.

Elles sont théoriques et pratiques.

Art. 2. — La première année d'études pour le diplôme de 1re classe peut être faite dans une faculté, dans une école de plein exercice, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ou dans une maternité.

La seconde est nécessairement faite dans une faculté ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 3. — Les deux années d'études pour le diplôme de 2e classe peuvent être faites dans une faculté, dans une école de plein exercice, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ou dans une maternité.

Art. 4. — Les aspirantes au diplôme de sage-femme subissent deux examens :

Le premier, à la fin de la première année; il porte sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie élémentaire;

(1) Le ministre ignorait alors que M. Cornil avait, dans son projet modifié, abaissé la limite d'âge à vingt-six ans.

(2) Nous croyons savoir cependant que certaines écoles donnent déjà cet avantage à leurs élèves; les élèves de l'Ecole centrale, une fois leur scolarité terminée, font leur année de service comme sous-lieutenants.

Le second, à la fin de la deuxième année; il porte sur la théorie et la pratique des accouchements.

Les élèves ajournées par les jurys des facultés ou par les jurys des écoles à la session de juillet-août sont admises à renouveler l'examen dans une session qui sera ouverte à cet effet à la fin du mois d'octobre suivant.

A la suite de ce dernier examen, le diplôme est conféré, s'il y a lieu, dans les formes établies.

Art. 5. — Le premier examen des aspirantes au diplôme de 1re classe peut avoir lieu devant la faculté ou école où a été faite la première année d'études; si cette année d'études a été faite dans une maternité, l'examen a lieu indifféremment devant une faculté, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Le deuxième examen ne peut avoir lieu que devant l'établissement où a été faite la deuxième année d'études.

Les examens pour le diplôme de 2e classe ont lieu devant une faculté ou une école de plein exercice, ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Lorsque les examens ont lieu devant une école, le jury est composé de deux professeurs de l'école, présidés par un professeur ou un agrégé de faculté.

Art. 6. — Les aspirantes au diplôme de sage-femme se font inscrire dans les facultés ou dans les écoles de médecine, du 1er au 15 octobre de chaque année.

Passé ce délai, aucune inscription n'est admise.

Art. 7. — En se faisant inscrire dans une faculté, dans une école de médecine ou dans une maternité, les aspirantes au diplôme de sage-femme déposent les pièces suivantes :

1° Un extrait de leur acte de naissance constatant qu'elles ont l'âge requis par les règlements;

2° Si elles sont mineures non mariées, l'autorisation de leur père ou tuteur;

3° Si elles sont mariées et non séparées de corps, l'autorisation de leur mari et leur acte de mariage;

4° En cas de séparation de corps, l'extrait du jugement passé en force de chose jugée;

5° En cas de dissolution du mariage, l'acte de décès du mari ou l'acte constatant le divorce;

6° Un certificat de vaccine;

7° Un certificat de bonnes vie et mœurs;

8° Un extrait du casier judiciaire;

9° Pour le diplôme de sage-femme de 1re classe, le brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire;

Pour le diplôme de sage-femme de 2e classe, le certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

Art. 8. — Les sages-femmes reçues à l'étranger devront subir les examens prévus au présent décret.

Elles pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité.

Art. 9. — Le présent décret recevra son effet à partir du 1er octobre 1893.

Cependant les aspirantes au diplôme de sage-femme de 1re classe qui ne seraient pas pourvues du brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire pourront, pendant une période de trois années, du 1er octobre 1893 au 1er octobre 1896 exclusivement, présenter le certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

Il n'est rien modifié aux conditions actuelles d'admission aux grades des élèves de la maternité de Paris.

Art. 10. — Les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret sont et demeurent abrogées.

Diplômes de dentiste.

Art. 1er. — Les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ont une durée de trois ans.

Art. 2. — Les aspirants doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Art. 3. — Ils subissent, après la douzième inscription, trois examens sur les matières suivantes :

1er examen.

Eléments d'anatomie et de physiologie;
Anatomie et physiologie spéciales de la bouche.

2e examen.

Eléments de pathologie et de thérapeutique;
Pathologie spéciale de la bouche;
Médicaments; anesthésiques.

3e examen.

Clinique; affections dentaires et maladies qui y sont liées. — Opérations.
Exécution d'une pièce de prothèse dentaire.

Art. 4. — Les examens sont subis au siège des facultés et écoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, devant un jury de trois membres.

Peuvent faire partie du jury des chirurgiens-dentistes, et, par mesure transitoire, des dentistes désignés par le ministre de l'instruction publique.

Le jury est présidé par un professeur de faculté de médecine.

Art. 5. — Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la condition de subir les examens prévus par l'article 3 du présent décret.

Les dentistes de nationalité française, inscrits à ce rôle antérieurement au 1er janvier 1889, sont dispensés en outre du premier examen.

Les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du présent décret, peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir le deuxième examen.

Art. 6. — Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en France seront tenus de subir les examens prévus au présent décret.

Ils pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité, après avis du comité consultatif de l'enseignement public.

Art. 7. — Un règlement spécial, rendu après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, organisera l'enseignement dans celles des facultés et écoles de médecine où il pourra être établi.

Officiers de santé.

Art. 1er. — Les aspirants au titre d'officier de santé en cours d'études à la date du présent décret et qui justifient de l'un des diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier de l'enseignement secondaire classique, de bachelier ès sciences complet, de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, sont autorisés à convertir leurs inscriptions en inscriptions de doctorat en médecine.

Diplômes de pharmacien.

Art. 1er. — Les dispositions du décret du 30 juillet 1886 susvisé sont remplacées par les articles suivants :

Art. 1er. — A dater du 1er novembre 1894, les candidats au grade de pharmacien de 2e classe devront produire, en prenant la première inscription de stage, un certificat d'études, délivré par le recteur, après examen subi devant un jury siégeant au chef-lieu de chaque académie et composé de l'inspecteur d'académie, président, et de trois professeurs agrégés de l'enseignement secondaire désignés par le recteur.

Art. 2. — Les épreuves de cet examen sont :

Epreuves écrites :

Une composition française sur un sujet simple (lettre, récit, etc.);

Une version latine, de la force de la classe de quatrième de l'enseignement secondaire classique, ou, au choix des candidats, une version de langue vivante (allemand, anglais, italien ou espagnol), de la force de la classe de troisième de l'enseignement secondaire moderne.

Les épreuves écrites sont éliminatoires.

Les sujets et textes de la composition sont donnés par le jury.

Art. 3. — Epreuves orales :

Explication d'un texte tiré des auteurs français prescrits dans la division de grammaire de l'enseignement secondaire classique ou dans les quatre premières années de l'enseignement secondaire moderne (6e, 5e, 4e et 3e);

Une interrogation sur les éléments de l'arithmétique, de la géométrie et de l'algèbre, d'après les programmes des quatre premières années de l'enseignement secondaire moderne;

Une interrogation sur les éléments de la physique et de la chimie, d'après les programmes de la classe de troisième de l'enseignement secondaire moderne;

Une interrogation sur les éléments de l'histoire naturelle, d'après les programmes des classes de sixième et de cinquième de l'enseignement secondaire moderne.

Pour chacune de ces interrogations, il est proposé au candidat trois sujets différents, entre lesquels il a le droit de choisir.

Art. 4. — Chaque épreuve écrite et orale donne lieu à une note spéciale variant de 0 à 20.

Pour être admis, les candidats doivent avoir obtenu 60 points au minimum. Toutefois, quel que soit le total des points obtenus, l'ajournement peut être prononcé, après délibération du jury, pour insuffisance de l'une des épreuves soit écrites, soit orales.

Art. 5. — Il est accordé trois heures pour la composition française et deux heures pour la version.

L'ensemble des épreuves orales dure trois quarts d'heure.

Art. 6. — Les sessions ont lieu à la fin et au commencement de l'année scolaire, à des dates fixées par le recteur.

Art. 7. — L'inscription aura lieu au secrétariat de chaque académie pendant une période déterminée par le recteur et qui ne peut être inférieure à quinze jours.

Art. 8. — Les candidats au grade de pharmacien de 2e classe qui auront obtenu avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat d'examen de grammaire complété par l'examen scientifique, conformément à l'article 1er du décret du 1er août 1893, pourront prendre leur première inscription sans produire le certificat d'études institué par le présent décret.

Art. 2. — Sont abrogées les dispositions antérieures contraires au présent décret, notamment celles de l'article 2 du décret du 10 avril 1852 et le décret du 30 juillet 1886.

Etude de Me Paul LAMARE, avoué près le Tribunal de première instance de la Seine, rue de la Chaussée-d'Antin, numéro 39, à Paris.

Des jugements et arrêt rendus entre M. le docteur Dieulafoy, professeur à l'Ecole de médecine de Paris, avenue Montaigne, numéro trente-huit, — Demandeur, —

Et la Société Française d'Assurances Mutuelles « Le Progrès » dont le siège social est à Paris, rue Louis-le-Grand, numéro sept, — Demanderesse, —

Il appert avoir été extrait littéralement :

I. — D'un jugement rendu par défaut faute de conclure par la Première Chambre du Tribunal Civil de première instance de la Seine, le cinq mai mil huit cent quatre-vingt-douze, enregistré et signifié :

« Le Tribunal, ouï en ses conclusions et plaidoirie Devin, avocat, assisté de Lamare, avoué de Dieulafoy,

» En ses conclusions Poinsot, avoué de la Compagnie « Le Progrès »,

» Le Ministère public entendu et après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en premier ressort,

» Donne défaut contre les défendeurs ès-noms et Poinsot, leur avoué constitué faute de conclure et plaider au fond et, pour le profit,

» Attendu que la Société « Le Progrès » s'est abusivement servie du nom du demandeur dans un but de propagande et de lucre; Que des agents ou employés de cette Société se sont présentés chez des médecins habitant Paris et les départements, leur déclarant, pour les décider à souscrire et à entrer dans ladite Société, que le professeur Dieulafoy était membre actif de leur association et qu'il était lui-même un des médecins officiellement attachés à la Compagnie;

» Qu'informé de ces circonstances par des lettres de médecins auprès desquels ces manœuvres avaient été employées, le demandeur s'empressa de les détromper en protestant contre de tels procédés ;

» Que les mêmes manœuvres s'étant renouvelées en différents lieux, le demandeur fit paraître dans un journal médical une note de nature à mettre les médecins en garde contre l'usage abusif qui était fait de son nom et de sa notoriété personnelle.

» Attendu que loin de cesser ses agissements, la Société « Le Progrès » affirma témérairement qu'elle avait le droit de se servir du nom du professeur Dieulafoy sans produire aucun document justificatif de sa prétention et continua le même système de propagande ;

» Attendu que c'est avec raison que le demandeur, en vue d'y mettre fin, a assigné la Société « Le Progrès » en la personne de ses directeur et administrateurs et a conclu à la réparation du préjudice qu'il a subi par le fait de la Société défenderesse ;

» Qu'il suffira, pour assurer la réparation de ce préjudice, d'ordonner la publication du présent jugement dans cinq journaux médicaux au choix du demandeur et de condamner ladite Société aux dépens :

» Attendu qu'il n'y a lieu de prévoir dès maintenant le cas où la Société « Le Progrès » ferait un nouvel usage du nom du docteur Dieulafoy et d'ordonner pour ce cas la réparation du dommage qui en résulterait ;

» Qu'il appartiendra aux juges de statuer, s'ils en sont requis, suivant les circonstances.

» Par ces motifs,

» Fait défense à la Société Française d'Assurances Mutuelles contre les maladies dite « Le Progrès » de faire usage et de se servir du nom du professeur Dieulafoy et de le présenter aux tiers comme membre de ladite Société.

» Ordonne l'insertion du présent jugement aux frais de la Société défenderesse dans cinq journaux médicaux au choix du demandeur.

» Déclare celui-ci mal fondé dans le surplus de ses conclusions; l'en déboute.

» Condamne la Société défenderesse, à titre de dommages-intérêts, aux dépens qui comprendront les frais d'enregistrement auxquels le présent jugement pourra donner lieu et dont distraction à Lamare, avoué, qui l'a requise sous les affirmations voulues par la loi. »

II. — D'un jugement rendu sur opposition formée par la Société « Le Progrès » par le même Tribunal, le vingt-un juillet mil huit cent quatre-vingt-douze, enregistré et signifié.

« Le Tribunal, ouï en leurs conclusions et plaidoiries, Devin, avocat, assisté de Lamare, avoué de Dieulafoy, Combes, avocat, assisté de Poinsot, avoué de la Société « Le Progrès ».

» Le Ministère public entendu et après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en premier ressort :

» Attendu que l'opposition de la Société « Le Progrès » représentée par ses directeur et administrateurs au jugement de ce siège rendu par défaut le cinq mai mil huit cent quatre-vingt-douze est régulière; qu'elle n'est pas contestée par Dieulafoy; qu'elle doit être reçue en la forme.

» Au fond :

» Attendu que la Société « Le Progrès » n'apporte et ne produit aucun moyen valable et utile à l'appui de son opposition ;

» Que les motifs du jugement susvisé conservent tout leur effet.

» Le Tribunal, persistant dans lesdits motifs,

» Reçoit la Société « Le Progrès » opposante audit jugement du cinq mai mil huit cent quatre-vingt-douze, la dit mal fondée dans son opposition, l'en déboute.

» Dit que le jugement sortira son plein et entier effet.

» Condamne la Société opposante en tous les dépens, dont distraction est faite au profit de Lamare, avoué, qui l'a requise sous les affirmations voulues par la loi. »

III. — D'un arrêt rendu contradictoirement par la Première Chambre de la Cour d'appel de Paris, le neuf juin mil huit cent quatre-vingt-treize, enregistré et signifié.

» La Cour, après avoir entendu en leurs conclusions et plaidoiries respectives Combes, avocat de la Compagnie d'assurances mutuelles contre les maladies « Le Progrès », assisté de Chauvin, avoué; Devin, avocat de Dieulafoy, assisté de Gibou, avoué.

» Ensemble en ses conclusions M. Thibierge, substitut du Procureur général,

» Et après en avoir délibéré conformément à la loi,

» Statuant sur l'appel interjeté par la Compagnie « Le Progrès » du jugement du Tribunal civil de la Seine du vingt-un juillet mil huit cent quatre-vingt-douze ;

» Considérant qu'il n'est point établi que l'abus qui a été fait du nom du professeur Dieulafoy soit imputable au Conseil d'administration de la Société « Le Progrès », mais qu'il résulte des divers documents produits et des explications fournies à la Cour que le nom de Dieulafoy a été employé abusivement par des agents de la Société dont celle-ci est responsable.

» Par ces motifs et adoptant ceux des premiers juges,

» Met l'appellation à néant,

» Ordonne que ce dont est appel sortira effet, l'insertion ordonnée devant être complétée par les motifs et dispositif du présent arrêt, sans que le prix total dans chaque journal puisse dépasser deux cents francs à la charge de l'appelante;

» Condamne la Compagnie appelante à l'amende et aux dépens d'appel, desquels dépens distraction est faite à Gibou, avoué, qui l'a requise, en affirmant les avoir avancés.

» *Pour extrait* : LAMARE. »

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

Paris, le 4 août 1893.

Réorganisation des études médicales et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Par décrets en date du 31 juillet 1893, publiés le 2 août au *Journal officiel*, est désormais fixée la réorganisation des études médicales, comportant l'institution dans les facultés des sciences d'un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ainsi que des modifications dans le régime des examens. De plus, la réorganisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, conséquence de ces décrets, se trouve également effectuée.

Bien que nous ayons fait connaître il y a quinze jours le sens dans lequel ces modifications devaient être adoptées par le Conseil supérieur de l'instruction publique, on nous saura gré d'en donner ci-après le texte définitif, qui constituera sans doute longtemps le statut de l'ensei-
médical en France, en le faisant précéder des rapports si
gnement importants de MM. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et Darboux, doyen de la Faculté des sciences de Paris.

I

Réorganisation des études médicales.
(Rapport de M. Brouardel.)

Le projet que la commission chargée d'étudier la réforme des études médicales soumet à l'approbation du conseil a pour origine les observations présentées par les facultés de médecine depuis plus d'un demi-siècle.

Le développement pris dans ces dernières années par les sciences, la nécessité d'initier d'une façon pratique les étudiants aux travaux de laboratoire, enfin la promulgation de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, ont rendu urgente la solution de problèmes soulevés depuis de si longues années.

Ces diverses questions ont été, en ces derniers temps, soumises à des enquêtes successives, dans lesquelles se trouvent consignées les opinions des facultés de médecine. Le projet ne fait que les résumer et les coordonner.

Malgré cette longue élaboration, le projet n'a pas été sans provoquer quelque émotion au dehors, surtout dans certaines écoles secondaires de médecine et de pharmacie.

Votre commission pense qu'il a été insuffisamment connu ou mal compris, et que, par suite, quelques explications sont nécessaires pour montrer qu'il ne contient aucune disposition sur laquelle les opinions médicales, appelées à se prononcer de la façon la plus précise, n'aient été à peu près unanimes, qu'il répond aux nécessités de l'enseignement, enfin qu'il ne supprime ni ne diminue aucun des privilèges dont jouissent actuellement les facultés et les écoles secondaires.

I. *Historique et état actuel.* — De tout temps les professeurs des facultés de médecine, notamment les professeurs de physique, de chimie, d'histoire naturelle, se sont plaints que les étudiants en médecine abordaient les études médicales avec une préparation scientifique insuffisante ; que, par suite, ces professeurs étaient obligés d'enseigner les éléments des sciences à des élèves qui auraient dû les posséder avant de s'inscrire dans les facultés.

Ils ont fait remarquer à juste titre que les chaires de chimie, physique et histoire naturelle ont été créées par les facultés de médecine dans le but non pas d'enseigner les sciences générales, mais d'en faire connaître les applications médicales à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique, à l'hygiène, à la médecine légale, à la clinique. Les professeurs chargés de cet enseignement, placés en présence d'élèves n'ayant que des notions tout à fait insuffisantes sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle générales, se sont trouvés dans la nécessité de les compléter et de consacrer la plus grande partie de leur temps, soit dans l'amphithéâtre, soit dans les travaux pratiques, à exposer les questions non médicales avec lesquelles les étudiants auraient dû être familiarisés avant d'entrer dans les facultés. D'autre part, ils ne pouvaient donner à la partie essentielle de leur enseignement, celle qui est leur raison d'être à la faculté, je veux dire aux applications des sciences à la médecine, que des développements très restreints. Ils n'auraient pas été compris par des élèves qui n'avaient pas encore abordé l'étude de l'anatomie, de la physiologie et de la médecine.

Les élèves eux-mêmes, convaincus que la possession du grade de bachelier ès sciences restreint suffisait à prouver qu'ils connaissaient ces sciences, n'apportaient à leurs études, dans cette première année, qu'une ardeur très mal soutenue. Pour eux, la date réelle de leur entrée à la faculté de médecine était celle qui leur ouvrait les portes des pavillons de dissection, c'est-à-dire la deuxième année.

Les plaintes étaient unanimes et les résultats du premier examen de doctorat, subi à la fin de la première année, montrent que, malgré le zèle des professeurs, plus du tiers des étudiants en médecine, et quelquefois la moitié, échouait à cette époque deux ou trois fois, et qu'un grand nombre d'entre eux, découragés, renonçaient définitivement aux études médicales.

Dans le programme actuel des études, lorsque l'étudiant a accompli cette première année de scolarité, il ne trouve plus,

pendant toute la durée de ses études médicales, un cours ou une conférence destinés à lui montrer les applications des sciences physiques, chimiques ou naturelles à la médecine. Il en résulte que, par suite de l'insuffisance de leur préparation avant d'entrer à la faculté de médecine, les étudiants reçoivent incomplètement l'enseignement de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle générales et plus incomplètement encore celui de leurs applications à la médecine.

Ce vice du programme des études médicales a été signalé de tout temps. Je n'en citerai qu'une preuve. Dans la haute commission des études médicales, réunie en 1845 sous la présidence du ministre de l'instruction publique, M. de Salvandy, Orfila disait, dans la séance du 23 décembre : « A l'époque où fut faite la loi du 19 ventôse an XI, on ne s'occupait pas des sciences dites accessoires, qui sont devenues d'une si grande importance aujourd'hui et qui exigent au moins une année d'études », et, appuyé par Dumas, il demandait que la scolarité des études médicales fût portée à cinq ans. De son côté, le doyen de la faculté de Strasbourg, Coze, demandait que le baccalauréat ès sciences (alors il n'était pas restreint) fût acquis avant d'entrer à la faculté de médecine comme sous le régime de 1827 à 1831. On croirait, en lisant ces procès-verbaux, assister aux discussions de l'époque présente.

L'unanimité des réclamations présentées depuis lors par les diverses facultés a suscité diverses enquêtes; je m'en tiendrai à celles que l'administration a provoquées en 1890 et 1892.

En 1890, la question était ainsi posée par une circulaire ministérielle : « Création d'une série de la seconde partie du baccalauréat propre aux futurs étudiants en médecine et comprenant la physique, la chimie et l'histoire naturelle avec des épreuves pratiques. Organisation dans les facultés des sciences d'une année d'études correspondant à ces matières. Distribution des matières de l'enseignement médical en quatre années. »

En 1892, la circulaire ministérielle du 9 mai posait la question un peu différemment :

« 1° Organisation dans les facultés des sciences, après des études secondaires complètes, y compris la classe de philosophie, d'une année d'études théoriques et pratiques, comprenant la physique, la chimie et l'histoire naturelle, à la place du baccalauréat ès sciences restreint et de la première année du programme actuel des facultés de médecine;

» 2° Organisation de quatre années d'études médicales, y compris les applications des sciences physiques et naturelles à la médecine; remaniement des examens de manière à en faire rentrer une partie dans la durée de la scolarité. »

Il y a lieu de remarquer qu'en ce qui concerne l'organisation des études médicales et la préparation scientifique nécessaire à ces études, les questions posées aux facultés en 1890 et 1892 sont identiques; la différence ne porte que sur les études secondaires préalables. En 1890, on demandait si elles ne pouvaient pas s'arrêter à la rhétorique. En 1892, on admet qu'elles comprendront nécessairement une année de philosophie.

Ce changement s'explique par deux raisons. D'abord, dans la section permanente, on a élaboré de nombreux projets dans le but de faire tenir dans une seule année la classe de philosophie et l'année de préparation des sciences physiques et naturelles; on n'a pu aboutir à un plan véritablement satisfaisant et on a dû y renoncer. Puis les facultés de médecine, qui avaient soulevé la question de la suppression ou de la transformation de la classe de philosophie, se sont ensuite prononcées à une grande majorité contre toute modification de cette classe.

Analysons maintenant les réponses que les diverses facultés ont faites aux questions posées en 1890 et 1892.

1° La faculté de médecine de Paris. — (1890). Les aspirants à la faculté de médecine feront une année d'études scientifiques préparatoires à la médecine. Voté à l'unanimité.

2° Cette année d'études préparatoires sera organisée dans les facultés des sciences. Adopté par 17 voix contre 6.

En 1892, la réponse est encore affirmative sur le mode d'organisation des études médicales et des études scientifiques préparatoires. Seulement l'assemblée demande qu'un examen soit institué pour l'entrée dans la faculté, et, dans le cas contraire, elle demande que l'enseignement préparatoire soit rattaché aux facultés et écoles secondaires de médecine, tout en étant distinct et séparé de la scolarité médicale.

Disons de suite que cet examen d'entrée subi à la faculté de médecine par des élèves qui ne seraient pas étudiants en médecine a dû être écarté comme contraire aux principes mêmes des statuts universitaires.

Faculté de médecine de Bordeaux. — (1890). Elle répond affirmativement aux questions posées par la circulaire. Elle demande la suppression du baccalauréat restreint, la création d'une année préparatoire dans les facultés des sciences. En 1892, elle répond affirmativement sur l'organisation des études, demande une année d'études préparatoires et quatre années de scolarité médicale.

Faculté de médecine de Lille. — En 1890, elle répond affirmativement sur tous les points.

En 1892, elle se réfère à ses réponses de 1890.

Faculté de médecine de Lyon. — En 1890, elle répond affirmativement sur l'organisation des études. Elle préférerait que l'année préparatoire fût organisée dans les lycées plutôt que dans les facultés des sciences.

En 1892, elle maintient l'ensemble de ses réponses, mais cette fois elle demande que l'année d'études préparatoires se fasse dans les facultés des sciences et non plus dans les lycées.

Faculté de médecine de Montpellier. — En 1890, les réponses sont affirmatives sur l'organisation des études. « La faculté admet aussi que les facultés de sciences soient chargées de l'enseignement de la physique, de la chimie, de l'histoire naturelle. Elle demande que cet enseignement soit fortement organisé, de manière que les élèves arrivent suffisamment préparés pour aborder immédiatement l'étude des sciences médicales proprement dites. »

En 1892, la commission propose à la faculté de revenir sur cette décision. L'assemblée semble avoir été assez divisée, car elle a voté deux projets parallèles : dans l'un, l'année préparatoire reste à la faculté de médecine; dans l'autre, elle doit se faire en dehors de celle-ci. Mais le projet qui m'a été transmis se termine ainsi : Délibéré et adopté, le 7 juin 1892, avec préférence pour le projet B, celui qui demande que l'année préparatoire soit en dehors de la faculté de médecine.

Faculté de Nancy. — En 1890, toutes les propositions de la circulaire ministérielle sont adoptées à l'unanimité; en 1892, Nancy maintient son adhésion.

Faculté de Toulouse. — En 1890, la faculté de Toulouse n'existait pas encore; en 1892, elle est favorable au projet mis à l'enquête.

Malgré leur longueur, votre rapporteur a tenu à vous exposer complètement les résultats de cette laborieuse enquête. Le conseil sera ainsi convaincu que, pour résoudre une question posée presque dans les mêmes termes depuis 1845, on a demandé toutes les opinions, et que celles-ci n'ont été émises qu'après des délibérations aussi mûries qu'elles ont été libres.

Ainsi, à l'unanimité, les facultés demandent l'organisation d'une année de sciences physiques et naturelles préparatoire aux études médicales, et à la très grande majorité elles désirent qu'elle soit organisée dans les facultés des sciences.

Après discussion, votre commission a pensé que l'une des causes principales de l'échec des tentatives antérieures, c'est que, par des considérations diverses, on avait confondu dans un même enseignement ce qui était d'ordre général et ce qui est d'ordre médical; que cette confusion avait empêché de tirer de ces études le profit que l'on était en droit d'en attendre pour les sciences médicales. Par suite, elle pense qu'il y a lieu de séparer définitivement ces deux parties : de ne laisser entrer dans les facultés de médecine que des élèves déjà suffisamment instruits dans les sciences physiques et naturelles; d'organiser, dans les facultés de médecine, l'enseignement de ces sciences dans un but exclusivement médical, convaincue que, maintenu dans les facultés de médecine et les écoles, l'enseignement préparatoire ressemblerait trop à celui qui jusqu'à ce jour n'a donné que des résultats insuffisants.

II. *Durée de la scolarité. Durée des études.* — Les facultés de médecine, en demandant une année préparatoire aux études médicales, n'ignorent pas qu'au point de vue de la scolarité, elles paraissent augmenter d'une année la durée des études telle qu'elle existe dans le régime actuel. Mais elles font remarquer :

1° Que si la durée de la scolarité semble prolongée d'une

année, il n'en est pas de même de la durée réelle des études médicales.

Voici, en effet, ce que nous apprend le dépouillement des dossiers des 663 docteurs reçus à Paris en 1888 et 1889.

Durée des études médicales des docteurs français reçus en 1887-1888 et 1888-1889 à la faculté de Paris :

De 4 à 5 ans	61
De 5 à 6 ans	113
De 6 à 7 ans	142
De 7 à 8 ans	91
De 8 à 9 ans	61
De 9 à 10 ans	46
De 10 à 11 ans	51
Plus de 11 ans	98
Total	663

Il résulte de ce relevé que, sur ces 663 docteurs, plus de la moitié ont mis plus de sept ans à faire leurs études : les uns, parce que, laborieux entre tous, ils ont préparé les concours de l'internat et ont ainsi volontairement et très utilement prolongé leurs études; les autres parce que, sans préparer les concours, ils ont utilisé les laboratoires mis à leur disposition, fréquenté les cliniques spéciales; d'autres enfin, parce que leur scolarité a été interrompue par la maladie, par des échecs, etc. — Pour les meilleurs élèves, la durée des études varie de six à huit ans, et souvent même, pour les internes, elle atteint dix années.

On a bien souvent modifié le régime des études médicales, leur durée a peu varié. En 1845, Orfila donnait des chiffres analogues à la commission des études médicales; les relevés que j'ai faits pour les années 1855, 1865, 1875, sont presque identiques.

2° Les facultés ont fait remarquer que cette augmentation de la durée de la scolarité n'est qu'apparente. Dans le régime actuel, après le baccalauréat ès lettres classique, les aspirants au doctorat doivent prendre le baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

La moitié des jeunes gens conquiert ce diplôme dans la même session que le baccalauréat ès lettres. L'autre moitié ne l'obtient qu'au bout de six mois, d'un an, parfois même de deux ans. Pour cette seconde moitié, l'année passée à faire les études préparatoires n'augmente en rien la durée des études. D'autre part, le projet abrège notablement la durée totale des études médicales. Dans le régime actuel, le troisième examen de doctorat (pathologie interne et externe) ne peut être subi que lorsque la scolarité est terminée, c'est-à-dire trois mois après la prise de la seizième inscription; d'après le projet, l'élève pourra passer ce même examen après la treizième inscription, c'est-à-dire neuf mois plus tôt que sous l'ancien régime.

En résumant cette discussion, on peut dire que, pour la moitié des élèves, ceux qui obtenaient dans la même session le baccalauréat ès lettres et le baccalauréat ès sciences restreint, la durée de la scolarité sera augmentée de trois mois; que pour l'autre moitié, ceux qui n'obtenaient le baccalauréat ès sciences qu'au bout de six mois ou un an, elle sera diminuée de neuf mois.

III. *Répartition des études et des examens.* — L'étudiant, en entrant à la faculté de médecine, abordera immédiatement les études anatomiques et les études cliniques. Pour pouvoir subir un examen de pathologie chirurgicale et médicale dès la treizième inscription, il faut que, pendant les trois premières années, il soit astreint à un stage hospitalier.

Pendant les deux premières années, il disséquera au cours du semestre d'hiver; pendant le semestre d'été, il fréquentera les laboratoires d'histologie, de physiologie, de physique, de chimie, d'histoire naturelle médicales. Quant à ces dernières sciences, elles seront réparties de telle façon qu'elles suivront l'étudiant pendant toute la durée de ses études, en adaptant le moment de la démonstration propre à ces diverses sciences aux diverses périodes de l'éducation de l'étudiant. Ainsi l'optique et l'acoustique seront rapprochées de la physiologie, et l'élève sera interrogé sur ces matières au deuxième examen; l'électricité médicale, si mal connue des médecins, précisément parce qu'elle n'est pas apprise aux élèves au moment où ils peuvent en étudier les applications aux affections nerveuses, fera partie du quatrième examen (thérapeutique). La chimie des humeurs, de la nutrition, fait médicalement partie du programme de la physiologie; leurs altérations, de celui de la pathologie générale ou spéciale : elles seront enseignées pendant la durée des études de troisième année. Les applications de la chimie à la thérapeutique, à la matière médicale, à l'hygiène, à la médecine légale se retrouveront au quatrième examen. La zoologie, la botanique, surtout par le rôle que jouent actuellement en pathologie et en hygiène les parasites animaux et végétaux, seront étudiées pour le troisième et le quatrième examen.

Les laboratoires pratiques affectés actuellement à ces chaires serviront aux élèves, de manière à les familiariser avec les objets immédiats de leurs études.

Si quelques personnes ont pu craindre que l'enseignement des sciences ne fût abandonné, elles ont mal compris le projet. Ce n'est pas alors que les savants français ont fait faire, par les découvertes chimiques et bactériologiques, un si grand progrès aux sciences médicales, qu'il serait venu à la pensée de l'un de nous de diminuer leur place dans les études médicales. Mais nous avons pensé que parler des applications médicales des sciences à ceux qui ignorent les éléments de la médecine était une erreur de méthode; que leur parler de ces applications au moment même où ils étudient la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, était fécond pour l'enseignement, et j'ajouterai indispensable. On diagnostique les maladies aujourd'hui bien souvent par les recherches de laboratoire, soit par les procédés chimiques, soit par les examens bactériologiques. C'est ainsi maintenant que l'on décèle et que l'on confirme le diagnostic de la phthisie, que l'on détermine la nature d'une épidémie qui vient d'éclater.

L'étude des applications des sciences physiques, chimiques et naturelles suivra donc l'étudiant pendant tout le cours de sa carrière. En procédant ainsi, nous avons l'intime conviction que nous restituons aux études scientifiques leur véritable rôle dans l'éducation médicale.

IV. *Ecole de médecine de plein exercice et écoles préparatoires réorganisées.* — La loi du 30 novembre 1892 dit dans son article 1er : « Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises, et les deux premiers examens subis dans une école préparatoire réorganisée. »

Le projet qui vous est soumis aurait pu s'en tenir à la lettre de ces dispositions. Mais l'administration, la section permanente et votre commission ont pensé qu'il y avait mieux à faire qu'à se tenir ainsi dans les termes stricts du texte législatif; elles ont pensé qu'il y avait lieu de demander aux écoles préparatoires des services plus grands; elles estiment que leur passé permet d'espérer qu'elles sont appelées à aider plus efficacement les facultés de médecine dans l'organisation générale de l'enseignement médical.

Si l'on avait conservé l'ancien plan d'études, en transportant la préparation des sciences physiques et naturelles en dehors des facultés et écoles de médecine, les écoles secondaires conservaient leurs élèves deux ans, et les écoles de plein exercice trois ans.

En même temps disparaissaient les chaires d'enseignements médicaux qui n'avaient plus d'objet dans ces écoles après la suppression de l'officier de santé.

Nous avons pensé qu'il y avait lieu de laisser les étudiants en médecine trois ans sous la direction des professeurs des écoles secondaires réorganisées, et quatre ans dans les écoles de plein exercice.

Si on veut bien tenir compte du rôle dévolu aux professeurs des sciences physiques et naturelles dans l'enseignement de la physiologie et de la pathologie, on verra que ces écoles conservent tout leur personnel et leurs élèves pendant le même laps de temps, et que leurs laboratoires seront utilisés au plus grand profit de leurs élèves. Elles ne perdent rien; elles gagnent l'enseignement de la pathologie et de la médecine opératoire pour le doctorat que ne possédaient pas les écoles secondaires.

Pour assurer l'influence de leurs professeurs, les examens, qui étaient passés devant un jury de professeurs délégués par les facultés, seront subis dorénavant devant un jury composé d'un professeur de faculté, président, et de deux professeurs de l'école elle-même.

Nous pensons que, dans ces conditions, les écoles de plein exercice et les écoles secondaires réorganisées attireront près d'elles plus d'étudiants encore que par le passé.

Quelques-unes de ces écoles ont témoigné une vive émo-

-tion en apprenant que la première année des études médicales serait placée en dehors des facultés et écoles. Elles ont craint que ce transfert ne nuisît à leur recrutement : les unes parce qu'il n'y avait pas dans la ville même une faculté des sciences ; les autres, au contraire, parce que « elles avaient le périlleux honneur d'en posséder une ».

L'administration a pensé que les villes dans lesquelles il n'y avait pas, en même temps que l'école secondaire, une faculté des sciences, pouvaient redouter à juste titre que les étudiants, obligés de passer une année dans une ville rivale, ne fussent amenés à les déserter. Elle a donc proposé, et votre commission a accepté, que dans les villes où il existe une école de plein exercice ou une école secondaire réorganisée, mais où il n'y a pas de faculté des sciences, serait organisé l'enseignement scientifique préparatoire aux sciences médicales.

En un mot, les écoles secondaires ont pendant trois ans, les écoles de plein exercice pendant quatre ans, tous les privilèges des facultés de médecine. Nous estimons que cette situation est supérieure à celle qu'elles possédaient, qu'elle est légitime, et nous sommes persuadés que si les écoles veulent sincèrement prendre part au mouvement scientifique, elles acquerront, comme quelques-unes ont déjà su le faire sous un régime moins favorable, une situation très élevée dans l'éducation de la jeunesse médicale.

Nous pensons avoir démontré que la réforme, déjà demandée en 1845 par Orfila, peut être et doit être effectuée en ce moment : les opinions exprimées par les diverses facultés de médecine dans deux enquêtes successives lui sont favorables. Le projet n'augmente pas en réalité la durée de la scolarité. L'étude générale des sciences physiques, chimiques et naturelles précède l'entrée de l'étudiant dans la carrière ; les professeurs de ces sciences dans les facultés de médecine pourront réellement montrer quelles sont leurs applications à la médecine, en distribuant leur enseignement pendant toute la durée des études médicales ; les écoles de plein exercice et les écoles secondaires réorganisées assureront pendant trois et quatre ans cet enseignement dans les mêmes conditions que les facultés elles-mêmes.

Nous savons que quelques-uns de nos collègues, professeurs de sciences dans les facultés de médecine, sont émus de cette réforme ; ils avaient un plein succès dans leur enseignement. Mais je suis persuadé que le plaisir de développer oralement, devant un auditoire nombreux, mais insuffisamment préparé, les éléments de la science ne les illusionne pas au point de leur faire méconnaître ce que la science médicale est en droit d'attendre d'eux.

Au lieu d'un succès apparent, très flatteur, ils auront la satisfaction plus haute de contribuer vraiment au bien des études et au progrès de la science, d'exercer une influence efficace et féconde en enseignant aux étudiants en médecine ce qui fait partie essentielle de leur éducation médicale, au moment précis où ils peuvent vraiment recevoir cet enseignement. Nous pouvons compter sur leur concours, car ils sont convaincus comme nous que l'avenir appartient aux élèves qui connaîtront le mieux, en sortant des facultés de médecine, les méthodes des sciences physiques et naturelles.

En tout cas, alors même que la réforme troublerait les habitudes de quelques-uns de nos collègues, nous croyons avoir établi que l'intérêt de l'élève est de trouver toujours à côté de ceux qui lui enseignent à observer, à analyser les maladies, le maître qui lui apprendra les ressources de la méthode expérimentale, contrôle indispensable de nos procédés cliniques.

Tel est, en résumé, l'ensemble des vues qui ont guidé tous ceux qui, depuis un certain nombre d'années, ont étudié ces projets de réforme.

S'ils ont varié dans l'appréciation de quelques détails, ils n'ont pas varié sur le but à atteindre : associer les sciences expérimentales aux études médicales proprement dites, de façon à maintenir notre enseignement médical au rang qu'il ne doit pas perdre.

II

Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. (Rapport de M. Darboux.)

La commission que vous aviez chargée d'examiner le projet de décret relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles a dû attendre, pour commencer ses travaux, les décisions d'une autre commission, celle à laquelle était confié l'examen des projets relatifs aux études médicales. Le président de cette commission nous ayant fait connaître qu'à l'unanimité elle adoptait, avec quelques changements de détail, le projet de décret soumis à son examen, qu'elle proposait de réorganiser les études médicales conformément aux vœux répétés des facultés de médecine et qu'elle réclamait l'organisation préalable, en dehors de ces facultés, d'un enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles capable de donner aux futurs médecins les notions de ces sciences, tant théoriques que pratiques, qu'ils doivent nécessairement posséder pour aborder avec fruit les études médicales proprement dites, notre tâche se trouvait nettement définie. Nous avions à nous demander quelle serait la meilleure organisation de cet enseignement, où il fallait le placer pour qu'il pût produire les meilleurs résultats.

L'examen détaillé de cette question nous a conduits à accepter avec des modifications insignifiantes le projet qui nous était renvoyé. Pour entraîner votre conviction, le rapporteur n'aura qu'à mettre sous vos yeux un résumé de la discussion très complète qui a eu lieu dans le sein de la commission.

Nous avons dû nous demander d'abord quelle devait être la nature du nouvel enseignement.

La réponse à cette question nous était indiquée par les termes mêmes dans lesquels elle nous était posée. Dans le projet qui vient de vous être rapporté et que vous avez approuvé, les facultés de médecine se réservent de la manière la plus complète l'étude des applications des sciences physiques et naturelles aux diverses branches de l'art de guérir ; mais elles réclament des étudiants initiés déjà aux éléments de ces sciences.

L'enseignement nouveau doit donc être avant tout un enseignement général et non pas un enseignement d'application.

Mais comme le médecin n'est pas un théoricien, mais un homme de pratique, le nouvel enseignement doit être, en même temps que théorique, pratique et expérimental. C'est dans les laboratoires, au contact du maître, et non dans le livre, que l'élève acquiert une connaissance véritablement vivifiante des sciences expérimentales.

Pour qu'il puisse avoir au plus haut degré ce double caractère indispensable, pour qu'il soit à la fois général et pratique, où convient-il de placer cet enseignement ? Deux solutions seulement pouvaient être examinées : la première consistait à le placer dans les lycées et collèges ; l'autre, dans les facultés des sciences.

En faveur de la première de ces solutions, un de nos collègues a fait valoir les raisons suivantes :

L'attribution de l'enseignement nouveau aux lycées et collèges peut seule maintenir l'équilibre du plan d'études secondaires si sagement organisé en 1890. Ce plan d'études comprend un examen de rhétorique commun à tous, sanction nécessaire des études littéraires ; puis, au-dessus de la rhétorique, il devait comprendre trois examens distincts, correspondant aux besoins et aux aptitudes des élèves, lettres philosophiques, lettres mathématiques, et une troisième série que l'on avait promis d'organiser : lettres sciences physiques et naturelles.

Le baccalauréat lettres mathématiques convient surtout aux élèves qui se destinent aux écoles. On n'y a fait qu'une part restreinte aux sciences physiques, et l'on n'y a pas introduit de sciences naturelles. Il résulte de là que, si l'on n'organise pas le baccalauréat ès sciences physiques et naturelles, le plan d'études restera incomplet et les programmes des études secondaires demeureront sur ce point inférieurs à ceux des écoles normales primaires.

Ce baccalauréat qu'on n'a pas encore organisé ne devait pas répondre aux seuls besoins des futurs étudiants en médecine ; il convenait aussi à tous ceux qui n'ont pas besoin d'une culture mathématique très développée, fils d'industriels et d'agriculteurs, et à tous les jeunes gens que leurs aptitudes et leurs goûts portent vers les sciences physiques et naturelles.

Le projet de décret laisse ces dernières sciences, au point de vue de l'enseignement secondaire, dans un état de faiblesse et d'infériorité que l'on ne peut concevoir quand on pense à l'importance qu'elles ont prise dans nos sociétés. Au

lycée, on n'enseigne l'histoire naturelle que dans la classe de philosophie et encore d'une manière très élémentaire. A quoi servait-il alors de fonder une agrégation des sciences naturelles?

Le projet de décret constitue un empiétement regrettable de l'enseignement supérieur sur l'enseignement secondaire, parce que les études que l'on veut organiser dans les facultés des sciences ne peuvent être que secondaires, étant donnée l'instruction scientifique des jeunes gens qu'on y appelle. Tout enseignement supérieur a besoin d'une base solide ; c'est l'enseignement secondaire qui doit l'établir.

L'enseignement secondaire a pour but de faire la discipline de l'esprit pour chaque ordre de sciences. Cette discipline de l'esprit s'obtient par la classe et par le devoir, par le contact du professeur et de l'élève. Dans les facultés, le contact ne pourra être obtenu au même degré, par suite du nombre trop grand des élèves, qui pourraient être répartis d'une manière plus utile dans les divers établissements de l'enseignement secondaire. Pourquoi l'année de sciences physiques et naturelles n'a-t-elle pas produit de meilleurs résultats dans les facultés de médecine? Parce que les élèves y étaient trop nombreux. Il en sera de même dans les facultés des sciences.

D'autre part, croit-on que les familles accepteront avec faveur le régime proposé? Non pas seulement parce qu'il soustraira trop tôt les jeunes gens à l'influence si bienfaisante et si nécessaire des lycées, mais parce qu'il augmentera les sacrifices pécuniaires qu'elles auront à faire. A ce point de vue, le projet n'est pas démocratique.

Au point de vue financier, le projet est aussi désavantageux. C'est dans l'enseignement secondaire que l'enseignement projeté pourrait être organisé aux moindres frais. Un certain nombre de professeurs n'atteignent pas le maximum d'heures de service qui leur est imposé par les règlements. En complétant leur service, en attribuant aux autres des heures supplémentaires, la dépense serait minime.

Ce personnel est tout prêt. Il demande l'enseignement en question parce qu'il sent qu'il peut s'en acquitter à son honneur et qu'il sent aussi que la tâche qui lui est laissée aujourd'hui n'est pas en rapport avec les grades que l'on exige de lui. Aurait-on de la défiance à son endroit? Les résultats qu'il obtient dans la préparation aux écoles suffiraient à répondre.

Ce projet est donc nuisible à l'enseignement secondaire parce qu'il décapite une de ses branches les plus importantes et aussi parce qu'il lui refuse une arme puissante contre la concurrence qui lui est faite. Beaucoup d'élèves de l'enseignement libre viennent chercher l'enseignement scientifique dans les lycées. Y organiser l'enseignement des sciences physiques, ce serait fournir à nos établissements un nouveau moyen de propagande universitaire.

Enfin, le projet de décret est une première brèche à l'enseignement secondaire. N'est-il pas à craindre que plus tard on n'en fasse d'autres? Ne songera-t-on pas à transporter dans les facultés les classes de mathématiques spéciales et de philosophie?

Telles sont, résumées aussi fidèlement et aussi complètement que possible, les observations présentées en faveur de la première solution.

Avant d'aborder les raisons invoquées en faveur de l'autre solution, il importe de relater un certain nombre d'observations et de déclarations préjudicielles.

Tout d'abord, il ne s'agit en aucune façon de décapiter l'enseignement secondaire. Pour le décapiter, il faudrait lui enlever quelque chose. Or, que lui enlève-t-on? Rien. Où sont les élèves en question? Dans l'enseignement supérieur. On propose simplement de les faire passer de la faculté de médecine à la faculté des sciences. Elèves de l'enseignement supérieur, ils restent élèves de l'enseignement supérieur.

On ne saurait donc parler de brèche faite à l'enseignement secondaire. Par suite, la crainte exprimée au sujet des classes de philosophie et de mathématiques spéciales est chimérique. D'ailleurs, sur ce point, l'administration a fait les déclarations les plus nettes et les plus énergiques. Non seulement elle n'a jamais songé à transporter les classes de philosophie et de mathématiques spéciales des lycées aux facultés, mais elle a déclaré qu'un tel projet serait une véritable folie, plus dangereuse pour l'enseignement supérieur que pour l'enseignement secondaire lui-même.

Il ne s'agit pas davantage d'abaisser pour les futurs étudiants en médecine l'âge auquel ils passent des lycées dans l'enseignement supérieur. Cet âge sera demain ce qu'il était hier. C'est seulement leurs études secondaires terminées, une fois la philosophie faite, une fois bacheliers, que les jeunes gens seront admis à la faculté. La seule différence est, pour la première année, une différence de lieu, faculté des sciences et non plus faculté de médecine; ce n'est pas une différence d'âge.

Il ne s'agit pas davantage d'augmenter les dépenses des familles. En fait, votre commission de médecine l'a établi de la manière la plus probante, la durée des études ne sera pas accrue. Je ne saurais mieux faire que de m'en référer sur ce point à ce que vous venez d'entendre.

Enfin, il ne s'agit pas non plus de contester la compétence des professeurs de l'enseignement secondaire. Elle est hors de cause comme elle est hors de contestation. Presque tous les professeurs de faculté ont été professeurs de lycée; ils s'en souviennent et s'en honorent. A leurs yeux, l'enseignement public est un et il ne peut y avoir entre les divers ordres d'enseignement d'autre rivalité que celle du bien public.

Ces remarques faites, nous pouvons aborder les arguments qui ont déterminé l'adhésion de votre commission.

La vraie question, l'unique question, est d'organiser le nouvel enseignement dans les conditions les plus favorables à son succès, à l'intérêt des études et au bien du pays.

Pour la résoudre, ce n'est pas par définitions abstraites qu'il faut procéder. Où commence l'enseignement secondaire, où finit-il? Où commence l'enseignement supérieur? On peut faire à ces questions des réponses théoriques différentes. D'une manière générale, comme l'a fait remarquer un de nos collègues, ce qui caractérise l'enseignement supérieur, ce ne sont pas les matières enseignées, ce sont les méthodes. Des matières fort élémentaires seront légitimement un objet d'enseignement supérieur si elles sont enseignées par ces méthodes qui apprennent à l'élève à se rendre compte par lui-même. Or, tel doit être le caractère de l'enseignement que nous demandent les facultés de médecine. Elles réclament des étudiants qui à des connaissances théoriques joignent une certaine pratique des expériences et des manipulations, c'est-à-dire des procédés qui seuls apprennent à se rendre compte des phénomènes, à les vraiment comprendre.

D'ailleurs, dans ces sortes de questions, ce ne sont pas seulement les idées théoriques, ce sont surtout les faits qui doivent nous guider. On juge les choses par leurs résultats; on ne peut prévoir les résultats que par les faits.

Recherchons donc, d'après les faits, de quel côté, lycée ou faculté des sciences, il y a lieu d'attendre les meilleurs résultats.

On pourrait prétendre tout d'abord que l'organisation nouvelle serait limitée à quelques lycées, un par académie, à celui qui est voisin de la faculté des sciences, de la faculté ou de l'école de médecine. — Cette solution serait impraticable. Il y a environ 1,200 élèves de première année dans les facultés de médecine; sur ce nombre 7 à 800 au moins sortent des lycées et collèges de l'Etat. Les répartir comme il vient d'être dit serait avoir dans chacun des lycées choisis, sauf Paris où il pourrait y en avoir plusieurs, des groupes de 60, de 80 et même de 100 élèves. Sans rechercher si ce serait un bien pour la discipline générale de ces lycées, où seraient les laboratoires pour un si grand nombre d'élèves? Ils n'existent pas et on ne pourrait les construire. On en viendrait peut-être, comme il a été suggéré, à emprunter ceux des facultés des sciences. Mais alors c'est placer le nouvel enseignement à la faculté des sciences, en hospitalisant au lycée les élèves dont les familles demeurent dans d'autres villes.

Mais il ne serait pas possible de limiter le nouvel enseignement à quelques lycées. Fatalement on serait promptement conduit à le mettre partout, dans les collèges aussi bien que dans les lycées. Faut-il rappeler l'exemple des classes de mathématiques spéciales au nombre de 47, des préparations particulières à Saint-Cyr au nombre de 67? Ces chiffres excessifs sont là pour prouver que l'administration est souvent forcée d'aller bien au delà de ce qui serait nécessaire. Pour le nouvel enseignement elle serait moins libre encore. En le déclarant partie intégrante de l'enseignement secondaire, d'avance on justifierait toutes les réclamations des familles,

Et ces réclamations se produiraient partout, car les futurs étudiants en médecine sont disséminés partout, dans les collèges autant que dans les lycées. Et puis, sans parler des rivalités locales et de l'action inévitable des influences, il y a la concurrence des établissements libres. Là où l'Etat refuserait d'avoir dans ses lycées et dans ses collèges la préparation à la carrière médicale, l'enseignement libre l'organiserait dans sa maison. Et l'Etat serait bien forcé d'en faire autant.

Nous avons vu ce que devait être cet enseignement nouveau.

Voyons ce qu'il pourrait être dans ces conditions.

Pour qu'il soit sérieux, il faut, avons-nous dit, qu'il soit, en même temps que théorique, pratique et expérimental. Or, dans les lycées les locaux manquent pour les laboratoires. Pour les créer, la dépense serait considérable et hors de proportion avec les résultats.

Le matériel fait également défaut. Il y a bien dans chaque lycée un cabinet de physique, mais il y manque l'outillage à mettre aux mains des élèves pour les manipulations de physique, de chimie et d'histoire naturelle. Cela, il faudrait le créer de toutes pièces. En évaluant la dépense à 60,000 fr. par lycée, chiffre minimum et probablement insuffisant, ce serait au total, et sans parler des locaux, une première mise de fonds de plus de 6 millions. Et l'on ne compte pas les collèges.

Le personnel des professeurs n'est pas assez nombreux. Faire état des heures dues par chaque professeur sur son maximum de service, et d'heures supplémentaires qui lui seraient attribuées, serait un expédient néfaste; car, suivant une parole expressive employée dans la commission, ce serait constituer l'enseignement nouveau avec des « rognures ». Il faudra donc créer des emplois de professeurs à peu près dans tous les lycées, toujours sans parler des collèges.

Avec des professeurs, et autant que des professeurs, il faut des chefs de travaux compétents.

Il n'en existe pas dans les lycées. Deux au moins seraient nécessaires dans chaque établissement : un pour la physique et la chimie, un pour l'histoire naturelle. Ce serait donc plus de deux cents emplois nouveaux, toujours sans parler des collèges.

Il faut aussi des préparateurs. Il y en a dans les lycées, mais en nombre tout à fait insuffisant : 2 dans les grands lycées de Paris, 1 dans les autres; 25 à 30 en province, où la fonction est le plus souvent remplie par un répétiteur. De plus, ces préparateurs ne sont pas spécialisés ; ils sont également pour la physique, la chimie, l'histoire naturelle. Cela suffit avec la nature de leur travail actuel. Mais ce serait insuffisant pour une bonne organisation de travaux pratiques qui exigent des spécialistes. Ce serait donc encore au minimum 200 nouveaux emplois, toujours sans parler des collèges.

Enfin, il faudrait assurer les dépenses matérielles des travaux pratiques dans chaque etablissement. De ce chef la dépense serait considérable.

D'après les chiffres très précis soumis à la commission, la dépense annuelle, en dehors des frais de premier établissement, ne s'élèverait pas à moins de 1 million et demi, rien que pour les lycées. A ce compte, déduction faite des frais d'études, chaque élève coûterait à l'Etat plus de 20,000 fr. par an.

En présence de ces chiffres qui n'ont rien d'exagéré si l'on veut une bonne organisation des études, il est probable que cette organisation ne se ferait pas. Il est plus probable que les choses se passeraient de la façon suivante :

On se bornerait à quelques créations d'emplois ; on demanderait aux professeurs un complément ou un supplément de service ; on limiterait les travaux pratiques à de rares exercices, aux moins coûteux; l'enseignement ne recevrait pas le caractère pratique et expérimental qu'il doit avoir, il serait donné au tableau noir au lieu de l'être surtout au laboratoire. Et le résultat, c'est qu'on aurait recommencé, à peu de chose près, l'histoire du baccalauréat restreint, condamné depuis longtemps; c'est qu'on n'aurait pas donné aux facultés de médecine ce qu'elles sont en droit d'attendre ; c'est qu'on aurait stérilisé un germe qui peut et doit être fécond.

Il serait inutile de compter sur les jurys d'examen pour faire prendre aux choses une meilleure tournure. Quand il s'agit d'une école où l'on entre par concours, la concurrence élève le niveau. Quand il s'agit d'un examen proprement dit, il en est autrement. Ce n'est pas par le programme, ce n'est pas par la sévérité des examinateurs, c'est par la force ou la faiblesse moyenne des candidats que s'établit le niveau moyen des études.

Examinons maintenant l'autre solution, celle qui consiste à placer le nouvel enseignement dans les facultés des sciences.

Vous savez quelles transformations profondes se sont accomplies depuis vingt ans dans ces établissements.

Partout leurs locaux ont été rebâtis et agrandis ; elles ont maintenant, pour tous les ordres de sciences expérimentales, de vastes laboratoires. Si quelque part ils sont encore trop petits, le remède sera facile. Pour une faculté, ce n'est pas comme pour les lycées qui ne peuvent s'agrandir que par l'acquisition de terrains et la construction de bâtiments contigus. Un baraquement suffit, sur un terrain plus ou moins voisin. Et ce n'est pas nous, professeurs des facultés de Paris, qui pourrions oublier les services qu'ont rendus à l'enseignement supérieur les baraquements et les salles Gerson.

Pour le matériel il existe partout complet, admirable.

Le personnel des maîtres? Sans doute il faudra l'augmenter. Mais cette augmentation sera faible en comparaison de celle que nous examinions tout à l'heure.

Le personnel des chefs des travaux et des préparateurs? Les facultés l'ont, habile, expérimenté. Elles ont mis quinze ans à le former. S'il faut en augmenter les cadres, la dépense sera minime par rapport à ce qu'elle serait dans les lycées et les collèges.

Enfin, elles seront largement dotées en ce qui concerne les frais annuels de laboratoires et de travaux pratiques.

D'après les évaluations soumises à la commission, l'augmentation des dépenses ne dépassera pas l'augmentation des recettes.

Au point de vue intellectuel, les facultés des sciences sont pleinement en mesure, et mieux que qui que ce soit, d'assurer cette discipline de l'esprit, en vue d'un ordre particulier de sciences, que celui de nos collègues qui proposait de placer le nouvel enseignement dans les lycées estimait à bon droit nécessaire. Une telle discipline résulte moins en effet de la leçon du maître que de son contact, et de l'atmosphère dans laquelle vit l'étudiant. Or, ceux des professeurs de faculté qui sont voués aux sciences expérimentales vivent dans leurs laboratoires avec leurs auxiliaires, en communication constante avec leurs élèves. Dans ces laboratoires, les élèves sont pour ainsi dire enveloppés par la science ; ils en manient les appareils, ils les voient en action ; tout leur parle d'elle, les choses aussi bien que les maîtres. C'est là seulement qu'on peut vraiment s'imprégner de son esprit et le comprendre pleinement.

Au reste, nous avons plus et mieux que des espérances et des promesses. L'administration a pensé que dans une pareille matière une expérience était utile. Avec l'assentiment de votre section permanente, elle a réalisé cette expérience à Toulouse. Voilà trois ans déjà que dans cette ville les étudiants en médecine de première année reçoivent l'enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles à la faculté des sciences. L'expérience a réussi ; les résultats sont des plus satisfaisants. Les doyens de la faculté de médecine et de la faculté des sciences ont chargé celui de nos collègues qui appartient aux facultés de Toulouse de nous en apporter le témoignage. Nous l'enregistrons comme une garantie de fait à l'appui du projet.

Il me reste à vous faire connaître un autre ordre de considérations dont votre commission a été particulièrement touchée. L'enseignement à créer est général. Destiné aux futurs médecins, il peut aussi servir à d'autres.

En outre des jeunes gens qui entrent dans les écoles spéciales, comme l'école centrale et l'Institut agronomique, un grand nombre qui se destinent aux carrières industrielles ou agricoles auraient besoin d'un enseignement pratique approprié. Quelques facultés des sciences, Lyon, Nancy, par exemple, ont spontanément cherché à combler cette lacune. Et l'expérience a montré que ceux de leurs élèves auxquels elles ont donné une instruction pratique sans doute, mais générale, réussissaient de la manière la plus heureuse dans l'industrie.

Il nous a semblé qu'à ce point de vue, le nouvel enseignement pouvait produire d'heureux résultats. En même temps qu'il donnera aux futurs médecins une préparation scientifique

indispensable, il pourra la donner aussi à d'autres et devenir ainsi, dans certains centres, le point de départ d'un enseignement technique utile à notre industrie nationale. Aussi les conditions particulières d'accès au doctorat en médecine étant déterminées par un décret spécial, vous proposons-nous d'ouvrir l'enseignement projeté aux bacheliers de tout ordre.

Nous faisons plus : dans une pensée sainement démocratique, et nous appuyant sur les résultats déjà obtenus à Lyon et à Nancy, nous vous proposons de l'ouvrir aussi, après constatation de leur aptitude, à des sujets d'élite sortis de l'enseignement primaire. Nous serons heureux de voir s'établir entre l'enseignement supérieur et l'enseignement primaire ce lien qui sera certainement utile à l'un et à l'autre.

Consultées depuis longtemps, conformément à une pratique libérale, les facultés des sciences ont déclaré accepter l'enseignement nouveau. Elles ont aujourd'hui une tâche bien déterminée : préparation à la licence, à l'agrégation, au doctorat et recherches savantes. Cette tâche, elles la conserveront et s'y appliqueront comme par le passé. Elles ont, pour la remplir, une clientèle assurée qui est aujourd'hui de près de 1,900 élèves. En élargissant leurs cadres, en plaçant à côté des parties les plus élevées de leur enseignement d'autres cours plus élémentaires, d'autres travaux en apparence plus modestes, mais si utiles en réalité que les plus expérimentés de leurs maîtres seront en plus d'un lieu heureux d'en prendre leur part, les facultés ont conscience de combler une lacune et de répondre à un besoin du temps présent. Il est impossible de méconnaître le rôle de plus en plus grand que prend la science pure dans l'activité et le travail de notre société. L'admirable développement de l'industrie chimique dans un pays voisin, de l'industrie électrique dans tous les pays ont eu pour agents, supérieurs ou subalternes, des hommes qui avaient suivi les cours des universités ou qui sortaient d'instituts dirigés par des professeurs d'universités. Nos facultés, en échange de tout ce que le pays a fait pour elles, ne demandent qu'à lui rendre de tels services, c'est-à-dire à lui préparer des médecins connaissant dans la mesure indispensable ces sciences, dites accessoires, et que nous appellerions plus volontiers fondamentales, des industriels ou des agriculteurs mis au courant des méthodes scientifiques et aussi, plus d'une fois sans doute, des savants éminents dont les aptitudes seraient restées ignorées et sans utilité.

En conséquence, votre commission vous propose, à la presque unanimité, et sauf quelques changements de détail, l'adoption du projet qui vous est soumis.

III

Décrets

1° *Réorganisation des études médicales.*

Art. 1er. — Les études en vue du doctorat en médecine durent quatre années. Elles peuvent être faites : pendant les trois premières années, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ; pendant les quatre années, dans une faculté de médecine, dans une faculté mixte de médecine et de pharmacie ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 3. — Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse.

Art. 4. — Les examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen. — Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection.

Deuxième examen. — Histologie ; physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen. — 1re partie : Médecine opératoire et anatomie topographique, Pathologie externe ; accouchements. — 2e partie : Pathologie générale, parasites animaux, végétaux ; microbes. Pathologie interne ; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen. — Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen. — 1re partie : Clinique externe ; clinique obstétricale. — 2e partie : Clinique interne. Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Art. 5. — Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second entre la huitième et la dixième ; le troisième entre la treizième et la seizième ; le quatrième et le cinquième après la seizième.

Art. 6. — Les notes obtenues par les candidats, soit aux travaux pratiques, soit aux interrogations, soit dans les services cliniques où ils ont été régulièrement admis comme stagiaires, sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen. Il en est tenu compte pour le résultat de l'exercice.

Art. 7. — Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées subissent le premier et le second examen devant l'école à laquelle ils appartiennent.

Art. 8. — Le jury est présidé par un professeur de faculté délégué par le ministre.

Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

Art. 9. — Les sessions d'examen ont lieu, dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le ministre.

Art. 10. — Les étudiants inscrits dans les écoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une faculté, aux époques fixées par l'article 5.

En cas d'ajournement, ils sont tenus de se représenter devant la même faculté.

Art. 11. — Les travaux pratiques de dissection, de laboratoire et le stage près les hôpitaux sont obligatoires.

Le stage près les hôpitaux est de trois ans au moins. Il doit comprendre un stage d'au moins un trimestre dans un service obstétrical.

Un arrêté ministériel fixera la durée des travaux de dissection et des autres travaux pratiques.

Art. 12. — Les quatrième et cinquième examens et la thèse doivent être subis devant la même faculté.

Art. 13. — Les présentes dispositions seront mises à exécution à dater du 1er novembre 1895.

Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878.

Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

Art. 14. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

2° *Enseignement et certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.*

Art. 1er. — Il est institué dans les facultés des sciences un enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles.

Art. 2. — Sont admis à suivre cet enseignement les jeunes gens pourvus d'un diplôme de bachelier, et, après constatation de leur aptitude par la faculté, les jeunes gens âgés de dix-sept ans au moins, pourvus soit du brevet supérieur de l'enseignement primaire, soit du certificat d'études primaires supérieures.

Art. 3. — A la suite de cet enseignement et après examens subis devant les facultés des sciences, il est délivré un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 4. — Pour être admis à l'examen, les aspirants doivent justifier de quatre inscriptions trimestrielles et de leur participation aux travaux pratiques.

Art. 5. — L'examen est subi devant la faculté dans laquelle le candidat a pris les quatre inscriptions.

Il comprend : une interrogation et une épreuve pratique de physique ; une interrogation et une épreuve pratique de chimie ; une interrogation et une épreuve pratique de zoologie ; une interrogation et une épreuve pratique de botanique. Le tout conformément aux programmes qui seront déterminés par arrêté ministériel.

Art. 6. — Le jury est composé de trois membres de la faculté.

Art. 7. — L'enseignement institué par le présent décret peut être organisé près les écoles de médecine de plein exercice et près les écoles préparatoires réorganisées, situées dans les villes où il n'existe pas de faculté des sciences.

Les examens ont lieu sous la présidence d'un professeur d'une faculté des sciences délégué par le ministre.

3° *Réorganisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.*

Article premier. — Les articles 2, 6 et 11 du décret du 1er août 1883 relatif à la réorganisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 2. — Les professeurs titulaires sont au nombre de douze, savoir :

Un professeur d'anatomie descriptive,
Un professeur d'histologie,
Un professeur de physiologie,
Un professeur de pathologie interne,
Un professeur de pathologie externe et de médecine opératoire,
Un professeur de clinique médicale,
Un professeur de clinique chirurgicale,
Un professeur de clinique obstétricale,
Un professeur de physique,
Un professeur d'histoire naturelle,
Un professeur de chimie et toxicologie,
Un professeur de pharmacie et matière médicale,

Art. 6. — Les chefs des travaux sont au nombre de cinq, savoir :

Un chef des travaux d'anatomie et d'histologie,
Un chef des travaux de physiologie,

Un chef des travaux de médecine opératoire,
Un chef des travaux de physique et de chimie,
Un chef des travaux d'histoire naturelle.

Les grades à exiger des chefs de travaux sont :

1° Pour les chefs des travaux d'anatomie et d'histologie, de physiologie et de médecine opératoire, le diplôme de docteur en médecine ;

2° Pour les chefs de travaux de physique et de chimie, le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe ou de licencié ès sciences physiques ;

3° Pour les chefs de travaux d'histoire naturelle, le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe ou de licencié ès sciences naturelles.

Les suppléants prennent part à l'enseignement. Ils peuvent être chargés, sans concours, des fonctions de chefs de travaux.

Art. 11. — Les villes sièges d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie contractent l'obligation :

1° D'assurer le service des trois cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale ;

2° De mettre à la disposition de l'école une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants.

La clinique médicale et la clinique chirurgicale doivent comprendre chacune cinquante lits au moins.

La clinique obstétricale ne peut en avoir moins de vingt.

4° *Officiat de santé et doctorat.*

Art. 1er. — Pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, les officiers de santé doivent subir les épreuves du 3e, du 5e examen et de la thèse, conformément aux règlements en vigueur sur le doctorat en médecine.

Les médecins et la discipline militaire.

Nous recevons, sous ce titre, la lettre qu'on va lire. Il ne viendra, nous l'espérons, à l'esprit de personne qu'en la publiant nous puissions avoir en vue de provoquer la répression des habitudes, souvent peu explicables et parfois très bruyantes, dont la tradition se maintient à l'Ecole Polytechnique. Nous sommes pleins d'indulgence pour les exubérances et même les excentricités que se permettent parfois les jeunes étudiants à quelque catégorie qu'ils appartiennent. Ils sont jeunes, c'est leur excuse, et nous voudrions souvent pouvoir, comme eux, trouver plaisir à des manifestations que notre âge nous expose à trouver malséantes et blâmables. Mais, si nous ne demandons point qu'on sévisse à l'Ecole Polytechnique, nous avons le droit d'être d'accord avec notre correspondant pour affirmer que les étudiants en médecine sont au moins aussi disciplinés que ceux à qui l'on accorde, sous prétexte qu'ils sont militarisés, le bénéfice du sursis d'appel. Nous avons été élève à l'Ecole de Strasbourg ; nous suivons de près ce qui se passe à l'Ecole de Lyon. Tout récemment, les élèves médecins de cette école ont donné un exemple de discipline et de sagesse qui aurait dû éclairer le grand état-major. Puisse la lettre que nous publions le convertir ! L. L.

A M. le rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*.

Lorsque la Commission sénatoriale a discuté le projet Cornil, relatif aux obligations militaires des étudiants en médecine, tous les généraux ont fait chorus pour déclarer que les médecins avaient besoin de faire un stage de simple soldat à la caserne, parce qu'ils avaient une disposition spéciale à l'indiscipline. Déjà, dans votre dernier article, vous avez protesté contre cette assertion, qui démontre une fois de plus la malveillance dont les « combattants » sont animés vis-à-vis de nous. Me permettrez-vous néanmoins d'insister un peu sur ce sujet, que vous n'auriez pu traiter à fond sans vous départir de votre douceur habituelle ?

Le médecin est indiscipliné ? Vous avez à ce propos dit fort justement que tous les étudiants en sont un peu là. Il n'y a pas bien longtemps que les « Centraux » ont fait parler d'eux, si j'ai bonne souvenance, et dans leurs démêlés avec leurs supérieurs hiérarchiques ils ne semblent pas avoir brillé par une tendance particulière au respect pour lesdits supérieurs ; et néanmoins, on considère leur temps d'école comme équivalent à un an de caserne, de façon à leur faire faire comme officiers l'année qu'ils doivent à la patrie.

Mais je veux aller plus loin. Vous avez rappelé qu'il y a parfois des troubles à l'Ecole Polytechnique : je désire ajouter qu'il n'y a pas d'endroit où la discipline militaire soit plus défectueuse, où l'indiscipline soit plus de mode. Il n'y a pour ainsi dire pas d'année où les journaux politiques ne portent à notre connaissance quelques incidents tumultueux devant lesquels « on demeure stupide. » Je ne sais plus quand les élèves ont fait « un rond au géné », ce qui consiste à entourer le général dans la cour et à danser une ronde, le tout accompagné d'invectives. MM. les officiers savent bien punir solidement un homme qui vient à l'appel avec un bouton de moins à sa tunique : mais MM. les polytechniciens, le jour même de leur entrée, arrachent leurs boutons, déchirent leur tunique, et c'est dans une tenue dépenaillée qu'ils vont, pour leur propre compte, à l'appel, pendant les deux années où on les suppose simples soldats. Ah oui ! ils le sont, simples soldats ! Parlez-leur un peu de saluer dans la rue un caporal ou un sous-officier : c'est tout au plus s'ils ne vous répondent pas qu'ils ont droit au salut. Aussi, il faut voir quelle autorité ont sur eux les adjudants chargés de les surveiller à l'école ! Les capitaines même n'ont pas grâce à leurs yeux, et on n'hésite pas, de temps à autre, à les traiter comme les collégiens traitent les « pions ». De temps en temps, même, outre « le rond » déjà nommé, les élèves votent à un de leurs supérieurs hiérarchiques — jusques et y compris « le géné » — ce qu'ils appellent un « *merde humain* » (excusez le vocable). Sous les fenêtres de l'officier qui leur a déplu, ils se couchent de façon à dessiner sur le sol le mot qui a illustré Cambronne, et si un adjudant leur fait quelque observation, ils répondent qu'on a toujours eu le droit de se coucher dans la cour, sans s'occuper des lettres qui peuvent se dessiner par hasard.

A l'Ecole de Saint-Cyr, « l'esprit militaire » est meilleur, et les élèves gradés usent volontiers de la prérogative qui consiste à « mettre dedans » les camarades non gradés. Mais, par rapport aux adjudants, le respect hiérarchique n'est guère meilleur, et on m'a raconté qu'un jour, dans une étude, les élèves en ont désarmé un, ce qui est sans doute le comble de la discipline.

Tout ce que j'en dis n'est pas pour conclure que « des réformes » s'imposent, mais seulement pour démontrer que la jeunesse des écoles militaires est au moins aussi « indisciplinée » que celle des Ecoles de médecine en général et de l'Ecole de santé militaire en particulier.

Mais voici où vont triompher MM. les généraux : oui, accorderont ceux d'entre eux qui n'ont point oublié leurs fredaines de jeunesse, nous avons été indisciplinés à l'école, mais nous étions disciplinables, et il nous a suffi de quelques mois passés au régiment pour comprendre ce qu'est, ce que doit être la hiérarchie militaire, pour apprendre à la vénérer d'autant plus que nous montions plus en grade. Le médecin, au contraire, est « indisciplinable » ; il paraît qu'au Sénat le mot a été prononcé.

Ce que ne peuvent pas digérer, en effet, messieurs du « commandement », c'est qu'un simple aide-major de 2e classe puisse avoir en pathologie ou en hygiène un avis autre que celui d'un général, même à plumes blanches. Ils auront beau faire, pourtant, il en est ainsi, et quand il s'agit de juger un cas médical, le collet de velours avec un seul galon est supérieur à la graine d'épinards sans collet de velours. Je sais bien qu'il n'est pas militaire de peser un avis d'après la compétence et non d'après les galons de celui qui le donne. Je sais aussi que les gens du monde se piquent volontiers de médecine et qu'en ceci les généraux sont gens du monde : et cela se traduit par des ordres. Un jour, dans un hôpital militaire où il passait l'inspection, un général a fait tordre le cou aux poules qu'on élevait dans les communs, « parce que ça donne la diphthérie » : assertion qui, d'ailleurs, était démontrée fausse au moment où parlait le général en question. Cette histoire est simplement risible. Celle-ci l'est moins : pendant le rigoureux hiver 1890-91, un général, commandant de corps d'armée, a fait lire à ses troupes un ordre du jour où, considérant qu'on n'avait pas toujours le bonheur de geler entre — 20° et — 30° avec une semblable persistance, il déclarait qu'il fallait profiter de cette providentielle circonstance pour s'aguerrir, d'où, en guise de conclusion, l'ordre donné aux hommes de supprimer de leur habillement tous les gilets et caleçons de tricot qui n'étaient pas de l'équipement réglementaire.

Voilà à quelles insanités entraîne le prurit du commandement : et par des inepties de ce genre un général peut compromettre le succès d'une campagne. Lorsqu'ils voient des faits de ce genre, les médecins ne s'inclinent pas ; si l'exécution dépend d'eux, ils exigent l'ordre écrit et ils s'arrangent

souvent — ce qui n'est pas difficile — pour repincer le général au défilé, de façon à bien mettre les responsabilités en évidence. Au lieu que si dans une commission quelconque un colonel d'infanterie donne des leçons d'équitation à un capitaine-instructeur de cavalerie, le capitaine s'inclinera, et même, s'il est soucieux d'avancement, remerciera son supérieur hiérarchique. Voilà pourquoi on considère les « combattants » comme disciplinés et les médecins comme indisciplinables.

La vérité est que l'officier combattant s'inclinera toujours — surtout s'il n'a pas une position de fortune indépendante — parce que la plupart du temps en dehors de l'armée il n'est bon à rien, ou à peu près, abstraction faite de certaines positions administratives dont il ne peut être pourvu que s'il est bien noté. Tout autre est la situation du médecin, destiné à passer major de 1re classe aux environs de 40 ans, et à gagner jusque là 300 francs par mois : il a entre les mains un métier par lequel il se fera, quand il le voudra, une position meilleure que celle-là au point de vue pécuniaire, et égale au point de vue de la considération. De là l'abondance des démissions, sitôt finie la période d'engagement à laquelle sont soumis les médecins, seuls parmi les officiers ; et cette mesure inique a précisément pour but d'empêcher ou de retarder les démissions. De là une indépendance que ne pardonneront jamais aux médecins les officiers dits combattants. Et c'est pour cela que, exception faite pour ceux qui sont bien apparentés, les médecins militaires qui tâchent de se faire une position supérieure par leurs travaux scientifiques et par leur enseignement sont ceux auxquels l'avancement sourit le moins.

Un médecin de réserve.

REVUE GÉNÉRALE

De la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons soumis à l'allaitement artificiel.

Parmi les troubles digestifs de l'enfance, une place importante doit être réservée à la dyspepsie gastro-intestinale chronique des enfants soumis à l'allaitement artificiel. C'est à l'étude de ces accidents, pour établir quel rôle y jouent les infections microbiennes, que MM. Marfan et Marot viennent de consacrer un important mémoire dans le numéro du 1er août de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*.

Les recherches de MM. Marot et Marfan ont été faites à la Crèche de l'hôpital des Enfants-Malades qui reçoit les nourrissons, mais non les mères. Par suite de la répugnance qu'éprouve une femme à se séparer de son enfant lorsqu'elle lui donne le sein, il n'entre guère dans ce service que des nourrissons antérieurement soumis à l'allaitement artificiel.

Ces derniers offrent presque tous des troubles digestifs particuliers dus à la violation des principes qui doivent diriger l'allaitement artificiel : on les nourrit avec du lait de mauvaise qualité, qui n'est ni bouilli, ni stérilisé, qui a subi des coupages faits sans aucun discernement ; cet aliment de mauvaise qualité est souvent donné en trop grande quantité et presque toujours à des intervalles irréguliers et trop rapprochés ; fréquemment, on joint au lait, pur ou coupé, des bouillies de farine, des soupes, des panades, voire même des pommes de terre et de la viande, et cela dès les premiers jours de la vie (1).

I

Les nourrissons ainsi alimentés présentent une série de troubles morbides presque toujours les mêmes.

Les premiers en date et les plus importants sont les *troubles intestinaux* ; la constipation alterne avec la diarrhée ; mais qu'il existe l'une ou l'autre, les matières fécales ne sont jamais naturelles ; au lieu d'offrir la coloration jaune « œuf brouillé » normale, elles sont blanches, vertes ou d'une couleur jaune brun. Le plus souvent ces teintes ne sont pas isolées, mais mélangées en proportions diverses ; les matières fécales sont panachées, c'est-à-dire qu'elles offrent des parties blanches, des parties vertes, des parties jaunes ; dans ce mélange, la teinte blanche domine le plus souvent. La matière blanche est surtout constituée par de la graisse, ainsi qu'on peut s'en assurer en agitant les fèces dans l'éther ; au cours de cette opération, on s'aperçoit que, lorsque la graisse est en partie dissoute, le résidu fécal prend une coloration beaucoup plus foncée ; la couleur blanche des selles ne tient donc pas à l'hypocholie ; les pigments colorants de la matière fécale sont simplement masqués par l'excès de graisse non digérée. La matière verte doit sa coloration à la biliverdine ; la matière jaune à la bilirubine et à l'urobiline. Les selles ont une réaction variable, tantôt alcaline, tantôt acide, quelquefois neutre, exceptionnellement amphotère, c'est-à-dire en même temps acide et alcaline. La consistance des matières est sujette à varier, ainsi que le nombre des évacuations quotidiennes ; les selles vertes sont en général plus nombreuses et plus fluides ; les selles blanches coexistent parfois avec de la constipation et ont alors la consistance du mastic. A certains moments, les langes offrent autour des matières fécales une auréole de mucus beaucoup plus large qu'à l'état normal. Il est habituel de voir les caractères des selles varier d'un jour à l'autre chez un même sujet : un jour, elles sont panachées avec prédominance de la teinte blanche, le lendemain, elles sont presque complètement vertes ; un jour alcalines, elles sont le lendemain acides ou neutres (1).

Les matières fécales du nourrisson élevé au sein et bien portant ne renferment, d'après Escherich, que deux espèces de micro-organismes : le *bacterium coli commune* et le *bacterium lactis aerogenes*. Dans les fèces du nourrisson dyspeptique, on trouve, outre ces deux microbes qui pullulent abondamment, d'autres espèces qui ne sont pas encore bien déterminées.

Avec ces troubles intestinaux, on constate des *troubles gastriques* : les régurgitations sont fréquentes et parfois des vomissements se produisent. L'haleine, les caillots de lait vomi, les fèces elles-mêmes exhalent souvent une *odeur butyrique* ou de beurre rance. Il est difficile de juger de l'appétit ; mais il est sûr que les nourrissons sont ordinairement très altérés et boivent tout ce qu'on leur présente.

Les recherches sur le chimisme gastrique des enfants soumis à l'allaitement artificiel, ont fourni des résultats qui ne concordent pas d'une manière parfaite, probablement parce qu'elles ont été exécutées avec des méthodes différentes ; il semble cependant établi que l'acidité totale du suc gastrique est en général plus grande qu'à l'état normal ; mais cette acidité n'est pas due à l'acide HCl libre qui fait défaut ou qui est en très petite quantité aussi bien chez les nourrissons sains que chez les nourrissons dyspeptiques ; chez l'enfant nourri avec le lait de vache et atteint de dyspepsie chronique, l'excès d'acidité tient à la présence d'acides de fermentation (acides lactique, butyrique, valérique, acétique) (2). D'après les recherches de Clopatt, qui ont été faites avec le procédé de Hayem et Winter, le suc gastrique des enfants nourris au biberon est remarquable par l'excès d'acidité, par la présence d'acides autres que l'acide HCl, par les varia-

(1) Si on veut être plus amplement éclairé sur ce point, qu'on lise le mémoire de M. Ollivier, De l'alimentation des nouveau-nés à Paris, paru récemment dans la *Revue mens. des mal. de l'enfance* ; juillet 1893.

(1) Ces caractères des matières fécales ont été vérifiés par MM. Marfan et J. Renault dans des recherches inédites.

(2) Voir les recherches de Leo, van Puteren, Baginski, Heubner, Wohlmann, Moncorvo, Jacobi, Troitzky, Cassel, Einhorn, von Jacks.

tions du chiffre des chlorures fixes qui, chez les nourrissons élevés au sein, est d'une constance remarquable (1).

Très rapidement, chez les enfants qui présentent ces troubles gastro-intestinaux, se développe un phénomène caractéristique, qu'on désigne communément sous le nom de *gros ventre*: l'abdomen est volumineux, étalé, large, souvent mou et dépressible, parfois dur et tendu ; la percussion montre que ce développement exagéré du ventre est dû au tympanisme gastro-intestinal.

Les téguments de la région péri-anale, des fesses, de la partie postérieure des cuisses, des organes génitaux externes, en un mot de toutes les régions qui peuvent être en contact avec des excréments, se couvrent ordinairement d'un érythème qui est d'abord vésiculeux, puis érosif, puis papuleux, et qui évolue souvent vers l'ulcération superficielle ou profonde.

Sous l'influence des troubles digestifs, l'état général s'altère avec une très grande rapidité et le nourrisson devient cachectique. S'il est âgé de moins de trois mois, la cachexie affecte le plus souvent une forme très spéciale que Parrot a merveilleusement décrite sous le nom d'athrepsie. Mais, à partir du troisième mois, la cachexie gastro-intestinale ne prend plus la forme de l'athrepsie de Parrot; l'enfant n'a plus l'aspect sénile et desséché; il présente une pâleur très marquée des téguments et son visage offre parfois un certain degré de bouffissure; ses membres sont amaigris, et il semble qu'il existe une véritable atrophie musculaire; la dentition est retardée et irrégulière, la croissance de la taille s'arrête; le poids n'augmente pas ou augmente peu; des sueurs se produisent surtout à la face et au cou et s'accompagnent assez souvent d'éruptions miliaires; c'est dans ces conditions qu'on voit se développer parfois les déformations osseuses du rachitisme; et il semble bien que la cachexie rachitique soit identique à la cachexie d'origine gastro-intestinale.

La marche de la maladie subit des fluctuations; il y a des moments de calme et des moments d'exacerbation. Mais chez les enfants qui n'ont pas atteint l'âge de trois mois, lorsque l'athrepsie s'est établie, la mort est à peu près inévitable; les nourrissons se refroidissent et s'éteignent lentement, sans secousses et sans cris. Les enfants qui ont dépassé le troisième mois résistent beaucoup plus souvent à la cachexie gastro-intestinale; cependant il n'est pas rare de les voir mourir brusquement, d'une manière imprévue, presque subite, sans qu'on puisse dire exactement les causes de la mort. A l'autopsie, les seules lésions constantes sont : la dilatation de l'estomac avec développement prématuré du grand cul-de-sac, la distension souvent énorme de certaines parties de l'intestin, particulièrement de l'S iliaque, et enfin l'hypertrophie des ganglions mésentériques. Ajoutons que les parois de l'estomac et de l'intestin sont tantôt hyperhémiées, tantôt blanches et comme anémiées et que ce n'est que dans quelques cas qu'on y découvre au microscope des altérations de gastro-entérite.

Par ce qui précède, il est facile de voir que la plupart des noms qui servent à désigner l'état morbide dont nous venons de donner une description très sommaire ne sont pas tous bien choisis. Dans quelques traités, il est décrit sous le nom de *gastro-entérite chronique des nourrissons;* or, si la gastro-entérite existe quelquefois, il est des cas où, avec nos procédés actuels d'investigation microscopique, on ne constate aucune lésion de l'estomac et de l'intestin. On ne peut pas non plus donner à cette maladie le nom de *dilatation de l'estomac des nourrissons;* pendant la vie on ne peut guère percevoir que du tympanisme gastrique, mais non le bruit de clapotage caractéristique; il est vrai qu'après la mort on trouve l'estomac très agrandi; mais il est visible que l'ectasie gastrique n'est qu'un élément d'un ensemble morbide assez complexe. Il suffit de relire la belle description de Parrot pour se convaincre que le mot *athrepsie* représente seulement une forme particulière de la cachexie gastro-intestinale, forme propre aux enfants qui n'ont pas dépassé le troisième mois; d'ailleurs ce mot est peut-être mal choisi; car athrepsie signifie en somme inanition et nous essaierons de montrer plus loin que l'état morbide dont nous nous occupons n'est pas dû (au moins en totalité) à l'inanition. L'expression *maladie du biberon* (*bottle's disease* des Anglais) ne peut guère être acceptée, car le biberon n'est pas le seul coupable.

(1) Clopatt. Contribution à l'étude du chimisme stomacal du nourrisson. *Revue de médecine*, avril 1892, p. 249.

Le terme de *dyspepsie des nourrissons* employé par Henoch semble donc un des meilleurs; mais il est trop compréhensif et trop vague, et d'ailleurs, il n'indique pas que dans la dyspepsie des nourrissons les troubles intestinaux jouent un rôle au moins aussi important que les troubles gastriques; aussi M. Marfan, dans les leçons qu'il a faites cette année à la Clinique des maladies de l'enfance, a adopté la dénomination de *dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons soumis à l'allaitement artificiel;* et, à ceux qui trouvent que cette dénomination est un peu longue, il propose d'employer l'expression de *maladie anomothélasmique* ou d'*anomothélasmie* (de α privatif; νομος règle ; θηλασμος allaitement).

Quoi qu'il en soit, pour compléter le tableau très abrégé que nous venons de présenter de cet état morbide, ajoutons que son évolution peut être incidentée par des *complications* diverses dont quelques-unes sont assez souvent la cause de la mort.

Parmi ces complications, il en est une qui, pour la fréquence, doit être placée au premier rang, c'est la *broncho-pneumonie* et MM. Marfan et Marot cherchent à démontrer que ces accidents pulmonaires relèvent plus ou moins directement des troubles digestifs, et méritent d'être placés dans le groupe des broncho-pneumonies d'origine intestinale, à coté des broncho-pneumonies que MM. Sevestre et Lesage ont décrites chez des enfants de un à deux ans, comme pouvant être la conséquence des diarrhées aiguës. Mais d'autres complications peuvent entraîner la mort. Parfois, les troubles digestifs s'accusent, les vomissements deviennent plus fréquents; la diarrhée s'exagère, et les matières fécales peuvent alors, comme l'a montré M. Lesage, ne renfermer que le *bacterium coli* à l'état de pureté; la température s'élève, l'état général s'aggrave brusquement, prenant dans certains cas la forme typhoïde; c'est ce que nous avons appelé la *diarrhée toxi-infectieuse fébrile*, complication qui tue quelquefois les nourrissons, surtout lorsqu'ils sont âgés de plus de trois mois. Plus rarement, c'est le syndrome du *choléra infantile* qui précède la terminaison fatale. Ces deux complications s'observent de préférence pendant l'été. Ailleurs, on voit se développer des *abcès sous-cutanés multiples*, et les petits malades succombent à une sorte de septico-pyohémie.

II

A l'heure actuelle, la pathogénie des troubles digestifs chez les enfants élevés au biberon commence à s'éclaircir un peu. L'appareil digestif du nourrisson, surtout du nourrisson nouveau-né, ne digère parfaitement que le lait de femme; pour élever un enfant avec du lait de vache, il faut s'entourer d'un très grand nombre de précautions qui sont communément violées dans la population pauvre. Le lait de vache qu'on met dans le tube digestif de l'enfant présente une composition qui, à elle seule, explique que sa digestion soit difficile; à plus forte raison sera-t-il mal digéré s'il est déjà altéré par la pré-

sence de micro-organismes avant ou après son introduction dans le biberon. Un pareil aliment ne subit qu'une élaboration très imparfaite; une partie de la caséine, de la lactose, du beurre ne se transforme pas normalement et n'est pas conduite au terme où l'amènerait une digestion physiologique. Les résidus de cette élaboration incomplète ou défectueuse, dont on trouve la trace dans le contenu stomacal et dans les fèces, modifient le milieu digestif; des fermentations anormales s'y produisent; les bactéries qui y vivent normalement, celles qui y sont introduites avec les aliments se multiplient et acquièrent des propriétés nouvelles. Van Puteren a trouvé que chez les enfants nourris avec du lait de vache et de la farine lactée, le nombre des bactéries du contenu stomacal était 20 fois plus élevé que chez les enfants nourris au sein. Seiffert est arrivé à des résultats analogues; il a constaté en outre que les microbes qu'il a pu cultiver jouissent d'une très grande résistance au suc gastrique (1). D'après Lesage, le bacterium coli des matières diarrhéiques est en général plus virulent que celui des fèces normales.

W. Booker a signalé l'apparition, dans les matières fécales, d'espèces microbiennes qui ne s'y trouvent pas à l'état normal; l'une d'elles, qu'il désigne sous le nom de bacille A, coagule le lait et donne naissance à des toxines.

Dans un autre travail, le même auteur affirme qu'il a isolé 19 espèces microbiennes dans les selles diarrhéiques des nourrissons; plusieurs espèces appartenaient au genre *proteus vulgaris;* elles décomposaient l'albumine en formant des substances toxiques. Les recherches de W. Booker ont été vérifiées en partie par Vaughan. Dans les selles des enfants atteints de catarrhe intestinal, Baginski, en outre du *bacterium coli commune* et du *bacterium lactis aerogenes*, a pu isoler d'autres microbes, en particulier une bactérie liquéfiante blanche; cette dernière tue rapidement la souris (2).

Les phénomènes de putréfaction qui sont produits par ces migro-organismes sont probablement anaérobies. Or, on sait qu'à l'état de santé, la biliverdine se réduit dans la dernière partie de l'intestin et se transforme en hydrobiliburine (encore appelées tercobiline ou urobiline) qui est le pigment normal des matières fécales. Ne peut-on se demander si, en cas de putréfaction anaérobie, le défaut de consommation de l'oxygène n'est pas une des causes de l'apparition de la biliverdine dans les matières fécales?

La dyspepsie gastro-intestinale chronique frappe plus particulièrement les nourrissons débiles. Un nouveau-né vigoureux est parfois capable de digérer le lait de vache d'une manière suffisante, il peut à la rigueur surmonter les effets d'une alimentation anormale. Mais les enfants qui sont nés avec une tare congénitale (syphilis, tuberculose) et ceux qui sont nés avant terme, ont des sucs digestifs généralement incapables de digérer autre chose que le lait de femme ou peut-être le lait d'ânesse; et pour peu que l'allaitement artificiel soit mal dirigé, ils sont fatalement voués à devenir des nourrissons au gros ventre. C'est ce qui est particulièrement frappant pour les avortons; ceux qui ne sont pas élevés au sein sont destinés, en très grande majorité, à être atteints de dyspepsie gastro-intestinale chronique et à être la proie de l'athrepsie.

(1) Pourtant Langermann affirme que le contenu stomacal est d'autant plus riche en microbes que la quantité d'acide chlorhydrique libre du suc gastrique est plus faible. Mais cette assertion est peu en rapport avec les recherches qui montrent que l'acide HCl libre est absent ou en très petite quantité dans le suc gastrique des nourrissons sains ou dyspeptiques.

(2) Voyez à ce sujet : Romme. Revue générale sur les intoxications chez les nourrissons. *Tribune médicale*, 1892, nos 8, 9, 10.

III

Ainsi, non-digestion d'une partie du lait ingéré, telle est la source des pullulations microbiennes et des putréfactions qui s'opèrent dans le tube digestif. On comprend que ces phénomènes morbides pourront retentir sur l'ensemble de l'organisme par trois procédés : 1° la dénutrition qui résulte de la diminution des produits assimilables; 2° l'auto-intoxication par les toxines qui sont mises en liberté par la putréfaction et qui peuvent pénétrer dans le courant circulatoire; 3° infection par les bactéries qui peuplent le tube digestif, qui ont acquis une virulence particulière, qui peuvent traverser les parois intestinales et pénétrer dans le système veineux ou le système lymphatique.

Il est assez difficile de faire la part de l'inanition dans la genèse de la cachexie gastro-intestinale; peut-être l'analyse des urines pourrait-elle servir dans une certaine mesure à élucider ce point. Mais il est certain que l'inanition, qui était tout pour Parrot, est loin de jouer le rôle principal. Il arrive souvent de recevoir dans les crèches des nourrissons athrepsiques ou cachectiques qui, sous l'influence d'un allaitement méthodique, augmentent de poids d'une manière sensible; et pourtant la cachexie n'en poursuit pas moins son cours jusqu'à la terminaison fatale; c'est donc que d'autres facteurs que l'inanition, c'est-à-dire l'intoxication ou l'infection, continuent à produire leurs effets et apportent dans les fonctions organiques un trouble irréparable.

La recherche de la toxicité urinaire par la méthode de Bouchard permettra sans doute de démontrer la réalité de l'auto-intoxication et d'en étudier les caractères.

Pour le moment, MM. Marfan et Marot se sont occupés uniquement de l'infection et leurs recherches préliminaires les autorisent à penser qu'elle est réelle et fréquente.

Pendant les mois de janvier, février et mars de l'année 1893, par des temps généralement froids, ils ont pratiqué, dans les délais légaux, c'est-à-dire 24 heures après la mort, un certain nombre d'autopsies d'enfants morts au cours de la dyspepsie gastro-intestinale chronique et ils ont recherché ce que pouvaient contenir leurs organes au point de vue bactériologique. On pourrait objecter que des recherches bactériologiques entreprises 24 heures après la mort ne sont pas valables : déjà M. Marfan, dans un travail publié l'an dernier par la *Revue des maladies de l'enfance*, a établi avec M. Nanu qu'il n'en était rien, au moins par les temps froids.

Pour ces recherches préliminaires, les auteurs ont adopté une technique aussi simple que possible, et, laissant de côté toute recherche sur les microbes anaérobies, ils se sont attachés à déterminer, par les moyens usuels, les microbes pathogènes connus, laissant indéterminées les espèces qui paraissaient n'appartenir à aucun de ceux-là. A l'ouverture du cadavre, il était recueilli, à l'aide de pipettes stérilisées, après cautérisation de la surface, et autant que possible séparément, du liquide péricardique et du sang du cœur. Le contenu entier des pipettes était ensuite versé à la surface d'un tube de gélose.

Après cautérisation de la surface du foie et de la rate, et incision à l'aide d'un bistouri rougi à la flamme, un fil de platine stérilisé était introduit par cette incision et promené dans le tissu de ces organes. Des tubes de gélose étaient ensuite ensemencés avec le suc ainsi recueilli. Enfin il était fait de même avec un ganglion mésentérique, quand l'on en trouvait d'assez gros, et aussi, dans beaucoup de cas, avec le poumon, au niveau des noyaux broncho-pneumoniques, ou des points congestionnés.

Les examens bactériologiques pratiqués dans ces conditions sur 18 sujets ont montré que, dans la dyspepsie

gastro-intestinale chronique des nourrissons, l'organisme est très souvent envahi par des bactéries; ils ont permis de constater la présence très fréquente du *bacterium coli commune*, et la présence un peu moins fréquente du *streptocoque*. Sur 18 observations de dyspepsie chronique, une fois les examens n'ont décelé ni le bacterium coli ni le streptocoque; 9 fois MM. Marfan et Marot ont trouvé le bacterium coli seul; 4 fois, le streptocoque seul; 4 fois le streptocoque a été trouvé en même temps que le bacterium coli.

Quelle est la valeur de ces constatations en clinique et en pathogénie, que sont les infections secondaires chez les nourrissons atteints de dyspepsie chronique? Nous le ferons savoir à nos lecteurs dès qu'aura paru la seconde partie du mémoire de MM. Marfan et Marot.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

De l'arrêt de développement à la suite des lésions des membres dans l'enfance (Atrophie musculaire numérique), par Klippel (*Revue de Médecine*, 10 mars 1893, n° 3, p. 224). — Parmi les accidents nerveux occasionnés par le traumatisme, il faut faire une place aux lésions survenues chez les enfants, car elles peuvent entraîner un arrêt de développement du membre qui en est le siège. L'auteur a pratiqué l'autopsie de deux cas de ce genre où il s'agissait d'arrêts de développement prononcés et facilement appréciables survenus à la suite de lésions traumatiques de l'enfance. Il a constaté de la diminution de volume des os, des muscles et des nerfs. Histologiquement la lésion consistait en une simple diminution numérique des fibres musculaires, des fibres nerveuses, et des cellules ganglionnaires correspondantes de la substance grise. Il semble s'agir d'une action réflexe partie des nerfs périphériques lésés et s'exerçant sur des centres spinaux ayant une influence non seulement sur la nutrition, mais encore sur le développement pendant la période de son activité.

Contribution à l'étude des dégénérescences de la moelle consécutives aux lésions des racines postérieures, par Sottas (*Revue de médecine*, 10 avril 1893, n° 4, p. 290). — L'auteur a pratiqué l'examen histologique des moelles de deux sujets qu'il a observés et qui présentaient l'un une compression des racines du plexus sacré, l'autre, une compression des racines du plexus brachial. Il a pu vérifier la loi établie par Kahler, à savoir que sur une coupe de moelle dans la région cervicale supérieure les fibres longues des différents étages de la moelle forment des triangles inscrits les uns dans les autres. Le cordon de Goll mérite de conserver son autonomie, révélée déjà par l'embryologie. Les fibres longues des racines supérieures de la moelle sont placées en dehors du cordon de Goll, et occupent le cordon de Burdach au noyau duquel elles aboutissent. Dans les dégénérescences du cordon postérieur, il existe toujours une partie indemne — fibres cornu-commissurales — située en arrière de la commissure grise.

CHIRURGIE

Rupture de la portion membraneuse de l'urèthre (Cases of rupture of the membranous portion of the urethra treated without operation), par Ryan (*British med. Journ.*, 24 juin 1893, p. 1322). — S. H... reçut un coup de pied sur le périnée; hémorrhagie par le méat, impossibilité d'uriner, gonflement du périnée. Après l'essai de divers instruments on finit par introduire dans l'urèthre un gros cathéter qu'on laissa à demeure; on dut faire dans la suite quelques lavages de la vessie et le malade guérit sans opération.

Tératome de la bouche (Zur Casuistik der Teratome), par Bloch (*Prag. med. Woch.*, 1893, n° 28, p. 344). — Il s'agit d'un nouveau-né chez lequel la sage-femme retira, en nettoyant la bouche, une petite tumeur longue de 4 centim. sur 2 de largeur, aplatie en forme de tête de grenouille. La tumeur molle et fendue transversalement à son extrémité libre, avait la couleur de la muqueuse buccale. L'examen microscopique montra que cette tumeur se composait d'une couche épidermique, du chorion sans papilles mais contenant des poils et des glandes sébacées et de tissu adipeux très abondant. Ce tératome avait donc la structure de la peau.

La tumeur était insérée à la partie postérieure de la moitié gauche de la voûte palatine, tout près de la ligne médiane. Le voile du palais présentait une fente qui était située sur la ligne médiane et occupait toute la longueur de l'organe.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie de guerre, par M. Delorme, professeur au Val-de-Grâce, médecin principal. Tome II, 1 vol. in-8°, avec gravures et planches. (Félix Alcan, éditeur, 1 vol. gr. in-8°, 26 fr. On vend séparément le tome Ier, 16 fr.)

M. le Dr Delorme, professeur à l'école d'application de médecine militaire du Val-de-Grâce, vient de compléter son important *Traité de chirurgie de guerre*, dont le premier volume avait paru il y a quelques années. Nous rappellerons que ce premier volume contient l'*Histoire de la Chirurgie militaire française* et l'étude *des plaies par armes à feu des parties molles*.

Le tome second terminant l'ouvrage forme un volume de plus de 1,000 pages grand in-8° avec 397 gravures dans le texte et 3 planches hors texte, toutes dessinées par l'auteur d'après des expériences originales ou des cas pathologiques remarquables; il est consacré aux *lésions des os par les armes à feu*, aux *blessures des régions* et au *service de santé en campagne*.

L'étude des traumatismes des os par les armes de guerre est peut-être la plus intéressante de celles que compte la chirurgie d'armée. La fréquence avec laquelle on observe ces blessures, leur caractère particulier, leur gravité, la multiplicité et l'importance des interventions qu'elles réclament, la durée et la difficulté de leur cure, enfin la part considérable dévolue au chirurgien dans les succès obtenus, forcent ce dernier à porter sur elles une attention particulière.

En raison des transformations continuelles de l'armement dans les divers pays, l'auteur a dû, dans un dernier chapitre, mettre sous forme d'addenda les questions les plus importantes que pouvaient soulever les derniers progrès accomplis.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Traitement antiseptique des brulures, par Mme Nageotte, née Wilbouchewitch. G. Steinheil, rue Casimir-Delavigne.

Les brûlures récentes, qu'elles soient superficielles ou profondes, peuvent guérir sans suppurer lorsqu'on les traite avec une antisepsie rigoureuse.

Lorsqu'une brûlure a commencé à suppurer, on peut encore la désinfecter complètement; l'évolution ultérieure est alors presque la même que si l'infection n'avait pas eu lieu.

Quand la suppuration est établie depuis quelque temps et que la surface a commencé à bourgeonner, la désinfection est encore très utile; mais elle n'arrive plus à tarir la suppuration.

L'anesthésie générale est souvent indispensable pour arriver à la désinfection complète des brûlures; le chloroforme est bien supporté, même dans les brûlures très étendues.

Le choix des topiques importe relativement peu pour les brûlures non suppurées. L'emploi prolongé des substances antiseptiques entrave l'épidermisation et retarde la cicatrisation des plaies bourgeonnantes et ulcéreuses.

Lorsqu'une brûlure est aseptique, elle devient immédiatement indolente; l'asepsie est le meilleur des moyens analgésiques, et naturellement le seul inoffensif.

La guérison aseptique des brûlures est rapide; elle demande une huitaine de jours pour les brûlures au deuxième degré quelle que soit leur étendue; deux à trois semaines pour les brûlures au troisième degré.

Elle s'effectue sans laisser de traces pour les 2e et 3e degrés; elle laisse des cicatrices visibles mais non rétablies pour les brûlures au quatrième degré; les cicatrices des brûlures profondes sont d'autant moins difformes que les plaies ont moins suppuré.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 31 — 12 AOUT 1893

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Le Tréport, 5 juillet 1893.

Réorganisation des études médicales.

Je viens de lire dans la *Gazette* l'important rapport qui a fait adopter par le Conseil supérieur le décret de réorganisation des études médicales et je ne puis me défendre d'en recommander la lecture à ceux de mes confrères qui ont contesté mes affirmations ou raillé mon optimisme. Ce rapport précise, en effet, avec une lumineuse clarté ce que l'on doit attendre de la nouvelle réforme et il reproduit, avec l'autorité que donnent à M. Brouardel une longue expérience et une compétence indiscutée, la plupart des arguments que j'ai maintes fois fait valoir.

Nul ne songera sans doute à dénier au maître éminent qui représente les facultés de médecine au Conseil supérieur de l'Instruction publique le droit de juger quelles sont, parmi les réformes que réclame la grande majorité des maîtres et des élèves, celles qui semblent devoir être immédiatement réalisables. La réorganisation que réalise le nouveau décret est de ce nombre. Et lorsque M. Brouardel affirme que ce décret ne fait que résumer et coordonner les enquêtes auxquelles ont dû répondre toutes les facultés de médecine; lorsqu'il déclare « qu'il ne contient aucune disposition sur laquelle les opinions médicales appelées à se prononcer de la façon la plus précise n'aient été à peu près unanimes; qu'il répond aux nécessités de l'enseignement, enfin qu'il ne supprime ni ne diminue aucun des privilèges dont jouissent actuellement les facultés et les écoles secondaires », serait-il équitable de nous opposer encore des allégations sans preuves ou des considérations d'ordre exclusivement personnel ?

C'est pourquoi nous applaudissons à la publication exceptionnelle de ce rapport qui confirme et complète ce que, depuis de longues années, nous ne cessons d'écrire au sujet de la réorganisation de l'enseignement médical.

Il nous dispense, en effet, de réfuter les arguments de ceux qui prétendent que l'organisation nouvelle nuit aux études *médicales* proprement dites, alors qu'elle augmente d'une année la durée du stage et que, par une répartition plus équitable des dates auxquelles seront subis les examens probatoires, elle permet de consacrer quatre années entières, au lieu de trois, aux études *de médecine*.

Quant à M. le Dr Cézilly qui, plus de quatre jours après la publication du rapport de M. Brouardel, affirme aux lecteurs du *Concours médical* « que M. le Doyen de la Faculté de Paris a protesté contre la nouvelle réorganisation » et que la Faculté de Paris a voté contre, nous renonçons à l'espérance de le convaincre en lui démontrant que ses calculs sont aussi fantastiques que ses allégations.

Mais si nous approuvons sans réserves les réformes qu'inaugurent les nouveaux décrets, nous sera-t-il permis d'exprimer le vœu qu'ils ne signalent qu'un premier pas fait dans la voie du progrès? Après avoir réorganisé l'enseignement des sciences physico-chimiques, il conviendrait de rendre plus accessible, en diminuant le nombre des étudiants de la Faculté de Paris, l'étude des sciences anatomiques et cliniques. Le nouveau décret *autorise* les étudiants à commencer ces études dans les écoles secondaires. Pourquoi n'interdirait-on pas l'accès de la Faculté de Paris à ceux qui, ayant commencé leurs études en province, n'ont point obtenu la note *très bien* ou tout au moins la note *bien* pour leur certificat d'études, voire même pour leur premier examen de médecine? On *obligerait* ainsi un assez grand nombre de jeunes étudiants à poursuivre, au moins pendant une ou deux années, leurs études médicales dans les écoles où ils peuvent *pratiquement* s'exercer à la dissection et à l'examen des malades. Ces garanties exigées de tous ceux qui, n'ayant pas commencé leurs études à Paris, voudraient s'inscrire à notre Faculté de médecine, en éloigneraient aussi un grand nombre de ces étudiants étrangers auxquels profite une déclaration d'*équivalence* trop facilement accordée et qui souvent, après avoir encombré les pavillons et les salles d'hôpital, ne peuvent arriver à bien terminer en France des études pour lesquelles ils étaient insuffisamment préparés.

En procédant ainsi, on arriverait peu à peu à faire de la Faculté une école supérieure d'enseignement médical où viendrait se perfectionner l'élite de la jeunesse de nos écoles provinciales.

On ne manquera pas non plus de remarquer ce que dit M. Brouardel au sujet de la durée des études. Elle est en moyenne de 6 à 7 ans. Elle n'a jamais varié. C'est une réponse indirecte à l'argumentation de ceux qui, comme M. Berthelot, comparent les étudiants en médecine aux étudiants des Facultés de droit et, sous prétexte d'égalité, refusent d'accorder à nos élèves le sursis d'appel que nous réclamons en leur faveur.

Il n'était donc pas sans intérêt de reproduire d'après le *Journal officiel* l'éloquent rapport de M. le doyen de la Faculté de Paris. Il sera souvent cité dans les discussions que ne manqueront pas de susciter de nouveaux débats relatifs à la réorganisation de l'enseignement clinique et à la réforme de la loi militaire.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Etude sur la pathogénie du psoriasis.

Le psoriasis étant l'une des affections cutanées les plus fréquentes et les plus rebelles, il n'est pas étonnant que l'on ait activement essayé d'en rechercher la cause et d'en pénétrer la véritable nature. Ce n'est pas là, du reste, une étude de science pure et sans déductions pratiques; on comprend aisément que l'intervention thérapeutique doit être envisagée de façons variables selon l'idée que l'on se fait de la pathogénie d'une affection.

On peut ramener à cinq les théories qui ont été émises sur l'origine du psoriasis. Cette dermatose a été, ou est considérée comme étant :

Une manifestation syphilitique;
Une malformation cutanée;
Une maladie nerveuse;
Une affection de nature arthritique;
Une maladie parasitaire.

A. *Manifestation syphilitique.* — Erasmus Wilson, le premier, voulut faire du psoriasis une manifestation éloignée de la syphilis héréditaire tardive. Depuis longtemps cette idée était abandonnée, lorsqu'en 1882 elle fut reprise par Taylor au Congrès de l'association dermatologique américaine. Elle y fut vivement et unanimement combattue par Hardaway, Duhring, Robinson et les autres membres du congrès. Ces différents auteurs firent remarquer : 1° que le psoriasis et la syphilis n'ont aucun point de ressemblance; 2° qu'il n'y a pas plus de syphilitiques parmi les parents des psoriasiques que parmi les parents des malades qui sont atteints d'autres affections cutanées; 3° qu'un psoriasique peut très bien prendre la syphilis et que, dans ces cas, les manifestations cutanées des deux affections sont le plus souvent assez faciles à distinguer l'une de l'autre.

Depuis cette tentative, la théorie de l'origine syphilitique ne semble pas avoir suscité de nouveaux défenseurs.

B. *Malformation cutanée.* — Quelques dermatologistes se basant sur l'embryogénie qui montre que le système nerveux n'est qu'un ectoderme différencié et que la peau peut être considérée schématiquement comme une sorte d'expansion de l'appareil sensitif, ont voulu faire de cette maladie une malformation cutanée. La peau et le système nerveux, disent-ils, se développent tous deux aux dépens du feuillet externe de l'embryon, de l'ectoderme. Or, si l'on examine avec soin les personnes atteintes de psoriasis, on découvre chez elles une tare nerveuse quelconque. Et de là, les partisans de cette théorie concluent à un trouble dans le développement de l'ectoderme et consécutivement dans tout ce qui en dérive.

Auspitz, de son côté, a considéré le psoriasis comme une anomalie de croissance, se montrant principalement sous la forme d'une anomalie du processus de kératinisation de l'épiderme. C'est pour cet auteur une épidermidrose et, plus particulièrement, une kératonose.

Besnier et Doyon font remarquer que « cette théorie concorde parfaitement avec la notion du développement primitif, dans la zone de kératinisation, des troubles de nutrition qui constituent les lésions du psoriasis ».

C. *Maladie nerveuse.* — Depuis bien des années déjà un certain nombre d'écrivains, Alibert, Roger, Paget, Charcot, Vulpian, etc., ont entrevu l'influence jouée par le système nerveux dans la production de certaines affections cutanées et montré que diverses altérations du tégument peuvent se rencontrer à la suite de certaines lésions du système nerveux.

Depuis 1879, les recherches cliniques et anatomopathologiques de M. Leloir sur les affections cutanées d'origine nerveuse ont démontré toute l'importance que l'on devait accorder à cette partie de la pathologie cutanée, et il est aujourd'hui incontestable que bien des dermatoses doivent être considérées comme engendrées par une modification du système nerveux central, ganglionnaire ou périphérique, c'est-à-dire qu'elles doivent être regardées comme des dermatoneuroses. Tels sont le zona, le mal perforant, le vitiligo, certaines éruptions pemphigoïdes, etc. En est-il de même pour le psoriasis? Il semble prouvé que dans bien des cas le système nerveux a joué un rôle considérable sur la production des poussées, ainsi que l'a montré M. Leloir dans son étude sur « les dermatoses par choc moral ». De leur côté, MM. Besnier et Doyon disent que les chocs nerveux de tout ordre sont notés dans un assez grand nombre de cas pour qu'on ne les rejette pas sans examen. Il n'est même pas absolument impossible, d'après eux, que les troubles nerveux produisent, de toutes pièces, la poussée de psoriasis. Le docteur Bourdillon, dans une thèse inspirée par M. Besnier, dit que, chez un certain nombre de psoriasiques, on trouve des myalgies, des névralgies, des manifestations articulaires d'ordres différents, des douleurs multiples, des parésies pouvant aller jusqu'à la paraplégie. Les arthropathies ne peuvent, d'après lui, se rattacher au rhumatisme vrai, et l'on doit les considérer comme étant d'origine nerveuse, probablement médullaire. Si l'on admet cette explication, il est assez rationnel de donner à la dermatose la même cause qu'aux arthropathies. M. Brocq dit avoir observé un psoriasis zoniforme; nous-même en avons vu un exemple. Il semble donc, au total, qu'il y ait une certaine relation entre le système nerveux et le psoriasis. Toutefois le contrôle anatomique fait encore défaut et, jusqu'à présent, on a toujours trouvé intacts les nerfs cutanés recueillis au niveau des placards de psoriasis. Il serait donc prématuré de considérer, dès à présent, le psoriasis comme une dermatoneurose trophique.

D. *Affection de nature arthritique.* — Actuellement, la plupart des dermatologistes regardent le psoriasis comme étant l'expression d'un état constitutionnel de l'arthritisme. Bazin envisageait aussi de cette façon la pathogénie de cette affection et il distinguait même deux sortes de psoriasis, un de nature herpétique et un autre de nature arthritique.

En faveur du témoignage de la nature diathésique de cette maladie, on a invoqué :

1° Sa persistance;

2° La fréquence de l'hérédité, et l'hérédité se ré-

vèle soit par du psoriasis, soit par une autre manifestation relevant naturellement de la même diathèse.

3° Le défaut de contagion: « Jamais, disent Besnier et Doyon, nous n'avons observé la contagion du psoriasis, pas même dans la promiscuité conjugale, qui devrait être cependant bien propre à la réaliser. »

4° On a voulu voir aussi une sorte d'alternance, de balancement entre les poussées de psoriasis et certaines manifestations morbides internes, endocardite, rhumatisme cérébral, dyspepsie, bronchite tenace, etc. Cette opinion est des plus controversées, et quoique ces faits soient généralement considérés aujourd'hui comme de simples coïncidences, bien des auteurs pensent qu'il y a lieu de conserver l'ancienne doctrine des métastases.

5° Enfin on a soulevé contre la théorie parasitaire des objections que nous allons examiner. Nous abrégeons ici l'examen de la nature arthritique du psoriasis; nous allons le continuer parallèlement avec l'étude de la théorie parasitaire.

E. *Maladie parasitaire.* — L'idée de faire du psoriasis une maladie parasitaire n'est pas nouvelle: « Dans le psoriasis, des micrographes allemands ont découvert des parasites végétaux », dit Bazin dans ses Leçons de 1864; mais il faut convenir que c'est seulement à dater des premières recherches de Lang, en 1878, que cette théorie prend plus de consistance, et mérite, malgré les critiques, de prendre rang parmi les théories scientifiques.

Examinons tout d'abord les résultats des travaux de Lang et de ceux qui l'ont suivi et se sont rangés à son avis; nous passerons ensuite en revue les objections qu'on lui a faites, nous en verrons la valeur.

Lang et ses partisans affirment tout d'abord qu'il existe toujours un parasite dans les couches profondes des squames du psoriasis. « Ce parasite, dit Lang, a des caractères bien tranchés et propres à lui seul; il diffère de tous les autres champignons; sa présence dans la peau humaine est certainement aussi constante dans l'épiderme malade des psoriasiques que celle du tricophyton dans l'herpès tonsurant ». Lang donne à ce parasite le nom d'« épidermidopython ».

En 1882, le docteur Fr. Eklund de Stockholm entreprend des recherches sur ce sujet, et il arrive, après ses expériences, à une série de conclusions que nous pouvons résumer ainsi:

1° Il n'y a pas dans la peau humaine normale d'éléments anatomiques pouvant être confondus avec les productions parasitaires du psoriasis.

2° L'épiderme étant complètement dépourvu de structure fibreuse, il est impossible de prendre faussement des fibres de tissu cellulaire pour les filaments de champignons du parasite.

3° L'erreur n'est pas davantage possible — Eklund le démontre — avec les fibres nerveuses.

4° Enfin l'auteur a pu cultiver et suivre le développement des spores et du mycelium de ce champignon auquel il donne le nom de « Lepocolla repens ».

Deux ans plus tard, en 1884, au congrès de Copenhague, M. Wolff lit un mémoire dans lequel il dit en substance qu'après des recherches infructueuses il a réussi à découvrir le parasite de Lang et que depuis lors il le retrouve toujours, que ce ne sont pas là des produits accidentels, mais des organismes constitués par des filaments de mycelium et des spores en massue se détachant peu à peu en spores arrondies, ovalaires ou piriformes. Enfin, les parasites sont d'autant plus nombreux que la maladie revêt un caractère plus aigu.

Tel est le parasite de Lang; quant à la possibilité de sa contagion, elle semble mise en évidence par un certain nombre d'expériences qui ne paraissent pas douteuses. Lassar, de Berlin et Tommasoli ont obtenu des inoculations certaines sur le lapin.

En 1884, au Congrès de Copenhague, Unna a rapporté le cas d'une domestique atteinte de psoriasis, nouvelle venue dans une famille, et qui communique son affection à trois enfants absolument indemnes jusque-là.

Chez nous, l'expérience de M. Destot, 1889, est un cas probant d'inoculation. Après avoir fait un lavage à l'éther sur l'empreinte deltoïdienne du bras droit, on pratiqua des scarifications et on inséra une plaque de psoriasis détachée du bras d'un enfant. Les coudes et les genoux étaient, au moment de l'expérience, absolument normaux. Trois jours après, apparurent à l'un des coudes d'abord, à l'autre ensuite, des papules qui peu à peu prirent le caractère typique du psoriasis. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le psoriasis se montra à une certaine distance du point d'inoculation, ce qui donne à penser qu'il y eut infection générale et transport du parasite par la voie circulatoire.

Enfin, MM. Augagneur et Destot ont présenté deux enfants psoriasiques chez lesquels c'est l'éruption vaccinale qui s'est transformée en larges plaques de psoriasis. Il y a encore là une évidence en faveur de la théorie parasitaire.

En Amérique on a cité également, et à plusieurs reprises, des éruptions de psoriasis après des vaccinations, et on en a tiré la conclusion suivante: ces individus étaient prédisposés au psoriasis, le traumatisme a créé sur le tégument et dans l'organisme un *locus minoris resistentiæ*, et la preuve, c'est que la première plaque du psoriasis s'est toujours développée autour du point traumatisé. Pour réfuter cet argument, il suffit de rappeler l'expérience précédente de Destot chez qui l'inoculation a eu lieu à distance.

Autre preuve tirée du point d'élection: le psoriasis n'envahit pas les muqueuses, c'est au moins douteux, en tout cas le fait est rare; or, il en est de même des dermatomycoses. De plus, celles-ci, comme le psoriasis, ont pour siège principal la couche cellulaire de la peau.

Quant aux formes circinées, si caractéristiques des affections parasitaires d'origine végétale, elles ne sont sans doute pas les plus fréquentes dans le psoriasis, mais on les rencontre cependant dans bon nombre de cas.

Enfin, si l'on cherche des appuis à la théorie parasitaire du côté de la thérapeutique, on voit qu'en réalité bien des agents employés sont des parasiticides. Les adversaires mêmes de cette manière de voir ne conseillent-ils pas fréquemment l'emplâtre de Vigo? il est vrai qu'ils ne mettent pas les bons effets obtenus sur le compte de son action parasiticide. Au Congrès annuel de l'Association médicale britannique tenu à Birmingham en août 1890, le docteur Mapother disait que les médicaments employés avec le plus de succès intus ou extra sont des parasiticides, que le mercure est le plus efficace, et que les récidives sont moins fréquentes après son usage prolongé. Il ajoute que, d'après lui, il y a beaucoup de raisons de croire que le psoriasis est une maladie parasitaire.

Examinons maintenant les objections que l'on a opposées à la théorie de Lang.

1° Les cryptogames que l'on trouve n'ont aucune spécificité, dit-on, ils ne sont qu'acessoires et n'ont aucune action sur la marche de la maladie.

Soit. Mais pour affirmer le rôle banal de ces productions, il faudrait montrer d'une façon irréfutable, nous semble-t-il, qu'elles existent aussi ailleurs, et qu'étant communes à des affections dissemblables, elles ne peuvent les engendrer.

2° Leur présence n'a pas été confirmée.

Peut-être est-ce tout simplement parce qu'on les a mal recherchés.

M. Wolff, qui admet maintenant la présence de ces parasites, n'avoue-t-il pas la peine qu'il a eue tout d'abord à les trouver?

3° On a invoqué l'hérédité et les récidives nombreuses. « J'aurais bien de la peine, dit Hardy, à accepter la nature parasitaire du psoriasis, maladie non contagieuse, souvent héréditaire et si récidivante. » Nous savons maintenant ce qu'il faut penser de la contagion après les expériences que nous avons rapportées. Quant aux récidives, elles ne sauraient constituer, comme le fait très judicieusement observer Lang, un argument décisif contre la nature parasitaire. Il cite comme exemple le microsporon furfur qui siège presque exclusivement dans l'épiderme où il est facile d'en constater l'existence, et où il paraît commode de le détruire. Et cependant on sait combien fréquentes sont les récidives du pityriasis versicolor. Ce que Lang disait en 1880 pour ce pityriasis peut se dire de nos jours pour l'eczéma séborrhéique que la marche et l'efficacité des agents parasiticides font maintenant considérer par bien des dermatologistes, à l'exemple de Unna, comme une affection parasitaire. Lang ajoute que ce qui est héréditaire, c'est la prédisposition de la peau à favoriser le développement du parasite, et l'absence seule de cette prédisposition explique l'insuccès des transmissions expérimentales.

M. Balzer fait remarquer que le siège du psoriasis aux coudes et aux genoux n'est pas le siège recherché des dermatomycoses. Cela est vrai, mais bien des psoriasis laissent complètement indemnes coudes et genoux. Et d'ailleurs, si le parasite existe réellement, peut-être a-t-il des conditions d'existence toutes spéciales. On ne peut guère discuter les mœurs d'un organisme dont la possibilité d'être est encore douteuse.

Ajoutons que M. Ducrey a fait, en 1887, des recherches sur la contagion du psoriasis. Ces recherches très complètes ont porté sur l'homme et les animaux. L'auteur a fait des applications de produits morbides sur la peau saine, sur la peau incisée, dépouillée d'épiderme, au moyen d'injections hypodermiques, d'injections rectales, tout cela sur l'homme et les animaux; puis sur des animaux, il a fait des injections intra-péritonéales et intra-trachéales. Il conclut: le psoriasis n'est pas une maladie transmissible par contagion chez l'homme et chez les animaux; les diverses variétés de parasites rencontrées par quelques observateurs sur les lésions du psoriasis sont communes à d'autres affections et ne peuvent être considérées comme la cause véritable de cette dermopathie.

Tout en reconnaissant la valeur d'expériences aussi nombreuses et aussi variées, il nous semble que les cas d'inoculation de Destot, Lassar, etc., ont une signification plus considérable, car en pareille matière une expérience positive a plus de poids qu'un grand nombre de faits dont le résultat est nul.

En résumé, il faudrait arriver à montrer que l'on trouve toujours le parasite en question, et qu'on ne le trouve pas ailleurs; que ce n'est donc pas un parasite banal, pullulant, comme tant d'autres, sur la surface cutanée; qu'il est intimement uni au psoriasis comme la cause avec l'effet; enfin, que le psoriasis ne peut être engendré que par lui, et que lui ne peut engendrer aucune autre dermatose.

L'idée de parasitisme a d'ailleurs fait bien du chemin depuis le moment où Bazin parlait avec dérision du morbidisme végétal. Cette remarque s'applique à bien des affections cutanées. Unna a déjà commencé le démembrement de ce groupe si complexe et si hétérogène des eczémas en créant son eczéma séborrhéique qu'il considère comme parasitaire, et un certain nombre d'auteurs partagent cette manière de voir.

Au total, il semble que de nouvelles recherches ne peuvent qu'être favorables à l'idée de faire du psoriasis une affection parasitaire.

Tel est, en résumé, l'exposé des opinions émises sur l'étiologie du psoriasis; on voit combien il est difficile de faire un choix entre elles. Mais il nous semble que dans l'état actuel il y a place pour une théorie de conciliation et qu'une autre opinion peut être mise en avant. C'est celle de la dualité du psoriasis. Il est certain que cette affection se présente dans la grande majorité des cas avec des symptômes objectifs tels que le diagnostic en est facile. Ce n'est pas là, comme aspect, une entité morbide mal définie, à limites indécises comme l'eczéma, par exemple. Mais cet aspect n'est pas, croyons-nous, une preuve suffisante pour affirmer l'unité d'origine de la maladie. Et si une comparaison est utile pour mieux préciser notre pensée, pouvons-nous mieux faire que de rappeler les idées actuellement reçues sur la pathogénie de la pelade? Hardy lui reconnaissait toujours une cause parasitaire. Au contraire, Hébra, Kaposi, Fox, Wilson, Duhring lui refusaient dans tous les cas une telle origine. Aujourd'hui l'accord paraît à peu près fait sur un terrain mixte. En effet, la contagion ne peut être révoquée en doute, ainsi que le prouvent les nombreux exemples dans les familles, les écoles, les casernes, etc. Par contre, des individus atteints de pelade et ne prenant aucune précaution prophylactique, ont vécu au milieu des leurs sans les contaminer. Enfin, on est parvenu à produire des plaques d'alopécie par des sections nerveuses. Il y a donc deux sortes de pelade : une parasitaire, une autre non parasitaire, trophonévrotique. Et cependant, malgré la diversité d'origine, est-il possible aujourd'hui de faire un diagnostic différentiel d'après les seuls caractères objectifs? Et les deux sortes de pelade ne se ressemblent-elles même pas bien plus que les diverses variétés de psoriasis? Pourquoi n'en serait-il pas de même dans cette dernière dermatose et n'aurait-elle pas, elle aussi, plusieurs origines? Certains observateurs ont trouvé un parasite qu'ils considèrent comme spécifique, d'autres n'ont pu le rencontrer. Peut-être ce parasite existe-t-il dans certaines formes bien déterminées du psoriasis formant un premier groupe entre elles et manque-t-il dans d'autres variétés formant à leur tour, par leur réunion, un groupe distinct du premier.

Dr Coffin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des troubles de la sensibilité aux membres inférieurs chez les diabétiques. De la dissociation syringomyélique de la sensibilité chez les diabétiques, par le Dr P. Vergely, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

L'existence de névrites chez les diabétiques est un fait qui ne prête plus guère à aucune contestation. On sait qu'après avoir passé par une série d'hypothèses, l'explication des troubles de la sensibilité, la douleur surtout, dans le diabète, ont été attribuées à la névrite par Ziemmssen, 1885. Cette opinion, à laquelle se rattachèrent Hosslin, Blau, Pryce, Leyden, Eichhorst, Althaus, Charcot, Buzzard, a reçu une confirmation importante des recherches anatomo-pathologiques de M. Auché (Des altérations des nerfs périphériques chez les diabétiques, *Arch. méd. expér.*, 1890, p. 635). J'ai moi-même publié dans le *Progrès médical de Paris*, 1892, des observations de zona diabétique, affection dont l'origine névritique n'est pas douteuse.

De ce fait que la névrite est incontestable chez quelques diabétiques, doit-on considérer tous les troubles nerveux : névralgies, altérations des différents modes de la sensibilité, comme appartenant à cette lésion nerveuse? Ce serait peut-être généraliser trop vite. M. le professeur Pitres et d'autres ont démontré que des névrites peuvent se faire sans être accompagnées d'aucun symptôme apparent. Si on cherche après la mort, on trouve des névrites où on ne les soupçonnait pas, et on ne les rencontre pas quand on croyait devoir leur attribuer les troubles douloureux ou trophiques constatés. Il faut donc une série de signes pour confirmer ce diagnostic.

En présence de ces signes, peut-on affirmer qu'on est plutôt en présence d'une lésion périphérique que d'une lésion centrale? M. Cornillon (*Revue de médecine*, 1884) a nettement formulé cette hésitation quand il se demandait si les névralgies diabétiques étaient d'origine médullaire ou d'origine périphérique.

Aujourd'hui la périphérie est en faveur en matière de circulation comme en matière de système nerveux. Déjerine en France, 1883 (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1883, *Arch. de phys.*, 1884, *Semaine médicale*, 1893, p. 201) et Leyden en Allemagne, 1885, ont été les ardents propagateurs de la névrite périphérique. On a remis en question le point de départ des troubles nerveux du tabes dorsalis. D'après Déjerine et Leyden, un certain nombre de tabes dorsalis seraient périphériques. Cette maladie va-t-elle être démembrée comme l'atrophie musculaire Aran-Duchenne l'a été par la découverte de la syringomyélie?

On comprend que de nombreux et nouveaux matériaux sont nécessaires pour étudier les névrites périphériques dans leurs rapports avec les lésions centrales.

Les réflexions précédentes nous obligent à beaucoup de réserve sur l'interprétation des faits que nous avons observés; aussi est-ce seulement à titre de document que nous présentons cette contribution clinique *aux troubles nerveux du diabète*. Elle montrera, nous l'espérons, que le diabète comme l'hystérie, la sclérose latente amyotrophique, le tabes, l'hématomyélie, la compression des nerfs (J.-M. Charcot, *Soc. de biologie*, 10 déc. 1892), la lèpre, l'alcoolisme, présente une dissociation de la sensibilité aussi nette que la syringomyélie. La dissociation syringomyélique ne peut plus être regardée comme le signe pathognomonique de la lésion du canal épendymaire de la moelle. Cette dissociation peut se présenter dans plusieurs autres altérations du système nerveux central ou périphérique.

Les observations de diabétiques qui nous ont offert ces troubles de la sensibilité sont au nombre de six. Chez deux autres malades, l'un atteint de diabète depuis vingt ans, l'autre depuis trois ans, nous n'avons pas trouvé de troubles de la sensibilité. Nous croyons cependant ces troubles très fréquents, mais nous ne les croyons pas obligatoires. Nous n'avons pu également établir encore leurs rapports avec l'âge du diabétique, la quantité de sucre, d'azote contenus dans l'urine; nos observations ne sont également pas assez nombreuses pour juger des rapports des divers troubles de la sensibilité entre eux, de l'évolution des modifications que présentent ces altérations de la sensibilité dans le courant de la maladie. Une fois que l'attention aura été attirée sur ces points, et c'est là notre but, nous ne doutons pas que leur étude ne soit rapidement complétée.

Notre première observation est celle d'un homme jeune, 23 ans, qui était atteint depuis un an. Il avait des crampes dans les membres inférieurs, de l'asphyxie des extrémités; il avait de l'hypoesthésie, de l'analgésie à la face plantaire des pieds.

Observation I. — Crampes, sensation de contact le long des mollets, hypoesthésie à la pulpe des orteils.

L. A., âgé de 23 ans, entre à la salle 14 le 24 avril 1890 pour le diabète.

C'est un homme d'une vigoureuse constitution, il n'a pas d'antécédents morbides directs; il a perdu trois frères en bas âge. Il a eu l'année dernière, au mois de juin, la jaunisse; son foie était gros, mais il n'avait pas de sucre dans les urines. Il est resté depuis cette maladie très faible. Au mois d'octobre 1889, il était très altéré, éprouvait une grande lassitude dans les cuisses et dans les jambes; la nuit il *avait des crampes dans les extrémités inférieures*.

Il rendait huit litres d'urine en 24 heures et avait perdu en deux mois 12 kil. 500 de son poids. A cette époque, il était polyurique, polyphagique et polydypsique.

Deux ou trois heures après qu'il était couché, il éprouvait une *sensation légère de contact qui descendait le long des mollets* jusqu'aux orteils qui se crispaient fortement.

Son caractère est devenu variable, changeant. Il ne transpire plus.

A son entrée : Peau sèche, exfoliation de l'épiderme, diminution considérable des fonctions génitales.

Le malade est très amaigri; ses pommettes saillantes sont très colorées en rouge. Après deux mois de traitement, la quantité d'urine, qui était à 5 kilogr., est tombée à 4 kilogr. La quantité de sucre, qui était de 93 grammes, a également diminué.

La *sensibilité générale est partout bien conservée ainsi que les réflexes tendineux rotuliens, des fléchisseurs, des extenseurs;* les réflexes cutanés sont bien nets.

Le *chatouillement à la plante des pieds* est à peine senti.

Il perçoit la sensation de contact aux orteils, mais *sent à peine une épingle profondément enfoncée dans la pulpe des orteils*.

Ces orteils sont souvent le siège d'asphyxie, ils deviennent pâles et insensibles.

Nous avons cité cette observation parce qu'elle nous a paru un type assez net, assez fréquent des troubles de la sensibilité observés chez les diabétiques. Nous n'avons pas trouvé consignée dans notre observation la recherche de la sensibilité à la température.

Dans la deuxième observation, c'est une femme de 53 ans qui offre un ensemble de signes propres aux manifestations névritiques du diabétique. Elle a, en effet, une névralgie sciatique, des douleurs fulgurantes, des troubles nutritifs, un mal perforant, de l'hyperesthésie jusqu'aux pieds.

Obs. II. — Douleurs dans les derniers nerfs intercostaux, la colonne vertébrale, les sciatiques, hyperesthésie du tronc, de l'abdomen, thermo-hypoesthésie aux orteils, retard dans la perception de la température.

Marie Ber., 53 ans, marchande ambulante, père mort accidentellement, mère morte à 48 ans d'un carcinome du sein. Cette femme se surmène beaucoup.

En janvier 1892 : abcès, ulcération au gros orteil. Trois mois de repos au lit. Au bout de ce temps, soif intense, amaigrissement considérable, ses forces faiblissent, son caractère se modifie sensiblement.

A son entrée, mai 1893, on est frappé par l'odeur d'acétone que répand l'haleine de la malade.

La peau est sèche, écailleuse, pas de troubles trophiques des ongles; pied gauche légèrement œdématié.

A la partie interne de la face plantaire interne du gros orteil droit existe un durillon ulcéré laissant écouler quelques gouttes de pus sanguinolent. Cette ulcération est indolore; un stylet introduit ne sent pas le contact de l'os. Plus loin une phlyctène superficielle, qui, déchirée, laisse une ulcération légère, est aussi indolore.

Langue très saburrale, dents effritées, cariées; inappétence, soif vive, constipation

Impossible de délimiter le foie ou l'estomac à cause de l'*hyperesthésie de la peau* qui occupe même la peau du thorax. Quelques râles ronflants, respiration bronchique.

Premier bruit du cœur très affaibli.

Urine en 24 heures, 4 à 6 litres; 51 grammes de glycose par

litre, pas d'albumine, *douleurs névralgiques dans le trajet des quatre derniers nerfs intercostaux, douleurs dans le trajet de la colonne vertébrale s'irradiant le long des cuisses jusqu'aux orteils, suivies de raideurs dans les membres inférieurs* dans les accès douloureux et de sensation de froid. Ces douleurs n'ont pas la vivacité, l'intensité des douleurs fulgurantes. On retrouve le long des deux sciatiques les points caractéristiques de la névralgie sciatique. *La pression des masses* musculaires de la cuisse et du mollet est également *douloureuse*. Pas d'atrophies musculaires.

La sensibilité au contact est normale sur la face, le cou, le thorax jusqu'aux troisièmes espaces intercostaux; *à partir de ce point et jusqu'au pubis, le léger contact de la tête d'une épingle provoque une réaction très douloureuse.*

Aux membres inférieurs, la sensibilité au contact est à peu près normale. *Retard de cinq secondes dans la sensibilité au contact* aux membres supérieurs.

La sensibilité à la piqûre présente la même distribution que la sensibilité au contact, *sensibilité conservée* mais non bien définie pour les températures au-dessous de 15 à 20°.

Pour les températures de 40 à 60°, elle est notablement diminuée, c'est-à-dire que le malade ne perçoit pas la différence entre la chaleur d'un tube à essai rempli d'eau chaude que la plupart des assistants peuvent tenir dans leurs mains, ou contenant de l'eau assez chaude pour provoquer une sensation de chaleur intolérable.

La sensation de chaleur est perçue après un retard de sept secondes.

Réflexes au chatouillement conservés, *réflexes rotuliens abolis*, réflexes carpiens également abolis.

Elle perçoit nettement les diverses natures de sol qu'elle foule sous les pieds.

En raison de son extrême fatigue, nous n'avons pas recherché l'équilibre sur une jambe ni la marche les yeux bandés. Réaction pupillaire normale.

Cette malade avait, on vient de le lire, de l'hyperesthésie jusqu'aux pieds. La sensibilité au contact était bien conservée, ainsi que la sensibilité à la piqûre. Elle perçoit un vase d'eau froide à la température de 18° appliqué sur ses orteils, elle ne perçoit pas la température d'un corps chaud que les assistants ne pouvaient que difficilement garder dans la main, elle le croit froid. Si on élève la température jusque vers 50 degrés, elle n'accuse de la chaleur qu'après 7 secondes de contact.

Le réflexe au chatouillement est conservé, le réflexe rotulien aboli.

Cette malade est nettement thermo-hypoanesthésique avec maintien de la sensibilité à la douleur et au contact.

L'observation III est du même genre.

Obs. III. — Crampes dans les membres inférieurs, légère hypoesthésie, thermo-hypoesthésie dans les mêmes points.

Mme H., âgée de 64 ans, d'une robuste constitution, mère de trois enfants, a longtemps joui d'une vigoureuse santé. Il y a huit ans qu'elle a été atteinte de troubles bizarres particulièrement du côté du cœur, caractérisés par une arhythmie très variable; intermittence du pouls, alternance avec de la tachycardie et du ralentissement du pouls, orthopnée, œdème des membres inférieurs, puis disparition de tous ces signes, régularisation des mouvements du cœur, apparition du sucre dans les urines qui avait été recherché vainement depuis plusieurs mois.

La glycosurie d'abord intermittente est devenue permanente depuis deux ans (nous reviendrons ultérieurement sur ces signes prémonitoires à longue portée du diabète).

La quantité moyenne du sucre est de 12 grammes par litre.

Le symptôme prédominant chez cette malade est la dyspepsie, l'apepsie; elle se plaint beaucoup aussi de fatigue, d'une lassitude extrême; tous les mouvements lui sont pénibles, désagréables.

Elle a eu une cataracte qui a été opérée avec succès. Elle éprouve dans les pieds de légères crampes, un peu d'engourdissement.

Le contact d'une pointe mousse ou piquante est perçu avec ses sensations particulières dans les différentes parties du pied, *cependant, une piqûre est plus vivement ressentie à la face dorsale du pied qu'à l'extrémité des orteils.*

Un corps froid (tasse d'eau froide) *est mieux senti à la surface dorsale du pied qu'à la pulpe des orteils; un corps chaud est très vivement senti à la face dorsale du pied, tandis qu'il l'est à peine à l'extrémité des orteils, quoique nous ne puissions pas tenir ce corps chaud* entre nos mains.

Elle marche sans hésitation, les yeux fermés, monte un escalier sans difficulté, se rend compte de la nature du sol sur lequel elle marche.

Réflexes rotuliens très diminués.

Aux membres supérieurs: sensibilité au contact, à la piqûre, à la température normale.

Pas d'atrophie musculaire, réaction pupillaire normale.

C'est une femme âgée et qui n'est devenue diabétique qu'après une série de troubles nutritifs qui ont duré près de quatre ans.

L'état général de cette malade est mauvais. Elle est très lasse, dyspeptique, affaiblie, elle a été opérée d'une cataracte diabétique. Elle a maigri. Cependant, quoiqu'elle paraisse approcher de l'état cachectique, ses réflexes rotuliens sont à peine diminués, et elle n'a que de la thermo-hypoanesthésie, les sensations de contact et de sensibilité sont bien conservées.

Dans l'obs. IV, nous verrons se montrer un phénomène nouveau, la thermo-dysesthésie.

Obs. IV. — Thermo-anesthésie à la chaleur modérée. Thermo-dysesthésie à une forte chaleur. Crampes dans les jambes et dans les doigts de la main gauche, réflexes rotuliens conservés.

M. Hourd...., né à Salies, âgé de 30 ans, menuisier, père rhumatisant, mère bien portante, pas de parents qui aient eu le diabète, la gravelle, de l'obésité, de la syphilis. Antécédents personnels: furoncles dans sa jeunesse; à 15 ans, rhumatisme articulaire léger; à 20 ans, blennorrhagie; a fait 47 mois de service en Afrique et n'a jamais eu de fièvres paludéennes; à 26 ans, fièvre typhoïde avec accidents cérébraux; à 28 ans, il devient nerveux, fatigué, après avoir éprouvé de violents chagrins domestiques.

En 1891, au mois de novembre, il est pris de l'influenza, a de la toux, des douleurs de tête, des douleurs d'estomac. Cet état dura un mois et c'est dans la convalescence de cette maladie qu'Hourd....., qui jusque-là avait eu une bonne constitution, n'avait éprouvé aucun trouble des voies digestives, pas d'ictère, d'affection hépatique, fut pris d'une soif vive. En février 1892, il remarqua que les urines étaient très abondantes et contenaient du sable rouge. A cette époque, Hourd..... s'aperçut que ses jambes étaient affaiblies, brisées. La faiblesse, la soif, la polydypsie augmentaient; on fit l'analyse des urines, elles contenaient 93 grammes de sucre par litre.

Hourd..... est, en effet, très amaigri; il pesait, en 1890, 65 kilogr., il pèse aujourd'hui, juin 1892, 59 kilogr. La sensation de faiblesse musculaire est très marquée quand il descend un escalier, alors ses jambes fléchissent sous le poids de son corps. La peau n'est pas très sèche; sueurs localisées au dos de la main, sur le front et sur la tête. Aucun trouble des organes des sens.

Pas de céphalalgie, ni de vertiges. Sommeil sans rêves, interrompu par l'envie d'uriner.

Marche normale les yeux bandés, il n'a pas d'hésitation, distingue avec les pieds nus le contact différent du parquet, des dalles et d'un tapis.

La sensation de contact et de piqûre est bien distinguée sur tout le corps.

La sensation de froid est bien perçue partout.

La sensation de chaleur faible n'est perçue ni par les doigts, ni par la paume de la main, ni par les orteils, ni par la plante des pieds.

La sensation de forte chaleur (*un tube à expérience rempli d'eau portée à une température telle qu'il ne peut être gardé entre les mains d'aucun des élèves présents*) *est perçue par la plante des pieds comme une sensation de froid.*

Pas de fourmillements à la plante des pieds, mais il éprouve souvent dans les jambes des crampes, dans les doigts de la main gauche également.

Réflexes rotuliens bien conservés, réflexe testiculaire augmenté.

Fonctions digestives assez bien conservées; difficile sur la qualité des mets, constipé, soif très vive.

Moyenne d'urine rendue : au mois de mai, elle était de cinq litres par 24 heures et elle contenait 14 grammes d'urée par litre et 97 grammes de sucre. Au mois de juin, il rendait 9 litres d'urine par 24 heures avec 81 grammes de sucre par litre, le poids était remonté à 61 kilogr.

Pas d'atrophie musculaire, réaction pupillaire normale.

Ce malade n'a ni analgésie, ni anesthésie ; il a de la thermo-anesthésie pour les températures de 25 à 30°, et surtout de la thermo-dysesthésie, le réflexe rotulien est bien conservé.

Cette observation nous montre nettement la séparation de la sensibilité.

L'obs. V est un cas plus avancé de diabète en nous plaçant au point de vue de l'état général.

Obs. V. — Dysesthésie, thermo-dysesthésie bornée aux deux premiers orteils de chaque pied, réflexe rotulien aboli.

Mme de R..., âgée de 45 ans, d'une taille élevée, d'une robuste constitution, est devenue diabétique à la suite de nombreux revers de fortune et de violents chagrins.

Elle a mené longtemps une vie large et heureuse, n'a jamais fait aucun excès de nourriture et n'abusait pas des mets sucrés.

Elle a maigri de 10 kilos depuis deux ans, ses cheveux ont blanchi, ses dents se sont altérées. Son caractère est devenu changeant, susceptible et mélancolique, de constant, gai et aimable qu'il était auparavant. L'énergie et la décision dont elle avait maintes fois donné des preuves dans des circonstances difficiles ont fait place à la faiblesse et à l'indécision. Elle présente à un haut degré la mobilité, l'inconstance du caractère diabétique.

Sa vue est affaiblie, sa voix puissante et étendue a disparu, ses chairs sont flasques et pâles. Comme accidents diabétiques, elle a eu des névralgies sciatiques rebelles unilatérales et doubles. L'un de ses accès s'est terminé par une éruption de zona.

Elle rend 3 litres d'urine en moyenne, contenant 25 à 30 grammes de sucre par litre. Elle vient d'avoir une attaque d'influenza à forme thoracique avec broncho-pneumonie qui l'ont très affaiblie. Antérieurement et surtout depuis, elle est lasse, fatiguée, elle éprouve des douleurs dans les jambes, mais elle ne souffre pas des pieds et n'y ressent pas le plus léger élancement.

Les divers modes de la sensibilité sont intacts à la face dorsale et à la face plantaire des pieds. Aux deux *premiers orteils des deux pieds, elle ne distingue pas une légère piqûre d'un attouchement avec la tête d'une épingle. Elle n'a aucune perception de la température à ces deux orteils. Elle prend un corps froid pour un corps chaud et vice versâ.* Il faut lui appliquer une tige de fer chauffée assez fortement pour qu'elle ne puisse être gardée dans la main, pour qu'elle accuse de la chaleur. Au contraire, les plus légères variations de la chaleur et du froid sont perçues à la face dorsale, à la face plantaire des pieds et par les autres orteils.

Elle distingue très bien la nature du sol qu'elle foule (tapis, bois), sa résistance. Elle se tient sur une jambe, les yeux étant ouverts ou fermés. Elle marche sans difficulté dans l'obscurité. Elle ne ressent ni engourdissement, ni crampes. Le réflexe rotulien est aboli.

Cette malade présente les signes d'un diabète nerveux avancé, elle est très affaiblie, très découragée. Cette observation est particulièrement intéressante par tous les troubles de la sensibilité réunis : anesthésie, analgésie et thermo-dysesthésie. Ces troubles coïncident avec l'abolition du réflexe rotulien, l'absence d'engourdissement, de frémissement. Il semble que cette malade dût présenter tous les signes du pseudo-tabes; cependant, elle perçoit très bien la nature du sol qu'elle foule à ses pieds et peut marcher sans difficulté dans l'obscurité et dans le jour.

Dans notre dernière observation, on trouvera notés à un haut degré tous les troubles de la sensibilité signalés dans les observations précédentes.

Obs. VI. — Hypoesthésie, analgésie, thermo-anesthésie, crampes, engourdissement, sensations douloureuses dans le trajet des membres inférieurs, réflexes rotuliens abolis.

Mme X..., âgée de 56 ans, d'une vigoureuse constitution, sans enfant, fille d'un père diabétique (1) et sœur d'un frère atteint de sclérose spinale postérieure (a eu la syphilis); les deux autres frères sont vigoureux et bien portants.

Mme X... menait une vie très mondaine, mangeait une nourriture succulente et consommait une grande quantité de gâteaux et de sucreries. C'est en 1875, après un violent chagrin, que les symptômes cardinaux du diabète : polydypsie, polyurie, polyphagie, vinrent à se montrer. Mme X... n'a jamais voulu se soumettre à un régime rigoureux. Elle mange ce qui lui plaît et consomme des gâteaux, des sucreries et des féculents de toutes sortes. Les seuls remèdes qu'elle ait consenti à prendre sont un peu de strychnine et de fer, de la lithine et du bromure de potassium; mais elle fait chaque année une cure aux eaux de Vichy.

Les principales manifestations diabétiques qu'elle a éprouvées sont : la perte de poids 30 kilos depuis douze ans, les dents sont cassées et effritées, les cheveux très abondants et longs sont tombés et ne poussent que lentement; il en est de même des ongles qui sont très fragiles, mais non dystrophiques. Elle a fréquemment d'intolérables démangeaisons pilaires et vaginales (ces muqueuses se recouvrent de véritables éruptions d'herpès, qui présentent les allures de l'herpès récidivant des parties génitales). Elle a eu une plaie contuse du bras, un petit anthrax au mollet dont la guérison a été lente, difficile à obtenir. Elle a eu des accès d'angine de poitrine diabétique nocturne à heure fixe qui ont cédé à peu près au sulfate de quinine, elle a néanmoins encore des accès légers. Elle est lasse, fatiguée, mais néanmoins elle fait de l'exercice. Elle est prise quelquefois d'accès de lassitude subite qui l'oblige à s'étendre absolument à plat sur le sol. La durée de ces accès est d'environ deux à trois minutes, mais le besoin de la position horizontale est impérieux. Si elle se fatigue un peu plus qu'elle ne doit, elle a des accès de fièvre de six, dix, douze heures, avec un pouls à 120, une température à 38 à 39° et terminés par une abondante sueur. Depuis quelque temps, l'appétit est moindre, la langue est rouge, desquammée. Mme X... est constipée; les poumons, le cœur fonctionnent très bien. Le goût, l'ouïe, le tact sont indemnes, la vue est moins bonne, l'accommodation est moins complète. Elle est myope depuis sa jeunesse, pas de strabisme, pupille réagissant bien sous l'influence de la lumière.

Le trouble sur lequel nous voulons particulièrement insister date de quatre ans, depuis 1889. Au dire de la malade, en revenant de Vichy, elle se rendit aux eaux de la Bourboule où elle prit des douches tièdes sur les membres inférieurs. Dès la première douche, elle éprouva des douleurs dans les jambes et dans les pieds.

Ces douleurs, qui avaient tantôt le caractère de *douleurs fulgurantes*, tantôt *celui d'une brûlure*, d'une *piqûre* occupant les orteils, le mollet, furent d'abord intermittentes, ne revenant qu'à des intervalles éloignés, un mois, deux mois ; elles devinrent peu à peu permanentes avec de légères accalmies.

De petites ecchymoses sous-dermiques, plus tard de véritables petites eschares noires, sèches, parcheminées, sont survenues à l'extrémité du premier orteil et du second orteil du pied droit.

En avril 1893, état général mauvais, Mme X... se fatigue rapidement, elle est lasse, se sent très affaiblie. L'amaigrissement a fait de rapides progrès. Langue rouge, lisse, soif, peu d'appétit, légère dyspepsie. Quantité moyenne d'urine

(1) Note rédigée par le père pour être remise à des médecins consultants. Age 66 ans. Aucune maladie grave depuis 36 ans; flux hémorrhoïdal qui a duré de 12 à 15 ans. Cessation brusque il y a 3 ans. Très altéré, mangeant des crudités. *Insensibilité dans* les pieds démangeaisons fréquentes aux jambes. Janvier 1860, forte ampoule à un orteil, enflure des pieds, des chevilles. *L'Insensibilité des pieds* augmente. Un an après, 1861, nouvelle ampoule au même orteil, l'*insensibilité* des pieds et l'enflure vont croissant, démangeaisons aux jambes. Dans le reste de la note qui relate les troubles de deux années, le dégoût des aliments, la perte de l'appétit, l'affaiblissement, l'oppression, la soif, sont surtout signalés.

rendue en 24 heures, 3 litres. Quantité de sucre, 90 grammes par litre.

Les pieds sont amaigris, parcourus par des vaisseaux veineux, saillants; on sent nettement les battements de la pédieuse. Les muscles du pied sont amaigris et non atrophiés, les réactions galvaniques et faradiques sont normales. Les mouvements du pied s'exécutent dans tous les sens avec la plus grande facilité.

Elle n'a qu'une sensation confuse de la nature du sol qu'elle foule avec les pieds pour se reconnaître; elle avoue qu'elle se rapporte à la sensation de résistance qu'elle éprouve ou au bruit qu'elle produit avec ses chaussures.

Elle n'a aucune difficulté à marcher sur des surfaces glissantes ou dont la résistance est variable; elle se tient en équilibre sur une jambe, elle monte facilement un escalier, même avec les yeux fermés, mais frappe les marches avec le talon quand elle descend. Elle marche dans l'obscurité sans hésitation, elle peut même valser. Sa démarche est ferme et sans hésitation.

Elle éprouve dans les membres inférieurs, mais surtout dans les pieds, les *sensations les plus diverses. Tantôt une sensation de chaleur, tantôt une sensation de froid.*

Le plus souvent, « c'est un travail continuel », *comme si on faisait vibrer toutes les fibres* qui entrent dans la composition des parties molles du pied, des crispations, des crampes, des engourdissements. Dans les crampes, les doigts se fléchissent ou s'étendent avec force. Des sensations douloureuses parcourent toute l'étendue de la jambe jusqu'au bout des orteils, sans avoir cependant la rapidité, l'instantanéité, la violence des douleurs fulgurantes. Ces douleurs empêchent le sommeil, disparaissent, ou, du moins, s'atténuent notablement par des frictions sèches, des frictions de liniments de composition diverse, par le port de bas serrés, de chaussures d'étoffe souples et étroites.

Le contact d'un corps mousse ou d'un corps piquant est perçu de la même façon, confusément, mais à peu près aussi rapidement qu'à l'état normal. L'aiguille traversant lentement le derme jusqu'à l'os ne provoque aucune sensation de douleur. L'anesthésie est complète. La thermo-anesthésie est absolue, elle ne perçoit ni la sensation de froid ni celle de la chaleur. Deux fois elle a eu des ampoules pour avoir placé ses pieds sur des boules d'eau trop chaude.

Elle prend un bain et ce n'est que lorsque l'eau est arrivée sur la partie moyenne des cuisses qu'elle s'aperçoit qu'il est trop chaud et qu'elle ne pourra y rester.

Réflexes rotuliens, réflexes carpiens abolis. Le chatouillement de la plante des pieds avec un corps mousse, une brosse passée légèrement ou fortement ne détermine aucune sensation désagréable, ni ce chatouillement insupportable dont se plaignent les gens dont la sensibilité est intacte; ce mode d'excitation ne cause également aucun chatouillement aux mains. Les sensibilités au contact, à la piqûre, à la chaleur, sont intactes. Elle peut saisir facilement de menus objets, coud, tricote; le sens musculaire n'est pas altéré, car elle continue à toucher du piano comme par le passé.

Elle sent très vivement la chaleur cuisante avec chatouillement causée par des éruptions d'herpès au bord des lèvres ou de la vulve.

Elle est sensible au froid extérieur.

Le diabète de cette malade est ancien et arrive à la période cachectique. La teneur de sucre est très élevée, peut-être est-ce pour ce motif que nous avons constaté les troubles de tous les modes de la sensibilité et surtout la thermo-anesthésie poussée à sa dernière limite, douleurs névritiques variées, attaque d'asphyxie des extrémités, troubles trophiques, eschares de la peau aux deux orteils, perte du réflexe rotulien, perte de la sensibilité au chatouillement, thermo-anesthésie profonde, complète, qui ne lui permet de reconnaître aucune espèce de température : ni eau fraîche, ni glace, ni chaleur modérée, ni une température capable de causer une vésication du derme.

Malgré ces troubles profonds de la sensibilité qui font dire à la malade qu'elle ne sent plus ses pieds, que ses pieds sont morts, elle marche prestement, danse, n'éprouve aucune difficulté à marcher les yeux fermés dans l'obscurité, elle monte et descend un escalier sans heurter ses pieds, sans trébucher, et pas de pseudo-tabes.

Nous ne pouvons pas affirmer que la dissociation de la sensibilité n'ait pas été observée dans le diabète, mais dans les recherches que nous avons faites nous n'avons pas trouvé nettement désignées, nettement mises en saillie, la thermo-anesthésie et la thermo-dysesthésie que nous avons rencontrées chez quelques diabétiques. Dreyfous, qui a résumé dans sa thèse (*Pathogénie et accidents nerveux du diabète, thèse agrégation 1883, pages 69 et suiv.*) les connaissances sur les troubles nerveux du diabète, parle de l'anesthésie en plaques, limitée, souvent initiale (Lasègue), quelquefois assez réduite pour être cherchée au compas, ou complète, absolue au point que Naumann a pu arracher les poils en certains points sans causer de douleur.

Cette anesthésie est quelquefois associée à des névralgies, des hyperesthésies, « une anesthésie à la chaleur et une sensation de froid général alternant avec celle de chaleur (Fritz) ». C'est le seul point où il est parlé de thermo-anesthésie, si tant est qu'il s'agisse de thermo-anesthésie. Dans l'article *Diabète* du nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, il n'en est pas question.

M. Demange, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, tome 28, page 569, écrit : que des douleurs fulgurantes, analogues à celle des ataxiques, ont été signalées dans le diabète par M. Charcot et par M. Raymond. Si elles coïncident avec des troubles de la station, de l'anesthésie plantaire, ou des anesthésies, ou des hyperesthésies en plaques, on peut voir combien il sera difficile d'établir le diagnostic de l'ataxie locomotrice. Bouchardat avait déjà signalé les anesthésies partielles. « Je reconnais, dit-il (page 43 de la *Glycosurie ou diabète sucré*, année 1873), que mon attention ne s'est pas toujours convenablement portée de ce côté. Je crois que bien des cas me sont échappés et que cette anesthésie que j'ai observée sur les membres, sur le thorax, sur la face, est plus fréquente qu'on ne le croit. L'hyperesthésie cutanée se découvre plus facilement, mais elle est plus rare. »

Dans un travail de MM. Bernard et Ch. Féré dans les *Archives de neurologie, revue critique* (t. 4, année 1882, page 340 : *des troubles nerveux chez les diabétiques*), nous trouvons à l'observation VI une anesthésie des membres inférieurs ; page 343, ils ajoutent « que l'anesthésie complète est rarement notée dans le cas de diabète, surtout à l'état isolé. Une large plaque d'anesthésie se voyait sur la cuisse d'une femme diabétique hémiplégique observée par M. Lasègue. Une malade de Dionis offrait sur les deux gros orteils (voir notre observation V) une anesthésie de la chaleur, une sensation de froid persistante dont il s'aperçut dans le bain. Un an plus tard, gangrène de ces parties. M. Lécorché a étudié l'anesthésie avec le compas de Weber. Il est arrivé aux mêmes résultats que Laycock, résultats peu intéressants, dit-il lui-même. D'après les auteurs du *Compendium*, la sensibilité de la peau devient obtuse ou s'efface presque entièrement. Naumann (1) a pu arracher les poils qui recouvrent certaines parties du corps, sans que les malades éprouvassent aucune douleur (*Compendium*, page 34, Paris, 1839).

Souvent, au contraire, ces diabétiques accusent des fourmillements, des sensations de compression, du refroidissement, de la chaleur, de l'engourdissement des extrémités ou d'une extrémité isolée.

C'est le plus souvent sur les membres inférieurs qu'on trouve cette anesthésie.

Page 344 : La sensibilité tactile disparaît et le diabéti-

(1) Problablement Neumann (*Voir Diabet, Med. Corr. blatt.*, 1830.

que ne peut tenir un objet fin, une épingle dans les doigts sans la fixer des yeux (Lecorché) ou bien elle est pervertie. Un malade de M. Lecorché ne sentait plus ses pieds. Celui de M. Dionis croyait marcher sur des filets de corde à larges mailles. » Il n'y a pas que ces troubles de la sensibilité, nous le verrons plus loin, qui rappellent ceux du tabes dorsal.

Dans le *Nouveau Traité de médecine* (Charcot, Bouchard), t. Ier, p. 418, on signale des troubles sensitifs (dysesthésie, anesthésie plantaire). M. Auché a également recherché les modifications de la sensibilité chez les diabétiques (*loco citato*), mais sans s'y arrêter particulièrement.

Dans l'observation II, page 647 du travail d'Auché, chez une malade dans le coma, il est vrai, il signale la disparition de la sensibilité dans tous ses modes. Dans l'observation IV que nous lui avons communiquée, nous avons constaté (7 juillet 1889) une légère diminution à la douleur avec persistance de la sensibilité thermique et de la sensibilité tactile. Nous n'avons trouvé signalé le diabète ni dans le travail si complet de Bruhl (*Contribution à l'étude de la syringomyélie*, publication du *Progrès médical*, 1890, Paris), ni dans la revue générale de Blocq (*De la syringomyélie*, samedi 7 décembre 1889, n° 14), ni dans la thèse de Raichline (*Contribution à l'étude clinique de la syringomyélie, sur un cas de syringomyélie avec manifestations bulbaires*, Paris, 1892). Nous n'avons pas trouvé noté le diabète.

M. Blocq a dressé le tableau des maladies qui peuvent prêter à un diagnostic différentiel, le diabète n'y est pas signalé.

Les cas où dominent les troubles trophiques : sclérodermie, lèpre, maladie de Morvan, névrite.

Les atrophies musculaires : pachyméningite cervicale hypertrophique, sclérose latérale amyotrophique, myopathies primitives, atrophie musculaire progressive.

Les troubles moteurs des membres inférieurs : myélite transverse, sclérose en plaques, tabes.

Les altérations de la sensibilité : paralysie alcoolique, hystérie.

Mais dans la plupart des maladies, sinon dans presque toutes celles que M. Blocq a énumérées dans son diagnostic différentiel, on n'a pas rencontré la thermo-anesthésie. « La syringomyélie, à part l'hystérie, dit M. Bruhl dans son travail, page 26, est à peu près la seule maladie actuellement connue qui se traduise par de la thermo-anesthésie ; c'est un des meilleurs signes de cette affection, aussi Roth s'est-il cru autorisé à porter le diagnostic de syringomyélie chez ses deux malades atteints seulement de thermo-anesthésie.

Les syringomyéliques (thermo-anesthésiques) ont cependant, ajoute M. Bruhl, conscience de la température ambiante. Nous avons constaté le même fait chez nos malades.

Dans le livre tout récent et si important de James Ross et de Judson S. Bury (*On peripheral neuritis treatise*, 1893, page 361) où la question des névrites périphériques dans le diabète est traitée d'une façon très complète, les auteurs ni aucun de ceux qu'ils citent ne font mention de la thermo-anesthésie. « Diminished tactile sensation is rare, but even anesthesia may occur (Buzzard's cases); also diminished sensation to pain is recorded. » Cette conclusion est conforme aux observations relevées par MM. James Ross et S. Bury, mais nous croyons qu'une observation plus attentive et plus réitérée permettra de constater que les troubles périphériques du système nerveux dans le diabète sont très fréquents.

Arrivé au terme de ce petit travail, nous croyons pouvoir conclure :

1° D'après nos observations, les troubles nerveux de la sensibilité à la périphérie dans le diabète sont fréquents, les troubles de la sensibilité à la douleur, l'analgésie et les troubles de la sensibilité à la température sont prédominants.

2° Chez un certain nombre de diabétiques, on rencontre de la thermo-dysesthésie, de la thermo-hypoesthésie, de la thermo-anesthésie et du retard dans la perception thermique.

3° Cette thermo-dysesthésie peut se montrer chez des malades qui n'ont pas d'autres troubles de la sensibilité.

4° Dans une observation, la malade était analgésique et complètement thermo-anesthésique, et présentait de la façon la plus nette la dissociation syringomyélique.

5° La dissociation syringomyélique de la sensibilité peut se rencontrer dans le diabète.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

De la nature systématique du tabes dorsal, par A. Borgherini (*Revue Neurologique*, 15 juin 1893, n° 11, p. 282). — Le cas rapporté a trait à une observation de tabes incipiens, dans lequel la dégénération des cordons postérieurs a été étudiée avec grand soin du haut en bas de l'axe spinal sur des coupes méthodiques. Il existe dans la lésion deux maxima absolus d'intensité, l'un au niveau de la deuxième lombaire, l'autre au niveau de la cinquième cervicale, d'où la dégénération va en diffusant. Le faisceau de dégénération total auquel correspondent les deux précédents présente la caractéristique morphologique du système de fibres élémentaires de Flechsig, et occupe une partie déterminée du faisceau de Burdach qui ne répond pas aux régions de ce faisceau qui dégénèrent lors de section expérimentale des racines postérieures. Il s'agit donc d'une lésion de nature systématique. Les ganglions rachidiens n'offrent pas d'altérations nettes, ou qui soient en rapport avec des lésions des cordons : il est donc inadmissible, du moins dans ce cas, que les altérations des ganglions tiennent les autres sous leur dépendance.

Pathologie et traitement de la maladie de Graves (The pathology and treatment of Grave's disease), par W. H. Thomson (*The New-York medical Journal*, 6 juin 1893, n° 757, p. 601). — L'auteur, à l'occasion de 11 cas de goitre exophthalmique qu'il a observés dans sa pratique, et dont il fait tout d'abord ressortir les particularités notables, émet diverses considérations générales sur la pathogénie de la maladie. Il croit devoir attribuer à cet égard un rôle important aux auto-intoxications d'origine intestinale, et base son traitement sur ces relations supposées entre la maladie de Grave et les troubles digestifs.

La bromuration à hautes doses dans l'épilepsie, par Féré (*Revue de Médecine*, 10 mars 1893, n° 3, p. 177). — Sur 20 observations non choisies de sujets bromurés aux hautes doses de 16 à 21 grammes par jour, on n'a observé qu'une perte de poids très considérable dans un seul cas, peu importante dans neuf cas : quatre malades sont restés stationnaires, six autres ont augmenté de poids. Seuls deux malades n'ont encore éprouvé aucun bénéfice du traitement; 11 malades ont eu une amélioration persistante et sept une amélioration temporaire. La bromuration à des doses de 15 à 20 grammes est inoffensive quand elle est surveillée, et souvent elle produit des améliorations dans des cas qui avaient résisté à des doses moyennes.

Lésions de l'aire corticale extra-rolandique comme cause de l'épilepsie (Le lesioni delle aree corticale extrarolandiche come causa dell' epilessia), par Ronconi (*Giornale della R. Accademia di Torino*, mars 1893, n° 3, p. 213). — Il résulte des recherches anatomo-cliniques et des expériences de l'auteur que l'épilepsie est due à une diminution de l'action inhibitoire des centres supérieurs avec parallèlement excitation à l'action automatique des aires

motrices. L'existence de cas d'épilepsie dus à des lésions du lobe frontal ne constitue pas un argument contre l'existence des aires motrices, mais seulement une preuve en faveur de cette conception pathogénique de l'épilepsie.

Différences étiologiques de la folie de la femme et de l'homme (Sulle differenze etiologiche della parzia nella donna e nell' uomo), par Marro (*Giornale della R. Accademia di Torino*, mars 1893, n° 3, p. 209). — D'une étude comparative sur l'étiologie de la folie de la femme et de l'homme portant sur 618 femmes et sur 669 hommes, l'auteur a vu les résultats suivants : Intoxication, F. 89, H. 227. Infection, F. 98, H. 75. Cérébropathies, F. 72, H. 75. Maladies de l'appareil respiratoire, F. 9, H. 19. Maladies de l'appareil génital, F. 129, H. 18. Autres causes physiques, F. 69, H. 74. Ces résultats confirment une opinion déjà exposée par l'auteur, à savoir que chez la femme prédomine comme causes celles qui se rapportent à la conservation de l'espèce, et chez l'homme celles qui tendent à sa propre conservation. Chez lui, en effet, ce sont les causes physiques, l'intoxication alcoolique, qui correspond à une tendance égoïste qui l'emportent, tandis que chez la femme ce sont au contraire les désordres génitaux. Cette différence s'accentue si l'on considère les causes morales : les causes inhérentes à la vie reproductive s'observent 89 fois chez la femme, 25 fois chez l'homme ; celles qui tiennent à l'instinct de la conservation se trouvent au contraire chez 50 femmes et chez 72 hommes.

MÉDECINE

Hypersécrétion gastrique intermittente chez un ataxique, par Soupault (*Revue de Médecine*, février 1893, p. 155). — Observation d'un diabétique, atteint de crises gastriques durant environ dix jours et caractérisées cliniquement par des douleurs à exacerbations matutinales, par des vomissements alimentaires et quelques rejets muqueux ; l'exploration méthodique de la cavité stomacale montre qu'on a véritablement affaire à de l'hypersécrétion intermittente. Dans ce fait, les crises sont moins douloureuses et les vomissements moins incoercibles que dans les cas ordinaires de crises gastriques.

Etude expérimentale des lésions artérielles secondaires aux maladies infectieuses, par L. Thérèse (*Revue de Médecine*, février 1893, p. 123). — Les injections de cultures de bacterium-coli commune, de streptocoque, de bacille de Lœffler, de staphylocoque doré déterminent chez les animaux l'oblitération des capillaires par des cellules lymphatiques sans altération de leur paroi ni de leur revêtement épithélial, et une accumulation de ces mêmes cellules au pourtour du capillaire ; le tissu conjonctif renferme des leucocytes formant tantôt des amas considérables autour d'un vaisseau de petit calibre et à parois minces, tantôt une infiltration diffuse dans les mailles du tissu aréolaire, où ils remplacent les vésicules graisseuses ; ces lésions sont dues à l'action des toxines, car on les observe lorsqu'on injecte des cultures filtrées et stériles. Ces lésions sont l'origine de l'artério-sclérose, les artères de calibre se modifiant sous l'influence des altérations subies par les capillaires qui les nourrissent.

Un cas de coma diabétique chez un enfant de dix-huit mois, par Duflocq et Dauchy (*Revue de Médecine*, juin 1893, p. 546). — Enfant de 18 mois, absorbant deux litres et demi de lait stérilisé par jour, mictions incessantes, constipation, amaigrissement et tristesse depuis quinze jours, ballonnement du ventre, pouls incomptable, cyanose, léger abaissement de température, vomissement, puis coma avec dyspnée et dilatation pupillaire, mort en quelques heures ; les urines n'ont pu être examinées, mais le lavage des linges de corps donna une eau renfermant de la glycose.

Des efflorescences cutanées graisseuses critiques dans le typhus exanthématique, par Combemale (*La Médecine moderne*, 15 juillet 1893, p. 698). — Dans quatre cas de typhus, développement sur la face d'une efflorescence grisâtre d'apparence cristalline, formée de graisse ; dans deux de ces cas, mort au bout de quelques heures et lésions de néphrite à l'autopsie ; dans les deux autres, guérison précédée de délire intense et abaissement de température notable au moment où les efflorescences s'étaient produites.

Actinomycose et iodure de potassium (Osservazion sopra un caso di actinomicosi dell' uomo guarito col ioduro d potassio), par F. Buzzi et B. Galli-Valerio (*La Riforma me dica*, 6 mai 1893, p. 351). — Observation d'un homme de 24 ans ayant des lésions d'actinomycose du maxillaire supérieur droit remontant à quatre mois ; on administre l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour ; amélioration rapide ; au bout de deux mois, guérison presque complète ; au bout de trois mois, on ne retrouve d'autres traces de la maladie qu'une cicatrice adhérente à l'os et correspondant à une des incisions.

CHIRURGIE

Abcès du foie et cirrhose (Abscess of the liver, complicating cirrhosis ; multiple aspiration ; recovery), par Hope (*Medical News*, avril 1893, p. 352). — Un sujet de 37 ans, alcoolique, vint à l'hôpital pour des vomissements durant depuis trois jours ; il était constipé, il avait des pétéchies sur la poitrine et le dos. L'aire de matité du foie était augmentée ; l'abdomen était tendu et dur. Depuis quatre mois le malade a des alternatives de diarrhée et de constipation, avec des frissons suivis de transpiration. On fit le diagnostic de cirrhose du foie avec gastrite alcoolique. Les symptômes s'amendèrent, mais bientôt apparurent des frissons et de la fièvre et le malade s'affaiblit. La quinine n'agissant pas sur la fièvre, on arriva par exclusion à penser à un abcès du foie. On fit une ponction et on retira en effet du pus profondément situé dans le foie. Il y eut une amélioration, puis de nouveau la fièvre, les frissons et la prostration apparurent. On renouvela plus tard la ponction ; mais on ne trouva de pus qu'à une très grande profondeur. A la suite de cette dernière ponction l'état du malade s'améliora et actuellement il va très bien.

Gingivite gangreneuse (Idiopathic gangrenous gingivitis in adults), par Richards (*Medical Record*, 15 avril 1893, p. 457). — Obs. I. — Un homme de 50 ans, à la suite d'une crise de rhumatisme, eut une gingivite avec salivation, haleine fétide, perte de l'appétit et mauvais état général. Toute la portion alvéolaire de la gencive de la mâchoire inférieure était gangrenée, brune ou noirâtre ; les gencives étaient décollées au niveau du collet des dents et des portions du maxillaire inférieur étaient à nu. Les gencives supérieures étaient aussi envahies, mais à un degré moindre. Malgré un traitement antiseptique, ce malade mourut. On ne put trouver aucune trace d'empoisonnement dans les antécédents du malade.

Obs. II. — Un homme de 34 ans, syphilitique, eut à la suite d'une amygdalite une gingivite avec gonflement des ganglions sous-maxillaires, perte de l'appétit et affaiblissement général ; l'haleine était fétide ; la partie droite du palais présente, au voisinage des alvéoles dentaires, une ulcération gangreneuse ; il existe aussi de la gangrène dans le sillon gingivo-génien ; on trouve aussi de la gangrène des gencives inférieures au niveau des molaires. Ce malade ne tarda pas à mourir.

Trépanation pour hémorrhagie sous la dure-mère (Trepanation wegen subduralen Blutergusser mit spæterem osteoplastischem Eratz des Schadeldefektes nach Kœnig), par Riegner (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 28, p. 666). — Un enfant de sept ans et demi tombe du premier étage et est apporté à l'hôpital sans connaissance, avec le pouls à 60 et deux hématomes : un au niveau de la région temporale gauche, l'autre au niveau du pariétal droit. Hémiparésie droite et coma. Les jours suivants, quand le sang s'est un peu résorbé, on trouva à deux travers de doigt, derrière l'oreille gauche, une fente de 2 mm. de largeur arrivant jusqu'à la suture sagittale. Comme symptômes : convulsions faciales droites, convulsions limitées à la moitié droite du corps, aphasie malgré le retour de la connaissance.

On fit la trépanation au niveau de la fissure et, la dure-mère incisée, on retira une certaine quantité de sang, de caillots et de substance cérébrale broyée. Dès le soir, les convulsions disparurent, mais l'aphasie, purement motrice, fut lente à disparaître.

Dix-huit mois après, l'enfant fut opéré de nouveau par la méthode de Kœnig pour combler la brèche formée par une mince cicatrice. Le lambeau ostéo-cutané fut pris sur le front.

Hémostase dans l'hémophilie (Bemerkungen zur Blutstillung bei Hæmophilie), par Zœge-Manteuffel (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 28, p. 665). — L'auteur rapporte l'observation d'un garçon provenant d'une famille d'hémophiles, qui, à la suite de l'extraction d'une molaire, fut pris d'une hémorrhagie incoercible. L'auteur eut l'idée de faire dans la gencive des injections de cocaïne et vit, comme dans un cas antérieur, l'hémorrhagie s'arrêter instantanément, pour revenir au bout de quelques heures. Pendant plusieurs jours on fit des injections à des intervalles de plus en plus éloignés. En dernier lieu, l'auteur appliqua sur la plaie un tampon d'ouate imbibée d'une *solution zymoplastique* envoyée par A. Schmidt, et l'hémorrhagie fut définitivement arrêtée.

Pour étudier la valeur de la solution zymoplastique, qui d'après Schmidt augmente la coagulabilité du sang, l'auteur fit des expériences sur des chats : des tampons trempés les uns dans la solution zymoplastique, les autres dans une solution antiseptique furent appliqués contre des plaies saignantes. On constata que l'hémorrhagie s'arrêtait presque instantanément sous le tampon zymoplastique.

Ostéomalacie puerpérale guérie par la castration (Ein Fall von puerperaler Knochenerweichung durch Castration geheilt), par Harajewicz (*Wien. med. Presse*, 1893, n° 27). — L'auteur rapporte une observation d'ostéomalacie puerpérale classique guérie par la castration chez une femme de 45 ans.

L'ovaire droit était sain, l'ovaire gauche polykystique. Un mois après l'opération, la malade pouvait déjà marcher sans canne. Elle a été revue trois mois après l'opération, et la guérison n'a fait que s'affermir depuis.

Tuberculose péritonéale (Peritonealtuberculose), par Mosetig-Moorhof (*Wien. med. Presse*, 1893, n° 27). — Il s'agit d'un homme de 20 ans, qui, à côté d'une péritonite tuberculeuse avec ascite considérable, présentait des lésions tuberculeuses du sommet, et une ostéite tuberculeuse du radius gauche.

Contre la péritonite tuberculeuse, on fait d'abord la laparotomie avec évacuation du liquide. Il existait une adhérence presque totale entre les deux feuillets du péritoine couverts de tubercules nombreux. Le malade guérit de l'intervention, mais six semaines après, le liquide s'était reproduit aussi abondant qu'auparavant. Cette fois, on fit une simple ponction, et après évacuation du liquide, on injecta par la canule une certaine quantité d'air stérilisé. Cette injection fut refaite encore deux fois à 6 et 8 semaines d'intervalle, après que le liquide s'était reproduit. Après la deuxième ponction, faite avec de l'air passé à travers une solution alcoolique forte d'acide phénique, le malade guérit de sa péritonite.

Pour l'auteur, les guérisons des péritonites tuberculeuses après laparotomie tiennent à l'irritation du péritoine par l'air atmosphérique qui se trouve en contact avec la séreuse pendant l'opération. Cette irritation peut s'obtenir par la simple injection d'air passé à travers une solution antiseptique irritante.

Kyste dermoïde et sarcome kystique du poumon (Ueber die Verbindung einer Dermoidcyste mit malignem Cystosarcome der linken Lunge), par Jores (*Arch. de Virch.*, 1893, Bd 133, p. 66). — L'auteur donne dans son travail la relation d'une autopsie — sans histoire clinique — faite à l'institut pathologique de Bonn.

Le poumon gauche, presque entièrement détruit, était occupé par une masse solide qui se composait de deux parties : la partie inférieure formée par un gros kyste dermoïde (avec dents, poils et peau) entouré de plusieurs autres moins volumineux ; la partie supérieure par un sarcome kystique à cellules fusiformes. Plusieurs noyaux sarcomateux existaient aussi dans le poumon droit.

Pour l'auteur, le sarcome s'est développé aux dépens du kyste dermoïde. Des observations analogues ont été publiées par Czerny, Virchow et Biermer.

Le chloroforme dans le coup de soleil (Der Hitzschlag und seine Behandlung vermittels Chloroformnarkose), par Kœrfer (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 28, p. 670). — L'auteur rapporte deux cas de coup de soleil, dont un très grave (perte de connaissance, cyanose, convulsions généralisées, etc.), guéris très rapidement et d'une façon inespérée par les inhalations de chloroforme continuées pendant une heure et demie. Sous l'influence du chloroforme, on a vu la cyanose et les convulsions disparaître très rapidement, la respiration se régulariser, la température tomber. Au sortir du sommeil chloroformique, les malades avaient déjà repris connaissance. On avait en même temps continué la médication réfrigérante.

L'auteur attribue ce succès à l'action spéciale du chloroforme sur les ganglions cardiaques dont il modère l'excitation. La médication réfrigérante viendrait en second lieu.

Occlusion intestinale (Two cases of complete intestinal obstruction considered with reference to treatment by abdominal taxis), par Knaggs (*Lancet*, 24 juin 1893, p. 1507). — Obs. I. — Un homme fut pris de symptômes d'occlusion intestinale le mardi 7 février : les vomissements ne survinrent que le jeudi ou le vendredi ; le lundi les vomissements devenaient fécaloïdes. Le malade tomba dans le collapsus et ses extrémités se refroidirent. On fit la laparotomie et on trouva une véritable hernie au niveau de l'anneau fémoral ; cependant il n'existait à ce niveau aucune tumeur extérieure, même quand on mettait le doigt dans le sac herniaire. Le malade mourut 24 heures après l'opération.

Obs. II. — Un jeune homme de 18 ans eut en 1886 une maladie qu'on diagnostiqua péritonite tuberculeuse. Il guérit, mais au bout de quelques mois il fut pris de vomissements et de douleurs abdominales qui disparurent ensuite. Un peu plus tard, il eut des symptômes d'occlusion intestinale complète, mais l'état général resta bon. Le 7e jour il eut une douleur à droite de l'ombilic et sentit quelque chose qui se relâchait brusquement dans son ventre avec un bruit de gargouillement. Il survint au bout d'une demi-heure une selle liquide et noire très abondante, suivie de plusieurs autres semblables. Deux jours après le malade était guéri, et il n'y a pas eu depuis de récidive.

Luxation en bas de l'épaule (Offene Luxation des linken Oberarmes in Schultergelenke in der Richtung nach abwærts), par Speck (*Prag. med. Woch.*, 1893, n° 28). — L'observation se rapporte à un homme de 28 ans qui dans une chute se fit une luxation de l'épaule gauche.

A l'examen, fait à l'hôpital trois heures après l'accident, on trouva la tête humérale gauche sortie au dehors à travers une déchirure de l'aisselle. La tête humérale avait sa face postérieure tournée en arrière. Le bras était dirigé presque verticalement en haut, l'avant-bras fléchi, le membre soutenu par la main droite. La sensibilité était conservée ; le pouls radial n'a pu être senti.

La réduction, après désinfection de la plaie, se fit facilement, mais il se déclara aussitôt une hémorrhagie violente qui fut arrêtée par le tamponnement. Le lendemain, une tuméfaction considérable envahit tout le membre, mais la plaie guérit sans complications. La guérison complète ne fut obtenue qu'au bout de trois mois.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine légale militaire, par MM. les Drs Du Cazal et Catrin, Paris, G. Masson (Encyclopédie Léauté).

Guide militaire des étudiants, des médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale, par MM. les Drs Petit et Colin, Paris, *Société d'éditions scientifiques*, 1893.

La médecine légale militaire peut être définie l'ensemble des actes par lesquels le médecin militaire intervient dans l'application des lois et des règlements qui régissent l'armée. Qu'il s'agisse de l'incorporation d'un jeune soldat ou de sa mise en réforme, qu'il faille, durant son passage dans l'armée, lui accorder un congé de convalescence ou une pension de retraite, toujours l'avis du médecin devrait être prépondérant. Il est appelé en sa qualité expert à éclairer aussi bien les membres des Conseils de révision que les généraux qui président les commissions de réforme. Un ouvrage comme celui de MM. du Cazal et Catrin peut donc être considéré comme indispensable non seulement aux jeunes médecins d'armée qui, après avoir suivi le cours d'hygiène et de médecine

légale du Val-de-Grâce, auront besoin de retrouver dans le livre qui en résume l'enseignement les renseignements nécessaires pour bien résoudre chaque cas particulier, mais aussi à tous les médecins qui, appelés à servir dans la réserve ou l'armée territoriale, voudront être à même de pouvoir, à l'occasion, remplir les fonctions toujours délicates de médecin-expert.

Très précis, très complet, très autorisé en raison de la grande compétence de ceux qui l'ont écrit, le traité de médecine légale militaire de MM. du Cazal et Catrin est donc un livre des plus remarquables et l'on doit féliciter vivement ceux qui ont su condenser en un si petit nombre de pages tant de renseignements utiles.

— C'est un ouvrage du même genre, bien que plus développé et conçu sur un autre plan, que le *Guide militaire* de MM. Petit et Collin. Tandis que MM. du Cazal et Catrin ne se préoccupaient que des fonctions médico-légales du médecin militaire, MM. Petit et Collin écrivaient un livre destiné à apprendre aux futurs médecins de la réserve ou de l'armée territoriale tout ce que l'on exigera d'eux au moment où ils seront astreints à subir l'examen de médecin auxiliaire. La partie administrative de ce *guide* contient : des notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaires ; un commentaire des lois sur le recrutement de l'armée, sur l'état des officiers ; des décrets sur la composition et le fonctionnement des conseils d'enquête. Vient ensuite l'étude détaillée de l'organisation du service de santé à l'intérieur, de la disposition et du rôle des infirmiers régimentaires et des hôpitaux ; enfin l'exposé des notions relatives à l'organisation générale du service de santé en campagne (hôpitaux, service régimentaire, ambulances, etc.). Diverses leçons sont consacrées en outre à l'étude des réquisitions militaires, de la Convention de Genève et des sociétés d'assistance aux blessés, etc. Par cette énumération on peut voir toute l'étendue des matières exposées et discutées sous forme de leçons pratiques, dans ce traité d'administration et de législation militaires. Une série de tableaux, de croquis, de planches vient éclairer ce qui, dans un simple exposé didactique, aurait pu paraître difficile à comprendre. Une autre partie de l'ouvrage a trait à l'interprétation des lois, décrets, règlements, circulaires, etc., qui concernent les étudiants ou les docteurs en médecine dans leurs rapports avec l'autorité militaire.

En résumé, le livre de MM. les médecins-majors Petit et Collin devra être étudié par tous ceux qui peuvent un jour appartenir à l'armée. Il est très complet, très facile à lire et à comprendre. Il fait le plus grand honneur à nos jeunes confrères de l'armée toujours disposés et empressés à faciliter l'étude parfois aride des documents administratifs et des règlements militaires.

L. L.

Traité des maladies du sang, par le Dr LABADIE-LAGRAVE. Paris, L. Battaille et Cie, 1893.

La seule énumération des matières contenues dans le livre que vient de faire paraître M. Labadie-Lagrave en indique l'importance et l'intérêt.

Dans une première partie, il étudie successivement le tissu sanguin, les anémies en général, la pléthore, la leucocytose, les altérations des hématoblastes, du plasma et du sérum, l'anémie post-hémorrhagique, l'anémie des enfants et particulièrement des nourrissons, la chlorose, l'anémie pernicieuse progressive, les altérations cachectiques du sang, de la rate, la mégalosplénie, l'anémie splénique primitive, l'anémie infantile pseudo-leucémique, la leucocythémie, l'adénie, les parasitémies, la fièvre récurrente, le paludisme, les toxémies, l'hémoglobinurie, les purpuras hémorrhagiques, le scorbut.

La seconde partie traite des dyscrasies, et comprend les maladies qui ont pour caractère commun d'avoir pour origine au moins présumée une altération d'une ou plusieurs glandes vasculaires sanguines, comme la scrofule, le myxœdème, l'acromégalie, l'ostéite de Paget, etc...

On trouvera peut-être singulier de faire rentrer dans l'étude des maladies du sang et la scrofule et l'acromégalie. Nous admettons toutefois avec l'auteur que la scrofule doit être distinguée de la tuberculose et que l'on peut dès lors la considérer comme une maladie dyscrasique. Quant à l'acromégalie, puisque sa lésion apparente est celle de la glande pituitaire, pourquoi ne pas la considérer, provisoirement au moins, comme une cachexie dyscrasique? On ne saurait nier, en toute occurrence, que la doctrine de P. Marie, à qui l'on doit de connaître cette maladie nouvelle, satisfasse mieux l'esprit que les autres.

Peu importent, d'ailleurs, les classifications en médecine. L'essentiel, pour le médecin et pour l'étudiant, n'est-il point de trouver dans un ouvrage de ce genre des descriptions claires, précises, s'appuyant sur des documents nombreux et bien étudiés? En résumant les meilleures revues générales, les ouvrages les plus consciencieusement écrits sur les sujets dont il s'occupe, M. Labadie-Lagrave a écrit un livre utile et intéressant.

L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITÉ D'ANATOMIE HUMAINE, publié sous la direction de PAUL POIRIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux, par MM. A. CHARPY, professeur d'anatomie à la Faculté de Toulouse, A. NICOLAS, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, chef des travaux anatomiques, A. PRENANT, professeur agrégé, chef des travaux histologiques à la Faculté de Nancy, P. POIRIER, chef des travaux anatomiques, J. JONNESCO, prosecteur à la Faculté de Paris.

Le premier volume de cette encyclopédie anatomique vient de paraître. Il contient l'embryologie, par A. Prenant ; l'ostéologie et l'arthrologie, par P. Poirier ; le développement et l'histologie afférents à ces deux parties étaient dus à M. Nicolas. Ouvrage bien au courant de la science, illustré de figures claires et nombreuses.

DE LA LEUCOPLASIE BUCCALE, par CLÉMENCEAU DE LA ROQUERIE. 1 broch. in-8° de 64 pages. Paris, 1893, Maloine, éditeur.

Dans ce travail, couronné par l'Académie de médecine, l'auteur résume les notions actuellement acquises sur la leucoplasie buccale. Il pense que le développement de l'épithélioma sur les lésions leucoplasiques est dû à une évolution naturelle de celle-ci et non à une cause surajoutée trouvant seulement dans la présence de la leucoplasie un *locus minoris resistentiæ*. Au point de vue étiologique, il admet qu'il existe des lésions syphilitiques leucoplasiformes, qui peuvent favoriser le développement de la leucoplasie, mais que celle-ci est toujours une affection *sui generis*, identique à elle-même, quelles que soient les causes qui ont pu amener ou favoriser son éclosion.

Thèses de Paris.

DES DIVERS PROCÉDÉS D'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS INTRA-VESICAUX, par André-Georges-Albert BRISSON.

I. Le corps étranger est récent, et par suite non incrusté.

1° S'il est souple et de moyen volume, sonde, tige de graminée, bougie d'uréthrotomie, employer comme moyens les plus simples, la préhension avec une pince ou avec le lithotriteur, après dilatation préalable au besoin, ou bien la duplication.

2° S'il est susceptible d'être broyé sans que ses fragments puissent blesser la vessie, lithotritie.

3° S'il est rigide et de moyenne longueur, le redresser et l'extraire soit avec un redresseur, soit plus simplement encore avec le lithotriteur à mors plat.

4° S'il est trop dur pour être broyé, et devient alors dangereux pour la paroi vésicale, tube de verre, morceau de bois, il faudra employer les tailles ; et ce sera de préférence chez l'homme la taille hypogastrique, chez la femme, suivant les indications, la taille hypogastrique ou la taille vaginale. Si l'on remarque la date de publication des observations que nous avons relevées, on constate que le nombre des tailles hypogastriques relativement à la fréquence des autres, intervention par les voies artificielles, croît constamment, ce qui semble en attester la supériorité.

II. Si le corps étranger est ancien, et par suite recouvert de concrétions calcaires.

La lithotritie est indiquée : 1° bonne opération curative quand elle peut amener à la fois le broiement du calcul et du corps étranger ; 2° comme le premier temps d'une autre intervention, préhension ou redressement, si tout en devant être extrait par les voies naturelles le corps intra-vésical est trop dur pour être fragmenté.

Si pour cause de rigidité, de volume exagéré, de fragilité ou de dureté particulières, il devient nécessaire de créer une voie artificielle, laisser de côté la lithotritie, la même opération permettant de débarrasser l'organisme à la fois du calcul et du corps étranger.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 17 août 1893.

Les vœux du Congrès de la tuberculose.

Le *Mercredi médical* a reproduit les communications et les débats du récent Congrès de la tuberculose. On a pu trouver que depuis le précédent Congrès aucun fait saillant ne s'était passé qui nécessitât de nouvelles délibérations; on nous permettra d'être d'un avis différent.

Il n'est pas, en effet, sans intérêt de montrer aux pouvoirs publics, trop enclins quelquefois à y puiser des motifs d'apathie, d'indifférence ou d'hostilité, qu'à l'égard de la tuberculose, le plus redoutable des fléaux qui déciment l'humanité, la science maintient ses découvertes et en confirme les déductions. A force de le répéter, on voudra peut-être bien y croire; gouvernements et peuples s'associeront enfin pour entamer et soutenir une lutte de préservation sociale, où l'action de chacun est indispensable et n'est point faite pour se contrarier.

Quels sont donc les vœux qui ont paru les plus pressants aux membres du Congrès? On les a lus ailleurs et l'on n'aura pas tardé à reconnaître qu'ils sont empreints d'un esprit sincèrement pratique, bien fait pour espérer qu'ils seront pris en considération.

L'inspection régulière et réglementée des viandes de boucherie, facilitée par l'emploi de la tuberculine dans les conditions si remarquablement et si ingénieusement précisées par M. Nocard, n'est de nature à être rejetée dans aucun pays. La Belgique, on l'a vu, a résolu le problème en le généralisant en quelque sorte en dehors des limites étroites de la science officielle; là où les vétérinaires diplômés font défaut, c'est à un agent habile et pratique qu'elle a confié cette inspection, sous un contrôle compétent. Reste la grosse et difficile question de l'indemnité pour abatage; mais les progrès de la stérilisation des viandes provenant d'animaux tuberculeux, sur lesquels le Congrès a si justement insisté, rendront plus favorable son examen par les pouvoirs publics et permettront de trouver bientôt une solution qui tienne compte dans une mesure équitable des divers intérêts en cause.

Bien que la tendance générale soit aujourd'hui de faire intervenir presque uniquement l'autorité publique dans la plupart des questions d'hygiène, il faut savoir gré, croyons-nous, au Congrès de la tuberculose d'avoir tout spécialement insisté sur les mesures d'hygiène privée qui sont de nature à apporter une aide sérieuse et efficace à la prophylaxie de cette affection. Cette prophylaxie, on l'a surabondamment démontré, réside principalement dans la rapide stérilisation ou destruction du crachat expectoré par le tuberculeux avant dessiccation et dans la désinfection de tout ce qu'il a pu souiller à l'état liquide ou à l'état sec. Que feront ici les ordonnances de police si elles ne s'appuient pas sur les mœurs publiques, les transformant, les suivant ou les préparant? Aussi approuvera-t-on sans réserve le vœu de voir installer dans toutes les écoles publiques des crachoirs en nombre suffisant pour qu'il soit possible d'exiger des enfants qu'ils ne crachent pas sur le parquet ou sur le sol. Une fois cette habitude prise, il ne sera plus difficile d'obtenir par un simple avis, ou même en évitant cette peine à l'administration, que les parquets des voitures et des édifices publics ne soient plus salis par les crachats des gens malappris et, quoi qu'on en dise, cette réforme dans l'éducation publique ne tardera pas à avoir d'heureux résultats.

Les pratiques de la désinfection ont pris aujourd'hui une telle importance qu'il est à souhaiter qu'au prochain Congrès on les discute dans tous leurs détails; car ici les progrès de détail prennent de suite une valeur considérable. Dans les quelques villes où la désinfection se fait avec soin, la tuberculose n'a pas tardé à compter parmi les maladies pour lesquelles elle est le plus demandée; nous avons pu montrer aux membres du Congrès quel était l'accroissement continu du nombre des opérations pratiquées dans ces conditions par le service municipal de la Ville de Paris, soit après décès, soit en cours de maladie, ou même préventivement avant de venir habiter un appartement suspect. Raison de plus pour améliorer les conditions de la désinfection, qui n'est pas sans occasionner, en pareil cas, des opérations délicates et coûteuses.

L'hospitalisation des tuberculeux a également à tenir compte de semblables considérations. Il y a longtemps qu'on a démontré, et MM. Letulle et L.-H. Petit l'ont rappelé avec autorité, combien elle se fait mal, sans profit trop souvent pour le malade et presque toujours avec de sérieux dangers pour la population environnante. L'hôpital pour le tuberculeux n'a guère été compris jusqu'ici que comme un asile temporaire, précédant une mort indubitable à échéance peu éloignée; bien heureux quand l'établissement où il est reçu n'a pas été surtout institué en vue d'une exploitation singulièrement lucrative! Les considérations développées à ce sujet par M. Hayem ont vivement frappé le Congrès; car, puisqu'il n'est pas possible, en raison des frais budgétaires, d'hospitaliser tous les tuberculeux dans des conditions satisfaisantes et pendant un temps assez long, n'est-il pas indispensable d'en faire profiter le plus grand nombre possible des traitements nouveaux en les conservant à domicile, en les soignant dans des policliniques et en faisant prendre toutes les mesures indispensables pour éviter la contagion à leurs proches? La substitution des médications par la voie hypodermique ou par les inhalations à l'ancien traitement par la voie stomacale rend cette réforme plus facile et plus rapidement acceptable que toutes celles que l'état des budgets éloigne chaque jour davantage.

Vouloir favoriser la crémation par l'obligation de brûler tous les cadavres de contagieux et en particulier les cadavres de tuberculeux, cela nous a toujours paru un désir bien imprudent. Les causes de la lenteur des progrès de la crémation à notre époque dans tous les pays et notamment en France sont complexes; elles ne tiennent assurément pas à des considérations d'hygiène, mais bien plutôt à la réglementation défectueuse des cérémonies et des détails d'exécution; en tout cas, une obligation de ce genre serait bien peu faite pour lui amener de nouveaux partisans, quelques regrets que des hygiénistes puissent en avoir.

Il faut ajouter que notre loi sur la liberté des funérailles, qui a impliqué la reconnaissance officielle de la crémation, est bien trop récente pour qu'on en puisse espérer la modification, surtout si l'on peut démontrer qu'avec des précautions spéciales de mise en bière, de désinfection et d'inhumation, les cadavres de tuberculeux peuvent, sans danger, être inhumés sans porter atteinte à des pratiques pour lesquelles le sentiment public est en France plein de délicatesse et de respect. Or, il est surabondamment démontré aujourd'hui qu'il est possible d'agir ainsi, ce qui revient à dire que le tuberculeux doit être reconnu comme un malade contagieux.

Toute la prophylaxie de la tuberculose réside, en effet, dans cette formule. Nous croyons qu'à cet égard, le public est beaucoup plus ferme et plus résolu que la plus grande partie du corps médical et que les représentants des pouvoirs publics; nous n'en prenons pour preuve que l'empressement avec lequel il sollicite dans ces cas l'assistance des services qui peuvent lui être utiles. Il le fait ouvertement, par des déclarations nettes et avec d'autant plus de confiance que la discrétion administrative, si indispensable dans l'espèce, lui est mieux connue et plus assurée. C'est pourquoi les vœux du Congrès de la tuberculose paraissent à une heure éminemment favorable et qu'il importe de les rappeler souvent au public et à tous ceux qui ont sur lui charge d'éducation et d'autorité.

A.-J. Martin.

REVUE GÉNÉRALE

Hôpital Saint-Louis, service de M. le Pr Fournier.

CONFÉRENCES DU MERCREDI.

Artérites syphilitiques, par M. L. Hudelo, chef de clinique.

Parmi les grandes infections microbiennes, la syphilis est, de toutes, celle qui se fixe le plus volontiers sur les parois des artères pour y produire des lésions spécifiques. Elle présente, de plus, ce caractère particulier d'affecter une incomparable prédilection pour certains systèmes, parmi lesquels le système artériel *cérébral* tient de beaucoup le premier rang. Cette affinité élective de la syphilis pour les artères de l'encéphale est encore plus manifeste si l'on réfléchit qu'en dehors des faits d'artérites cérébrales syphilitiques pures, il n'est pas de cas d'envahissement gommeux ou scléro-gommeux du cerveau qui n'ait nécessité, comme première étape anatomo-pathologique, le développement préalable d'altérations spécifiques dans les artères d'où relève le territoire cérébral atteint. Beaucoup plus rares sont les lésions syphilitiques des autres systèmes artériels, mais elles sont partout identiques.

L'histoire des artérites syphilitiques date, on peut le dire, de ce siècle. A peine trouve-t-on dans les auteurs anciens quelques indications précises: Morgagni parle d'altérations de l'aorte, des artères des méninges et des plexus choroïdes chez les syphilitiques; Plancus décrit des ulcérations et des excroissances pustuleuses; Astruc soupçonne l'origine artérielle de certaines lésions nerveuses de la syphilis.

D'après Bérard et Marjolin, le virus exerce directement son action sur les membranes des artères, les rend friables ou y produit des ulcères, et ces diverses altérations sont nécessairement suivies de dilatations anévrysmales. Nous aurons à étudier dans un chapitre spécial les rapports de causalité entre la syphilis et les anévrysmes.

Pendant longtemps, les observations d'artérites syphilitiques restent isolées; parmi les plus intéressantes citons celles de Dittrich (1849), de Gildemeester et Hoyack (1854), de Virchow (1859), de Steenberg, de Meyer, de Wilks (1863), de Bristowe (1864); il s'agit dans ces divers cas de thrombose syphilitique des carotides et des artères crâniennes.

Il faut arriver au mémoire de Heubner (1870) pour voir établir dans un travail d'ensemble les grandes lignes caractéristiques de l'artérite syphilitique; un second mémoire de 1874 complète l'étude de la question, et l'auteur conclut que, dans 164 autopsies de cerveaux syphilitiques, il a noté 44 cas d'artérite avec gommes, 2 d'artérite avec méningite, 16 d'artérite seule.

En France, Lancereaux, dans des travaux répétés (Traité de la syphilis, Archives de médecine 1873) et son élève Gros étudient complètement l'artérite scléroso-gommeuse des artères cérébrales.

Citons depuis ces mémoires importants les travaux de Hughlings Jackson, Broadbent, Baumgarten, Leudet (1874), Rabot (Thèse 1875), Cornil (1879, 1886), Fournier (La syphilis du cerveau), Rumpf (1887).

Ces divers travaux se rapportent presque exclusivement à l'artérite cérébrale; l'histoire des manifestations

de la syphilis sur les autres systèmes artériels est beaucoup moins riche; en étudiant ces localisations, rares en somme, de l'artérite spécifique, nous citerons les noms des principaux auteurs qui en ont publié des observations démonstratives.

Quelques faits se rapportent à des cas d'artérites syphilitiques à marche tout à fait aiguë : ils sont exceptionnels; notons ceux de Monon (1869), où il s'agit d'une artérite aiguë du tronc basilaire, de Brault (1878) relatif à une artérite aiguë de la carotide gauche après six mois de syphilis, de Wilks (artérite de la vertébrale et de la carotide gauches après cinq ans de syphilis), de Baroux (Thèse 1884) où il est question d'artérite de l'extrémité supérieure de la carotide interne après 14 mois de syphilis, de Leudet (1884) qui publia une intéressante observation d'artérite de la temporale après six ans de syphilis.

Rappelons enfin que la question des artérites syphilitiques a été remarquablement résumée par M. Mauriac (Cliniques 1890) et par M. Dieulafoy (Revue générale); citons enfin un mémoire avec une observation d'hémorrhagie cérébrale par artérite du tronc basilaire de MM. Joffroy et Létienne (Arch. méd. expérim., 1891).

L'artérite est-elle une manifestation fréquente de la syphilis? Greenfield l'aurait rencontrée 15 fois sur 16 autopsies de syphilitiques; mais elle ne s'observe pas également à toutes les périodes de la maladie; c'est avant tout une lésion de la période tertiaire, lésion fréquente, car, en dehors des cas où les artères sont atteintes et seules atteintes, il faut se rappeler, comme l'ont bien montré Virchow, Wilks, Rumpf, que ce sont les artères qui commandent partout la répartition des lésions gommeuses et scléreuses; celles-ci suivent les branches artérielles. C'est en moyenne à partir de la 3e ou de la 4e année de la syphilis que les artérites se produisent. Mais c'est aussi beaucoup plus tôt souvent que les artères sont frappées par le virus, les artères cérébrales surtout; après un an de syphilis dans 13 cas de Gjon et dans un cas de Jullien, après 14 mois (Barows), après 4 mois (Hulke); Mauriac, Fournier, Gaudichier (Thèse 1886) ont insisté sur la précocité des artérites cérébrales, précocité qu'il faut bien connaître, car c'est une notion capitale au point de vue du diagnostic et du traitement. Rappelons que Robertson aurait observé un cas d'artérite cérébrale avant même la guérison du chancre.

L'étiologie précise de l'artérite syphilitique est encore bien obscure; nous savons que cette lésion se voit plus souvent chez l'homme que chez la femme, plus souvent avant qu'après 40 ans, en somme chez des sujets jeunes; dans le cas particulier de l'artérite cérébrale, il faudrait tenir compte de certaines prédispositions héréditaires, des habitudes alcooliques, du surmenage cérébral, des émotions dépressives, des excès vénériens.

Faut-il attribuer à la gravité de la syphilis en évolution une influence précise sur la détermination artérielle? C'est loin d'être une règle. Mauriac, Broadbent, Gros et Lancereaux, Buzzard et Moxon, Fournier ont montré que, dans les cas d'artérites cérébrales, la syphilis est le plus souvent moyenne ou même bénigne.

L'artérite syphilitique peut s'observer en tous points du système artériel, mais elle affecte dans la grande majorité des cas les petites artères; enfin, nous rappelons qu'elle offre une indiscutable prédilection pour les artères cérébrales; on a voulu expliquer cette affinité par la présence autour de ces artères d'une gaine lymphatique charriant le virus; cette explication ne cadre pas avec les faits, pourtant fréquents, où les lésions débutent nettement par l'endartère. Parmi les artères cérébrales, les sylviennes sont particulièrement frappées, surtout dans leurs premières divisions; plus rarement sont frappées la carotide, les vertébrales, le tronc basilaire et ses branches bulbaires ou protubérantielles; à côté des artères cérébrales, mentionnons les artères de la rétine dont Galezowski a montré la fréquente atteinte suivant le mode aigu.

L'artérite syphilitique dans la moelle est infiniment plus rare, et partant beaucoup moins connue; elle semble jouer un rôle capital dans quelques cas de ramollissement de la moelle (Julliard).

L'artérite syphilitique ne s'observe guère isolément sur les artères des autres viscères, mais on peut dire que l'artério-capillarite est une lésion constante et nécessaire de toute les syphiloses viscérales (foie, rein, rate, etc.) : rappelons que pour Galliard (Th. 1882, *Arch. de médecine*, 1886), l'ulcus stomacal pourrait dans quelques cas relever d'une artérite spécifique; dans un cas d'entérite ulcéreuse chez un syphilitique, Heubner a constaté de l'artérite; Lang a fait la même constatation sur les artères de l'intestin d'un nouveau-né syphilitique.

L'artérite des artères coronaires a été observée par Birsch-Hirschfeld, Chvostek.

Enfin, dans 5 cas d'avortement syphilitique, Œdmaunson (1869) aurait constaté de l'artérite du cordon ombilical.

L'artérite syphilitique peut frapper, dans quelques cas, des vaisseaux plus volumineux, des artères de moyen et même de gros calibre : la radiale (Lomokowsky, 1879), la temporale (Leudet), la sous-clavière, la poplitée, l'humérale (Langenbeck, Zeissl, Bristowe), l'axillaire (Proust).

Dans des cas exceptionnels, on a noté des gommes dans le tronc de l'artère pulmonaire (Weber, Wagner).

Pour l'aorte, sans parler ici de l'anévrysme sur lequel nous reviendrons ultérieurement, il semble qu'elle puisse subir parfois l'atteinte de la syphilis : les observations de Virchow, d'Hédénius (1867), de Beer (1868), de Welch (1878), de Huber (1880) semblent bien en établir la réalité.

Enfin, il est un dernier système artériel qui n'échappe pas à l'infection syphilitique, c'est le système des artères cutanées, et l'artérite syphilitique, qui fait partie du processus anatomique du chancre, se retrouve dans certaines éruptions secondaires et à l'origine de la plupart des syphilides tertiaires, notamment des gommes.

Si nous voulons étudier l'anatomie pathologique de l'artérite syphilitique, c'est une artère de petit ou de moyen calibre qu'il nous faut prendre pour type, c'est là seulement que les lésions nous présenteront des caractères nettement différenciés. Nous verrons alors que, le plus souvent, les lésions sont symétriques, bilatérales, et que, sur chaque artère atteinte, les lésions sont circonscrites, nodulaires en quelque sorte. A la simple inspection, l'artère malade présente de distance en distance des points d'une coloration blanchâtre ou d'un jaune soufre, opaques; tantôt la surface extérieure est lisse, non déformée, d'autres fois l'artère est noueuse, semée de nodosités extérieures, miliaires ou lenticulaires; enfin, dans quelques cas (nous reviendrons sur ce point) on pourra voir de véritables poches anévrysmales du volume d'un pois, d'une noisette, d'un œuf, accolées à la paroi du vaisseau.

Si l'on sectionne l'artère transversalement et longitudinalement, on constate le plus souvent un rétrécissement du calibre, ou même une oblitération complète avec arrêt de la circulation; cela résulte de la production sous l'endartère d'épaississements qui soulèvent la tunique interne et sur lesquels le sang s'arrête et se coagule, d'où production en quelques semaines d'une thrombose intra-vasculaire complète. C'est un type en somme d'artérite oblitérante partielle ou totale.

Dans des cas plus rares, où le processus est rapide, on a constaté, au lieu de la thrombose vasculaire, la rupture, la déchirure de l'artère.

On a distingué deux variétés principales d'artérite syphilitique; dans l'une, qui est de beaucoup la plus fréquente, les parois sont rigides, dures, épaissies; les points malades, d'une coloration blanchâtre, fibroïdes, ont la forme d'îlots, de nodosités, de viroles miliaires ou lenticulaires, saillantes dans la cavité de l'artère ou extérieurement; c'est là l'artérite noueuse que nous avons décrite plus haut, l'artério-syphilose scléreuse (Mauriac). Dans la deuxième variété, les points malades sont jaunâtres, et les parois épaissies sont beaucoup moins dures : c'est l'artério-syphilose gommeuse. On peut dire que la forme mixte, l'artérite scléro-gommeuse, est la règle (Lancereaux).

Dans les grosses artères, l'aorte par exemple, on constate de l'épaississement des parois, du rétrécissement de la lumière par des plaques, des viroles scléreuses, saillantes dans la cavité, rarement l'oblitération complète : les altérations athéromateuses sont absolument exceptionnelles, même sur l'aorte; l'aortite syphilitique vraie a peu de tendance à la dégénérescence graisseuse (Heubner), car c'est un processus formatif plus que dégénératif (Lebreton).

Ces divers détails sont confirmés par l'examen microscopique, et c'est encore sur les artères de petit volume comme les artères cérébrales qu'ils sont le plus nets :

Dans les cas très aigus, on n'observe que des lésions de prolifération embryonnaire diffuse, les trois tuniques semblent envahies presque simultanément : le plus habituellement, la tunique externe est prise la première, et l'on voit s'y produire un développement rapide de cellules embryonnaires nombreuses, qui gagnent bientôt les deux autres tuniques; c'est le type du processus infectieux aigu. De là, une augmentation d'épaisseur et aussi de friabilité de la paroi sur une étendue variable, selon que l'artérite est circonscrite ou diffuse. Secondairement, l'endartère se prend à son tour; et l'on y observe, par le fait de la prolifération intense des cellules sous-endothéliales, la formation de bourgeons végétants, latéraux, rétrécissant irrégulièrement le calibre du vaisseau : dans quelques cas, les parois opposées peuvent se souder et transformer la lumière vasculaire en un cordon fibreux plein. Sous l'influence de ces altérations, les lames élastiques et musculaires sont dilacérées, fragmentées; la tunique élastique interne reste seule respectée.

Dans les cas les plus ordinaires d'artérite syphilitique, la marche est subaiguë ou même chronique, quoique dans quelques cas le processus soit au début franchement aigu. On peut en somme distinguer dans l'évolution des lésions deux stades, deux étapes : dans un premier stade d'infiltration embryonnaire simple, analogue à ce que nous venons de décrire, on voit dans la tunique externe une infiltration d'éléments cellulaires, en lignes parallèles, qui sur certains points forment de véritables amas nodulaires, tantôt entièrement cellulaires, tantôt au contraire à périphérie seule cellulaire, et à centre dégénéré, avec parfois même des cellules géantes : ces nodules sont des syphilomes à divers stades d'évolution. La tunique moyenne est en général respectée, comprimée seulement par les deux autres; dans les cas où elle est dilacérée et disparaît, la formation d'un anévrysme est une conséquence presque nécessaire. Dans la tunique interne, les altérations se passent dans la couche qui sépare l'endothélium de la membrane fenêtrée, on y voit des cellules embryonnaires infiltrées ou en amas entre les fibres élastiques, soulevant l'endothélium en végétations saillant plus ou moins régulièrement dans le canal vasculaire : l'endothélium peut tomber, desquamer, et alors les bourgeons cellulaires se rejoignant peuvent se fusionner en un tissu fibreux oblitérant l'artère.

Le deuxième stade correspondant à l'évolution de ces cellules embryonnaires infiltrées, de ces amas nodulaires, vers la production de tissu scléreux ou de syphilomes gommeux. Selon la proportion réciproque de l'un et des autres, on pourra distinguer deux formes : une habituelle, l'artérite scléreuse, dans laquelle les lésions sont constituées avant tout par du tissu de sclérose, fibreux, avec quelques stries de tissu gommeux, jaunâtre, dégénéré, mêlé au tissu fibreux; une seconde forme, infiniment plus rare, dans laquelle le tissu scléreux est beaucoup moins répandu, tandis que les productions gommeuses, soit en lamelles infiltrées, soit en amas nodulaires, dans l'épaisseur des parois, soit même en excroissances extra-vasculaires, tiennent le premier rang : c'est l'artérite gommeuse.

Telles sont en résumé les altérations qui caractérisent l'artérite syphilitique : ce sont, on le voit, des lésions d'abord embryonnaires, puis scléreuses, qui ne prennent un aspect vraiment spécifique que par le mélange, en proportion variable, du tissu fibreux néo-formé, et de tissu gommeux : dans l'ignorance où nous sommes du microbe pathogène, nous n'avons pas encore d'autre critérium de spécificité. Heubner avait cru pouvoir attribuer à l'artérite syphilitique des caractères tout particuliers qu'il résumait dans la proposition suivante : L'artérite syphilitique est, avant tout, une endartérite; les lésions débutent sous l'endothélium; elles sont caractérisées par leur évolution nodulaire, sans tendance à l'athérome, par la formation d'un bourgeon latéral saillant dans la lumière du vaisseau. La proposition de Heubner a le défaut d'être trop étroite, de ne pas s'appliquer à tous les cas : Cornil (*Journal des Connaiss. méd.*, 1886) a bien montré que l'athérome existe parfois dans l'artérite syphilitique, tandis que l'évolution nodulaire peut manquer. Pour Lancereaux, Baumgarten, Rumpf, l'endartérite dont Heubner voulait faire le type presque exclusif de l'artérite syphilitique et qu'il attribuait à l'irritation directe de l'endothélium par le virus en circulation dans le sang, est loin d'être la règle; beaucoup plus souvent le processus pathologique débute et prédomine toujours dans la tunique externe, au voisinage des vasa-vasorum; si l'endartère est envahie, ce n'est que secondairement. Thibierge (*Gaz. des hôp.*, 1889) a résumé cette discussion. Marfan et Toupet (1890) font débuter les lésions par les vaso-vasorum eux-mêmes.

Entre ces deux opinions opposées, on peut admettre avec Dieulafoy l'existence de deux formes anatomiques différentes d'artérite syphilitique : 1° l'endartérite oblitérante (type de Heubner); 2° l'artérite scléro-gommeuse des parois, à début par la périartère, mais aboutissant parfois à l'oblitération vasculaire par coagulation et thrombose.

En somme, nous pouvons résumer les caractères spéciaux de l'artérite syphilitique en ces termes : c'est une lésion localisée avant tout aux petites artères, s'étendant rapidement à une grande étendue du système circulatoire, rétrécissant le calibre vasculaire par un tissu nouveau non dégénéré; enfin, c'est une lésion curable, car elle peut se terminer par *restitutio ad integrum*.

La description microscopique que nous venons de donner, tout en s'appliquant particulièrement à l'artérite syphilitique des artères cérébrales, convient tout aussi bien aux diverses autres artérites viscérales ou non viscérales : nous n'insisterons donc pas davantage. Disons seulement quelques mots des artérites spécifiques dans la peau : dès le début de la syphilis, dès le chancre, les artérioles cutanées sont touchées dans le territoire de la lésion d'inoculation : sur une coupe histologique de

chancre induré, on constate un épaississement scléreux de la tunique externe et de la partie externe de la tunique moyenne, riche en cellules embryonnaires; de plus, l'endothélium prolifère jusqu'à oblitérer parfois la lumière vasculaire; dans quelques cas, on trouve l'artériole obstruée par un coagulum fibrineux. Cette sclérose vasculaire, constante, est une des causes principales de l'induration chancreuse. Au voisinage du chancre, les vaisseaux de la couche papillaire sont dilatés, parfois rompus, d'où la production d'ecchymoses pointillées. — Dans les éruptions secondaires, les vaisseaux sont distendus, et on note de la diapédèse : mais dans certaines syphilides secondaires ulcéreuses, on peut voir plus, et Balzer a noté une infiltration embryonnaire extrême des parois des vaisseaux et autour des vaisseaux aboutissant à la nécrobiose des tissus par compression vasculaire. — A la période tertiaire, les syphilides gommeuses sont celles qui présentent les lésions les plus nettes des artérioles : ces lésions sont constantes, car elles sont la condition première et nécessaire du développement du tissu gommeux : nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

De l'artérite syphilitique, telle que nous l'avons décrite, résultent nécessairement des conséquences anatomiques diverses, mais dont la principale, celle dont découleront les symptômes observés en clinique, est l'oblitération des artères atteintes, avec ses suites habituelles sur la nutrition des territoires irrigués. Etudions-les d'abord dans l'artérite cérébrale : la plus habituelle est la thrombose progressive, incomplète ou complète, des artères malades, d'où la production des infarctus du ramollissement thrombosique. Plus rarement, l'on note l'embolie par migration d'un thrombus fibrineux. L'anévrysme miliaire n'est pas fréquent, mais existe incontestablement du fait de la syphilis : sa terminaison est la rupture, d'où l'hémorrhagie cérébrale, plus souvent méningée. Enfin, une conséquence capitale de l'artérite cérébrale, c'est qu'elle est l'origine des processus scléreux ou gommeux intra-cérébraux : si Lancereaux a pu voir les gommes se développer dans la gaine lymphatique périvasculaire, en dehors des vaisseaux, et les artères ne se prendre qu'ultérieurement, il est admis aujourd'hui pour la très grande majorité des cas, depuis les travaux de Hutinel (1876), Brissaud, Malassez (1881), Balzer (1883), Rindfleisch, Rumpf (1887), que l'artérite est primitive (c'est surtout une périartérite), et que secondairement se forment des nodules périvasculaires, d'abord entièrement formés de cellules embryonnaires, qui sont les gommes à leur première période : c'est le nodule microscopique d'Hutinel, le nodule folliculaire de Brissaud, lymphoïde de Malassez. C'est là un fait général aussi bien pour le cerveau que pour le poumon (Balzer et Grandhomme, 1887), pour le foie comme nous l'avons constaté nous-même (1890), et enfin dans la peau (Marfan et Toupet 1890). On peut donc concevoir dans l'évolution de la gomme deux stades : un premier où on ne constate que de l'infiltration embryonnaire abondante, périvasculaire, précédée toujours de lésions préalables des artérioles et des capillaires (congestion intense avec stase leucocytique, prolifération nucléaire des tuniques interne et externe des artérioles, prolifération et fusion de l'endothélium des capillaires). D'après Marfan et Toupet, les nodules embryonnaires, qui seront les gommes, se développent plutôt autour des capillaires que des artérioles, et ce sont des nodules de capillarite : dans les artères cérébrales, les nodules de capillarite se font aux dépens des vasa-vasorum des artères. Le second stade de la gomme répond à la nécrose gommeuse, résultant de l'imperméabilité des capillaires au sang (Marfan et Toupet); quant à l'accroissement de la gomme, il se fait par infiltration plus ou moins abondante, plus ou moins diffuse des cellules rondes autour des nodules embryonnaires, dans les tissus périvasculaires. — Ce que nous venons de dire de la formation de la gomme s'applique au développement du tissu de sclérose : le premier stade est commun aux deux formes anatomiques; d'après Marfan et Toupet, la sclérose se produit si la perméabilité des vaisseaux n'est pas disparue, mais est insuffisante : c'est une sclérose dystrophique. Donc, dans le cerveau, les processus scléreux, comme les gommes, sont d'origine artérielle. — Il en est de même pour tous les autres viscères : sclérose ou gomme y sont les deux termes de l'artérite syphilitique.

Pour les artères non viscérales, telles que les artères des membres, l'artérite syphilitique a comme conséquence anatomique le plus souvent la thrombose, et celle-ci peut aboutir à la gangrène des tissus non irrigués; plus rarement l'anévrysme est la conséquence de l'altération des parois artérielles. En somme, dans la grande majorité des cas, la thrombose, beaucoup plus rarement l'anévrysme, telles sont les conséquences anatomiques de l'artérite syphilitique.

La symptomatologie de ces lésions se réduit en somme à des signes de rétrécissement ou d'obturation des artères malades ; on conçoit par suite qu'elle présente des aspects variables avec les territoires artériels atteints.

L'artérite cérébrale est aujourd'hui bien connue en clinique ; elle domine le tableau de la syphilis cérébrale.

Dans les cas d'oblitération de la carotide ou du tronc basilaire, la marche est en général assez aiguë : après quelques jours de céphalée intense, surviennent des accès épileptiformes aboutissant à un coma rapidement mortel ; dans quelques cas, on a vu après quelques vertiges le malade tomber dans le coma et mourir subitement par arrêt respiratoire (J. Wyeth). Dans d'autres cas où la marche de l'oblitération vasculaire est moins rapide, on peut assister à des phénomènes plus complexes : c'est ainsi que dans quelques cas d'artério-syphilose bulbaire, on a noté des paralysies multiples, bilatérales, du type de la paralysie labio-glosso-laryngée, des troubles cardio-pulmonaires (accès de dyspnée, cyanose), des vomissements, des troubles de déglutition, des convulsions. Ces troubles sont, en général, variables presque d'un jour à l'autre, on voit certaines paralysies guérir pour faire place à d'autres, mais le pronostic n'en reste pas moins fatal. On a noté dans de rares cas des paralysies du type alterne dans le cas d'artério-syphilose protubérantielle. Nous passons rapidement sur ces faits.

Dans l'artérite cérébrale proprement dite, qui est la plus fréquente de toutes, les signes sont ceux du ramollissement cérébral par thrombose, plus rarement ceux du ramollissement aigu d'origine embolique : le malade se plaint d'abord, pendant un temps plus ou moins long, d'une céphalée intense, à siège frontal le plus souvent, à recrudescences nocturnes, gravative, pénible, empêchant le sommeil ; en même temps, il a des vertiges, des étourdissements, un état de somnolence continuelle (somnolence ébrieuse de Heubner), souvent quelques troubles psychiques, de l'embarras de la parole, des fourmillements des mains, de l'engourdissement des pieds ; puis, un jour survient un ictus avec ou sans coma, et des paralysies se constituent : soit des paralysies oculaires (3e, 6e paires), soit une monoplégie, soit une hémiplégie droite complète avec aphasie ; ces paralysies peuvent être brusques ou graduelles, transitoires ou permanentes, et aboutir alors à la contracture secondaire. Ces divers symptômes peuvent disparaître complètement, mais il faut se méfier des récidives, fréquentes jusqu'à la terminaison mortelle dans le délire, accompagné de paralysies des sphincters, de contractures, de crises épileptiformes et même de fièvre.

On peut, d'ailleurs, dans cet ensemble distinguer avec les auteurs plusieurs groupes : tantôt ce sont les phénomènes paralytiques qui prédominent, et alors on peut observer les types d'hémiplégie droite avec aphasie, d'hémiplégie droite ou gauche sans aphasie, de monoplégie supérieure ou inférieure, de paralysie faciale, de paralysie glosso-labiée ; c'est, en somme, une question de localisation anatomique des lésions ; d'autres fois les phénomènes convulsifs prennent le pas, et l'on assiste alors à l'épilepsie syphilitique généralisée ou plus souvent jacksonienne ; dans d'autres cas enfin, ce sont les phénomènes psychiques qui prédominent : ce sont les folies syphilitiques, la pseudo-paralysie générale. Mais il faut savoir que dans ces dernières modalités les lésions artérielles ne sont plus seules, mais accompagnées de processus méningés ou cérébraux, scléro-gommeux.

La symptomatologie de l'artérite dans la moelle est encore peu connue, toutefois il faut probablement rapporter à cette lésion quelques cas de ramollissement de la moelle (Déjerine, Julliord, Homolle), où les symptômes furent ceux d'une myélite à marche rapide (paraplégie, paralysie des sphincters, eschare sacrée de decubitus acutus).

Il ne nous est pas possible de donner une symptomatologie des autres artères viscérales, car dans ces cas les symptômes d'artérite se confondent dans le syndrome viscéral par lequel s'expriment les lésions (cirrhoses, etc.), dont l'artérite a été l'origine.

Nous avons vu déjà combien sont rares les artérites des artères périphériques et des membres. L'observation de Leudet, où le vaisseau intéressé fut la temporale superficielle, est un exemple bien net des symptômes qu'on note lorsque le vaisseau malade est accessible à la vue et au toucher : on constata d'abord une diminution progressive des pulsations de l'artère, les battements pâteux, incomplets, finirent par disparaître entièrement ; la pression déterminait une douleur locale assez vive, et l'artère oblitérée donnait la sensation d'une corde sous le doigt ; tous ces symptômes s'amendèrent, puis disparurent par le traitement. Dans quelques observations d'artérite de la sous-clavière (Lancereaux), de l'humérale (Langenbeck, Zeissl, Bristowe), de l'axillaire gauche (Proust), on note une disparition progressive du pouls.

Dans bon nombre de cas, les conséquences du rétrécissement ou de l'oblitération artérielle sont plus manifestes ; on a noté des signes de claudication intermittente au cours d'artérite des membres inférieurs ; dans un cas d'Hutchinson (1884) il y avait du refroidissement et de la lividité des doigts ; Després et Jullien ont vu un cas de gangrène du pied au cours d'une syphilis secondaire ; Fournier a vu des cas de gangrène des doigts ; Ch. Aune (Thèse de Lyon, 1890) cite quatre observations (dont une de Berger et une personnelle) où il s'agit de gangrène soit des membres inférieurs, soit des supérieurs. Nous n'avons rien à dire sur les symptômes de l'artérite de l'artère pulmonaire : Weber a noté de la dyspnée et des signes d'apoplexie pulmonaire.

L'aortite syphilitique n'a pas de symptômes spécifiques, ce sont ceux de toutes les aortites, qu'elles relèvent du rhumatisme, de l'alcoolisme, du saturnisme, de la goutte : d'ailleurs, l'aortite syphilitique est souvent latente ou masquée par une affection cardiaque ou péricardique concomitante. Elle constitue souvent la première étape de l'anévrysme (Jaccoud, 1886, 1887).

Les signes fonctionnels consistent en une douleur rétro-sternale, fixe, rétro-sternale, accompagnée d'accès d'angor pectoris. Les signes physiques les plus habituels sont : zone de matité anormale en dehors du bord droit du sternum, depuis le 3[e] espace en bas jusque vers l'articulation sterno-claviculaire droite en haut, hypertrophie du ventricule gauche ; souffle systolique sur le trajet de l'aorte.

Nous en avons fini avec l'histoire de l'artérite syphilitique habituelle, régulière si nous pouvons ainsi dire ; il nous reste maintenant à envisager en détail une intéressante complication de ces altérations, dont nous avons déjà fait mention maintes fois au cours de cette étude : les anévrysmes consécutifs à l'artérite. C'est une conséquence en somme rare, puisque la réalité en a été longtemps discutée, mais aujourd'hui les observations positives ne manquent pas.

Les anévrysmes des artères cérébrales ont été bien étudiées par Lancereaux, Verdié (Thèse, 1885) qui en a relevé huit cas, et par Spillmann (*Ann. de dermatologie*, 1886) dans un intéressant mémoire qui comprend au total quinze cas. Déjà Lancisi, Morgagni en admettaient l'existence. On peut dire que la plus grande partie des anévrysmes intra-crâniens (la moitié d'après Knight), y compris ceux du sinus caverneux, sont d'origine syphilitique. Au point de vue topographique, ces altérations affectent deux sièges de prédilection : d'une part, le tronc basilaire ; à ce niveau, leur rupture amène une hémorrhagie méningée, beaucoup plus rarement une hémorrhagie bulbaire ; d'autre part, les rameaux de l'artère sylvienne, d'où la production, après leur rupture, d'hémorrhagie méningée, plus rarement d'hémorrhagie cérébrale vraie.

Ces anévrysmes forment des tumeurs du volume d'un pois, parfois d'un œuf de pigeon (Barbe et Rioblanc, Russel, Chvostek) : histologiquement, ils débutent par une infiltration embryonnaire extrême de la tunique interne, bientôt suivie de dégénérescence granuleuse de la tunique moyenne et d'inflammation de la tunique externe, pas de dégénérescence athéromateuse ; puis, sous la poussée sanguine, se forment des poches communiquant avec la cavité artérielle par un orifice en général étroit, fissuraire, qui explique par ses faibles dimensions la possibilité de la survie plusieurs heures après la rupture d'un anévrysme.

Les anévrysmes cérébraux sont une lésion parfois tardive (après 20 ans de syphilis), parfois au contraire très précoce ; leur développement semble favorisé par l'alcoolisme, le surmenage intellectuel, les excès vénériens, l'insuffisance de traitement de la syphilis dès son début.

Dans l'immense majorité des cas, les symptômes de la rupture d'un anévrysme cérébral syphilitique sont ceux de l'hémorrhagie méningée ; mais ils sont précédés pendant un temps en général assez long de signes d'artérite simple : douleurs vagues, céphalées intenses à recrudescence nocturne, vertiges, embarras de la parole, jusqu'au jour de la rupture.

L'hémorrhagie s'annonce en général par des prodromes, outre la céphalée déjà signalée, douleur dans la sphère du trijumeau, vomissements, tendance à la torpeur, hésitation dans la marche, contractures ou mouvements convulsifs. Il est bien rare que cette période prodromique fasse défaut.

Au moment où l'hémorrhagie se produit, l'apoplexie peut être foudroyante, mortelle en quelques minutes ; ou au contraire, plus lente, progressive, graduelle depuis la simple somnolence jusqu'au coma complet ; la mort survient au plus tard au septième jour : on ne note pour ainsi dire jamais de paralysie limitée ; la température est basse.

Dans les cas extrêmement rares où l'anévrysme, siégeant sur les artères du cerveau même, se rompt en plein parenchyme, on assiste au syndrome de l'hémorrhagie cérébrale commune.

Les hémorrhagies bulbaires ou bulbo-protubérantielles par rupture d'anévrysme syphilitique, sont exception-

nelles. Leur symptomatologie ne présente pas de particularités imputables à leur étiologie spéciale.

Les anévrysmes des autres artères (excepté l'aorte dont nous parlons plus loin) sont infiniment rares : citons une observation de *Chvostek* où l'on note simultanément des anévrysmes de la crurale, de la poplitée, de l'humérale, de l'hépatique, de la splénique; l'anévrysme de la sous-clavière a été observé par Lancisi, Lancereaux (1863); celui de la poplitée par Lang, Croft (1880); celui de l'humérale gauche (Zeissl). Balzer (1883) a vu, dans un cas, des anévrysmes miliaires disséquants de la coronaire antérieure. — A ce propos, disons que, dans quelques cas, on aurait noté une angine de poitrine syphilitique (Huchard, Rumpf); d'après Hallopeau (*Annales de Dermatologie*, 1887), la syphilis, à la période secondaire et à la période tertiaire, peut donner lieu à des accès d'angor pectoris typiques, ou compliqués de troubles réflexes par excitation des vaso constricteurs ou des vaso-dilatateurs (augmentation de chaleur et hyperhidrose du côté gauche du corps dans un cas de Vitone; sensation de froid et d'engourdissemene du côté gauche dans un cas d'Hallopeau); ces troubles seraient dus au développement de néoplasies spécifiques sur le trajet ou au voisinage des plexus cardiaques; ils pourraient guérir en quelques jours par le traitement.

Il nous reste, pour terminer, à dire quelques mots des anévrysmes syphilitiques de l'aorte: leur existence a été soupçonnée par Morgagni, puis admise par Gendrin, Scarpa; puis ils furent niés par Guthrie, Nélaton, Broca. Depuis 30 ans, on en a cité des cas multiples; citons ceux de Hertz (aorte descendante), de Nalty (1875), de Wilks (1863, aorte abdominale); en 1878, dans un important travail, Welch trouve, sur 117 cas de lésions aortiques, 46 cas où le sujet était en cours de syphilis; sur 56 autopsies de syphilitiques, il note 18 cas de dilatation aortique avec ébauche d'anévrysme. En 1879, Vallin présente à la Société médicale des Hôpitaux une remarquable observation d'anévrysme syphilitique de l'aorte chez un vétérinaire. Dupret (1880), Legendre (1883) consacrent leur thèse à l'étude des anévrysmes syphilitiques; Barbe et Rioblanc (1885) ont publié un cas très net; Verdié (Thèse 1885) conclut que sur 43 anévrysmes syphilitiques, il y a 30 anévrysmes de l'aorte contre 8 anévrysmes crâniens, 2 des coronaires, 3 des membres; les 30 anévrysmes aortiques doivent être admis comme étant d'origine syphilitique, parce qu'il s'agit de malades jeunes, sans antécédents rhumatismaux ou goutteux, parce qu'il y a eu coïncidence des accidents spécifiques, et enfin parce que le traitement spécifique fournit un criterium thérapeutique net. Langenbeck admet que dans la moitié des cas d'anévrysmes aortiques, on trouve la syphilis dans les antécédents.

La réalité de l'anévrysme aortique syphilitique est admise aujourd'hui par nombre d'auteurs : Lancereaux, Jaccoud, Lécorché et Talamon, Fournier, Cornil, Vallin, Dieulafoy, Knight, Dreschfeld; C. Paul en cite un cas dans son traité des maladies du cœur; Peter accorde à la syphilis une influence étiologique importante. Citons parmi les observations récentes celles de Létienne (aorte thoracique, 1889), Vaquez (1890).

Ceci dit, nous serons bref sur l'histoire clinique et anatomique de ces anévrysmes, car elle ne présente pas de grandes particularités imputables à l'étiologie spéciale.

Les anévrysmes aortiques sont fusiformes ou sacciformes; ces derniers établissent le passage avec la simple dilatation aortique qui, comme nous l'avons vu d'après Welch, ne serait pas très rare dans la syphilis. — Ils se produisent le plus souvent après 10 à 12 ans de syphilis, au minimum après deux ans.

Dans les divers examens microscopiques qui en ont été pratiqués (Rioblanc, Verdié et Lebreton, Barberet et Kiener), on voit notés un épaississement énorme de la paroi artérielle, dû à des lésions des trois tuniques : périartérite, avec endartérite et oblitération des vasa vasorum, et multiplication des fibres conjonctives de la tunique externe; — dans la tunique moyenne, élargissement énorme des fibres élastiques, qui sont mêlées de nombreuses cellules rondes; pas de dégénérescence graisseuse; — enfin, dans la tunique interne, infiltration abondante de cellules rondes, avec quelques plaques scléreuses. — Dans l'examen de Kiener, on trouve notés des abcès athéromateux, de l'infiltration graisseuse et calcaire diffuse; dans celui de Nalty, des productions gommeuses à la surface interne de la crosse.

Les symptômes n'ont rien de spécial, que ce fait de la présence presque constante d'une période antécédente d'aortite.

En somme, on voit que les diverses manifestations de la syphilis sur le système artériel sont des altérations d'un pronostic grave, d'abord parce qu'elles frappent de préférence des organes internes, essentiels à la vie, ensuite parce qu'elles déterminent trop souvent des lésions viscérales irrémédiables; le danger est d'autant plus grand, que les artérites syphilitiques naissent insidieusement, restent longtemps latentes, et par suite que les spécifiques sont souvent impuissants alors que les symptômes se manifestent (Mauriac).

Il y a donc le plus grand intérêt pour le malade à ce que le diagnostic de ces lésions soit aussi précoce que possible, et, dans le cas où elles sont soupçonnées, à ce que le médecin intervienne rapidement et activement par le traitement mixte (frictions et iodure de potassium); enfin il faut, autant qu'il est possible, en prévenir l'éclosion par un traitement prophylactique qui comporte, avec une hygiène générale et cérébrale convenables, un traitement mercuriel suffisant et suffisamment prolongé à partir du début de la syphilis.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'emploi des crayons de chlorure de zinc dans les fibromes utérins, par MM. R. Condamin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon et E. Repelin, interne des hôpitaux.

Le traitement des fibromes utérins, malgré les nombreux procédés thérapeutiques que nous connaissons, est une question encore à l'étude. Nous ne nous croyons pas autorisés, malgré les progrès de la chirurgie, à faire courir à des malades, pour des tumeurs parfois essentiellement bénignes, les risques d'une opération dont les suites, quelque précaution qu'on puisse prendre, ne sont jamais assurées (1); et nous n'admettons pas l'axiome de Gusserow qui prétend qu'on doit regarder l'extirpation comme le premier devoir thérapeutique lorsqu'on se trouve en présence d'un fibrome.

Certaines manifestations symptomatiques des corps fibreux ne nécessitent qu'un traitement palliatif, et pour peu qu'on puisse attendre l'âge de la ménopause, époque où généralement, quoi qu'on en ait dit, ces tumeurs cessent de croître et même entrent en régression, on peut tout au moins essayer du mode de traitement par les crayons au chlorure de zinc.

Cette méthode que nous nous proposons de faire connaître a pour but de parer à deux complications

(1) Voir *Congrès de chirurgie*, 1893.

importantes: les hémorrhagies et l'hydrorrhée, et peut être applicable à la plupart des formes de fibromes. Employée déjà depuis quelque temps par M. le professeur Laroyenne, elle consiste dans l'usage de crayons de chlorure de zinc et n'est autre que le procédé de Dumontpallier (1), mais appliqué suivant des règles spéciales, avec des précautions minutieuses, et dans un but différent.

Cette méthode tire ses principales indications de l'âge et de l'état de la malade. Il ne faut généralement employer la cautérisation au chlorure de zinc que chez les femmes approchant de l'époque de la ménopause: ce traitement n'est en quelque sorte qu'un procédé d'attente. Conduire la femme sans accidents jusqu'au moment de la suppression de ses règles, en faisant diminuer ou complètement cesser les hémorrhagies et les pertes aqueuses jusqu'à cette époque par un procédé en somme très simple et à la portée de tout praticien, tel est le but de cette méthode. Ce n'est donc que chez des femmes déjà d'un certain âge, approchant de la quarantaine ou ayant dépassé cet âge, que l'emploi des crayons de chlorure de zinc trouvera son utilité.

Une deuxième indication se rapporte à l'état général de la malade; en effet, chez une femme affaiblie par des pertes abondantes, arrivée à un état de cachexie anémique plus ou moins avancé, l'intervention chirurgicale est toujours chose grave, tandis que le traitement si simple que nous préconisons, ne pouvant avoir aucun retentissement sur l'état de santé, pourra toujours être employé sans danger, sinon avec efficacité.

Il faut de plus que le col soit dilaté et surtout que la cavité utérine ne présente pas une capacité trop grande, car nous avons remarqué que c'est principalement dans les cas où cette cavité n'est pas trop spacieuse que l'on obtient les meilleurs résultats.

Nous avons dit que cette méthode était applicable dans la plupart des formes de fibromes, nous pouvons cependant éliminer les cas dans lesquels on a affaire à des tumeurs sous-muqueuses facilement énucléables ou pouvant être morcelées par le procédé de Péan.

Nous arrivons actuellement au *manuel opératoire*, et nous ne saurions trop attirer sur lui l'attention, car il est très important d'en connaître les moindres détails, et l'oubli de l'un d'eux peut être la source d'une complication ou d'un insuccès. Nous nous servons à la clinique gynécologique du professeur Laroyenne de crayons de chlorure de zinc (ceux de Dumontpallier) présentant une certaine flexibilité, une longueur et une grosseur variables suivant les cas. Quant à l'opération, elle peut être divisée en trois temps:

1er *temps*. — La malade étant placée dans la position obstétricale, ordinairement non anesthésiée, car l'opération est pour ainsi dire indolore, on procède à un lavage minutieux des parties génitales et du vagin. Ceci fait, après avoir reconnu la direction et la longueur du canal utérin, on pratique la dilatation avec les bougies de Hégar et cela assez lentement pour ne pas avoir d'hémorrhagie qui gênerait l'action du caustique. On dilate ainsi jusqu'à un diamètre de 1 centimètre environ, et on fait suivre la dilatation d'un lavage intra-utérin.

2e *temps*. — Après avoir essoré la cavité utérine avec du coton hydrophile monté sur un porte-coton, on procède alors à la mise en place du crayon. Ce temps présente parfois quelques difficultés, car *il faut que le crayon soit placé au-dessus de l'orifice interne et non dans la cavité cervicale*, nous verrons plus loin pour quelle raison. Il faut avoir bien soin, en retirant la pince qui porte le crayon, de ne pas l'entraîner, mais de la maintenir en place, par exemple avec une tige de porte-coton qui vient buter contre l'extrémité du crayon et l'empêcher de descendre au moment où on veut retirer la pince. Un autre procédé consiste à fixer le crayon à l'extrémité de la tige d'un porte-coton et à laisser le tout en place pendant quelques heures; enfin, dans ces derniers temps, nous nous sommes servis d'un porte caustique. En résumé, quel que soit le moyen pour mettre en place le caustique, il faut être sûr que le crayon est bien dans la cavité utérine et non pas au-dessous de l'orifice interne.

3e *temps*. — On fait un léger tamponnement de la cavité cervicale au moyen d'une mèche de gaze iodoformée, de manière à maintenir le crayon à la hauteur voulue. Enfin, un gros tampon de coton imbibé de glycérine iodoformée est introduit dans le vagin. La malade est condamnée au repos pendant sept à dix jours, mais on a soin d'enlever le tamponnement et de faire des injections vaginales. On recommande à la malade de se tenir le premier jour pendant quelques heures dans la position couchée sur le ventre, de telle sorte que le point le plus déclive de la cavité utérine soit non le col, mais le fond de cet organe.

L'eschare tombe ordinairement du 8e au 15e jour et presque toujours on place un nouveau crayon à la suite de la chute de l'eschare, surtout si le premier a été appliqué dans une cavité utérine légèrement hémorrhagique. La durée du traitement n'excède donc pas en général quatre semaines. Au bout de ce laps de temps, nos malades ont été toujours notablement soulagées tant au point de vue de l'hémorrhagie qui a été totalement suspendue, qu'au point de vue de l'arrêt des pertes aqueuses.

Les complications que nous avons remarquées, soit dans le cours du traitement, soit après celui-ci, peuvent être divisées en précoces ou tardives. Parmi les premières signalons les douleurs, douleurs lombaires souvent très violentes après l'application du crayon, mais ne dépassant pas une durée de deux à trois jours et pouvant réapparaître au moment de la chute de l'eschare. Ces douleurs ont toujours été très atténuées sinon calmées totalement par l'emploi de l'antipyrine.

La fièvre n'a jamais été élevée à la suite du traitement, sauf cependant dans deux cas où la température a atteint 39°5 (obs. V et obs. VII) et encore l'une de ces malades présentait-elle plus de 38° à son entrée, avant tout traitement, et chez une autre de nos malades (obs. XVI) dont la température s'est élevée jusqu'à 39°1. Dans tous nos autres cas, le thermomètre n'est jamais monté au-dessus de 38° à 38°2 (température rectale).

Parmi les complications tardives, nous devons signaler les récidives et les accidents de sténose ou d'atrésie du canal utérin. Les malades que nous avons pu suivre n'ont pas été traitées depuis assez longtemps pour que nous puissions affirmer si les récidives sont rares ou fréquentes et nos conclusions en ce sens seraient peut-être encore prématurées, nos plus anciennes observations ne datant que de cinq mois. Nous ne possédons qu'une observation d'une malade cautérisée il y a deux ans, (obs. XII), suivie actuellement et chez cette femme nous n'avons constaté aucun accident de ce genre. Du reste, nous nous proposons de faire connaître plus tard les résultats éloignés.

Quant aux accidents de sténose ou d'atrésie du canal utérin, on sait que c'est au niveau de l'isthme que ces accidents sont le plus fréquents; c'est pour les éviter

(1) Dumontpallier. Traitement local de l'endométrite chronique. *Gazette des hôpitaux*, 1889.

(1) Lauth, Thèse de Paris 1889.

que M. Polaillon enduit de collodion la partie du crayon en rapport avec cette portion de l'utérus.

La sténose et l'atrésie du col sur lesquelles Lauth (1) a insisté particulièrement ne se sont également jamais rencontrées chez nos malades, tout au plus avons-nous eu parfois un peu de difficulté à dilater le canal utérin chez des femmes opérées précédemment par cette méthode. Ce que nous pouvons dire, c'est que l'expérience de M. Laroyenne ne lui a jamais montré cette complication avec le procédé que nous venons de décrire. D'ailleurs, le crayon étant placé au-dessus de l'orifice interne, et la malade restant couchée sur le ventre pendant 4 heures après l'application du crayon, le liquide résultant de la fonte ne peut fuser au-dessous, puisque nous avons soin de tamponner le canal cervical. En tout cas, nous n'attacherions qu'une importance médiocre à cet accident s'il se produisait, puisque nous n'opérons que sur des femmes approchant de l'âge critique.

Les observations que nous avons recueillies sont au nombre de dix-neuf, en voici les résumés :

Observation I. — Femme C... Clotilde, 48 ans, entrée le 24 novembre 1892, à la Charité, salle Sainte-Thérèse, lit n° 9.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement ; mariée à 20 ans, elle a eu trois enfants ; bonne santé jusqu'à il y a cinq à six mois, époque à laquelle la malade, qui est encore réglée, eut des hémorrhagies abondantes dans les intervalles de ses règles qui, en outre, duraient deux ou trois jours de plus qu'auparavant ; ces pertes, accompagnées également d'hydrorrhée, ont persisté jusqu'à son entrée où on diagnostique un fibrome de la paroi antérieure de la grosseur d'une orange. La cavité utérine présente une longueur de 8 centimètres.

Dilatation avec les bougies de Hégar et crayon de chlorure de zinc le 24 novembre.

La malade n'a souffert qu'un jour après l'application du crayon ; elle n'a pas eu de fièvre ; l'eschare est tombée le 9e jour sans occasionner de douleur.

Elle quitte le service le 12 décembre très satisfaite, ne présentant plus d'hémorrhagie. Ses règles survenues le 8 décembre n'ont duré que trois jours.

Revue depuis, l'amélioration s'est maintenue.

Obs. II. — Veuve C... Eugénie, 44 ans, entrée le 28 novembre 1892, à la Charité, salle Sainte-Marie.

Réglée à 15 ans, d'une façon régulière, elle a eu quatre enfants. Sa santé a toujours été excellente jusqu'au mois de juillet 1892, époque à laquelle elle fut prise de métrorrhagies assez abondantes, survenant tous les quinze jours ; dans l'intervalle de ces métrorrhagies, pertes aqueuses. A son entrée, elle perd assez abondamment et présente un fibrome remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Longueur de la cavité utérine = 11 centimètres. Dilatation avec les bougies d'Hégar ; crayon de chlorure de zinc le 28 novembre 1892.

Pas de température ; pas de douleurs.

Deuxième crayon le 5 décembre ; chute de l'eschare sept jours après. La malade part le 13 décembre, ne présentant absolument plus aucune perte.

Pas revue depuis sa sortie.

Obs. III. — Femme V... Rose, 40 ans, entre le 1er décembre 1892, salle Sainte-Thérèse, n° 8.

Réglée à 16 ans, irrégulièrement ; un enfant il y a cinq ans. Un an avant sa grossesse la malade s'aperçut de la présence d'une grosseur dans son abdomen ; elle accoucha un peu difficilement, mais cependant sans forceps. Depuis, la grosseur a augmenté, s'accompagnant de douleurs lombaires assez accentuées. La malade n'a jamais eu de pertes rouges en dehors de ses règles, mais elle se plaint d'une hydrorrhée abondante. Actuellement elle présente un fibrome de la grosseur d'une tête de fœtus. Longueur de la cavité utérine = 10 centimètres. Dilatation avec les bougies de Hégar ; crayon de chlorure de zinc (3 décembre). Pas de fièvre ; douleurs pendant trois jours. L'eschare est tombée le 14 décembre et la malade quitte le service le 15. Va bien au 15 mai.

Obs. IV. — Femme R... Marianne, 65 ans, entrée le 3 décembre 1892, salle Sainte-Marie, n° 3.

Réglée à 15 ans, régulièrement ; elle a eu deux enfants. Ménopause à l'âge de 42 ans. Depuis huit mois métrorrhagies abondantes survenant d'une façon presque continue ; pas de douleurs. Fibrome volumineux, remontant jusqu'à l'ombilic. Longueur de la cavité utérine = 12 centimètres. Dilatation avec les bougies de Hégar ; crayon de chlorure de zinc le 3 décembre.

Dernière cautérisation le 23 décembre.

La malade va bien à sa sortie le 2 janvier 1893 ; elle ne perd plus. Pas revue.

Obs. V. — Femme S... Marie, 48 ans, entrée le 5 décembre 1892, salle Sainte-Thérèse, n° 2.

Réglée à 14 ans, régulièrement. Depuis près de trois ans la malade avait des règles abondantes, de plus longue durée et depuis quelques mois elle perd presque continuellement. Elle est porteur d'un fibrome remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Longueur de la cavité utérine = 12 centimètres.

Le soir de son entrée la malade avait une température de 38°4 et 38° la veille de l'opération.

Dilatation avec les bougies de Hégar et crayon de chlorure de zinc (7 décembre 1892). La malade a eu des douleurs assez vives qui ont cessé après l'ingestion de quelques grammes d'antipyrine. Le 8 décembre, température 39°1 le soir et le 9 décembre 38°4 le matin et 39°2 le soir. La température est ensuite redescendue à 38°5 et le 15 décembre était revenue à la normale. L'eschare est tombée le douzième jour.

Nouveau crayon le 21 décembre et, comme la première fois, douleurs cessant par l'antipyrine. Le soir, élévation de la température jusqu'à 39°5, puis descente progressive et température normale.

La malade part le 31 décembre n'ayant plus de pertes.

Revue le 30 janvier 1893, son état est très satisfaisant ; elle a eu ses règles il y a quelque temps et leur durée n'a été que de trois jours.

Obs. VI. — Femme V... Joséphine, 54 ans ; malade de la consultation gratuite ; venue pour la première fois le 8 novembre 1892.

Réglée à 14 ans d'une façon régulière ; trois enfants et une fausse couche. Cystite il y a cinq ans traitée à l'Hôtel-Dieu, séjour de trois mois, guérison. Depuis cette époque la malade souffre au moment de ses règles qui présentent une abondance normale, et il y a trois ou quatre mois qu'elle a des pertes rouges dans l'intervalle de ses règles et quelques pertes sanieuses. Fibrome de la grosseur de deux poings.

Dilatation avec les bougies de Hégar et crayon de chlorure de zinc le 2 décembre 1892.

La malade a eu des douleurs, et comme elle perd encore elle revient le 17 décembre et un nouveau crayon est mis en place.

Venue le 17 janvier 1893, elle perd encore un peu tous les quinze jours.

Revue le 16 mars et le 28 elle est très satisfaite, elle n'a pas d'hémorrhagies, mais encore un peu d'hydrorrhée.

Obs. VII. — Femme L... Louise, 44 ans, entrée le 3 janvier 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 2.

Réglée à 14 ans, régulièrement ; quatre enfants. Bonne santé antérieure ; début des métrorrhagies il y a cinq ou six ans, pertes abondantes soit au moment des règles, soit en dehors de leur époque et cette dernière année pertes durant parfois plus de 3 semaines de suite. Jamais de douleurs bien prononcées, un peu d'hydrorrhée. Fibrome volumineux remontant presque jusqu'à l'ombilic ; longueur de la cavité utérine = 10 centimètres.

Dilatation avec les bougies de Hégar, crayon de chlorure de zinc le 11 janvier 1893. Peu de douleurs, mais le lendemain soir la température s'élève à 38°9 et le surlendemain à 39°6, puis défervescence progressive et température normale.

Le 23 janvier, deuxième cautérisation ; pas de fièvre.

Le 29 janvier, légère hémorrhagie et chute de l'eschare ; elle sort le 31.

Revue un mois après, elle va bien ; elle a eu ses règles au commencement du mois, presque normales ; encore quelques pertes aqueuses.

Obs. VIII. — Femme V... Françoise, 64 ans, entrée le 20 février 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 10.

Réglée à 18 ans ; deux enfants. Depuis quinze ans pertes abondantes au moment de ses règles qui présentaient une durée de 8 à 10 jours ; elle avait parfois de telles hémorrha-

gies que l'intervention d'un médecin fut nécessaire; il y a 10 ans les pertes ont diminué un peu. Ablation d'un polype utérin en 1890.

Quelques semaines avant son entrée, les pertes ont redoublé d'intensité et elle se présente très anémiée avec un fibrome de la grosseur d'une tête d'enfant.

Dilatation avec les bougies de Hégar et crayon de chlorure de zinc; douleurs pendant deux jours, pas de fièvre.

Deuxième crayon le 2 mars; elle quitte le service le 9 mars.

Revue le 16, elle nous apprend que l'eschare est tombée le 10 et qu'elle a eu une légère hémorrhagie. Depuis, plus de pertes rouges; pas de douleurs; hydrorrhée légère.

Revue le 23 mars, elle n'a toujours aucune perte.

Obs. IX. — R... Eugénie, 37 ans, entrée le 28 février 1893, salle Sainte-Marie, n° 12.

Réglée à 11 ans, régulièrement; pas d'enfant ni de fausse couche. Depuis un an pertes aqueuses abondantes; fatigues pendant la marche; jamais d'hémorrhagies en dehors de ses règles qui étaient simplement un peu plus abondantes. Fibrome de la paroi antérieure de la grosseur d'une orange. Dilatation avec les bougies de Hégar et crayon de chlorure de zinc le 3 mars 1893. Douleurs pendant deux jours cessant avec l'usage de l'antipyrine; pas de fièvre. La malade part le 9 mars, ne présentant pas de pertes.

Revue à la fin du mois; elle est très satisfaite, plus d'hémorrhagie, ni d'hydrorrhée.

Obs. X. — T... Claudine, 45 ans, entrée le 7 mars 1893, salle Sainte-Marie, n° 6.

Réglée à 13 ans, régulièrement; nullipare. Depuis 6 ans règles abondantes et d'une durée de 8 jours; hydrorrhée continuelle et depuis quelques mois hémorrhagies dans l'intervalle des règles. Fibrome de la grosseur d'une orange; cavité utérine de la longueur de 9 centimètres.

Dilatation avec les bougies de Hegar et crayon de chlorure de zinc le 8 mars. Pas de fièvre; quelques douleurs légères.

Deuxième crayon le 15 mars; douleurs plus fortes, antipyrine. Légère perte rouge six jours après.

La malade part le 23 mars, ne présentant que quelques pertes rosées; pas de douleurs.

Obs. XI. — Femme L... Marie, 40 ans, entrée le 9 mars 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 16.

Réglée à 18 ans régulièrement jusqu'à l'époque de son mariage à 22 ans; un enfant un an après son mariage et depuis pertes abondantes à chaque époque menstruelle; en même temps, douleurs abdominales et lombaires. Depuis ces dernières années les hémorrhagies n'ont fait qu'augmenter, revenant tous les quinze jours. Il y a trois ans la malade a été traitée pendant trois mois par l'ergotine et au commencement de l'année dernière on essaya la méthode d'Apostoli, mais au bout de trois semaines on fut obligé de cesser à cause des douleurs provoquées.

A son entrée, pertes abondantes depuis 6 jours; fibrome assez volumineux. Longueur de la cavité utérine = 11 centimètres.

Dilatation avec les bougies de Hégar et crayon de chlorure de zinc le 9 mars 1893. Cinq jours plus tard, hémorrhagie et deuxième crayon le 15 mars.

La malade sort le 18, se trouvant bien et ne présentant pas d'hémorrhagie. Elle n'a pas été revue.

Obs. XII. — Femme D... Antoinette, 45 ans, entrée le 9 mars 1893, salle Sainte-Marie, n° 8.

Réglée à 16 ans, régulièrement jusqu'à l'âge de 30 ans; puis toutes les trois semaines depuis cette époque. Il y a deux ans, métrorrhagies abondantes: on lui plaça un crayon de chlorure de zinc. Les pertes furent arrêtées à la suite de cette intervention pendant deux mois; depuis elle a eu ses règles régulièrement et sans exagération au point de vue de la quantité; mais depuis quatre mois ses règles ont cessé et elle se croyait enceinte lors de son entrée à la clinique; à cette époque elle avait une hydrorrhée abondante.

A son entrée on constate qu'elle présente un fibrome peu volumineux; elle ne n'a pas de sténose ni d'atrésie du col et le cathétérisme donne une longueur de 9 centimètres; une hémorrhagie s'est manifestée le jour même de son arrivée.

Dilatation et crayon de chlorure de zinc le 10 mars 1893. Douleurs pendant deux jours, pas de température.

Elle part le 18 mars et, revue à la fin du mois, elle n'a ni pertes, ni douleurs.

Obs. XIII. — C... Joséphine, 44 ans, entrée le 13 mars 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 1.

Réglée à 11 ans, régulièrement jusqu'à il y a 10 ans, époque à laquelle la malade se mit à perdre abondamment au moment de ses règles dont la durée était de huit à dix jours. Il y a cinq mois elle eut une hémorrhagie en dehors de l'époque de ses règles, peu intense il est vrai, mais depuis elle a toujours perdu d'une façon continue. Elle présente un fibrome de moyen volume et le cathétérisme utérin donne une longueur de 7 centimètres.

Dilatation avec les bougies de Hégar et crayon de chlorure de zinc le 13 mars. Douleurs pendant trois jours, antipyrine; pas de température.

Deuxième crayon le 21 mars; douleurs plus intenses, mais d'une durée de un jour seulement.

La malade part le 23 mars, elle n'a plus de pertes.

Revue le 30 mars, son état est toujours aussi satisfaisant.

Obs. XIV. — Femme P... Louise, 32 ans, entrée le 10 mars 1893, salle Sainte-Marie, n° 9.

Réglée à 13 ans à peu près régulièrement; mariée à 19 ans, la malade a eu un enfant un an après son mariage. Scarlatine au mois d'août de l'année dernière et néphrite consécutive. Au mois de novembre 1892, elle eut une hémorrhagie survenue brusquement huit jours après ses règles; ces pertes cessèrent pendant une dizaine de jours, puis réapparurent, pour se montrer d'une façon intermittente jusqu'au 2 février 1893, où on lui fit un curettage. Vers la fin de février, nouvelle hémorrhagie jusqu'à son entrée.

Dilatation et crayon de chlorure de zinc le 11 mars 1893; douleurs lombaires très fortes calmées par l'administration d'antipyrine; pas de température.

Sortie le 25 mars, elle ne présente plus de pertes.

Obs. XV. — G... Marie, 44 ans, entrée le 23 mars 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 6.

Réglée à 15 ans, toujours régulièrement; nullipare. Il y a quatre ans la malade fut prise brusquement d'une hémorrhagie, survenue en dehors de l'époque de ses règles, qui dura une huitaine de jours. Depuis ses règles ont toujours duré au moins dix jours et les métrorrhagies n'ont plus quitté la malade depuis quatre mois. On constate la présence d'un fibrome; la cavité utérine présente une longueur de 8 cent.

Venue à la consultation le 2 mars 1893, on fait la dilatation et on met en place un crayon de chlorure de zinc.

Revue le 16 mars, la malade n'avait plus d'hémorrhagie, mais quelques pertes blanches.

Elle entre dans le service le 23 mars, présentant quelques pertes rouges, mais se plaignant surtout de l'hydrorrhée. Nouveau crayon le 27 mars.

La malade part le 6 avril, n'ayant plus aucune perte. Revue 15 jours après, elle n'a toujours pas eu d'hémorrhagie.

Obs. XVI. — Veuve E... Marguerite, 46 ans, entrée le 20 mars 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 15.

Réglée à 14 ans, elle l'a été régulièrement jusqu'à il y a 12 ans, époque à laquelle les pertes rouges commencèrent à se montrer sous forme de règles abondantes et prolongées. Trois semaines avant son entrée, hémorrhagie qui persista jusqu'au moment de son admission à la Clinique. Elle est très anémiée et on constate la présence d'un fibrome assez volumineux de la paroi postérieure; la longueur de la cavité utérine à l'hystéromètre est de 10 cent.

Dilatation avec les bougies de Hégar et crayon de chlorure de zinc le 21 mars. Huit jours après la malade perd une eschare volumineuse, présentant 8 cent. de longueur.

Douleurs pendant cinq jours à la suite de l'intervention, atténuées par l'antipyrine. La température s'élève le quatrième jour à 39° 1, puis redevient normale trois jours après.

Sortie le 29 mars; plus d'hémorrhagie.

Revue le 7 avril, la malade n'a toujours pas perdu; au toucher le col est aminci, pas de sténose.

Obs. XVII. — M... Catherine, 53 ans, entrée le 22 mars 1893 salle Sainte-Marie, n° 13.

Réglée à 17 ans, régulièrement; elle a eu sept enfants. Il y a un an la malade, qui était toujours réglée, vit ses règles augmenter de durée et de quantité; puis les pertes se produisant alors d'une façon presque continue, malgré l'usage de l'ergotine, la malade entre alors à l'hospice, où on reconnaît la présence d'un fibrome.

Dilatation et crayon de chlorure de zinc le 22 mars. Pas de

température; douleurs le lendemain, cédant à l'administration d'antipyrine.

Sortie le 4 avril, ne présentant plus aucune hémorrhagie.

Obs. XVIII. — Femme C... Victorine, 30 ans, entrée le 14 mars 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 2.

Réglée à 12 ans régulièrement, la malade a eu trois enfants et trois fausses couches. Depuis le mois de janvier, métrorrhagies presque continuelles. A son entrée elle présente un petit fibrome de la paroi antérieure et perd assez abondamment.

Dilatation avec les bougies de Hégar et crayon de chlorure de zinc le 15 mars. Chute de l'eschare sept jours après ; pas de douleurs ; pas de fièvre.

Depuis cette intervention la malade n'a plus eu d'hémorrhagies, mais, comme elle a de l'hydrorrhée, on place un nouveau crayon le 25 mars.

Elle quitte le service le 27 mars et est revue dans le courant d'avril, très satisfaite.

Obs. XIX (1). — P... Antoinette, 42 ans, entrée le 12 février 1891, salle Sainte-Marie, n° 9.

Pertes abondantes depuis dix ans ; elle présente à son entrée un fibrome et est très anémiée. Les injections d'eau chaude ne lui ont jamais donné que des insuccès.

Dilatation et crayon de chlorure de zinc le 21 février 1891 ; la cavité utérine présente une longueur de 10 cent.

La malade est partie vers la fin de mars 1891, les pertes rouges totalement arrêtées.

Plusieurs autres malades, dont nous n'avons pu retrouver les observations, ont été traitées par M. le professeur Laroyenne avec les crayons de chlorure de zinc, et cela avec une amélioration constante et sans accidents ni tardifs, ni précoces.

De toutes nos observations il résulte que l'emploi des crayons de chlorure de zinc est un excellent moyen pour arrêter les pertes des malades atteintes de fibromes utérins. Si l'amélioration n'est pas toujours persistante, les hémorrhagies sont toutefois arrêtées pour un certain temps, et d'autre part ce procédé est une opération extrêmement simple et renouvelable sans inconvénients. En somme, c'est un traitement dont on peut toujours user avant d'en arriver aux opérations chirurgicales, si par hasard il ne donnait pas les résultats qu'on est en droit d'en attendre ou si l'accroissement de la tumeur devenait une indication opératoire.

(1) Due à l'obligeance de M. le Dr Goullioud.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Bromure de strontium dans le traitement de l'épilepsie (Strontium bromide in the treatment of chronic epilepsy), par H. J. Berkley (*The John's Hopkins Hospital*, mai 1893, n° 31, p. 50). — L'auteur a essayé le traitement par le bromure de strontium chez des épileptiques chroniques. Ceux-ci ont été traités pendant des périodes mensuelles consécutives par le bromure de sodium, le chlorure de sodium et le bromure de strontium. Ce dernier médicament a certainement pour effet de diminuer le nombre et l'intensité des accès : de plus, il avait moins de tendance à favoriser les troubles mentaux que le bromure de sodium.

Epilepsie mentale (mental epilepsy), par Mosher (*The Journal of nervous and mental Disease*, juin 1893, n° 6, p. 398). — Si l'on admet que l'épilepsie consiste en des décharges soudaines sur la substance grise, on comprend que celles-ci puissent porter non seulement sur les aires motrices, mais sur les régions psychiques, d'où l'épilepsie mentale dans laquelle les convulsions font défaut, dont les formes de transition sont représentées par les délires pré et post-épileptiques, et dont on connaît diverses variétés : le petit mal, la manie épileptique, l'automatisme.

Tétanie (Tetany with report of a case), par Mac Connell (*The Journal of Nervous and mental Disease*, juin 1893, n° 6, p. 418). — Une femme âgée de 53 ans, sans antécédents héréditaires, qui fut prise sans causes apparentes des signes caractéristiques de la tétanie : contractions symétriques des extrémités, plus accusées aux membres supérieurs, se produisant par accès, et qu'on peut provoquer par la pression des nerfs et des artères des membres : guérison. A cette occasion, l'auteur passe en revue les cas déjà publiés, et les théories proposées sur la nature de cette affection.

Deux cas d'astasie-abasie (Zwei Fælle von Astasie und Abasie durch ocynhausen's Bæder geheilt), par L. Lehmann (*Deuts Med. Woch.*, 25 mai 1893, n° 21, p. 502). — Le premier cas concerne un homme de 34 ans, alcoolique, qui souffre de troubles de la marche que son médecin attribue à une névrite. A l'examen, le malade est dans le décubitus, tous les mouvements des jambes sont possibles, la sensibilité intacte, les réflexes rotuliens faibles, les sphincters indemnes. Depuis 10 mois, le malade n'a pas mis le pied à terre. Il guérit en 4 à 6 semaines. Une fille de 12 ans est le sujet de la 2e observation. Depuis la 10e année, elle ne peut ni se tenir debout, ni marcher : la motilité, la sensibilité et les réflexes sont normaux. La guérison survint également en quelques semaines sous l'influence des bains.

MÉDECINE

Contribution à l'étude des abcès sous-diaphragmatiques gazeux, par Vaulair (*Revue de Médecine*, juillet 1893, p. 561). — L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de 6 ans, chez lequel un abcès sous-diaphragmatique renfermant des gaz se développa sans cause appréciable, sans processus ulcératif ou suppuratif local, sans foyer infectieux intra ou extra-péritonéal ; une perforation du côlon fut la conséquence de l'abcès qui ne s'était révélé tout d'abord que par la douleur et la présence d'un abcès épigastrique ; la plèvre fut également perforée, ainsi que le démontra l'exploration du foyer sous-diaphragmatique et produisit une pleurésie purulente qui amena la perforation du poumon et nécessita une contre-ouverture ; enfin il se développa une phlébite de la veine fémorale ; malgré les complications, guérison.

La gangrène complication du choléra, par Martin Durr (*Revue de Médecine*, juillet 1893, p. 614). — Après avoir rapporté les observations jusqu'ici connues de gangrène au cours du choléra, l'auteur relate le fait, qu'il a observé, d'un homme de 48 ans atteint de choléra qui, à la période de réaction, fut pris d'un spasme artériel caractérisé par la coloration jaune verdâtre des téguments et l'abaissement de température de la main et de l'avant-bras gauches jusqu'au pli du coude avec violentes douleurs et suppression des battements de la radiale ; ces accidents persistèrent trois heures, et deux jours après ils reparurent pour persister et être l'origine d'une plaque de gangrène du dos de la main. Le malade guérit en conservant une oblitération des artères humérale et radiale et une atrophie prononcée du membre. Ce fait montre que, dans le mécanisme variable de la gangrène consécutive au choléra, il faut faire une place au spasme artériel localisé, mais il est vraisemblable, en raison de l'analogie avec les autres maladies au cours desquelles on observe le spasme artériel localisé, qu'il est dû lui-même à une lésion primordiale de l'artère et que les faits de ce genre rentrent en réalité dans les oblitérations consécutives à l'artérite pariétale.

CHIRURGIE

Péritonite tuberculeuse et laparotomie (Ricerche sperimentali sugli effetti della laparotomia nelle peritoniti tubercolari), par A. Nannotti et O. Baciocchi (*La Riforma medica*, 21 juin 1893, p. 795) — Après développement de péritonite tuberculeuse expérimentale chez des chiens et des cobayes, les auteurs ont pratiqué la laparotomie sans lavage ou avec lavage avec l'eau distillée, avec une solution d'acide borique à 3 0/0 ou avec une solution de sublimé à 4 0/00, puis ont exploré de nouveau le péritoine par la laparotomie au bout de 10, 20, 30, 60 jours, en excisant chaque fois un fragment d'épiploon pour l'examen histologique. Chez le cobaye, le développement de la péritonite tuberculeuse a été

rendu moins actif. Chez le chien, les tubercules avaient diminué au bout de 15 jours, ils avaient disparu complètement au bout de un mois, et au bout de 2 mois on n'en voyait plus trace à la surface du péritoine.

Cure radicale des hernies non-étranglées à la clinique de Berne (Die Radicaloperationen der nicht eingeklemmten Hernien in der Berner Klinik), par Leuw (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd. 46. p. 40). — En se basant sur l'étude de 114 cas de diverses hernies opérées à la clinique de Berne, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La cure radicale des hernies faite antiseptiquement ou aseptiquement est une opération dépourvue de tout danger;

2° Si les autres moyens (bandages) échouent, la cure radicale est indiquée aussi chez les jeunes enfants;

3° L'âge jeune est une indication pour la cure radicale, qui n'est pourtant pas contre-indiquée par l'âge avancé;

4° Les contre-indications de la cure radicale sont un état général mauvais et les affections d'autres organes importants;

5° Le succès de l'opération dépend de la méthode employée, de l'asepsie de la plaie, du volume de la hernie, des dimensions de l'anneau, de la variété de la hernie;

6° Le succès n'est influencé ni par l'âge de l'individu, ni par l'âge de la hernie.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin, par A. Mathieu (*Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale*, publiée sous la direction de MM. Dujardin-Beaumetz et Terrillon). — Paris, O. Doin, 1893.

Ce que nous voulons surtout louer dans ce volume, c'est sa clarté, c'est son caractère éminemment pratique. Les traités généraux et les communications faites, depuis quelques années, à diverses sociétés savantes, ont singulièrement compliqué l'étude des maladies de l'estomac et de l'intestin. Parfois on a peine à bien comprendre les divergences qui séparent certains observateurs et les notations algébriques qu'ils emploient. Tout est simplifié et exposé avec une lucidité parfaite dans les considérations d'ordre pathogénique qui, dans ce petit volume, servent d'introduction à la thérapeutique. Celle-ci est exposée de manière à satisfaire tous les praticiens, soit à l'hôpital, soit dans la clinique de la ville, où ils sont fréquemment appelés à décider le régime et le traitement qui peuvent convenir aux diverses manifestations morbides que l'on englobe sous le nom générique de dyspepsie. Comme le dit avec beaucoup de bon sens M. Mathieu, il leur est difficile, sinon impossible, de pratiquer toutes les recherches expérimentales qui permettent de préciser quelle est la composition exacte du suc gastrique, pour ne parler que de cet examen. J'ajouterai qu'ils réussiront souvent à guérir leur malade sans le soumettre à d'inutiles tortures. L'étude minutieuse des symptômes observés et quelques essais thérapeutiques inoffensifs les mettront sur la voie du traitement sans qu'il leur soit nécessaire de faire usage de la pompe stomacale. Celle-ci, hâtons-nous cependant de le reconnaître, a rendu et rendra encore les plus signalés services au point de vue scientifique. Elle précise les indications et explique l'action de tel ou tel agent thérapeutique. Les résultats déduits de son étude sont bientôt applicables. Tous les praticiens pourront en juger s'ils lisent attentivement les chapitres consacrés par M. Mathieu à l'étude de l'hyperchlorhydrie, de la dyspepsie nervo-motrice et de la dilatation de l'estomac. La classification qui suit est très pratique. L'auteur étudie le traitement des phénomènes dans les maladies gastro-intestinales, puis celui des vomissements, de l'inappétence, de la constipation, de la diarrhée, etc. Vient ensuite une analyse rapide des maladies de l'estomac et de l'intestin et enfin un recueil de formules. En résumé, ce petit traité de thérapeutique est bien conçu, bien rédigé et, par conséquent, très pratique et très utile.

L. L.

VARIÉTÉS

Nécrologie.

J.-B. Charcot. — M. le professeur Charcot vient de mourir subitement au cours d'un voyage qu'il faisait avec ses élèves et amis Debove et Straus. Tout entier à la réelle douleur que nous cause une nouvelle aussi imprévue, il nous est impossible de traduire ici les sentiments unanimes de respectueuse condoléance que va faire naître la mort d'un des plus illustres parmi les médecins contemporains. Depuis 40 ans M. Charcot n'a-t-il pas mérité, à l'étranger aussi bien qu'en France, l'admiration de tous ceux qui suivent d'un peu près le mouvement scientifique? Ses travaux d'anatomie pathologique; ses leçons sur les maladies des vieillards; sur la goutte et le rhumatisme; ses recherches sur les maladies du poumon et du système vasculaire; les belles études qui montrent si bien de quelle lumière un médecin savant et sagace peut éclairer l'histoire de l'art, auraient suffi à le rendre célèbre. Ses travaux sur les maladies du système nerveux, sur les localisations cérébrales ont fait de lui le maître incontesté de la neuro-pathologie. Il appartiendra à l'un de ses élèves de retracer ici la vie scientifique et d'analyser les principaux ouvrages de M. Charcot. Nous n'avons voulu aujourd'hui, à l'instant même où nous apprenons sa mort, que nous associer au deuil du monde médical français et étranger qui vient de perdre un de ses plus illustres représentants. L. L.

Le docteur Blanche. — C'est aussi avec un vif regret que nous apprenons la mort de M. le docteur Blanche. Dans notre prochain numéro nous dirons ce que fut le savant aliéniste et l'homme de bien qui ne comptait que des amis à l'Académie de médecine, dans le monde médical et à l'Association des médecins de la Seine, où son inépuisable charité laissera tant de sympathie et de regrets. L. L.

Le Dr Lailler. — Charles Lailler, né à Paris le 20 août 1822, doyen des dermatologistes français depuis la mort du professeur Hardy, vient de succomber après une maladie de quelques semaines à peine. Interne des hôpitaux en 1844, médecin du Bureau Central en 1854, Lailler était devenu en 1863 médecin de l'hôpital Saint-Louis qu'il a quitté le 25 décembre 1887, atteint par l'âge de la retraite.

D'une droiture exceptionnelle, d'une modestie que tous s'accordaient à regarder comme excessive, Lailler était un clinicien consommé, un dermatologiste de premier ordre: s'acquittant de ses devoirs hospitaliers avec une ponctualité rigoureuse, il apportait à l'examen de ses malades un soin scrupuleux, ne se déclarant satisfait et ne formulant son diagnostic que lorsqu'il en avait la démonstration absolue, préférant le réserver s'il avait quelque doute, plutôt que de se contenter d'une approximation.

Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de 1864 à 1872, il a présidé cette Société en 1874 et la Société de Dermatologie en 1891 et 1892; Lailler n'avait accepté ces honneurs qu'à regret, sur la pressante sollicitation de ses collègues qui tenaient à reconnaître l'autorité de son expérience, la loyauté de son caractère et la bienveillance parfaite avec laquelle il mettait au service de tous les trésors de son observation et de son érudition.

Lailler a peu écrit: sa modestie s'accommodait mal de ce qui pouvait sembler le mettre en avant; ses *Leçons cliniques sur les teignes* (1878), qui ont été entre toutes les mains, marquent presque seules pour le bibliographe son long séjour à l'hôpital Saint-Louis.

Par contre, il a doté cet hôpital de deux créations qui valent mieux que bien des volumes :

C'est à Lailler, on ne saurait l'oublier, que nous devons le Musée de l'hôpital Saint-Louis; c'est lui qui, avec une rare sûreté de jugement, découvrit l'admirable talent de M. Baretta, c'est par sa ténacité qu'il a obtenu pour l'artiste un atelier, pour ses pièces un local convenable; sans lui, nous ne possédérions pas cette merveilleuse collection de moulages qui fait l'envie de toutes les Facultés étrangères et que la reconnaissance médicale devrait baptiser du nom de *Musée Lailler*.

C'est encore à Lailler, à son initiative, à sa persévérance, qu'est due la création de l'Ecole des teigneux de l'hôpital Saint-Louis, où les enfants atteints de trichophytie sont à la fois soignés, instruits et soustraits à l'oisiveté à laquelle leur maladie les condamnait auparavant. Georges Thibierge.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS.

BULLETIN

Le Tréport, 21 août 1893.

J.-M. CHARCOT

Pour louer dignement un savant illustre, dont la vie laborieuse doit être citée comme un enseignement et comme un exemple, il n'est besoin que de rappeler les travaux qui ont rendu sa renommée impérissable, de montrer dans quel esprit ils ont été conçus, de bien faire ressortir les progrès qu'ils ont su réaliser.

C'est ce que nous voudrions tenter aujourd'hui. Ayant vécu dans l'intimité du maître, les élèves de l'Ecole de la Salpêtrière sauront, en racontant sa vie, apprécier, mieux que nous ne pourrions le faire, le caractère de l'homme, le talent du professeur, le génie du savant. Pour offrir à la mémoire de M. Charcot, et dans ce journal dont il fut un des premiers collaborateurs, l'hommage du respect et de la gratitude que nous lui gardons, il nous suffira d'analyser ses œuvres principales.

Né le 29 novembre 1825, Jean-Martin Charcot était reçu interne des hôpitaux en 1848, chef de clinique en 1853, médecin du bureau central en 1856, agrégé en 1860, médecin de la Salpêtrière en 1862, professeur d'anatomie pathologique en 1872 et professeur de clinique des maladies nerveuses, chaire qui ne fut créée que pour lui et grâce à l'enseignement qui lui devait depuis 1866 de si brillants succès, en 1882.

C'est à la Salpêtrière et c'est, par conséquent, pendant plus de 30 années que M. Charcot recueillit les observations qui lui permirent de publier un si grand nombre d'ouvrages, tous marqués au coin de l'observation la plus rigoureuse et de la science clinique la plus précise. C'est dans cet hôpital, qu'entouré d'élèves aussi distingués que studieux, dont plusieurs sont devenus des maîtres éminents, il acquit la légitime autorité qui a fait de lui l'un des plus célèbres parmi les médecins français.

Pour arriver à garder longtemps, au sein de la Faculté aussi bien que dans le monde médical, une prééminence aussi marquée, il faut plus que le savoir et l'expérience. M. Charcot était, en effet, un de ces maîtres dont le passé est un sûr garant de l'avenir. Nul ne songeait à contester sa valeur. Chacun de ses élèves savait qu'il serait associé à ses travaux et que, dans le cours de sa vie médicale, et surtout à cette période où l'on a besoin de puissants protecteurs, il trouverait l'appui d'une autorité devant laquelle s'inclinaient les juges des concours et les dispensateurs des titres officiels. Et c'est ainsi que les travaux des élèves de l'Ecole de la Salpêtrière, devenus les collaborateurs fidèles d'un maître toujours prêt à les encourager, à les diriger, ont complété en diverses parties cette œuvre considérable que le labeur d'un seul n'aurait jamais pu accomplir.

Mais s'il a su trouver, parmi ses élèves dont il citait toujours les travaux personnels, dont il aimait à faire valoir les découvertes, l'aide efficace qui lui a permis de révolutionner la neuropathologie et d'ajouter à l'histoire des sciences médicales un si grand nombre de nouveaux chapitres, par quel ensemble de recherches personnelles n'avait-il pas inauguré son enseignement clinique?

On parle beaucoup aujourd'hui, beaucoup trop même, de la nécessité des spécialisations. Sans méconnaître ce que les investigations anatomo-pathologiques, en particulier l'histologie et la microbiologie, exigent d'études spéciales, M. Charcot affirmait toujours qu'avant de se spécialiser, il faut être largement pourvu de toutes les connaissances générales nécessaires au médecin, qu'il faut « posséder des clartés de tout » avant de songer à considérer de près le fait partiel, l'épisode; qu'il ne faut jamais perdre de vue les rapports, l'ensemble, l'histoire tout entière de la maladie; que, dans ces conditions seulement, on peut arriver, même en se confinant dans un espace restreint, « à s'agrandir en s'élevant vers l'horizon ».

Dès ses débuts il avait montré que le fondement solide d'une forte culture générale lui semblait indispensable à celui qui prétend rester clinicien tout en s'appliquant à faire progresser la science. J'en citerai comme exemple les travaux que, sous la modeste rubrique : *Histoire et critique*, il voulut bien, seul ou avec la collaboration de ses amis Vulpian et Dechambre, donner à la *Gazette hebdomadaire*. On trouvera dans la collection de ce journal des études sur la *mélanémie* (1857), sur la *leucémie*

(1860), sur la *maladie de Basedow* (1859), sur l'*histoire des gangrènes diabétiques* (1861), sur les *caractères anatomiques et nosologiques de la fièvre jaune et de l'ictère grave* (1858); sur *les affections laryngées dans la fièvre typhoïde* (1865), *sur l'épidémie qui a régné à Saint-Pétersbourg en 1865* (1865), etc., etc. Tous ces travaux, écrits par un médecin déjà connu par de nombreuses communications faites à la *Société de biologie*, démontrent non seulement son érudition et son activité laborieuse, mais encore la variété de ses connaissances et le prix qu'il attachait à ces œuvres critiques trop souvent dédaignées de nos jours.

Critique, il l'était dans le vrai sens du mot. Loin de sacrifier la vérité à ses amis, il rendait justice à tous les travailleurs à quelque nation qu'ils appartinssent, et ceux auxquels le rattachaient les plus étroits liens d'amitié ne trouvaient point grâce à ses yeux lorsque ses recherches historiques lui démontraient que leurs revendications de priorité n'étaient point justes. Il l'a prouvé à Duchenne (de Boulogne) en faisant valoir dans un mémoire sur l'*ataxie locomotrice* (*Gaz. hebd.*, 1862) les mérites des travaux publiés par Romberg et Wünderlich. Il l'a fait voir dans ses *Lettres à Dechambre sur l'aphasie* (1863) qui ont provoqué tant de controverses dont nous avons nous-même, il y a quelques années, démontré l'injustice.

De ces recherches d'histoire et de critique nous devons rapprocher *plusieurs articles sur les pyrexies*, contribution aux *Eléments de pathologie médicale* de Requin (1863) et divers travaux d'ensemble, en particulier une monographie sur la *paralysie agitante* publiée en collaboration avec Vulpian et insérée dans la *Gazette hebdomadaire* (1861).

Si nous insistons sur ces travaux que passeront peut-être sous silence ceux qui n'envisageront que l'œuvre capitale du maître, celle qui a eu pour objet de faire progresser la neuropathologie, c'est qu'ils démontrent la variété d'aptitudes de celui qui, avant de se spécialiser, a voulu montrer qu'il connaissait bien toutes les branches de la médecine et qu'il s'exerçait à l'enseignement en s'efforçant d'apprendre le plus et le mieux possible.

Après ces travaux d'histoire et de critique, il nous faut mentionner les recherches de clinique et d'anatomie entreprises pour le cours spécial que M. Charcot professait à la Faculté de médecine et dont l'ensemble, nous l'avons déjà dit, aurait suffi à le rendre célèbre. Fidèle à la méthode anatomo-clinique qu'il a défendue dans tous ses écrits, M. Charcot s'est toujours efforcé de faire marcher d'accord, dans une étroite connexion, la clinique et l'anatomie pathologique. « La physiologie, dit-il, a dû chercher et a trouvé souvent, dans les études cliniques, des secours qu'elle eût demandés en vain aux expériences sur les animaux. » Elle ne doit donc servir qu'à éclairer, qu'à expliquer les faits cliniques dont la raison d'être se trouve démontrée par les recherches anatomo-pathologiques. Observateur sagace, ne laissant échapper aucun détail, mais ne comptant jamais que les faits bien démontrés et les étudiant sous toutes leurs faces pour en déduire tous les enseignements qu'ils peuvent fournir, M. Charcot a publié un grand nombre d'observations qui démontrent jusqu'à l'évidence son talent de clinicien.

C'est à lui que l'on doit la première observation publiée en France d'*endocardite ulcéreuse* (mémoire publié par Charcot et Vulpian, *Soc. de biologie*, 1861-62, p. 204). C'est lui également qui, dès l'année 1856, fit bien connaître la *maladie de Basedow* et, dans un mémoire inséré dans la *Gazette hebdomadaire* en 1863, montra l'influence exercée par la grossesse sur cette maladie. C'est dans un travail écrit en collaboration avec M. B. Ball, que, pour la première fois aussi, fut publiée en France une observation de mort par *embolie pulmonaire* (*Gaz. hebd.*, 1858). Enfin, c'est à M. Charcot que l'on doit *l'étude nosographique et clinique de la sclérose en plaques* que, le premier, il a distinguée de la paralysie agitante et qu'il en a différenciée aussi bien par ses caractères anatomiques que par ses caractères cliniques.

Mais, tout en s'appliquant à trouver des faits nouveaux, à ouvrir au champ de l'observation clinique des voies jusqu'alors inexplorées, combien il s'appliquait à perfectionner ses premières études, à inspirer à ses élèves les recherches qui devaient contribuer à rendre plus précise l'œuvre qu'il avait ébauchée ! On peut s'en assurer en parcourant la liste de ses travaux personnels. Il recueille aussitôt de nouveaux documents sur les infarctus consécutifs aux endocardites rhumatismales, sur les gangrènes périphériques survenant à la suite d'embolies ; sur les thromboses artérielles, etc., et il inspire la thèse de M. Ball sur les *Embolies pulmonaires* et son travail sur les *Gangrènes viscérales*. Nous verrons plus loin, en parlant de ses travaux sur le système nerveux, la perfection avec laquelle il poursuit ses premières recherches pour en faire un corps de doctrine inattaquable.

Mais avant d'aborder l'analyse de ces importants ouvrages, il nous faut citer encore diverses recherches d'anatomo-pathologie et de clinique qui ont fourni la matière de plusieurs volumes des *Œuvres complètes de Charcot*. Lorsque M. Bourneville eut l'heureuse pensée de réunir, pour les publier successivement, les leçons les plus remarquables de son éminent maître, nous avons vu des médecins, cependant assez instruits, apprendre non sans surprise que le grand maître de la neuropathologie contemporaine avait écrit sur un si grand nombre de sujets différents des livres destinés à rester dans toutes les bibliothèques. C'est qu'en effet, à l'exception de la thérapeutique qui n'a jamais eu pour lui grand attrait (1), il n'est guère de sujets qu'il n'ait abordés et traités de main de maître.

Dans l'exposé de titres qu'il a publié à l'occasion de sa candidature à l'Institut, M. Charcot donne lui-même une analyse détaillée de sa thèse inaugurale (1853) consacrée à l'étude du *rhumatisme noueux*. Ces premières études ont été continuées et complétées par une série de mémoires dont plusieurs en collaboration avec M. Cornil. Les observations de M. Charcot sur les *altérations anatomiques de la goutte* et ses annotations au livre de Garrod ont été reconnues en Angleterre aussi bien qu'en France comme l'expression la plus exacte de la vérité clinique.

Ses *Leçons sur les maladies du poumon*, en particulier sur l'*anatomie pathologique de la broncho-pneumonie aiguë* ; sa deuxième thèse d'agrégation sur les *Pneumonies chroniques* et ses recherches personnelles sur les

(1) C'est cependant à M. Charcot que l'on doit un des premiers travaux sur le *Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les alcalins à haute dose* (*Gaz. hebd.*, 1862), mais il est probable que la nécessité d'écrire sa première thèse d'agrégation : *De l'expectation en médecine* (1857) l'a, pour toujours, éloigné des études de thérapeutique pratique.

cirrhoses du poumon, les *pneumokonioses* et l'anatomie pathologique de la *tuberculose pulmonaire* ont été certainement modifiées ou complétées par des travaux plus récents. Elles n'en contiennent pas moins, au point de vue histologique et critique, un grand nombre d'aperçus ingénieux (en particulier sur la nécessité d'écrire pour le poumon un ouvrage de *topographie microscopique* où les détails de structure seraient indiqués à l'anatomo-pathologiste) et de notions utiles à retenir.

Les *Leçons sur les maladies des reins*, inspirées par une série de recherches originales faites en collaboration avec le docteur Gombault, et les *Leçons sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques* mériteraient aussi une mention spéciale, s'il nous était permis d'allonger cette revue et s'il ne nous fallait aborder l'analyse des travaux consacrés aux maladies du système nerveux.

Ceux-ci ont été considérées, par tous les médecins qui ont connu M. Charcot, comme le plus beau titre de gloire qu'ait acquis à la reconnaissance du monde médical le savant que nous venons de perdre. C'est en collaboration avec M. Bouchard qu'il a fait connaître, en 1866, la pathogénie de l'*hémorrhagie cérébrale*. Les remarquables études de MM Charcot et Bouchard sur les anévrysmes miliaires du cerveau sont restées classiques et ont été traduites en anglais. C'est avec M. Vulpian que M. Charcot a étudié les *dégénérescences secondaires de la moelle épinière*. On n'a pas oublié le retentissement qu'ont eu ces travaux et ceux de M. Bouchard sur le même sujet, non plus que les déductions anatomiques sur la structure de la moelle et les déductions pathologiques qu'ils ont provoquées. Nous ne ferons que mentionner diverses recherches sur le *ramollissement cérébral*, sur les *eschares précoces dans les hémiplégies de cause cérébrale*, sur l'*hémichorée post-hémiplégique*, etc., pour signaler le magnifique ouvrage intitulé : *Des localisations dans les maladies du cerveau*. Ce livre, c'est M. Charcot lui-même qui le dit, peut être considéré comme une introduction à l'histoire clinique des localisations cérébrales de l'homme. Si, en effet, les expériences faites sur les animaux ont pu donner aux physiologistes les éléments du *diagnostic régional* des fonctions du cerveau; si elles ont démontré que le cerveau n'est pas un organe homogène, unitaire, mais bien une association ou, si l'on veut, une fédération constituée par un certain nombre d'organes divers, ce sont les recherches cliniques appuyées sur l'examen méthodique et minutieux des lésions organiques qui ont permis à M. Charcot, comme P. Broca l'avait avant lui fait pour l'aphasie motrice, de préciser *chez l'homme* la topographie des régions corticales motrices et de fournir ainsi la preuve incontestable de la doctrine des localisations. Traduit dans toutes les langues, ce premier livre fut suivi de nombreuses recherches auxquelles a collaboré M. Pitres. Un travail critique, dû à MM. Charcot et Pitres (*Revue de médecine*, 1883), est venu, par l'analyse de tous les faits publiés en France et à l'étranger depuis l'année 1878, confirmer les belles découvertes du maître de l'Ecole de la Salpêtrière.

Si le cerveau doit être considéré comme une fédération d'organes divers, la moelle épinière, elle aussi, se trouve constituée par un certain nombre de régions répondant en quelque sorte à autant d'organes divers doués de fonctions spéciales. C'est ce que M. Charcot a nettement mis en évidence dans ses études sur les *localisations dans les maladies de la moelle épinière*. Il nous est, on le comprendra, bien difficile d'analyser des travaux de ce genre. Disons seulement qu'ils ont éclairé d'un jour nouveau l'anatomie du système nerveux en prouvant qu'entre les zones motrices de la région corticale du cerveau et les faisceaux latéraux de la moelle épinière, il existe des connexions anatomiques et physiologiques que l'on ne retrouve plus entre ces faisceaux médullaires et les autres régions de l'écorce cérébrale.

Nous avons dit plus haut que c'est à M. Charcot que l'on doit la description nosographique et clinique de la *sclérose en plaques*. Rappelons aussi toute une série d'études sur l'*ataxie locomotrice*, en particulier sur les *arthropathies* et les *fractures spontanées* qui s'observent dans cette maladie. Ayant fait reproduire le moule en cire d'une malade qui offrait le type le plus remarquable des déformations produites par les lésions articulaires et osseuses propres aux ataxiques, M. Charcot a fait don de ce spécimen si suggestif au musée de l'hôpital Saint-Thomas pour répondre aux observations courtoises que lui avait adressées sir James Paget à l'occasion de ses intéressantes recherches. Il a pu enrichir de même, non seulement la musée Dupuytren, mais encore les musées d'Angleterre en leur offrant toute une série de préparations anatomiques prouvant de quelle manière sont atteintes les articulations, comment se rompent les os chez les tabétiques.

Si l'on joint à ces études les observations qui ont éclairé la pathogénie de la *paralysie labio-glosso-laryngée*, de l'*atrophie musculaire progressive*, de la *paralysie pseudo hypertrophique*, etc., on comprendra que les *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière*, qui comprennent trois volumes, aient été traduites en allemand, en anglais, en russe, en hongrois et en italien; qu'elles soient considérées par les savants de tous les pays non comme un recueil banal de documents utiles à consulter, mais bien comme l'étude la plus complète et la plus personnelle qu'ait pu écrire M. Charcot.

Jusqu'à présent, nous n'avons point parlé d'hystérie non plus que d'hypnotisme. Et ce sont cependant les recherches cliniques afférentes à la grande névrose qui ont rendu populaire le nom de l'illustre médecin de la Salpêtrière. Ce sont presque les seules qu'aient citées dans dans de nombreux articles ceux qui, le jour de la mort de M. Charcot, ont écrit, dans les journaux politiques, la nécrologie du savant dont la renommée était européenne. Nous croyons avoir suffisamment prouvé que l'œuvre scientifique de M. Charcot est aussi variée que remarquable. Ses travaux sur l'hystérie ont ajouté à sa gloire impérissable la célébrité que donnent les découvertes qui frappent l'imagination des artistes et des gens de lettres.

Est-il besoin, dans un journal qui s'adresse à des médecins, de rappeler avec quelle minutieuse sagacité clinique, avant même de songer à vérifier les faits obscurs ou controversés, M. Charcot s'est appliqué à étudier les symptômes de l'hystérie vulgaire? L'*ischurie*, l'*hémianesthésie*, la *contracture permanente* des hystériques, l'*hyperesthésie ovarienne*, l'*achromatopsie*, la *chorée rhythmique*, l'étude des *zones hystérogènes*, etc., etc., lui ont fourni l'occasion d'écrire un grand nombre d'articles, de publier maintes observations qui suffiraient à prouver avec quel soin, quel souci de ne rien avancer

sans preuves, le Maître auquel on devait déjà un si grand nombre d'œuvres, dont les conclusions avaient été admises sans contestation aucune, s'efforçait de déjouer la supercherie, de bien préciser tous les symptômes objectifs d'une maladie protéiforme. Nous n'en citerons qu'un exemple. A diverses reprises, soit en s'occupant des *maladies des vieillards* (*Gaz. hebd.*, 1869), soit à l'occasion de ses études sur l'*apoplexie liée à l'hémorrhagie cérébrale ou au ramollissement du cerveau* (*Soc. de biologie*, 1869) ou encore (en collaboration avec M. Bouchard) en étudiant les *convulsions*, M. Charcot s'était préoccupé de rechercher, dans l'étude minutieuse de la marche de la température centrale, des caractères diagnostiques précis. C'est de la mensuration thermique qu'il a tiré, dans un travail sur l'*hystéro-épilepsie* (1872), les signes qui permettent de différencier l'*état de mal* de l'*hystérie à attaques mixtes*. C'est à la suite de nombreuses et convaincantes observations qu'il a établi les relations qui existent entre le traumatisme et l'hystérie. C'est après de longues séances consacrées à de minutieuses vérifications de tous les faits qu'il fit ressortir la valeur des observations de *métalloscopie* publiées par le docteur Burq, tout en faisant les plus expresses réserves au sujet des allégations relatives à la *métallothérapie*.

Les recherches entreprises à la Salpêtrière sur l'*hypnotisme* datent de 1878. « Dès l'origine, dit M. Charcot, on s'est attaché à imprimer à ces recherches une allure prudente, réservée, peu préoccupée du scepticisme, d'ailleurs purement arbitraire, familier à ceux qui, sous le prétexte « d'esprit scientifique », cachent un parti pris de ne rien voir et de ne rien entendre en ces matières. On s'est tenu autant que possible éloigné de l'attrait du singulier, de l'extraordinaire, écueil qui, dans ce domaine encore peu exploré scientifiquement, se rencontre, pour ainsi dire, à chaque pas. En somme, la méthode qu'il convient de suivre dans ces études ardues de physiologie et de pathologie nerveuses peut être résumée très simplement. Au lieu de se laisser aller à la poursuite de l'inattendu, de l'étrange, il convient, quant à présent, de s'attacher à saisir les signes cliniques, les caractères physiologiques facilement appréciables des divers états et phénomènes nerveux produits; de se renfermer d'abord dans l'examen des faits les plus simples, les plus constants, de ceux dont la réalité objective est la plus facile à mettre en évidence, n'abordant qu'ensuite et toujours avec circonspection les faits les plus complexes ou plus fugitifs; de négliger même systématiquement, du moins à titre provisoire, ceux d'une appréciation beaucoup plus délicate qui, pour le moment, ne paraissent se rattacher par aucun lien saisissable aux faits physiologiques connus ».

Ce programme si réservé de ses études sur l'hystérie et sur l'hypnotisme, M. Charcot l'a reproduit dans la préface du beau livre que son élève, M. P. Richer, a écrit sur l'*hystéro-épilepsie* ou *grande hystérie*. Il était une réponse aux protestations qu'avait soulevées au sein de l'Académie des sciences l'annonce de la candidature d'un savant dont on semblait ignorer les nombreuses découvertes et auquel on reprochait des leçons et des expériences dont on ne savait comprendre la portée. Les portes de l'Institut durent s'ouvrir cependant, sans que M. Charcot modifiât son enseignement, sans qu'il interrompît les études dont il avait montré aux membres de la Commission académique l'incontestable intérêt. Tout n'est pas dit sans doute au sujet de ces recherches qui touchent à la psychologie aussi bien qu'à la clinique. Mieux que personne M. Charcot, qui s'intéressait à toutes les questions de psychologie expérimentale, eût été à même, s'il avait vécu, de compléter l'œuvre qu'il a entreprise, d'en modifier au besoin certains chapitres, et d'imposer dès lors aux écoles rivales des conclusions indiscutables. Il ne nous appartient pas d'exposer ici les motifs de divergences aussi regrettables au point de vue du progrès scientifique que difficiles aujourd'hui à faire cesser. Ce qui reste démontré, c'est l'entière sincérité du savant qui, le premier en France, a su étudier scientifiquement des phénomènes dont la connaissance approfondie portera un jour la lumière dans une foule de questions non seulement de l'ordre physiologique, mais encore de l'ordre psychologique.

Nous venons de dire que M. Charcot s'intéressait à tous les sujets de psychologie expérimentale. Les questions relatives à l'histoire de l'art l'ont souvent aussi passionné. Dès ses débuts, il écrivait, en collaboration avec Dechambre, un mémoire intitulé : *De quelques marbres antiques concernant les études anatomiques* (*Gaz. hebd.* 1857). Plus tard, il étudia les tableaux et les monuments des musées de Hollande et d'Italie pour y trouver, dans les figures peintes ou sculptées par les maîtres de l'art, la reproduction des attitudes diverses que peut provoquer une maladie convulsive et, en particulier, l'hystérie. S'inspirant de ses conseils, son élève M. P. Richer a mis son talent d'artiste au service de la même idée. A l'occasion de ces recherches d'archéologie médicale, on doit à MM. Charcot et Richer deux livres du plus grand intérêt.

Il faut arrêter ici cette énumération des œuvres de M. Charcot et je n'ai parlé ni du soin méticuleux avec lequel, jusqu'à son dernier jour, il revoyait lui-même et réécrivait même de sa main les leçons cliniques qu'il donnait à ses amis de la presse médicale, ni de l'assistance qu'il offrait généreusement à tous ceux dont les travaux lui paraissaient dignes d'estime, ni de l'impulsion qu'il a donnée à plusieurs recueils scientifiques publiés sous sa direction.

J'en ai dit assez cependant pour prouver qu'il a su se montrer digne de tous les honneurs décernés à ceux qui ont bien mérité de la science. Son œuvre lui survivra et son nom sera toujours cité avec respect non seulement par ses élèves, mais encore par tous les médecins qui sauront comprendre qu'il a été l'un des plus grands parmi les maîtres de l'Ecole clinique française.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Du méat hypogastrique dans le cancer de la prostate, par le Dr Félix Legueu, chef de clinique des maladies des voies urinaires.

Le cancer de la prostate est un de ceux contre lesquels la chirurgie radicale est encore absolument impuissante. On compte les interventions que quelques praticiens osés ont tentées pour enlever la glande dégénérée, et la mort immédiate ou la récidive hâtive ont suivi à bref délai une opération dangereuse et impuissante. Après

Billroth (1), Demarquay (2), Spanton (3), Harrisson (4), Leisrinck (5) et Czerny ont essayé, tantôt par la taille haute, plus souvent par l'incision périnéale, d'extirper en totalité ou en partie une prostate envahie de cancer. Des difficultés de technique insurmontables ont le plus souvent rendu irréalisable le plan projeté; Billroth dut se contenter une fois de gratter à la cuiller tranchante la masse néoplasique; Spanton ne put qu'enlever une partie de la tumeur et trouva d'ailleurs un prolongement gros comme le doigt qui montait en arrière de la symphyse. Demarquay enleva la partie inférieure du rectum, la prostate, les vésicules séminales, le fond de la vessie et tout l'urèthre membraneux; le malade vécut encore sept jours. Czerny fut plus heureux: il put enlever toute la glande, mais le malade faillit mourir de collapsus et d'hémorrhagie: il vécut encore quatre-vingt-dix jours.

D'une part, difficultés opératoires considérables, d'autre part généralisation rapide, envahissement précoce des parties voisines par ce cancer que M. Guyon a si bien dénommé « prostato-pelvien »: tel est donc aujourd'hui le bilan de ce qu'on peut attendre en fait de prostatectomie pour cancer: et nous souscrivons amplement aux conclusions de Forgues. « Théoriquement, on peut accepter l'intervention aux phases précoces; mais l'incertitude du diagnostic à cette période rend platonique cet acquiescement à la prostatectomie pour néoplasie maligne. Contre les formes diffuses, à traînées ganglionnaires lointaines et promptes, toute intervention radicale est contre-indiquée. »

Est-ce à dire pourtant qu'il n'y ait rien à faire? Ne peut-on en quelque manière alléger de ces malheureux la souffrance, et par un traitement palliatif sinon parer à la gravité du mal, du moins atténuer la rigueur de ses manifestations?

Tant que l'affection en est à ses débuts, à ses premières périodes, il n'est encore rien de bien pressant: les premiers symptômes sont ceux du prostatisme; la fréquence, la difficulté des mictions sont à peu près les seuls symptômes dont se plaignent ces malades. Tout cela est mis sur le compte d'une hypertrophie commençante de la prostate, d'autant plus qu'il s'agit toujours de gens âgés, candidats à coup sûr de l'athérome ou de la sclérose vésicale. A ces troubles, la sonde et la morphine suffisent à remédier; les cathétérismes répétés, pour vider la vessie, les suppositoires morphinés pour calmer les douleurs, telle est la base de la thérapeutique en ces premières périodes.

Mais il vient un moment, et celui-ci rapide, où tout s'aggrave; la prostate dégénérée a augmenté considérablement de volume, les propagations se sont faites du côté du pelvis et du rectum. Et dès cette époque le malade sera sujet à des troubles graves du côté du rectum ou du côté de la vessie, ou des deux à la fois.

Les troubles occasionnés du côté du rectum sont en beaucoup de points les mêmes que l'on trouve dans le cancer du rectum : ils tiennent en effet à l'envahissement du conduit intestinal, à l'altération de la paroi rectale ou à sa compression. Engelbach (6) dans sa thèse a bien exposé les misères de ces malheureux, chez lesquels parfois ces symptômes intestinaux se manifestent à l'exclusion des troubles urinaires. Ce sont des épreintes, des envies fréquentes d'aller à la selle, des efforts considérables, une constipation ou des diarrhées glaireuses, sanguinolentes et douloureuses. On en arrive bientôt à des accidents d'obstruction rectale incomplète, et dans ces conditions l'indication s'impose d'une intervention palliative. En 1883, Oswald (1) pratiqua pour la première fois la colotomie; depuis, Fenwick a exécuté deux fois la même opération. Le but de ces opérations est très rationnel : c'est de supprimer par l'anus contre nature les accidents d'obstruction incomplète, c'est aussi d'éviter chez ces malades l'irritation douloureuse que le passage des matières entretient chez ces malades, c'est de supprimer les efforts et d'éviter les hémorrhagies qui en sont la conséquence.

Les troubles urinaires ne sont ni moins intenses ni moins pénibles : s'il est vrai que parfois les cancéreux de la prostate ne souffrent que du rectum, il en est d'autres qui ne souffrent que du côté de l'urèthre et de la vessie.

La rétention complète d'urine se retrouve chez la moitié des malades (Guyon); les autres sont torturés par des besoins fréquents d'uriner qu'ils ne peuvent satisfaire à leur aise. La cystite vient un jour s'ajouter, et les douleurs redoublent avec les besoins plus fréquents.

A ces troubles, la sonde peut remédier dans une certaine mesure par les cathétérismes répétés autant de fois qu'il est nécessaire. Mais il y a des cas, et ils sont nombreux, où la sonde détermine à chaque passage une hémorrhagie sérieuse : d'autres fois les douleurs provoquées par le cathéter sont tellement vives que les malades ne s'y soumettent que contraints et forcés. Enfin il est des cas où le cathéter ne passe plus ou passe avec difficulté. En ces circonstances, il y a lieu d'agir, et plusieurs fois déjà des chirurgiens sont intervenus dans le seul but de remédier à ces troubles urinaires graves et persistants.

En 1882, Warthon (2) pratiquait la taille périnéale chez un cancéreux, mais sans succès, la mort survint par péritonite au bout de huit jours. Deux ans plus tard, en 1884, R. Harrisson (3) opérait également un malade atteint de néoplasme de la prostate, chez lequel le cathétérisme était impossible : il pratiqua la taille médiane et parvint à extirper une masse pédiculée saillante dans le canal. A cette occasion, il formulait les conclusions suivantes : 1° Chez les malades atteints d'affection prostatique il est permis de procéder à une exploration digitale des parties atteintes, par la taille périnéale; 2° cette exploration permet l'extirpation des fragments de la tumeur; 3° si cette extirpation n'est pas possible, elle permet la prostatotomie et le drainage de la vessie.

Mais il y a mieux à faire aujourd'hui qu'à tenter l'incision périnéale : la taille hypogastrique, la fistule souspubienne, l'opération de Poncet présente beaucoup plus de garantie; sa bénignité en tant qu'opération n'est plus à démontrer, et son efficacité, les interventions nombreuses pratiquées sur des prostatiques par le savant professeur de Lyon la démontrent jusqu'à l'évidence.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer récemment cette opération sur un malade de la clinique de Necker, atteint de cancer de la prostate. Ce malade, âgé de 61 ans, entrait à l'hôpital au mois de février dernier dans un état assez précaire. Quatre mois auparavant, il avait commencé à éprouver des brûlures en allant à la selle; quelque temps après, il éprouvait des difficultés à vider sa vessie, il était obligé de pisser plus souvent, en même temps qu'il ressentait des brûlures tout le long du canal. A plusieurs reprises, il avait remarqué du sang dans ses urines; mais ses souvenirs n'étaient pas assez précis pour qu'il pût nous dire si l'apparition du sang se faisait

(1) Billroth. *Langenbeck's Archiv.*, p. 548, Bd X.
(2) Demarquay. *Gazette médicale de Paris*, p. 382, 1873.
(3) Spanton. *Lancet*, 1882, p. 1032.
(4) Harrisson. *Lancet*, 20 septembre 1884.
(5) Leisrinck. *Archiv. für klin. Chir.*, p. 578, Bd XXVIII.
(6) Engelbach, *Les tumeurs malignes de la prostate*, Thèse de Paris, 1888.

(1) Oswald, *Med. Times*, 1882, t. II, p. 423.
(2) Warthon, *Phil. med. Times*, 1882.
(3) R. Harrisson, *Lancet*, 1884.

primitive ou consécutive à la miction. Lors de son entrée, il se présentait à nous pâle, jaune et amaigri; il urinait quinze fois le jour et vingt-cinq fois la nuit. Les urines fortement troubles ne contenaient pas de sang; il y avait des alternatives de diarrhée et de constipation et par-dessus tout des sensations intenses de cuisson et de brûlure au moment des garde-robes et des mictions. A l'exploration, nous trouvions le canal libre, mais la prostate irrégulière et saignante au passage d'une boule n° 18. La vessie ne se vidait pas; elle remontait à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Par le toucher rectal, la prostate se révélait énorme, dure en certains points, ramollie en d'autres. Les limites étaient diffuses, la paroi rectale faisait corps avec la prostate, elle était comme ulcérée par places. C'était bien un cancer de la prostate; il y avait en même temps des ganglions inguinaux, mais dans le petit bassin, dans les fosses iliaques, on ne trouvait aucune tuméfaction ganglionnaire appréciable.

Le malade fut traité comme un simple prostatique: des suppositoires rectaux à la morphine pour calmer les douleurs, et des cathétérismes répétés pour évacuer la distension vésicale. La sonde passait bien: mais son contact était douloureux; à chaque fois, quoique maniée avec la plus extrême prudence, elle déterminait un saignement assez prononcé. Des tentatives de mise à demeure de la sonde ne furent pas mieux supportées, et M. Guyon me pria d'ouvrir la vessie au-dessus du pubis pour créer une fistule, un méat contre nature.

L'opération fut faite le 14 mars 1893, suivant les préceptes habituels mis en pratique dans le service pour la taille hypogastrique. Toutefois, je ne crus pas devoir recourir au ballon de Pétersen, étant donné l'état d'altération du rectum. Pour l'incision de la paroi abdominale, j'eus recours, sur les conseils de mon maître, à une double incision verticale et transversale: transversale au-dessus du pubis, verticale et courte sur la ligne médiane. Le but de cette incision était de faciliter par l'écartement de la peau l'établissement de la fistule: M. Guyon, dans une autre opération de cystostomie, y eut recours également. Bien que le but de la fistule ait été atteint, je crois que cette incision donne un peu moins de jour pour l'abord de la vessie et complique un peu le second temps de l'opération.

La vessie fut incisée et les lèvres de son incision amenées au contact de l'orifice cutanéo-musculaire: six points de catgut suffisent à assurer une fermeture hermétique. Le doigt introduit dans le fond de la vessie, constate au niveau du col plusieurs saillies, sortes de prolongements vers la vessie du cancer de la prostate. Je me suis bien gardé d'y toucher; la muqueuse, d'ailleurs, à leur surface était encore intacte, et il en est longtemps ainsi, la muqueuse vésicale faisant barrière à l'envahissement de dehors en dedans (Engelbach).

Une fois les sutures terminées, je mis à demeure dans la fistule une sonde de Pezzer, fixée par un crin de Florence. Les suites furent simples: le malade se levait au bout de quelques jours. Il était beaucoup amélioré: les envies fréquentes d'uriner, les cuissons, les brûlures, le ténesme, tout cela avait disparu, et bien que palliative, l'opération lui avait apporté beaucoup de soulagement. Les premiers jours, il urina par la sonde hypogastrique, et autour de celle-ci, dans le pansement; puis bientôt, l'orifice s'étant rétréci sur la sonde laissée à demeure, l'urine ne coulait plus que par la sonde. Le malade la bouchait et l'ouvrait à loisir, suivant ses besoins.

Il resta encore trois mois dans le service; puis, peu à peu, les forces diminuèrent, l'appétit vint à faire défaut. Il comprit qu'il était perdu, et se décida à rentrer chez lui; nous l'avons depuis perdu de vue, il est sans doute mort aujourd'hui, mais nous l'avons assez longtemps surveillé pour avoir pu apprécier les bénéfices de l'intervention palliative que nous avions pratiquée.

Dans le cancer de la prostate, la difficulté et la douleur du cathétérisme auquel il condamne absolument les malades rentrent dans le cadre des indications que M. Poncet assigne à son opération (1). Difficultés du cathétérisme ou son impossibilité, douleurs ou hémorrhagies par le passage de la sonde, voilà les conditions qui conduisent à la cystostomie. Pour les prostatiques simples, avec une simple hypertrophie, il n'est pas fréquent d'observer l'une ou l'autre de ces complications persister assez longtemps pour qu'il soit nécessaire de recourir à la cystostomie sus-pubienne. L'usage de la sonde à demeure pendant un temps plus ou moins prolongé vient presque toujours à bout, pour le chirurgien, et même pour le malade, d'un obstacle que l'on avait dès l'abord considéré comme grave, difficile et périlleux.

Mais, pour le cancer, il n'en va plus de même! Avec le cathétérisme répété, c'est la douleur, l'hémorrhagie; avec la sonde à demeure, c'est la douleur encore opiniâtre et tenace et sans chance d'atténuation par l'usage. La cystostomie reprend ici tous ses droits; on fait l'anus iliaque pour le cancer du rectum. Le méat hypogastrique dans le cancer de la prostate doit aussi rendre de grands services aux malades, toutes les fois que la distension nécessitant des cathétérismes, le passage de la sonde détermine des douleurs ou des hémorrhagies: il en sera de même, à plus forte raison, s'il y avait impossibilité de passer, et c'est un des grands mérites de M. le professeur Poncet, d'avoir établi par sa pratique et son enseignement l'efficacité et les avantages de la fistule sus-pubienne.

En matière de cancer, il pouvait naître une inquiétude: celle de voir le néoplasme profiter de la fistule sus-pubienne pour s'échapper au dehors. C'est là un fait malheureusement d'observation fréquente en cas de cancers de la vessie mis à nu et reconnus inopérables au cours d'une incision exploratrice. Le néoplasme gagne rapidement de proche en proche, le long d'un drain, d'un tube ou dans les tissus fraîchement venus de la cicatrice en formation. Sur ce point, nous avions une crainte: l'expérience nous faisait défaut. Il n'en a rien été, et tant que le malade est resté soumis à notre contrôle, nous n'avons pu surprendre rien d'anormal: nous l'avons suivi plus de trois mois après l'opération, et sans préjuger de ce qui est arrivé plus tard, nous n'avons vu pendant ce temps aucun envahissement néoplasique de la zone fistuleuse. Tout démontre donc ici l'efficacité sans reproche d'une intervention palliative, à laquelle nous serons prêts à recourir, toutes les fois qu'en présence d'un cancer de la prostate, nous trouverons réunies les mêmes indications.

(1) Bonan, Th. Lyon, 1892, et Boutan, *De la cystostomie sus-pubienne*, Th. Paris, 1893.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la propagation lointaine des grands souffles cardiaques, C. Oddo (de Marseille).

C'est un fait bien vulgaire que de constater chez un cardiaque qui présente un souffle intense, de rétrécissement aortique, par exemple, que le souffle se perçoit nettement sur toute l'étendue de la cage thoracique. Mais, le diagnostic étant sufisamment établi, on n'éprouve aucune curiosité à se rendre compte si le bruit est perceptible dans des limites plus éloignées. Et cependant, cette recherche donnerait lieu le plus souvent à des surprises inattendues. Il faut dire que l'attention des cliniciens

n'est attirée sur ce fait dans aucun des ouvrages ou articles consacrés à l'auscultation cardiaque ou à la séméiologie des affections orificielles du cœur. Ce n'est pas que la diffusion extrême des souffles cardiaques n'ait jamais été signalé. Elle l'a été par Meynet (1), par Racle (2). Peut-être, en faisant des recherches bibliographiques patientes, pourrait-on retrouver la mention de ce phénomène dans quelques observations éparses. Mais, si le fait n'est pas nouveau, il n'est, en tout cas, pas de connaissance vulgaire et, pratiquement, il n'est jamais recherché. Quelques médecins italiens, à la suite de Federici (3), ont étudié récemment cette particularité séméiologique. Mais leurs travaux n'ont pas éveillé l'attention en France. Grâce à la libéralité de mon cher maître M. le docteur Laget, j'ai pu vérifier sur une malade de son service la diffusibilité extrême de certains souffles cardiaques. Exposer les recherches italiennes, rapporter l'observation personnelle, discuter le mécanisme du phénomène, tels sont les objectifs de cette note.

Et, d'abord, voici quelques observations des auteurs italiens.

Observation I (Federici) résumée. — Jeune fille de 16 ans. Souffle systolique perceptible dans toute la région du cœur, rude, fort, superficiel.

Le deuxième temps très net aux deux foyers artériels. Le souffle, semblable à la vibration d'une corde de contrebasse, correspond à la moitié supérieure du cœur, se propage dans les vaisseaux du cou. Dans ces mêmes parties, frémissement vibratoire perceptible à la main. En somme, le lieu de production du souffle s'étend de l'origine de l'aorte au commencement de l'arc. Le bruit de souffle se propage à une distance incroyable : au vertex, au menton, aux pommettes, au front, sur les apophyses mastoïdes, le long du cou et de la colonne vertébrale jusqu'à l'extrémité du sacrum, sur la face dorsale du bras, sur les faces dorsale et palmaire de l'avant-bras, mais plus distinctement au coude, sur le sommet de l'épaule, enfin, si on introduit le doigt de la malade dans son oreille en faisant mettre les muscles dans le relâchement, on perçoit un bruit de souffle faible. A une audition attentive, on perçoit le bruit de souffle à la crête de l'iléon. Sur la partie antérieure du tronc, le bruit disparaît au niveau du rebord du foie et, à gauche, sur le rebord costal. Il disparaît sur les parties molles du ventre.

Diagnostic : sténose aortique.

Obs. II (Federici) résumée. — Jeune homme de 27 ans, tousseur et dyspnéique depuis quelques années. L'aire cardiaque était augmentée à gauche. Aux quatre foyers cardiaques, souffle systolique fort, ayant son maximum au niveau de la portion initiale de l'aorte, s'accordant avec la voyelle O. A la pointe du cœur, il se distingue du premier temps tout en coïncidant avec lui. Le souffle se propage dans la direction des côtes, de la colonne vertébrale, des os de la tête et des membres supérieurs jusqu'aux doigts, en diminuant d'intensité à mesure qu'on s'éloigne du cœur. Il est plus distinct sur les surfaces osseuses, par exemple sur les arcs costaux. Il se propage aux carotides et non aux artères crurales.

Obs. III (Federici) résumée. — Jeune fille de 16 ans, en anasarque, le choc du cœur vigoureux, soutenu, perceptible aux cinquième et sixième espaces. Au milieu du sternum, frémissement systolique se continuant en haut sur une étendue de 2 ou 3 centimètres. Hypertrophie considérable du cœur. Souffle systolique intense se diffusant de la même manière et dans les mêmes proportions que dans les observations précédentes.

La nécropsie montra une hypertrophie du cœur gauche : le ventricule est d'un tiers plus grand que de coutume, le septum repoussé dans le ventricule droit, les muscles papillaires hypertrophiés. La valvule mitrale en partie recouverte sur son insertion par une végétation grosse comme un haricot. Une petite tumeur semblable, de la grosseur et de la forme d'une lentille, existait sur la portion supérieure de la valve externe. Ni l'une ni l'autre de ces excroissances ne pouvait, en aucune façon, empêcher l'occlusion valvulaire. L'orifice aortique et les valvules semi-lunaires étaient sains. La circonférence de l'orifice auriculo-ventriculaire = 11 cent. 1/2 ; celle de l'orifice aortique = 8 cent. 5. Le sinus de Valsalva élargi de façon à pouvoir contenir un œuf de pigeon ; aux deux extrémités de cette dilatation la circonférence = 0,07 cent. Au commencement de l'arc elle se rétrécit et, avant de fournir le tronc brachio-céphalique, elle n'a que 0,05 cent. et 16 millim. de diamètre ; l'ouverture de ce tronc est de 0,02 centim., celle de la carotide gauche = 1 cent. 5 millim., celle de la sous-clavière gauche = 1 cent. 7 millim. ; la circonférence de l'aorte descendante diminue encore d'un demi-centimètre et plus bas elle tend à s'agrandir.

Obs. IV (Vanni) résumée. — B..., agée 24 ans. Dans son enfance, cyanose des lèvres, elle se fatiguait et s'essoufflait pour peu de chose. Mais à l'époque de la menstruation, à 17 ans, ces phénomènes s'accentuèrent, cyanose de la face et des mains, sous l'influence de la fatigue essouflement et palpitations. Ces phénomènes s'accentuèrent après son mariage. Elle consulta son médecin et, après un traitement peu fructueux, elle entra à la clinique.

Examen objectif : coloration cystolique uniforme plus marquée aux lèvres, aux lobules de l'oreille, aux doigts qui présentent la déformation hippocratique. Les jugulaires légèrement turgescentes sont animées de battements modérés succédant à la diastole carotidienne. Impulsion carotidienne et aortique au cou énergique associée à un frémissement perceptible aux doigts.

Thorax bien conformé, voussure précordiale modérée, pulsation manifeste dans le 2e espace intercostal près du sternum. L'aire du cœur est agrandie surtout dans la partie droite.

A l'auscultation sur toute l'étendue de l'aire cardiaque, bruit de souffle ayant son maximum le long de la ligne sterno-marginale gauche. Dédoublement du 2e temps, la seconde partie se passant au foyer pulmonaire. Le bruit de souffle se propage à tout le thorax, diminuant d'intensité à mesure qu'on se rapproche de la région dorsale postérieure. Il est bien perceptible au vertex, le long des membres supérieurs, non seulement en promenant sur leur longueur, mais encore en introduisant le doigt de la malade dans l'oreille après avoir fait reposer le bras de la malade sur celui d'un assistant. Le bruit n'existe pas sur la paroi abdominale antérieure, sauf au niveau de la région de l'estomac qui est modérément dilaté. Dans la région lombaire le bruit est bien distinct, mais un peu plus faible que sur la paroi thoracique antérieure, non seulement sur la colonne vertébrale et sur les os coxaux, mais encore sur les parties molles. On l'entend au niveau des crurales et sur les membres inférieurs presque jusqu'au genou. Il disparaît en-dessous. Diagnostic : lésion congénitale.

Obs. V. — Personnelle.

C. L..., âgée de 43 ans, lingère, mariée.

Hôtel-Dieu, clinique de M. le professeur Laget, salle Sainte-Elisabeth, 25. Diagnostic : rétrécissement et insuffisance mitrale.

Entrée le 9 mai 1893.

Antécédents. — Père mort à 60 ans, après hémoptysie. Mère morte d'apoplexie cérébrale. Collatéraux sains.

Aucune maladie sérieuse dans l'enfance. Varioloïde à 8 ans. Pas de rhumatisme.

Enfant, elle courait sans essoufflement ; ses rhumes ne se prolongeaient pas plus que de raison. Réglée à 17 ans sans incidents.

Elle n'avait jamais eu de palpitations avant une attaque d'influenza contractée il y a 3 ans. Deux grossesses, l'une à 21 ans, l'autre à 23 ans et demi, pendant lesquelles elle n'avait eu ni essoufflement, ni palpitations.

Début. — Il y a trois ans environ : influenza de moyenne intensité, elle ne s'était pas couchée, mais la convalescence avait traîné, elle était très affaiblie, ses règles s'étaient supprimées. Six mois après, œdème commençant des membres inférieurs, palpitations qui n'ont plus cessé depuis, essoufflement, dyspnée d'effort, accès de dyspnée nocturnes. Augmentation graduelle de l'œdème, ascite.

Il y a 2 ans, entrée dans le service de M. le Dr Laget, salle Saint-Elisabeth, 30 ; elle était alors très œdématiée, en proie à des palpitations et à une toux incessante. Elle sortit au bout de peu de temps.

(1) Meynet, *Gazette médicale de Lyon*, 1868, p. 638.
(2) Racle, *Traité de diagnostic*, Paris, 1869, p. 309.
(3) Federici, *Rivista clinica di Bologna*, 1875.

Il y a 10 mois elle entre de nouveau à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Villard, cette fois. A ce moment, ce qui dominait c'était le foie cardiaque, ascite, foie énorme, teinte subictérique, etc. Elle sortit améliorée de nouveau.

Etat actuel :

Cyanose légère, veinosité marquée; à demi relevée, soutenue par des coussins, elle repose sur le coude droit. Œdème des membres inférieurs, des cuisses, de la main gauche. Ascite notable.

Respiration courte; elle ne peut dormir à plat que dans la nuit. Toux modérée, le matin expectoration muqueuse, jamais de sang. Râles de bronchite discrets, un peu d'œdème des bases pulmonaires.

Appétit conservé. Le lait est bien digéré; la diurèse fléchit dès que la malade en cesse l'usage exclusif. Jamais de diarrhée, constipation modérée.

Foie énorme : transmission des battements cardiaques ; pas de pouls hépatique proprement dit.

Les règles ont reparu depuis quelque temps. Insomnie depuis trois semaines; mais le sommeil est revenu depuis l'emploi de la digitale; cauchemars. Pas de troubles psychiques apparents.

Pouls petit, régulier; le tracé montre une ligne d'ascension oblique peu élevée, courbe de faible amplitude. Veines jugulaires turgescentes : faux pouls veineux.

Cœur. — La pointe bat dans le septième espace. Frémissement cataire systolique intense dans toute l'étendue de la surface précordiale, mais plus marqué à la pointe.

Aire cardiaque très étendue surtout au profit du cœur droit.

Souffle pré et systolique intense de tonalité basse et de timbre ronflant, maximum à la pointe se propage dans l'aisselle. Le souffle se perçoit dans toute l'étendue de la cage thoracique, diminuant d'intensité à mesure qu'on s'éloigne du cœur surtout à droite, dans l'aisselle en arrière, reprend une nouvelle intensité quand on ausculte la colonne vertébrale surtout dans la gouttière vertébrale gauche. Il est difficile de se rendre compte de la différence d'intensité suivant qu'on est sur la côte ou dans l'espace intercostal; il faudrait pour l'apprécier se servir d'un stéthoscope cunéiforme, mais celui-ci glisserait sur la côte.

Le souffle est perceptible au cou surtout le long des carotides, mais encore au niveau des masses musculaires à un moindre degré.

Face : région mentonnière, silence.
— parotidienne, bruit faible.
— malaire, assez prononcé.
— frontale faible.

Crâne: région frontale, bruit faible.
vertexe, plus marqué.
occiput, beaucoup plus marqué.

En un mot, le bruit va en augmentant à mesure qu'on se rapproche de la colonne vertébrale.

Colonne vertébrale : Intensité très marquée du souffle le long du rachis; elle va en augmentant à mesure qu'on descend de la région cervicale à la région dorsale.

Au niveau du tiers moyen de cette région, intensité extrême, presque égale à celle que revêt le souffle à la région précordiale. Ensuite, le souffle diminue à mesure qu'on descend vers la région lombaire. Le souffle est plus intense dans la gouttière vertébrale gauche que dans la gouttière droite. Il diminue beaucoup à mesure qu'on quitte la colonne vertébrale pour se porter en dehors.

Dans le bassin, le souffle se propage du sacrum vers l'épine iliaque antéro-supérieure le long de la crête. Il n'est pas très intense à ce niveau, mais cependant beaucoup plus marqué que sur les parties molles de la fesse où on l'entend à peine.

Sur la paroi abdominale antérieure, on le perçoit très faiblement, il est plus prononcé dans la région hépatique.

Membres. — Membre supérieur : dans la région scapulaire il est plus marqué le long de l'épine de l'omoplate que dans les régions sus et sous-épineuse. Le long de l'humérus, il est perceptible, mais on le perd au niveau du coude. Au bras, il est difficile d'apprécier si le souffle est plus intense le long de l'humérale. Ce qui est très appréciable, c'est qu'il diminue quand on cesse d'appuyer le stéthoscope sur la surface osseuse.

Le long de l'avant-bras, silence. Le doigt introduit dans l'oreille, l'avant-bras étant dans le relâchement, ne fait percevoir aucun bruit.

Membre inférieur : En promenant le stéthoscope le long de la cuisse, on peut percevoir deux directions du son, l'une suivant la direction de la crurale se perdant au niveau du tiers moyen pour se confondre avec le son minimum des parties molles environnantes ; à ce niveau, le souffle est rude, vibrant, quoique donnant l'impression d'un bruit lointain, mais généralisé et diffus et non localisé comme celui que donne le stéthoscope appuyé sur la crurale dans les conditions physiologiques. L'autre direction suit le trajet du fémur, elle descend jusqu'au genou. Enfin, dans la jambe, le souffle s'entend d'une manière très nette le long du plateau du tibia jusqu'au niveau du tiers inférieur ou on le perd. Sur les parties molles du mollet, le souffle est à peine perceptible.

Au pied, soit à la région plantaire, soit à la région dorsale, silence absolu.

Voilà les faits observés. Il y en a d'autres publiés par les auteurs italiens, Petrazzani (1) entre autres. Il n'es pas douteux qu'ils doivent être communs et ne demandent qu'à être recherchés sur le malade. Dans quelle condition se produit la diffusion généralisée des souffles cardiaques? Meynet la considérait comme spéciale aux souffles pulmonaires des malformations cardiaques. C'est à cette catégorie qu'appartient l'observation de Vanni. Sans pouvoir l'étudier avec précision, j'ai constaté la diffusion chez un petit malade vu à mon cabinet et porteur d'un rétrécissement pulmonaire congénital. Federici considéra d'abord que la propagation lointaine était spéciale aux souffles aortiques, aux rétrécissements aortiques en particulier. Il étaya même sur cette opinion une théorie sur laquelle il faudra revenir. Mais plus tard, dans le service de Federici, Petrazzani releva le phénomène chez cinq mitraux et sur un mitro-aortique; la malade du service de M. le professeur Laget était une mitrale, j'ai pu constater un souffle généralisé chez une de mes clientes, mitrale elle aussi, qui prétend même que dans certaines positions elle perçoit une vibration rhythmique le long de ses membres. Il est donc bien établi que le lieu d'origine du souffle généralisé peut être l'un ou l'autre des orifices cardiaques. Petrazzani établit en fait que les souffles aortiques se propagent surtout dans le segment supérieur du corps et que les souffles mitraux se propagent en bas. Chez notre malade, en effet, le souffle s'étend beaucoup plus loin dans les jambes que dans les bras.

Jusqu'ici, il n'est question que des souffles systoliques : il semble, en effet, que seules les vibrations produites par la contraction des muscles cardiaques aient une intensité suffisante pour se propager loin. De plus, ce sont des souffles centrifuges en quelque sorte tendant à s'extérioriser, et non des souffles centripètes, des souffles rentrés comme les soufflles diastoliques.

Enfin, il semble aussi que ces souffles généralisés aient toujours une tonalité basse et un timbre vibrant particulier. Les souffles à tonalité élevée, les souffles en jet de vapeur ne s'étendent jamais bien loin. Au contraire, dans les observations précédentes, les expressions de ronflant, vibrant, les comparaisons avec les vibrations d'une corde de contrebasse, avec la voyelle O sont employées. Ceci correspond avec ce fait de constatation acoustique vulgaire, à savoir qu'à intensité égale, les sons bas se propagent plus loin que les sons élevés.

Reste maintenant à discuter la question de la voie par laquelle les souffles se propagent. Cette question a inspiré des interprétations diverses parmi les médecins italiens qui se sont occupés de la question. Je ferai, à ce sujet, de nombreux emprunts au remarquable mémoire de Vanni (1) qui me sert de guide.

La première théorie est la *théorie osseuse*, c'est celle

(1) Della diffusione a grande distance di alcuni rumori cardiovascolari per via del ossa. *Gaz. med. ital. Lomb.* 1882.

(2) Vanni, Della via che segugni i tumori cardio vascolari per propagarsi a lunga distanza. *Rivista clinic. e therap.*, avril 1893.

qui a été émise par Federici : s'appuyant sur ce fait qu'il croyait exact, à savoir que les souffles diffus appartenaient à des lésions aortiques et, d'autre part, considérant les rapports étroits que présente l'aorte avec les deux premières pièces sternales, le clinicien de Florence professa que le bruit issu de l'aorte faisait vibrer les premières pièces sternales qui mettaient le squelette en branle par l'intermédiaire des arcs costaux. Cette *théorie osseuse* a pour elle des arguments péremptoires : c'est ainsi que la perception plus nette des sons sur la surface des côtes que dans leurs intervalles, que la disparition du souffle au-dessous des fausses côtes et sa réapparition au niveau des crêtes iliaques sont des faits dont la valeur s'impose. Chez le malade du service de M. Laget, on peut constater très nettement que c'est au niveau des éminences des plans osseux que le souffle se perçoit et se propage le mieux : crâne, face, colonne vertébrale, crête iliaque, humérus, fémur, plateau du tibia. D'autre part, la texture des os se prête admirablement à la conduction des sons.

Mais, malheureusement, la base de la théorie de Federici ou *théorie osseuse exclusive* est fausse. Il a été obligé de reconnaître dans son propre service que les souffles mitraux se propagent tout aussi bien que les souffles aortiques. Pour expliquer la propagation de ceux-là, Petrazzani, élève de Federici, a imaginé la théorie suivante : chez les mitraux, le cœur dilaté et hypertrophié peut venir à chaque systole comprimer l'aorte contre la colonne vertébrale et déterminer un souffle systolique qui se propage au squelette par le rachis; c'est un souffle extra-cardiaque d'un autre genre. Petrazzani a étayé sa théorie sur des expériences cadavériques : employant la circulation artificielle de l'aorte, comprimant le vaisseau sur un point, il a déterminé un souffle qui se propageait à presque tout le squelette. De plus, il avait cru remarquer que chez ses malades l'axe artéro-postérieur du thorax présentait une brièveté particulière qui devait favoriser le contact de la pointe avec l'aorte. Pour le dire en passant, cette particularité existe chez notre malade. Mais, ainsi que le fait remarquer Vanni, si cette théorie était exacte, les bruits mitraux ne devraient se propager que dans la moitié inférieure du corps. Il est vrai que chez les aortiques la propagation se fait surtout dans le segment supérieur du corps et que, chez les mitraux, elle se fait surtout dans le segment inférieur et notre observation cadre assez bien avec cette remarque, mais enfin c'est une distinction relative. Et avec la théorie de Petrazzani on ne s'expliquerait guère comment le souffle remonte jusqu'à se propager au vertex et à la face comme chez notre mitrale, par exemple. De plus, nous avons pu, chez notre malade, faire une expérience qui détruit complètement la théorie de la compression aortique : auscultant notre malade dans diverses positions, à peine soulevée sur le côté pour permettre l'application du stéthoscope, en faisant mettre la malade au bord du lit, puis en l'auscultant pendant qu'elle était à plat ventre ou dans la position génu-cubitale, nous avons constaté que l'intensité du souffle rachidien était invariable dans ces diverses positions.

A ces théories osseuses, Vanni oppose une théorie qu'on pourrait appeler *théorie vasculaire*, parce qu'il fait jouer aux artères le rôle prédominant, sinon exclusif, dans la propagation des souffles. Tout en reconnaissant que les os sont bons conducteurs des sons, Vanni objecte que l'interposition de tissus divers entre les segments osseux diminue leur conductibilité. C'est ainsi que Hueter (1), à l'aide de son dermatophone, a pu constater l'interposition de parties molles entre deux fragments osseux et la présence d'un corps étranger dans une articulation. De plus, Vanni fait remarquer que les vibrations des os se transmettent aux tissus environnants. Cette remarque est très juste, nous avons pu la vérifier sur notre malade; c'est ainsi que dans la jambe, bien que le tibia transmette le souffle avec une grande netteté, il est cependant perceptible, à un moindre degré, il est vrai, au niveau des parties molles, épaisses du mollet. Ceci établi, Vanni met en relief la réalité de la conductibilité vasculaire par l'expérience suivante : il entoure le bras de la malade avec une bande d'Esmarch, puis serre la racine du membre avec le lien de cette bande. Le bras est absolument ischémié; il constate alors d'une part que le souffle ne s'est modifié ni dans son foyer d'origine cardiaque, ni dans sa propagation au reste du corps; d'autre part, l'auscultation du bras est devenue muette et ne permet plus que de constater les bruits rotatoires, irréguliers de contraction musculaire. Nous avons pu contrôler cette expérience sous les yeux de M. le prof. Laget, de M. Bourdillon, son chef de clinique, et des élèves du service et en constater la parfaite exactitude. Après nous être assuré de l'existence du souffle au niveau de la partie moyenne de l'humérus, nous avons appliqué la bande d'Esmarch serrée comme un lien, à la racine du membre, jusqu'à ce que le pouls radial fût entièrement supprimé.

A ce moment le souffle a disparu totalement au niveau de la partie moyenne du bras. Puis le lien étant levé, la circulation du membre étant rétablie, le stéthoscope est de nouveau appliqué sur le même point et permet de constater que le souffle est revenu.

Mais au point de vue de l'interprétation de cette expérience, Vanni a prévu une objection qu'il a du reste victorieusement réfutée. Les partisans de la théorie osseuse exclusive pourraient arguer que la constriction par le lien élastique empêche la production des vibrations osseuses en agissant comme une sourdine, « *a guisa di una sordina* ». Or, Vanni a fait l'expérience suivante sur le cadavre : après avoir sectionné les parties molles du bras et dénudé l'os en ce point, l'auteur italien s'est assuré que les bruits produits par la percussion de l'os à l'aide du plessimètre, par le grattage avec la pointe du scalpel, par l'application d'un stéthoscope dans la lumière duquel on souffle énergiquement, que tous ces bruits sont transmis à toute l'étendue du membre. Serrant fortement à l'aide d'un fort lien la portion dénudée de l'os, il a constaté que les bruits produits au-dessus de la ligature se propageaient avec la même netteté que dans la première partie de l'expérience, tout le long du membre au-dessous de la ligature.

Nous avons pu constater chez notre malade la réalité de la propagation par les gros vaisseaux artériels, par la crurale notamment. D'ailleurs la propagation des souffles aortiques dans le système artériel est un fait vulgaire. La réalité de la propagation par les artères est donc incontestable, mais de là à dire avec Vanni que la voie vasculaire est la seule voie, il y a loin.

A notre avis, le tort de toutes ces théories est leur exclusivisme. La transmission des bruits cardiaques par le squelette est indéniable, cela ressort de ce que Vanni lui-même a observé; faut-il dire avec lui que les vaisseaux constituent l'intermédiaire obligé entre le souffle cardiaque et les vibrations osseuses? Cela pourrait se soutenir pour les souffles aortiques, mais pour les souffles mitraux on sait combien la propagation aux vaisseaux du cou est inappréciable dans les conditions ordinaires. Pour ces mêmes souffles mitraux, la propagation dans l'aisselle suit bien la direction de l'ondée sanguine, mais elle en est assez éloignée et la transmission par les parois thoraciques se fait à une assez grande distance. Il nous

(1) *Berlin. klin. Woch.*, n° 31, 1879.

semble beaucoup plus exact de dire que lorsque le souffle cardiaque revêt certains caractères d'intensité et de tonalité, *tout vibre*, ce qui ne veut pas dire que tout vibre également. Certains tissus présentent des conditions plus favorables pour la transmission des souffles. De ce nombre sont, d'une part, le tissu osseux à cause de sa densité et de la quasi-discontinuité du squelette, et d'autre part le système artériel, en raison de la propagation de l'ondée sanguine. Les rapports fréquents des os et des artères constituent une condition excellente de propagation, soit que l'artère fasse entrer en vibration l'os qui lui est contigu, soit qu'elle vienne renforcer les vibrations osseuses. L'os à son tour, en raison de sa texture, augmente l'amplitude des sons, agissant comme une caisse de résonnance et facilitant la transmission des sons à l'oreille en faisant corps avec le stéthoscope qui s'appuie sur lui. Enfin l'os transmet les vibrations aux parties molles voisines qui, en raison de la laxité de leur texture, les laissent perdre dans un rayon plus court

Mais cet ordre de succession, artère, os, tissus mous, n'est pas immuable. L'os peut être ébranlé directement sans recevoir ses vibrations d'un vaisseau, et c'est ce qui se passe probablement pour la transmission des souffles mitraux, le thorax tout entier vibre et la vibration se transmet à la colonne vertébrale.

Du reste, cette multiplicité des voies de transmission est seule compatible avec ce fait aujourd'hui bien établi que la propagation lointaine n'est le privilège d'aucune lésion orificielle. Or les conditions de transmission ne sont pas forcément les mêmes ; les rapports des orifices, siège du souffle, avec les vaisseaux et avec le squelette, varient avec chacun d'eux. *Il n'y a donc pas de voie immuable de transmission, la propagation des souffles est diffuse, mais elle suit de préférence certaines voies, passant de l'une à l'autre, là où ces voies sont en contact.*

Et maintenant, pour finir la constatation de la diffusibilité extrême de certains souffles cardiaques, peut-elle être utilisée pour établir un diagnostic ? Cela ne paraît pas probable, car nous avons vu que la diffusibilité est bien plus sous la dépendance des caractères du souffle que de son origine. D'ailleurs, ces gros souffles qui s'entendent partout ne prêtent guère à la discussion. Mais enfin l'étude de la propagation lointaine des grands souffles cardiaques est intéressante en elle-même. On n'aime pas la clinique si on ne s'intéresse pas aux plus petits détails de la séméiotique. Et puis, sait-on jamais le parti que pourront tirer certains esprits judicieux d'un signe nouveau ou trop méconnu ?

CORRESPONDANCE

La médecine des maréchaux.

Lyon, 17 août 1893.

Bien cher collègue,

Dans le numéro du 5 août de la *Gazette*, l'un de vos correspondants a dessiné en traits piquants l'omni-science dont se targuent certains officiers supérieurs. Mon excellente mémoire me rappelle une circonstance dans laquelle l'un des nôtres, un simple civil, le docteur A. Potton, médecin de l'*Antiquaille*, sut tout doucement, en pareil cas, remettre hommes et choses à leur place. Si vous en faites profiter vos lecteurs, je ne m'oppose point à ce que mon nom serve de garantie à ce récit.

Vers 1868, un brave, le général Partouneaux, venait d'être frappé d'apoplexie et Potton était à son chevet. Survient le maréchal de Castellane qui, toujours et en tout archi-compétent, expose ses idées sur le cas, professe, tranche, formule un traitement et demeure surpris de se voir, pour la première fois, moins vite obéi qu'entendu, ne comprenant pas qu'un autre *ordonne* là où il commande.

Devant cet ouragan, que faire? Se roidir ?... On passait outre. Se retirer?... et le salut du client ? Sans perdre son sérieux, Potton aborde le bouillant Achille, et de l'air de déférence le plus naturel : « Pardon, lui dit-il, pardon, maréchal ; ici comme ailleurs je respecte votre haute compétence. Mais, voyez-vous, nous n'avons peut-être pas étudié à la même Faculté, et comme nous pourrions bien ne pas nous entendre, ne vaut-il pas mieux en rester là ? » — L'ironie fut saisie et le malade sauvé ; car, le sabre rentrant au fourreau, la lancette put faire son office.

L. Diday.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Forme sénile de la névrite multiple (Ueber die senile Form der multiplen Neuritis), par H. Oppenheim (*Berl. klin. Woch.*, 19 juin 1893, n° 25, p. 587). — Bien que nombre d'auteurs aient déjà décrit les névrites qu'on rencontre chez les vieillards, il reste encore à démontrer que ceux-ci peuvent présenter l'appareil symptomatique connu de la névrite multiple. M. Oppenheim rapporte 2 cas, l'un grave, l'autre plus léger, sur 6 qu'il a observés. Ces 6 cas (5 hommes et 1 femme) ont trait à des sujets âgés de 70 à 82 ans, artério-scléreux, amaigris, sans qu'on pût néanmoins parler de marasme, qui souffrirent de troubles de la motilité et de la sensibilité des extrémités supérieures et inférieures; les pieds et les mains furent frappés chez tous. Les douleurs manquèrent ou furent peu intenses, consistant plutôt en des paresthésies. Pas d'élévation de la température. Les petits muscles des extrémités étaient surtout pris. Il existait de la réaction de dégénérescence, de l'abolition des réflexes tendineux. La sensibilité objective était diminuée aux extrémités et non abolie. Les nerfs crâniens étaient indemnes, de même que les sphincters. La marche de l'affection était chronique avec tendance aux rémissions; une amélioration notable survint dans 3 cas. Il semble d'après ces signes qu'il s'est agi de polynévrite. On ne peut guère signaler jusqu'ici comme caractérisant cette forme que les particularités suivantes : l'absence d'éléments étiologiques connus, d'intoxications et d'infections, la chronicité de l'évolution, l'absence ou le peu d'intensité des troubles de la sensibilité, la bénignité relative des troubles de la motilité allant rarement jusqu'à la paralysie complète, l'intégrité enfin des nerfs crâniens.

Diagnostic des tumeurs du cerveau (Casuistiche Betræge zur Diagnostik der Hirntumoren), par O. Ackermann (*Deutsche med. Woch.*, 1er juin 1893, et 8 juin 1893, n° 22, p. 518, et n° 23, p. 552). — L'auteur a eu l'occasion d'observer en peu de temps 5 cas de tumeurs cérébrales. L'un a trait à un enfant de 5 ans qui présente de la céphalée, la papille étranglée, de l'ataxie spasmodique permettant à peine la marche avec activité des réflexes tendineux. Ultérieurement on constate de l'amaurose, du nystagmus, des convulsions des membres prédominant à droite. A l'autopsie on trouve un gliosarcome du cervelet portant sur le vermis et l'hémisphère gauche. L'intérêt du cas est surtout dans l'existence de la rigidité et de l'ataxie cérébelleuse des membres inférieurs. Le second cas concerne un homme de 24 ans qui souffrit de céphalées pendant 3 semaines et seulement ensuite de paralysie de l'abducteur gauche, puis de parésie du facial et de l'hypoglosse droit; on constate enfin la papille étranglée et de la surdité droite. A l'autopsie, tumeur entre le cervelet et le cône occipital de l'hémisphère droit. La troisième observation est celle d'une femme de 47 ans qui présenta des douleurs de tête, de la faiblesse de la jambe droite et du bras droit, une hyperesthésie généralisée; à l'examen : pupilles normales, parésie du facial inférieur et des membres du même côté, sans aphasie, avec exagération des réflexes. A l'autopsie, tumeur de l'hémisphère gauche occupant la plus grande partie du gyrus fornicatus et de l'avant-coin. Dans le quatrième cas, il s'agit d'une femme de 47 ans qui se plaint de douleurs de tête, de somnolence et de secousses épileptiformes du côté

gauche, plus fortes au bras. On constate seulement de l'hémiparésie de ce côté avec analgésie et ataxie. Rien du côté de l'appareil visuel. La malade est couchée, et gâte. On trouve à l'examen un glio-sarcome de la région du gyrus angulaire de l'hémisphère droit. Le malade qui fait l'objet de la cinquième observation est âgé de 46 ans et alcoolique; il présente une hémiparésie droite avec réflexes forts; plus tard survint de l'aphasie; on trouva à l'autopsie une tumeur occupant, sur l'hémisphère gauche, la région du gyrus uncinatus. L'auteur fait suivre ces observations de réflexions sur les principaux points intéressants quant aux rapports des symptômes avec les lésions.

Sur un cas de mutisme hystérique avec agraphie, par Ballet et Sollier (*Revue de médecine*, 10 juin 1893, n° 6, p. 533). — Il résulte des considérations émises par les auteurs à propos de l'étude des cas qu'ils rapportent : que l'agraphie peut se montrer d'une façon très nette et persistante au cours du mutisme hystérique. Elle paraît tenir non pas, comme dans le cas d'une lésion organique, à la perte des images verbales, graphiques ou visuelles, mais simplement au défaut de la synthèse psychique de ces images qu'exige l'écriture courante. Non seulement la paralysie faciale d'origine hystérique est indéniable, mais cette paralysie peut être systématique pour certains mouvements spéciaux tels que ceux nécessaires à l'articulation de la parole.

Note sur deux cas récents d'aphasie, par Grafé (*Revue de medecine*, 10 juin 1893, n° 6, p. 525). — Le premier cas concerne un soldat âgé de 27 ans, non hystérique, qui fut pris brusquement d'un vertige qui le laissa aphone. Il ne pouvait produire aucun son ; il existe en même temps une parésie faciale inférieure droite, intéressant à peine la langue. Au laryngoscope les cordes vocales ne peuvent produire aucun mouvement pour l'émission des sons, alors que la glotte se contracte dans l'effort, et pour la déglutition. Dans le second cas, une fillette de 2 ans (qui s'exprimait fort bien sur une foule de choses) devint aphasique à la suite d'une fracture de crâne et put, grâce à une éducation nouvelle, réapprendre à parler.

MÉDECINE

Pseudo-leucémie lymphatique suraiguë (Un caso acutissimo di pseudo-leucemia linfatica), par F. Traversa (*La Riforma medica*, 5 juillet 1893, p. 26). — Observation d'un homme de 73 ans qui succomba en 30 jours avec les accidents suivants : tuméfaction ganglionnaire généralisée ayant débuté dans l'aine droite au milieu d'une bonne santé, augmentation de volume de la rate, accès de fièvre à type tierce, diarrhée, épistaxis, purpura; proportion des leucocytes aux hématies variant en 13 jours de 1/195 à 1/60; à l'autopsie, tuméfaction ganglionnaire et splénique, broncho-pneumonie; à l'examen microscopique, le sang et les ganglions renfermaient des streptocoques à l'état pur, ainsi que le montrèrent les cultures.

Pseudo-leucémie aiguë (Su di un caso di pseudo-leucemia acuta), par Grossi Carmine (*La Riforma medica*, 8 et 10 juillet 1893, p. 62 et 74). — Homme de 37 ans, ayant depuis cinq mois des malaises avec perte des forces et depuis une quinzaine de jours une tuméfaction des ganglions latéraux du cou, puis des ganglions inguinaux et axillaires; à l'entrée à l'hôpital, épanchement pleural gauche, température variant de 39°4 à 39°8, tuméfaction de tous les ganglions de la moitié gauche du corps avec intégrité de ceux de la moitié droite, œdème par compression des vaisseaux du membre supérieur gauche, anémie globulaire sans leucémie; mort par cachexie moins de six mois après le début des accidents. Les cultures du sang et du suc ganglionnaire extrait pendant la vie sont restées stériles. A l'autopsie, outre les tuméfactions ganglionnaires constatées pendant la vie et l'intégrité des ganglions du côté droit, on note la présence d'une énorme masse ganglionnaire dans le médiastin sans compression des organes voisins.

Injections intra-veineuses de sublimé (Sull'uso del sublimato corrosivo par iniezione endovenosa), par R. Jemma (*La Riforma medica*, 18 juillet 1893, p. 159). — L'auteur a fait des injections intra-veineuses d'une solution de sublimé au millième dans différentes maladies infectieuses. Il n'a observé aucun accident sur plus de 300 injections. La dose maxima de sublimé injectée par jour a été de 4 milligrammes. Dans quatre cas de syphilis, il a obtenu une amélioration des symptômes avec des injections en nombre variant de 20 à 75; pour lui, cette méthode est plus active que les autres procédés de mercurialisation ; elle nécessite l'emploi d'une dose moindre de mercure et est moins douloureuse que la méthode des injections intra-musculaires. Dans les autres maladies infectieuses (fièvre typhoïde, rhumatisme, érysipèle, tuberculose), ses recherches sont trop peu nombreuses pour pouvoir en tirer des conclusions; elles confirment seulement l'innocuité de la méthode.

CHIRURGIE

Traitement des hernies gangrénées (Zur Behandlung gangrænœser Hernien), par Sachs (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 238). — Il s'agit d'une femme de 64 ans, herniotomisée pour une hernie crurale étranglée datant de trois jours ; l'intestin ayant été trouvé dans un état satisfaisant, on le réduisit dans le ventre et on fit la cure radicale. Trois jours après la température tombe à 36°5 et le pouls monte à 120. On pense à une gangrène de l'intestin réduit et on fait la laparotomie. L'anse réduite présentait en effet un abcès qui se perfora pendant l'opération. Anus contre nature. Mais comme l'anse était tout près du jéjunum, la femme dépérissait à vue d'œil. Aussi cinq jours après on fit la résection de l'anse perforée, puis l'entérorrhaphie. Trois semaines après la femme quittait l'hôpital dans un état excellent.

Ligature de la carotide externe (Ueber die Unterbindung der Carotis externa), par Lipps (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 1). — L'auteur a réuni dans son travail 130 observations de ligature de la carotide externe (dont plusieurs inédites dues à Küster). La ligature a été faite 25 fois pour tumeurs des vaisseaux, 27 fois à titre hémostatique avant l'extirpation de tumeurs, 28 fois pour blessure du vaisseau pendant l'extirpation des tumeurs, 28 fois pour arrêter une hémorrhagie, 15 fois pour obtenir la guérison de tumeurs malignes, et 3 fois pour obtenir la guérison de névralgies faciales.

Sur ces 130 ligatures, on a eu 32 morts par septicémie (1 cas), phlegmon du médiastin (1 cas), érosion du vaisseau avec hémorrhagie (1 cas), complications pulmonaires (4 cas), complications cérébrales (4 cas), anémie aiguë (8 cas), faiblesse (9 cas), thrombose propagée à la carotide interne (2 cas).

La ligature de la carotide externe ne comporte donc pas une mortalité considérable. Les résultats thérapeutiques sont également très satisfaisants, comme cela résulte de l'étude de chaque catégorie de cas dans lesquels cette opération a été faite.

Fistule congénitale de la lèvre supérieure (Angeborene Oberlippenfistel), par Feuber (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 35). — Il s'agit d'un homme de 20 ans qui depuis sa naissance portait tout près du bord du rouge de la lèvre supérieure droite une petite fistule qui donnait constamment issue à quelques gouttes d'un liquide semblable à de la salive. Une sonde de 1 millimètre d'épaisseur introduite à travers l'orifice externe s'arrêtait au niveau du bord inférieur de l'orifice nasal droit, près de l'endroit où la muqueuse labiale se réfléchit sur la mâchoire supérieure. La lèvre elle-même ne présentait aucune autre anomalie. L'extirpation de la fistule borgne, faite dans un but plastique, ne présenta pas la moindre difficulté ; la plaie se réunit par première intention.

L'examen microscopique de la pièce montra qu'il s'agissait d'une fistule borgne de 2,2 cm. de longueur sur 1,2 cm. d'épaisseur et 1,5 mm. de diamètre. La couche externe avait la structure de la muqueuse labiale du bord libre des lèvres ; la face interne avait la structure de la muqueuse labiale avec glandes muqueuses et sébacées.

Pour l'auteur, il s'agit dans ce cas d'une malformation analogue au bec de lièvre.

BIBLIOGRAPHIE

Manipulations de chimie médicale, par J. Ville. Paris, J.-B. Baillière, 1893.

Ce petit volume vient fort heureusement combler une lacune. En effet, à part le savant et volumineux traité de M. Jungfleish, destiné aux élèves en pharmacie, il n'existait pas de manuel pratique où les étudiants en médecine pussent trouver au cours de leurs manipulations les renseignements dont ils ont besoin, où ils puissent préparer d'avance la technique de leurs travaux pratiques; ce livre de M. Ville leur rendra désormais ce service. Il a pour but « de donner à ces élèves les connaissances de chimie pratique qui leur sont nécessaires pour aborder avec fruit l'étude des phénomènes physiologiques et pathologiques et de les initier aux exercices qui doivent les aider dans l'exploration raisonnée de l'organisme et l'établissement scientifique d'un diagnostic médical. »

Ce livre, où les expériences sont décrites avec grand soin, et toujours précédées de quelques notions théoriques sommaires sur le corps dont il est question, est divisé en quatre parties.

Une première comprend l'étude des principes minéraux essentiels contenus dans l'organisme, éléments gazeux et principes salins.

Dans une seconde, l'auteur expose les caractères généraux des substances albuminoïdes, et la manière dont on pourra les isoler et les doser dans les liquides de l'organisme, tels que le sang et le lait; à ce sujet, une étude détaillée est faite des procédés d'examen de l'hémoglobine.

Dans sa troisième partie, l'auteur examine les liquides digestifs, montre comment on peut les recueillir, étudie leurs caractères principaux, et expose en peu de mots le rôle physiologique qu'ils remplissent; à propos du suc gastrique, il décrit sommairement les méthodes ingénieuses de A. Gautier et de Hayem et Winter pour la détermination de l'acidité de ce suc; il donne également les principales réactions des peptones; il faut aussi signaler les quelques pages consacrées à l'étude des réactions de la bile.

La fin de l'ouvrage, la plus considérable, est remplie par quelques notions sur l'urine; sans entrer dans des détails inutiles, l'auteur passe en revue ses divers éléments, leurs réactions, les méthodes employées pour les doser.

Ce petit livre, essentiellement pratique, préservera le débutant de tout embarras; l'auteur, en effet, est resté fidèle à son but et a su éviter aussi bien de trop grands développements de chimie théorique que des considérations médicales trop étendues pour les jeunes étudiants auxquels il s'adressait; mis au courant des récents travaux de la chimie biologique contemporaine, il intéressera également tous ceux qui voudront en peu de pages avoir des notions claires sur les caractères chimiques des liquides de l'organisme et leurs procédés d'analyse. P. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La Grande Encyclopédie. Tome XVII. Paris, H. Lamirault et Cie, éditeurs, 61, rue de Rennes.

La publication de l'œuvre considérable dont nous avons successivement annoncé les premiers volumes se poursuit avec une grande régularité. Le dix-septième volume que nous venons de recevoir, qui commence au mot *Fanum* pour se terminer au mot *Franco*, ne le cède en rien à ceux qui l'ont précédé ni au point de vue de l'intérêt scientifique des articles qu'il renferme, ni au point de vue de l'exécution matérielle de l'ouvrage. Les articles intéressant les médecins sont assez nombreux. Citons les mots *Fatigue*, *Favus*, *Fécondation*, très intéressant et très précis; *Fémoral*, *Fémur*, *Fer*, *Fermentation*, *Fibre*, *Fibrine*, *Fibrome*, *Fièvre*, *Filtre*, *Foie*, *Folie*, *Fracture*, etc.

Mais ce n'est pas surtout au point de vue exclusivement médical que nous devons recommander ce livre. Il est destiné, par l'étendue des articles vraiment sérieux, par le soin avec lequel ils sont rédigés, à remplacer bien des ouvrages spéciaux. Aujourd'hui plus que jamais il est interdit à un médecin vraiment digne de ce nom de se désintéresser des questions scientifiques d'ordre général, en particulier des sujets philosophiques et même historiques qui sont traités dans la *Grande Encyclopédie* avec une compétence et un talent auxquels il convient de rendre justice. Les médecins auront donc grand profit à posséder un ouvrage qui leur évitera souvent de très longues et très laborieuses recherches. L. L.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Dr Emile Blanche. Une des personnalités les plus sympathiques et les plus connues de notre époque vient de disparaître: le Dr Émile Blanche est décédé le 15 août dernier, dans sa soixante-treizième année.

Né à Paris en 1820, il fut nommé interne des hôpitaux au concours de 1845; il soutint sa thèse de doctorat, trois ans après, sur le *cathétérisme œsophagien chez les aliénés*. Dans ce travail, il décrit une modification apportée à la sonde inventée par Baillarger : on sait que cet éminent aliéniste se servait d'un double mandrin en fer et en baleine pour surmonter les obstacles et prévenir les accidents dans l'alimentation forcée des aliénés. M. Blanche substitua à ce double mandrin un mandrin articulé, simplifiant ainsi un procédé excellent en principe, mais trop compliqué dans la pratique.

M. Blanche devint le médecin de la maison de santé fondée par son père. Sous son habile direction, cet établissement acquit une réputation universelle et justement méritée. C'est que notre regretté confrère mettait en pratique cette belle maxime d'Esquirol: « Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les servir. » Il prodiguait aux malades qui lui étaient confiés ses soins les plus dévoués, les plus affectueux, n'épargnant ni son temps, ni sa peine. Pendant plus de quarante ans, il vécut au milieu d'eux et, dans ce contact journalier, acquit cette connaissance approfondie de l'aliéné, de ses mœurs, de ses habitudes, de ses passions, qui est indispensable pour instituer une thérapeutique rationnelle.

M. Blanche, qui était doué d'une très grande activité, voulut étendre son champ d'investigation; il se fit nommer médecin expert par les tribunaux, pour la médecine mentale. Il ne tarda pas à acquérir une très grande autorité en ces délicates questions de responsabilité et de capacité civile des aliénés, et l'on peut dire qu'il a été appelé à donner son avis dans la plupart des affaires les plus importantes qui se sont présentées dans ce dernier quart de siècle. Les nombreux rapports médico-légaux qu'il eut l'occasion de rédiger constituent des documents du plus haut intérêt que ses nombreuses occupations, une clientèle très étendue ne lui permirent pas d'utiliser. Il y a lieu de le regretter, car le seul ouvrage d'une certaine étendue qu'il ait publié (*Des homicides commis par des aliénés*, 1878) est un travail d'une grande portée clinique.

Ce livre ouvrit à M. Blanche les portes de l'Académie de médecine. Rappellerai-je le rôle prépondérant qu'il y joua dans toutes les questions relatives à la médecine mentale, qui, en ces dernières années, ont été discutées devant la savante Compagnie? Ses rapports — en particulier celui sur la folie considérée comme cause de divorce et celui sur les projets de réforme relatifs à la législation sur les aliénés — ont été universellement goûtés pour la clarté de l'exposition, la justesse des idées, la netteté des conclusions.

M. Blanche était, dans toute l'acception du mot, un homme de bien. Il avait au plus haut point le sentiment de la solidarité professionnelle: ils le savent bien, tous ceux qui ont siégé auprès de lui dans les commissions, soit de l'Association des médecins de la Seine, soit de l'Association mutuelle des médecins aliénistes. Jamais il ne trouvait suffisant ce qu'on faisait pour les médecins tombés dans la misère; que de fois il a regretté l'exiguïté de ces budgets destinés aux malheureux!

Les obsèques de notre regretté confrère ont eu lieu le vendredi 18 août, à l'église Notre-Dame d'Auteuil, au milieu d'un grand concours de collègues et d'amis. Passy et Auteuil étaient représentés à cette douloureuse cérémonie; riches et pauvres s'y trouvaient mêlés, venant rendre un suprême et pieux hommage à celui qui avait été pour tous un consolateur et un ami.

Ant. Ritti.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS.

REVUE GÉNÉRALE

Les infections secondaires chez les nourrissons atteints de dyspepsie chronique.

Dans notre numéro du 5 août, nous avons fait connaître la première partie du mémoire de MM. Marfan et Marot sur la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons, et l'on se souvient que chez ces enfants les auteurs ont toujours trouvé des microbes, surtout le bacterium coli et le streptocoque. Mais la présence de ces micro-organismes dans les humeurs et les tissus des cadavres des nourrissons dyspeptiques doit-elle être considérée comme l'indice d'infections qui se sont produites pendant la vie? Si, à cette première question, on peut répondre par l'affirmative, ces infections ont-elles des lésions et des symptômes propres, et quelle part prennent-elles à la genèse de la cachexie? Quels sont leur origine, leur mécanisme et quels liens les rattachent aux troubles digestifs? Quelles relations ont-elles avec les broncho-pneumonies terminales qui s'observent si souvent? Telles sont les principales questions qui se posent. Il est facile de voir que, pour les résoudre, il faudrait encore beaucoup d'autres recherches. Aussi MM. Marfan et Marot examinent-ils surtout la première; pour les autres, ils se bornent à de simples remarques.

I

La première question est celle-ci : la présence de ces micro-organismes (bacterium coli et streptocoque) dans les humeurs et les tissus des nourrissons dyspeptiques doit-elle être considérée comme l'indice d'infections qui se sont produites pendant la vie?

En ce qui concerne le streptocoque, il ne semble pas qu'il y ait lieu de discuter; il est admis généralement que le fait de trouver ce micro-organisme dans les humeurs ou les tissus d'un cadavre ouvert 24 heures après la mort, indique qu'il a pénétré pendant la vie et qu'il y a eu infection; tout au plus pourrait-on penser que le streptocoque est plus facile à déceler après la mort que pendant la vie, parce qu'il continue probablement à se multiplier lorsque l'organisme a cessé de vivre.

Mais pour le *bacterium coli*, la question demande à être examinée de très près. Dans certains écrits récents, on relève une certaine tendance à admettre que la présence du *bacterium coli* dans les organes des cadavres est un fait banal, sans aucune signification pathologique, et que cette présence, en relation avec la putréfaction cadavérique, est due à un envahissement *post mortem*.

Rien n'est moins fondé que cette manière de voir. Il est inutile de relever les assertions plus ou moins fantaisistes que l'on pourrait recueillir sur ce sujet dans bien des observations, mais il faut examiner les travaux des auteurs qui ont sérieusement envisagé cette question, ceux de M. Lesage, de MM. Wurtz et Hermann, de M. Macaigne, de M. Wurtz.

M. Lesage (1) fournit deux arguments principaux en faveur de l'envahissement cadavérique. Voici le premier : « Dans deux cas d'examens du sang faits pendant la vie par M. Legrand et par nous, aux Enfants-Assistés, le résultat de nos cultures a été négatif. Il semble donc que le bacterium coli n'envahit l'organisme que dans les dernières heures ou après la mort. Il a envahi seul les divers viscères (sang, foie, bile, rate et rein) et a conservé dans ces organes la même virulence que dans l'intestin ». Il nous suffira de rappeler de combien de difficultés est entourée la recherche des microbes dans le sang pour que ce premier argument ne paraisse pas suffisamment probant. Voici le second : « Ce qui semble confirmer, dit encore M. Lesage, que l'organisme n'est pas envahi durant la vie, est l'absence de toute lésion d'organe dans la majorité des cas ». Il est parfaitement exact que l'ensemencement du pus de certains viscères normaux à l'œil nu et même au microscope, surtout de la rate et du foie, peut donner naissance à des cultures de *bacterium coli*; les observations que M. Marfan a faites avec M. Nanu, puis avec M. Marot, viennent corroborer cette opinion. Mais peut-on en déduire que le bacterium coli a pénétré après la mort? Nullement. Ne sait-on pas en effet que la caractéristique de certaines infections, de certaines septicémies puerpérales par exemple, est la présence des micro-organismes dans les humeurs et les tissus, sans lésions appréciables, ou avec des lésions d'hyperhémie souvent minimes?

MM. Wurtz et Hermann se sont bornés à attirer l'attention sur la présence fréquente du *bacterium coli* dans les cadavres (2). Ils l'ont découvert, soit dans le foie, soit dans la rate, soit dans les reins, 16 fois sur 32 cas,

(1) LESAGE, Contribution à l'étude des entérites infectieuses des jeunes enfants (Entérite à bacterium coli). *Société médicale des hôp.*, 1892.

(2) WURTZ et HERMANN, *Archives de médecine expérimentale*, 1891.

c'est-à-dire dans la moitié des cas. Mais leurs recherches ont été faites surtout avec des cadavres de phthisiques. Or, dans près des trois quarts des cas, les phthisiques qui succombent présentent des ulcérations intestinales. Cette remarque, on va le voir, a une très grande importance.

M. Macaigne (1), qui a étudié avec soin cette question, émet cette opinion, basée sur les recherches de Welch, de Ménétrier, de Lesage, et sur les siennes, que l'envahissement soi-disant cadavérique des organes par le bacterium coli ne s'observe que lorsqu'il a existé pendant la vie de la diarrhée sur des ulcérations intestinales. MM. Marfan et Jean-G. Nanu ont confirmé cette opinion; ils ont démontré, dans leur travail déjà cité, que, chez les nourrissons, le bacterium coli ne se trouve dans les divers organes que lorsqu'on examine les cadavres des sujets qui ont succombé avec des troubles digestifs. MM. Marfan et Marot citent encore quatre faits à l'appui de cette manière de voir : dans quatre cas de cachexie, d'inanition, de pleurésie purulente, d'éclampsie infantile, de myxœdème, il a été impossible de déceler la présence du bacterium coli dans les viscères.

De pareils résultats doivent faire douter de la réalité de l'envahissement cadavérique et semblent démontrer au contraire que l'infection des organes a lieu pendant la vie.

Il en est de même des recherches faites pour savoir quand commence le soi-disant envahissement cadavérique. On a, en effet, trouvé le bacterium coli dans la bile de 40 à 45 minutes après la mort (Létienne), et Macaigne finit par dire : « Nous pouvons supposer que l'envahissement commence parfois pendant l'agonie des maladies graves, cachectisantes, pendant les dernières heures d'une vitalité presque éteinte. »

M. Wurtz a institué des expériences dont voici les résultats. En tuant des animaux par le froid ou par l'asphyxie, il constate, immédiatement après la mort, la présence, dans le péritoine et dans le sang du cœur, de certaines bactéries intestinales, en particulier du *bacterium coli*, du *streptococcus pyogenes* et du *proteus vulgaris;* or, la réfrigération et l'asphyxie provoquent, entre autres troubles, une hyperhémie intense de l'intestin. En empoisonnant des animaux par l'acide arsénieux, M. Wurtz a constaté le même envahissement de l'organisme vivant par les bactéries intestinales (*bacterium coli, streptococcus pyogenes, proteus vulgaris*). Cet envahissement se produit au moment de la période algide et il est d'autant plus marqué que l'intoxication est moins aiguë. Or, justement, l'empoisonnement par l'arsenic, qu'il soit réalisé par la voie gastrique ou par la voie sous-cutanée, ou par la voie intra-péritonéale, détermine toujours une hyperhémie intense de la muqueuse intestinale. Par contre, M. Wurtz n'a pas constaté l'envahissement de l'organisme par les bactéries intestinales, lorsqu'il tuait les animaux par section du bulbe ou qu'il les laissait mourir de faim (2).

De cet exposé, il résulte que l'envahissement de l'organisme par le *bacterium coli* ne s'observe que lorsqu'il a causé pendant la vie une modification morbide de l'intestin, et que l'origine cadavérique de cet envahissement n'est nullement établie. Il est probable au contraire que cette invasion se produit pendant la vie. Parmi les raisons qu'on en peut donner, en dehors de celles qu'on trouve dans ce qui vient d'être exposé, nous citerons encore celles-ci : dans certains exsudats pathologiques recueillis sur le vivant (épanchements pleuraux, péritonéaux, pus de certains abcès), on a pu découvrir le *bacterium coli;* dans un cas de choléra nostras, Gilbert et Girode ont ponctionné pendant la vie le poumon hépatisé et en ont retiré un exsudat sanguinolent dans lequel ils ont pu isoler le même microbe; Gastou et Renard (1), par le même procédé, affirment qu'ils ont décelé le bacterium coli dans le suc pulmonaire des enfants atteints de broncho-pneumonie d'origine intestinale; Péré (2) a trouvé le *bacterium coli* dans les urines de dysentériques du Tonkin onze fois sur dix-huit observations. L'histoire de l'infection urinaire, dans laquelle le *bacterium coli* paraît jouer le principal rôle, fournit enfin des faits qui viennent à l'appui des précédents; mais ce n'est pas ici le lieu d'insister sur ce point.

Certes, il faut instituer encore des recherches pour s'assurer directement de la présence du bacterium coli dans les organes du nourrisson dyspeptique pendant la vie et MM. Marfan et Marot poursuivront cette étude; mais, en attendant, on peut admettre, d'après les faits connus à l'heure actuelle, que la présence du bacterium coli et du streptocoque dans les humeurs et les tissus des cadavres des nourrissons dyspeptiques est souvent l'indice d'une septicémie qui s'est produite pendant la vie (3).

II

Lorsqu'on pratique l'autopsie des nourrissons qui succombent au cours de la dyspepsie gastro-intestinale chronique, les seules altérations à peu près constantes sont une distension plus ou moins considérable de l'estomac et de l'intestin, et l'augmentation de volume des ganglions mésentériques. Puis, la lésion la plus commune est à coup sûr la broncho-pneumonie. Dans les divers viscères, foie, rate, rein, l'apparence est parfois normale; parfois c'est celle d'une hyperhémie plus ou moins intense; parfois enfin, Lesage a relevé une teinte pâle, anémique, plus ou moins marquée de ces organes. L'hyperhémie viscérale généralisée s'observe surtout lorsque le nourrisson a succombé à une poussée aiguë de diarrhée fébrile.

Comparons ces diverses altérations avec les résultats des examens bactériologiques.

Dans 8 cas où les *ganglions mésentériques* étaient gros et rouges, MM. Marfan et Marot ont semé leur suc : 3 fois ils ont trouvé le bacterium coli à l'état de pureté; 1 fois le bacterium coli mélangé à une espèce indéterminée; 1 fois deux microbes indéterminés; 3 fois les cultures sont restées stériles.

Dans la série de malades que MM. Marfan et Marot ont eu l'occasion d'étudier, les *lésions du poumon* se sont montrées avec une extrême fréquence. Sur 18 cas, 13 fois il existait de la broncho-pneumonie, et 2 fois une hyperhémie pulmonaire diffuse et intense et, d'ailleurs, la congestion existe à un très haut degré dans les poumons qui présentent des noyaux de broncho-pneumonie; 1 fois le poumon était tuberculeux; 2 fois le poumon paraissait sain.

Voici le relevé détaillé de ces faits, avec le résultat de l'examen bactériologique :

(1) *Le bacterium coli commune.* Thèse de Paris, 1892.

(2) WURTZ, Issue des bactéries hors des cavités naturelles (*Société de biologie*, 17 décembre 1892). — Choléra arsenical expérimental (*Société de biologie*, 24 décembre 1892).

(1) RENARD, *Contribution à l'étude des broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale chez l'enfant.* Thèse de Paris, 1892. — GASTOU et RENARD. Même sujet. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mai 1892.

(2) Cité par Wurtz, dans sa *Revue critique* : « Le bacterium coli commune ». *Archives de médecine expérimentale*, 1892.

(3) Dans plusieurs observations récentes où la présence du bacterium coli, rencontré dans certains produits pathologiques, est considérée comme un effet de l'envahissement cadavérique, on ne trouve notés ni les troubles digestifs pendant la vie, ni les lésions gastro-intestinales après la mort.

Il y a eu un cas de *bronchite capillaire* typique; il coulait du pus de toutes les bronchioles; on constatait aussi une congestion intense du poumon et deux ou trois petits noyaux indurés à l'une des bases; dans le parenchyme induré et dans le pus des bronchioles, on a isolé le bacterium coli à l'état de pureté.

La *broncho-pneumonie à noyaux disséminés* s'est montrée 9 fois: 7 fois les noyaux de broncho-pneumonie siégeaient à la base et en arrière, 2 fois au sommet: au centre de ces noyaux on voyait toujours une bronchiole pleine de pus. Sur ces 9 cas, 3 n'ont pu être examinés; 1 fois l'ensemencement d'un noyau broncho-pulmonaire n'a pas fourni de culture. Dans les 5 cas qui restent, le suc des noyaux broncho-pneumoniques ou le pus de la bronche intra-nodulaire ont été ensemencés; 1 fois les auteurs en ont obtenu le bacterium coli pur, 2 fois le bacterium coli associé à une espèce indéterminée, 1 fois le streptocoque pur, 1 fois le streptocoque associé à une espèce indéterminée. Dans un des cas où le bacterium coli était impur dans le noyau de broncho-pneumonie, le parenchyme pulmonaire congestionné a fourni une culture pure de bacterium coli.

De deux cas de *broncho-pneumonie pseudo-lobaire*, un seul a été examiné: le bacterium coli à l'état de pureté a été isolé dans le suc de la masse hépatisée.

Dans les 2 cas où la *congestion* pulmonaire était isolée, l'ensemencement avec le suc du poumon a donné 1 fois le bacterium coli associé à une espèce indéterminée, et 1 fois le bacterium coli associé au streptocoque et à une espèce indéterminée.

Enfin, dans 1 cas de *tuberculose* pulmonaire, aux bases du poumon très congestionnées, le bacterium coli a été trouvé associé à une espèce indéterminée, et dans les foyers caséeux, deux microbes indéterminés.

Le *foie* a été trouvé normal ou hyperhémié; son suc a été semé 16 fois sur 18 autopsies. Même lorsqu'il a l'apparence normale, cet organe peut renfermer des micro-organismes. Il y a eu 4 ensemencements stériles; 4 fois on a obtenu le bacterium coli pur; 2 fois le streptocoque pur; 1 fois le bacterium coli et le streptocoque; 5 fois des espèces indéterminées.

La *rate* elle aussi a été trouvée normale ou hyperhémiée; mais même lorsqu'elle a l'apparence normale, elle peut renfermer des micro-organismes. Son suc a été semé 17 fois sur 18 autopsies et il en est résulté 8 ensemencements stériles; 3 fois des cultures de bacterium coli pur; 2 fois le streptocoque pur; 3 fois le streptocoque mélangé à une ou plusieurs espèces indéterminées; 1 fois des espèces indéterminées.

Le *sang du cœur* a été semé 14 fois; 7 fois il est resté stérile; 2 fois il y a eu des cultures de bacterium coli pur; 2 fois des cultures pures de streptocoques; 1 fois du streptocoque mélangé à une espèce indéterminée; 2 fois des micro-organismes indéterminés.

Le *liquide péricardique* a été trouvé normal ainsi que la séreuse qui le renferme; il a été semé 8 fois; il est resté 5 fois stérile; 2 fois, les cultures ont donné du bacterium coli pur; 1 fois le streptocoque pur.

Le *sang du cœur* et le *liquide péricardique* ont été ensemencés une fois mélangés et ont donné une culture pure de streptocoque.

Ainsi, chez les nourrissons qui succombent au cours de la dyspepsie gastro-intestinale chronique, l'organisme subit des infections secondaires dont les deux principales sont l'infection à bacterium coli et l'infection à streptocoques, ces deux infections pouvant d'ailleurs s'associer. Reste à se demander maintenant quelle est la porte d'entrée de ces infections secondaires.

III

Pour l'infection à *bacterium coli commune*, il est très vraisemblable que la porte d'entrée est la muqueuse intestinale.

Le bacterium coli, devenu virulent sous l'influence des troubles de la digestion, paraît envahir l'organisme en traversant la paroi intestinale et en pénétrant soit dans les vaisseaux lymphatiques, soit dans les radicules de la veine porte. La tuméfaction habituelle des ganglions mésentériques, la présence assez fréquente du bacterium coli dans leur tissu, portent à croire que la voie lymphatique est la voie habituelle de l'infection.

La septicémie à streptocoques a-t-elle aussi une origine intestinale? La présence possible du streptocoque dans les voies digestives normales permet de penser qu'il en peut être ainsi. Mais on doit faire des réserves sur ce point en raison des particularités relevées dans les observations.

Toutes les fois que MM. Marfan et Marot ont rencontré une septicémie à streptocoques, c'était chez des nourrissons présentant des lésions cutanées très marquées: un érythème ulcéré des fesses, des ulcérations des malléoles, des abcès du cuir chevelu. Il y a donc lieu de se demander si, chez les nourrissons dyspeptiques, ce n'est pas au niveau des lésions de la peau qu'il faut chercher la porte d'entrée habituelle des septicémies à streptocoques (1).

Mais, on peut se demander en outre, si, dans certains cas, ce n'est pas par le poumon que le bacterium coli et le streptocoque envahissent l'organisme. C'est une question que la fréquence des lésions broncho-pulmonaires permet au moins de poser. Mais pour la résoudre, il faudrait savoir exactement quel est le mécanisme de l'infection du poumon dans la dyspepsie chronique.

IV

Jusqu'au travail de M. Sevestre (1887), la broncho-pneumonie était considérée comme une complication de l'entérite chronique des nourrissons à sa période ultime et on ne voyait là qu'une application banale de cette loi qui veut que le développement de la broncho-pneumonie soit favorisé par tout état cachectique. M. Sevestre décrivit une forme particulière de broncho-pneumonie survenant chez les enfants de 1 à 2 ans atteints de diarrhées fébriles graves; il émit l'hypothèse que l'origine de l'infection pulmonaire se trouve dans l'intestin, et il créa le groupe des broncho-pneumonies d'origine intestinale.

La manière de voir de M. Sevestre fut confirmée par M. Lesage qui, dans cinq observations, constata la présence exclusive dans les noyaux broncho-pneumoniques du *bacterium coli commune*, lequel existait également dans les matières fécales. Mais tandis que M. Sevestre supposait que le bacterium coli, parti de l'intestin, pénétrait dans le poumon par la voie muqueuse ou lymphatique, M. Lesage se demanda si, dans quelques cas, les voies respiratoires ne sont pas infectées par inhalation, le bacterium coli virulent se trouvant abondamment répandu dans l'air des salles où ont séjourné des enfants diarrhéiques.

MM. Gastou et Renard, élèves de M. Sevestre, estiment, d'après leurs recherches, que les broncho-pneumonies d'origine intestinale étudiées par leur maître sont dues plus souvent au pneumocoque qu'au coli bacille;

(1) Cette hypothèse est d'autant plus digne d'être prise en considération que, au dire de Pawlowsky, certains auteurs, Kassovitz, Hochsinger, Chosten, Doutrelepont ont rencontré des streptocoques dans les cadavres d'enfants syphilitiques. (Pawlowski, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892.)

de leurs expériences sur les animaux il résulte que le coli-bacille peut créer une broncho-pneumonie aussi bien par inhalation que par infection lymphatique ou sanguine.

Tel est, en raccourci, l'historique de cette intéressante question des broncho-pneumonies d'origine intestinale.

Les recherches de MM. Marfan et Marot démontrent qu'on doit faire rentrer dans ce groupe morbide tout un autre ordre de faits non encore signalés; ce n'est pas seulement dans les diarrhées aiguës fébriles de la 2e année que l'on voit se produire fréquemment la broncho-pneumonie, c'est aussi au cours de la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nouveau-nés et des nourrissons soumis à l'allaitement artificiel. Les lésions du poumon, dans ces derniers cas, sont identiques à celles qui ont été décrites par M. Sevestre et ses élèves; ce sont ordinairement celles de la broncho-pneumonie vulgaire sous toutes ses formes; plus rarement on ne trouve que des lésions d'hyperhémie généralisée du parenchyme pulmonaire. Les résultats bactériologiques exposés plus haut démontrent que le bacterium coli au premier rang et le streptocoque au second sont les agents de ces lésions pulmonaires. Mais le mode de pénétration de ces microbes dans les voies respiratoires est très obscur. Quand on ne trouve qu'une hyperhémie intense du parenchyme pulmonaire sans bronchite et sans nodules péri-bronchiques, il est vraisemblable que l'infection s'est faite par la voie sanguine ou par la voie lymphatique. Mais quand on trouve de la broncho-pneumonie, ce qui est le cas le plus fréquent, la disposition des lésions en nodules broncho-pulmonaires avec une bronchiole centrale pleine de pus, fait penser à une infection par inhalation. Et en dehors de la souillure de l'air des salles d'enfants par le bacterium coli et le streptocoque, nous ne devons pas oublier que ces deux microbes vivent normalement dans la bouche; nous ne devons pas oublier non plus que Parrot a démontré la possibilité, chez les nouveau-nés athrepsiques, de la pénétration du chyme dans les bronches (*L'Athrepsie*, page 167). Mais, d'autre part, il semble bien établi que la broncho-pneumonie typique peut être la manifestation secondaire d'une infection générale; Netter l'a observée six fois et Widal une fois dans l'infection puerpérale à streptocoques. Ainsi, il est permis de rester encore dans le doute, touchant la pathogénie des broncho-pneumonies d'origine intestinale. Il paraît probable, en raison de l'infection générale de l'organisme constatée dans la majorité des cas, que, chez les nourrissons dyspeptiques, la broncho-pneumonie n'est pas d'ordinaire une lésion d'inhalation, mais bien une lésion développée sous l'influence de l'infection sanguine ou lymphatique. Mais ce n'est encore là qu'une hypothèse. Pour résoudre la question, de nouvelles recherches sont encore nécessaires.

V

Au point de vue clinique, parmi les manifestations de l'infection secondaire, la broncho-pneumonie est la seule qui ait une symptomatologie précise. Chez les enfants âgés de plus de trois mois, le tableau clinique de l'infection pulmonaire est exactement celui que M. Sevestre et ses élèves nous ont tracé pour les enfants qui ont passé la première année. Dans les trois premiers mois de la vie, la broncho-pneumonie revêt un aspect clinique spécial que Parrot a bien décrit sous le nom de « pneumonie des athrepsiques » : « Souvent celle-ci, dit ce maître, passe inaperçue pendant la vie, parce que, les enfants toussant très peu, on ne songe pas à les ausculter. La toux, en effet, est le seul symptôme qui puisse appeler l'attention sur les organes respiratoires; car, à cet âge, il n'y a aucune manifestation douloureuse, et l'on ne peut tenir un grand compte de la dyspnée qui, vous le savez, survient bien souvent en dehors de toute complication thoracique. Cependant, lorsque la respiration devient fréquente et profonde prématurément, il faut ausculter le poumon, et souvent l'on y trouve la raison des accidents dyspnéiques. Tantôt, c'est simplement une absence du bruit normal dans une certaine étendue; tantôt ce sont des râles crépitants ou muqueux à timbre sec et sonore; parfois enfin, c'est un véritable souffle avec retentissement du cri. Dans ce dernier cas, vous n'hésiterez pas à affirmer que le parenchyme pulmonaire est induré. Affirmez la même lésion lorsque vous ne constaterez que des râles, ou seulement l'absence du murmure physiologique; car l'expérience m'a appris que, dans le cours de l'athrepsie, ces perturbations dépendent habituellement d'une induration pulmonaire de nature inflammatoire. »

Abstraction faite des signes de l'infection des voies respiratoires, on n'est pas en mesure de préciser exactement les symptômes qui, dans le tableau de la dyspepsie chronique, relèvent des septicémies secondaires. Il est seulement à présumer que l'infection prend une large part à la genèse de la cachexie chronique des nourrissons dyspeptiques, que celle-ci affecte ou n'affecte pas la forme de l'athrepsie de Parrot. Et d'autre part, il sera intéressant de rechercher, quand l'occasion s'en présentera, les rapports de l'infection avec les diverses lésions que Parrot considère comme appartenant à l'athrepsie; les tromboses veineuses signalées par ce maître et étudiées par M. Hutinel devront en particulier être envisagées à ce point de vue.

Il est encore un autre point sur lequel le doute ne paraît guère possible. Dans les phénomènes qui accompagnent les poussées incidentes de diarrhée aiguë fébrile, l'infection, surtout l'infection à bacterium coli, paraît jouer un rôle important, sinon tout à fait prépondérant.

En terminant, il faut se demander si les caractères de l'évolution thermique ne seraient pas susceptibles de fournir certains renseignements sur les infections secondaires de la dyspepsie chronique des nourrissons.

Chez les enfants dyspeptiques âgés de moins de trois mois, surtout chez les athrepsiques, la tendance à l'hypothermie est bien connue ; il est établi que les maladies qui se traduisent habituellement par de la fièvre ne parviennent pas en général à élever leur température. Mais on trouve des exceptions à cette règle et MM. Marfan et Marot publient deux observations d'enfants de 1 mois et de 2 mois atteints de septicémies à bacterium coli avec fièvre.

Passé le troisième mois, on peut dire que les septicémies à streptocoques, avec ou sans broncho-pneumonies, élèvent en général la température et donnent naissance à une fièvre rémittente irrégulière. Les septicémies à bacterium coli créent ordinairement une tendance à l'hypothermie, mais il y a bien des exceptions à cette règle. Les infections qui résultent de l'association du bacterium coli et du streptocoque donnent naissance tantôt à de l'hypothermie, tantôt à de l'hyperthermie; et ces variations paraissent indépendantes de l'âge. On peut se demander, à ce propos, si cette infection mixte a des effets plus graves que l'une des deux infections monomicrobiennes; mais on ne peut actuellement répondre à cette question; l'expérimentation pourra peut-être un jour nous éclairer sur ce point.

En l'absence de signes propres à ces septicémies, il est à peu près impossible de préciser le moment où l'infection se produit. Est-elle terminale, et se produit-elle dans les derniers jours, dans les dernières heures de la vie? A cette

période l'organisme des nourrissons dyspeptiques, frappé par une cachexie profonde, ne se défendrait-il plus contre l'invasion microbienne et subirait-il une sorte de putréfaction *ante mortem*? Ou bien, l'invasion microbienne n'est-elle pas un effet, mais est-elle une cause de l'état cachectique et se produit-elle beaucoup plus tôt?

L'absence de lésions profondes dans les viscères qui renferment des microbes permet de penser que l'envahissement se produit peu avant la mort. Mais, d'autre part, la constatation d'une broncho-pneumonie à bacterium coli, quinze jours, trois semaines, voire même un mois avant la mort, laisse supposer que l'infection se produit parfois d'une manière moins tardive.

En résumé, les recherches de MM. Marfan et Marot démontrent que, dans la dyspepsie chronique des nourrissons soumis à l'allaitement artificiel, l'infection secondaire est non seulement réelle, mais encore très fréquente. Deux bactéries envahissent souvent l'organisme de ces sujets : le *bacterium coli* qui traverse vraisemblablement la muqueuse intestinale et se répand par la voie lymphatique ou par la voie sanguine; le *streptocoque* qui pénètre peut-être par l'intestin, peut-être par les ulcérations de la peau, peut-être par les voies respiratoires.

Ces infections secondaires paraissent tenir sous leur dépendance les broncho-pneumonies et les congestions pulmonaires, les diarrhées aiguës fébriles incidentes; et il est à présumer qu'elles prennent une large part à la genèse de la cachexie chronique, que celle-ci affecte ou n'affecte pas la forme de l'athrepsie de Parrot.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'hydrothérapie dans les dermato-névroses, lecture faite à l'*Académie de médecine*, par M. le Dr Beni-Barde (1).

Cette note a pour objet d'indiquer le rôle que peut jouer l'hydrothérapie dans la thérapeutique des maladies cutanées que l'on désigne pour le nom de dermato-neuroses. Pour en faire ressortir l'importance, il est nécessaire de dire un mot de l'intervention de cette méthode de traitement dans les autres dermatoses.

Loin de moi la pensée de décrire ici les manifestations variées de ces maladies et d'énumérer les nombreuses causes qui les produisent. Tout en reconnaissant l'importance de ces études d'entologie et de pathogénie, je désire ne pas m'y arrêter, afin de laisser à la communication que j'ai l'honneur de faire à l'Académie la simplicité qu'elle doit avoir.

Pour en rendre l'exposé plus facile, qu'il me soit permis de diviser les maladies de peau en trois groupes principaux. Cette sélection, tout artificielle du reste, va me fournir un cadre thérapeutique dans lequel je vais essayer de montrer la place qui convient à l'hydrothérapie.

J'admets donc que les dermatoses peuvent former trois groupes distincts.

Dans le premier groupe se trouvent celles qui sont occasionnées par un agent extérieur, inerte ou animé, se localisant dans la peau pour y déterminer une éruption caractéristique. L'hydrothérapie ne convient pas aux malades de ce groupe. Toutefois, elle peut être utile à certains d'entre eux qui, après avoir été guéris de leurs maux, croient toujours en être atteints. Ces malades, tels que les galophobes, rentrent dans le cadre des hypochondriaques auxquels l'hydrothérapie peut rendre de très grands services.

Dans le second groupe, nous plaçons les maladies cutanées qui sont sous la dépendance de l'arthritisme, de l'herpétisme, de la scrofule, de certaines maladies infectieuses et des intoxications. Dans le traitement de ces dermatoses, il faut associer aux médicaments exigés par la nature du mal, les procédés hydrothérapiques qui conviennent à ces maladies constitutionnelles. A ces procédés généraux, on peut adjoindre les applications spéciales dont les effets curatifs ont été souvent constatés.

Parmi ces dernières, nous signalerons le simple pansement à l'eau qui consiste dans l'application de compresses tièdes recouvertes de toile cirée, le maillot humide général ou local, suivi d'une ablution tiède, les bains et les douches de vapeur, les immersions de toute sorte plus ou moins prolongées.

Les frictions et les douches froides produisent assez souvent une certaine amélioration; mais elles provoquent parfois une irritation cutanée assez vive, irritation spéciale qu'il faut connaître et dont on peut tirer un grand parti contre les fluxions internes. Que de catarrhes pulmonaires, gastro-intestinaux, vésicaux et utérins sont modifiés au moment de l'apparition de cette irritation artificielle et essentiellement passagère!

Quand la dermatose est à son déclin, on peut employer l'hydrothérapie même avec ses procédés excitants pour remonter les forces de l'organisme, régulariser les fonctions de la peau, et prévenir les manifestations internes qui se produisent quelquefois après la disparition de l'éruption.

Qu'il nous soit permis d'insister en passant sur ce dernier effet pour dire combien sont chimériques les craintes de ceux qui pensent que l'hydrothérapie employée contre les maladies de la peau est capable d'occasionner des répercussions dangereuses.

Enfin, dans le troisième groupe de dermatoses, nous plaçons celles qui relèvent d'un trouble quelconque de l'innervation. Elles sont essentiellement justiciables de l'hydrothérapie. C'est ce que je vais essayer de démontrer dans cette communication.

DERMATO-NEUROSES. — LEUR TRAITEMENT PAR L'HYDROTHÉRAPIE.

Les dermato-neuroses sont des affections cutanées dues, dans la plupart des cas, à une perturbation du système nerveux central ou périphérique se manifestant par un trouble des fonctions de la peau ou par une altération de son tissu. Quelquefois, l'influence de la viciation du sang vient joindre son effet nocif à la perturbation physique ou morale du système nerveux. Dans tous les cas, que la dermato-neurose soit isolée ou qu'elle se trouve liée à une influence diathésique, l'hydrothérapie peut être utilisée avec avantage.

Autrefois, les dermatologistes ne lui empruntaient que ses procédés d'immersion et bannissaient indistinctement toutes les douches de leur thérapeutique usuelle. Leur hostilité contre ces derniers modificateurs avait sa raison d'être à une époque où l'hydrothérapie, du moins en France, était presque exclusivement représentée par la douche froide et par des piscines alimentées avec de l'eau à basse température. Aujourd'hui, cette proscription n'est plus légitimée. Grâce à l'introduction dans la méthode hydrothérapique de l'usage des piscines tempérées et surtout des douches à températures variables, il a été possible d'instituer une médication sédative spéciale qui vient d'être très heureusement mise en relief par quelques dermatologistes, et qui permet à l'hydrothé-

(1) Extrait d'un traité de *L'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses*, par le Dr Beni-Barde et Materne, qui paraîtra incessamment à la librairie Masson.

rapie de jouer un rôle important dans la thérapeutique de certaines affections cutanées.

Il y a longtemps déjà, Vidal avait utilisé les douches tempérées à percussion légères et dirigées pendant quelques minutes (de 3 à 6) sur les côtés de la colonne vertébrale pour combattre l'excitabilité réflexe de la moelle épinière à laquelle il attribuait certains troubles fonctionnels ou trophiques de la peau. Nous avons traité ainsi plusieurs de ses malades; mais, tout en reconnaissant la valeur de ces moyens thérapeutiques, nous n'avions formulé aucune conclusion.

Depuis quelque temps la question a été reprise; la douche tempérée ou même légèrement chaude, c'est-à-dire alimentée avec de l'eau à une température variant, selon les cas, entre 33° et 38° et administrée pendant un temps qui peut durer entre 3 et 6 minutes, a été de nouveau essayée; et l'on a choisi pour champ d'expérience les dermatoses prurigineuses. Jusqu'à présent ces sortes d'affections étaient invariablement traitées par les bains et les piscines tièdes qui, le plus souvent, ne produisaient que des effets incertains. M. L. Jacquet a eu l'idée de substituer à ces immersions la douche tempérée. Inspiré par lui, nous avons pu faire de nombreuses expériences et traiter avec succès un certain nombre de malades à l'aide de ce procédé hydrothérapique.

Qu'il nous soit permis de faire connaître en quelques mots la genèse de cette question essentiellement pratique.

Dans un travail qui avait pour but d'établir la pathogénie de la lésion cutanée au cours de certaines dermatoses, M. L. Jacquet a reconnu que cette lésion est secondaire, et il a signalé qu'elle apparaît le plus souvent à la suite d'un traumatisme (contusion, friction, grattage, etc.), intéressant l'enveloppe tégumentaire. Mais il a remarqué que pour qu'il en soit ainsi, c'est-à-dire pour que la lésion apparaisse, il faut que le malade, qui a subi le traumatisme provocateur, ait un système nerveux déséquilibré et un système cutané tout disposé aux troubles fonctionnels et aux troubles trophiques. Guidé par ses recherches (1) il eut l'idée de traiter par la douche sédative, à l'exclusion de tout autre moyen, l'une de ces dermatoses; et c'est au lichen plan qu'il donna la préférence pour commencer ses expériences.

Disons tout de suite que le succès vint confirmer ses prévisions (2), et, ajoutons, pour venir à l'appui de la thèse soutenue par notre confrère, que, dans un cas où les méthodes classiques avaient échoué, nous pûmes constater chez le malade que M. Jacquet nous avait confié la diminution de l'excitabilité nerveuse et l'apaisement du prurit, suivi, à quelques jours de distance, de la disparition de l'éruption cutanée.

Depuis les premières communications faites par M. Jacquet à la Société de dermatologie, nous avons traité avec lui de la même manière et avec le même succès une douzaine de malades, atteints, pour la plupart, de formes graves, déjà soignés infructueusement par les méthodes classiques.

D'un autre côté, M. E. Besnier et M. Brocq nous ont confié un certain nombre de malades, que nous avons également traités par les mêmes procédés. Parmi eux il en est plusieurs chez qui la dermato-neurose, éteinte en apparence, récidiva à plusieurs reprises après l'abandon des douches, pour s'évanouir de nouveau quand elles furent reprises; preuve péremptoire que la sédation ne tenait nullement à l'évolution spontanée de la névrose, mais était, à proprement parler, tenue en bride par l'influence hydrothérapique (3).

(1) L. JACQUET, De la pathogénie de quelques dermatoses artificielles. *Ann. de dermatologie*, 1890.
(2) *Bulletin de la Société de derm. et de syph.*, 1890-1892.
(3) Voyez en particulier l'obs. PAGE, in *Ann. de dermat. et de syph.*, 1893.

Une seule parmi ces malades résista au traitement. Elle éprouva pourtant une amélioration notable qu'aucune médication antérieure n'avait pu lui procurer; mais la guérison définitive ne put être obtenue.

L'action curative de ce mode de traitement du lichen plan est intéressante à connaître; elle justifie notamment, dans une certaine mesure, les vues théoriques auxquelles nous avons précédemment fait allusion, et suffit, pour le dire en passant, à démontrer l'origine névropathique, si longtemps contestée, du lichen de Wilson.

Ces résultats heureux devaient en faire prévoir de semblables dans les autres dermato-neuroses. M. L. Jacquet, dès sa première communication, les avait prévus et annoncés; depuis lors nous avons eu l'occasion de les observer dans deux cas de lichen simple (névro-dermite de Brocq et Jacquet), dans plusieurs cas de prurigo et dans deux cas d'eczéma généralisé.

Quelques dermatologistes, suivant l'exemple de M. Jacquet, ont eu recours à cette méthode de traitement qui a le triple avantage d'être efficace, inoffensive et relativement simple. M. E. Besnier, tout en faisant quelques observations critiques sur les vues théoriques de son élève M. Jacquet, l'a employée à diverses reprises et s'en est montré satisfait.

Dernièrement, M. L. Brocq (1) a mis soigneusement en relief les réserves nécessaires qui doivent être faites sur les effets curatifs de la douche tempérée ou chaude dans certaines dermatoses; il a, en outre, signalé les difficultés que présente le maniement de ce moyen thérapeutique, difficultés qui, d'après lui, expliquent certains échecs de la méthode; mais, il a rapporté à son actif de nouveaux succès véritablement saisissants dans un certain nombre de dermatoses prurigineuses, dans les prurigos les plus divers, dans le prurit anal et dans les névro-dermites diffuses.

En tenant compte des considérations qui précèdent, nous pouvons affirmer que les douches chaudes ou tempérées peuvent être employées avec confiance pour combattre avantageusement les dermatoses qui ont une allure névropathique et un caractère prurigineux. Leur application ne saurait encore, d'après MM. Bernier, Brocq, Jacquet et d'après nous-même, être réglée par une formule invariable; comme dans toutes les affections nerveuses, le traitement doit toujours être basé sur la susceptibilité et sur le degré de résistance de chaque malade. Toutefois on peut dire, ainsi que l'a démontré mon collaborateur M. Materne (2), que ce sont les douches tempérées et modérément percussives qui paraissent convenir à la majorité des malades. On devra les renouveler tous les jours dans les cas d'intensité moyenne, deux fois par jour quand le nervosisme sera très accentué, plus souvent encore au besoin si l'exaspération devient excessive. Ce procédé de traitement s'est toujours montré inoffensif, car l'on ne saurait vraiment considérer comme une complication et un danger les quelques troubles nerveux (névralgies intercostales, zona, lassitude musculaire, etc.) que M. Jacquet a mentionnés chez certains de ses malades au moment même de l'accalmie produite par les douches, troubles nerveux qu'il regarde, à tort ou à raison, comme résultant d'une sorte de déplacement ou de transfert de l'influx nerveux pathologique.

Ces considérations générales bien établies, nous allons consigner ici le résultat de nos expériences, et, afin qu'il n'y ait pas de malentendu, nous exposerons avec le plus de détails possible notre manière de procéder.

Et d'abord, au point de vue de la rapidité avec

(1) L. BROCQ, Les douches chaudes dans les dermatoses prurigineuses.
(2) M. MATERNE, *Ann. de derm. et de syph.*, 1892.

laquelle l'amélioration survient, nous avons pu noter chez les malades des différences très sensibles, et ces différences ne sont pas, comme on pourrait le croire, en rapport avec l'intensité de l'éruption, mais bien avec la nature de la tare nerveuse préexistante et l'état nerveux concomitant. C'est, du moins, ce que nous avons toujours observé en ce qui concerne le lichen plan. Ce fait semble donc donner raison à ceux qui n'admettent cette maladie que comme une manifestation secondaire et qui voient avant tout, dans l'affection cutanée, le nervosisme qui l'accompagne. Plus la dermatose trouve un terrain prédisposé, plus elle semble rebelle au traitement. C'est ainsi que chez les malades à hérédité nerveuse très prononcée, la maladie résiste bien plus que chez ceux qui ont des antécédents moins accentués. Pour la même raison, la maladie est bien plus tenace chez les individus qui, par suite de leur situation sociale, sont exposés à une irritation nerveuse continue. Le souci des affaires, les préoccupations, les chagrins, etc., sont autant de causes qui tendent à tenir le système nerveux en état d'irritabilité constante et à perpétuer la maladie cutanée. Il y a là l'explication d'un fait qui nous a beaucoup intrigué au début de nos essais et qu'il importe de signaler. Nous avons dit que les premiers résultats obtenus par nous chez les malades de M. Jacquet avaient été surprenants par la rapidité avec laquelle l'amélioration était survenue. Chez les malades qui suivirent et qui nous avaient été confiés par M. E. Besnier, les résultats furent moins prompts et nous étions étonné de trouver chez certains d'entre eux une grande résistance au traitement. Or, les premiers étaient des malades d'hôpital, les seconds étaient des malades de la ville. On pouvait donc être tenté de tirer cette conclusion, qui semble un peu paradoxale, que la douche agit suivant les conditions sociales de l'individu qui est soumis à son action. Mais en réfléchissant un peu, il est facile de déduire de notre observation que si les malades d'hôpital sont moins rebelles au traitement, c'est que ces malades sont en général des gens dans la vie desquels la nervosité ne joue qu'un rôle très amoindri, pour la plupart des gens du peuple, manouvriers, travailleurs qui mènent une existence pour ainsi dire terre à terre et que les raffinements de la civilisation n'ont pas énervés. En outre, chez ces sujets on ne rencontre que rarement une tare héréditaire au point de vue purement nerveux.

Chez les malades de la ville, au contraire, les conditions sont toutes différentes. Il est d'abord très difficile de les astreindre à une hygiène sévère et à un traitement régulier. Les nécessités mondaines, ou, à leur défaut, les occasions fournies par le milieu social dans lequel ils vivent, les font se départir à tout moment, sous un prétexte quelconque, de la ligne de conduite qu'on leur a tracée. Dans les grandes villes surtout, les obligations professionnelles, les ennuis, les préoccupations, sont pour eux une source continuelle d'énervement et d'irritation. Dès lors, la cause originelle de la dermatose, se trouvant toujours en activité, contribue à entretenir celle-ci et même à la renouveler au fur et à mesure qu'elle tend à disparaître.

Ces considérations, que nous croyons justes, peuvent venir à l'appui de la thèse des dermatologistes qui considèrent le lichen plan comme d'origine nerveuse. Le traitement de cette maladie démontre, ou du moins semble démontrer, que cette conception n'est pas purement théorique. Ceci dit, il nous reste à indiquer quel est le traitement hydrothérapique auquel nous avons eu recours, et, quelles sont les règles qui nous ont guidé dans son application.

Partant de ce principe que le lichen plan pouvait être considéré comme la manifestation d'un état d'irritabilité du système nerveux général, nous devions appliquer à cette maladie un traitement hydrothérapique essentiellement sédatif. Or, il y a longtemps que nous avons observé que le procédé le plus capable d'obtenir la sédation du système nerveux, est la douche tiède générale, à la température de 35° centigrades, l'eau étant projetée au moyen d'une grosse pomme d'arrosoir débitant un fort volume d'eau, de façon à mouiller, pour ainsi dire, tout le corps à la fois. Il faut, pour que cette douche tempérée ait une action calmante très prononcée, que sa force de percussion soit très atténuée et que sa durée soit de 3 à 5 ou 6 minutes environ. Si l'on dépasse cette limite, on court le risque de provoquer chez certains malades une fatigue, et, à sa suite, un énervement capable de troubler l'effet sédatif produit et de réveiller ainsi, d'une façon fâcheuse, l'irritabilité du système nerveux. Après cette application le malade ne doit pas être frictionné, mais simplement essuyé le plus légèrement possible. Tel est, selon nous, le procédé hydrothérapique qui convient le mieux pour combattre le lichen plan et la plupart des dermato-neuroses.

Il est bien entendu que cette manière de procéder n'est pas absolue, et que dans ces affections spéciales, comme du reste dans toutes les maladies nerveuses, il faut pour rendre le traitement efficace tenir compte à la fois de la forme du mal et surtout de la susceptibilité du malade.

Nous avons recommandé de choisir pour alimenter cette douche sédative de l'eau dont la température puisse osciller autour du trente-cinquième degré centigrade, parce que cette température est celle qui, dans la pluralité des cas, donne une impression indifférente, ne procurant à l'organisme ni la sensation du froid ni celle du chaud; son action sédative tient en grande partie à cette particularité. Cependant quelques malades et notamment ceux qui ont des troubles sensitifs de la peau, ne peuvent pas facilement supporter cette température; les uns la trouvent trop chaude, les autres trop fraîche. Il faut alors, pour les premiers, abaisser légèrement la température de l'eau, et l'augmenter, au contraire, pour les seconds. L'essentiel, encore une fois, est d'obtenir une température indifférente et même agréable.

Dans l'application de ce traitement il faut toujours savoir adapter le moyen thérapeutique à la capacité, à la tolérance ou à la sensibilité des malades. Quelques-uns d'entre eux peuvent supporter des douches froides ; mais il faut user de ce procédé avec prudence et ne l'employer qu'après la disparition des symptômes prurigineux, autrement l'on risque de voir reparaître les poussées congestives avec les démangeaisons qui les accompagnent. Certains malades, longtemps soumis au traitement sédatif, réclament instinctivement et peu à peu l'élévation de la température de l'eau ; on peut satisfaire à ce désir sans crainte, car la douche chaude n'a pas, dans l'espèce, l'inconvénient de la douche froide ; elle peut, selon le mode employé, tonifier ou calmer le malade, et elle ne l'expose pas à un retour offensif de la dermato-neurose. Dans cette voie, on peut même substituer dans quelques cas à la douche chaude la douche de vapeur qui convient bien à ceux qui redoutent les effets de la percussion.

Lorsque les malades atteints de lichen ou de toute autre affection cutanée présentent des accidents dans des régions que la douche générale ne peut pas atteindre, on adjoint à celle-ci les procédés hydrothérapeutiques qui peuvent convenir à ces localisations. C'est ainsi qu'on a recours, et avec grand succès, au bain de siège à eau courante, à la douche périnéale et surtout à la douche hémorrhoïdale qui calme admirablement les démangeaisons et les névralgies anales.

Il y a encore un autre procédé dont nous nous sommes également bien trouvé, principalement dans les cas où

les malades ne pouvaient, pour une raison ou pour une autre, supporter la moindre percussion. C'est une douche donnée avec une pomme d'arrosoir à travers laquelle passe une eau très divisée, ne provoquant pour ainsi dire aucune percussion, sorte de douche baveuse ressemblant autant à une affusion qu'à une douche, tiède, fraîche ou chaude selon les cas, administrée le long des gouttières vertébrales de haut en bas et parallèlement à l'axe spinal d'une façon oblique et presque tangentielle, à la surface du dos et d'une durée de 3 à 6 minutes. Cette douche est très utile pour combattre l'irritation spinale qui est souvent l'origine de diverses affections cutanées; elle agit directement sur la moelle dont elle calme l'irritabilité maladive.

Tels sont les divers procédés hydrothérapiques qui peuvent être employés contre les dermato-neuroses, et notamment contre le lichen plan qui est la plus tenace et la plus pénible de toutes. Leurs effets curatifs se manifestent parfois très rapidement; dans d'autres circonstances ils sont lents et même très lents à paraître. Quand le cas est favorable, l'amélioration se produit dès les premiers jours; mais si la dermatose est ancienne, si surtout le nervosisme est très accentué, et si la constitution est profondément altérée, il faut un temps relativement assez long pour obtenir la guérison.

Les malades chez lesquels le traitement semble agir avec lenteur éprouvent néanmoins toujours un grand sentiment de bien-être qui persiste plusieurs heures après la douche. Ce soulagement qu'ils ressentent et qu'ils apprécient est un encouragement pour eux et leur permet d'attendre avec confiance le moment où ils seront délivrés de leur mal.

Dans tous les cas, nous pouvons conseiller ce traitement sans arrière-pensée et sans réserves; il est inoffensif, et nous ne craignons pas de dire que s'il ne guérit pas infailliblement, du moins il soulage toujours.

Le typhus exanthématique à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, par M. le Dr E. BARBAULT, médecin de la prison de la Santé.

On peut définir le typhus exanthématique : une maladie *infectieuse*, *contagieuse*, faisant partie de la classe des poisons morbides humains, caractérisée, dans ses manifestations cliniques, par deux ordres principaux de phénomènes juxtaposés, l'*état typhoïde* et l'*éruption*, avec une marche régulière et cyclique qui la rapproche bien davantage des fièvres éruptives que de la fièvre typhoïde.

Suivant les lieux, le typhus se montre à l'état endémique ou à l'état endémo-épidémique.

Il ne récidive pas.

Sous le point de vue de l'*étiologie*, on s'efforce actuellement de faire rentrer le typhus dans la règle de la doctrine microbienne, et cela en raison de sa contagiosité trop manifeste; mais une complète démonstration en ce sens n'est pas encore faite, si probable soit-il qu'on parvienne à la faire.

MM. Dubief et Bruhl ont annoncé, en dernier lieu, avoir trouvé un *diplocoque* très ténu, principalement abondant dans les mucosités des organes respiratoires, rare dans le sang et la pulpe splénique, auquel ils attribueraient la contagiosité du typhus. Leurs expériences ne sont encore ni achevées, ni décisives.

M. L. H. Thoinot avertit qu'il est sur la trace, avec M. le Dr E. Calmette, du germe pathogène du typhus, mais se réserve également avant de se prononcer, leurs études n'étant pas assez avancées.

De son côté, M. Calmette a publié en février 1893, dans les *Annales de micrographie*, des conclusions par lesquelles il indique qu'il a découvert, dans le sang, les urines et surtout dans les crachats des typhiques, des granulations ovoïdes, de nature végétale, appartenant au genre levure (saccharomyces), susceptibles d'être cultivées et de se multiplier, après inoculation dans la trachée d'un animal, *spores-levures* et spirilles qui lui paraissent être l'agent de contage du typhus.

Antérieurement, en 1888, Hlava (de Prague) avait décrit et figuré un *strepto-bacille* auquel il rapportait la cause du typhus.

Malgré cela, il nous faut encore, aujourd'hui, affirmer la *contagiosité du typhus*, sans pouvoir préciser par quel agent elle se fait. Bien mieux, en raison de l'endémicité très tenace que présente le typhus en certains lieux, mais dans des conditions physiques toujours identiques, on entend certains médecins, comme M. Jaccoud, affirmer carrément leur foi dans la *spontanéité du typhus*. Au contraire, on en voit d'autres, comme M. Kelsch, prendre la parole pour défendre l'opinion opposée et pousser la théorie microbienne à ses dernières limites en invoquant la *réviviscence* de germes restés plus ou moins longtemps à l'*état latent*.

Théories mises à part, le fait indéniable est que le *typhus exanthématique est très contagieux*. Certains épidémiologistes ont voulu restreindre le pouvoir contagieux au *contact direct*, principalement au toucher des vêtements et du linge sale, soit qu'il se fasse par les produits cutanés, soit par les mucus.

Calmette, Thoinot, Dubief et Bruhl, nous l'avons vu, incriminent surtout *les crachats*.

M. Bucquoy a fait connaître à l'Académie de médecine un fait dont il a été témoin, pendant ses études, à Amiens. Un détenu, atteint de typhus, ayant été amené dans le cabinet d'un juge d'instruction, toutes les personnes qui y étaient présentes à ce moment — une douzaine — furent atteintes de typhus. Ceci exclut le seul contact direct et la seule influence des crachats pour affirmer une activité autrement puissante.

Ce fait, nous semble-t-il, impliquerait que l'agent de contage pourrait être véhiculé *par l'air* et pourtant presque tous les auteurs contestent au typhus, — le rapprochant en cela de la variole, — cette puissance d'expansion.

La propagation *par l'eau* est également repoussée.

Dans quelles *conditions physiques voit-on se développer le typhus*? Dans l'*encombrement* résultant d'une accumulation d'*hommes malpropres*, fatigués, surmenés, *déprimés* par la disette, les émotions morales tristes, et soumis à l'*action d'un air confiné* par suite d'un *défaut d'aération* et rendu infectieux par des émanations humaines *concentrées*.

En quels lieux principalement? Dans les armées, les camps, les prisons, les vaisseaux, les hôpitaux. Certains ne voient surtout dans l'accumulation qu'un moyen assuré de multiplier les contacts et, par conséquent, d'étendre la contagion, conservant la principale place au germe.

D'autres donnent, au contraire, à ces conditions physiques une influence primordiale et les déclarent suffisantes à provoquer la *génération spontanée* du typhus. Parmi ceux-ci se trouvent des épidémiologistes de grande marque.

En tête Murchison, avec lui Wirchow, Theurkauf, Jacquot, l'historiographe du typhus de l'armée, Bouchardat, Fauvel, Jaccoud, Nielly.

Nous ne nous attarderons pas à examiner cette discussion, actuellement insoluble.

Influence de l'âge.

L'âge adulte a été signalé comme celui dont l'influence prédisposerait le plus à contracter le typhus. Si nous prenons nos observations pour base, le fait ainsi présenté n'est pas très exact ou, du moins, il est susceptible de recevoir plus de précision.

De nos 13 malades :

2 étaient âgés de 20 et 21 ans;
3 — — 26, 26 et 27 ans;
2 — — 41 ans;
4 — — 53, 54, 57, 58 ans;
2 — — 62, 64 ans.

L'âge adulte dans toute sa force n'est donc guère représenté dans cette série. On y trouve la jeunesse (5 cas), 2 adultes, 4 représentants de l'âge mûr et plus que mûr pour des habitués de prison vieillis par les excès et les privations, et 2 vieillards. L'âge adulte paraît donc être, au contraire, celui qui offre le plus de résistance à la *contagion*.

Description.

Symptomes. Marche. Diagnostic et traitement.

Pour la description du typhus, nous suivrons l'ordre des périodes qu'il présente dans sa marche naturelle et nous décrirons :

1° La période d'incubation;
2° — d'invasion;
3° — d'éruption;
4° La desquamation et la convalescence.

1re *Période* : Incubation.

On a généralement assigné à l'incubation du typhus exanthématique une durée de 10 à 12 jours. Cette évaluation, ainsi présentée d'une façon approximative, indique qu'il ne s'agit que d'une moyenne. La durée de l'incubation peut varier dans des limites assez considérables.

Pour deux de nos malades, nous n'avons pu nous procurer des renseignements précis.

Pour les 11 autres, en prenant, comme point de départ, la date de l'entrée au Dépôt et en comptant les jours qui suivent jusqu'au moment de l'invasion, nous avons trouvé :

Que, chez 4, la durée de l'incubation avait été inférieure à dix jours : 1 fois de 4 à 5 jours seulement; 2 fois, de 6 à 7 jours; 1 fois, 9 jours;

Que chez 2 elle avait été de 12 jours;

Que chez 2 autres encore, elle avait été de 14 jours;

Enfin qu'une fois elle avait été de 17 jours et 2 fois de 20 jours.

Un fait qui tend à faire admettre que la durée de l'incubation est variable, et variable sans doute suivant les conditions de réceptivité dans lesquelles se trouvent ceux que l'agent de contage atteint, est le suivant. Dans le groupe des hommes qui ont été évacués du Dépôt, le 13 mars, sur la prison de la Santé s'en trouvaient trois qui étaient en incubation de typhus. Or, voici ce que nous remarquons à leur sujet :

L'un tombe malade le 27 mars, soit après 14 jours;

Un second le 30 mars, soit le 17e jour;

Un troisième, le 2 avril seulement, soit après 20 jours.

Par contre, dans la fournée qui quitte le Dépôt le 21 mars, se trouvent deux futurs typhiques, mais ceux-là tombent malades le même jour, après douze jours d'incubation.

2e *Période* : Invasion.

L'invasion est ordinairement soudaine, brusque, si violente qu'il est exceptionnel que les malades ne s'alitent pas dès son apparition. Elle se marque par un frisson, parfois aussi intense que celui de la pneumonie, au moins par des frissonnements, de l'accablement, de la courbature générale, du brisement, du mal de tête, des éblouissements, des vertiges.

D'emblée, la température monte; elle atteint 40° dès le premier soir et dépasse communément ce nombre de quelques dixièmes. Au lit, le malade reste allongé sur le dos, les yeux demi-clos ou clos, anéanti, prostré. Il répond à peine aux questions, d'autres fois régulièrement, mais avec effort, et il y a de l'obtusion intellectuelle, de la confusion des idées, de l'hésitation de la parole. La face est congestionnée, légèrement tuméfiée, les conjonctives injectées, les yeux rouges et larmoyants.

Parmi les troubles fonctionnels qui se montrent à cette période de début, ceux qui sont observés le plus souvent sont des manifestations pulmonaires. Sur 13 malades que nous avons observés, 10 présentaient, à des degrés divers, des signes d'inflammation ou de congestion de l'appareil pulmonaire : bronchite, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie; un malade, tuberculeux, portait une pneumonie du sommet, autour d'une caverne. La dyspnée est la règle.

Chez les 3 autres malades dont l'appareil respiratoire était resté indemne, on constatait les signes de l'embarras gastrique fébrile, avec stupeur, état typhoïde extrêmement accusés et une céphalalgie exceptionnellement pénible, si pénible que l'un d'eux ne se décidait qu'à grand'peine à entr'ouvrir les yeux et à répondre aux questions, tant il souffrait, bien qu'il eût encore l'esprit fort présent. C'est avec les cas de cette forme que la confusion avec la fièvre typhoïde est particulièrement facile.

Chez tous, on constate de l'insomnie avec agitation, ou un demi-sommeil avec rêvasseries. Il est commun d'observer de l'hyperesthésie cutanée par places.

Pendant le premier et le second jour, la diarrhée est un phénomène fréquent, qui cesse bientôt pour faire place à la constipation. Chez d'autres, ce n'est que le troisième ou quatrième jour que la diarrhée apparaît, ou bien elle accompagne le commencement de l'éruption et le malade est alors assez prostré et les phénomènes nerveux assez accusés pour qu'il laisse aller les matières sous lui. Malgré cela, le ventre reste ordinairement souple et indolore à la pression. Dans des cas moins nombreux, on le trouve ballonné, mais toujours indolore.

A cette période de premier début, la prostration, la stupeur, l'adynamie, avec une température très élevée qui ne subit qu'une faible rémission matinale, existent seules. La trémulation musculaire, les spasmes, l'agitation, le délire, la carphologie, l'ataxo-adynamie, en un mot, à une période un peu plus avancée se montrent au voisinage de l'éruption et pendant les 4 ou 5 premiers jours de celle-ci.

Le cœur ne présente rien d'anormal, si ce n'est la rapidité de ses contractions qui atteignent 90 et 100, pour arriver à 120 et 130. Les urines sont rares.

Vers le 3e jour, quelquefois plus tard, le malade est pris d'agitation, de délire, principalement la nuit; il a des rêves de sa profession, des cauchemars. L'haleine exhale une odeur caractéristique, repoussante et infecte. On constate de la dureté de l'ouïe, une demi-surdité et même une surdité complète qui, chez certains malades, se prolonge fort longtemps et se reproduit par crises.

Généralement, la température, déjà si élevée le premier jour, monte encore de quelques dixièmes les deux ou trois jours suivants, ou bien elle se maintient à peu près invariable au même degré. Quelquefois, elle baisse le second jour, pour dépasser au troisième et au quatrième le chiffre du premier jour. Dans tous les cas, la rémission

matinale, excepté le jour où se fait l'éruption et où l'on voit souvent une chute d'un degré, reperdu le même soir, est très peu marquée. Cette allure restera la même pendant toute la période d'état de la maladie, si bien que si l'on constate un jour une chute plus forte, il faut y voir l'effet d'un collapsus d'un très fâcheux pronostic.

Chez le premier typhique que nous avons observé et qui devait être au second ou au 3e jour de l'invasion lorsqu'il fut adressé à l'infirmerie centrale, on constata, à l'arrivée, une température de 40°8. Le lendemain, elle était à 13°6; le jour d'après, soit le 4e ou le 5e depuis l'invasion, la température tombait le matin à 37° et apparaissait l'éruption. Le soir, la température était remontée à 39°; le lendemain au soir, la malade succombait à 38°4.

Des *vomissements* se produisent assez souvent pendant la période d'invasion, vers les second et troisième jours. Chez ces mêmes malades, nous les avons vus reparaître pendant la période d'éruption et, parfois, avec tant de persistance que nous avons dû, dans un cas, recourir au lavage de l'estomac. Il en est de même des *épistaxis* qui, sans être très abondantes, peuvent se reproduire avec fréquence.

L'angine érythémateuse est encore un autre accident de la période d'invasion et elle s'accompagne d'une certaine raucité de la voix, à moins que l'adynamie ne soit telle que la voix ne s'éteigne.

A mesure que l'on approche de la période d'éruption, on voit augmenter l'agitation, se montrer le délire s'il n'avait pas encore paru, se produire la trémulation musculaire, les contractions spasmodiques, la carphologie et s'exagérer l'insomnie qui, chez beaucoup, existait dès le début.

De même, la langue qui était simplement saburrale et blanche, au début, mais encore humide, se dessèche graduellement, devient vernissée, fendillée, sèche, brune et rôtie.

A ce moment, les troubles respiratoires, chez ceux qui en présentaient à l'entrée, s'accusent davantage, non par la toux, qui, quinteuse et fatigante, reste pourtant assez modérée, mais par la dyspnée résultant d'une hypostase plus accentuée des poumons.

La *durée* de la période d'invasion peut être fixée, en moyenne, entre 5 et 6 jours. Si nous nous en tenons aux indices fournis par nos observations, nous voyons que le nombre de 5 jours l'emporte de beaucoup: 7 fois. Dans deux cas elle a été de 6 jours, dans deux autres cas de 4 et enfin, dans les deux derniers, de 3 jours seulement.

Pendant toute la seconde moitié de la période d'invasion, on assiste à une aggravation des symptômes généraux, bien que la fièvre se maintienne à peu près au même degré ou même baisse légèrement. A la stupeur et à la simple adynamie du début, viennent se joindre une agitation, qui, dans certains cas, devient extrême, un délire plus accusé et plus violent, de l'ataxie des mouvements, de la trémulation musculaire, de la carphologie. La langue reste blanche à son centre, rouge sur ses bords, mais se sèche et commence à se fendiller. Le cœur ne tarde pas à faiblir, son impulsion est de plus en plus rapide et sa force diminue. Le pouls devient dépressible, faible, petit, parfois irrégulier et arhythmique, pour aboutir quelquefois à une syncope qui termine la scène.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Epilepsie et fièvre typhoïde, par M. LAUNOIS (*Revue de médecine*, 10 juin 1893, n° 6, p. 492). — Chez une malade atteinte d'hémiparésie droite datant de l'âge de 8 mois, et de crises épileptiques ayant débuté à l'âge de 13 ans, l'auteur a observé une disparition temporaire des crises convulsives pendant la durée d'un érysipèle, et une augmentation considérable des crises au cours d'une fièvre typhoïde. Il pense que ce n'est pas par l'élévation de température qu'agissent sur les spasmes les maladies intercurrentes, mais plutôt par les toxines de leurs microbes propres. D'après le cas rapporté, les toxines du streptocoque de l'érysipèle auraient une action suspensive et, au contraire, celles du bacille typhique une action favorisante.

Des troubles nerveux chez les tuberculeux, par E. WEILL (*Revue de médecine*, 10 juin 1893, n° 6, p. 449). — L'auteur a examiné à ce point de vue 20 sujets, dont 6 femmes. Il a trouvé comme phénomène dominant une hyperesthésie profonde des muscles, des os, et des articulations occupant un côté du corps à l'exclusion des extrémités des membres, parfois le corps tout entier. Ces troubles de la sensibilité profonde, constants dans leur forme, s'associent à des anesthésies ou des hyperesthésies cutanées, avec ou sans douleurs spontanées, à un rétrécissement unilatéral ou double du champ visuel, et exceptionnellement à des paralysies. Ces phénomènes ont une évolution capricieuse, disparaissant et se reproduisant. L'auteur rejette pour interpréter ces troubles l'hypothèse d'une lésion organique centrale ou périphérique, et est conduit à l'idée d'une modification des centres nerveux analogue à celle qui existe dans l'hystérie. Cette hémi-hyperesthésie spinale s'observerait chez les tuberculeux dans les 2/5 des cas, et ne serait pas en rapport avec l'étendue et l'intensité des lésions pulmonaires.

Valeur du traitement mercuriel dans le tabes dorsal (Ueber die Berechtigung und die Wirkung der Quecksilbercüren bei Tabes dorsalis), par DINKLER (*Berliner klinische Woch.*, avril 1893, n° 15-20). — L'auteur base ses conclusions sur l'observation minutieuse de 71 cas de tabes traités par les frictions mercurielles. Ceux-ci peuvent être divisés en trois classes relativement aux effets du traitement: amélioration, état stationnaire, aggravation. La première contient 58 cas, dans lesquels les divers signes, — troubles de la sensibilité, incoordination, phénomènes vésicaux et génitaux — ont disparu. On trouve même notées dans un cas la réapparition des réflexes rotuliens, dans un autre la guérison de l'atrophie des nerfs optiques. En raison de cette proportion de cas favorables, l'auteur pense que le traitement mercuriel est légitime à tous points de vue, et se trouve justifié par l'amélioration qu'il produit dans la majorité des cas.

Sur une action inhibitrice de l'écorce cérébrale, par SHERRINGTON (*Revue neurologique*, 30 juin 1893, n° 12, p. 318). — M. Ferrier a démontré que, chez le singe, l'excitation des parties motrices de l'écorce en certains points du lobe frontal détermine la déviation conjuguée des yeux du côté opposé à l'excitation. Les expériences de l'auteur lui ont montré que l'excitation qui détermine la contraction de ces muscles produit en même temps l'inhibition de la contraction ou du clonus de leurs antagonistes. L'excitation de l'écorce cérébrale qui détermine, par exemple, la contraction du droit externe droit, produit aussi et en même temps l'inhibition du droit externe gauche.

Myélite diffuse expérimentale, par BOURGES (*Arch. de méd. expér.*, 1er mars 1893, n° 2, p. 227). — L'auteur a obtenu une myélite diffuse aiguë par inoculation au lapin d'un érysipélocoque à virulence très atténuée. L'inoculation de la culture fut pratiquée le 4 avril dans le tissu cellulaire en même temps que dans une veine de l'oreille. L'animal présenta cinq jours après une paraplégie avec paralysie des sphincters, eut une eschare et mourut en quinze jours. A l'examen de la moelle on trouve une inflammation portant surtout sur les cornes antérieures dans les régions supérieures, et affectant toute la moelle à la région lombaire, qui se montre à la coupe remplie de corps granuleux, et est presque complètement détruite.

Névrite optique et myélite aiguë (Ueber das Zusammenvorkommen von Neuritis optica und Myelitis acuta), par SCHANZ (*Deutsche med. Woch.*, 29 juin 1893, n° 26, p. 615). — Les cas de ce genre sont relativement rares. Un homme de 19 ans souffre en janvier d'une amygdalite qui dure une

quinzaine et peut reprendre son travail. Un mois après il se plaint de douleurs oculaires et d'affaiblissement de la vision, que d'après les signes physiques on attribue à une névrite rétrobulbaire. Bientôt survinrent les signes d'une myélite aiguë. Douleurs dans les jambes avec paralysie et paresthésie, rétention d'urine, exagération des réflexes, fièvre. On doit supposer que les deux processus dépendent de la même cause : une dégénération grise frappant en même temps la moelle et les nerfs optiques.

Accidents nerveux consécutifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone (Zur Lehre von den nervœsen Nachkrankheiten der Kohlenoxydvergiftung), par E. Becker (*Deutsche med. Woch.*, 15 juin 1893, n° 24, p. 571). — L'auteur a rapporté, il y a trois ans (même journal, 1889, n°s 26 et 28), un cas dans lequel les signes de la sclérose en plaques s'étaient développés à la suite d'un empoisonnement par le gaz d'éclairage. Depuis, Cramer a publié un cas avec autopsie de sclérose en plaques consécutif à un empoisonnement par l'oxyde de carbone. C'est ce qui engage l'auteur à revenir sur sa propre observation : il a pu, en effet, depuis ces quatre ans, suivre la malade, et constater que les symptômes de sclérose en plaques ont été en s'accentuant, de telle sorte que même sans la confirmation microscopique, il est permis d'affirmer qu'il s'agit effectivement de la myélopathie supposée. Le sujet présente, en effet, du tremblement, de la scansion de la parole, de l'incertitude de la démarche, de la paraplégie spasmodique, enfin les troubles psychiques de la sclérose en plaques.

MÉDECINE

Tuberculose et streptocoque (Osservazione clinica e ricerche sperimentali intorno alla influenza delle infiammazioni da streptococco nelle affezioni tubercolare), per A. Nannotti (*La Riforma medica*, 5, 6 et 7 juin 1893, p. 627, 638 et 652). — L'expérimentation sur le cobaye et sur le lapin montre que les infections à streptocoques n'entravent pas la généralisation du processus tuberculeux ; les inflammations à streptocoques peuvent, lorsqu'elles agissent directement sur une affection tuberculeuse, la modifier plus ou moins et la faire disparaître complètement, mais elles ne détruisent pas le bacille tuberculeux, elles exercent sur les affections tuberculeuses une action à peu près analogue à celle des injections de substances chimiques irritantes.

Lèpre et maladie de Morvan, par Marestang (*Arch. de médec. navale*, juillet 1893, p. 5). — L'auteur a étudié les rapports de ces deux maladies en se basant uniquement sur les faits de maladie de Morvan observés dans le Finistère et actuellement au nombre de 35. Quoique la lèpre existe en Bretagne, et qu'on puisse voir dans cette maladie des lésions très analogues à celles décrites par Morvan, il croit qu'on ne peut admettre l'identité des deux maladies. Cliniquement, le syndrome de Morvan peut être le résultat de lésions très variables des centres nerveux ou des nerfs périphériques, la scoliose, les arthropathies n'appartiennent pas à la lèpre, la dissociation de la sensibilité, presque constante dans la maladie de Morvan, est exceptionnelle dans la lèpre, les taches achromiques et hyperchromiques font défaut dans la maladie de Morvan ; la tuméfaction des nerfs, constatée dans la maladie de Morvan, n'est pas exclusive à la lèpre ; la maladie de Morvan a l'aspect d'une myélopathie, la lèpre celui d'une névrite. Anatomiquement, Gombault et Déjerine ont trouvé dans la maladie de Morvan des lésions de la moelle, laquelle est intacte dans la lèpre ; Marestang a examiné les nerfs périphériques dans deux cas de maladie de Morvan sans y rencontrer ni bacilles, ni aucune des lésions qui s'observent dans la névrite lépreuse.

Anévrysme de la crosse de l'aorte, mort rapide par asphyxie, sans sténose laryngée, sans compression accentuée des voies respiratoires, par A. Siredey et P. Dalché (*Revue de médecine*, juillet 1893, p. 643). — Femme de 56 ans, atteinte d'anévrysme de l'aorte avec voussure pulsatile à la région sternale ; oppression presque continuelle avec crises paroxystiques plus ou moins violentes sous l'influence du moindre effort ; mort par asphyxie progressive précédée de l'apparition d'œdème du cou et de la face avec prédominance à droite et d'œdème du côté droit du thorax. A l'autopsie, épanchement de 300 grammes de liquide citrin dans la plèvre droite, poche anévrysmale sacciforme du volume du cœur occupant la portion transversale de la crosse, doublée d'une lame épaisse de tissu conjonctif enflammé d'aspect lardacé (médiastinite), la trachée n'est pas sensiblement déformée, bronche gauche légèrement comprimée mais perméable. Les auteurs comparent l'asphyxie dans ce cas à celle qu'on observe dans la strangulation où elle est due à des causes multiples : compression sans oblitération complète de la trachée, compressions artérielles, veineuses et nerveuses, et font jouer un rôle important à la présence de la médiastinite, dont le tissu fibreux et lardacé contribuait à comprimer les organes, et vraisemblablement aussi les nerfs de la région, bien que leurs lésions histologiques n'aient pas été recherchées.

Angine pseudo-membraneuse à streptocoques et orchite dans la varicelle, par Girode (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, août 1893, p. 359). — Enfant de quatre ans, pris quatre jours après le début d'une varicelle d'une douleur de gorge intense, avec tuméfaction des amygdales et plaque membraneuse blanc jaunâtre, épaisse, adhérente, renfermant des streptocoques sur l'amygdale droite ; deux jours après le début de l'angine, orchite intense avec vaginalite ; lésions pharyngées et testiculaires entrent en régression cinq jours après le début de l'orchite ; convalescence particulièrement lente et pénible.

CHIRURGIE

Réflexions sur le pronostic et le traitement des ruptures de la rate, à propos d'un cas suivi de guérison chez un paludique, par Vincent (*Revue de chirurgie*, 10 juin 1893, p. 450). — On admet généralement que toute rupture de la rate se termine par la mort. Cependant il y a quelques cas de guérison ; l'auteur en cite 5 cas publiés par d'Arcy Power, Follin et Duplay, Kerving, Descout, Muller ; l'auteur lui-même relate un sixième cas de guérison, qui est le suivant. Un paludéen, de 37 ans, tombe le 10 mars 1892 et ressent ensuite une violente douleur dans le côté gauche ; le 12, il entre à l'hôpital ; le pouls est filiforme, le ventre tuméfié et très douloureux. Diagnostic : rupture de la rate. Tympanisme dans la partie droite de l'abdomen, matité à gauche. Vomissements. Dyspnée très intense. On trouve une vaste collection liquide à gauche. Laparotomie le 21 mars ; on retire une énorme quantité de sang liquide et de caillots. Lavage à l'eau bouillie, drainage et pansement antiseptique. Guérison.

Les cas de guérison après rupture de la rate doivent être moins rares qu'on ne le croit, car des cas de rupture de la rate suivis de guérison peuvent passer inaperçus parce que le diagnostic de cette lésion n'a pas été posé. Il n'y a, en effet, pas de signe pathognomonique de rupture de la rate.

Plusieurs autopsies où on a trouvé des ruptures cicatrisées de la rate, montrent l'existence de déchirures superficielles de la rate assez légères pour ne pas entraîner fatalement la mort, le dépôt et un exsudat de lymphe plastique à leur surface contribue à arrêter l'écoulement sanguin. L'hémostase peut encore se faire par l'interposition entre les lèvres de la déchirure d'une portion d'épiploon.

Si les ruptures superficielles sont susceptibles de guérir, en revanche elles peuvent aussi très bien entraîner la mort.

L'auteur a pratiqué dans une laparotomie, à la suite d'une erreur de diagnostic, une déchirure de la rate et la malade a guéri : l'observation est la suivante :

Enorme hypertrophie de la rate prise et opérée pour un kyste de l'ovaire ; déchirure accidentelle de la rate pendant l'opération. Au bout de quelques mois, disparition de la rate et guérison absolue.

De tout cela, l'auteur conclut que le pronostic des déchirures de la rate n'est pas fatalement mortel, puisqu'il existe :

1° Des lésions superficielles légères susceptibles de guérison ;

2° Des lésions en voie de cicatrisation ;

3° Des cas, douteux peut-être, mais probables de guérison ;

4° Des cas rares, mais certains, de guérison.

Anévrysme poplité (Ligature of the external iliac artery for aneurysm of the popliteal and femoral arteries occuring in the right limb), par Ensor (*Lancet*, 1er juillet 1893, p. 27). — Un homme de 27 ans, ayant des cicatrices qui

semblaient pouvoir avoir une origine syphilitique, tomba en février 1891 et ressentit une douleur dans le creux poplité du côté droit. En septembre survint un gonflement en ce point; bientôt survint une tumeur dans l'aine du même côté. Ces deux tumeurs étaient pulsatiles. Le 23 décembre on lia l'artère iliaque externe. Au bout d'un mois le malade quitta l'hôpital, guéri.

Elephantiasis syphilitique des lèvres (Elephantiasis syphilitica der Lippen), par EICHHORST (*Virchow's Arch.*, 1893, Bd CXXXI, Hft 3, p. 568). — L'observation, qui se rapporte à un homme de 43 ans, est intéressante en ce sens qu'elle se rapporte à un syphilitique et que l'elephantiasis est survenue cinq ans après l'infection. On institua, à plusieurs reprises, le traitement spécifique (frictions mercurielles) qui, chaque fois, paraissait améliorer la situation, sans toutefois arriver à guérir le malade.

BIBLIOGRAPHIE

Des résultats éloignés de la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur, par le docteur CL. MARTIN.

Dans sa thèse de doctorat, M. Martin continue l'étude de sa méthode de prothèse immédiate appliquée aux résections du maxillaire inférieur. Ce sujet avait déjà été de sa part l'objet de nombreux travaux, résumés dans sa belle monographie des restaurations de la face. On trouvera dans ce livre tout ce qui a trait aux indications opératoires, aux inconvénients des prothèses tardives, au côté technique spécial de la question. Aujourd'hui, ce sont les résultats éloignés de la méthode qu'il donne.

Dans un premier chapitre, il expose quelques objections qui lui ont été faites et les combat victorieusement à coups d'observations, ce qui, en clinique, constitue le meilleur ordre d'arguments. Il montre que, contrairement à ce qu'ont avancé certains auteurs, les appareils en caoutchouc vulcanisé n'occasionnent aucune gêne au malade, s'ils ont les dimensions voulues pour remplacer la partie réséquée. On a dit souvent aussi que par leur présence en contact avec des tissus suspects, ils pouvaient déterminer une irritation continue et, par suite, provoquer la récidive. Des malades opérés depuis plus de 50 ans pour des cancers du maxillaire supérieur et porteurs de ces appareils sont là pour démontrer tout ce qu'a de faux cette assertion.

Dans un second chapitre, M. Cl. Martin envisage les résultats tardifs de ce genre de prothèse au point de vue de l'esthétique.

On peut se rendre compte par les nombreuses figures ou photographies intercalées dans le texte de cette étude, que la physionomie des malades privés d'une partie de leur mâchoire inférieure n'a rien de choquant et que souvent, à première vue, il serait absolument impossible de soupçonner qu'une portion du maxillaire inférieur est artificielle.

L'étude des résultats fonctionnels fait l'objet du troisième chapitre. On y voit que les fonctions de la mastication, de la déglutition et de la phonation sont liées à la présence de l'appareil et sont troublées dès que la pièce prothétique est enlevée. C'est à peine si dans quelques cas on a vu persister quelques modifications à peine appréciables dans ces différentes fonctions.

Enfin, un certain nombre d'observations, accompagnées de figures représentant les appareils successifs qui ont été appliqués et relatant l'état des malades après 6, 8, 10 et même 15 ans, viennent constituer des pièces justificatives de la plus haute importance. Il est dificile, avec de tels documents, de ne pas entraîner la conviction des plus hésitants; et certainement, à l'avenir, les chirurgiens, qui se montraient réservés en face d'un délabrement considérable à faire, nécessité par un néoplasme étendu, n'auront plus la moindre appréhension, puisqu'avec la méthode et les appareils de M. Cl. Martin il sera toujours possible de rétablir et la forme et la fonction du maxillaire inférieur. Nous ne saurions donc trop encourager les chirurgiens à lire cette monographie qui repose sur la longue expérience et les travaux considérables du chirurgien-dentiste de Lyon, bien connu de tous ceux qu'intéresse la question si difficile des restaurations de la face.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE PHYSIOLOGIE, par M. Paul LANGLOIS, chef du Laboratoire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et Henry DE VARIGNY, docteur ès sciences. Un volume in-18 cartonné diamant de 945 pages, avec 153 figures dans le texte. Prix : 10 francs. O. Doin, 1893.

Ce livre est réellement élémentaire et dès lors il est destiné à rendre des services aux étudiants. Il est clairement disposé et rédigé, mis avec soin au courant de la science, et l'on sait si depuis quelques années les physiologistes se sont donné libre carrière. On sait d'ailleurs que parmi les chercheurs de la génération nouvelle MM. Langlois et de Varigny sont parmi les plus zélés et sur plus d'un point nous leur sommes redevables de progrès importants. Ils sont en outre fort instruits des publications des autres et nous en donnent la preuve dans l'ouvrage que nous annonçons.

ATLAS DE CYSTOSCOPIE, par le Dr E. BURCKHARDT, privat docent de chirurgie à l'Université de Bâle. Préface du professeur A. Louis. Paris, J.-B. Baillière et fils; Bâle, Benno-Schwabe, 1893. 15 francs. 24 pages en couleur.

On sait les progrès faits depuis quelques années par la cystoscopie. M. Burckhardt est un des auteurs qui se sont adonnés avec le plus de patience à ce nouveau mode d'investigation et il y a acquis une compétence spéciale. Il a d'abord publié un traité de cystoscopie, qu'il a complété par un atlas fort instructif dont nous avons aujourd'hui une édition française. Tous les spécialistes consulteront ces planches avec fruit.

Thèses.

PARIS

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR DIFFÉRENTS CAS D'INTOXICATION SATURNINE CAUSÉS PAR LE VERNIS DES POTERIES COMMUNES, par Henri PILLAUD.

Le danger des poteries communes est un fait parfaitement établi. Les cas d'intoxication saturnine, causés par le vernis de ces poteries, sont fréquents. Ils sont même bien moins rares que ne semblerait le faire croire le peu d'observations citées dans la littérature médicale. Il existe des procédés de vernissage qui présentent toutes garanties au point de vue de l'hygiène publique. Prévenir les populations du danger auxquelles elles sont exposées est une mesure sans grande efficacité. Une surveillance sur la fabrication des poteries s'impose. Elle a été demandée sans succès par tous les auteurs qui se sont occupés de la question. Il faut la demander d'autant plus volontiers, que, d'après le mot de M. le Dr Potier : « ces poteries font surtout leurs victimes dans les classes nécessiteuses, que nous avons le devoir de protéger, parce qu'elles ne sauraient se défendre par leurs propres ressources ».

TOULOUSE

DE L'ANGIOKÉRATOME, par E. ESCANDE.

Dans ce travail, l'auteur a étudié une affection de la peau peu connue jusqu'ici, puisque les divers auteurs la font remonter à 1889, époque à laquelle M. Dubreuilh, de Bordeaux, aurait publié la première observation.

L'auteur s'est attaché à prouver :

1° Qu'au point de vue historique, il fallait remonter plus loin que l'observation de Dubreuilh. En effet, il rapporte une observation publiée en 1886 dans les *Archives de médecine*, par M. le Dr Laheyron, observation absolument semblable à celles de Dubreuilh, Mibelli, etc.;

2° Au point de vue étiologique, l'auteur considère que la cause primordiale de l'angiokératome est « la faiblesse congénitale des capillaires ».

L'asphyxie locale, les angelures, le froid sont des causes secondaires;

3° Ne doivent être considérées comme angiokératomes, que les affections de ce genre développées sur les extrémités et précédées d'asphyxie locale et d'engelures;

4° Enfin, se basant sur les recherches anatomo-pathologiques, faites par M. le Dr Audry, chargé de la clinique de dermatologie et de syphiligraphie de Toulouse, l'auteur montre que la lésion vasculaire consiste dans une simple dilatation et non dans une néoformation. De là le nom d'angéiokératome qu'il propose de substituer à celui d'angiokératome proposé par Mibelli;

5° L'électrolyse paraît être le traitement de choix.

Deux planches et 4 figures accompagnent ce travail (une planche en couleur).

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement des épithéliomas de la langue.

Depuis le commencement de l'année, plusieurs épithéliomas de la langue sont entrés dans notre service : trois d'entre eux ont été opérés; j'ai refusé d'intervenir pour les autres. Vous pensez bien que ce n'est point par pur caprice que j'ai agi ainsi et je désire exposer les raisons qui dictent ma conduite.

Mais une question préjudicielle se pose : tout compte fait, l'abstention systématique ne serait-elle pas préférable et les quelques cas de survie incontestables que les cliniciens transcrivent pieusement ne sont-ils pas compensés, et au delà, par les catastrophes chirurgicales, les morts rapides, dues à l'opération et si souvent observées dans les extirpations de la langue ? Il faut compter avec les hémorrhagies primitives et secondaires, le collapsus, l'asphyxie et les pneumonies septiques. Pas un de nous qui n'ait, à son passif, quelques désastres de ce genre. J'ai vu mourir récemment, trente-six heures après mon intervention, un artério-scléreux morphinomane à qui j'enlevais un épithélioma peu volumineux du plancher buccal et du bord de la langue : des écoulements sanguins incoercibles se faisaient par des vaisseaux invisibles : la trachéotomie, la cautérisation et le tamponnement finirent par tarir l'hémorrhagie; mais notre opéré, affaibli déjà par ses excès d'opium, ne put se relever du choc.

La fréquence de ces résultats déplorables ne saurait être niée, et nous voyons des chirurgiens de l'habileté de Trélat accuser une mortalité immédiate ou rapide de plus de 30 0/0; aussi, la survie de six à huit mois dont bénéficieraient les opérés d'après les statistiques de Winiwarter et de Clarke ne suffirait pas à nous faire aborder une intervention d'une telle gravité s'il n'existait pas des cas authentiques de véritable guérison. Dans un relevé que l'on trouve dans sa clinique, Trélat en signale treize cas dont deux personnels, quatre de Verneuil, un de Delens, quatre de Kocher, un de Guyon et un de Le Dentu. J'ajouterai que je connais un cas inédit de Panas, un nouveau fait de Verneuil et que, certainement, nombre de collègues pourraient allonger cette liste de un ou deux cancers de leur pratique. Pour ma part, je demande à vous citer quatre cas qui viennent plaider singulièrement en faveur de l'extirpation.

J'ai opéré, en mai 1886, un propriétaire de 53 ans pour un cancer qui occupait la moitié antérieure gauche de la langue et j'évidai le creux sous-maxillaire correspondant où se trouvait un ganglion dégénéré. La guérison fut rapide; mais en septembre de la même année, survint une récidive et, en octobre, j'enlevai la moitié antérieure droite avec ouverture de la région sous-maxillaire que soulevait aussi une tumeur ganglionnaire. Un peu plus d'un an après, en décembre 1887, j'extirpe, à la cocaïne, un champignon exulcéré qui s'est développé sur une plaque leucoplasique; en mai 1889, nouvelle tumeur du volume d'une noisette sur le moignon lingual, nouvelle ablation; tout va bien jusqu'en novembre où je coupe une petite végétation qui se reproduit en 1890, deux fois, puis, en 1891, une fois; enfin, en janvier 1892, je me trouve en présence d'une infiltration qui a gagné l'épiglotte; je cède, malgré mes répugnances, aux désirs du malade et de ses parents, et je tente une neuvième intervention; mais, cette fois, la mort en fut la conséquence et, au troisième jour, mon opéré fut emporté par une pneumonie.

Ce malade a donc vécu six ans après la première intervention, puis a fini par mourir. Mais voici trois observations où mes opérés vivent encore. En 1880, j'ai pratiqué avec les docteurs Brissaud et de Bemmann l'ablation d'un large épithélioma lingual du bord droit de la langue avec dégénérescence ganglionnaire du même côté; un an après survenait un engorgement du creux sous-maxillaire gauche dont je dus faire l'évidement; mais, depuis, la guérison s'est maintenue; le moignon est souple et la santé générale est parfaite; or, voici 12 ans que la seconde opération a été pratiquée. — Extirpation à peu près semblable chez un négociant de Versailles qui était porteur d'un vaste cancroïde lingual, avec dégénérescence des ganglions de la région sous-maxillaire. En janvier 1886, l'opération a été pratiquée avec l'aide des docteurs Brissaud et Védrine. Cette fois-ci, il n'y a pas eu besoin d'une intervention nouvelle et au 1er janvier 1893, j'ai, comme chaque année, reçu la carte de visite de mon opéré.

Voici ma troisième observation, mais celle-ci appartient plutôt à mon maître Verneuil. En 1887, j'ai, sur sa demande, cocaïnisé la langue d'un de ses clients, octogénaire, qui portait, vers la pointe, un cancroïde exulcéré, du volume d'une grosse amande. La tumeur fut enlevée à l'anse galvanique; dans ce cas, on n'eut pas à fouiller le creux sous-maxillaire, absolument souple et sans trace de ganglion. Voici sept ans que cette intervention a été pratiquée, et il n'y a pas eu de récidive. A ce propos, mon maître me racontait qu'un de ses clients, qui joue un rôle

important dans les assemblées délibérantes de la capitale, a été opéré par lui d'un cancer de la langue, il y a plus de huit ans. Or, ici encore, pas de récidive et rien ne paraît faire prévoir une agression nouvelle du mal. Il reste donc établi par des faits incontestables que l'extirpation du cancer de la langue peut, dans des cas exceptionnels, amener une guérison durable.

Aussi me rangerai-je parmi ceux qui opèrent les cancers de la langue, du moins quelquefois. Et je voudrais vous donner les règles qui fixent mon intervention. Mais je me hâte de reconnaître qu'elles sont loin d'être inflexibles et certaines circonstances, l'âge du malade, sa résistance probable au choc opératoire, les douleurs plus ou moins vives qu'il éprouve, sa plus ou moins grande insistance à réclamer l'intervention, viennent parfois modifier, dans un sens ou dans l'autre, mon sentiment premier et me fait prendre ou déposer le bistouri. Certainement, n'avait été le succès de mes huit opérations précédentes et la demande expresse, formelle et réitérée du premier malade dont je vous donne plus haut l'observation, j'aurais rejeté toute idée d'intervention; les risques à courir étant trop grands et le résultat final trop aléatoire.

Trélat, dans ses cliniques, nous dit de n'intervenir qu'avant l'envahissement ganglionnaire, car, après leur dégénérescence, « il n'y a plus de chance de salut; toute opération est inutile ». Je ne crois pas cette règle bien pratique. Rappelez-vous trois des opérés dont je vous parlais plus haut; tous trois avaient des ganglions sous-maxillaires; je suis intervenu et le premier a survécu trois ans, les deux autres ne sont pas encore morts treize et sept ans après l'extirpation de la langue et des tumeurs ganglionnaires. J'ai, d'autre part, refusé récemment d'opérer un malade qui est encore dans nos salles et dont les ganglions paraissaient intacts, mais le plancher buccal et la langue étaient envahis par l'épithélioma et les lésions dépassaient, en arrière, le V lingual et les piliers antérieurs; l'extirpation, pour être complète, aurait nécessité l'ablation de toute la langue, et c'est dans ces cas que l'opération devient dangereuse.

Aussi, pour ma part, vous dirai-je : Opérez lorsque le cancer occupe les régions antérieures de la langue, qu'il y est bien limité, sans prolongement en arrière du V lingual; opérez alors même qu'il existerait dans la région sous-maxillaire un ou deux ganglions, pourvu qu'ils soient mobiles, sans adhérence entre eux ou avec les tissus voisins. Vous devez intervenir, car l'extirpation ne présente pas de difficultés et peut être menée à bien sans ces énormes délabrements qui provoquent une mortalité considérable. Donc d'une part vos risques sont beaucoup moindres et d'autre part les chances de guérison sont peut-être un peu moins dérisoires. En effet, dans les cancers énormes, vous avez beau faire : quelles que soient votre habileté et l'étendue de votre exérèse, il y a des chances sérieuses pour que des prolongements épithéliaux vous échappent et vous avez, non une récidive, mais une continuation sur place de votre cancer.

Voilà donc la règle que je vous propose, mais je reconnais qu'elle est assez vague et variera beaucoup selon le tempérament et j'ajouterai : suivant l'âge du chirurgien; il est certain qu'autrefois j'opérais des cancers devant lesquels je recule aujourd'hui. Je crois cependant que les limites entre lesquelles nous oscillons tous ne sont pas très larges. Et vous vous rappelez la petite enquête à laquelle je me suis récemment livré : un de mes confrères de province, le Dr Chopy, m'envoie un de ses clients atteint d'un épithélioma volumineux qui envahissait toute une moitié de la langue et dépassait, en arrière, le pilier antérieur : l'ablation totale était possible, mais la tumeur me semblait plutôt aller au delà des bornes que je m'assigne. J'ai envoyé mon malade consulter plusieurs de mes collègues; et tous m'ont répondu : L'opération nous paraît praticable, mais nous ne la conseillerions pas. Tel était notre avis et il eût fallu, pour nous forcer la main, certaines circonstances, jeune âge, résistance, vives douleurs, hémorrhagies inquiétantes ou même une particulière insistance à réclamer l'intervention.

Lors donc que vous vous trouverez en présence d'un épithélioma limité à la pointe ou au bord de la langue, l'intervention s'impose : mais par quel procédé ferez-vous l'extirpation? Si la tumeur est peu volumineuse et très antérieure, sous l'anesthésie chloroformique, ou mieux après insensibilisation locale avec la cocaïne — j'ai plus de dix fois enlevé, grâce à elle et sans la moindre douleur, des épithéliomas du volume d'une noix, — on la saisit avec une pince érigne, et bien au delà des limites du mal, en pleins tissus sains et on abat au bistouri ou aux ciseaux courbes tout ce qui se trouve en avant de la pince. Immédiatement la surface saigne abondamment et l'on voit jaillir un flot de la linguale; on la saisit et l'hémostase définitive se fait en unissant, par des fils de suture, les deux branches du V qu'a laissé la perte de substance.

Cette idée de réunir par des sutures les deux lèvres saignantes pour pratiquer l'hémostase, pour fermer la porte aux infections microbiennes et pour hâter la cicatrisation, a dû venir à l'esprit de tous les chirurgiens; pour ma part je croyais l'avoir imaginée le premier vers 1886, mais je m'aperçus bientôt que Péan y avait recours depuis quelques années et que Richelot avait eu aussi et exécuté la même idée. Et je ne parle ici que de la France et des chirurgiens que je connais, car si nous entrions dans cette voie de priorité, d'ordre « mineur » pour me servir de l'expression de Verneuil, il est probable que la liste des précurseurs s'allongerait indéfiniment. Mais, quel qu'en soit l'initiateur, la méthode est excellente et je vous conseille, pour l'exérèse, de rejeter l'anse galvanique ou le thermocautère : l'avantage d'avoir moins de sang pendant l'acte chirurgical ne compense pas l'inconvénient de s'opposer à l'emploi de sutures.

Lorsque le cancer ne siège plus à la pointe, mais sur le bord et qu'il se trouve un peu reculé, il est plus difficile d'extirper la tumeur par les voies naturelles; on manœuvre assez mal à l'aise, les vaisseaux ouverts ne sont saisis qu'avec peine et le sang qui s'engouffre dans l'arrière-bouche menace d'asphyxier l'opéré. Mais il suffit alors de sectionner la joue, de la commissure au bord antérieur du masséter; on élargit d'autant l'orifice buccal, et vous avez vu, cette année, sur deux malades à qui j'ai enlevé un épithélioma du bord gauche de la langue, combien mon intervention en a été facilitée; j'ai pu détacher un néoplasme plus volumineux qu'une noix, saisir l'artère, la lier, puis affronter la muqueuse dorsale de la langue à la muqueuse du plancher et les maintenir en contact par des fils de catgut; j'emploie ces derniers pour n'avoir plus à nous en occuper, comptant sur les tissus vivants pour en pratiquer la résorption. Vous vous rappelez, en particulier, cet employé de la Compagnie d'Orléans; au quinzième jour il nous quittait; la langue était cicatrisée, et quant à la section de la joue, la suture en avait été parfaite et il en restait à peine les traces.

Ces opérations par la voie naturelle, tout au plus agrandie par la section de la joue, je vous les conseille parce qu'elles n'ont qu'une gravité très médiocre; elles ne m'ont donné, dans vingt-sept interventions, que deux échecs opératoires, l'un assez récent, chez un artério-scléreux morphinomane mort d'hémorrhagie et de choc opératoire le lendemain de l'intervention, et l'autre assez ancien chez un grand diabétique emporté par le coma au septième jour après l'ablation. Mais je n'oserais vous dire

que les résultats thérapeutiques ont été bons. J'ai fait vivre pendant six ans, mais au prix de neuf opérations, le propriétaire dont je vous ai déjà raconté l'histoire; l'octogénaire opéré par Verneuil l'avait été par les voies naturelles et vit encore; mais j'ai vu, pour tous les autres, la récidive survenir au bout de deux, de trois, de cinq, de huit, de neuf et de dix-sept mois. L'extirpation a beau être large, on voit bientôt le moignon repulluler; dans cinq cas seulement, j'ai vu la tumeur reparaître non sur la cicatrice, mais au loin, dans les ganglions.

Lorsque le cancer est plus volumineux, tout en n'ayant pas encore débordé le V lingual en arrière, lorsque les ganglions sous-maxillaires sont atteints, mais qu'ils restent mobiles, sans adhérences, il faut, si vous vous décidez à opérer, recourir à d'autres méthodes et c'est ici que la mortalité immédiate ou rapide commence à être considérable. Or, comme la récidive est à peu près fatale, réfléchissez mûrement avant de vous lancer dans une pareille entreprise. Pour ma part, j'y ai renoncé d'une façon générale et, je vous l'ai déjà dit deux fois : je ne me résigne à opérer que lorsque quelque circonstance particulière vient me forcer la main. Il m'a fallu de durs échecs et souvent répétés pour me décourager ainsi, car deux de mes opérés vivent encore. Mon orfèvre de 1880 et mon négociant versaillais de 1886 appartenaient justement à cette catégorie et non seulement la moitié antérieure de la langue était prise, mais les ganglions sous-maxillaires étaient dégénérés.

Enfin, si vous vous résignez à opérer, deux méthodes principales vous permettent l'extirpation large, celle de Regnoli-Billroth et celle de Roux-Sédillot. La première, qui comprend d'ailleurs une foule de sous procédés, consiste à pratiquer, dans la région sous-hyoïdienne, une incision parallèle au maxillaire inférieur et inscrite dans l'axe que forme cet os; elle va d'un angle de la mâchoire à l'autre, met à nu la région sous-maxillaire, sa glande et ses ganglions; on peut les explorer de l'œil et du doigt, extirper tout ce qui est malade ou suspect; on peut même pratiquer la ligature des linguales pour éviter l'hémorrhagie lors de la section de la langue. On saisit les vaisseaux avec des pinces; la faciale, le tronc facio-lingual, la jugulaire externe; on n'a pas besoin de se presser; le malade est endormi et comme la muqueuse du plancher buccal est encore respectée, le sang ne saurait pénétrer dans le pharynx et y provoquer l'asphyxie. Puis, lorsqu'on a bien nettoyé la région sous-maxillaire, on s'attaque à la langue qu'on incisait autrefois avec l'écraseur linéaire, l'anse galvanique ou le thermocautère; mais maintenant, depuis les progrès de l'hémostase, c'est au bistouri qu'on a recours.

Dans cette excision, on désinsère en avant les muscles génio-glosses et les génio-hyoïdiens. Il m'a paru très important, au point de vue du pronostic, de ne couper les attaches que des muscles d'un seul côté, en respectant les insertions des muscles de l'autre côté. En effet, si la section porte sur les faisceaux de droite et de gauche, la base de la langue n'est plus retenue en avant; elle s'affaisse sur le larynx et c'est ainsi que s'explique cette asphyxie subite qui tue le malade dans les premières heures de l'opération et à laquelle on n'échappe que par la trachéotomie ou, mesure moins efficace, par la fixation de la langue attachée à l'arcade maxillaire par une anse de fil. Aussi, n'oubliez pas que lorsque la limitation des lésions vous permettra de conserver le génio-glosse et surtout le génio-hyoïdien d'un côté, leur intégrité est loin d'être négligeable. Si l'infiltration cancéreuse nécessite leur désinsertion, il n'y a pas d'hésitation et la trachéotomie préliminaire nous semble alors de rigueur.

J'ai pratiqué bien souvent cette opération; je l'ai pratiquée au thermocautère, à l'anse galvanique, à l'écraseur, au bistouri, avec désinsertion unilatérale et bilatérale des muscles insérés aux apophyses géni, avec ou sans trachéotomie préliminaire et j'ai eu de tels désastres, des catastrophes opératoires si nombreuses, des récidives à si brève échéance, que je ne conseille pas ces graves mutilations. Je leur dois cependant, vous ai-je déjà dit, deux magnifiques succès, et mon orfèvre de 1880 et mon industriel de 1886 qui vivent encore et qui ont recueilli un si merveilleux résultat de mon intervention, ont été opérés par la voie sus-hyoïdienne, l'un à l'écraseur, l'autre au bistouri. Je ne saurais donc non plus proscrire ce mode d'intervention, ou même une intervention quelconque. Mais, pour me pousser à l'entreprendre, il me faut des raisons bien sérieuses!

Si j'hésite alors, qu'en sera-t-il, lorsque les infiltrations cancéreuses ont une telle étendue, que la voie sus-hyoïdienne n'est plus suffisante et qu'il faut recourir de toute nécessité à la méthode Roux-Sédillot? On sait en quoi elle consiste : Le premier temps, l'évidement de la région sous-maxillaire, se fait comme dans l'opération précédente. Puis on coupe, sur la ligne médiane, la lèvre inférieure et la section vient aboutir au sommet de l'incision en fer à cheval de la région sus-hyoïdienne; le maxillaire est donc mis à nu au niveau de la symphyse que l'on divise avec la scie; mais avant cette section, il est bon, sur l'os non mobile comme il le sera, après la section des deux moitiés du maxillaire, de faire, avec une vrille ou un perforateur, un trou de chaque côté de la symphyse par où on introduira le fil d'argent pour suturer l'os, l'opération une fois terminée. Les deux moitiés de l'os sont écartées et le plancher de la bouche et la langue sont absolument à découvert; le chirurgien a tous les tissus sous la main et peut manœuvrer à son aise. Il enlève ce qu'il faut et voit ce qu'il veut respecter: il noue sans crainte les vaisseaux et l'hémostase est des plus faciles.

Malheureusement cette facilité extrême s'achète par des inconvénients très graves : la section de l'os n'est pas indifférente : on crée ainsi une sorte de fracture compliquée et dans les conditions les plus mauvaises; le foyer plonge dans une cavité à désinfection malaisée; les aliments, mêlés à la salive, se décomposent dans un cloaque humide et chaud; la résorption des matières putrides se fait par les canaux vasculaires de la substance osseuse et par les voies respiratoires et digestives. Et ce n'est pas une vue de l'esprit; un tiers des opérés sont emportés par des accidents infectieux. Déjà, plus encore que dans l'opération précédente, les asphyxies soudaines sont à redouter; elles emportent encore presque un autre tiers des malades. Les hémorrhagies secondaires s'observent aussi, des inflammations de voisinage, l'œdème de la glotte; malgré les sutures, les branches du maxillaire chevauchent, la cicatrisation est fort lente et si l'opéré, grâce aux désinfections méthodiques et répétées, à la trachéotomie préventive et à la sonde œsophagienne à demeure introduite par la narine, a échappé à toutes les chances de mort qui le guettent de tous les côtés, presque toujours la récidive survient, avant la réparation de la plaie.

Rappelez-vous ce malade de Provins que nous avons opéré deux fois par les voies naturelles; une troisième fois la récidive survint; l'individu était encore jeune, vigoureux, intelligent; il tenait à la vie et nous, nous ne pouvions nous décider à l'abandonner sans rien tenter pour l'arracher à la mort. Nous nous décidons, sur ses instances, à l'opération de Roux-Sédillot; vous vous rappelez la simplicité, j'oserais presque dire l'élégance avec laquelle les incisions sont faites, les régions sous-maxillaires évidées de leurs ganglions dégénérés, l'os sectionné, les branches écartées et le foyer néoplasique

excisé sans hémorrhagie, sans suffocation, sans une goutte de sang tombant dans le pharynx. Malgré nos sutures osseuses et muqueuses, la cicatrisation fut lente. Au bout de six semaines, l'opéré nous quittait pourtant, mais il existait déjà des indurations suspectes sous les sterno-mastoïdiens; quinze jours plus tard la récidive était brutale, et si notre opéré, si confiant, si reconnaissant de nos soins, n'est plus revenu nous voir, c'est sans doute qu'il est déjà mort.

Aussi en revenons-nous à nos conclusions premières et plus encore que jadis, je vous dirai : Quand les lésions sont telles que l'opération de Sédillot est indiquée, il me semble plus sage d'abandonner le malade à son sort; il faut, lorsque les lésions s'avancent jusqu'au pilier antérieur, il faut, pour ne pas s'abstenir, qu'une complication grave ou quelque circonstance particulière vienne forcer la main. Mais, lorsque le cancer est récent, bien limité, une large opération peut, comme dans les cas que nous avons rapportés, donner des succès thérapeutiques durables. Vous devez donc intervenir, mais ne vous livrez pas à de trop vives espérances; la récidive est presque de règle et rappelez-vous ici ce que j'ai déjà dû vous dire bien des fois pour d'autres organes et pour d'autres régions : « La chirurgie du cancer n'est jamais une chirurgie triomphale. »

TRAVAUX ORIGINAUX

Le typhus exanthématique à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, par M. le Dr E. Barrault, médecin de la prison de la Santé.

(*Fin.*)

3e *Période :* Eruption.

L'apparition de l'éruption n'apportera pas de soulagement au malade, bien qu'il soit habituel que, le matin du jour où elle se fait, la température tombe de près d'un degré, ou même d'un degré tout entier; mais le soir de ce même jour, la température est remontée au chiffre qu'elle atteignait la veille et que, dans quelques cas, elle dépassera même les jours suivants. Au contraire, le typhique ne fait qu'entrer dans la période véritablement grave et la plus dangereuse de la maladie, de même qu'il est parvenu à son stade le plus pénible. Nous allons, en effet, voir apparaître, s'ils n'existent déjà, le délire, l'ataxie qui viendra s'ajouter à l'adynamie du début, la diarrhée, les évacuations involontaires. Quand une issue funeste doit se produire, c'est presque toujours pendant la première semaine de la période d'éruption qu'elle survient, vers la fin du septenaire.

Comment se fait l'éruption?

D'abord, peut-elle manquer? Nous n'en avons pas vu d'exemple.

Peut-elle être si discrète et si indistincte qu'il faille la chercher et qu'elle reste même fort difficile et presque impossible à constater nettement?

Sur des peaux velues, rugueuses ou ichthyosiques, il nous est arrivé deux fois de rester dans le doute sur son apparition. Mais l'un de ces malades, le seul qui ait guéri, a présenté, pendant la convalescence, une fine desquamation furfuracée. L'éruption avait donc bien réellement existé.

Nous n'avons pas observé de cas où elle fût si fugace qu'elle pût apparaître et disparaître en quelques heures, comme on l'a écrit ces temps derniers.

Son apparition n'est pas totale d'emblée, comme on l'a dit, mais, au contraire, graduelle, et elle met deux à trois jours à se compléter. Elle commence sur le haut du tronc, débute le plus souvent par le voisinage des aisselles, la base du thorax, l'épigastre, le ventre, puis se généralise au tronc, s'étend aux membres et aux extrémités. Elle respecte la face et le cou.

L'exanthème n'est pas identique chez tous les malades. Il n'est pas davantage identique à lui-même, chez le même malade, dans les diverses phases de son évolution.

Reprenons ces deux questions par ordre :

A son apparition, l'exanthème n'est pas d'aspect et de disposition identiques chez tous les malades et nous l'avons vu, au contraire, se présenter sous trois formes très différentes :

1° La forme *rubéolique* ;

2° La forme de *taches lenticulaires* d'un rouge vineux sombre, exagération pour les dimensions, la coloration et le nombre des taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde ;

3° La forme de *marbrures*.

1° L'exanthème du type rubéolique est celui qu'il est plus commun d'observer. Nous le notons huit fois sur treize observations.

Il est constitué par des taches formant une très légère élevure, irrégulièrement arrondies, à bords plus profondément déchiquetés et plus anfractueux que ceux des taches de rougeole, ayant aussi une dimension plus grande, une couleur d'un rouge plus foncé et plus sombre. Ces taches reposent sur une peau moins injectée et plus blanche que celle de la rougeole. Le premier jour, on les rencontre surtout sur le tronc; le second, elles ont beaucoup augmenté en nombre et en étendue; le troisième ou le quatrième, il arrive souvent qu'on les trouve confluentes et elles frappent surtout par leur abondance à la face dorsale des mains et aux jambes. Au commencement, elles disparaissent complètement sous la pression du doigt. Vers le quatrième jour, il est fréquent qu'un certain nombre commencent à devenir ecchymotiques. Dans les cas graves, dès le deuxième jour, elles deviennent pétéchiales; d'autres fois purpuriques.

2° La forme en taches lenticulaires reproduit, en l'exagérant, le type des taches rosées de la fièvre typhoïde. Leurs contours sont nets, irrégulièrement arrondis, leur saillie est plus marquée, leur coloration d'un rouge intense, un peu sombre. Leur siège, sur le ventre, la poitrine, les cuisses. Vers le quatrième ou le cinquième jour, elles deviennent ecchymotiques. Nous avons noté deux fois cette forme : très abondante et très nette dans un cas, très discrète et difficilement apparente au début, dans l'autre.

3° La forme en *marbrures* nous trouve moins affirmatif et voici pourquoi. Nous ne l'avons entrevue que deux fois. La première sur un malade que nous n'avons pu observer qu'un seul jour et sur l'évolution de la maladie duquel nous étions peu renseigné. Comme ces marbrures, lorsque nous les avons observées, paraissaient déjà sous-épidermiques, c'est-à-dire pétéchiales, il est possible que l'éruption ait présenté d'autres caractères avant que le malade ait été envoyé dans le service.

Le second cas dans lequel nous avons cru reconnaître des marbrures, à force de recherches minutieuses, était précisément un de ceux que nous avons signalés comme ayant présenté une éruption très difficile à distinguer. Forme à part, nous sommes pourtant autorisés à affirmer que cette éruption a existé, puisque nous avons constaté une fine desquamation furfuracée pendant la convalescence.

L'exanthème ne reste pas identique à lui-même dans les diverses phases de son évolution, puisque vers le troisième ou le quatrième jour, quelquefois presque dès le jour de leur apparition, certaines taches deviennent ecchymotiques ou purpuriques. Alors elles ne s'effacent plus sous la pression du doigt; elles deviennent plus

brunes, apparaissent dans une situation sous-épidermique. Chez certains malades gravement atteints, les taches deviennent purpuriques presque d'emblée et ce signe est d'un très mauvais pronostic.

A côté des taches, il convient de placer ces larges infiltrations sanguines interstitielles que nous avons observées deux fois. L'une, que l'autopsie nous a montrée, intéressait la paroi de l'abdomen dans toute sa largeur et du pubis à l'ombilic en hauteur. L'autre, qui occupait une surface de l'étendue de la paume de la main sur l'hypochondre droit.

D'après nos observations, la *durée* de la période d'éruption se trouvait comprise entre dix et dix-huit jours. Le nombre le plus fréquent a été trouvé de treize jours. Quant au malade dont l'éruption a duré dix-huit jours, il avait éprouvé une rechute et a fait deux éruptions successives.

Un point sur lequel il convient d'insister, c'est sur l'extrême gravité que comporte la période d'éruption. Elle est la seule pendant laquelle nous ayons vu se produire des décès. La mort survient souvent dès le second ou le troisième jour de son existence, bien moins souvent après une semaine. A un autre point de vue, l'éruption est encore une période grave en ce sens que le délire, l'agitation et les autres troubles nerveux s'exagèrent au moins pendant les trois ou quatre premiers jours de son existence. C'est à ce moment que l'ataxo-adynamie est e plus marquée et c'est presque toujours pendant sa durée que l'on constate la paralysie du rectum et de la vessie et l'incontinence des matières.

A ces symptômes si graves, et toujours sous la dépendance des troubles nerveux, vient s'ajouter l'*asthénie cardiaque*. Les battements du cœur, extrêmement précipités, deviennent de plus en plus faibles. Le pouls est d'une mollesse et d'une faiblesse inusitées; parfois il est arhythmique. Cette faiblesse du cœur, jointe à une thermalité très élevée et à des troubles pulmonaires le plus souvent concomitants, ne peuvent que hâter la terminaison fatale, soit que le fait vienne du cœur, par syncope, soit par hypostase et asphyxie.

Dans les cas, au contraire, où la maladie doit prendre un cours plus favorable, il est ordinaire de voir graduellement diminuer et disparaître, de trois à cinq jours après l'apparition de l'éruption, les phénomènes nerveux graves, d'ordre ataxique, le délire agité et le désordre des mouvements. Le malade retombe alors dans la prostration. Il continue bien à délirer, mais sous une forme plus tranquille. Il est même ordinaire qu'il y ait un délire de jour et un autre de nuit, tout à fait différents l'un de l'autre, Le second est toujours le plus agité. Quelquefois ce délire peut être gai et le malade chante. D'autres fois, ce délire est monotone; le malade ne cesse de marmotter ou bien, s'il parle à haute voix, il répète toujours la même chose et fait sans cesse la même demande : « Je veux aller me promener à l'air. »

Rechute pendant l'éruption.

Un malade a présenté deux éruptions successives, à douze jours d'intervalle. A chaque fois, a reparu toute la série des symptômes généraux exposés plus haut, comme accompagnant l'éruption. A une éruption qui commençait à pâlir et à disparaître, après une évolution complète de douze jours, avec taches ecchymotiques et purpuriques par places, nous en avons vu succéder une seconde en tout semblable à la première, qui s'est accompagnée des mêmes phénomènes généraux et qui a évolué en tout de même façon, quoique avec beaucoup plus de rapidité et de bénignité.

De la fréquence et de la valeur de quelques symptômes.

On a beaucoup insisté sur l'existence de quelques symptômes, tant au point de vue du diagnostic que de la marche de la maladie.

C'est ainsi que l'on signale la *constipation* comme un état particulier au typhus exanthématique et qui peut servir à faire le diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde.

Si nous interrogeons nos observations, nous trouvons que trois malades n'ont rien présenté de spécial du côté de l'appareil digestif ;

Que deux seulement ont offert de la constipation, tandis que les huit autres ont présenté de la diarrhée à des degrés variables et à diverses périodes de la maladie.

Il est commun que de la *diarrhée* se produise au premier jour de l'invasion, pour faire place ensuite à la constipation. Mais au moment, où, pendant le cours de l'éruption, la diarrhée reparaît, elle se maintient assez longtemps et assez abondante pour que, l'adynamie aidant, le malade laisse aller les matières sous lui.

Les *vomissements* constituent un autre symptôme assez commun pour que nous l'ayons relevé sur cinq de nos malades, tantôt au début de l'invasion, plus souvent, et surtout avec plus de persistance, pendant la durée de l'éruption. Deux des malades qui, lors de l'invasion, ne présentaient que des signes d'embarras gastrique fébrile, ont surtout été en proie à des vomissements répétés et fatigants. Tous les deux ont eu une ou deux fois des vomissements noirs mêlés de sang. Chez l'un d'eux, les vomissements se sont reproduits avec persistance et n'ont cédé qu'au lavage de l'estomac, répété plusieurs jours de suite.

La présence de l'*albumine* dans les urines a été constatée chez quatre de nos malades, soit environ le tiers des cas. Chez tous, elle ne s'y est rencontrée qu'à partir de l'éruption et avec peu d'abondance.

Les *épistaxis répétées*, l'*hématémèse*, le *melæna*, sont des accidents qui ont été présentés, au cours de l'éruption, par deux de nos malades.

L'*eschare du sacrum* s'est produite sur celui de nos malades qui a éprouvé une rechute d'éruption. L'eschare s'est formée le onzième jour, c'est-à-dire à la fin de la première éruption. Elle a été remarquable par la rapidité avec laquelle elle s'est produite, qui n'a eu d'égale que celle avec laquelle la perte de substance s'est réparée. Un septenaire a suffi à l'entière évolution.

Du rôle de l'élément catarrhal dans le typhus.

Il convient d'insister sur le rôle considérable que joue *l'élément catarrhal* dans les manifestations par lesquelles se révèle cette maladie.

On le retrouve dans tout son cours et diversement localisé. Au début, sur la conjonctive oculaire, les muqueuses de la bouche, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches. A la période d'invasion, chez dix sur treize de nos malades, il a si profondément atteint tout l'appareil respiratoire qu'il imprimait son expression aux manifestations morbides qui attiraient tout d'abord l'attention.

Un peu plus tôt, un peu plus tard, et cela chez tous les malades, il se manifeste sur l'appareil digestif par de la diarrhée muqueuse, quelquefois par des vomissements de même nature, moins souvent par ces deux ordres d'accidents à la fois.

Enfin, il nous paraît fort probable que c'est encore lui, en se propageant à la trompe d'Eustache et peut-être à l'oreille moyenne, qui cause ces états de demi-surdité ou de surdité, si soudains et si singuliers par leur intermittence.

De la fièvre.

Dès le jour de l'invasion, la température dépasse habituellement 40 degrés et, d'ordinaire, elle se maintient

au-dessus de ce point jusqu'au jour de l'apparition de l'éruption, ne présentant entre le matin et le soir qu'une différence de quelques dixièmes de degré. Si, parfois, les oscillations sont plus étendues et la descente plus marquée, on voit la température remonter à sa hauteur première l'avant-veille ou la veille du jour de l'éruption.

Le jour de l'éruption, il y a presque toujours, le matin, une chute d'un degré, qui est reperdue le soir. A partir du lendemain du jour où l'éruption est apparue, la chaleur diminue un peu et la ligne des indices thermiques quotidiens est comprise entre 39 et 40 degrés.

Au moment où la défervescence va se produire, on voit celle-ci être annoncée par une véritable crise et la température remonter au voisinage de 40° et même dépasser ce point, puis redescendre ensuite, d'une façon plus ou moins saccadée ou lentement graduelle, mais jamais brusque, à la normale.

De la défervescence.

A l'encontre de ce qui a été affirmé, aucun de nos malades n'a fait une défervescence brusque plus ou moins analogue à celle que l'on observe dans la pneumonie. Deux l'ont faite en cinq et six jours, les autres d'une façon moins régulière dans un laps de temps qui a varié entre quatre et sept jours.

Dans le cours de la défervescence, il se passe dans l'*habitus* des malades, dans leur *facies* et dans leur manière d'être quelque chose de fort frappant et qu'on ne voit au même degré dans nulle autre maladie. Jusque-là, prostrés, hébétés, inertes, sans cesse somnolents ou délirant, on les voit tout à coup s'animer, s'intéresser à ce qui les entoure, se dresser sur leur séant, vous regarder avec une expression où il y a encore quelque chose d'étonné et de vague et, presque toujours, vous demander à manger par les premiers mots qu'ils prononcent.

Pourtant, tout n'est pas fini, la fièvre n'a que peu baissé, elle est entre 38° et 39° et il y a discordance manifeste entre l'état que présente le malade et sa température. Aussi n'est-on pas trop surpris quand, le lendemain ou même quelques heures plus tard, on retrouve le malade en proie à son même délire, qui est devenu toutefois plus calme et parfois gai, ou plongé dans un lourd sommeil. Cette alternance entre le retour à l'état normal et l'état nerveux typhique se reproduit, pendant le jour, durant toute la durée de la défervescence. Durant la nuit, le délire continue à prédominer sur l'autre état.

Pendant la défervescence, on voit les taches graduellement s'effacer, et très lentement disparaître celles qui étaient devenues pétéchiales. On n'observe pas de crise sudorale. Les *sudamina* que nous avons rencontrés en très grand nombre chez quelques malades ont toujours accompagné l'éruption.

4e période : DESQUAMATION.

Vers la fin de la semaine qui suit la défervescence, on constate une desquamation furfuracée, assez analogue à celle de la rougeole, mais si discrète et si fine qu'il faut la chercher et parfois s'armer de la loupe pour bien voir l'espèce de fin craquelé blanc qu'elle dessine sur l'épiderme. Les points où elle nous a paru être le plus apparente sont les côtés du ventre, les flancs et surtout le pourtour des crêtes iliaques, sièges qui étaient également ceux où l'éruption avait été le plus apparente.

CONVALESCENCE.

La convalescence s'établit rapidement, dès que la défervescence s'est entièrement produite. On serait même tenté de la faire dater de plus loin, tant les modifications qui se produisent dans l'habitus général du malade, sa physionomie, son caractère et ses fonctions organiques se montrent modifiées dès que la fièvre commence à décliner. Mais le thermomètre ne fait que plus fortement éclater aux yeux la dissemblance qu'il y a entre l'état réel du malade et ses apparences de santé récupérée.

La convalescence s'est passée sans incident chez tous nos malades.

DURÉE DE LA MALADIE.

La durée totale de la maladie, du jour de l'invasion à la fin de la défervescence, a été chez nos malades : deux fois de quinze jours, deux fois de dix-huit jours et une fois de vingt-deux.

Dans les cas fâcheux où la mort est survenue, c'est *toujours pendant la durée de l'éruption* et généralement à partir du second jour de son apparition et avant le cinquième, rarement le sixième et jamais après ce terme qu'elle s'est manifestée. Nous avons compté un seul cas de mort par syncope résultant de l'épuisement et de l'asystolie prolongés du cœur. Un autre décès a eu lieu dans le collapsus algide. Dans les autres cas, la mort est survenue par le poumon, par asphyxie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les examens nécroscopiques que nous avons faits sont restés sans résultat.

A part de la congestion des poumons, principalement marquée à la base, de la mollesse du cœur, de l'augmentation de volume de la rate qui, dans un cas, était fortement hypertrophiée, ramollie et diffluente, nous n'aurions rien à signaler, si nous n'avions à insister sur l'intégrité complète du tube digestif qui a été constatée dans tous les cas.

Chez deux sujets, nous avons trouvé une longue infiltration sanguine, de nature ecchymotique, qui intéressait toute l'épaisseur des parois : une fois de toute la région hypogastrique, et une autre fois de la paroi thoracique. Dans ce second cas, l'ecchymose siégeait sur l'hypochondre droit, sur une étendue égale à celle de la paume de la main.

Nous n'avons fait aucune recherche bactériologique.

Traitement.

Lors de l'arrivée des premiers typhiques dans nos salles, mis ainsi en présence d'une maladie que nous n'avions jamais observée et dont le traitement n'est pas encore fixé, nous nous sommes employés à répondre aux indications qui se produisaient par les moyens ordinaires de la thérapeutique.

Contre les *accidents pulmonaires*, que présentaient tous nos premiers malades, au début de l'invasion, nous avons employé les médications habituellement usitées.

Contre la *fièvre*, nous avons recouru d'abord à l'analgésine et au sulfate de quinine. Après avoir reconnu l'inefficacité de ces agents qui n'influençaient en aucune façon la température, faisant passer les manifestations thoraciques au second plan, nous avons mis en usage les lotions et affusions froides vinaigrées, suivies d'enveloppement à cru dans la laine et répétées aussi souvent que l'exigeait la température : huit, dix et douze fois en vingt-quatre heures. Ce moyen soulageait les malades, leur procurait un certain temps de mieux être, mais n'influençait pas véritablement la fièvre, ni les phénomènes nerveux.

Nous en vînmes alors à essayer les effets du bain frais, à 25 degrés, qui nous rend de si grands services dans le traitement de la fièvre typhoïde, surtout dans les dix premiers jours. Ce moyen ne faisait pas mieux, il faisait même moins bien que les lotions froides réitérées, le

malade en sortant parfois encore plus prostré, bien que la préparation de ce bain fût une cause de difficulté, pour les infirmiers qui le donnaient. Nous y renonçâmes d'autant plus que, nos malades une fois sous la tente, érigée hors de l'enceinte véritable de la maison, dans le chemin de ronde, la préparation des bains *frais* eût exigé d'enfreindre le rigoureux règlement d'isolement et d'immobilisation que nous avions imposé, en vue de préserver notre population de détenus.

Si, à ce moment, nous eussions connu les avantages attribués au bain froid (15 degrés), nous y eussions sûrement recouru, d'autant mieux que son emploi devenait possible puisque sa préparation nous exonérait des craintes que nous venons de rappeler. Mais nous avouons que l'idée d'y recourir ne nous est pas venue et que, si elle nous était venue, ce n'est pas sans appréhension que nous aurions fait naître en nous la décision nécessaire.

L'*insomnie*, l'*agitation*, le *délire* étant sous la dépendance de la fièvre, nous n'avons rien entrepris contre ces accidents en particulier.

Contre la *stupeur*, la *prostration*, l'*adynamie*, nous avons employé le vin, l'alcool, le quinquina, la potion de Todd, le café au rhum, le bouillon, le lait, les toniques de tout genre.

Nous faisions entretenir la *propreté de la bouche et du nez* par des lavages à l'eau boriquée, à l'eau alcaline, la distribution d'oranges et de citrons. Quand l'*haleine* était très infecte et que la bouche était fort sale, badigeonnages avec un pinceau trempé dans la liqueur de van Swieten. Contre la *sécheresse de la langue* et de la bouche, badigeonnages à la glycérine.

Quand, au cours de l'éruption, nous voyions la stupeur et la prostration poussées aux dernières limites, l'*ataxo-adynamie*, la *carphologie*, l'*épluchage* des couvertures former leur lugubre tableau, en même temps que le *cœur fléchissait*, devenait irrégulier, asystolique, et finalement que ses bruits étaient à peine perceptibles, le pouls misérable et filiforme, nous nous efforcions de parer à ces accidents par l'administration de la caféine en injections (0.20 c. à chaque fois), par les injections d'éther.

Contre la *diarrhée* en particulier, nous n'avons jamais rien fait que de l'évacuer, au besoin, par un lavement. D'abord, cette diarrhée n'a jamais été véritablement abondante, bien que prolongée. Ce qui en faisait principalement la gêne, c'était son évacuation involontaire, ainsi que celle de l'urine, résultant de l'état des sphincters. D'autre part, dans ces affections infectieuses, la diarrhée n'a-t-elle pas plutôt un résultat salutaire qu'il faut savoir supporter ?

Les *vomissements* n'ont été abondants et tenaces que dans un seul cas au cours de l'éruption. Ils ne cédèrent qu'aux lavages de l'estomac répétés plusieurs fois par jour et pendant plusieurs jours de suite.

Contre les *épistaxis*, toujours peu abondantes, nous n'avons rien eu à faire. Aux deux malades qui eurent des *hématémèses* et des *mélænas*, nous prescrivîmes la limonade sulfurique.

En somme, dans cette énumération d'agents médicateurs auxquels nous avons recouru, il n'y a rien qui appartienne en propre à la médication du typhus ; nous avons répondu aux indications qui se présentaient par la thérapeutique la plus ordinaire et la plus usitée.

Ce chapitre serait donc de bien peu d'utilité, s'il ne nous restait à faire connaître la notion que nous tenons pour la seule importante dans ce que nous a appris, sous le point de vue thérapeutique, l'observation de cette épidémie de typhus.

Cette notion découle des faits mêmes que nous avons observés et de leur interprétation.

En effet, sur 12 malades, soignés à partir du 23 mars, soit dans les salles communes, soit dans les cellules d'isolement, dont les fenêtres étaient tenues constamment ouvertes, mais sans parvenir à établir un *courant d'air continu*, 6 avaient succombé le 5 avril.

Le 6 avril, entra un 13e malade.

Le 8, au matin, les 7 malades survivants étaient portés sous la tente. Le même jour, succombait un 7e malade.

Le lendemain matin, 9 avril, survenait un 8e décès. Ce fut le dernier.

Tous les autres malades guérirent. Rien ne fut pourtant changé au traitement. Comment donc expliquer cette transformation ?

Mieux instruit aujourd'hui sur les causes, la nature et l'évolution du typhus, après avoir longuement réfléchi à ce que nous avons vu, nous en sommes venu à cette conviction, qui pour nous est absolue, que la première, la plus pressante indication à remplir pour lutter contre l'infection typhique, la seule qui soit rationnelle, qui puisse conjurer le danger imminent, est de *restaurer l'intégrité de l'hématose* par la respiration non pas seulement d'un air pur, mais de *l'air sans cesse renouvelé*, par la *respiration en plein air*, en un mot. Dans les cas plus graves et encore plus pressants, nous donnons le conseil de faire respirer *l'oxygène* soit en ballons, soit par dégagement direct, près de la bouche du malade, au moyen d'un appareil de laboratoire.

Si on réfléchit aux conditions dans lesquelles se produit invariablement le typhus : l'encombrement, l'air confiné, la respiration des émanations humaines condensées, si on tient compte que ces causes sont tellement efficientes qu'elles ont pu amener des épidémiologistes de la valeur de Murchison, Bouchardat, Fauvel, Jacquot, Jaccoud et d'autres à admettre la spontanéité du typhus, on voudra peut-être convenir que l'indication la plus pressante est de faire cesser au plus tôt la cause du mal et d'en réparer les effets accumulés. Or, pour y parvenir, quel moyen sera plus sûr et plus rapide que de *laver la masse du sang infecté par un air pur et sans cesse renouvelé et d'exciter l'hématose par le contact de l'oxygène donné en nature* ?

Les autres agents de la thérapeutique, notamment les toniques, l'alcool, le quinquina, les soutiens du cœur, la caféine, l'éther, les modérateurs de la température par soustraction de chaleur, les lotions, les bains seront certainement fort utiles, mais ils ne viennent sûrement qu'au second plan et pour répondre à des indications d'autant moins urgentes qu'elles auront certainement moins de chance de se produire après le lavage du sang par le plein air.

Contribution à l'étude du tétanos, par M. le Dr Censier, médecin de l'établissement thermal de Bagnoles-de-l'Orne.

Fracture de jambe (chez un alcoolique), compliquée d'arrachement ligamenteux, d'attrition des surfaces articulaires et des parties molles, de plaie souillée de débris telluriques et de crottin de cheval ; tétanos au cinquième jour; mort au sixième.

La femme R..., âgée de 65 ans, alcoolique invétérée, sort dans une auberge le 14 juillet dernier; vers 11 heures du soir elle en sort, en état complet d'ivresse, pour rentrer à son domicile situé à environ 400 mètres; le lendemain, vers 2 heures du matin, des gendarmes la trouvent étendue par terre à mi-chemin, la font enlever et porter sur son lit ; on s'aperçoit alors que le pied droit est ballant et le siège d'une hémorrhagie, que le bas est déchiré et qu'un os sort à travers, et... on appelle le rebouteur voisin qui, vu les désordres locaux, refuse de se charger *seul* du traitement, se mettant toutefois à ma disposition si son concours m'agrée !

A 10 heures du matin, on vient me chercher à l'établisse-

ment thermal de Bagnoles de l'Orne où j'exerce, et, sur le récit des événements et de l'état de la région blessée, je m'assure l'assistance de mon regretté confrère, M. le Dr Joubert.

A l'examen, les lésions se présentent dans les conditions suivantes :

Fracture du péroné au niveau du tiers inférieur; pas de fracture du tibia, mais cet os, entièrement libéré de toutes ses attaches ligamenteuses inférieures, fait issue, sur une longueur de 5 centimètres, à travers une plaie qui s'étend du bord externe du tendon du long extenseur au bord externe du tendon d'Achille et contourne la région malléolaire suivant une ligne passant par le centre de la malléole externe; la surface articulaire du tibia est mâchée, recouverte de débris terreux de toutes sortes et de petits graviers incrustés, et les bords de la plaie sont souillés de la même manière.

L'hémorrhagie est arrêtée; il n'y a pas de lésions vasculaires importantes.

En reconstituant de mon mieux les diverses périodes de l'accident, j'ai dû arriver à cette conclusion que : la femme R... étant, comme je l'ai dit, en état d'ivresse, et chaussée de sabots neufs, s'est tordu simplement le pied en descendant un trottoir (ou peut-être en essayant de passer par dessus une haie?), mais en tout cas avec une force de divulsion assez grande pour causer les graves désordres que je viens de décrire; elle s'est alors relevée (avec ou sans aide) et a cherché à continuer sa route, pilonnant sur son tibia jusqu'à ce qu'elle soit venue s'abattre à l'endroit où elle a été trouvée, ayant dû faire ainsi près de 60 mètres.

Au moment de l'examen, la blessée est encore dans un état de torpeur et de relâchement musculaire notables; une lésion mitrale empêche, en outre, de donner le chloroforme, et les manœuvres suivantes sont pratiquées, dans ces conditions, vers une heure de l'après-midi :

Nettoyage, grattage du tibia; ablation de débris cartilagineux et ligamenteux, d'esquilles, de lambeaux de parties molles; lavages antiseptiques poussés profondément dans la plaie et répétés avec insistance. A noter ici que, parmi les débris et souillures que j'enlève par le nettoyage et le grattage, il m'est permis de reconnaître des parcelles de crottin de cheval dont la déchirure du bas porte d'autres traces. Au moment de la réduction, le relâchement musculaire est assez grand pour que je puisse exécuter seul l'extension et la réduction, pendant que la contre-extension est faite par un aide agissant au-dessous du genou. La réduction faite, les parties sont maintenues en bonne situation pendant que je suture les trois quarts antérieurs de la plaie, que je bourre de gaze iodoformée l'intervalle libre entre le tibia et le tendon d'Achille, et que j'applique le bandage plâtré, avec fenêtre au niveau de la partie restée ouverte de la plaie.

Un pansement quotidien est fait, et, les trois premiers jours, les résultats sont satisfaisants; très légère suppuration de bonne apparence, réunion des parties suturées; état général assez bon, pas de fièvre, température normale.

Le quatrième jour, la malade se plaint d'élancements très douloureux derrière le talon, il y a du gonflement et de la rougeur; j'incise latéralement et place un drain ressortant par la plaie qui est un peu livide.

Le cinquième jour, la malade accuse la continuation des douleurs et de la difficulté de déglutition et je constate un peu de trismus et de raideur de la nuque; la plaie donne un pus grisâtre très fétide. Je propose l'amputation, qui n'est pas acceptée; et, sans que l'état général m'empêche d'ailleurs d'insister aucunement, j'institue le traitement par le chloral à haute dose qui n'arrête pas les progrès du mal; la mort survient le soir du 6e jour.

Cette observation n'apporte sans doute aucune preuve nouvelle à l'appui de telle ou telle théorie étiologique du tétanos; bien au contraire, toutes les théories de genèse admissibles s'y trouvent curieusement réunies : terrain alcoolique, fracture compliquée étendue et articulaire, écrasement de surfaces articulaires, osseuses; déchirures, attritions des parties molles; lésion ou tout au moins tiraillement de branches nerveuses; exposition pendant plusieurs heures à la fraîcheur de la nuit, au voisinage d'une rivière; souillure de la plaie par des éléments telluriques; il me paraît cependant intéressant de noter parmi ceux-ci la présence du crottin de cheval, resté pendant une douzaine d'heures en contact avec la plaie.

Remarquons, en outre, l'importance de désordres qui ne peuvent être attribués à d'autres violences que celles que j'ai citées.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Tumeur sarcomateuse de la base du crâne (Tumore sarcomatoso della base del cranio), par G. Crusafulli (*La Riforma medica*, février 1893, n° 44, p. 519, n° 45, p. 530, et n° 46, p. 545). — Il s'agit d'un homme de 46 ans, dont l'affection remonte au mois de mars 1891, époque à laquelle il éprouva une sensation de corps étranger dans l'oreille droite, puis de la dysphagie. A l'examen, on trouve des douleurs de la nuque, sans paralysie faciale, sans troubles oculaires fonctionnels ni ophthalmoscopiques. Léger écoulement sanguinolent par la narine gauche, dont le réflexe est aboli. Tumeur grosse comme une noix dans la région parotidienne gauche. Anesthésie faciale à droite. Ultérieurement les douleurs augmentent, l'état général s'aggrave, une otite moyenne purulente se produit avec perforation du tympan à droite. On sent une tuméfaction élastique du voile du palais. Le diagnostic fut : tumeur sarcomateuse diffuse de la moitié droite de la base du crâne. On constata effectivement à l'autopsie la présence d'un sarcome à petites cellules ayant envahi la moitié droite de la base du crâne. On trouva lésés les nerfs des 1re, 5e, 6e, 8e, 9e et 12e paires, d'une façon variable. L'auteur pense que la tumeur provient de la glande pituitaire.

Spasme pharyngé (A case of pharyngeal spasm), par H. T. Bewley (*The Dublin Journal of medical Sciences*, 1er juillet 1893, n° 259, p. 1). — Un homme habituellement bien portant se plaint de faiblesse et malaise général, et souffre de plus de hoquet par accès séparés par d'assez longs intervalles. De plus, la déglutition des solides et des liquides est devenue impossible. A chaque tentative il se produit un spasme du pharynx rejetant les aliments, qui s'accompagne d'angoisse et de mouvements convulsifs des membres. Réflexes normaux, aucun autre trouble de la motilité ni de la sensibilité. Mort par arrêt brusque de la respiration. L'autopsie ne donne aucun renseignement sur la cause possible de ces accidents. S'est-il agi de troubles du centre de la déglutition ayant envahi ensuite le centre respiratoire et cardiaque?

Sur un cas de syphilis cérébrale, par Brousse (*Nouveau Montpellier médical*, 1er juillet 1893, n° 4, p. 608). — Jeune femme de 22 ans, ayant contracté la syphilis 5 ans auparavant, apportée à l'hôpital dans le subcoma et atteinte d'une hémiplégie gauche complète. Elle présente une éruption syphilitique. Sous l'influence du traitement, l'état nerveux s'améliore considérablement, toutefois elle offre deux mois après une série d'attaques épileptiformes, et bientôt elle succombe à une pneumonie intercurrente. A l'autopsie : foyer de ramollissement très étendu portant sur la partie moyenne du centre ovale au niveau de la région fronto-pariétale, en rapport avec une artérite de la sylvienne qui irrigue cette région. Ce foyer intéresse plus particulièrement les deux tiers antérieurs des noyaux caudé et testiculaire ainsi que la capsule interne. Cette observation milite en faveur du rôle prépondérant que les travaux récents font jouer à l'artérite dans la pathogénie des accidents cérébraux d'origine syphilitique.

Sur un cas d'arthropathie tabétique des deux hanches, par P. Londe (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1893, n° 3, p. 145). — Homme âgé de 41 ans, non syphilitique, ayant souffert de rhumatisme articulaire aigu. Il y a 7 à 8 ans, fourmillements dans les orteils, puis douleurs fulgurantes; il y a 4 ans, arthropathie de la hanche gauche; un an après, crise gastrique; il y a un an, arthropathie de la jambe droite, suivie d'une nouvelle crise gastrique. Actuellement : pupilles inégales avec absence du réflexe lumineux, réflexes abolis, marche rendue difficile par les déformations considérables des hanches. L'auteur insiste, en particulier,

sur l'association des crises gastriques et des arthropathies dans le tabes, qu'a déjà signalée Buzzard.

Note sur un cas d'hypertrichose de la partie inférieure du corps sur un épileptique, par FÉRÉ (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1893, n° 3, p. 142). — L'hypertrichose localisée à la moitié inférieure du corps se développe le plus souvent en conséquence de lésions à la moelle. On peut l'observer aussi chez des dégénérés, comme le montre l'observation de l'épileptique rapportée par l'auteur, chez lequel l'hypertrichose à localisation systématique paraît due à un trouble d'évolution congénital.

Lèpre systématisée nerveuse à forme syringomyélique, par PITRES et SABRAZÈS (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1893, n° 3, p. 121). — Les auteurs publient *in extenso* l'observation du malade auquel l'un d'eux a fait allusion dans une récente communication à l'Académie de médecine sur la valeur de l'examen bactériologique dans le diagnostic des formes frustes et anormales de la lèpre. Il s'agit d'un homme de 46 ans, né en France de parents français, ayant séjourné pendant 10 ans à la Martinique. A 29 ans, apparition d'une plaque d'anesthésie sur le mollet gauche, puis d'une plaque symétrique sur le mollet droit. Extension graduelle de ces plaques. A 42 ans, développement de troubles trophiques variés : maux perforants plantaires, excoriations des mains, bulles pemphigoïdes aux jambes et aux avant-bras, chute et dystrophie des ongles, ulcérations mutilantes des doigts et des orteils. Cicatrisation lente et récidives multiples jusqu'à 46 ans. Actuellement : persistance des troubles trophiques ou de leurs cicatrices. Dissociation sensitive très nette (conservation de la sensibilité au contact coïncidant avec la perte des sensations de douleur et de température) sur les membres inférieurs, les organes génitaux, les avant-bras, les mains et quelques parties du crâne et de la face. Examen bactériologique négatif du sang et du pus. Découverte du bacille de Hansen dans un fragment de nerf excisé sous la peau de l'avant-bras. Les signes diagnostiques de la lèpre et de la syringomyélie sont : vie antérieure dans des pays à lèpre chez les lépreux, début à l'âge adulte, symptômes céphaliques, absence de déviation rachidienne, hypertrophie des nerfs cubitaux, présence de macules hyperhémiques, enfin et surtout présence de bacilles de la lèpre dans les nerfs.

Paralysie agitante et hystérie, par CHALBERT (*Archives de neurologie*, juin 1893, n° 76, p. 498). — Un homme de 56 ans, ayant eu, 30 ans auparavant, des crises convulsives, est pris, il y a 4 ans, à la suite de préoccupations, de tremblement de la main gauche qui ne tarde pas à se généraliser et offre actuellement tous les signes (tremblement, rigidité, attitude, démarche) de la maladie de Parkinson. Il existe, de plus, de la dyschromatopsie et du rétrécissement du champ visuel, enfin de l'obnubilation de l'odorat et de l'ouïe. L'auteur pense qu'il s'agit de coexistence de la paralysie agitante et de l'hystérie; il croit que les deux névroses sont très voisines l'une de l'autre, et se demande si elles ne dépendraient pas l'une et l'autre d'une même névrose primordiale dont les modalités seraient régies par l'âge des malades.

Contribution à la pathogenèse de la chorée molle, par MASSALONGO (*Revue neurologique*, 15 juillet 1893, n° 13, p. 347). — Il s'agit d'une fillette de 16 ans, atteinte de monoplégie brachiale gauche, attribuable à la chorée, dont on constate quelques mouvements caractéristiques, mais qui se réduit presque à cette unique manifestation. La malade porte au cou des traces d'adénite tuberculeuse suppurée. L'auteur pense que dans ces foyers de tuberculose ganglionnaire se sont formés des poisons, qui, emportés par le torrent circulatoire, ont pu altérer les éléments nerveux du centre moteur du bras gauche. Il admet, au reste, que la cause la plus fréquente de la chorée vulgaire se trouve dans le cours d'une maladie infectieuse, et explique par les atteintes diverses d'une même partie des centres nerveux les variétés localisées, disséminées, légères, graves, chroniques, enfin la forme paralytique de la chorée.

Sur un cas d'automatisme ambulatoire épileptique (Sopra un caso di automatismo ambulatorio epilettico), par CORRADO FERRARINI (*La Riforma medica*, mars 1893, n° 70, p. 831, et n° 71, p. 842). — Étude clinique générale sur l'automatisme comitial ambulatoire, à l'occasion d'une observation personnelle qui a trait à un malade qui en outre des équivalents d'automatisme présentait des accès classiques d'épilepsie.

Sur un cas de diplégie faciale (Sopra un caso di diplegia facciale), par MICHELANGELO LUZZATO (*La Riforma medica*, 14 avril 1893, n° 86, p. 122). — Femme âgée de 21 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels notables. Elle accouche laborieusement, et 8 jours après la parole, la mastication, la déglutition deviennent difficiles et l'on constate une paralysie motrice faciale double sans troubles de la sensibilité, qui disparut au bout de quelques jours. L'auteur discute la question de savoir s'il a eu affaire à une névrose ou à une affection nucléaire, et pense que les probabilités sont pour cette dernière hypothèse.

MÉDECINE

Diarrhées dues aux infusoires (Ueber Infusionendiarrhœ), par ROOS (*Deutsche Arch. f. klin. Med.*, 27 juin 1893, p. 505). — Travail renfermant cinq observations concernant des malades atteints de diarrhée chronique et chez qui on trouva dans les selles des infusoires divers.

Dans le premier cas on trouva dans les selles, à côté de débris alimentaires divers, de cristaux ammoniaco-magnésiens, de vibrions et de bactéries, on trouva de très nombreux infusoires se présentant sous deux formes : l'une flagellée, décrite par Grossi comme propre au *Megastoma entericum*, l'autre décrite par Marchand sous le nom de *Trichonomas intestinalis*. On peut encore le retrouver sous l'aspect enkysté décrit par Perroncito et Grossi. Le Megastoma entericum, qui se rencontre également dans l'intestin des souris, se présente sous une forme arrondie, se terminant en pointe, comme une poire, et pourvu de prolongements filiformes. Le *trichonomas intestinalis* de Marchand est moins gros, il s'en rapproche comme forme, mais à sa partie antérieure il existe une sorte de branche, se prolongeant dans l'intérieur du corps et au pourtour de laquelle on trouve des appendices filiformes qui n'ont pas tout à fait la longueur du corps.

Dans la deuxième observation on trouva dans les selles un organisme analogue au *balantidium coli*, gros infusoire décrit par Leuckart et Ortmann. Un fait est à signaler au point de vue de l'étiologie dans l'observation : le malade avait pour mission de nettoyer tous les jours le réduit des porcs; or, d'après les recherches de Leuckart, cet organisme est très fréquent dans le côlon et le cæcum de ces animaux.

Dans le troisième cas on trouva le *cercomonas laminé* décrit par Davaine, à corps irrégulièrement ovale, non pourvu de mouvements amiboïdes, muni à sa partie antérieure d'un prolongement filiforme que l'individu peut projeter ou ramener rapidement.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'un infusoire beaucoup plus long que large, avec une dépression à sa partie antérieure qui porte un spicule.

Enfin dans le cinquième et dernier cas, on trouva l'infusoire décrit par May sous le nom de *cercomonas coli*, qui se rapproche également de la description générale des précédents et qui peut prendre la forme amiboïde.

Etiologie du rhumatisme articulaire aigu (Zur Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus), par M. SAHLI (*Deutsch. Archiv. für klinis. Medicin*, 27 juin 1893, page 451). — Après avoir rappelé les recherches bactériologiques qui ont été faites avec succès dans le rhumatisme articulaire aigu par Guttmann, Petrone, Mantle, Nanti, etc., l'auteur rapporte une observation dans laquelle l'examen bactériologique fut positif.

Il s'agit d'une femme de 16 ans qui entra à l'hôpital le 14 février 1891 et qui mourut le 26 février après avoir présenté un rhumatisme articulaire aigu franc, s'améliorant par le salicylate de soude, sans traces de suppuration et qui se compliqua d'endocardite, de péricardite, de pleurésie.

A l'autopsie on trouva les lésions inflammatoires ordinaires sur ces séreuses, mais en plus de la broncho-pneumonie et des inflammations des ganglions lymphatiques cervicaux péribronchiques.

L'examen bactériologique porta sur les végétations endocarditiques, sur les ganglions bronchiques, sur la membrane synoviale du genou droit, sur la sérosité de cette articulation,

sur les exsudats péricarditiques et pleuraux, enfin sur le sang du ventricule gauche.

Les tubes et les plaques ensemencés avec la sérosité articulaire restèrent seuls stériles. Tous les autres donnèrent une culture, jaune citron, formée d'un coccus que ses caractères bactériologiques rapprochent du *staphylococcus citreus*.

Inoculées au chien, au cochon d'Inde et à la chèvre, les cultures se montrèrent dépourvues de virulence. Elles ont donné, il est vrai, par inoculation intra-articulaire chez la chèvre, des symptômes d'arthrite avec épanchement, mais l'auteur a pu s'assurer dans une expérience de contrôle que le bouillon stérile ou une solution de sel à 7 0/0 donnaient les mêmes résultats.

Discutant le rôle pathogénique joué par cet organisme dans le rhumatisme, M. Sahli estime que ce n'est ni un saprogène développé après la mort, ni une affection secondaire chez un rhumatisant, mais pense qu'il est l'agent même du rhumatisme. Il se base pour soutenir sa théorie sur la présence du coccus dans le sang et dans les tissus synoviaux aussi bien qu'au niveau du péricarde et de l'endocarde.

Mais on sait que le *staphylococcus citreus* est virulent et provoque la suppuration, tandis que celui dont il s'agit ici ne présente pas ces propriétés. Cependant M. Sahli ne pense pas qu'il faille les séparer, et qu'il s'agit d'un seul et même organisme, mais dont la virulence est variable. On peut admettre, dit-il, que le rhumatisme articulaire ordinaire est l'apanage du *staphylococcus citreus* peu virulent, et le rhumatisme suppuré celui du *staphylococcus citreus* plus virulent.

Depuis la publication de son mémoire, l'auteur a rencontré plusieurs fois pendant la vie dans le sang chez des rhumatisants le même staphylocoque, une autre fois encore dans la peau chez un sujet atteint d'érythème noueux avec douleurs rhumatismales.

CHIRURGIE

Luxation compliquée du coude (Compound dislocation of the elbow-joint), par CHAUNCEY PUZEY (*Lancet*, 8 juillet 1893, p. 87). — Un enfant de neuf ans se luxa le coude et la partie tranchante de la trochlée humérale avait traversé les parties molles en avant de l'articulation et apparaissait sur le condyle interne à la partie supérieure de l'avant-bras ; les pulsations de la radiale étaient à peine perceptibles. Un examen sous le chloroforme montra qu'il n'y avait pas de fracture ; on ne put d'abord réduire, même en élargissant la plaie ; on ne put y arriver qu'en se servant d'une tige rigide qui fit levier et détourna la bande (probablement l'expansion aponévrotique du biceps) qui empêchait la réduction. Le malade guérit complètement et l'articulation récupéra tous ses mouvements.

Greffe nerveuse (A case of nerve transplantation ; remarks), par MOULLIN (*Lancet*, 24 juin 1893, p. 151). — Un homme de 28 ans glissa et fut traîné par un tramway le 24 mai 1889 ; il y eut une fracture compliquée de l'humérus gauche au tiers inférieur et une fracture simple du corps du radius ; les muscles du bras étaient déchirés, mais la fracture n'était pas comminutive. Précautions antiseptiques ; application d'un appareil. Les lésions se réparèrent très lentement ; le 15 juillet la fracture du radius était consolidée, les plaies étaient guéries, mais les deux fragments de l'humérus étaient encore mobiles. Deux ans et demi après il n'y avait pas encore de consolidation. Le 10 novembre 1891 on fit une incision au niveau de la fracture, on rafraîchit les extrémités osseuses, on ne put voir le nerf radial. On passa une suture métallique pour réunir les deux fragments. On mit un plâtre, quand la plaie fut guérie. Le 8 janvier 1892 la consolidation était obtenue. Trois mois après l'opération et un mois après avoir quitté l'hôpital, le malade constata une parésie des extenseurs du poignet et des doigts ; puis la paralysie devint complète. On fit une incision exploratrice, mais on vit que toute intervention autre que la désunion des fragments était inutile. Le 3 mai on prit un jeune épagneul qu'on tua par le chloroforme ; on disséqua les deux nerfs sciatiques et on les plaça dans une solution salée, chaude et stérilisée. Cependant sur le malade on découvrit la portion inférieure et la portion supérieure du nerf radial ; la portion inférieure fut difficile à trouver au milieu d'une grande quantité de tissu cicatriciel. Le nerf fut coupé inférieurement et supérieurement et on creusa une galerie sous le triceps ; on introduisit dans cette galerie un des nerfs sciatiques et on le sutura aux deux bouts du radial avec trois points de catgut ; la longueur de ce fragment de sciatique était d'un peu plus de 3 centimètres. Pansement antiseptique et immobilisation du bras. Le 6 mai il y eut une aire d'hyperesthésie sur la première phalange de l'index et des deux doigts suivants ; le 8 la sensibilité tactile était redevenue à peu près normale. Malgré le traitement par l'électricité, la sensibilité ne fut pas complètement récupérée et les muscles restèrent paralysés.

Opération de Porro chez une ostéo-malacique avec nouveau traitement post-opératoire (Ueber eine Porrooperation bei einem Faller hochgradiger Osteomalakie mit einer neuen Nachbehandlung), par SEELIGMANN (*Centralb. f. Gynækol.*, 1893, n° 28, p. 649). — L'intérêt de l'observation — une opération de Porro faite avec succès pour la mère et l'enfant, à la trente-cinquième semaine de la grossesse, chez une ostéo-malacique à bassin très rétréci — est tout entier dans le traitement post-opératoire.

Sachant qu'après l'opération de Porro il se produit une consolidation des os ramollis, l'auteur eut l'idée de corriger les incurvations osseuses des cuisses et des bras par des appareils spéciaux à traction appliqués le lendemain même de l'opération. Quand les appareils furent enlevés, au bout de huit semaines, on a constaté que la taille de la malade s'est accrue de 18 centim. et que les membres sont devenus droits et se sont allongés.

Sarcome double des ovaires (Beiderseitiger Ovarialsarkom), par THEILABER (*München. med. Wochenschr.*, 1893, n° 28, p. 534). — L'observation se rapporte à une femme de 27 ans qui, après un accouchement, fut prise de douleurs abdominales et de douleurs dans le côté gauche. A l'examen on trouva une pleurésie double et une tumeur grosse comme le poing dans la région hypogastrique droite. Après quelques jours de séjour à la clinique, on ponctionna la plèvre gauche et on retira une certaine quantité de liquide sanguinolent. Le même jour la malade succombait subitement.

A l'autopsie on trouva un sarcome double des ovaires, un sarcome du médiastin antérieur et une pleurésie blennorrhagique double.

Diverticule de l'œsophage (Ein Fall von Œsophagus-Divertikel), par DUGGE (*München. med. Wochenschr.*, 1893, n° 28, p. 529). — Il s'agit d'un homme de 69 ans arrivé à la clinique avec tous les symptômes d'un diverticule de l'œsophage : régurgitation des aliments liquides et solides, tumeur légèrement appréciable au cou, amaigrissement, etc. Le diagnostic fut du reste confirmé par le cathétérisme, et plus tard par l'autopsie, le malade ayant été emporté au bout de quelques jours par une bronchite putride.

Le diverticule siégeait à la hauteur du cartilage cricoïde et mesurait 5 centim. de profondeur sur 1 centim. et demi de largeur. La paroi avait l'épaisseur de celle de l'œsophage et n'était amincie que vers le fond de la cavité.

Ligature latérale de la veine jugulaire interne (Lateral ligature of the internal jugular vein), par FRAZER (*Lancet*, 8 juillet 1893, p. 89). — Une jeune fille se présenta le 27 mars avec une adénite cervicale tuberculeuse adhérente à la face profonde du sterno-mastoïdien ; on en fit l'extirpation ; la veine jugulaire externe étant prise dans la tumeur, on dut la couper entre 2 ligatures ; quand on sépara la tumeur de ses adhérences dans la profondeur, un flot de sang jaillit de la jugulaire interne ; on mit une pince et on appliqua une ligature latérale à la soie. La plaie guérit par première intention. Le lendemain de l'opération, la pupille droite se resserra un peu et, au bout de quelques jours, il y eut un peu de ptosis du même côté. Le tout disparut ensuite.

Ligature de l'artère iliaque nterne (A successful case of intra-peritoneal ligation of the internal iliac artery), par WHERRY (*Lancet*, 15 juillet 1893, p. 136). — Un jeune homme de 21 ans portait à la partie postéro-externe de l'os innominé gauche une tumeur pulsatile tellement vasculaire qu'on dut commencer par lier l'iliaque interne. On fit une incision de l'ombilic au pubis ; comme la veine était très dilatée, on dut la lier après avoir lié l'artère. Pour une telle opération, la lumière électrique serait bien utile. Le malade

va beaucoup mieux depuis cette opération; mais on ne peut espérer le guérir de sa tumeur.

Traitement des tumeurs malignes par des inoculations d'érysipèle (The treatment of malignant tumors by repeated inoculations of erysipelas with report of ten original cases), par COLEY (*The american journal of med. Scienc.*, mai 1893, p. 487). — L'auteur termine son article par les conclusions suivantes :

1° L'action curative de l'érysipèle sur les tumeurs malignes est un fait établi;

2° L'action sur le sarcome est plus efficace que sur le carcinome dans la proportion de 3 à 1;

3° Le traitement des tumeurs malignes inopérables par des inoculations répétées d'érysipèle est facile et ne fait pas courir beaucoup de risques;

4° L'action curative est systématique, et est probablement due principalement aux produits toxiques du streptocoque, produits qui peuvent être isolés et employés sans produire l'érysipèle;

5° Cette méthode ne doit pas être employée indistinctement dans tous les cas; l'avenir apprendra ses indications et ses contre-indications.

Prostatectomie (Prostatectomy performed twice on the same patient, the second time with complete success), par BARLING (*Lancet*, 10 juin 1893, p. 1385). — Un homme atteint d'hypertrophie de la prostate fut opéré de prostatectomie par la voie sus-pubienne; on enleva le lobe médian. Avant l'opération le malade pouvait encore uriner seul; après il ne le put plus et la plaie hypogastrique mit neuf mois à guérir. Comme le malade souffrait beaucoup, on fit une deuxième opération par la voie hypogastrique encore, le malade étant dans la position de Trendelenburg. Avec de grands ciseaux on fendit la prostate sur la ligne médiane, profondément jusqu'au rectum; de chaque côté on fit une autre incision et on énucléa le tissu compris entre ces incisions; on en enleva ainsi gros comme une orange. Il y eut une hémorrhagie abondante et le malade fut en danger pendant 24 heures. Puis il guérit et put uriner seul.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies de l'estomac, par L. BOUVERET. Paris, 1893, chez J.-B. Baillière (in-8°, 743 pages).

« L'histoire des affections gastriques, dit M. Bouveret, sort désormais de cette période qu'on pourrait appeler métaphysique pour entrer définitivement dans une période positive. » Cette assertion est parfaitement exacte; et l'on pourrait ajouter que ce progrès n'est pas dû à une doctrine préconçue, à une théorie préétablie, mais uniquement à ce que de nouveaux moyens d'exploration se sont introduits dans l'étude des troubles gastriques. A ce propos, si c'en était ici le lieu, on pourrait encore faire remarquer que, depuis Hippocrate, les progrès les plus sensibles de la science médicale ont été la conséquence, non pas de raisonnements *a priori*, mais de la découverte de nouveaux moyens d'exploration.

Si depuis quelques années, nous assistons à une rénovation complète de la pathologie gastrique, c'est que nous possédons une série de procédés permettant d'apprécier plus exactement qu'autrefois les troubles des principales fonctions de l'estomac. En vérité, au moment présent, ces procédés d'investigation n'ont pas encore donné tout ce qu'ils nous donneront un jour; et il est visible que le parallélisme des faits cliniques, des faits chimiques et des faits anatomiques est loin d'être établi d'une manière définitive. C'est ce qui rend très difficile un exposé didactique de la pathologie stomacale; et le public médical n'est pas très équitable lorsqu'il se plaint qu'il n'y ait pas encore un ouvrage français, c'est-à-dire complet, clair, méthodique donnant l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet. Malgré toutes les difficultés inhérentes à une pareille entreprise, M. Bouveret a essayé de nous donner cet ouvrage. Nous croyons qu'il a réussi autant que possible en ce moment; et nous n'hésitons pas à dire que son livre est le meilleur des traités français et étrangers qui ont paru sur ce sujet en ces dernières années.

L'ouvrage est divisé en huit parties :

Dans la première, l'auteur résume la *séméiologie générale de l'estomac*. C'est maintenant une entrée en matière indispensable. Un chapitre comprend l'interrogatoire du malade et l'étude de l'anamnèse. Un autre décrit avec détails les procédés physiques de l'investigation clinique (inspection, palpation, percussion, auscultation, insufflation, cathétérisme de l'estomac, gastrodiaphanie et gastroscopie). Puis vient un chapitre consacré à l'exploration de la sécrétion; on y trouve un exposé aussi complet et aussi clair que l'on peut le désirer des procédés d'analyse des liquides gastriques; en l'écrivant, M. Bouveret a songé qu'il ne serait pas lu seulement par des chimistes ou des pharmaciens, mais aussi par des médecins; or, dire de ce chapitre qu'il est lisible et intelligible pour des médecins, c'est en faire le meilleur éloge.

On doit cependant lui adresser une critique: c'est de ne pas rendre justice au procédé d'analyse de Hayem et Winter; on peut se refuser à accepter la classification des dyspepsies que M. Hayem en a déduite; mais les chimistes paraissent bien près d'être tous d'accord pour reconnaître la supériorité de la méthode de Winter sur toutes les autres.

M. Bouveret a cherché à montrer que l'analyse chimique du liquide gastrique est un procédé accessible à tous les praticiens; et il combat avec vigueur les objections adressées à la méthode nouvelle. A ceux qui se plaignent de la difficulté d'exécution des recherches chimiques, il répond: « Il est vraiment digne de remarque que cette critique soit en quelque sorte réservée aux progrès de la pathologie de l'estomac. On ne la fait guère aux résultats des travaux récents sur les maladies du système nerveux. Et cependant la nosologie et le diagnostic de ces maladies sont maintenant bien loin de la simplicité d'autrefois ».

La comparaison n'est pas exacte. Un médecin instruit peut, sans le secours d'un instrument, et en y mettant le temps, établir le diagnostic de la plupart des affections nerveuses; tandis que pour connaître la sécrétion d'un estomac, il faut, avec les procédés actuels : 1° sonder le malade, ce qui est fort désagréable au patient et quelquefois au médecin; 2° analyser le liquide recueilli, ce qu'un praticien peut n'avoir ni le temps, ni les moyens, ni la compétence de faire. Là est le vice des procédés actuels; il faut arriver à trouver mieux; si c'est impossible, les praticiens finiront peut-être par s'incliner devant nos adjurations. En attendant, ils répondent que pour diagnostiquer l'albuminurie et la glycosurie, on a trouvé des procédés usuels qui permettent une analyse qualitative immédiate et qui peuvent être employés facilement au lit du malade ou dans le cabinet du médecin. On ne peut méconnaître la portée de cette objection. Mais qu'y faire? Nous devons accepter les faits tels qu'ils sont et ne pas nous efforcer de les faire céder au désir de faciliter à tout prix la tâche du clinicien. Avant d'être simpliste, la pathologie doit être exacte.

Dans la deuxième partie, M. Bouveret décrit trois affections tout à fait spéciales à l'estomac et qui paraissent être les phases diverses d'un processus unique: l'*hyperchlorhydrie*, l'*hypersécrétion permanente*, et l'*ulcère de l'estomac*.

Nous avons analysé ici même l'intéressant mémoire de MM. Bouveret et Devic sur l'hypersécrétion permanente, mémoire qui se trouve reproduit en grande partie dans le Traité actuel. Nous avons dit que ces auteurs proposaient d'appeler cette affection *maladie de Reichmann.*

Récemment, M. Hayem a critiqué avec vivacité l'interprétation que MM. Bouveret et Devic ont donnée de cette forme morbide ainsi que le nom qu'ils lui ont attribué: pour M. Hayem, l'hypersécrétion permanente est liée à la présence d'ulcères de l'estomac récents ou anciens, siégeant surtout au niveau du pylore, et s'il fallait donner un nom propre à cette maladie, M. Hayem pense que celui de Cruveilhier serait mieux choisi que celui de Reichmann.

La troisième partie est consacrée à l'étude de l'*affaiblissement de la motilité et des déplacements de l'estomac.* Dans un premier chapitre, l'auteur décrit ce qu'il appelle avec les auteurs allemands l'*atonie* ou *myasthénie gastrique*, type morbide qui, d'après lui, est distinct de la dilatation. Sa description est très intéressante; mais peut-être M. Bouveret fait-il la part un peu belle aux auteurs allemands; la myasthénie gastrique, telle qu'il la comprend, n'est qu'une partie de la dilatation de l'estomac telle que la comprend M. Bouchard; et M. Audhoui l'a étudiée sous le nom d'*inertie gastrique.*

Le second chapitre traite de la *dilatation de l'estomac*; M. Bouveret ne croit pas cette affection aussi fréquente que le dit M. Bouchard. Il est vrai qu'il distingue de l'atonie vraie *la dislocation verticale de l'estomac, la gastroptose*, et l'atonie simple déjà nommée. M. Bouveret affirme que le diagnostic entre ces divers états est possible. Nous ne méconnaissons pas l'intérêt de cet essai de démembrement des affections à bruit de clapotage; mais la description de M. Bouveret ne nous a pas pleinement convaincu; et nous nous demandons encore si de l'atonie gastrique à la maladie de Glénard, il n'y a pas une série d'états intermédiaires qui relèvent, en somme, du même processus et de causes identiques, et qui ne doivent pas être trop disjoints.

La quatrième partie nous offre une description très méthodique de la *gastrite* et de ses diverses formes. Nous n'y trouvons pas une appréciation sur les recherches de M. Hayem à propos de la gastrite chronique, c'est évidemment que ces recherches sont encore récentes et n'ont pas été l'objet de travaux de vérification.

La cinquième partie est consacrée aux *néoplasmes de l'estomac* et surtout au *cancer*; la sixième aux *affections organiques des orifices de l'estomac*; la septième aux *névroses de l'estomac*. Dans celle-ci, on trouve un essai intéressant de classification nosologique. M. Bouveret admet, avec Oser, quatre groupes de troubles nerveux: névroses de la motilité, névroses de la sensibilité, névroses de la sécrétion, névroses vaso-motrices. Il subdivise ensuite chacun de ces groupes en diverses espèces:

1° *Névrose de la motilité* : (a) *paralytiques*: gastroplégie, incontinence du pylore; (b) *hyperkinésiques*: éructation nerveuse, régurgitation, mérycisme, spasme du cardia, spasme du pylore, gastro-spasme, agitation péristaltique, vomissement nerveux.

2° *Névroses de la sensibilité*: (a) *de la sensibilité spéciale*: boulimie, polyphagie, parorexie, anorexie nerveuse; (b) *de la sensibilité générale*: nausée, certaines sensations gastriques anormales, idiosyncrasies gastriques, hyperesthésie gastrique, gastralgie.

3° *Névroses de la sécrétion*: (a) *par excès*: hyperchlorhydrie et hypersécrétion nerveuse deutéropathiques (pourquoi pas les protopathiques?); (b) *par défaut*: hypochlorhydrie et anachlorhydrie nerveuses.

4° *Névroses vaso-motrices.* Congestion et hémorrhagies de la muqueuse gastrique dans certaines lésions des centres nerveux, dans l'hystérie, ou par l'action de certaines excitations réflexes (hématémèses supplémentaires), etc.

M. Bouveret consacre ensuite un chapitre à ce qu'on a appelé la *dyspepsie nerveuse*, mot très mauvais et qui a été la source de confusions multiples. M. Bouveret le conserve cependant pour désigner l'atonie gastro-intestinale des Neurasthéniques. Mais, en vérité, le chapitre même de M. Bouveret nous a convaincu de l'inutilité de ce mot. Pourquoi ne pas le supprimer et décrire les faits qu'il représente à l'article neurasthénie? Ne pourrait-on pas dire: dans la neurasthénie, il peut exister un état dyspeptique caractérisé par l'atonie gastro-intestinale avec sécrétion gastrique normale, ou exagérée, ou affaiblie; cet état dyspeptique revêt une forme bénigne ou une forme grave.

La huitième et dernière partie est intitulée: *L'estomac dans les maladies.* Que deviennent les fonctions gastriques et quelles lésions peut présenter l'estomac, dans la fièvre, la douleur, l'anémie, la chlorose, la tuberculose, la syphilis, la dégénérescence amyloïde, l'athrepsie, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, le diabète, les psychoses, les affections respiratoires, les maladies du cœur, les maladies des reins et des voies urinaires, les intoxications? C'est ce que M. Bouveret nous apprend dans une étude fort bien documentée.

On peut juger, par l'analyse qui précède, du labeur considérable qu'a accompli M. Bouveret avec ses qualités ordinaires de clarté et d'érudition. Certes, nous pourrions formuler quelques critiques; nous pourrions constater la divergence qui nous sépare de M. Bouveret sur certains points, en particulier sur la manière d'apprécier l'œuvre de quelques-uns de nos maîtres parisiens. Nous aimons mieux dire qu'il a réussi dans la tâche difficile d'écrire un livre attendu.

MARFAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LEHRBUCH DER SPECIELLEN CHIRURGIE, par Fr. KŒNIG (de Gœttingen) 6e édition, t. I avec 139 figures. Berlin, Hirschwald, 1893.

Mentionnons pour mémoire la 6e édition du traité de chirurgie spécial de Kœnig. C'est un livre dont l'éloge n'est plus à faire, traduit qu'il est en diverses langues, en français en particulier. Son succès dans son pays d'origine est constaté par ses éditions successives, que l'auteur tient soigneusement au courant de la science.

MÉDECINE OPÉRATOIRE (Anleitende Vorlesungen für den Operationscursus an der Leiche), par E. VON BERGMANN et H. ROCHS. 2e édition. Hirschwald, Berlin, 1892.

C'est un manuel tout à fait élémentaire de médecine opératoire à l'usage des étudiants. Nous nous bornerons donc à signaler cette publication qui ne saurait avoir une utilité réelle que dans les pays de langue allemande. Disons seulement que les descriptions nous paraissent concises et claires. Les figures ne sont pas très nombreuses (35) et ne sont pas toujours d'une clarté parfaite : mais nous sommes gâtés à cet égard par le manuel de Farabeuf.

GUIDE DE DIAGNOSTIC GYNÉCOLOGIQUE A L'USAGE DES PRATICIENS, par le Dr BERLIN (de Nice), avec une préface par le Dr AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris. *Société d'éditions scientifiques*, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris. Un volume in-8° carré de 224 pages, avec 69 figures dont une hors texte. Prix : 6 francs.

L'auteur a entrepris de présenter aux praticiens la *Gynécologie moderne* sous une forme très différente de l'ordre suivi dans les Traités classiques. Au lieu de décrire, organe par organe, les maladies de l'appareil génital féminin, il s'est placé au point de vue purement clinique. Il a supposé le médecin mis en présence d'une malade qui vient le consulter pour des accidents génitaux ou présumés tels. Il s'agit d'établir le diagnostic de ses accidents avec toute la précision que comportent les données actuelles de l'anatomie pathologique. Le praticien se trouve guidé, suivant une méthode rigoureuse, vers la solution de ce problème. Le diagnostic est établi de proche en proche, des cas simples aux cas complexes, dans les trois parties qui composent ce livre et qui représentent les trois étapes successives de l'examen gynécologique : — interrogatoire de la malade; — exploration directe des organes génitaux; — étude des troubles extra-génitaux, de l'état général, des diathèses.

Par cette méthode, le lecteur est amené à passer en revue toutes les affections importantes qui se rencontrent dans la pratique; au cours de ces descriptions diverses, il est initié aux détails les plus minutieux des procédés d'exploration; il se familiarise en même temps avec les notions modernes qui ont modifié bien des points de la gynécologie et qui se traduisent en pratique par l'orientation de la thérapeutique dans une voie nouvelle et féconde.

INDEX CATALOGUE OF THE LIBRARY OF THE SURGEON GENERAL'S OFFICE. U. ST. ARMY. — Vol. XII. REGER-SCHATTLEVORTH. — Vol. XIII. SIALAGOGUES. SUTAGIN, 1892.

Ces deux volumes de la remarquable publication du département de la guerre des Etats-Unis renferment comme articles les plus importants : Respiration, Rétine, Côtes (Ribs), Rhumatisme, Russie, Sécrétions, Peau (Skin), Petite vérole (Small Pox), Spine (colonne vertébrale et moelle épinière), Statistics, Stomach (Estomac), Strychnine, Surgery (Chirurgie).

Il n'est pas besoin de rappeler ce que nous avons maintes fois dit de l'intérêt que présente cette publication si magistralement conçue, si bien exécutée.

Thèses.

NANCY

INFLUENCE DU TRAVAIL INTELLECTUEL SUR LES VARIATIONS DE QUELQUES ÉLÉMENTS DE L'URINE A L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE, par THORION.

Le travail intellectuel augmente le volume de l'urine, la magnésie et surtout la chaux; il diminue la densité et surtout l'acide sulfurique; l'acide phosphorique total, qui ne présente pas de variation quantitative, subit probablement un changement qualitatif : sa répartition est, sans doute, modifiée entre les phosphates terreux, qui s'élèvent, et les phosphates alcalins, qui s'abaissent.

Il y a vraisemblablement influence réelle du travail intellectuel sur la désassimilation spéciale du cerveau. Et cette probabilité se fortifie de cette considération que la pensée produit dans cet organe une élévation de la température et une suractivité de la circulation.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTIÈME ANNÉE N° 37 16 SEPTEMBRE 1893

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Hotel-Dieu. — Service de M. le Dr LANCEREAUX.

Marche et curabilité des paralysies alcooliques,

par MM. THIROLOIX et DUPASQUIER, internes du service.

Ayant eu l'occasion, dans le service de notre maître M. Lancereaux et sous sa direction, de suivre un certain nombre de malades atteints de paralysie alcoolique ayant passé plusieurs années dans le service, nous croyons intéressant d'attirer à nouveau l'attention sur ces paralysies. En effet, il n'a pas été publié depuis les thèses des docteurs Œttinger, Carpentier et Vassal, élèves de M. Lancereaux, de mémoires nouveaux et de travaux importants sur ce chapitre de la pathologie nerveuse (1). Certains malades dont les observations sont citées par ces auteurs ont dans ces derniers temps quitté les salles en complet état de guérison; nous avons pu suivre leurs progrès successifs, et c'est le mode suivant lequel la guérison s'est effectuée que nous voulons indiquer ici, en complétant les observations que connaît déjà le public médical et en y ajoutant quelques cas nouveaux qui pourront encore éclaircir la question.

Complétons d'abord l'observation I de la remarquable thèse du Dr Œttinger: la malade, S... Antoinette, âgée de 37 ans, était entrée dans le service de M. Lancereaux, le 24 janvier 1884. La paralysie portait sur les quatre membres, elle était plus accusée aux membres inférieurs. Les jambes étaient placées dans l'extension, les pieds étendus sur la jambe, les orteils fléchis sur la plante du pied; le gros orteil complètement inerte tombait vers la face plantaire qui se trouvait légèrement dirigée en dedans, plus bas encore que les autres orteils. Dans le décubitus dorsal, la malade soulevait avec peine les membres inférieurs au-dessus du plan du lit. Du côté des membres supérieurs, la malade ne pouvait qu'avec peine étendre la main sur l'avant-bras; l'extension n'était pas cependant complètement abolie, la malade éprouvait une grande peine à fermer le poing; la flexion des doigts était incomplète, surtout pour l'index. La sensibilité était également altérée; lorsqu'on la soutenait sous les bras, la malade ne pouvait dire si elle marchait sur de la terre, de la pierre, du bois ou du carrelage : la sensibilité du tact était diminuée du côté des membres inférieurs, surtout aux jambes; à ce niveau, les sensations diverses produites par la tête d'une épingle, le bout du doigt, etc., étaient perçues d'une façon à peu près semblable; il en était de même aux avant-bras. On notait de plus une hyperalgésie extrême des membres supérieurs et inférieurs, s'accusant au plus haut degré à la face plantaire, où le moindre chatouillement provoquait des réflexes très étendus et des douleurs très intenses. Il n'y avait aucune altération de la vue et de l'ouïe. Les muscles extenseurs des jambes ne réagissaient plus en aucune façon aux courants faradiques; aux membres supérieurs les réactions persistaient, mais très affaiblies. A la même époque on signalait encore chez la malade au niveau des orteils un épaississement très notable de l'épiderme, qui desquamait sous forme de lamelles épidermiques blanchâtres; les ongles étaient allongés, recourbés, striés transversalement.

En février 1885, l'amélioration s'était déjà fait sentir dans les membres supérieurs, qui avaient récupéré presque leur force normale.

Du côté des membres inférieurs, l'amélioration s'était accusée dans la jambe droite; la malade pouvait exécuter volontairement quelques mouvements de flexion avec le pied; les orteils eux-mêmes présentaient quelques légers mouvements. Cette amélioration était bien moins accusée dans le membre inférieur gauche. La marche était encore impossible. Les douleurs subjectives étaient beaucoup moins vives, elles ne se manifestaient que par des picotements et de vives démangeaisons dans les mollets. L'hyperalgésie était moins accusée qu'au début, l'hyperesthésie plantaire persistait. Le jambier antérieur se contractait assez énergiquement avec un courant de moyenne intensité; l'extenseur propre et l'extenseur commun ne réagissaient pas encore. Les deux péroniers commençaient à réagir avec un courant de moyenne intensité. La contractilité faradique était entièrement revenue dans les membres supérieurs.

Cet état des muscles persista le même jusqu'à l'époque où, pour remédier à l'extension et aux déformations qui persistaient, on eut recours à la chirurgie. La section des tendons d'Achille fut pratiquée le 30 octobre 1891, par

(1) Voyez E. LANCEREAUX, art. Alcoolisme du *Dict. encyclopéd. des Sc. méd.*; Leçons sur les paralysies toxiques recueillies par L. GAUTIER, *Gaz. heb. de méd. et de chirurgie*, 1881, Extrait Paris, 1883. — W. ŒTTINGER, *Etude sur les paralysies alcooliques*, Paris, 1885. — F. CARPENTIER, *Contribution à l'étude des paralysies alcooliques*. Thèse de Paris, 1891. — P. VASSAL, *Contribution à l'étude de la paralysie alcoolique*. Thèse de Paris, 1891.

M. Walther, chirurgien des hôpitaux. On appliqua un appareil plâtré pour maintenir le pied redressé à angle droit sur la jambe. La malade resta dans son appareil cinq semaines : elle n'avait souffert aucunement, les pieds se maintenaient, seuls, dans la position redressée.

Depuis cette époque, l'amélioration s'accusa petit à petit : les troubles de la sensibilité disparurent, les douleurs et les sensations de fourmillement s'amendèrent, les muscles commencèrent à se contracter normalement sous l'influence des courants faradiques, les masses musculaires reprirent leur relief. La malade fit les premiers pas avec une chaise au mois d'août 1892; on munit alors la malade d'une paire de bottines qui devaient lui faciliter la marche. Ces bottines consistent en une semelle de liège, dure, rectiligne, haute de 1 c. 1/4, la tige de la chaussure est en forte toile; du fond externe de la semelle, au niveau de la malléole, part une tige en fer qui remonte jusqu'à mi-hauteur du mollet; il n'y a pas d'articulation de cette tige avec la semelle. La malade marche néanmoins avec assez de facilité, en levant les pieds et en portant la pointe en dehors; elle ne traîne nullement la pointe des pieds.

La malade a quitté nos salles le 15 décembre 1892 : son état général était excellent, elle dormait et digérait bien. Tout trouble de la sensibilité avait disparu, elle n'avait plus aucune sensation pénible dans les membres; les masses des extenseurs avaient repris toute leur fermeté et leur relief; l'épiderme des jambes et des orteils était de nouveau lisse et souple; les troubles trophiques des ongles avaient disparu; les muscles se contractaient tous normalement. Nous l'avons revue en mars 1893 : elle est absolument guérie. Il est impossible de retrouver trace de l'ancienne paralysie.

La deuxième observation a trait à une malade dont l'histoire est rapportée dans la thèse du Dr Vassal (Obs. VIII). Il s'agit d'une femme de 43 ans, G. Marguerite, qui était entrée à la Pitié, le 21 mai 1890, dans le service de M. Lancereaux. L'affection débuta chez elle par de la parésie dans les membres inférieurs. Pendant la marche, il lui arrivait de trébucher, de manquer de tomber lorsque sur sa route se rencontrait un obstacle, et ses pieds se croisaient sans cesse. A chaque pas, son corps tendait à tomber en arrière. Le soir, il lui semblait avoir sous les pieds une couche épaisse de coton, et il lui était impossible de distinguer la nature du sol.

Les troubles paralytiques s'accusant, la malade s'alita le 15 avril 1890. Quand elle fut amenée à l'hôpital, les quatre membres étaient paralysés. La malade ne pouvait faire exécuter aucun mouvement aux membres inférieurs; les supérieurs étaient moins frappés. La main, cependant, tombait sur l'avant-bras, les doigts étaient recourbés dans la pomme de la main, et l'on provoquait en les redressant de vives douleurs. La contractilité faradique avait presque disparu, on obtenait encore sur les fléchisseurs quelques légères contractions. Les membres inférieurs étaient recouverts d'écailles épidermiques très épaisses. Le réflexe patellaire était aboli des deux côtés; les sphincters étaient normaux, la sensibilité spéciale intacte.

Le 15 juin, quelques mouvements étaient possibles dans les membres supérieurs. La malade pouvait les porter sur sa tête, prendre un objet sur sa table de nuit. Dans les membres inférieurs, quelques petits mouvements seulement. Les écailles épidermiques s'éliminaient, la peau était moins sèche et moins rugueuse.

Le 30, la malade s'asseyait sur son lit. L'amélioration du côté des membres inférieurs s'accentuait encore.

En septembre, les mouvements des membres supérieurs s'exécutaient très facilement. La contractilité électrique des muscles des bras et des avant-bras était entière pour les fléchisseurs. Celle des extenseurs s'opérait également avec un courant de moyenne intensité. Aux membres inférieurs l'amélioration n'était pas encore aussi accusée. La malade éprouvait encore des douleurs dans les jambes et dans les pieds : elle ressentait encore une sensation de constriction au-dessous des chevilles et au milieu du pied. La chute des pieds et des orteils persistait, ainsi que l'atrophie des masses musculaires qui restaient flasques et molles. Au réveil la malade avait toujours les membres inférieurs fortement engourdis. Elle pouvait cependant se lever seule, se tenir debout et faire quelques pas en s'appuyant sur une chaise ou les lits de la salle. Nous avons revu cette malade à la salle Sainte-Martine, à l'Hôtel-Dieu. En février 1891, son état était à peu près le même qu'en septembre de l'année précédente : les douleurs des pieds et les sensations de froid et d'engourdissement avaient cependant complètement disparu. L'attitude des pieds, au dire de la malade, ne s'était guère modifiée. L'amélioration s'accusa très nettement aux mois de juin et juillet : la marche devenait chaque jour plus aisée et plus facile. Tous les mouvements, à la fin de juillet, étaient suffisamment revenus pour que la malade pût seconder très adroitement les infirmières dans le service. Aujourd'hui 15 octobre 1892, la malade a quitté nos salles; nous avons pu nous convaincre que la guérison était complète : les masses musculaires avaient repris tout leur relief et toute leur fermeté, l'aspect écailleux de l'épiderme et des ongles avait totalement disparu, la contractilité électrique était physiologique pour tous les muscles.

De cette observation peut être rapprochée une autre observation empruntée encore à la thèse du docteur Vassal, Obs. IX. Ici les troubles paralytiques ne se traduisent au début que par une parésie des membres inférieurs qui dura quatre mois : la guérison complète eut lieu au huitième mois.

Nous voulons rapporter encore un cas de guérison complète que nous avons observé cette année dans le service de notre maître M. Lancereaux : c'est encore une forme généralisée, mais qui se caractérise par la rapidité de l'amélioration et de la guérison totale.

D... Prosper, marchand de vins, âgé de 60 ans, entre le 23 juin, salle Saint-Denys, à l'Hôtel-Dieu. Son père est mort à 77 ans, paralysé; sa mère mourut d'accident à un âge encore peu avancé. Il y a six ans, le malade fut atteint d'une poussée aiguë de rhumatisme articulaire chronique. Il confesse librement ses habitudes, il n'oppose aucune dénégation, c'est un buveur d'absinthe. Depuis un mois, douleurs vives dans les orteils, les pieds et les mollets, faiblesse et parésie des membres inférieurs. Depuis dix jours seulement, mêmes douleurs aux mains, et diminution de la force dans les membres supérieurs. A son entrée à l'hôpital on constate une paralysie portant sur les quatre membres : le malade est dans l'impossibilité de marcher et de se servir de ses mains. Il présente les déformations dues aux névrites des nerfs périphériques. Etendu sur le dos, les jambes sont placées parallèlement dans l'extension : les pieds sont tombants, le bord interne est légèrement relevé, de sorte que les plantes des pieds se regardent; les orteils sont fléchis, le pouce d'une façon exagérée; la peau des jambes et des pieds est écailleuse, les ongles secs, cassants et striés transversalement. Les lésions et les déformations sont parfaitement symétriques. Les membres inférieurs sont fléchis, les mains ramenées sur la poitrine : si, prenant l'avant-bras, l'on prie le malade de soulever la main, il ne peut le faire : la main tombe dans la flexion sur l'avant-bras, les doigts sont légèrement fléchis dans la paume de la main. Tout mouvement aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs est douloureux; l'hyperalgésie est même assez notablement exa-

gérée. Hyperesthésie très accusée au chatouillement de la plante des pieds, et au pincement de la peau des jambes. Le malade discerne les sensations de chaud, de froid, de piqûre d'épingle ou de simple contact. Pas de troubles des sphincters.

Ce malade fut soumis à l'administration du chlorure d'or : la première dose fut de 2 milligrammes (13 juillet 1892); on éleva progressivement les doses de 1 milligramme par jour jusqu'à 5 milligrammes. Le 16 juillet, le malade fut pris d'une éruption scarlatiniforme, caractérisée par de larges plaques rouges disséminées par tout le corps, occasionnant de vives démangeaisons. Cette éruption aboutit le 24 juillet à une desquamation par larges lambeaux. Pendant ce temps, l'administration du chlorure d'or fut supprimée.

L'amélioration coïncida avec cette éruption : le 18 juillet, le malade commença à remuer les jambes; les mouvements dans les membres supérieurs étaient presque aisés et faciles. Le 6 août, le malade pouvait s'asseoir dans son lit, se lever seul et se tenir sur ses jambes. Les déformations s'étaient déjà notablement corrigées; l'hyperalgésie et l'hyperesthésie des membres inférieurs avaient disparu, les troubles trophiques s'effaçaient. Le 27 août, le malade allait seul à la douche, et, le 16 octobre 1892, il quittait les salles en complet état de guérison.

Ce qui caractérise cette observation, c'est la rapidité de l'amélioration et le bref délai auquel est survenue la guérison, car avant quatre mois de séjour à l'hôpital, le malade sortait marchant seul et se servant de ses mains. Ce malade avait pris du chlorure d'or, aussi peut-on se demander s'il faut voir là la raison de sa prompte guérison. Nous ne le croyons pas, car c'est le seul malade qui ait été soumis à l'administration de ce médicament, et voir dans ce cas une relation de cause à effet, ce serait, à l'heure qu'il est, faire preuve d'empirisme; pour juger de l'efficacité d'un médicament, il faut, en effet, connaître et avoir déterminé par l'expérimentation son mode d'action physiologique; les faits manquent et ils ne permettent en rien d'arguer en faveur de l'efficacité du chlorure d'or dans les paralysies alcooliques. Ce qu'il importe de savoir et de retenir, c'est la possibilité pour certaines de ces paralysies d'évoluer avec rapidité et d'aboutir à une prompte guérison.

Par la lecture des observations qui précèdent, on peut juger de la durée très inégale de ces paralysies. L'observation I a trait précisément à une femme qui ne mit pas moins de huit ans à se guérir complètement. Dans les observations suivantes, on voit la guérison survenir en 18 mois, 8 mois, 4 mois enfin : durée très inégale de ces paralysies, voilà un premier point qui se dégage de la plupart des observations publiées jusqu'à ce jour. Il semble, de plus, qu'il y ait un rapport entre le temps que mettent à apparaître les signes *paralytiques* et la durée de ces paralysies; en d'autres termes, la paralysie persiste d'autant plus longtemps qu'elle s'est installée plus lentement. Ceci ressort de quelques observations : la cause agissant lentement fait une œuvre plus complète et plus durable. Il faut considérer, croyons-nous, les doses et la permanence d'action de la substance nocive. Ainsi se trouvent peut-être définies les trois formes suivantes (1).

A. Une forme aiguë en rapport avec une intoxication rapide, souvent fébrile, caractérisée par l'apparition prompte des déformations, l'intensité des troubles de la sensibilité et des désordres vaso-moteurs, et rappelle cliniquement les myélites subaiguës; elle aboutit en peu de temps à la mort. Cette forme ne se rencontre que chez les jeunes femmes de 17 à 25 ans. Nous avons, en 1892, fait trois autopsies de paralysies alcooliques dans ces conditions.

B. Une forme subaiguë, à début insidieux, aboutissant le plus souvent à une guérison complète.

C. Une forme chronique, ordinairement limitée aux extrémités inférieures, et qui permet toujours d'espérer la guérison, est précédée de longue date (10 ans) des signes de l'intoxication chronique : douleurs, crampes, pituites, cauchemars... Elle rappelle, au point de vue de son évolution, certains cas de paralysie saturnine chronique.

Quant au mode suivant lequel s'établit l'amélioration, les deux observations suivantes, concernant deux malades en voie de guérison, l'indiqueront, croyons-nous, dans une certaine mesure.

D... Adeline, 45 ans, colporteuse, entra, le 17 mars 1892, salle Sainte-Martine, n° 20, avec un degré très accusé de parésie dans les membres inférieurs; la malade peut à peine se tenir debout : les genoux fléchissent et sont douloureux. Sensations d'écrasement dans les chevilles; élancements très aigus dans les mollets, les orteils et surtout dans le pouce. La section des ongles, dit la malade, est très douloureuse, il semble qu'on lui enfonce les ciseaux dans les chairs. Hyperesthésie cutanée. Les déformations apparaissent quand la malade est au repos : chute des pieds et des gros orteils. Au bout de quinze jours de séjour à l'hôpital, les mêmes symptômes douloureux surviennent du côté des membres supérieurs. La pression des coudes (cubital) est très douloureuse et provoque des élancements dans les doigts de la main. Quand on met dans la main de la malade un morceau de pain, il lui semble qu'elle prend une pelote garnie d'épingles. L'impotence des mains ne dura que quinze jours. Le 18 avril, la malade pouvait de nouveau manger seule. Les douleurs vives disparurent : il ne persiste plus aujourd'hui qu'une sensation de fourmillement dans le bout des doigts. La malade peut coudre et broder au crochet.

L'amélioration du côté des membres inférieurs ne survint que le 27 août : les genoux devinrent moins douloureux, la sensation d'étau du côté des pieds, puis les crampes et les élancements disparurent; les fourmillements persistent seuls aujourd'hui. L'hyperesthésie au pincement existe encore. Mouvements possibles dans les orteils, peu prononcés au niveau du gros orteil. La chute des orteils persiste; mais la déformation est beaucoup moins accusée. Cette malade n'avait jamais eu de troubles trophiques bien accusés. Le relief des masses musculaires est normal.

L'observation qui suit concerne une malade qui présenta dans le cours de sa paralysie un état de démence qui persista longtemps.

L... Emilie, 37 ans, fleuriste, entre, le 15 mars 1892, salle Sainte-Martine, n° 21. Le vulnéraire et l'amer-Picon sont ses boissons favorites. Elle arrive à l'hôpital avec les déformations caractéristiques de la paralysie alcoolique généralisée aux quatre membres. Il y a 10 mois qu'elle est obligée de garder le lit. Hyperalgésie et hyperesthésie très marquées. La prédominance d'action des fléchisseurs sur les extenseurs paralysés a placé les membres inférieurs dans la flexion exagérée : les cuisses sont fléchies sur le bassin, les jambes le sont sur les cuisses, les orteils sont repliés sur la plante du pied, la malade repose sur le côté droit. Le moindre mouvement détermine des douleurs atroces : si on cherche à redresser les membres, la malade pousse des cris. Il en est de même du moindre frôlement. Etat analogue des membres supérieurs, flexion, hyperalgésie.

La malade, dont l'intelligence et la mémoire étaient

(1) Ces formes ont déjà été décrites par M. Lancereaux dans ses leçons de 1880.

loin d'être parfaites, tombe dans la démence la plus complète au milieu de mai. Elle ne répond plus à une seule question, son faciès fixe, immobile, exprime la douleur; elle marmotte des paroles incompréhensibles, elle pleure toute la nuit et pousse des cris; sensation de froid permanente : au gros de l'été (juillet et août), elle supportait facilement deux couvertures et un édredon. Ce froid extrême, perceptible au toucher, s'accompagnait de transpiration abondante des mains, et un peu des pieds; les extrémités digitales étaient rouges.

L'amendement des symptômes date de trois mois. Amélioration de l'état mental : la malade se rappelle les événements qui ont précédé sa maladie, elle cause à la voisine de son commerce, de ses clients, de son père (fin septembre 1892); depuis la même époque elle peut se lever seule sur son lit, l'extension des membres est possible et beaucoup moins douloureuse. Remue les doigts, peut manger seule, ce qu'elle n'avait pu faire depuis 9 mois; a retrouvé un sommeil calme et réparateur depuis le commencement de décembre. La sensation de froid aux extrémités des membres a disparu depuis la même époque.

Quand la guérison se produit, il semble, en examinant la succession des symptômes, que les signes qui sont apparus les premiers persistent aussi le plus longtemps; ainsi les sensations pénibles de compression et d'étau aboutissent aux fourmillements qui avaient précédé ces symptômes douloureux.

Dans les formes généralisées, c'est aux membres supérieurs, pris secondairement, que l'amélioration se fait d'abord sentir. Maints malades retrouvent les mouvements des mains avant que la moindre amélioration se fasse sentir du côté des membres inférieurs. Ce sont les mains que la paralysie envahit les dernières, ce sont elles qui guérissent les premières; la rénovation du tube nerveux se fait d'abord dans les points où la lésion est moins prononcée.

Quand il y a amendement, les troubles moteurs et sensitifs marchent de pair : la disparition des vives douleurs coïncide avec la possibilité pour le malade de faire de nouveau quelques mouvements; les déformations et les troubles trophiques s'atténuent simultanément. Les observations que nous avons mentionnées nous montrent encore que la guérison des membres inférieurs succède à celle des membres supérieurs; il suffit que l'amélioration débute par un point pour que l'on puisse envisager la partie comme gagnée; il faudra parfois user de beaucoup de patience, sans cependant jamais désespérer.

Si la marche n'aboutit pas à une terminaison heureuse, c'est le *statu quo* ou la mort. L'état stationnaire peut persister pendant quelque temps, mais il ne dure jamais indéfiniment, car il se produit toujours, même spontanément, une régénération tout au moins partielle des tubes nerveux atteints et des muscles correspondants. Cette amélioration rend généralement la marche possible à l'aide de chaussures spéciales après la sténotomie qui remédie à la déviation des pieds. Quand la mort survient, c'est quelquefois à la suite d'eschares, le plus souvent par le fait de l'accélération du pouls qui bat jusqu'à 140 fois par minute, en même temps que la température s'élève quelque peu. Il semble qu'il y ait là, comme le fait remarquer notre maître, une paralysie des pneumogastriques, et en effet, c'est lorsque la paralysie des extrémités gagne le tronc et les nerfs respiratoires que survient ce mode déterminatif qui a permis de constater parfois l'altération (névrite parenchymateuse) des pneumo-gastriques (Déjerine, Lancereaux). La fibre musculaire du cœur ne présente d'ailleurs aucune lésion, les parois de l'organe ont leur fermeté et leur coloration normales; seuls existent quelques dépôts graisseux sous-péricardiques. Une tuberculose aiguë est enfin venue dans quelques cas précipiter la terminaison fatale.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur un cas de gastrorrhagie chez un nouveau-né au premier jour de la naissance, par le Dr Lobanchet, médecin du lycée Lakanal.

La gastrorrhagie (hématémèse, melæna), paraît assez rare chez les nouveau-nés pour qu'il me semble intéressant de publier l'observation que je viens de recueillir du premier cas qui se soit présenté dans ma pratique médicale; et je suis d'autant plus à l'aise pour faire cette confession que je lis dans Valleix (édition revue par Lorain, 1866) le passage suivant :

« D'après J. Frank, les enfants et même les nouveau-» nés seraient prédisposés à l'hématémèse. Cet auteur a » indiqué plusieurs exemples qu'il a empruntés à Stork, » Vogel, Schmitt, etc.; on se demande si ce ne sont pas » là des faits exceptionnels recueillis par les auteurs à » cause de leur rareté. Ce qui prouve qu'il en est ainsi, » c'est que les médecins qui se sont occupés des maladies » de la première enfance n'ont pas consacré d'article » spécial à la gastrorrhagie. Pendant trois ans que nous » avons observé les affections des nouveau-nés, nous » n'en avons pas vu un seul exemple. »

Cette appréciation de Valleix est trop exclusive, et, si je la saisis pour en induire qu'on ne saurait laisser échapper aucune occasion de signaler des faits aussi particulièrement rares et pour m'autoriser à publier une observation personnelle, la vérité m'oblige à dire que le sujet avait déjà été traité par différents auteurs, notamment par Hesse, dans une monographie en 1825, par Rahn Escher (de Zurich) en 1835, puis par Frank en 1842. Jusque-là, nous étions tributaires des observations allemandes; mais Billard, dans son traité des maladies des enfants nouveau-nés, aborda ce sujet; enfin Rilliet en 1848, puis Barthez et Sanné (1887) traitèrent magistralement cette question du melæna des enfants nouveau-nés.

Pour moi, je ne rapporterai pas seulement mon observation pour ajouter un cas à ceux des auteurs que je viens de citer; mais je voudrais, dans une discussion rapide des causes de la gastrorrhagie des nouveau-nés et de son traitement, tirer des enseignements plus décisifs et plus complets que ceux qu'il m'a été donné de retenir par la lecture des ouvrages que j'ai parcourus à cet égard.

Voici d'abord mon observation :

Le 29 juillet, j'assistais dans ses couches une primipare de 29 ans qui mit au monde, à 11 heures du soir et dans les meilleures conditions, une petite fille bien conformée, de poids et de volume normaux et qui cria très fort dès son apparition. L'enfant fut nettoyée, lavée et séchée, puis couchée par la garde dans des couches et des langes qui ne m'avaient pas paru suffisamment chauffés et auxquels j'avais immédiatement ordonné de suppléer par des bouteilles d'eau chaude. La délivrance de la mère se fit rapidement; pas l'ombre d'une hémorrhagie; pas d'antécédents de cette nature dans la famille.

Le lendemain matin, je fis ma visite à l'enfant et à la mère. Je ne trouvai pas l'enfant suffisamment réchauffée et j'insistai sur l'emploi des bouteilles chaudes. J'ai appris depuis que cette recommandation n'avait pas été ponctuellement exécutée ni la veille, ni le jour. Tout me semblait devoir marcher à souhait, lorsque, dans l'après-midi, on courut me chercher pour l'enfant qui vomissait du sang. Elle avait déjà

vomi trois fois lorsque j'arrivai vers 4 heures du soir. L'enfant avait la figure pâle et froide, les lèvres cyanosées, les mains violettes et froides également. Elle ne tarda pas à vomir encore devant moi une cuillerée à café de sang noir. Ces vomissements se répétèrent jusqu'à 7 ou 8 fois, pour s'arrêter vers 10 heures du soir. J'avais fait aussitôt développer l'enfant; je la frictionnai avec de l'eau-de-vie camphrée chaude et je pratiquai l'enveloppement ouaté avec de l'ouate chauffée devant les charbons incandescents d'un fourneau de cuisine. J'avais fait mêler quelque peu d'eau de Seltz à l'eau sucrée et j'en administrai quelques cuillerées à café. Un peu plus tard, nous eûmes des selles mélæniques abondantes; j'administrai la glace de la façon suivante : Je cassai très finement de la glace dans une cuiller à café, j'ajoutai du lait et je donnai de ce mélange glacé en recommandant de le continuer toutes les heures au moins; on devait renouveler également les applications d'ouate chauffée. Cette ouate, ainsi chauffée, absorbe une quantité de calorique énorme, car on me fit voir le lendemain sur le talon de l'enfant une petite phlyctène.

Je crois le procédé de l'ouate — moins la phlyctène — préférable aux autres, tels que sinapismes, frictions aromatiques ou stimulantes, etc., car si par ces derniers moyens on obtient une rubéfaction artificielle à la peau, l'enfant n'en est pas moins obligé de faire les frais du calorique, tandis qu'avec l'ouate chaude, il emprunte à celle-ci la quantité de chaleur qui lui est nécessaire pour harmoniser ses fonctions.

Les premières selles mélæniques avaient été bientôt suivies d'autres selles plus sanguinolentes qui m'indiquaient que le processus hémorrhagique n'avait pas cédé; je prescrivis cinq gouttes de perchlorure de fer à 30° dans 30 grammes de potion à donner par cuillerée à café aussi souvent que possible. Je quittai la maison vers 10 heures du soir en recommandant de continuer tous les soins indiqués ci-dessus. Je laissai l'enfant presque exsangue, estimant qu'elle serait perdue si elle rendait encore quelques cuillerées de sang. La nuit fut heureusement bonne, les accidents se calmèrent, il n'y eut plus de vomissements, et le lendemain matin, je ne constatai plus dans les couches que des selles mélæniques d'un noir foncé, derniers restes du sang épanché la veille au soir dans l'intestin. On donna, dès le matin, à l'enfant le sein d'une voisine qu'elle prit très bien, en attendant que le lait de la mère fût monté.

Huit jours après, l'enfant allait très bien; il ne restait plus trace de ces accidents qu'une pâleur extrême.

Si la recherche des causes des maladies présente quelque intérêt clinique, c'est évidemment lorsqu'on peut les grouper dans un ordre de faits physiques simples sur lesquels une intervention soit possible. Dans le cas actuel, ma première impression s'est manifestée par cette exclamation : « Cette enfant a eu froid! », m'écriai-je en l'apercevant. Cette impression a fait ma conviction et j'attribue au froid les phénomènes hémorrhagiques auxquels j'ai assisté. Mais ma surprise a été grande lorsque, parcourant les auteurs qui ont traité de ce sujet, je n'ai pas vu l'action du froid signalée comme cause de ces gastrorrhagies des nouveau-nés.

On a invoqué le traumatisme : Vogel dit même que les violences exercées sur le fœtus pendant l'accouchement peuvent provoquer chez lui une hématémèse. Ces cas doivent être fort rares, et il ne saurait en être question ici.

Les obstacles mécaniques au cours du sang : défectuosité du système porte; persistance du trou de Botal; développement insuffisant des poumons; ligature précipitée du cordon!... Rien dans mon observation ne saurait me faire incliner à reconnaître ces causes.

L'irritation intestinale produite par la présence du méconium. Ici, l'enfant en avait rendu à sa sortie de la vulve.

Puis viennent les idiosyncrasies, l'hérédité, etc. C'est faire un aveu d'impuissance et laisser la question ouverte, comme le disent si judicieusement Barthez et Sanné. J'attribue ces accidents au froid, et si j'arrive à le démontrer, j'aurai au moins l'avantage d'indiquer une cause contre laquelle on peut réagir en surveillant sévèrement l'habillage de l'enfant. Il est bon de se rappeler, en effet, que l'on n'a pas seulement à le mettre en garde contre le coryza, la bronchite, etc., mais que des accidents de tout ordre et bien plus graves peuvent surgir si l'enfant ne trouve pas, dès sa naissance, dans les vêtements dont on l'entoure, le calorique suffisant.

Si, selon toute vraisemblance, on n'admet aucune lésion de l'estomac ni de l'intestin chez l'enfant nouveau-né en état de gastrorrhagie, je dis qu'il faut en chercher la cause parmi les circumfusa, et j'en accuse le froid; non pas le froid brusque qui serait plutôt un stimulant et dont on se sert même au besoin contre l'asphyxie des nouveau-nés; mais le froid lent, progressif et presque insensible à l'observation des sens. Dans ces conditions, le froid est un débilitant général, un déprimant du système nerveux : la circulation générale est en souffrance; la circulation périphérique se ralentit; le système vaso-moteur est perverti. La substitution du cycle cardio-pulmonaire du nouveau-né au cycle splanchnique du fœtus est troublé, et dans cette lutte de réflexes, il se fait comme un rappel de la circulation splanchnique avec congestion passive de la muqueuse gastro-intestinale qui donne lieu à l'hémorrhagie. Car, en somme, l'enfant que j'ai observée avait crié, elle avait même crié très fort, et la respiration ainsi que la circulation pulmonaire avaient été parfaitement établies. La peau était devenue immédiatement rose et il n'y avait trace de cyanose ni à la face ni aux lèvres. Il a donc fallu autre chose qu'une anomalie congénitale pour détruire cet équilibre parfait, au bout de 18 heures de complet fonctionnement; cette « autre chose », c'est le froid, que j'avais manifestement signalé à la garde. Et pour tirer une conclusion utile de cette dissertation, je dis: Surveillons et faisons surveiller attentivement le réchauffement des nouveau-nés.

Quant au traitement, il a été aussi rapide et énergique que le permettaient les circonstances : on ne se décide pas d'un cœur léger à donner pendant toute une nuit du lait glacé à un enfant d'un jour, pas plus qu'à lui administrer du perchlorure de fer; il est vrai que ma petite malade a été continuellement enveloppée d'ouate chauffée, depuis les reins jusqu'aux talons. Le résultat a été excellent, aucune complication n'a surgi; et si l'on songe que, d'après la statistique fournie par Barthez et Sanné, sur 23 cas relatés, la mort est survenue 11 fois, dont 9 fois rapidement, on verra qu'il ne faut pas attendre que l'hémorrhagie cède d'elle-même à des moyens expectants, que le danger est pressant et qu'il faut employer hardiment la glace et les astringents dont il m'a été donné d'observer et l'extrême utilité et l'innocuité absolue.

Bourg-la-Reine, août 1893.

Spéculum du professeur Laroyenne.

(Note de M. R. Condamin, agrégé à la Faculté de Lyon.)

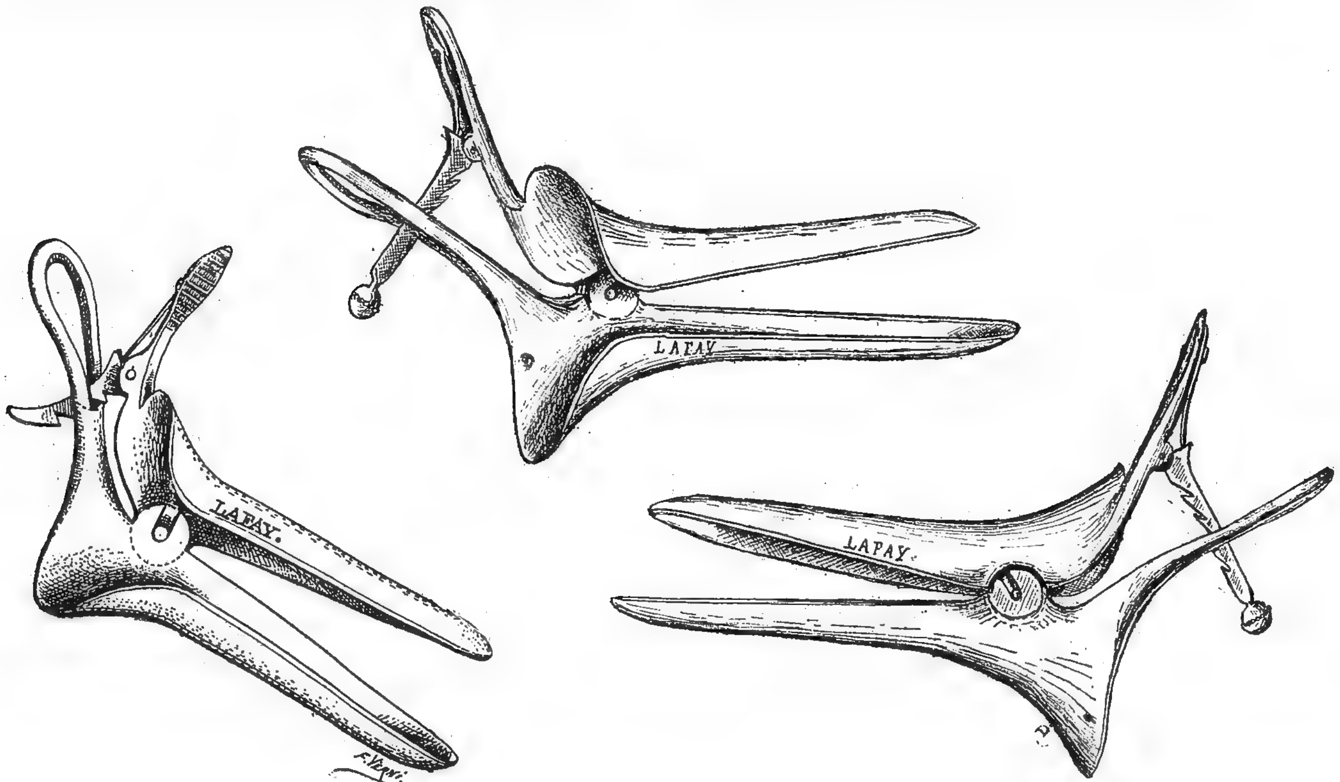
Le spéculum du professeur Laroyenne est une modification de celui de Cusco. Les valves sont plus incurvées et son pavillon évasé pour l'éclairage rappelle celui de Fergusson.

Sa valve postérieure est un peu plus longue que l'antérieure, tout en l'étant moins que celle du Bouveret, auquel a été emprunté le principe de l'ouverture de l'articulation latérale.

Le mécanisme pour ouvrir et maintenir ouvert le spé-

culum est constitué, comme le montrent les figures annexées à cette description, par une crémaillère à ressort. Celle-ci joue par le simple rapprochement des deux branches situées en haut et à gauche, qui s'effectue d'une seule main. La crémaillère permet la graduation de l'écartement des deux valves et la fixité de l'écartement à chaque cran, quelle que soit la position donnée à l'instrument. Elle existait déjà dans un autre spéculum, mais mobile et branlante, c'est-à-dire sans le ressort fixateur, de telle sorte qu'elle ne remplissait que très imparfaitement le rôle qui lui est assigné.

L'articulation spéciale des deux valves permet de le démonter à volonté. La coulisse dans laquelle glisse le pivot présente une obliquité de haut en bas et en arrière. Cette direction s'oppose à la désarticulation involontaire de l'appareil maintenu par la crémaillère, tout en permettant l'enlèvement facile, s'il est nécessaire, de l'une ou l'autre des valves, le spéculum étant en place.



Les avantages de ce spéculum sont donc les suivants :

1° Eclairage meilleur que celui des divers spéculums bivalves, à cause de la forme de son pavillon et de l'incurvation transversale de ses valves qui continue celle du pavillon. Les rayons lumineux pénètrent profondément sans être renvoyés d'arrière en avant ;

2° Direction en haut et sur le côté gauche des branches, ce qui gêne moins que dans toute autre situation ;

3° Possibilité de graduer d'une seule main l'écartement des valves par l'intermédiaire d'une crémaillère à ressort ;

4° Désarticulation facile, même en position, avec possibilité de retirer l'une quelconque des deux valves, ce qui permet à l'instrument de remplir l'office d'un spéculum univalve.

Pathogénie de l'angine de poitrine,
par le Dr Crocq fils.

L'étude pathogénique des maladies est indispensable ; non seulement elle est attrayante par les difficultés qu'elle présente et par les intéressantes discussions auquelles elles donnent lieu, mais elle contribue encore pour une large part dans l'établissement d'une thérapeutique rationnelle. Prenons comme exemple le symptôme dyspnée, si banal, et dont l'étude prend aujourd'hui une si grande extension.

Il est certain que, suivant la cause de l'oppression, il faudra appliquer un traitement différent : on ne peut combattre de la même manière la dyspnée cardiaque, pulmonaire, rénale, hépatique ou cérébrale ! La thérapeutique symptomatique est insuffisante et, si elle réussit parfois momentanément, elle ne s'oppose pas au retour des crises ; la médication étiologique vaut mieux, mais elle est encore bien inférieure à la thérapeutique pathogénique qui s'adresse à la cause physiologique de la maladie.

« Une mauvaise pathogénie, dit Huchard (1), peut engendrer, à tous les âges, des médications inutiles ou nuisibles parce qu'elles sont irrationnelles. »

Pour l'angine de poitrine, l'importance de la pathogénie est supérieure encore à celle de la dyspnée ; les théories nombreuses qui ont été émises au sujet de cette maladie ont été le point de départ de médications variées et souvent nuisibles.

Nous n'insisterons pas sur les différentes opinions émises par les auteurs au sujet de la pathogénie de l'angine de poitrine ; disons seulement que les quatre grandes théories de l'angine de poitrine ont pris naissance dans quatre grandes nations : l'Angleterre, l'Allemagne, la France et l'Italie.

L'école anglaise subordonne l'angine de poitrine à une lésion matérielle du cœur et plus spécialement des artères coronaires ; l'école allemande la rattache à la diathèse rhumatismale et goutteuse ; l'école française l'envisage

(1) Huchard, La thérapeutique pathogénique (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, Paris, nos 18 et 19, 1891).

comme dépendant d'une lésion nerveuse; enfin l'école italienne, qu'il ne faut citer que pour mémoire, enseigne qu'elle résulte de la compression du cœur à la suite d'un développement anormal du foie.

Quelques auteurs se sont écartés de la routine de leurs prédécesseurs et ont admis des théories étrangères, mais c'est la rare exception; nous en avons un exemple bien frappant dans les idées de Huchard qui combine l'opinion anglaise et l'opinion française.

« *Il n'y a pas une angine de poitrine, il y a des angines de poitrine*, dit H. Huchard (1); ce que l'on a coutume d'appeler de ce nom *n'est pas une maladie, mais un syndrome* et, comme tel, il répond à des états anatomiques variés. Il peut représenter et il représente des maladies différentes au même titre que les palpitations et les syncopes. D'où cette conclusion que l'étude étiologique prend ici une très grande importance. C'est la cause qui fait la gravité, qui indique le traitement à suivre, qui montre assez clairement la nature même de l'affection, de sorte que l'on pourrait à ce sujet formuler ce nouvel adage : « *Naturam morborum ostendunt causæ*. »

Huchard renouvelle, dans ses derniers travaux, cette proposition déjà émise en 1883 :

« *L'angor pectoris est un syndrome, non une maladie, il n'y a pas une angine de poitrine, il y a des angines de poitrine.* »

Quelques critiques bienveillants ont même modifié cette phrase, en voulant lui donner plus de précision : « *Il n'y a qu'une angine de poitrine, toutes les autres sont fausses.* »

Il est, en vérité, très important, et même indispensable, de déterminer la cause efficiente de chacun des cas d'angine de poitrine que l'on observe, mais, contrairement à l'idée émise dans le remarquable travail de Huchard, je me propose de prouver que *l'angine de poitrine est une maladie dont la cause physiologique est constamment identique à elle-même, et dont la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement sont parfaitement établis.* La cause physiologique que je considère comme étant le point de départ de cette maladie consiste en un rétrécissement des artères coronaires du cœur, soit par lésion de ces artères ou de l'aorte, soit par compression de ces dernières, soit par leur contraction spasmodique sous l'influence d'une excitation centrale vaso-motrice.

Je n'admets donc pas la pseudo-angine de poitrine de Huchard; *il n'y a qu'une angine de poitrine vraie pouvant être organique ou fonctionnelle;* je crois, en effet, que les angines de poitrine hystériques, celle du goître exophthalmique, de l'irritation spinale, de la neurasthénie, du neuro-arthritisme et de l'épilepsie, dérivent de la même cause pathogénique que celles d'origine tabagique, c'est-à-dire l'irritation du centre vaso-moteur du bulbe, produisant une ischémie momentanée du cœur. Huchard lui-même est forcé de reconnaître que les angines tabagiques sont tantôt vraies tantôt fausses; n'est-il pas plus logique d'admettre qu'une lésion déterminée produit toujours des symptômes identiques, plutôt que d'attribuer à ceux-ci une infinité de causes plus obscures les unes que les autres?

Mais, dira-t-on peut-être, par quel mécanisme le rétrécissement des artères coronaires du cœur peut-il engendrer tous les symptômes si caractéristiques de l'angor pectoris?

Lorsque le cœur est à l'état normal, il reçoit suffisamment de sang pour se nourrir, malgré le rétrécissement d'une de ses artères nourricières, mais le malade fait-il un effort, marche-t-il trop rapidement, éprouve-t-il une émotion violente, aussitôt le cœur précipite ses mouvements, il aura besoin d'une plus grande quantité de principes nutritifs qui lui manqueront, et l'on verra se produire alors la douleur et l'angoisse caractéristiques de l'angine de poitrine. Cette opinion n'est nullement nouvelle, elle fut mise en avant par Potain et reprise par G. Sée (1), Huchard et Roussy.

On sait d'ailleurs que l'anémie subite des terminaisons d'un nerf amène dans celui-ci des douleurs variables avec le degré de sensibilité qui lui est propre.

Les expériences de Chirac, Sénac, Erichsen, Schiff, Panum, Von Bezold, Samuelson et Roussy prouvent, non seulement que l'oblitération des artères coronaires donne des résultats comparables aux symptômes de l'angine de poitrine, mais encore que l'oblitération ou le rétrécissement d'un seul de leurs rameaux suffit pour produire toutes les conséquences amenées par l'oblitération d'un plus grand nombre.

Si l'on doutait encore du rôle important de la circulation sur l'action du muscle cardiaque, on pourrait comparer l'angine de poitrine à la claudication intermittente si souvent observée chez le cheval par les vétérinaires et chez l'homme par Charcot (2).

Un cheval ou un homme jouissant de la santé la plus parfaite, se met-il à courir ou à marcher vite, aussitôt il est pris d'une douleur atroce dans une jambe avec incapacité absolue de la bouger; il s'arrête, et si on le force à avancer encore, il tombe; après quelques instants la force du membre revient, mais au premier effort qu'il fera, ces phénomènes se reproduiront. A l'autopsie on trouve un rétrécissement marqué de l'artère principale du membre atteint. Si l'on cherche à expliquer ce phénomène, on devra admettre une interprétation semblable à celle que nous avons donnée pour mettre en lumière le mécanisme de l'angine de poitrine.

Les muscles du membre, ayant à accomplir un travail supérieur à celui qu'ils exécutaient, exigent un apport de sang proportionnel, que l'artère n'est pas en état de leur fournir, et la petite quantité de sang qui a pu passer, étant rapidement usée, il se produit une ischémie des muscles, d'où la douleur et la faiblesse.

Disons encore que Stenson, Emmert, Bichat et Segalas, ayant lié l'artère principale d'un membre chez les mammifères, obtinrent des résultats semblables.

Ces arguments me semblent irréfutables à l'explication vraisemblable du mécanisme de l'ischémie cardiaque dans l'angine de poitrine. Nous répétons donc encore que *le rétrécissement ou l'oblitération des artères coronaires du cœur est la lésion constante de l'angine de poitrine, qu'elle provienne soit d'une altération de ces artères ou de l'aorte, soit de leur compression, soit de leur rétrécissement spasmodique sous l'impulsion du centre vaso-moteur du bulbe.*

Mais la théorie que nous soutenons résiste-t-elle à toutes les critiques, et le rétrécissement ou l'oblitération des artères coronaires rendent-ils compte de toutes les manifestations de la maladie? Oui, c'est en grande partie à Huchard que nous devons la réfutation des objections qui ont été émises à ce sujet.

1° *Une lésion permanente, comme la sclérose des coronaires, ne peut donner lieu à des accidents intermittents.*

« Mais, dit Huchard, pareil phénomène n'est-il pas fréquent en clinique, et ne voit-on pas à chaque instant une tumeur cérébrale, lésion permanente, donner lieu à des désordres intermittents comme les convulsions épileptiformes? »

(1) Huchard, Des angines de poitrine (*Rev. de méd.*, 1883). Maladies du cœur et des vaisseaux, 1889.

(1) G. Sée, *France méd.*, 1876.
(2) Charcot, De la claudication intermittente, *Gaz. de Paris*, 1859.

Disons de plus que la considération du fait bien démontré de la claudication intermittente, observée chez les animaux et chez l'homme, nous rend parfaitement compte de l'intermittence des phénomènes, et l'explication qui en a été donnée par Potain s'applique totalement ici.

2° *L'anémie d'un muscle ne peut engendrer ni expliquer une pareille douleur*; citons pour expliquer ce fait ce que Le Fort disait à l'Académie de médecine : « Tous les chirurgiens savent que dans la compression digitale des anévrysmes, à un certain moment, quand l'ischémie devient complète par la formation d'un coagulum, le malade accuse dans tous les membres des douleurs atroces, tout à fait comparables, sauf pour le siège, à celles de l'angine de poitrine. » Huchard ajoute que l'inflammation artérielle au début de la gangrène donne des douleurs extrêmement vives.

On comprend assez facilement que l'anémie des nerfs puisse y provoquer des douleurs, de même que leur congestion; cette idée ne me semble pas devoir être prouvée.

3° *La théorie artérielle est en opposition avec le siège rétro-sternal de la douleur* qui devrait plutôt exister en plein cœur. Non, car c'est dans tous les cas le plexus cardiaque qui souffre; la théorie nerveuse n'explique donc pas plus cette objection; il est évident qu'une simple névralgie de ce plexus donnera une douleur semblable, mais elle ne s'accompagnera pas nécessairement de l'angoisse caractéristique de l'angor pectoris.

4° *La théorie artérielle serait en opposition avec la sensation obtuse du myocarde.*

C'est Harvey, Haller et Richerand qui ont émis la théorie de l'insensibilité du myocarde; « mais, dit Huchard, la science ne s'arrête pas à Harvey, à Haller et à Richerand et il faut tenir compte aussi des expériences récentes et contradictoires de Goltz qui a démontré la très grande sensibilité des ventricules aux agents douloureux. »

5° *L'intensité de la douleur serait en désaccord avec la profonde altération du myocarde*, mais, comme le dit fort bien Huchard, cette dégénérescence est une rareté dans la sclérose du myocarde, et ce sont les fibres les plus éloignées des vaisseaux qui sont affectées par les altérations nutritives diverses qui accompagnent la sclérose. « Donc, dit-il, les nerfs restent sains, puisqu'ils sont éloignés des plaques de sclérose. »

6° *La théorie serait en désaccord avec les résultats souvent négatifs de la percussion et de l'auscultation.* Mais nous verrons dans l'étude symptomatologique de l'artério-sclérose que les signes physiques en sont presque nuls; on comprend en effet que ces plaques athéromateuses ne donnent lieu qu'à un léger souffle, attribué par certains auteurs à l'anémie.

7° *La théorie artérielle serait en désaccord avec l'existence des troubles vaso-moteurs, dus à l'intervention du grand sympathique contenu dans le plexus cardiaque.*

Cette objection n'est pas sérieuse, car il est évident que la douleur ressentie par ce plexus se répercute sur les centres dont il émane; or le noyau du pneumo-gastrique est situé très près du centre vaso-moteur du bulbe; d'autre part il est clair que les fibres vaso-motrices du cœur ressentent également l'action de l'ischémie cardiaque et propagent l'impression douloureuse au même centre vaso-moteur, il en résulte que les troubles généraux dépendant de la mise en activité de ce centre sont expliqués par la théorie artérielle; je suis même très porté à croire que ce centre joue toujours un certain rôle dans l'accès d'angine de poitrine, rôle accessoire et secondaire dans l'angine de poitrine organique, rôle au contraire prépondérant et primitif dans l'angine de poitrine fonctionnelle. Ne pourrait-on, en effet, admettre que l'ischémie primitive, momentanée, produite par l'effort du cœur, se renforce ensuite d'une ischémie spasmodique produite par l'irritation du centre vaso-moteur? Ceci n'est que secondaire, je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet, car je crois bien démontré que les troubles vaso-moteurs ne sont nullement en opposition avec la théorie artérielle.

8° *Observations d'angine de poitrine, sans lésion des coronaires.*

Nous verrons que l'angine de poitrine fonctionnelle existe toujours sans lésions des artères coronaires; on pourrait par conséquent citer des centaines d'exemples de cette maladie sans artério-sclérose, car les cas d'angine de poitrine fonctionnelle se rencontrent beaucoup plus souvent que ceux d'angine de poitrine organique.

9° *Il existe des cas d'aortite sans lésion des coronaires.*

Remarquons d'abord que ces aortites peuvent parfaitement rétrécir l'orifice des artères coronaires, et que, de plus, on doit tenir compte ici d'une irritation des nerfs cardiaques qui peuvent agir sur le bulbe par le mécanisme que je viens d'expliquer à propos des actions vaso-motrices.

10° *Observations de scléroses et de sténoses coronaires sans angine de poitrine.*

Il est à remarquer au sujet de cette objection que beaucoup de ces cas se terminent par la mort subite, qui peut résulter d'un premier accès d'angor; de plus, toute loi a ses exceptions, l'exception confirme la règle; il est évident que certaines dispositions particulières, telles que la présence de nombreuses collatérales avant l'oblitération, peuvent empêcher l'ischémie du myocarde; enfin il faut encore faire la part du parti pris : certains auteurs, en effet, voient tout ce qu'ils veulent, et un orifice rétréci peut avoir été enregistré comme complètement oblitéré.

Huchard explique cette objection en disant que l'accès d'angine de poitrine ne peut se produire que quand il y a oblitération d'une branche des artères coronaires. « Athérome ne veut pas dire toujours imperméabilité, dit-il, et il faut que celle-ci existe pour que l'ischémie cardiaque, c'est-à-dire l'accès angineux, puisse se produire. » Cependant, en comparant ces accès à ceux de la claudication intermittente, on arrive à conclure que l'angine de poitrine peut être amenée non seulement par l'oblitération complète d'une artère coronaire, mais même par son rétrécissement. Ne voyons-nous pas une preuve de ce principe dans le cas, cité par Abercrombie, se rapportant à un homme de 58 ans, qui, chaque fois qu'il voulait lire ou écrire, éprouvait des troubles intellectuels très pénibles et une douleur de tête violente? dans un autre cas rapporté par Bricheteau, un jeune homme anémique ne pouvait travailler que la tête dans la position déclive par rapport au corps.

On pourrait encore dire que *l'ischémie cardiaque n'explique pas les symptômes principaux de l'angine de poitrine*, douleur, irradiation, angoisse.

Nous avons déjà montré que la douleur pouvait être la conséquence de l'anémie des nerfs; les irradiations s'expliquent facilement en considérant combien les anastomoses sont nombreuses entre le plexus cardiaque et les nerfs qui se distribuent à la tête, au cou, au bras gauche, etc. Quant à l'angoisse, elle est bien compréhensible quand le centre circulatoire, celui qui distribue la vie à tout l'organisme, est atteint d'une semi-paralysie.

« Supposons, dit G. Sée, que le myocarde reçoive moins de sang; les extrémités terminales du pneumogastrique en recevront moins. Or, vous savez que l'olighémie d'un nerf sensible se traduit par des douleurs et de l'engourdissement. Ainsi se trouve expliquée la douleur sous-sternale de l'angine de poitrine, elle est la

conséquence obligée de l'ischémie des filets intra-cardiaques du nerf pneumo-gastrique. Cette olighémie rend compte également du deuxième phénomène, de l'anxiété. En effet, elle résulte de ce même trouble de fonctionnement du nerf vague. »

Conclusion. — L'ischémie cardiaque explique parfaitement les symptômes de l'angine de poitrine.

Nous avons jusqu'ici envisagé en général la question de la pathogénie de l'angine de poitrine; après avoir exposé successivement notre théorie, nous avons passé en revue différents facteurs qui semblent prouver son exactitude; d'une part, nous avons montré qu'expérimentalement on pouvait produire la mort par la ligature d'une branche des coronaires; d'autre part, en comparant la sténocardie à la claudication intermittente, nous avons prouvé la possibilité de l'apparition des symptômes de l'angine de poitrine sous l'influence du rétrécissement d'une artère, enfin nous avons réfuté les objections qui ont été faites et que l'on pourrait faire à la théorie de l'ischémie cardiaque. Mais cela ne suffit pas à prouver irréfutablement la réalité de notre théorie, nous devons maintenant reprendre successivement l'angine de poitrine sous ses deux formes fondamentales et montrer que la clinique s'accorde avec la théorie et l'expérimentation pour établir le mécanisme unique de cette maladie.

A. *Angine de poitrine organique.* — Nous ne rapporterons pas ici les 89 observations accompagnées d'autopsies dont nous donnons le résumé dans notre grand travail sur l'angine de poitrine, disons seulement que Bellin, Hunter, Fotherghill, Wall, Parry, Kreysig, Bell, Jurine, Corvisart, Hodgson, Blackwall, Gueneau de Mussy, Tisch, Wilkinson, Dickinson, Watson, Williams, Wadham, Adams, Wilks, Masson, Osborne, Lancereaux, Parrot, Potain, Collin, Le Piez, Ogle, Lund, Rendu, Gautier, Gairdner, Samuelson, Dehio, Robert, Roussy, Stokes, Huchard, Poulain, Leech, Balfour, Hérard, Beau, Leyden, Liégeois, Santerson, Lota, Doléris, etc., ont rencontré, à l'autopsie de malades morts d'angine de poitrine, un rétrécissement ou une oblitération d'une branche ou d'un rameau des artères coronaires du cœur; parmi ces observations il s'en trouve qui furent publiées par des auteurs opposés à la théorie artérielle que nous défendons ici : citons celles de Jurine, de Lancereaux, de Peter, etc.

Peter, ayant constaté une névrite du plexus cardiaque et du nerf phrénique à l'autopsie de son malade atteint d'angine de poitrine, conclut que cette névrite est la cause de la sténocardie. Cependant, l'autopsie, rapportée par l'auteur même, mentionne que l'*aorte est athéromateuse et incrustée de plaques calcaires, surtout à l'éperon de l'embouchure des artères coronaires*.

Ne voyons-nous pas clairement que cette dernière lésion est le point de départ véritable de la maladie, et que l'affection nerveuse n'est qu'une complication qui est venue s'y surajouter ? La même remarque est applicable aux observations de Lancereaux.

Ces autopsies sanctionnent ce que l'expérimentation et la théorie faisaient prévoir, elles étaient indispensables pour établir sûrement la pathogénie de l'angine de poitrine organique.

Comme nous l'avons dit précédemment, la théorie générale que nous développons nous appartient en propre; nous avons, pour la première fois, émis l'idée que l'angine de poitrine est une maladie dépendant d'une cause physiologique constante; mais nous tenons à faire remarquer que la partie se rattachant à l'angine de poitrine organique (ou vraie) n'est pas neuve, la nature artérielle de cette maladie fut admise en premier lieu par Parry en 1799. De nombreux auteurs se rattachèrent à cette manière de voir, et parmi eux se trouve Huchard qui dès 1883 soutenait que la sténocardie organique est toujours due à une oblitération des artères coronaires.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

A propos de la cystostomie sus-pubienne.

Monsieur le rédacteur,

La cystostomie sus-pubienne est une opération qui, comme celle de la hernie étranglée, intéresse le plus grand nombre des médecins, grâce à ses indications d'urgence qui ne leur permettent pas d'en éluder ou d'en ajourner la pratique.

Ayant fait deux fois cette opération, j'ai été amené pendant une seconde intervention à interpréter un peu différemment la technique inaugurée par l'éminent chirurgien de Lyon, lorsque j'ai fixé les lèvres vésicales à la bouche hypogastrique.

« Les sutures qui fixent les lèvres vésicales, nous dit Poncet, comprennent la peau et le plan *musculo-aponévrotique*. » (*Mercredi médical*, 1891, p. 545.)

C'est ainsi qu'a procédé, dans son opération récemment publiée, M. Félix Legueu : « la vessie fut incisée et les lèvres de son incision furent amenées au contact de l'orifice cutanéo-musculaire ». (*Gazette hebdomadaire* du 26 août 1893.)

Dans l'intervention à laquelle je faisais allusion, j'ai trouvé préférable de suturer les lèvres vésicales à la peau *seule*.

L'aspect de la bouche hypogastrique, après réunion de la plaie opératoire, est très différent suivant que le plan musculo-aponévrotique a été compris, ou non, dans les sutures. Avec le procédé que je préconise, la peau qui n'est plus soutenue par ce plan musculo-aponévrotique, glisse et s'*invagine* dans la fistule, à la suite de la vessie, dès que les sutures ont été serrées, formant une espèce d'ombilic sus-pubien. Les anses des sutures sont entraînées et disparaissent dans cet entonnoir où il serait presque impossible d'aller ultérieurement les sectionner, surtout quand le sujet est gras. C'est un motif pour choisir des sutures résorbables, mais ceux de nos confrères qui auraient des doutes sur la qualité de leur catgut, utiliseront les fils métalliques fins, comme je l'ai fait, avec la précaution de laisser les chefs suffisamment longs pour qu'ils puissent plus tard les *détordre*, et les retirer ensuite tout d'une pièce, par traction, sans avoir à couper l'anse.

La fistule hypogastrique ainsi établie par réunion immédiate de la muqueuse vésicale à la peau, sera à l'abri de l'atrésie consécutive qui résulte nécessairement du progrès cicatriciel lorsque le plan musculo-aponévrotique a été intercalé dans la suture (voir l'observation de M. Félix Legueu); par suite, la surveillance incessante de l'opéré, l'emploi des sondes dilatatrices ne seront plus indispensables.

L'avantage est grand, lorsque vous quittez votre opéré, que sa vie ne puisse être compromise derechef par un drain qui fonctionne mal ou s'est échappé; accident insignifiant si l'on n'opérait qu'à l'hôpital; mais capital à la campagne où, soit apathie, soit plutôt fatalisme de la part de l'entourage, le médecin n'en sera avisé... qu'après décès.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération.

Dr G. Guillemot (de Thiers).

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur un cas de syndrome de Weber, par Lacour (*Revue Neurologique*, 15 juillet 1893, n° 13, p. 348). — Femme âgée de 60 ans qui, à la suite d'une série d'étourdissements, est frappée d'une paralysie totale du moteur oculaire commun du côté gauche, avec hémiplégie motrice (face et

membres) du côté droit. Guérison sous l'influence du traitement spécifique. Il paraît s'être agi d'une plaque de méningite syphilitique siégeant au-dessous du pédoncule gauche, là où sa partie inféro-interne est croisée par le nerf de la 3e paire.

Mort subite dans un cas de vomissements hystériques (Sudden death in a case of hysterical vomiting), par ROBINSON (*The Lancet*, 10 juin 1893, n° 3641, p. 1330). — La jeune femme dont il s'agit a présenté avant son mariage des signes non équivoques d'hystérie. Ceux-ci ont réapparu ensuite à l'occasion d'une cellulite pelvienne. On constate à l'examen comme seul signe l'existence de nausées non douloureuses et de vomissements. Ceux-ci durent depuis deux ans. Il s'y joint actuellement de la faiblesse générale et du refroidissement. La malade est trouvée un matin morte dans son lit. Il ne peut s'agir que de vomissement hystérique, puisque l'autopsie ne révèle l'existence d'aucune lésion organique susceptible d'expliquer la mort.

Névrite multiple à terminaison fatale (Acute toxœmie multiple neuritis, terminating fatally within eleven days), par OLIVER (*The Lancet*, 10 juin 1893, n° 3641, p. 1374). — Un homme de 41 ans, à antécédents syphilitiques, est pris, à la suite d'un banquet où il s'est livré à des excès de boissons, de fatigue générale, de fièvre et de douleurs partout. Ultérieurement, on constate une paraplégie, flaccide, douloureuse, avec hyperesthésie cutanée, abolition des réflexes tendineux et rétention d'urine. Les membres supérieurs ne tardent pas à se prendre; l'état général s'aggrave et le malade succombe dans le coma, onze jours après le début de la maladie. Pas d'autopsie. L'auteur pense qu'il s'est agi d'une intoxication alcoolique aiguë, développée en terrain prédisposé par la syphilis et ayant déterminé, avec une névrite multiple aiguë, une atteinte du système nerveux central.

Causes et traitement de divers troubles nerveux (The cause and treatment of many cases of vertigo, headache, and other nervous disorders), par HEATH (*The New-York medical Journal*, 8 juillet 1893, n° 762, p. 45). — L'auteur insiste dans ce travail sur la grande fréquence des troubles oculaires, en particulier des vices de réfraction et d'accommodation, dans la pathogénie de divers syndromes nerveux dont cette origine est souvent méconnue. Ce sont surtout les insuffisances musculaires qu'il a en vue, et il montre que le traitement chirurgical institué dans ces cas, produit des résultats thérapeutiques concluants.

Quelques cas de maladies cérébrales (Some cases of cerebral diseases), par BRUCE CLARKE (*The Lancet*, 1er juillet 1893, n° 3644, p. 15). — L'auteur rapporte sept observations, la plupart avec autopsie, qui toutes ont trait à des cas rares et intéressants tant pour les difficultés du diagnostic que pour les données physiologiques qu'elles comportent. Ce sont des cas d'hydrocéphalie subaiguë, de syphilis cérébrale, de tumeur du cervelet, de tumeur du corps strié, d'encéphalopathie saturnine, de méningite tuberculeuse, de fièvre typhoïde avec tumeur cérébelleuse.

Maladie de Friedreich avec attitudes athétoïdes, par CHAUFFARD (*Semaine médicale*, 30 août 1893, n° 52, p. 409). — Enfant de 8 ans, sans antécédents héréditaires, immobile au repos, et présentant lors des mouvements volontaires de l'incoordination motrice excessive; l'amplitude des mouvements est telle que l'incoordination revêt l'apparence athétoïde. Il existe de plus de l'ensellure dorso-lombaire, de l'équinisme des pieds, et une perte absolue des réflexes rotuliens. Il n'existe ni nystagmus, ni embarras de la parole. On ne constate ni parésie, ni troubles de la sensibilité ou des sphincters. L'affection a débuté à l'âge de 3 ans 1/2, et l'impotence ataxique est devenue complète à l'âge de 6 ans 1/2. L'auteur pense qu'il s'agit de maladie de Friedreich et insiste en particulier sur la précocité du début et la rapidité de l'évolution.

Des indices physionomiques de la démence apathique, par SIKORSKY (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, août 1893, n° 4, p. 177). — La démence apathique est la forme typique de la démence. On y peut constater des signes physionomiques constants qui sont: l'affaiblissement du muscle orbitaire inférieur, des muscles élévateurs de la paupière supérieure, de tous les muscles faciaux, de l'ophthalmoplégie interne En outre de ces affaiblissements, il existe des variations dans la circulation et la nutrition du derme et de la couche sous-cutanée. Il en résulte une sorte d'embompoint tout à fait particulier. L'auteur admet que la démence apathique, dont les caractères cliniques sont l'affaiblissement et la privation des fonctions psychiques, est caractérisée anatomiquement par l'atrophie systématisée de l'écorce cérébrale et mimiquement par l'affaiblissement ou la privation totale de la mimique.

Maladie de Morvan, syringomyélie et lèpre, par GOMBAULT (*Revue neurologique*, 31 juillet 1893, n° 14, p. 378). — Discussion critique de la théorie de M. Zambacco, qui considère que la syringomyélle et la maladie de Morvau ressortissent à la lèpre. L'auteur montre que les faits anatomiques connus, tant en ce qui concerne les lésions des nerfs périphériques que pour ce qui a trait à celles de la moelle, sont loin de prêter appui à cette théorie.

Note sur les anomalies des testicules chez les dégénérés et en particulier sur les inversions de l'épididyme, par FÉRÉ et BATIGNE (*Revue neurologique*, 31 juillet 1893, n° 14, p. 385). — Les auteurs ont examiné 185 malades, parmi lesquels 8 hystériques, 6 imbéciles et 171 épileptiques. Ils ont trouvé 2 inversions chez les hystériques, 1 chez les imbéciles et 34 (19.87 0/0) chez les épileptiques. Il s'agit donc chez ces derniers malades d'une anomalie fréquente. De plus, cette proportion des anomalies est beaucoup plus grande parmi les testicules douloureux que parmi les testicules à sensibilité normale.

Sur un cas d'athétose double, par BRISSAUD et HALLION (*Revue neurologique*, 15 août 1893, n° 15, p. 412). — Sujet âgé de 24 ans, sans troubles appréciables au repos. Les mouvements athétoïdes se manifestent lors des émotions et des mouvements volontaires, pendant la station et la marche. Ils sont généralisés. Les réflexes tendineux sont exagérés, la sensibilité est normale; l'intelligence est conservée. L'affection paraît remonter à l'âge de 3 ou 4 ans. Il est à remarquer que l'attention volontaire exagère, et que les efforts suspendent les mouvements.

CHIRURGIE

Carcinome de la glande de Bartholin (Carcinoma glandulæ Bartholini), par SCHWEIZER (*Arch. f. Gynækol.*, 1893, Bd XLIV, p. 323). — Une femme de 53 ans, multipare, vint à la clinique pour une induration de la grande lèvre droite. A l'examen on trouve à l'endroit où siègent ordinairement les bartholinites, une tumeur des dimensions d'un œuf de pigeon, non adhérente à la peau ni au pubis. Infiltration des ganglions inguinaux. On fait le diagnostic d'induration inflammatoire chronique, on prescrit un traitement en conséquence et on dit à la malade de revenir au bout de quelques semaines.

La malade n'est revenue qu'au bout de trois ans. Cette fois la tumeur avait atteint les dimensions d'un œuf de poule, et adhérait au pubis. La peau qui la recouvrait ne se plissait plus et était par place ulcérée. L'adénopathie inguinale est restée stationnaire.

Il s'agissait évidemment d'un néoplasme malin. La tumeur fut extirpée quelques jours après, et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un carcinome riche en petites cellules.

Spina bifida latent et hyperthrichose (Ein weiteres Beitrag zur Casuistik der Spina bifida occulta mit localer Hypertrichose), par JOACHIMSTHAL (*Virchow's Arch.*, 1893, Bd CXXXI, Hft 3, p. 488). — L'auteur publie trois nouvelles observations établissant les rapports entre l'hyperthrichose locale et le spina bifida latent.

La première observation se rapporte à un garçon de 7 ans qui présentait sur la région lombaire une plaque triangulaire dont la base, longue de 7 centim., correspondait à la 4e vertèbre lombaire et le sommet au milieu du dos. L'exploration de la colonne vertébrale a montré l'existence d'une fente au niveau de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 37 ans qui présentait également une plaque d'hyperthrichose de forme

triangulaire à la région lombaire et une fente admettant l'extrémité du petit doigt à la place de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire.

La troisième observation a trait à une femme de 20 ans qui présentait une véritable natte implantée à 7 centim. 1/2 de la limite inférieure du cuir chevelu, dans une sorte d'enfoncement. En même temps, on trouvait à l'exploration de la colonne vertébrale une fente occupant les apophyses épineuses des 2e, 3e, 4e et 5e vertèbres dorsales.

La cause de la mort dans les brûlures (Zur Frage nach der Ursache des Todes bei ausgedehnten Hautverbrennungen), par Kijanitzin (*Virchow's Arch.*, 1893, Bd CXXXI, Hft 3, p. 436). — Les expériences que l'auteur a faites sur des animaux sont basées sur cette idée que dans les brûlures étendues le sang, tissu qui s'altère le plus facilement, subit les modifications les plus graves et contient des principes toxiques.

Les animaux, chiens et chats, étaient ébouillantés avec de l'eau à 80°, puis, quand, au bout de deux ou trois jours, apparaissaient les phénomènes cliniques bien connus (assoupissement, coma, abaissement de la température, etc.) les animaux étaient sacrifiés et leurs sang et tissus examinés au point de vue de la présence des toxines.

Ces recherches ont permis à l'auteur d'isoler, par le procédé de Brieger, une ptomaïne très toxique, une peptotoxine qui, chez les animaux (lapins, grenouille), provoquait les mêmes phénomènes que ceux qu'on observe dans les brûlures étendues chez l'homme (abaissement de la température, coma, etc.).

L'auteur en conclut que la mort dans les brûlures est due à une intoxication par une toxine qui se forme dans le sang et les tissus.

Abcès du cerveau (A case of cerebral abscess following the operation of trephining for compound depressed fracture of the skull; drainage of abcess; recovery), par Heaton (*The american Journal of med. Sciences*, mai 1893, p. 538). — Un garçon de douze ans a reçu un coup dans la région du front; enfoncement de l'os produisant une fracture d'une rondelle des dimensions d'une pièce de un franc. Application d'une couronne de trépan au-dessus de la fracture et on relève alors le fragment enfoncé. Lavage antiseptique. Tout alla bien pendant quatre jours, puis la fièvre s'alluma, l'enfant tomba dans le coma et eut des convulsions ayant pour point de départ le côté droit de la face. On ôta le pansement et du pus s'écoula. Durant dix jours tout alla bien, puis le malade devint somnolent; on réouvrit la plaie et on enleva de nouveau l'os qu'on avait replacé, on incisa la dure-mère et on explora avec un bistouri le lobe frontal du cerveau; il s'en écoula du pus; la cavité de l'abcès fut lavée. Pendant quinze jours le malade alla bien, puis survinrent des vomissements, du délire, de la céphalée, de la névrite optique gauche. On anesthésia encore l'enfant et on enleva des fragments osseux, la dure-mère fut incisée et le cerveau exploré; il ne s'échappa qu'un petit débris crémeux et granuleux. Guérison.

Gastro-entérostomie (Gastro-enterostomy, being a modification of Senn's method), par Paul (*Lancet*, 15 avril 1893, p. 129). — La gastro-entérostomie par la méthode de Senn présente un grand inconvénient. Au bout de quelque temps l'orifice se rétrécit et il survient de l'occlusion intestinale; de plus on est obligé d'amener le jéjunum en travers du côlon transverse pour l'approcher de l'estomac, ce qui peut encore donner lieu à des phénomènes d'occlusion intestinale. L'auteur, en conséquence, propose l'opération suivante : on ouvre l'abdomen et on attire dans la plaie la première partie du jéjunum; on fait dans le jéjunum une incision en un point telle qu'on puisse l'appliquer à la partie inférieure de l'estomac sans la moindre tension. A travers cette petite incision on introduit dans l'intestin un anneau osseux et on clôt temporairement l'ouverture du jéjunum. On fait ensuite une incision de 3 centimètres environ dans la paroi antérieure de l'estomac; l'anneau qu'on introduit dans le jéjunum porte quatre fils au bout desquels sont quatre aiguilles qu'on a eu soin de laisser au dehors quand on a fermé temporairement le jéjunum. On passe ces quatre aiguilles à travers le méso-côlon transverse et la paroi postérieure de l'estomac, et on les fait sortir par l'ouverture de la paroi antérieure de l'estomac. On applique ainsi fortement l'intestin à la paroi postérieure de l'estomac; on enlève les aiguilles et on attache les fils qu'elles portent. On coupe alors la paroi postérieure de l'estomac au point où l'intestin est fixé à elle et on fait communiquer ainsi les deux viscères. On ferme alors l'incision de la paroi antérieure de l'estomac. On retourne l'estomac et on applique quelques sutures de Lembert au niveau de l'inoculation.

L'opération ainsi pratiquée donne d'excellents résultats.

Ligature de l'artère iliaque externe (Ligature of the external iliac artery from aneurysm by the transperitoneal method), par Brown (*Lancet*, juillet 1893, p. 31). — Une femme de 48 ans entra à l'hôpital pour deux anévrysmes de l'artère fémorale, l'un dans l'aine, l'autre au milieu de la cuisse. Le 25 septembre 1892, on ouvrit l'abdomen sur la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis; on dut débarrasser le bassin de son contenu d'intestins pour voir la région et on posa une ligature sur l'iliaque externe. Guérison; mais la jambe se gangréna et on dut faire l'amputation du tiers supérieur de la cuisse. La malade mourut le 11 décembre.

Péritonite tuberculeuse chez les enfants (Zur operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose im Kinderalter), par Conitzer (*Deut. med. Wochenschr.*, 1893, n° 29, p. 688). — L'étude de l'auteur, basée sur quatre observations personnelles, aboutit aux conclusions suivantes :

1° La tuberculose péritonéale peut guérir spontanément, la forme sèche moins souvent que la forme exsudative;

2° La forme exsudative se terminant par la guérison a été considérée, par un grand nombre d'auteurs, comme une péritonite chronique simple ou comme une ascite essentielle;

3° Toutes les formes de péritonite tuberculeuse peuvent être guéries par la laparotomie quand même les autres traitements, les ponctions y comprises, avaient échoué;

4° Le succès de l'opération dépend de la forme de péritonite (la forme exsudative guérit mieux que la sèche), de la durée de l'affection, des complications;

5° L'opération est indiquée quand la médication interne échoue; elle est contre-indiquée chez les sujets très affaiblis et autrement tuberculeux.

Bursitis intertubercularis (Synovite du long tendon du biceps), par Mosetig-Moorhof (*Wien. med. Presse*, 1893, n° 30). — L'affection en question, jusqu'à présent non décrite, est caractérisée par deux symptômes capitaux : douleur vive quand le bras est porté en arrière, tous les autres mouvements restant absolument libres et indolores; douleur à la pression exercée le long de la gouttière occipitale formant la cage du long tendon du biceps.

Cette affection est plus souvent unilatérale que bilatérale. Comme causes, les malades citent les mouvements forcés, le refroidissement, les courants d'air. Le traitement comprend le massage superficiel et les compresses hydropathiques.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, par H. Hallopeau. 4e édition, Paris, J.-B. Baillière, 1893.

Le vœu que nous formions en annonçant la première édition de ce savant ouvrage (1884, p. 521) se trouve réalisé. Le succès le plus franc est venu affirmer la valeur d'un livre qui s'est accru, dans ses éditions successives, d'un assez grand nombre de nouveaux chapitres, mais dont les lignes générales n'ont pu changer. Mieux que tout autre M. Hallopeau se trouvait désigné pour écrire un traité de ce genre. Clinicien expérimenté, il a toujours su reconnaître que si la médecine s'appuie sur l'observation du malade, celle-ci doit appeler à son secours toutes les notions scientifiques que lui font connaître l'anatomie, l'histologie, la microbiologie, etc.; placé depuis plusieurs années à la tête d'un important service de dermatologie, il a pu avec autant d'autorité que de discernement faire connaître les nouvelles découvertes faites par lui-même et par ses collègues de l'hôpital Saint-Louis. Thérapeutiste éclairé, toujours au courant des progrès nouveaux, il a indiqué, dans un important chapitre de Prophylaxie et de Thérapeutique, les nombreuses acquisitions d'une science

qui s'affirme chaque jour par de réels progrès. On remarquera le soin avec lequel ont été décrits dans ce livre les animaux et les végétaux parasites, ceux-là mêmes qui sont encore peu connus et dont l'interprétation pathogénique reste douteuse. On s'arrêtera surtout à l'étude des chapitres consacrés à l'examen des troubles fonctionnels dans les diverses maladies, ou de ceux qui traitent des processus morbides. Mais on ne pourra manquer de rendre justice à l'activité et au talent du médecin distingué qui n'a pas reculé devant un aussi écrasant labeur et qui a pu résumer en un livre de moins de 900 pages un si grand nombre de documents puisés aux meilleures sources et analysés avec une clarté et une méthode dignes des plus grands éloges.

L. L.

Traité d'histologie pratique, par J. RENAUT (de Lyon). 2e fascicule, Paris, L. Bataille, 1893.

Le premier fascicule de cet important ouvrage avait paru il y a quatre ans. Dans l'analyse qu'il en a faite, notre collaborateur A. Hénocque (*Gaz. hebd.*, 1889, p. 279) a rappelé les mérites de l'auteur et insisté sur la valeur de l'œuvre dont il souhaitait le rapide achèvement. Si, en effet, l'histologie progresse avec moins d'activité que la bactériologie ou la chirurgie, il n'en est pas moins vrai qu'un travail dont le but essentiel est de faire connaître les recherches personnelles d'un savant francais eût gagné à être publié plus vite. Ceux qui pourraient s'en étonner n'auront qu'à parcourir ce fascicule de plus de 600 pages pour voir la somme de travail qu'il indique. Ce demi-volume traite, en effet, des *tissus* entrant dans la constitution du squelette, de l'*ostéogénèse*, des *systèmes musculaire*, *vasculaire*, *sanguin* et *lymphatique*. Comme dans le premier fascicule, M. Renaut a réservé à l'histoire des tissus et des structures d'organes l'intégralité du texte courant. La technique est exposée en notes. Ainsi ce traité d'histologie, illustré par un grand nombre de figures originales, doit être considéré tout à la fois comme un livre didactique et comme un instrument de recherches.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

LE CHOLÉRA A LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE, par J. NOEL. Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

L'épidémie de choléra qui a servi à la maison départementale de Nanterre du 4 avril au 9 octobre 1892 peut se diviser en deux périodes bien distinctes. Nous trouvons :

a) Du 4 au 19 avril une épidémie massive faisant en 15 jours 49 victimes dont 39 décès, soit 79 0/0 des individus atteints.

b) Du 20 avril au 9 octobre, 24 cas isolés ayant encore le caractère de malignité de la première période, puisqu'ils ne donnèrent que 16 0/0 de guérisons.

Nous croyons pouvoir, sans hésiter, attribuer l'origine du choléra à l'usage de l'eau de Seine non bouillie.

Les germes de cette maladie devaient exister, selon nous, à l'intérieur de la maison comme dans le reste de la banlieue N.-O., dès le commencement d'avril : et la coïncidence des sorties au dehors des deux premiers cholériques L... et H... ne nous paraît pas suffisante pour admettre comme prouvée leur contamination à l'extérieur.

Une des causes les plus sérieuses que l'on soit en droit d'incriminer dans la dissémination foudroyante de l'épidémie au milieu des vieillards de la salle 3 est sans contredit l'encombrement.

Tout en reconnaissant que la contamination directe a pu jouer un certain rôle dans la diffusion du choléra parmi les pensionnaires de la maison, nous pensons que la contagion a dû souvent se produire autrement que le contact immédiat.

L'hygiène en général laisse encore beaucoup à désirer à la maison départementale et il serait à souhaiter que les chefs de service fussent au moins consultés sur les réformes urgentes qui restent à faire sous ce rapport.

LES INFECTIONS BRONCHIQUES, par Paul CLAISSE. Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

L'arbre bronchique, à ses deux extrémités, présente des caractères différents. L'extrémité supérieure, exposée continuellement aux infections microbiennes, est munie de moyens de résistance nombreux. L'extrémité inférieure normalement aseptique est presque désarmée.

En se fondant sur ces données, on peut admettre qu'à virulence égale, les microbes sont plus dangereux dans les fines bronches que dans les grosses.

L'arbre bronchique peut être infecté par la voie sanguine et la voie lymphatique, mais le mode d'infection habituel est l'infection canaliculaire descendante, progressant du pharynx aux grosses bronches ou à leurs divisions.

Cette infection peut être due à diverses variétés microbiennes, elle peut être chez l'enfant mono- ou poly-microbienne. Dans mes observations le streptocoque est l'agent pathogène habituel.

Les microbes peuvent passer dans le sang et produire une infection généralisée. Mais, le plus souvent, ils ne sortent pas des voies aériennes, agissant par toxhémie.

Les streptocoques que j'ai rencontrés dans les infections bronchiques suraiguës sont doués d'une extrême virulence.

L'infection bronchique peut être due, soit à la transmission d'un microbe déjà virulent (*infection par contagion*), soit à une altération de virulence dans l'organisme même, surtout dans la bronche et dans les premières voies aériennes (*autochtone*).

Les diverses causes de bronchites (gaz ou corps irritants), certaines maladies (rougeole, diphthérie, etc., etc.) agissent en déterminant dans l'arbre aérien des altérations épithéliales ou vasculaires qui changent les conditions de résistance de la bronche. La déchéance du terrain bronchique rend possible le développement des microbes pathogènes.

Les micro-organismes dans l'infection bronchique ont deux effets principaux. Le premier et le plus constant est la réaction exsudative de la muqueuse. Cet exsudat tient sous sa dépendance tous les phénomènes stéthoscopiques de l'infection bronchique, et une partie des phénomènes fonctionnels (dyspnée, toux, expectoration). Je ne m'étends pas sur ces conséquences *mécaniques* de l'infection.

Le second effet n'est pas moins intéressant : c'est la sécrétion par ces micro-organismes de produits solubles dont la résorption par la muqueuse bronchique détermine un *empoisonnement* de l'organisme.

Cette intoxication, variable dans ses doses, dans ses effets, a été négligée par les auteurs. Je m'appuie, pour le prouver, à la fois sur la clinique, sur l'anatomie pathologique et sur l'expérimentation.

Le syndrome clinique des infections bronchiques suraiguës (aspect du malade, état général, température, manifestations cutanées) révèle l'empoisonnement de l'organisme.

La dyspnée même relève dans son mécanisme pathogénique, non pas seulement de l'obstruction, mais aussi de l'intoxication, j'en donne la preuve expérimentale, et je la rapproche dans beaucoup de cas des autres dyspnées toxiques qu'on observe en clinique (dyspnée urémique).

Le rôle toxique de l'infection bronchique est démontré encore par la constance d'une altération hépatique remarquable, que la pathologie générale rapporte aux intoxications : la dégénérescence graisseuse du foie.

Cette stéatose hépatique est diffuse ou distribuée en anneaux périveineux.

J'ai reproduit expérimentalement cette lésion par l'infection intra-veineuse de produits bronchiques filtrés.

Cette altération concourt à établir la pathogénie toxique des accidents généraux de l'infection bronchique. Il est légitime de lui faire jouer un rôle dans l'évolution clinique et le pronostic de ces accidents.

L'infection bronchique détermine sur la muqueuse toute une série de lésions variables dans leur intensité et leur étendue, mais assez semblables à elles-mêmes dans la généralité des cas, et qu'on peut résumer dans l'énumération suivante : prolifération et desquamation de l'épithélium, catarrhe, érosions de la muqueuse, infiltration leucocytique et congestion vasculaire.

Cet ensemble de lésions témoigne de la double défense opposée par la muqueuse bronchique à l'infection : 1° la défense épithéliale ; 2° la défense vasculaire phagocytaire.

La fréquence des affections suraiguës chez l'enfant et le vieillard est liée : 1° à des causes générales (fréquence des maladies prédisposantes chez l'enfant, rougeole, diphthérie, coqueluche) ; 2° à des conditions physiologiques (insuffisance de l'expectoration réflexe chez l'enfant et le vieillard). La même condition intervient chez l'adulte quand une maladie générale (fièvre typhoïde par exemple) vient émousser la sensibilité bronchique réflexe.

La connaissance exacte des données étiologiques impose : 1° des mesures prophylactiques sévères, pour prévenir l'infection par contagion; 2° une antisepsie soigneuse de la bouche et du pharynx, pour combattre l'infection autochtone; 3° contre l'infection constituée, une médication qui favorise la sécrétion bronchique ou qui ait un effet antiseptique sur la muqueuse.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 38 — 23 SEPTEMBRE 1893

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Traitement des abcès encéphaliques consécutifs aux suppurations de l'oreille.

On sait depuis longtemps que les suppurations auriculaires ont une fâcheuse tendance à entraîner de graves complications encéphaliques, parmi lesquelles des abcès cérébraux et cérébelleux. Mais il y a une dizaine d'années encore — et on peut à cet égard citer la thèse d'agrégation d'Albert Robin en 1883 — on ne s'inquiétait guère de diagnostiquer avec précision l'existence et surtout le siège de ces collections, qu'on ne songeait pas à ouvrir et à drainer. C'est seulement vers 1887 qu'on a commencé à faire des recherches dans ce sens et on est arrivé, dans la pratique, à des résultats souvent très remarquables.

Les abcès d'origine auriculaire ne constituaient pour Lebert (1856) que 1/4 environ des abcès encéphaliques; la proportion est de 1/3 pour Gull et Sutton (1856), pour Ball et Krishaber (1873) et même tout récemment pour Newton Pitt (1890). De nos jours, pourtant, la plupart des auteurs admettent que les lésions de l'oreille, bien moins souvent méconnues qu'autrefois, sont une cause bien plus fréquente des abcès encéphaliques : Barker donne comme proportion de 30 à 50 0/0; Gowers, 42 0/0; Schwarze, 50 0/0, et même d'après Th. Barr, il faut les compter pour plus de la moitié. On arrive en somme à cette conclusion que, abstraction faite des abcès d'origine traumatique, presque tous les abcès cérébraux sont d'origine auriculaire. Il ne faudrait pas prendre cette proposition au pied de la lettre, mais, en pratique, elle conduit à une règle importante : toujours examiner avec grand soin les oreilles chez les sujets atteints d'accidents encéphaliques.

Il ne faut pas croire, en effet, que la lésion auriculaire initiale saute toujours aux yeux avec évidence, qu'il y ait constamment dans ces cas une otorrhée abondante et fétide, impossible à méconnaître. Souvent l'écoulement purulent, retenu par exemple derrière des polypes qui obstruent le conduit, se sera tari depuis quelques jours, et même cette rétention semble jouer un rôle dans la genèse des complications méningo-encéphaliques. Certes, dans ces conditions, le malade, s'il n'est pas encore comateux, son entourage tout au moins, n'oublieront pas de signaler au médecin cette otorrhée dont la suppression les inquiète. Mais il n'en sera plus ainsi dans les cas, relativement rares mais cependant réels, où la suppuration auriculaire aura depuis longtemps à peu près disparu et, réduite à un écoulement léger et intermittent, passera aux yeux du patient pour un facteur négligeable. C'est alors qu'il faudra rechercher avec soin les commémoratifs et faire un examen local attentif, car de là surgiront les indications opératoires.

De cette fréquence, résulte une seconde conclusion, que nous énoncerons seulement, car elle ne touche qu'indirectement à notre sujet : la nécessité de traiter aussi vite et aussi complètement que possible les otites suppurées, les abcès et fistules mastoïdiens. On instituera de la sorte une prophylaxie efficace, car si on cite quelques cas d'abcès cérébraux consécutifs à une otite aiguë, on peut, dans la pratique, poser en principe à peu près immuable que ces abcès ne résultent que d'otites suppurées chroniques, et à peu près exclusivement d'otites moyennes chroniques, avec ou sans suppuration mastoïdienne. L'ancienneté habituelle de l'otorrhée est bien mise en évidence par la statistique d'Albert Robin : 41 fois sur 149 l'abcès encéphalique est survenu plus de 20 ans après le début de l'otite; et la proportion est de 23 sur 70 dans un relevé de Guerder. Parfois une cause occasionnelle intervient : un sondage malheureux de la caisse, un trauma, l'action du froid, une maladie infectieuse. Mais, surtout dans 62 0/0 des cas d'après A. Robin, le pus stagne dans la caisse, derrière un tympan insuffisamment ouvert, derrière des granulations exubérantes sous forme de polypes.

L'abcès un fois constitué, on a cité quelques cas de guérison, le pus s'étant spontanément évacué par l'oreille, ou même s'étant résorbé. Mais ces faits restent exceptionnels, douteux même, et il est à peu près exact d'affirmer que la mort est, à échéance variable, la terminaison fatale des abcès cérébraux d'origine auriculaire. Par le drainage, au contraire, la guérison est fréquente. Il est donc formellement indiqué d'opérer : mais cela exige un double diagnostic d'existence et de siège.

Bergmann a bien fait voir — et dans un travail publié en 1887 nous avons adopté son opinion que les symptômes des abcès cérébraux étaient de trois ordres : 1° en rapport avec la suppuration; 2° produits par l'excès de tension intra-crânienne; 3° liés à l'irritation ou à la destruction de certaines zones corticales (symptômes de localisation). Dans leur essence, ces symptômes restent les mêmes quelle que soit l'étiologie de l'abcès, mais leur

valeur, au point de vue des indications thérapeutiques, est assez différente suivant que l'origine de la collection est traumatique ou auriculaire.

Quand, après une plaie de tête, on voit le blessé être pris de malaise, de frissons erratiques et légers, de nausées et d'une hyperthermie vespérale médiocre, vers 38°, 38°5, une complication suppurative doit être soupçonnée, et l'on doit trépaner pour vérifier s'il n'y a pas de pus à l'intérieur du crâne. Mais ici, en présence d'une otorrhée plus ou moins ancienne, ces phénomènes rationnels ont une importance diagnostique bien moindre. D'abord, en effet, ils peuvent fort bien survenir sans aucune complication intra-crânienne; en outre, s'ils sont l'indice d'une complication de cet ordre, encore faut-il différencier cliniquement l'abcès cérébral, la méningite aiguë, la thrombose des sinus.

La simple rétention de pus dans l'apophyse mastoïde, ou même seulement dans la caisse peut, venons-nous de dire, causer des symptômes généraux graves. Mieux encore, elle est capable d'engendrer des accidents à allures méningitiques, avec inégalité pupillaire et même avec stase papillaire, voire avec névrite optique. De là résulte un précepte à nos yeux formel : en présence d'un sujet atteint d'une otorrhée accompagnée de phénomènes méningo-encéphaliques, il faut toujours, par une trépanation large de la mastoïde — que celle-ci soit fistuleuse ou non, rouge et empâtée ou non — suivie d'ouverture large et de curettage de la caisse, donner libre issue au pus qui peut être retenu dans la profondeur. Si, à la suite de cette intervention, les accidents persistent, on ne tardera pas plus de 24 à 48 heures pour pousser l'opération plus loin. Il va sans dire que, si, au cours de cette trépanation mastoïdienne, on trouve localement des lésions conduisant à l'intérieur du crâne, on agira immédiatement d'une manière radicale, selon les règles qui vont être formulées plus loin.

Ce précepte, je le sais, est contraire aux opinions de Barr. Pour cet auteur, la trépanation de la mastoïde n'est pas en soi une opération assez simple et bénigne pour qu'on soit en droit de l'entreprendre ainsi à titre d'intervention pour ainsi dire exploratrice; en outre, dans l'espèce, chez un sujet soupçonné d'abcès encéphalique, il faut craindre les ébranlements produits sur la boîte crânienne par la gouge et le maillet. Ces deux critiques n'ont pas à mes yeux la valeur que Barr leur attribue.

En premier lieu, on aurait tort de s'exagérer la difficulté et la gravité de la trépanation de la mastoïde, même avec ouverture large de la caisse en faisant sauter la paroi postéro-supérieure du conduit osseux. C'est une opération que j'ai pratiquée plus de 30 fois, et jamais je n'ai crevé le sinus latéral ni même sectionné le nerf facial. Un chirurgien exercé termine aisément l'intervention en une demi-heure environ et j'ai toujours vu les suites immédiates être favorables. En second lieu, l'ouverture de la mastoïde se fait en quatre petits coups de gouge, sans ébranlement sérieux du crâne; reste, après curettage des cellules, à entrer dans la caisse, et ici encore avec un peu d'habitude on n'a pas besoin d'agir avec force.

Or, je le répète, il y a des cas où la seule rétention de pus dans l'oreille ou ses annexes cause des accidents graves, simulant l'abcès ou la méningite. Il y a quelques mois, on m'a apporté à l'hôpital un enfant presque comateux, ayant 40°, à la suite, disait-on, d'une fièvre typhoïde datant de quelques jours. J'ai constaté une otorrhée droite et, bien que la mastoïde ne fût ni fistuleuse, ni empâtée, j'ai séance tenante trépané les cellules et ouvert largement la caisse. Dès le soir la température tombait à 37° pour n'en plus bouger et tous les symptômes pseudo-méningitiques cédaient pour ne plus revenir. J'avais simplement trouvé quelques gouttes d'un pus séreux autour du sinus latéral dont la face externe fut mise à nu avec précaution. Quelque temps auparavant j'avais vu un cas à peu près analogue, plus grave cependant, et, croyant l'état désespéré, j'avais refusé d'intervenir, en l'absence de tout signe indiquant avec netteté un abcès cérébral : le fait que je viens de résumer m'a prouvé que j'avais eu tort, et au cas échéant, même en présence des symptômes les plus graves, je n'hésiterais pas à opérer.

Les observations de ce genre ne sont pas, sans doute, banales, mais elles ne sont pas non plus exceptionnelles; et elles doivent, je crois, faire faire des réserves sur les abcès encéphaliques diagnostiqués cliniquement et spontanément guéris, même quand on a vu les symptômes cesser à la suite d'une décharge purulente abondante par l'oreille. Il y a bien, je le sais, une observation de Schwarze, publiée par E. Braun, où, deux mois et demi après une trépanation restée infructueuse malgré des ponctions exploratrices répétées, l'autopsie révéla un abcès cérébelleux complètement vide, dont le pus avait été résorbé ; mais j'objecterai qu'un abcès n'est pas guéri tant que sa cavité subsiste, et en tout cas le sujet est mort en un délai assez court.

Je conclus donc, sans ambages, en faveur de la trépanation préliminaire de la mastoïde et de la caisse, d'autant plus que tout à l'heure cette pratique va nous présenter d'autres avantages. Reste à déterminer quand elle devra être suivie d'une intervention plus complexe et quelle devra être cette intervention. La réponse à ces questions exige un diagnostic aussi précis que possible entre la méningite, la thrombose du sinus et les abcès intra-crâniens.

Déjà les symptômes du premier ordre (signes de purulence) peuvent, par leur évolution, fournir quelques indices. Dans la méningite, en effet, le début est plus aigu, la fièvre plus vive, la marche plus rapide. Dans la thrombose des sinus — abstraction faite de cette thrombose à marche lente qui accompagne souvent les abcès intra-crâniens — les frissons sont volontiers intenses et répétés, les symptômes sont avant tout ceux d'une pyohémie ; et de plus on observe des signes extra-crâniens importants, qui décèlent l'obstruction veineuse intra-crânienne : les veines rétro-auriculaires se dilatent, la moitié correspondante de la face s'œdématie, la jugulaire interne forme un cordon douloureux et dur qui descend plus ou moins bas à la région cervicale.

L'analyse minutieuse des symptômes d'hypertension intra-crânienne permettra souvent un diagnostic exact. Les abcès intra-crâniens s'accompagnent d'une céphalalgie d'abord légère, puis accrue jusqu'à devenir très intense, dont le siège est quelquefois variable : dans ce cas, son importance séméiologique est nulle. Mais quelquefois aussi elle sera fixe, provoquée par la pression en un point déterminé, ainsi que Toynbee, Bergmann en ont cité des exemples : et elle acquiert alors une valeur séméiologique réelle. La névrite optique, unilatérale ou bilatérale, homonyme ou croisée est inconstante et existe indifféremment dans toutes les complications intra-crâniennes de l'otite, nous avons même vu qu'on l'avait notée à la suite de la simple rétention de pus dans l'oreille. Elle ne permet donc aucune conclusion ; il en est de même de l'état des pupilles. Les vomissements semblent plus fréquents dans la méningite. Le pouls doit être surveillé avec soin : en cas d'abcès il est surtout ralenti, et s'il devient irrégulier lorsque la poche est volumineuse, ces irrégularités plaident plutôt en faveur de la méningite. De même pour la respiration, quoique au cours d'un abcès encéphalique elle puisse prendre le type de Cheyne-Stokes.

C'est principalement par l'analyse de l'évolution des

symptômes que l'on arrivera à poser le diagnostic. Certes, il est d'assez nombreux abcès encéphaliques remarquables par leur latence, jusqu'au jour où brusquement, se rompant dans les méninges ou les ventricules, ils causent la mort au milieu d'accidents comateux. Mais une étude clinique attentive évitera le plus souvent ces surprises pénibles. Après une période latente plus ou moins longue, ces abcès se manifestent le plus souvent par des crises d'intensité variable, avec des rémissions plus ou moins nettes : que l'on surveille attentivement la sécheresse de la langue, les accès fébriles irréguliers et médiocres, les nausées et la constipation, les douleurs, l'inappétence, l'amaigrissement, l'irritabilité de caractère, l'inaptitude aux travaux intellectuels de quelque durée, et si ces symptômes persistent malgré le large drainage de l'oreille moyenne, que l'on n'hésite pas à trépaner. S'il s'agit de poussées successives de méningite subaiguë — nous avons dit il y a un instant que la méningite aiguë prête moins à l'erreur — on n'aura pas nui au malade ; et on peut lui sauver la vie s'il s'agit d'un abcès cérébral ou même d'une thrombose des sinus.

Mais si l'on se décide à trépaner, où devra-t-on ouvrir le crâne ?

Quelquefois un signe extérieur visible ou tangible sera un guide précieux. Nous ne parlerons que dans un instant des indications fournies par une fistule mastoïdienne préexistante. Mais nous devons signaler ici le cas où Bergmann, chez un malade atteint d'otite moyenne droite, incisa le cuir chevelu sur un point fluctuant occupant l'écaille de l'occipital, vers le lambda, et trouva en ce point un os dénudé qu'il trépana : ce fait est jusqu'à présent resté unique, et on ne saurait tabler sur de semblables exceptions.

La douleur locale est un guide d'une infidélité notoire, même quand, par la pression, on la réveille avec une constante netteté. Sans doute, elle a heureusement conduit Ferrier et Horsley sur un abcès situé au-dessus du conduit auditif ; Lohmeyer, sur un abcès siégeant sous « la partie inférieure du pariétal droit », mais, en se fondant sur elle, Rose a trépané trop en avant ; et on ne lui accordera qu'une attention médiocre si on se souvient que Hulke a observé un abcès temporal avec douleur occipitale, un abcès occipital, au contraire, avec douleur temporale.

Donc, les cas où on constatera un signe extra-crânien important sont exceptionnels, et il en est de même pour les signes de localisation. L'épilepsie jacksonienne, d'abord, est tout à fait rare — je ne sais pas s'il existe un cas où elle ait été utilisée — et les signes paralytiques font presque toujours défaut.

Non pas toujours, cependant, et l'on peut sans peine citer quelques observations où ils ont servi au chirurgien. De ces symptômes, l'aphasie est le plus fréquent, et cela se comprend de reste, avec ce que nous allons dire dans un instant sur le siège des abcès dans le lobe temporal surtout. On parle d'aphasie, sans grands détails sur la modalité clinique exacte de ces symptômes, chez des malades de Macewen, Barker, Greenfield. Ailleurs, on note une aphasie motrice, par un abcès temporal comprimant la région sylvienne (Horsley et Ferrier). Eisenlohr et Sick ont observé de la surdité verbale s'accompagnant de parésie de la face et du bras par compression de la zone correspondante, l'abcès occupant la première temporale. On peut enfin constater, comme Schede, de la cécité verbale, par lésion de la première temporale. Mais le lobe temporal n'est pas seul le siège de ces abcès. Chez un sujet atteint de fistule mastoïdienne droite, Tuffier, en raison d'une monoplégie brachiale gauche avec légère parésie du membre inférieur correspondant, trépana avec succès sur la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante. De même, un abcès occipital peut provoquer de l'hémianopsie, et enfin lorsque le cervelet sera atteint il réagira quelquefois par la séméiologie spéciale où l'on trouve au premier plan la douleur occipitale, les vertiges, la titubation ébrieuse.

Mais la règle est que les abcès temporaux, comme les abcès cérébelleux, ne se révèlent par aucun de ces symptômes spéciaux et c'est sans le secours de nos connaissances en localisations cérébrales que nous devons prendre nos déterminations opératoires. Ce n'est pas à dire que le hasard doive être dès lors notre seul maître, comme Sutphen a semblé le croire, en 1884, lorsqu'il alla, à l'aveuglette, chercher un abcès en enfonçant un trocart à travers la voûte tympanique ; il ne trouva rien, et cependant l'autopsie démontra bientôt qu'il existait un abcès. Une conduite semblable ne peut être approuvée, car, par l'étude anatomo-pathologique, il est aisé d'acquérir des notions grâce auxquelles on sera en mesure d'agir sinon avec une précision parfaite, au moins avec une approximation presque toujours suffisante en clinique.

Les autopsies nous ont appris, en effet, quelle est la fréquence relative des abcès dans les diverses régions de l'encéphale. D'après Gowers, d'après Kœrner, les abcès cérébelleux constitueraient environ un tiers du total ; un quart seulement d'après Jourdanet, R. Le Fort et S. Lehmann. Ces derniers auteurs, ayant réuni plusieurs statistiques, donnent 459 cas répartis de la manière suivante :

Abcès du cerveau	327
— du cervelet	113
— à la fois du cerveau et du cervelet	11
— de la protubérance	5
— du pédoncule cérébral	1
— du 4e ventricule	1
— des tubercules quadrijumeaux	1

Il résulte de ces chiffres qu'on peut négliger les abcès du mésocéphale et tenir compte en pratique exclusivement de ceux du cerveau et du cervelet. Quant au cerveau, il est établi avec une grande netteté — et cela se comprend sans peine d'après les rapports du toit de la caisse avec le cerveau — que presque toujours l'abcès siège dans le lobe temporal ; les abcès frontaux et occipitaux sont des raretés auxquelles on ne songera que si l'on constate des symptômes fonctionnels spéciaux en rapport avec ce siège.

On arrive de la sorte à conclure que, dans la chirurgie courante, les deux seules variétés importantes sont les abcès du lobe temporal et les abcès du cervelet, les premiers formant les trois quarts des cas. De là cette notion que, si on diagnostique un abcès encéphalique consécutif à une otite et si l'on n'a pas un motif particulier, c'est dans le lobe temporal qu'on ira le chercher. Mais ne pourrait-on pas aller plus loin pour diagnostiquer, d'après les lésions auriculaires, le siège probable de l'abcès dans le cerveau ou dans le cervelet ? Toynbee l'a pensé et il a enseigné que les lésions de la caisse produisaient l'abcès cérébral ; les lésions de la mastoïde, l'abcès cérébelleux. Mais voici que O. Kœrner incrimine à la fois la caisse et la mastoïde dans l'abcès cérébral et attribue aux lésions labyrinthiques l'abcès cérébelleux. En fait, tout cela est contesté et contestable, et si on peut admettre, en général, que l'abcès est au-dessus ou au-dessous de la tente du cervelet selon que les lésions portent surtout sur la face supérieure ou sur la face postérieure du rocher, il faut reconnaître avec Newton Pitt qu'il n'y a pas de rapport constant entre le siège cérébral ou cérébelleux de l'abcès et le point de l'oreille où la lésion est le plus prononcée. Et cela d'autant plus que suivant les sujets les rapports anatomiques varient notablement.

Un fait bien connu est, à cet égard, l'influence de l'âge. Chez l'enfant, l'apophyse mastoïde est rudimentaire et ses cellules à peine creusées; on s'en rend compte quand on y fait la trépanation pour mastoïdite, car chez le jeune enfant le foyer osseux est presque toujours situé un peu au-dessus du conduit et non directement en arrière de lui. Aussi, chez l'enfant, la propagation au cervelet est-elle plus rare que chez l'adulte. Mais il faut ajouter que même chez l'adulte l'abcès cérébelleux reste de beaucoup le moins fréquent; sa fréquence relative augmente, mais il ne prédomine point, comme le pensent Forgue et Reclus. D'après O. Kœrner, enfin, l'abcès cérébelleux serait, toutes choses égales d'ailleurs, plus rare chez les brachycéphales que chez les dolichocéphales, parce que chez eux la fosse moyenne du crâne est plus basse et plus profonde, en sorte que la thrombose du sinus latéral se trouve associée à l'abcès cérébral et non à l'abcès cérébelleux, comme c'est le cas ordinaire. Cette donnée ne semble pas avoir acquis un intérêt pratique réel.

L'anatomie pathologique nous enseigne encore que, cérébraux ou cérébelleux, les abcès sont presque toujours situés du même côté que la suppuration auriculaire. On cite pourtant quelques exceptions à cette règle, dues à Abercrombie, Trœltsch, Berger, Wilks, Magnus, N. Pitt pour le cerveau, à Hoffmann pour le cervelet, Quelques réserves, il est vrai, peuvent être faites, car on n'a pas toujours démontré avec rigueur que l'oreille réputée saine l'était réellement et surtout qu'elle l'avait toujours été, qu'elle n'avait pas été atteinte, jadis ou naguère, d'une otorrhée semblant actuellement tarie. Mais si on diminue de la sorte le nombre de ces exceptions, on ne les annihile point, toutefois. Or, il est à peu près impossible de reconnaître ces abcès croisés.

Toute question de procédé opératoire mise à part, on arrive finalement à cette donnée qu'il faut aller chercher l'abcès supposé dans le lobe temporal du côté de l'oreille malade; en cas d'échec, on est autorisé à explorer le cervelet. En pratique courante, l'abcès croisé est trop rare pour n'être pas négligeable.

Mais avant d'aller plus loin, il reste à déterminer si les lésions sont de nature à laisser espérer le succès. Qu'attendre d'abcès diffus, multiples, avec thrombose des sinus, avec méningite, etc.? Opérer dans ces conditions, c'est aller au-devant de l'échec. Or, la statistique donnée par Albert Robin semble, à cet égard, bien décourageante: sur 110 abcès cérébraux, 92 seulement étaient simples; et 4 abcès cérébelleux sur 19. Dans tous les autres cas, il y avait, outre l'abcès, de la méningite, de la phlébite des sinus, de l'encéphalite généralisée. Et Poulsen pense que toujours il y a thrombose concomitante des sinus.

Cette thrombose ne serait pas un argument absolu pour l'abstention, car depuis quelques années on s'est attaqué à elle, avec des succès d'autant plus remarquables qu'il s'agit d'une lésion spontanément fatale. Ballance, A. Lane, Salzer, Makins, ont, après large évidement de l'apophyse mastoïde, ouvert le sinus latéral, lié la jugulaire au cou et au-dessous du caillot, désinfecté le tronçon veineux intermédiaire, et ils ont vu guérir ainsi quelques malades chez lesquels la pyohémie avait déjà commencé à évoluer. S'il y avait, par surcroît, un abcès cérébral, il serait indiqué de le drainer, si on le trouvait: le pronostic, sans doute, serait encore plus grave que dans le cas précédent, mais ce ne serait pas un motif pour conclure à l'abstention.

Mais la méningite, l'encéphalite diffuse? Ici, le bistouri perd ses droits. Une objection, toutefois, vient immédiatement à l'esprit. Ces complications, enregistrées par M. Robin, ont été observées à une époque où l'on ne songeait pas à drainer ces abcès; la statistique précitée démontre donc seulement qu'elles sont presque constantes au moment où l'abcès, abandonné à lui-même, a causé la mort; elle ne démontre en rien qu'elles soient précoces et qu'elles doivent frapper de stérilité l'opération pratiquée sitôt le diagnostic établi. Les faits, d'ailleurs, ne tarderaient pas à donner un démenti à cette opinion, car on n'en est plus à compter les succès obtenus par la chirurgie.

D'autres constatations anatomiques sont, par contre, en faveur de l'intervention. L'abcès est d'ordinaire unique; les abcès multiples — et alors il est exceptionnel qu'il y en ait plus de deux — n'existeraient que dans 13 0/0 des cas d'après Gowers; N. Pitt en a compté 3 sur 28 et Weir seulement 2 sur 44. Nous avons déjà vu que la coexistence d'abcès dans le cerveau et le cervelet ne se constate qu'une fois sur 42 dans les relevés de R. Le Fort et Lehmann.

Le volume du foyer — qui peut être gros comme un pois ou comme un œuf de dinde —, les qualités du pus — le plus souvent grumeleux et d'une grande fétidité, — n'ont aucune importance au point de vue qui nous occupe. Ce qui en a une réelle, c'est l'état du cerveau autour de la poche purulente. Quelquefois, la suppuration est diffuse, et l'on trouve une bouillie pulpeuse, grise, infiltrée de pus: il va sans dire que c'est un état aussi peu favorable que possible à l'intervention. En général, la cavité est entourée par de la substance blanche en apparence saine, et deux cas sont alors possibles, suivant qu'il y a ou non une membrane enkystante formant paroi. Mais quelle est la fréquence relative de ces deux cas? Il est impossible actuellement de se prononcer, car dans les observations anciennes on est en général muet sur ce détail, dont l'intérêt paraissait minime; et si Barr sur sept faits personnels a constaté 3 fois l'enkystement, il ne l'a trouvé noté que 9 fois sur 63 cas qu'il a dépouillés.

L'anatomie pathologique nous enseigne donc que ces abcès sont opérables. Cela étant, voyons le manuel opératoire. Nous allons décrire les procédés préconisés pour aborder soit le cervelet, soit le lobe temporal, et, cela fait, nous pourrons juger entre eux de façon à indiquer la marche qui nous paraît rationnelle.

Pour le cervelet, tous les auteurs sont à peu près d'accord: il faut ouvrir la fosse occipitale inférieure, au-dessous de la ligne courbe occipitale supérieure; et pour cela on trépanera au milieu d'une ligne allant de la protubérance externe à la pointe de l'apophyse mastoïde. Pour la découverte des abcès temporaux, il y a au contraire quelques divergences, et je vais énumérer d'abord les points de repère donnés par les divers auteurs qui se sont occupés de la question:

1° Barker: appliquer une couronne de 2 cm. de diamètre à 32 mm. au-dessus et en arrière du méat auditif.

2° Thornley Stoker: à 3 cm. en arrière et à 4 cm. au-dessus du méat.

3° Bergmann: prolonger de 4 cm. en arrière une ligne allant du rebord orbitaire supérieur au méat auditif et en ce point élever sur cette ligne une perpendiculaire de 4 à 5 cm.

4° Hare: sur la verticale passant par le méat, à 13 mm. au-dessus de ce méat.

5° J. Lloyd: sur la verticale passant par le méat, à 25 mm. au-dessus de ce méat.

6° Macewen: à 5 cm. au-dessus du méat. Dans son cas, il a ajouté une contre-ouverture déclive.

7° MM. Bride et Miller: un peu en avant et au-dessus du méat.

8° Chauvel: trépaner dans l'espace limité par « une ligne horizontale qui, partant de la commissure palpébrale externe, passe au bord supérieur du pavillon de

l'oreille, et deux lignes verticales conduites l'une devant, l'autre derrière le pavillon ».

Tels sont les divers procédés qu'on peut appeler sus-mastoïdiens ou sus-auriculaires. Quelques-uns d'entre eux sont *a priori* passibles d'objections suffisantes pour qu'il ne soit pas permis d'en généraliser l'emploi. Si, par exemple, dans un cas spécial, où il y avait du ptosis et de la parésie faciale, Macewen a cru devoir trépaner très haut et drainer par une contre-ouverture déclive, cette conduite ne saurait être érigée en règle. Avec le tracé de Bergmann, je crois qu'on serait souvent trop haut et trop en arrière; avec celui de Barker, il est prouvé qu'on tombe quelquefois sur le sinus latéral, et c'est pour cela que Th. Stoker a trépané plus haut et aussi en arrière, tandis que Black et Drummond ont conseillé d'opérer aussi haut, mais moins en arrière. Ces derniers auteurs se rapprochent donc de ceux qui, à une hauteur variable, préconisent l'ouverture au-dessus du méat. Je crois qu'on s'exposerait à des déboires en posant en règle l'ouverture au-dessus et en avant du méat.

La trépanation sur la verticale passant par le méat et à 3 cm. *au plus* au-dessus de ce méat semble être la meilleure, parmi les procédés que je viens d'énumérer. Mais je pense, avec Wheeler et plus récemment avec Picqué et Février, que mieux vaut conseiller, en principe, la voie mastoïdienne.

D'après Wheeler, il faut trépaner à la hauteur du conduit auditif externe, en avant de la verticale qui divise en deux l'apophyse mastoïde : c'est exactement le lieu d'élection pour la trépanation de l'apophyse. On évite ainsi le sinus latéral et on tombe sur les cellules mastoïdiennes, le tympan, la dure-mère et le cerveau. On peut, au besoin, aller vers le cervelet, quitte à drainer ensuite par l'écaille de l'occipital si on croit que c'est utile.

Le premier argument que l'on peut faire valoir à l'appui de cette opinion est que la plupart du temps on aura été conduit, comme je l'ai dit au début de cet article, à trépaner d'abord l'apophyse mastoïde et c'est seulement la persistance des accidents qui fournira l'indication d'aller plus loin, soit pour désinfecter le sinus latéral thrombosé, soit pour pénétrer dans l'encéphale. Or, la voie mastoïdienne est seule convenable pour opérer une thrombose des sinus; et d'autre part les faits de Hahn, Schede, Weir, Schondorff, Ceci prouvent que par une fistule mastoïdienne préalable on peut fort bien trouver et drainer un abcès cérébral.

Le second argument est que les abcès encéphaliques d'origine auriculaire sont souvent — le plus souvent peut-être — accompagnés de collections purulentes entre la dure-mère et l'os. Ces abcès intra-crâniens mais extra-encéphaliques ont été bien vus par Barker, et il y a peu de temps Picqué et Février ont mis en relief leur importance pratique. Il est impossible, ou à peu près, de les différencier cliniquement des abcès encéphaliques, en mettant à part les cas exceptionnels où ces derniers causent des symptômes de localisation; et lorsqu'on a diagnostiqué un abcès encéphalique, il est impossible de déterminer à l'avance s'il existe en même temps une poche à la face externe de la dure-mère. Et si après avoir ouvert un abcès cérébral en passant franchement au-dessus du rocher, on méconnaît souvent l'autre collection, après être entré dans la collection extra-méningée, on pénétrera au contraire la plupart du temps sans peine dans la poche encéphalique.

Il n'y a pas longtemps encore on admettait que la plupart du temps l'abcès encéphalique était situé au milieu de la substance blanche, sans continuité ni même contact avec le rocher malade. On a dit que les faits de ce genre constituaient environ les 2/3 des cas. Mais dans les relevés d'A. Robin déjà le fait n'est noté que 14 fois sur 67 cas et lorsque, dans ces dernières années, on a repris cette question, si importante au point de vue opératoire, O. Kœrner n'a constaté que 6 fois sur 90 cette disposition naguère considérée comme la règle. Il est ordinaire que l'abcès soit relié à la caisse par un trajet fistuleux, avec une collection plus ou moins vaste entre l'os et la dure-mère.

On conçoit tout l'intérêt de cette donnée, pour aller suivant les besoins vers le cerveau ou vers le cervelet, dans les cas, bien entendu, où les symptômes fonctionnels n'indiquent pas le siège de l'abcès. Et chemin faisant, on aura vu l'émergence de la veine mastoïdienne : d'après Barker, quand autour de ce vaisseau l'orifice osseux contient une gouttelette de pus, c'est qu'il existe un abcès cérébelleux. Ce signe n'est peut-être ni constant ni parfaitement fidèle, mais il est facile à vérifier après avoir bien mis à nu la mastoïde et avant de la trépaner. Le conseil de garder quelque « latitude » entre les divers procédés indiqués, depuis celui de Macewen jusqu'à ceux de Bergmann, de Barker, etc., de façon à se porter au-dessus ou au-dessous de la tente du cervelet selon les indications des cas particuliers, a été donné par Forgue et Reclus : mais ces auteurs ne précisent pas suffisamment que cela n'est possible que si on passe par les cellules mastoïdiennes (procédé de Wheeler) et qu'il ne suffit pas de parler de « l'aire mastoïdienne », car entre le cervelet et les couronnes de trépan de Barker, Bergmann, Chauvel, etc., il y a le sinus latéral. Aussi R. Le Fort et S. Lehmann objectent-ils à Forgue et Reclus cette donnée anatomique : et ils ont raison, sauf pour le procédé de Wheeler.

De cette longue discussion il résulte qu'en pratique les règles sont assez nettes.

Etant donnée une otite moyenne suppurée chronique accompagnée d'accidents cérébraux mal déterminés, s'il y a une fistule mastoïdienne ou des symptômes de mastoïdite, il faut trépaner largement la mastoïde et la caisse. Il en sera absolument de même lorsque extérieurement la région mastoïdienne paraîtra normale, car : 1° on trouvera quelquefois une rétention purulente méconnue qui causait tous les accidents ; 2° s'il faut aller plus loin, la voie mastoïdienne est la meilleure.

Quelquefois, la mastoïde et l'oreille moyenne étant largement béantes, on trouvera des caries, des séquestres, des pertuis osseux qui conduiront jusqu'à la dure-mère décollée par un abcès situé entre elle et le rocher; ou bien on constatera que la dure-mère, enflammée ou non, bombe dans la brèche osseuse et ne bat pas. Dans le premier cas il faut, séance tenante, réséquer toute la surface osseuse que recouvre la dure-mère enflammée, évacuer largement l'abcès extra-dure-mérien, et même le stylet trouvera parfois un trajet allant jusque dans le cerveau. C'est ainsi qu'en une seule opération Egon Hoffmann a ouvert avec plein succès les cellules mastoïdiennes, une collection de pachyméningite externe suppurée et un abcès du cerveau. Dans le second cas, la voussure de la dure-mère indique une collection intra-encéphalique qu'il faut immédiatement chercher avec le trocart explorateur.

Même lorsque aucune lésion spéciale n'y invite, Picqué et Février conseillent d'entrer dans le crâne. D'après eux : « dans les cas fréquents où une otite moyenne suppurée s'accompagnera de phénomènes douloureux et fébriles, il faudra se comporter de la manière suivante : ouvrir la mastoïde suivant les règles bien établies par Ricard, combiner cette ouverture avec celle du crâne par le procédé de Wheeler. Pour ce faire, après avoir ouvert le quadrant antéro-supérieur de la mastoïde, creuser par en haut son trajet opératoire, contrairement aux prescrip-

tions classiques. » Et ils citent à l'appui de cette opinion un fait heureux de Zarniko.

Cette pratique, toutefois, me semble trop radicale, car il y a, je le répète, des faits incontestables où il a suffi d'ouvrir largement l'oreille moyenne pour voir cesser des accidents qui simulaient une complication encéphalique et je rappellerai que j'ai obtenu ainsi un succès très probant. Si donc il n'y a aucune lésion, aucun signe local qui conduise pour ainsi dire le bistouri jusqu'à l'intérieur du crâne, je conseille d'en rester là, quitte à intervenir de nouveau si, au bout de 24 heures, de 48 heures au plus, les symptômes ne se sont pas amendés. C'est alors qu'on ira, à la gouge et au maillet, explorer les faces supérieure et postérieure du rocher, pour chercher les collections de pachyméningite externe, les abcès cérébraux ou cérébelleux.

Je crois cette manière d'agir bien plus rationnelle que celle qui consiste, la mastoïde étant ou non préalablement trépanée, à ouvrir le crâne sur le lobe temporal pour chercher l'abcès en son siège le plus fréquent et se rabattre ensuite, s'il y a lieu, sur l'exploration du cervelet. C'est ainsi, je le sais, que Macewen, Dean, ont ouvert avec succès des abcès cérébelleux ponctionnés à travers la tente du cervelet, mais il ne faut pas oublier que par ce procédé les recherches infructueuses ne sont pas rares, quoiqu'il existât une collection volumineuse. Ce procédé pour ainsi dire aveugle ne sera mis en œuvre que si le précédent n'a fait constater aucune lésion de pachyméningite externe.

C'est donc seulement lorsqu'il y a des symptômes fonctionnels permettant de localiser l'abcès dans le cervelet ou dans une région déterminée du cerveau qu'il sera indiqué de trépaner à distance de la mastoïde, directement sur le point de l'encéphale supposé malade. Et encore serait-il bon, le jour même ou peu de temps après, de trépaner la mastoïde et la caisse, pour guérir au plus vite la lésion auriculaire qui, si elle persistait, serait bien capable d'amener au bout d'un temps variable de nouveaux accidents.

Lorsque l'abcès a été trouvé, à l'aide de la ponction aspiratrice, il sera incisé et drainé comme tout abcès cérébral : de l'origine auriculaire ne résulte aucune règle spéciale. On se souviendra seulement de l'utilité d'un drainage assez prolongé.

Quels sont exactement les résultats obtenus par ces interventions? Il est bien difficile de les chiffrer dans une statistique. Au Congrès de l'Association médicale britannique, Pratt comptait 6 guérisons sur 8 opérés et Wheeler 14 sur 16 : ces statistiques sont trop belles pour s'être maintenues. Plus récemment, à la Société de médecine de Varsovie, Heymann a donné une statistique de 17 guérisons sur 32 cas, et encore a-t-il persisté parfois de la céphalalgie, de l'aphasie, des accès épileptiformes. Le pronostic reste donc sérieux, mais on n'oubliera pas que si l'on s'abstient il est fatal.

A. BROCA.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathogénie de l'angine de poitrine,

par le Dr CROCQ, fils.

(*Suite*).

B. *Angine de poitrine fonctionnelle. — L'angine de poitrine fonctionnelle résulte du rétrécissement spasmodique des artères coronaires du cœur sous l'influence de l'excitation du centre vasomoteur.*

On sait que Huchard divise les angines de poitrine en vraies et fausses : les premières comprennent celles qui dépendent de l'artério-sclérose et celles qui dépendent du tabagisme ; les secondes sont les angines de poitrine névrosiques, réflexes et toxiques.

Les quatre dernières catégories admises par Huchard : tabagiques, névrosiques, réflexes et toxiques, sont des angines de poitrine fonctionnelles. Faisons cependant remarquer que, comme cause de l'artério-sclérose, le tabac peut également donner lieu à l'angine de poitrine organique.

Huchard divise les angines de poitrine tabagiques en trois catégories :

1° Fonctionnelles ;
2° Organiques ;
3° Gastro-tabagiques.

La seconde catégorie reconnaît un mécanisme semblable à celui de toutes les angines organiques ; quant à la première et à la troisième, je crois qu'elles se confondent en un mécanisme commun par l'intermédiaire du centre vaso-moteur.

Nous savons en effet que les fibres musculaires contenues dans les parois des vaisseaux sont sous la dépendance de nerfs appelés vaso-moteurs ; ceux-ci comprennent les vaso-constricteurs et les vaso-dilatateurs.

« L'excitation électrique du bout périphérique des nerfs vaso-constricteurs, dit Frédéricq, est suivie d'un resserrement vasculaire étendu à toute leur aire de distribution. Cette vaso-constriction s'établit graduellement, met plusieurs secondes à atteindre son maximum et persiste encore quelque temps après cessation de l'excitation. »

« On a démontré l'existence de nerfs vaso-constricteurs dans presque toutes les parties du corps (expérience de section et d'excitation); l'expérimentation physiologique a poursuivi, de proche en proche, leur trajet anatomique et a démontré qu'ils ont tous une origine commune dans un centre nerveux, situé à la partie supérieure de la moelle allongée, auquel on a donné le nom de centre vaso-moteur général. » (Ludwig et Thiry, 1864) (Frédéricq).

On constate en effet, par l'excitation électrique du bulbe ou de la moelle cervicale, une vaso-constriction étendue à toutes les artères de l'organisme, donnant naissance à une hausse considérable de la pression artérielle; si on contraire on détruit le bulbe, il y a une vaso-dilatation généralisée. Il y a de plus des centres vaso-moteurs locaux dans la substance grise de la moelle qui tous sont reliés au centre général; enfin il y a des centres périphériques contenus dans la paroi vasculaire, grâce auxquels le tonus peut se rétablir après avoir été aboli par la section des nerfs vaso-constricteurs.

« Le bulbe, dit Heger, dans la région comprise entre le calamus et les tubercules quadrijumeaux, contient un centre vaso-moteur qui préside à la contraction tonique de tous les vaisseaux ; ce centre n'agit pas directement sur les éléments musculaires, mais il gradue les innervations des centres vaso-constricteurs ou vaso-dilatateurs existant dans la moelle et dans les ganglions. »

D'après Frédéricq, on juge de la constriction vasculaire par :

1° La pâleur de l'organe ou des téguments qui le recouvrent;
2° L'abaissement de sa température ;
3° La diminution de son volume ;
4° L'absence d'hémorrhagie à la suite d'une incision ;
5° La diminution de la quantité de sang contenue dans les tissus ;
6° La diminution de poids de l'organe. En même temps il y a tendance à la hausse de la tension générale.

Parmi ces signes, les plus importants, et ceux seuls

qu'il nous est possible de retrouver chez les angineux, sont :

1° La pâleur;
2° Le refroidissement;
3° L'abaissement de la pression sanguine.

Nous avons réuni 34 observations d'angine de poitrine fonctionnelle dues à différents auteurs, et dans toutes nous avons retrouvé la description évidente de troubles vaso-moteurs profonds, tels que la sensation de doigt mort, de refroidissement de tout le corps, de pâleur extrême, etc.

Les deux premiers signes de vaso-constriction spasmodique se trouvent réunis dans nos observations: la pâleur et le refroidissement; le troisième est l'augmentation de la pression; celle-ci doit exister, car une loi physiologique dit que la tension sanguine s'accroît chaque fois qu'il y a contraction des artérioles périphériques.

Huchard étudie successivement les angines de poitrine tabagiques qui sont encore *vraies* pour lui, puis les angines de poitrine névrosiques, comprenant les formes hystériques, celles qui accompagnent le goître exophthalmique, celles qui accompagnent l'irritation spinale, celles qui se développent dans la neurasthénie et le neuro-arthritisme, celles qui se montrent dans l'épilepsie, enfin les angines de poitrine réflexes et toxiques. Nous pouvons ajouter à ce tableau, déjà si complexe, les angines de poitrine diabétiques.

Il faut que nous prouvions que notre théorie vaso-motrice explique le mécanisme du développement de la maladie dans chacune de ces circonstances.

D'après Frédéricq, le fonctionnement des centres nerveux vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs peut être provoqué: par *activité automatique*, grâce à une excitation agissant directement sur eux; par *activité sympathique*, quand l'excitation provient d'autres centres nerveux voisins; enfin par *activité réflexe*, quand l'excitation est amenée de la périphérie.

1° *L'activité automatique* a lieu surtout par la composition plus ou moins normale du sang.

2° *L'activité sympathique* est démontrée par le fait que le fonctionnement des hémisphères cérébraux peut avoir de l'influence sur le centre vaso-moteur : la peur, la colère, etc., s'accompagnent de troubles vaso-moteurs: Eulenberg et Sandris ont obtenu ces effets par excitation électrique de l'écorce cérébrale.

3° *L'activité réflexe* est démontrée par l'excitation des nerfs sensibles du corps qui déterminent des troubles vaso-moteurs.

L'angine de poitrine fonctionnelle, dépendant, d'après nous, uniquement du centre vaso-moteur, ce centre étant mis en fonctionnement par trois mécanismes différents, nous pourrons diviser les variétés de cette affection en nous basant sur ces trois modes d'action :

1° *Angine de poitrine automatique*, produite par une action directe sur le centre;
2° *Angine de poitrine sympathique*, provoquée par irritation de voisinage;
3° *Angine de poitrine réflexe*, par irritation éloignée.

La première catégorie comprendra les angines tabagiques et les pseudo-angines toxiques de Huchard, la seconde correspond aux pseudo-angines névrosiques, la troisième aux pseudo-angines réflexes; nous ajouterons dans la seconde catégorie les angines diabétiques.

I. — Angine de poitrine fonctionnelle automatique.

A. *Angines tabagiques.* — Kleefeld le premier, en 1824, attira l'attention sur une épidémie d'angine de poitrine produite par les abus de tabac, mais c'est à Beau, en 1862, que revient l'honneur d'avoir mis véritablement en lumière l'importance de cet agent dans la production de l'angine de poitrine; la même année, Gelineau signala une épidémie de sténocardie, qui se montra à bord du vaisseau l'*Embuscade*, chez des matelots affaiblis qui abusaient du tabac.

Pour comprendre le mode de production de l'angine de poitrine tabagique, il est absolument nécessaire de faire une courte étude physiologique du tabac.

Malgré les nombreuses dissidences qui éclatèrent entre les auteurs qui s'occupèrent de l'étude chimique du tabac, Zeis, Wohl, Eulenberg, Vogel, Reischauer, Heubel, Drysdale, etc., on peut admettre que la fumée de tabac, qui, pour les cinq premiers auteurs, ne contient pas de nicotine, est très richement pourvue de cet alcaloïde. D'après Drysdale, la fumée de tabac contient 30 grammes de nicotine pour 4,500 grammes de tabac; pour Malapert, 200 grammes de tabac de Tonneius contiennent 17 grammes de nicotine. Comme le fait remarquer Dragendorf, une grande partie de cette nicotine reste dans les pipes et les fume-cigares, mais on peut affirmer qu'il en reste une partie dans la fumée que l'on ingère. Cette fumée contient encore de l'oxyde de carbone (Gréhant), de l'acide prussique (Le Bon), des sels ammoniacaux (Wohl, Eulenberg et Sudrug), la picoline (Eulenberg), la nicotianine (Johnston), de l'acide sulfhydrique, de l'azote et de l'oxygène. On doit aussi tenir compte de ce qu'un tabac très fort produira beaucoup moins d'effets nuisibles en cigare que dans la pipe, parce que dans le premier cas la combustion est beaucoup plus complète, elle donne lieu à la collidine, beaucoup moins toxique que la pyridine développée par la pipe.

L'action du tabac sur l'organisme résulte de tous ces produits; les personnes qui fument pour la première fois éprouvent des effets désagréables comparables à ceux que produit la nicotine; mais l'accoutumance vient vite et le tabac rend alors l'intelligence plus prompte et plus vive. Mais à tout accès succède une action nuisible, aussi l'abus du tabac donne-t-il un catarrhe gastrique et pharyngien bien connus, des inflammations des yeux et des battements de cœur.

Etudions maintenant la nicotine qui est certainement l'alcaloïde le plus actif de la fumée de tabac. La nicotine est un poison violent, car à faibles doses elle tue tous les animaux; les animaux à sang chaud tombent paralysés et meurent. « L'action de la nicotine paraît s'exercer directement sur la substance nerveuse » (Nothnagel et Rossbach).

Le cerveau est d'abord excité, mais bientôt il se paralyse et l'animal tombe inanimé, la moelle subit de la part de cet agent une influence excitatrice très grande. Le cœur se ralentit d'abord, puis il s'accélère, la pression sanguine s'élève en premier lieu et baisse ensuite, par rétrécissement et dilatation successifs des vaisseaux. Upensky croit que cet effet dépend du centre vaso-moteur, Basch et Oser disent que la nicotine agit sur les terminaisons des vaso-moteurs.

Vulpian a démontré que cet alcaloïde n'agit ni sur les extrémités des vaso-moteurs, ni sur les muscles des vaisseaux, ni sur la moelle, mais bien sur la protubérance, puisque les convulsions cessent après l'ablation de l'encéphale. « Je pense pour ma part, dit Huchard, que l'action du tabac doit se porter également sur la moelle allongée, si j'en crois deux faits de paralysies bulbaires avec pouls lent permanent et attaques épileptiformes, que j'ai observées sous l'influence de l'intoxication nicotinique. » Nothnagel et Rossbach ne parlent pas des expériences de Vulpian qui méritent cependant la peine d'être mentionnées ! Cl. Bernard a le premier montré l'action de la nicotine sur le nerf vague : la circulation est d'abord ralentie, puis accélérée par la para-

lysie succédant à l'excitation de ce nerf; mais Huchard croit que lorsqu'on n'emploie pas des doses toxiques, cet alcaloïde détermine un ralentissement durable. Par les expériences que ce dernier auteur a instituées avec l'aide de M. Eloy, il prouve que la température baisse considérablement chez un cobaye auquel on injecte 1/5 de goutte de nicotine.

En examinant la membrane interdigitale d'une grenouille au microscope, Cl. Bernard a vu « une déplétion du système artériel dont les vaisseaux se rétrécissent de façon à se vider complètement. »

« J'ai pu de mon côté, dit Huchard, dans les expériences auxquelles j'ai déjà fait allusion, confirmer d'une façon indirecte cette action vaso-constrictive si importante de l'alcaloïde du tabac, car vous avez vu qu'après injection d'un cinquième de goutte à un cobaye de 540 grammes, la section des pattes était presque exsangue. »

Cl. Bernard a encore noté dans ses expériences l'augmentation de la tension artérielle « que, dit Huchard, j'ai confirmée cliniquement, pour ma part, chez tous les grands fumeurs. »

Cet auteur cite à l'appui qu'en 1850, avant de connaître les propriétés de la nicotine, dans l'empoisonnement du comte de Beaucarmé par son beau-frère, on a constaté à l'autopsie la vacuité complète des vaisseaux artériels, la pâleur des tissus. Du reste, dans les différents empoisonnements par le tabac on retrouve les mêmes lésions.

Le Roy (de Méricourt), ayant ingéré de la nicotine, dit: « J'ai observé sur moi-même les quelques accidents cardiaques suivants : précipitation de quelques battements, sensation de constriction précordiale *et d'angoisse* sans douleur. »

Nous pouvons donc dire :

1° Que la nicotine contracte les artères;

2° Qu'elle détermine la pâleur des tissus;

3° Qu'elle amène leur refroidissement;

4° Qu'elle abaisse la tension sanguine;

5° Qu'elle empêche l'hémorrhagie à la suite d'une incision. Ajoutons à cela que les expériences de Cl. Bernard démontrent qu'elle agit sur le mésocéphale. En comparant ces résultats à ceux que Frédéricq assigne à l'excitation du centre vaso-moteur, nous en avons plus qu'il ne faut pour pouvoir en conclure que le tabac, en excitant le bulbe, irrite le centre vaso-moteur qu'il contient; nous comprenons dès lors la possibilité de son action sur le développement de l'angine de poitrine.

B. *Angines toxiques.* — Les angines fonctionnelles toxiques produites par l'alcoolisme, l'ergotisme, l'oxyde de carbone se comprennent en théorie, mais elles attendent que la pratique sanctionne leur réalité.

C. *Angines théiques.* — Il n'en est pas de même du thé dont l'action, dans l'étiologie de l'angine de poitrine, est certaine. Huchard cite six observations concluantes d'accès de sténocardie amenés par l'abus du thé; j'en ai résumé deux d'entre elles plus haut, je crois inutile de transcrire ici ces observations, que chacun pourra lire dans le livre de cet auteur. Tâchons d'expliquer physiologiquement le mécanisme suivant lequel cet agent amène cette maladie.

Le thé renferme 2 0/0 de caféine, alors que le café n'en renferme au maximum que 1 0/0, le premier contient 15 0/0 d'acide tannique, le second 5 0/0, mais le thé renferme aussi une essence qui doit entrer en ligne de compte dans son activité, le café contient des huiles aromatiques qui ont probablement aussi leur action. Les propriétés physiologiques de cette essence n'ont pas encore été étudiées; le thé à haute dose produit des effets semblables à ceux de la caféine. Par une dose de 0,002 de caféine on observe sur la Rana esculata une exaltation très prononcée de l'excitabilité réflexe accompagnée de spasmes tétaniques « semblables à ceux provoqués par la strychnine »; chez la Rana temporaria les effets sont plus lents à se produire, mais ils sont identiques. Les animaux à sang chaud, tels que les lapins, les chiens, etc., éprouvent les mêmes symptômes par une dose de 0,12 à 0,20 centigrammes. A la suite de l'absorption de 1,22 de caféine, Aubert vit apparaître des tumeurs hémorrhoïdaires, fait qui correspond à une dilatation veineuse intense que l'on a observée chez les chiens, mais cet auteur était habitué à la caféine; Lehmann, sous l'influence des mêmes doses, vit son pouls devenir irrégulier, il eut de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, du délire, de l'insomnie, des érections et des envies fréquentes d'uriner. Caron, sous l'influence de la même dose, eut de la céphalalgie, de la somnolence, une diminution du pouls (de 30 pulsations). Kelp vit, chez une femme névropathe, une dose de 0,48 de caféine produire des vertiges, une *sensation intense d'angoisse précordiale*, le pouls était fréquent, il y avait tremblement des membres, grincement de dents, sensations spasmodiques au cou et à la nuque; chez les animaux à sang chaud le cœur est d'abord accéléré, puis ralenti par la caféine, « la pression artérielle baisse dès le début, probablement par paralysie du centre vaso-moteur », dit Berlioz. Huchard cite un malade qui, depuis deux ans, ingérait un demi-litre d'infusion de café par jour, il en résulta un état nerveux très accentué, des palpitations et des *douleurs angoissantes intenses*. Max Cohn observa un cas de caféisme aigu qui s'accompagna de *palpitations angoissantes* avec rougeur de la face.

La caféine agit donc fortement sur les centres nerveux, elle produit des convulsions, elle dilate les vaisseaux périphériques, abaisse la tension vasculaire, et diminue la fréquence des contractions cardiaques; nous pouvons en conclure qu'elle agit principalement sur le bulbe et sur le centre vaso-moteur. Mais, me direz vous, comment un vaso-dilatateur aussi puissant peut-il produire l'angine de poitrine alors que vous venez de dire que le tabac, vaso-constricteur énergique, amène le même résultat? La dilatation périphérique des petites artérioles, la diminution de fréquence des battements cardiaques et l'abaissement de la tension artérielle peuvent parfaitement amener une nutrition incomplète du myocarde et donner ainsi naissance aux mêmes symptômes que le rétrécissement des artères coronaires.

Il est du reste prouvé que le caféisme s'accompagne souvent d'angine précordiale, les faits de Huchard et de Moxon en font foi.

II. — ANGINE DE POITRINE FONCTIONNELLE SYMPATHIQUE.

Cette catégorie comprend tous les cas de sténocardie provoqués par des irritations du système nerveux, se propageant par voisinage au centre vaso-moteur; nous y placerons les angines hystériques, celles qui accompagnent le goître exophthalmique, l'irritation spinale et la neurasthénie de Huchard, nous y ajouterons les angines diabétiques.

A. *Angines hystériques.* — Nous verrons dans la symptomatologie de l'angine de poitrine fonctionnelle, un exemple frappant d'angine hystérique cité par Huchard et qui nous servira à bien caractériser la forme fonctionnelle de cette maladie.

Personne ne mettra en doute la fréquence des troubles vaso-moteurs chez les hystériques, car on pourrait même dire que ce protée n'est constitué que par une lésion du centre vaso-moteur, qui, en produisant une nutrition viciée du mésocéphale, produit les symptômes hystériques.

Mais ceci nous écarte de notre sujet; si l'hystérie n'est pas due uniquement à des troubles vaso-moteurs, il est du moins certain qu'elle s'accompagne constamment de symptômes vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs. Il est facile dès lors d'admettre que, soit que l'hystérie ait comme cause une irritation du centre vaso-moteur, soit que cette irritation soit un de ses effets, elle peut s'accompagner d'accès d'angine de poitrine fonctionnelle.

Les exemples sont nombreux d'hystériques atteints de sténocardie, il y en a plusieurs dans les observations auxquelles nous faisons allusion plus haut, et Huchard cite un grand nombre de cas analogues, recueillis avec soin et très détaillés, je crois inutile de les transcrire ici.

B. *Angines accompagnant le goître exophthalmique.* — « Le goître exophthalmique, dit Huchard, n'est pas seulement une névrose cardiaque, mais une névrose généralisée, la preuve en est fournie par la multiplicité des accidents que l'on rencontre dans cette affection.

» ... Il n'est pas, dit-il, jusqu'à l'expérimentation physiologique qui ne démontre le siége du goître exophthalmique dans les centres nerveux; car Filehne (de Breslau) a pu faire apparaître la triade symptomatique de cette maladie, par la production expérimentale de lésions des corps restiformes, et vous savez que quelques auteurs ont défendu la théorie de l'origine centrale du goître exophthalmique, origine démontrée par l'existence assez fréquente, dans cette affection, des trois symptômes bulbaires : la polyurie, l'albuminurie et la glycosurie. »

Huchard admet trois modalités différentes d'angine de poitrine dans la maladie de Parry : 1° angine nerveuse, 2° angine réflexe produite par les troubles viscéraux qui accompagnent cette maladie, 3° angine cardiaque par les lésions scléreuses qui se manifestent dans cette affection.

On ne peut admettre ces trois modes de développement de la sténocardie dans le goître exophthalmique, le troisième donne lieu à l'angine organique par artério-sclérose, nous devons donc le supprimer ici; le second est possible, mais je crois que l'on doit attribuer à la lésion bulbaire indéniable, qui accompagne cette maladie, une part bien plus grande dans la production des accès d'angor. Pourquoi, dans une maladie qui a pour siège le bulbe, l'irritation ne se transmettrait-elle pas par voisinage au centre vaso-moteur? Huchard rapporte trois observations à l'appui de sa proposition que la maladie de Parry s'accompagne souvent de maladie de Heberden.

C. *Angines accompagnant l'irritation spinale.* — L'irritation spinale est un état morbide qui, d'après Huchard, est caractérisé par l'existence de douleurs névralgiques multiples, s'étendant surtout sur le trajet de la colonne rachidienne; « *elle est encore caractérisée*, dit-il, *par des troubles vaso-moteurs* ». Les vertèbres peuvent être douloureuses à la région lombaire, cervicale ou dorsale; « elle peut gagner même le cerveau, et mérite alors des noms différents, suivant ses localisations diverses : irritation cervicale, dorsale, lombaire et cérébro-spinale... A l'irritation cervico-dorsale correspondent les douleurs du tronc, des extrémités, des organes thoraciques et abdominaux.

C'est dans ces derniers cas qu'on observe souvent du côté du cœur des troubles fonctionnels, parmi lesquels figure la pseudo-angine de poitrine. »

Pour expliquer la pathogénie de cet état, les uns admettent une anémie, les autres une congestion; Huchard croit plutôt que « c'est un état névralgique des centres nerveux *produit et entretenu par un spasme vasculaire* dont la conséquence est l'anémie cérébro-spinale. » Je me rallie à cette dernière opinion, cette prétendue irritation spinale dépend d'une anémie, mais je crois que cette anémie provient d'une irritation bulbaire localisée au centre vaso-moteur. Nous avons vu plus haut qu'elle est caractérisée par des troubles vaso-moteurs; Huchard rapporte l'observation d'un homme chez lequel une sommité médicale posa le diagnostic suivant : *Troubles vaso-moteurs, Arthritisme et névropathie, Angine de poitrine bénigne;* l'auteur conclut à une *angine de poitrine due à l'irritation spinale.* Ces faits prouvent assez l'importance du rôle du centre vaso-moteur dans ce que Huchard appelle l'irritation spinale. Je crois inutile d'insister sur la conclusion que j'émets : l'irritation spinale, en se propageant au bulbe, est capable d'amener l'angine de poitrine fonctionnelle par irritation du centre vaso-moteur.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Traitement de la chorée par la quinine (The treatment of chorea by large doses of quinine), par Dorland (*University medical magazine*, août 1893, n° 11, p. 828). — L'idée de ce traitement a été inspirée à l'auteur par les conceptions de Wood sur la pathogénie de la chorée, que ce dernier observateur considère comme résultant d'un défaut du pouvoir inhibitoire de la moelle. La quinine étant un excitant de ce pouvoir, il a paru rationnel de l'employer. Les résultats de cet essai tenté dans 17 cas, ont été extrêmement favorables dans 15 d'entre eux.

Etiologie de la chorée (A contribution to the etiology of chorea), par Ch. H. Brown (*The journal of nervous and mental disease*, août 1893, n° 8, p. 515). — Considérations générales sur l'étiologie de la chorée à l'occasion d'un cas où la névrose coexistait avec une production excessive de nodules sous-cutanés rhumatismaux. L'auteur insiste en particulier sur les rapports de la chorée et du rhumatisme qu'il croit attribuables à une origine commune de nature encore indéterminée.

Contribution à l'étude de la tuberculose méningée de l'adulte; forme tétanique; trismus d'origine cérébrale, par E. Boire (*Revue de Médecine*, 10 mai 1893, n° 5, p. 41). — Après avoir exposé diverses considérations sur les formes variables que revêt cliniquement la méningite tuberculeuse de l'adulte, l'auteur remarque que parmi les divers symptômes signalés par les observateurs on ne trouve pas mentionné le trismus. Le cas qu'il rapporte a trait à un sujet dont la méningite tuberculeuse a débuté par ce signe. A l'autopsie on trouve des granulations tuberculeuses symétriquement réparties dans la pie-mère sur les zones psychomotrices. L'auteur conclut de ses recherches que le terme de tuberculose méningée est plus exact que celui de méningite tuberculeuse de l'adulte, que parmi les formes de cette affection il convient de créer une forme tétanique. A son avis, le centre cortical masticateur, peu excitable mécaniquement, serait très excitable chimiquement, et particulièrement sensible aux poisons tétanigènes. Dans le cas rapporté, il semble plutôt que c'est à l'irritation déterminée par des produits toxiques provenant des tubercules, qu'à celle qu'auraient engendrée mécaniquement ces néoplasmes eux-mêmes, que serait dû le trismus.

Diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'adulte, par Jaccoud (*Gazette des Hôpitaux*, 29 août 1893, n° 98, p. 929). — Un jeune homme de 17 ans entre à l'hôpital, souffrant depuis sept jours déjà de fièvre. Sa température oscille entre 38°6 et 39°6. Il présente de l'incohérence et de la contracture. L'aspect est celui d'une fièvre typhoïde ataxique, mais, en l'absence de l'hyperthermie caractéristique de cette forme de la dothiénentérie, ce diagnostic est écarté, et on diagnostique la méningite tuberculeuse. L'auteur indique à cette occasion les divers modes de début : brusque et délirant, à allures de fièvre rémittente, brusque et convulsif, comateuse,

ou enfin à forme de catarrhe gastrique, que revêt chez les adultes la méningite tuberculeuse.

Sur les signes oculaires de la méningite cérébro-spinale (A clinical study of forty cases of cerebro-spinal meningitis with reference to the eye-symptoms), par RANDOLPH (*Bulletin of the John Hopkin's Hospital*, juillet 1893, n° 32, p. 59). — L'auteur a eu l'occasion d'examiner les yeux dans 40 cas de méningite cérébro-spinale. Les lésions y sont très fréquentes et, sans parler des conjonctivites et des kératites, il faut signaler la congestion de la rétine et la névrite optique parmi les altérations le plus souvent rencontrées. Dans un cas même, on a constaté de la thrombose de la veine centrale de la rétine. Il sera donc important de ne pas négliger dans les cas semblables l'exploration ophthalmoscopique.

Sur un cas de maladie de Friedreich, par LOP (*Revue de médecine*, 10 mai 1893, n° 5, p. 396). — Le cas rapporté est discutable quant au diagnostic clinique. Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans qui, vers l'âge de 19 ans, fut frappée de paralysie des membres inférieurs. Il n'y a pas d'antécédents héréditaires, mais un frère serait mort paralysé comme elle, et comme elle porteur d'un double pied-bot. Actuellement, station et marche impossibles, tremblement intentionnel des membres supérieurs, diminution des réflexes patellaires, pas de nystagmus, sensibilité intacte, parole scandée, pied-bot varus double. L'auteur pense qu'il s'agit d'une forme fruste de maladie de Friedreich (?).

Pachyméningite cervicale hypertrophique d'origine syphilitique, par LE BŒUF (*Journal de médecine et de chirurgie de Bruxelles*, 12 août 1893, n° 32, p. 513). — Sujet âgé de 57 ans, se plaignant de douleurs des épaules et ayant présenté à la suite une parésie brusque des membres inférieurs. Ultérieurement on constate des douleurs lancinantes dans les membres supérieurs, s'accompagnant d'une légère atrophie des muscles thénar et de la paraplégie spasmodique. Il existe en même temps de l'inégalité des pupilles sans troubles de leur contractilité et de la parésie faciale gauche. Aucune douleur à la pression et pas de déformation de la région vertébrale. Le malade succombe à une pneumonie et on constate à l'autopsie que les trois dernières vertèbres cervicales ainsi que la première dorsale forment un amas de tissu osseux carié, au milieu duquel se trouve la moelle entourée d'une tumeur annulaire volumineuse. Histologiquement, celle-ci est constituée par la dure-mère épaissie. La moelle présente quelques îlots scléreux et de l'ectasie du canal central. La néoformation ne contient pas de bacilles de Koch. L'auteur pense qu'il s'agit d'altérations de nature syphilitique.

Maladie de Friedreich (Ein Fall von Friedreichscher Krankheit), par A. LUNTZ (*Deut. med. Woch.*, 17 août 1893, n° 35, p. 789). — Le cas rapporté est tout à fait classique. Enfant âgé de 13 ans, sans antécédents héréditaires similaires, dont le plus jeune frère a des troubles de la marche et de l'embarras de la parole. Intelligence normale, mouvements des yeux normaux, pas de nystagmus. Cyphose : force dynamométrique des membres inférieurs indemne, incoordination motrice caractérisée. Scansion de la parole, marche tabético-cérébelleuse. Pieds bots. Abolition des réflexes tendineux. Aucun trouble de la sensibilité ni des sphincters. A remarquer : le début de l'affection à l'âge de 3 ans à la suite d'une infection, l'hérédité nerveuse de transformation, l'absence de nystagmus. L'auteur rappelle, sans les discuter, les opinions émises par Blocq et Marinesco, Déjerine et Letulle sur la nature de cette affection.

MÉDECINE

Maladie de Basedow (Beitræge zur Kenntniss der Basedow'schen Krankheit), par E. MULLER (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, 27 juin 1893, Bd LI, Heft 4 und 5). — M. Muller a observé à la clinique de Gerhardt, à Berlin, plusieurs faits de maladie de Basedow, ayant présenté une marche anormalement rapide, et dont trois se terminèrent par la mort. Dans ces trois cas, l'examen histologique fut fait avec le plus grand soin.

Le premier cas concerne une femme de 48 ans jusque-là bien portante, qui présenta tout à coup les symptômes d'un goître exophthalmique, dont l'évolution fut rapide : battements de cœur, dépression des forces, exophthalmie, pigmentation des paupières, goître, tremblement des mains, accélération du pouls ; symptômes de De Græfe. La mort survint au commencement du troisième mois après le début. A la fin de la maladie il se montra des symptômes bulbaires : voix nasonnée, éteinte ; déglutition répétée ; enfin du délire.

A l'autopsie on trouva des hémorrhagies récentes de la moelle allongée, principalement au pourtour des noyaux du nerf pneumogastrique, ainsi que dans l'olive supérieure.

Les deux nerfs pneumogastriques étaient dégénérés d'une façon notable ; les mêmes lésions s'observaient sur le nerf récurrent et sur les nerfs du cœur.

Le sympathique était normal. Les ganglions lymphatiques du cou étaient gros comme des noyaux de cerise, et on y trouvait des traces de lésions hémorrhagiques récentes et anciennes.

La seconde malade, âgée de 22 ans, commença par présenter de la céphalée, des vertiges et des vomissements. Par la suite, il y a lieu de signaler parmi les symptômes qu'elle présenta : des bouffées de chaleur à la face avec rougeur, de la difficulté à avaler, du nasonnement de la parole et une accélération énorme du pouls, sur laquelle la digitale n'eut aucune action, et qui atteignit dans le deuxième temps jusqu'à 240 pulsations. La mort survint en deux mois.

A l'autopsie on ne trouva que des hémorrhagies récentes à la base du quatrième ventricule, principalement autour des noyaux d'origine du pneumogastrique. Le sympathique était normal.

Le troisième cas concerne une femme de 36 ans, dont la maladie dura à peine un mois et demi. Rien d'anormal à l'autopsie, sauf un œdème très prononcé des centres nerveux. Le sympathique était normal.

Le quatrième cas, chez une femme de 48 ans, se rapproche des trois premiers. Tous les symptômes de la maladie furent des plus nets. Muller insiste principalement sur une pigmentation de la face, surtout marquée au pourtour des yeux et de la bouche dans l'observation I et IV et sur des sueurs profuses qui ne manquèrent dans aucune des autres, non plus que des troubles psychiques : inquiétudes, excitation, agitation persistant jusqu'à la mort ; insomnie, songes terrifiants, hallucinations, délire, etc.

Au point de vue *étiologique*, Muller pense qu'il y a un *air de famille* entre ces cas et le myxœdème ou l'acromégalie ; car il n'y a vraiment pas de rapport à établir entre la maladie et les causes qui semblent l'avoir provoquée dans les observations ci-dessus : une frayeur, une chute, une colique hépatique, une maladie fébrile durant depuis longtemps. *Dans aucun de ces cas on ne pouvait invoquer l'hérédité neuropathologique.*

Muller ajoute aux précédents un cinquième cas, à marche lente, qui se termina par la mort et dans lequel l'examen microscopique montra la présence d'hémorrhagie bulbaire, en même temps que l'intégrité du pneumogastrique et du sympathique cervical. A ce propos, il fait remarquer, d'après des examens comparatifs sur des sujets variés, que la *pigmentation* des ganglions sympathiques n'est point une lésion de ceux-ci, mais que c'est un phénomène qu'on observe normalement chez tous les sujets d'un certain âge.

Aussi, s'appuyant, d'autre part, sur les cas où on a trouvé, parallèlement à lui, le grand sympathique non adhéré, et sur la non-concordance des symptômes de la maladie de Basedow avec les troubles déterminés rationnellement par la lésion du sympathique, Muller pense, ainsi que nous l'avons déjà fait pressentir plus haut, que la maladie de Basedow n'est pas due à une altération du sympathique.

Par contre, les symptômes se rapprochent plus de ceux qui sont déterminés par des lésions bulbaires ou médullaires. L'association de différents syndromes pathologiques tels que : la polyurie, la glycosurie ; de différentes maladies telles que la syringomyélie, avec le goître exopththalmique, etc., inclinent l'auteur à penser que c'est du côté de la moelle allongée qu'on doit chercher l'explication des symptômes morbides. Ainsi s'expliqueraient aussi naturellement certains cas publiés de paralysie faciale, les troubles de la phonation et de la déglutition, les phénomènes vaso-moteurs cutanés, les modifications de la calorification, l'action paradoxale des sels de quinine, etc.

Cependant, Müller ne pense pas que les lésions de la moelle allongée qu'il a rencontrées dans ses trois observations, — hémorrhagies — constituent le substratum anatomique du goître exophthalmique, et, en dehors de toute constatation anatomique dûment constatée, il pense cependant que la maladie de Basedow est liée à des troubles fonctionnels de la moelle allongée. Mais l'existence de troubles cérébraux — épilepsie, hémiplégie, hémianopsie, etc., — associés quelquefois à celle-là, montre que la maladie de Basedow n'y est pas absolument cantonnée. D'autre part, l'existence de troubles nutritifs très marqués, — amaigrissement — relevés en particulier dans les observations de l'auteur, compliquent encore le problème. Il s'est attaché à les étudier en les comparant à celles qui sont produites par les maladies cachectisantes. Il y a donc lieu de songer aussi à une *angine glandulaire de la maladie*, théorie à laquelle les récentes tentatives d'extirpation du goître, faites par différents chirurgiens, ont donné quelque fondement. Cependant, l'influence des émotions psychiques sur le développement de la maladie n'est pas un argument en faveur de cette manière de voir.

Le travail de M. Müller, dont nous n'avons pu donner ici qu'un court aperçu, vu son importance et sa longueur, est à consulter tout entier.

CHIRURGIE

Un cas de typhlite ou appendicite causé par des ascarides, par Gouraud (*Gazette des hôpitaux*, 11 juillet 1893, p. 754). — Le 27 octobre, en descendant du train, le malade est pris d'une violente douleur abdominale avec frissons ; le 30, le malade entre à l'hôpital ; ventre ballonné, pouls fréquent ; le 11 novembre, le malade vomit un lombric ; le 14, le malade est dans la prostration, ventre très ballonné. On fait le toucher rectal et, à la suite de ce toucher qui fait sentir une tumeur arrondie dans le rectum, le malade évacue un verre de pus jaune verdâtre. Le soir, le malade vomit un lombric ; 16 novembre, une selle contenant un lombric ; 18 novembre, une selle avec un lombric ; le lendemain encore une selle avec un lombric. Le 25 novembre on sent une tumeur de l'hypochondre gauche. Laparotomie latérale, qui fait évacuer un flot de pus. Guérison.

Sarcome de l'appendice iléo-cæcal (Sarcoma surrounding a concretion in the vermiform appendix ; excision of the cæcum ; recovery), par Gilford (*Lancet*, 29 juillet 1893, p. 241). — Une femme mariée de 27 ans, d'une bonne santé, était prise de temps en temps, depuis l'âge de 14 ans, de refroidissement, de pâleur et d'engourdissement de la jambe droite s'accompagnant quelquefois de douleur ; ces symptômes étaient généralement provoqués par la menstruation. En 1892, étant enceinte de 8 mois, elle fut prise de douleurs atroces dans l'hypochondre et la région lombaire du côté droit et de vomissements. Ces douleurs durèrent trois jours, puis elles changèrent de caractère et la malade accoucha d'un enfant qui mourut au bout de quelques heures. Le lendemain les vomissements recommencèrent, la malade fut prise d'ictère et le foie débordait les fausses côtes. Le 30 juin 1893, la malade eut des douleurs dans la région ombilicale, douleurs irradiant vers l'aine, les reins et la cuisse. On trouva une tumeur dans la région du rein droit et on diagnostiqua un sarcome du rein. On fit une incision dans la région lombaire, et on s'aperçut que la tumeur était indépendante du rein ; on dut la séparer du psoas auquel elle adhérait ; les nerfs iléo-inguinaux traversaient la tumeur ; la tumeur et l'intestin furent attirés dans la plaie. On ouvrit la tumeur et il s'en échappa du pus ; on vit alors qu'il s'agissait d'un sarcome. On passa une ligature sur le cæcum et une autre sur l'iléon et on coupa entre les deux ; puis on réunit les deux bouts d'intestin. On enleva ensuite un autre nodule qu'on trouva dans le psoas. Drainage de la plaie. Guérison. Dans la tumeur enlevée on trouva plusieurs collections purulentes et une concrétion de la grosseur d'un noyau de cerise.

Un cas d'anus contre nature du cæcum siégeant à l'ombilic. Résection du cæcum, guérison, par Lauwers (*Annales de la Société belge de chirurgie*, 15 juin 1893, p. 39). — La femme M..., 49 ans, a depuis six ans une hernie ombilicale ; il y a un an la hernie s'est enflammée, il s'est formé un abcès qui s'est ouvert par deux orifices et pendant cinq mois des matières fécales ont passé par ces deux fistules ; puis les matières fécales se sont écoulées en totalité par ces deux fistules.

On fit deux incisions elliptiques circonscrivant la région herniée, on ouvrit le péritoine et on détacha les adhérences unissant l'intestin à la paroi abdominale ; le viscère hernié était le cæcum. On pinça dans un fil de soie l'intestin grêle d'une part et le gros intestin de l'autre, on coupa l'intestin de part et d'autre de ces deux ligatures, puis on sutura les deux anses bout à bout. Guérison.

Ligature des vaisseaux utérins dans les myomes (Die Unterbindung der Vasa uterina bei Myom), par Kustner (*Centr. f. Gynæk.*, 1893, n° 33, p. 761). — L'auteur publie deux observations dans lesquelles la ligature bilatérale des vaisseaux utérins (vasa uterina) à travers le cul-de-sac de Douglas inséré avait amené en quelques semaines la disparition des myomes et des accidents qu'ils provoquaient. L'auteur a fait la même opération avec succès chez une troisième femme atteinte de métrite hypertrophique avec métrorrhagie.

Kyste dermoïde (Acute peritonitis after confinement; abdominal section; dermoïd disease of both ovaries; removal; recovery), par Page (*Lancet*, 29 juillet 1893, p. 250). — Une femme de 23 ans fut prise de péritonite à la suite d'un accouchement. Au bout d'un mois, elle put sortir. Elle fut aussitôt prise de douleurs et de météorisme abdominal ; le faciès était grippé. Le toucher vaginal révéla une tumeur fluctuante dans le cul-de-sac gauche. On fit la laparotomie : il s'écoula un liquide semi-purulent et le péritoine était couvert de lymphe ; l'ovaire gauche était de la grosseur d'un œuf d'oie et adhérait aux intestins ; on l'enleva ; l'ovaire droit était un peu moins gros et dut être enlevé aussi. Guérison. L'ovaire gauche était transformé en un kyste contenant des caillots récents et une masse de cheveux ; l'ovaire droit contenait des cheveux, un os plat et une masse graisseuse. Les deux trompes paraissaient saines.

Kyste dermoïde de l'ovaire (A case of dermoïd cyst of the right ovary, followed by gangrene of the Fallopian tube and ovary caused by a twisted pedicle), par Giffen (*N. Y. med. journ.*, 8 juillet 1893, p. 45). — Maggie S..., 28 ans, multipare, entre à l'hôpital pour une douleur au bas-ventre ; elle a depuis un an une tumeur au côté droit ; elle a rendu beaucoup de pus par le vagin ; elle a eu, il y a quelques années, une blennorrhagie. Il y a quelques jours, elle a ressenti une douleur très vive dans l'abdomen. Laparotomie : on trouva un kyste de l'ovaire droit avec un pédicule tordu ; il y avait aussi un kyste de l'ovaire gauche. Guérison. Le kyste dont le pédicule était tordu était un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire droit ; on y trouva un fragment osseux, une dent et un paquet de cheveux. La trompe de Fallope et une partie de l'ovaire étaient gangrénés.

Plaie par revolver de l'utérus gravide (Ueber einen Fall von Lehnverletzung der graviden Uterus), par Kehr (*Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 29, p. 636). — Une femme de 39 ans, enceinte de 5 mois, se tire dans le ventre un coup de revolver. Six heures après, laparotomie qui fait voir une perforation de la paroi antérieure de l'utérus. Paroi postérieure de l'utérus et intestins non atteints. Suture de la plaie utérine, suture de l'abdomen. Guérison en 10 jours.

Dix-huit jours après, la femme accouchait d'un fœtus de 5 mois. Suites de couches normales. La balle ne fut pas retrouvée.

La gonorrhée des petites filles (Ueber die Gonorrhœ der kleinen Mædchen), par Cassel (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 29, p. 700). — Dans 30 cas de vulvite de petites filles âgées de 7 mois à 11 ans, l'auteur a trouvé le gonocoque — pendant toute la durée de la maladie — chez 24. L'infection par le viol n'a existé que 2 fois ; dans tous les autres cas, l'infection eut lieu par contamination, grâce à la promiscuité de la vie en commun. Dans plusieurs cas, on a pu trouver le gonocoque chez la mère ; dans d'autres cas, le locataire avait la blennorrhagie, et l'enfant couchait de temps en temps dans son lit ; dans d'autres cas encore, c'était le père qui avait la gonorrhée, etc.

Dans les 6 cas où il n'y avait pas de gonocoque, il s'agissait une fois d'un catarrhe desquamatif des organes génitaux, une fois de la propagation à la vulve des ulcérations non spécifiques voisines, une fois d'une gonorrhée chronique.

BIBLIOGRAPHIE

Eaux minérales de France, situation, composition, indications thérapeutiques, par le Dr Chauvet (de Royat). Lyon, A. Storck. Paris, G. Masson.

Le livre que vient de publier M. le Dr Chauvet diffère absolument des ouvrages que nous possédions jusqu'à présent et qui se bornaient pour la plupart à donner une analyse des eaux minérales et à sa suite une appréciation souvent très détaillée, mais parfois un peu partiale, de leurs effets thérapeutiques. Dans une série de planches en couleurs très nettes, très faciles à lire, notre distingué confrère a graphiquement représenté les résultats de l'analyse chimique des principales eaux minérales de la France. A l'aide d'une notation spéciale et de couleurs différentes, il en indique d'une manière saisissante la composition exacte. Un simple coup d'œil jeté sur ces graphiques permet donc à un médecin désireux d'avoir quelques notions scientifiques précises sur les eaux minérales de la France de s'éclairer au moment où il cherche à connaître leur action thérapeutique. Dans une deuxième partie très complète et très précise malgré son extrême concision, M. le Dr Chauvet indique l'altitude de la station, le nombre et la variété des sources qui la composent, le mode d'administration des eaux, leurs indications thérapeutiques, etc. Tous les praticiens, tous les médecins consultants devront placer ce livre parmi ceux qu'ils ont l'habitude de feuilleter souvent. Ils sauront gré à l'auteur de la méticuleuse attention qu'il a apportée à sa rédaction, de l'honnêteté avec laquelle il l'a rédigé, de la science dont il donne tant de preuves en offrant à ses confrères une série de documents aussi suggestifs, aussi faciles à bien étudier.

L. L.

Etudes sur les tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes, par le Dr Lagrange, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux. — In-8° de 278 pages, avec 9 planches et 16 figures dans le texte. — Paris, Steinheil, 1893.

L'ouvrage est divisé en trois chapitres principaux : A. Tumeurs épibulbaires et péribulbaires. — B. Tumeurs intraoculaires. — C. Tumeurs de l'orbite et des annexes.

Le premier groupe comprend des observations de sarcome mélanique et d'épithélioma. L'auteur s'est appliqué à démontrer que la coque de l'œil se défend très efficacement contre les tumeurs malignes épibulbaires ou péribulbaires. Si l'envahissement des milieux se fait, c'est toujours par le limbe scléro-cornéen qui est le point faible de la coque oculaire. — On remarquera dans ce groupe une intéressante et peut-être unique observation de tumeur péribulbaire avec intégrité des enveloppes de l'œil.

Dans le deuxième groupe, M. Lagrange a fait une étude spéciale de quelques tumeurs rares ou méconnues, telles que le myome, le carcinome, la tuberculose du corps ciliaire. Le leucosarcome de la choroïde a été l'objet d'une étude particulièrement attentive. L'auteur le considère comme beaucoup plus fréquent qu'on ne le dit généralement et comme fréquemment confondu avec le gliome de la rétine et dont le pronostic se trouve ainsi aggravé plus qu'il ne convient.

Le troisième groupe comprend des études séparées sur différents sujets (fibro-sarcome, kystique de l'orbite, sarcome mélanique des paupières, chalazion, etc.). A propos d'un cas heureux de conservation du globe oculaire dans un cas d'ablation de tumeur du nerf optique, M. Lagrange décrit un procédé qui consiste essentiellement dans le détachement du droit externe, la section du nerf optique en arrière de la tumeur, le basculement du globe et l'ablation de la tumeur. On suture le tendon du droit externe après avoir remis l'œil dans la position normale et on conserve ainsi le lobe oculaire du patient, procédé évidemment supérieur aux greffes qui ont été tentées ces dernières années.

Les nombreuses figures et les planches qui accompagnent cet ouvrage, et qui correspondent à de très précises descriptions microscopiques, montrent à n'en pas douter que M. Lagrange n'est pas seulement un chirurgien, mais aussi un habile histologiste.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

De l'ostéite déformante (maladie osseuse de Paget), par Alphonse Joncheray. Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

L'ostéite déformante est une affection chronique principalement de la période sénile de la vie.

Signalée pour la première fois par J. Paget en 1876; existait sans doute avant lui; peut-être plus commune en Angleterre; en tous cas, plus connue dans ce pays.

Frappe les deux sexes presque également. Apparaît souvent chez des sujets à antécédents goutteux, mais ne semble avoir aucune relation avec l'arthritisme ou toute autre maladie constitutionnelle. Cependant accompagnée de cancer dans plusieurs cas.

Se manifeste par des déformations et hypertrophies osseuses, avec ou sans douleurs.

Consiste en un mélange d'ostéite atrophiante et d'ostéite formatrice.

Début insidieux, souvent par un seul os; mais tendance à la symétrie et à la généralisation.

Dure de 5 à 20 ans sans retentir beaucoup sur l'état général. Ne semble point causer directement la mort.

Points obscurs : étiologie, nature intime des lésions.

Traitement nul, à peine symptomatique.

La gastro-entérostomie en France et ses résultats, par Charles Trognon. Paris, G. Steinheil, édit., 2, rue Casimir-Delavigne.

Des différentes opérations proposées pour remédier à la sténose du pylore, la gastro-entérostomie est celle qui est la plus rationnelle et a les indications les plus étendues.

C'est une opération palliative dans les cas de cancer, curative dans ceux de rétrécissement fibreux du pylore.

La gastro-entérostomie, chez les cancéreux, doit être pratiquée le plus tôt possible, avant que les progrès de l'affection aient mis le malade dans un état d'affaiblissement voisin de la cachexie. La plupart des insuccès observés jusqu'ici sont dus à ce que cette condition indispensable n'a pas été respectée.

En France, on emploie indifféremment la méthode de Von Hacker et celle de Wœlfler. Le choix du procédé est surtout soumis à l'état anatomo-pathologique de la région.

Le procédé de Senn n'a pas encore été employé chez nous.

Il importe d'ouvrir les viscères le plus tard possible. Le procédé de M. Terrier nous semble être celui qui permet d'obtenir ce résultat avec le plus de garanties de succès.

La nécessité des opérations complémentaires proposées dans le but d'éviter le reflux de la bile dans l'estomac, et l'accumulation des matières dans le cul-de-sac duodénal, n'est pas démontrée.

D'après les statistiques, la gastro-entérostomie est encore une opération grave. Elle deviendra plus bénigne lorsque le manuel opératoire sera suffisamment perfectionné, lorsque enfin le chirurgien sera appelé à intervenir en temps opportun.

Etude critique sur le spasme bronchique, par P. E. de Marchena (Pedro-Emilio). Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Dans les dyspnées dites essentielles, l'anatomie pathologique s'est montrée jusqu'ici insuffisante à expliquer la raison des troubles fonctionnels, et c'est à l'analyse physiologique que l'on doit les notions les plus satisfaisantes sur le mécanisme de leur production.

Le spasme bronchique, constamment lié au spasme vaso-constricteur pulmonaire, donne la clé du syndrome de l'accès d'asthme.

Dans ce syndrome il est parfois accessoirement associé avec un spasme des muscles inspirateurs.

Dans les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux, il intervient pour produire des troubles respiratoires qui ne sont pas la conséquence de troubles mécaniques de la circulation, c'est-à-dire, qui ne dépendent pas de la lésion valvulaire ou d'orifice existante.

Le spasme bronchique peut dès maintenant être soupçonné comme cause adjuvante dans certains cas de suffocation dont la physiologie pathologique est encore à élucider.

Les propriétés physiologiques de l'atropine ainsi que celles des anesthésiques (morphine, cocaïne, chloral) expliquent leur efficacité dans la suppression de l'accès d'asthme et des dyspnées essentielles en général.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 39 — 30 SEPTEMBRE 1893

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Les Folies des maladies aiguës.

(*Fièvre typhoïde; variole; scarlatine; diphthérie; choléra; influenza*).

Les maladies considérées aujourd'hui comme le résultat d'une auto-intoxication ou d'une infection ont de tout temps été reconnues capables de produire des troubles psychiques. Il en est ainsi notamment : des anciennes maladies aiguës, actuellement maladies infectieuses (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, influenza, fièvre puerpérale, etc.); des maladies fonctionnelles ou organiques des viscères (estomac, intestin, foie, reins, etc.); des maladies diathésiques (arthritisme, impaludisme, etc.).

Les folies par auto-intoxication ou infection ne sont donc pas nouvelles; elles représentent simplement le groupement nosologique de plusieurs catégories de folies déjà connues, en particulier : les *folies des maladies aiguës*, les *folies sympathiques* et les *folies diathésiques*.

Mais si ces folies étaient connues, au moins dans quelques-uns de leurs caractères cliniques, en revanche les conditions de leur production étaient parfaitement ignorées et sur ce point on en était réduit aux hypothèses les plus hasardées. La folie, habituellement soudaine, violente, transitoire, de la période d'acmé des maladies aiguës ou des poussées aiguës des diathèses, était regardée comme un simple délire fébrile, n'ayant rien de commun avec la folie proprement dite. Quant à la folie de convalescence de ces mêmes maladies, elle était exclusivement rapportée à l'épuisement, à l'inanition. De même, c'est la vieille théorie de la sympathie qui était chargée d'expliquer les troubles mentaux dus aux affections des viscères, et celle de la répercussion, du balancement, de la métastase qui donnait la clef des accès délirants liés aux diathèses.

Aujourd'hui, la théorie a changé. Il ne s'agit plus de délire fébrile non vésanique, d'inanition, de sympathie, de répercussion et de métastase, en un mot, de causes plus ou moins mystérieuses et scientifiquement inexplicables. Il s'agit d'auto-intoxication et d'infection, c'est-à-dire de l'empoisonnement de l'organisme et par suite du cerveau, soit par des microbes ou leurs produits de sécrétion, soit par des substances toxiques résultant de la formation exagérée ou de l'insuffisance d'élimination des poisons normaux.

Ce changement de vue de théorie a eu d'ailleurs pour excellent résultat d'attirer à nouveau l'attention sur des formes de folie encore mal connues, d'éclaircir plusieurs points importants de leur histoire, enfin de préparer les voies en vue de leur réunion dans une grande synthèse nosologique.

Nous ne pensons pas, certes, que l'heure soit déjà venue ni vienne bientôt peut-être de cette synthèse; mais les nombreux travaux français et étrangers publiés dans ces dernières années permettent déjà de rapprocher les principales psychoses issues de l'auto-intoxication et d'en faire ressortir les traits généraux. Nous indiquerons ici ce qui a trait aux folies des maladies aiguës.

Fièvre typhoïde. — La folie de la fièvre typhoïde est le type des folies liées aux maladies aiguës infectieuses et elle est, comme l'ont établi Nase (1), Schlager (2), Christian (3), relativement assez fréquente.

Marandon de Montyel (4) a proposé une véritable classification des délires de la fièvre typhoïde, qu'il distingue en délires pertyphiques, comprenant ceux de la période initiale, de la période d'état et de la convalescence et délires post-typhiques, immédiats ou médiats. Il est plus simple d'admettre une folie liée au cours de la dothiénenterie ou folie pertyphique et une folie de la convalescence ou folie post-typhique.

La *folie pertyphique* est relativement assez rare. Elle peut éclater dès le début de la maladie, à la période initiale, et revêt le plus souvent alors la forme de manie congestive avec violente agitation, c'est-à-dire les caractères du délire aigu. Ce point a une certaine importance pour nous, car le délire aigu est, on le sait, le résultat habituel d'une intoxication. Toujours est-il que lorsque le délire éclate au début même de la fièvre typhoïde, il peut en masquer plus ou moins les symptômes et entraîner de ce chef l'internement du malade dans un asile d'aliénés. Ce fait a été signalé depuis longtemps par les auteurs et on en a cité quelques exemples (5). Le plus remarquable assurément est celui que vient de publier il y a quelques jours à peine M. Laroussinie (6). Nous croyons devoir

(1) NASSE (*Allgemeine Zeitsch. für Psychiatrie*, 1870).
(2) SCHLAGER (*Œster Zeitschr. für prakt. Heilk.*, 1857).
(3) CHRISTIAN, De la folie consécutive aux maladies aiguës (*Archiv. gén. de méd.*, septemb. et octob. 1873).
(4) MARANDON de MONTYEL, De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie (*Annal. méd. psychol.*, 1883).
(5) MOTET, Observation de troubles vésaniques masquant le début d'une fièvre typhoïde (*Gazette des hôpitaux*, 1866).
(6) LAROUSSINIE, Fièvre typhoïde à forme anormale chez une aliénée (*Tribune médicale*, 4 mai 1893).

l'indiquer en quelques mots, car il est intéressant à bien des points de vue. Il s'agit d'une jeune fille, entrée d'abord à la Charité pour céphalalgie, insomnie et visions nocturnes datant seulement de la veille, puis transférée à l'asile de Vaucluse en raison de son état mental. A l'asile, elle présenta une sorte d'agitation aiguë avec confusion et incohérence extrême des idées, hallucinations, désordre des actes. Au bout d'un mois, concurremment avec une légère amélioration des troubles psychiques, survinrent des symptômes somatiques graves : vomissements, prostration, constipation, ballonnement du ventre, état saburral, hyperthermie (40°1) ; puis congestion pulmonaire, apparition de deux taches rosées lenticulaires, hypertrophie de la rate, dilatation de la pupille droite, sécheresse des lèvres et de la langue ; enfin état subcomateux, phénomènes ataxo-adynamiques, fuliginosités, petitesse et rapidité extrême du pouls et mort au bout de huit jours, un mois et demi après le début de la maladie. Le diagnostic ne put être fait qu'à l'autopsie qui révéla, en même temps que les lésions classiques de la fièvre typhoïde, l'existence d'une méningo-encéphalite avec adhérences et exulcérations corticales et granulations épendymaires, c'est-à-dire avec les altérations typiques de la paralysie générale progressive. Dans les réflexions intéressantes qui suivent, M. Laroussinie établit que le diagnostic de fièvre typhoïde, devenu certain par l'examen post-mortem, avait pu très légitimement rester indécis durant la vie en raison de l'absence de la plupart des signes fondamentaux. Quant aux lésions encéphaliques constatées également après la mort et qui rappelaient de si près la paralysie générale, l'auteur dit : « Cette maladie ne peut cependant avoir existé, ni même avoir été soupçonnée chez Pr... ; non seulement son âge (18 ans) la rendait fort improbable, mais encore elle n'avait présenté aucun des symptômes propres à la périencéphalite diffuse, et nous n'avons pas vu signaler encore encore l'existence d'adhérences des méninges dans la fièvre typhoïde. » Il est regrettable que M. Laroussinie n'ait pas songé à rapprocher ce fait si intéressant des cas de paralysie générale ou de pseudo-paralysie générale qui ont été cités soit au déclin de la fièvre typhoïde, soit dans la convalescence d'autres maladies aiguës fébriles, telles que la variole, l'érysipèle, l'influenza ; il eût été certainement amené à se poser la question de la méningo-encéphalite ou paralysie générale infectieuse, soulevée déjà par certains auteurs, comme M. le professeur Pierret et M. Chaslin et à laquelle les recherches présentes sur les psychoses d'origine infectieuse donnent un si grand intérêt d'actualité. Pour notre part, nous pensons que les faits du genre de celui rapporté par M. Laroussinie ne sont pas absolument rares et que, maintenant que l'attention est attirée sur eux, ils ne tarderont pas à se multiplier. L'un de nous se rappelle à ce propos que, durant une épidémie récente de fièvre typhoïde, il a eu l'occasion d'observer une jeune fille de 19 ans qui, prise brusquement d'une sorte de délire aigu avec agitation intense, fut placée dans un asile. Au bout de quelques jours, soupçonnant plutôt, en raison de la forme délirante et de l'existence de cas multiples de fièvre typhoïde au domicile de la malade, qu'elle pouvait être atteinte de fièvre typhoïde masquée par des phénomènes mentaux, on la rendit à sa famille, chez qui elle mourut quelques jours après avec des symptômes très nets de méningite. Il est permis de se demander si, dans ce cas comme dans celui de M. Laroussinie, il ne s'agissait pas d'une méningo-encéphalite infectieuse, développée sous l'influence du poison typhique.

Mais ce n'est pas seulement dans la période initiale de la fièvre typhoïde que peuvent se manifester des troubles psychiques ; ils peuvent également survenir dans la période d'état. Ces délires de la période d'état sont encore mal connus et on en a cité de formes diverses consistant surtout en psychoses aiguës avec hallucinations terrifiantes (Thore (1), Christian, idées de persécution (Barié (2), délire mystique (Chéron (3), Joffroy (4), Barié, Glover (5) ou même délire méningitique (Liebermeister cité par Kræpelin (6), Raymond (7). Glover soutient avec Raynaud (8) que le type ordinaire du délire à la période d'état, chez l'individu non prédisposé, est représenté par un état mélancolique avec délire d'action ou par une stupeur profonde avec excitation mentale considérable. Chez le prédisposé vésanique, il s'agit le plus souvent d'un véritable délire aigu, d'une gravité extrême, avec agitation musculaire, incoordination, crises convulsives toniques et cloniques, albuminurie, collapsus à la période terminale.

Sans nous arrêter à ces états psychopathiques, qui réclament de nouvelles recherches, nous aborderons la question plus importante des *délires post-typhiques*. Ici les travaux cliniques ont été plus nombreux et plus concluants. Depuis très longtemps déjà on a constaté que la folie pouvait survenir à la suite de la fièvre typhoïde, soit durant la convalescence, soit plus ou moins longtemps après. Max Simon (9) a relaté deux cas de délire ambitieux survenu dans ces conditions, l'un chez un enfant de quinze ans, l'autre chez un soldat de 23 ans qui présenta en même temps des symptômes de paralysie générale. Sauvet (10) a raconté un fait semblable mais devenu incurable, chez une jeune domestique. Leudet (11) a également rapporté l'observation d'une jeune fille qui, au déclin de la fièvre typhoïde, se mit à déclarer qu'elle avait été adoptée par le Président de la République et parlait de distribuer des décorations. Gubler (12) a cité le cas d'un convalescent de fièvre typhoïde qui présenta des accidents de paralysie et un délire maniaque intense qui dura un mois. Marcé (13), qui reproduit quelques-uns de ces faits en remarquant qu'il y a vraiment quelque chose de spécial et de digne d'attention dans l'apparition d'idées ambitieuses chez les sujets devenus momentanément monomaniaques à la suite d'une fièvre typhoïde, note en outre l'affaiblissement du niveau intellectuel consécutif à des fièvres typhoïdes graves qui peut, dans certains cas, prendre tous les caractères de la démence. Et il résume, à l'appui, l'histoire d'une jeune fille de treize ans qu'il vit, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, devenir comme idiote, avec amnésie, état gâteux, embarras dans la parole. Quelques semaines d'un traitement

(1) Thore, De la folie consécutive aux maladies aiguës (*Annal. méd. psychol.*, 1850).

(2) Barié, Note sur deux cas de folie avec guérison survenus pendant la période d'état de la fièvre typhoïde (*Union médicale*, 1877, p. 601).

(3) Chéron, Observations et recherches sur la folie consécutive aux maladies aiguës (Th. Paris, 1866).

(4) Joffroy, Leçon sur les rapports de la folie et de la fièvre typhoïde (inédite, 15 mars 1891).

(5) Jules Glover, La folie et la fièvre typhoïde (Th. Paris, 1891).

(6) Kræpelin, Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entschung von Geistes-Krankheiten (*Arch. für Psychiat.*, 1881, 1882).

(7) Raymond, Sur les propriétés pyogènes du bacille d'Eberth, à propos d'un cas de fièvre typhoïde compliqué d'un abcès de la paroi abdominale et de délire aigu (*Gazette médicale de Paris*).

(8) Raynaud, Formes du délire de la fièvre typhoïde (*Gazette hebdomadaire*, 1877).

(9) Max Simon, De la folie consécutive à la fièvre typhoïde et de son mode ordinaire de transmission (*Journ. des connaiss. méd. chirurg.*, 1884).

(10) Sauvet, Observ. de démence aiguë et de monomanie ambitieuse consécutives à la fièvre typhoïde (*Annal. méd. psychol.*, 1885, 1849).

(11) Leudet, Observation de monomanie ambitieuse survenue pendant la période de déclin d'une fièvre typhoïde (*And. méd. psychol.*, 1850).

(12) Gubler (*Archiv. méd.*, 1860).

(13) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 135.

tonique suffirent pour amener la guérison. Chedevergne (1), après avoir relaté les lésions trouvées par lui dans les épidémies de fièvre typhoïde de 1862 et 1863, fait remarquer la ressemblance existant entre ses autopsies et la péri-méningo-encéphalite des paralysés généraux. Delasiauve (2) insiste plus nettement encore que Marcé sur l'état de démence apparente dans la folie consécutive à la fièvre typhoïde et à la fièvre intermittente. Pour lui, le phénomène prédominant est l'obtusion mentale, ce qui, comme l'avait parfaitement saisi Thore, la rapproche de la démence aiguë d'Esquirol. Il estime que les observations que l'on a rattachées à la manie, à la mélancolie, même à la monomanie, doivent être considérées comme de la *confusion mentale*, l'agitation et la dépression n'étant pas suffisantes pour caractériser la manie ou la mélancolie. Il fait remarquer enfin que quelquefois, à la suite de la confusion mentale, il reste certaines impressions délirantes qui survivent à l'amélioration cérébrale et deviennent la base d'un véritable délire partiel décrit aujourd'hui en Allemagne, ainsi que l'observe M. Chaslin, sous le nom de *paranoia aiguë*. Mugnier (3) dit que dans les folies postyphiques on trouve toutes les variétés de délire observées dans la paralysie générale, depuis la démence jusqu'à la monomanie ambitieuse en passant par le délire hypocondriaque. Béhier (4) parle de l'obtusion consécutive à la fièvre typhoïde. Il dit, à propos d'un malade dont il cite l'observation, qu'il était dans un véritable état de démence passagère. Christian a noté le délire ambitieux six fois sur trente-six cas de délire postyphique. Liouville (5) rapporte également un cas de délire ambitieux calme et tranquille survenu chez un jeune homme pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Barbelet (6), dans sa thèse, note la dépression mélancolique, simple ou liée à l'agitation avec hallucinations et l'imbécillité, comme les formes les plus fréquentes de folie postyphique. Griesinger (7) observe que les vrais délires de la convalescence sont en thèse générale de nature dépressive et qu'ils se transforment souvent en manie et en démence profonde. Kræpelin (8) ramène aux quatre suivantes les formes cliniques observées: 1° idées délirantes isolées ou hallucinatoires; 2° agitation plus ou moins aiguë; 3° mélancolie calme, parfois stupide, accompagnée d'idées délirantes; 4° faiblesse mentale. Tout en faisant à l'hérédité et aux autres causes prédisposantes la part légitime qui leur revient, il n'hésite pas à attribuer les délires initiaux et de la période d'état à l'action directe de l'infection et ceux de la convalescence à l'asthénie produisant des troubles profonds, voire irréparables de la nutrition du système nerveux. Régis (9) insiste particulièrement sur le caractère de pseudo-démence des délires posttyphiques. Ils sont constitués, dit-il, par une obtusion intellectuelle extrême et une abolition complète de la mémoire qui impriment aux conceptions délirantes, de quelque nature qu'elles soient, un cachet d'absurdité spéciale. Les malades délirent d'une façon niaise et leur folie rappelle les folies séniles; on croirait entendre radoter de jeunes vieillards. Il n'y a pas chez eux de systématisation; ils émettent les conceptions les plus absurdes sans qu'elles se rattachent dans leur esprit à une association d'idées logiquement agencée. Ils parlent de leurs hallucinations, les racontent comme des faits divers, telles qu'ils les subissent, sans chercher à les comprendre ou à les interpréter. Cette stupeur de l'intelligence se reflète sur le visage et le regard paraît hébété. Dans son Manuel pratique de médecine mentale, l'auteur insiste à nouveau sur ce caractère si typique d'obtusion, de pseudo-démence avec absurdité et niaiserie des conceptions délirantes, que l'on observe non seulement à la suite de la fièvre typhoïde, mais encore dans les psychoses de convalescence de la plupart des maladies aiguës, notamment des fièvres éruptives. Marandon de Montyel (1) constate à son tour que les idées délirantes de la folie postyphique revêtent d'ordinaire une fausse couleur de lypémanie ambitieuse. C'est un mélange d'idées tristes et d'idées de grandeur, émises indifféremment suivant l'occasion ou l'impression du moment. Auguste Voisin (2), rappelant l'observation de Chedevergne sur l'analogie entre certaines lésions de fièvre typhoïde et celles de la paralysie générale, dit que cette analogie devient certaine quand on examine les pièces anatomiques au microscope et il relate un cas type de paralysie générale consécutive à la fièvre typhoïde. Jules Glover (3), qui développe dans sa thèse les idées de M. Joffroy sur la question, soutient surtout cette opinion que si l'infection dans la période fébrile et l'asthénie dans la convalescence sont des causes déterminantes de folie, elles agissent en vertu d'une prédisposition antérieure et il va jusqu'à dire: « la psychose post-typhoïde ne se produit jamais que chez l'héréditaire. » Quant aux formes morbides, il admet que dans la période fébrile toutes les variétés sont possibles, principalement les délires aigus à caractère mystique, et que les psychoses de la convalescence tendent à reproduire l'aspect délirant du cours de la maladie. En ce qui concerne les délires ambitieux de la convalescence, dont il reconnaît la fréquence, il note leur analogie avec les délires ambitieux de la paralysie générale et essaye d'établir entre eux une distinction clinique qui ne paraît pas basée sur des caractères suffisamment réels et importants.

Fièvres éruptives. Erysipèle. Choléra. — Nous nous sommes longuement étendus, à dessein, sur la folie liée à la fièvre typhoïde. Nous ne dirons qu'un mot de la folie des autres maladies aiguës infectieuses, dont la fréquence est bien moindre et seulement pour montrer que leurs caractères cliniques sont de tous points analogues.

Nous ne signalerons notamment que pour mémoire la *pneumonie*, dans laquelle le délire de la période fébrile est fréquent avec des caractères et une origine toxiques, alcooliques ou infectieux. Indiquons cependant la possibilité, durant la convalescence, d'états de démence subite, d'obtusion mentale, de stupeur compliquée ou non d'accidents paralytiques. Griesinger (4), Rondot (5).

M. le professeur-agrégé Raymond (6) a publié récemment un cas de délire aigu avec hallucinations visuelles mobiles et terrifiantes, hallucinations auditives accusatrices et pénibles, illusions et hallucinations gustatives, sensation de déplacement, réactions d'abord maniaques, excitées, puis mélancoliques, déprimées, mais surtout confusion mentale et désorientation, survenu au moment de la défervescence d'une pneumonie. Au bout de quelques jours les troubles délirants et sensoriels aigus et bruyants dis-

(1) Chedevergne, cité par Chardon Fleuret, 1863.
(2) Delasiauve, *Journal de médecine mentale*, 1864, p. 68.
(3) Mugnier, De la folie consécutive aux maladies aiguës (Th. Paris, 1865).
(4) Béhier, Leçon clinique (*Gazette des hôpitaux*, 22 janvier 1870).
(5) Liouville, *Annales méd.-psychol.*, mai 1875.
(6) Barbelet, Essai sur les troubles vésaniques dans la fièvre typhoïde (Th. Paris 1874).
(7) Griesinger, *Maladies mentales*, trad. Lemattre, 1877.
(8) Kræpelin, *loc. cit.*
(9) Régis, Folie consécutive à une fièvre typhoïde (l'Encéphale, 1881) (*Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édition, 1892).

(1) Marandon de Montyel, *loc. cit.*
(2) Auguste Voisin, *Maladies mentales*, 1883.
(3) Jules Glover, *loc. cit.*
(4) Griesinger, *loc. cit.*
(5) Rondot, Cas de démence subite compliquant une pleuro-pneumonie (*Gaz. hebd. des Sc. méd.*, Bordeaux, 1883).
(6) Raymond, Psychoses et pneumonie (*Semaine médicale*, 15 avril 1893).

parurent avec la fin des accidents pulmonaires et la chute de la température, mais le malade conservait encore au moment de la publication de l'observation un état mélancolique avec humilité, contrition, et idées de culpabilité morbides. Il était héréditaire. Après avoir fait remarquer les analogies des symptômes avec ceux du délire alcoolique, notamment au point de vue de la nature et du caractère des hallucinations, bien qu'il ne se soit pas agi là d'un cas de folie purement alcoolique, M. Raymond insiste sur la désorientation, la confusion mentale présentées par son malade, comme cela a lieu dans un certain nombre de psychoses fébriles. Et il conclut en attribuant surtout ce délire, en même temps qu'à l'hérédité, aux trouble de nutrition de l'écorce provoqués par la maladie fébrile : les symptômes psychiques surviennent en effet souvent alors que les phénomènes d'infection et d'hyperthermie sont en voie d'amendement, mais alors que la résistance de l'organisme et plus particulièrement du cerveau, épuisée par l'infection, est au minimum (collapsus délirien).

L'observation de Raymond ne s'est pas accompagnée d'expérimentations relatives à la toxicité urinaire, mais ce travail a été fait par Roger et Gaume (1), et on peut en conclure aujourd'hui, avec Charrin : « Un sujet atteint d'hépatisation lobaire du poumon laisse échapper par la vessie deux à trois fois moins de poison qu'à l'état de santé. A l'heure de la chute, la toxicité de l'urine augmente; elle dépasse le taux normal ou arrive à ce niveau. La décharge urotoxique caractérise la crise urinaire; c'est là l'unique phénomène qui ne manque jamais. Elle dure une journée ou deux; son maximum, parfois, a lieu en même temps qu'une autre de ces crises, celle de la température, exceptionnellement le lendemain. Après la chute, la sécrétion rénale devient de nouveau fort peu vénéneuse; elle descend, lentement ou vite, audessous du coefficient habituel. La potasse joue un rôle important dans ces accidents; elle en est le principal facteur pendant la période fébrile. Mais, sa quantité n'augmentant pas ou s'élevant insuffisamment, lors de la convalescence, elle ne peut expliquer, alors, cette crise urotoxique. L'analyse physiologique montre que cette toxicité, à certains instants, dépend de divers corps mal connus au point de vue chimique; jusqu'ici, on n'a guère isolé que des alcaloïdes, dont l'existence est peut-être liée à la vie des agents pathogènes. Ces alcaloïdes entrent-ils en jeu? La chose est possible. En tout cas, nous savons depuis peu que le pneumocoque modifie la chimie de nos humeurs; les recherches relatives au sérum des animaux chez lesquels cet agent a évolué en sont un sûr garant » (2).

Dans la *variole*, la fièvre éruptive qui se complique le plus souvent de folie, nous retrouvons les mêmes états mentaux que dans la fièvre typhoïde, c'est-à-dire les délires de la période fébrile et ceux de la convalescence, ou, suivant l'expression de Kræpelin, les psychoses fébriles et les psychoses asthéniques. Les premières, d'après cet auteur, sont constituées par de la mélancolie agitée avec excitation psychique, confusion et précipitation dans les idées. Elles sont en général peu durables. Quant aux psychoses asthéniques, celles de la période terminale ou de desquamation répondent en général à la forme mélancolique anxieuse greffée sur des idées délirantes dépressives avec hallucinations, accès d'agitation, tentatives de suicide, sitiophobie; elles sont habituellement curables (Lagardelle (3), Kræpelin (4), Quinquaud (5).

(1) ROGER et GAUME, Urologie de la crise pneumonique (*Rev. de méd.*, 1889).
(2) CHARRIN (*loc. cit.*, p. 128).
(3) LAGARDELLE, cité par Chardon-Fleuret, 1870.
(4) KRÆPELIN, *loc. cit.*
(5) QUINQUAUD, l'*Encéphale*, 1884.

Celles de la convalescence présentent ce caractère particulier, intéressant pour nous, qu'elles revêtent d'ordinaire le type d'obtusion mentale, de pseudo-démence et, dans certains cas même, l'aspect de la paralysie générale. Foville (1) a rapporté le cas d'un soldat de 28 ans qui, à la suite d'une variole grave et confluente, eut de l'ataxie générale du mouvement et de l'obtusion intellectuelle, dont il guérit dix-sept mois après. Westphal (2), dans quatre cas de trouble du système nerveux succédant à la variole, a constamment rencontré un complexus symptomatique se résumant ainsi : 1° altération de la voix et de la parole qui devient très lente, traînante, scandée; 2° altération de l'expression de la physionomie; 3° ataxie des extrémités à côté d'une sensibilité intacte; 4° inhabileté et ralentissement des mouvements dans les extrémités; 5° mouvements saccadés et répétés involontairement; 6° tremblement de la tête lorsqu'elle n'est pas appuyée; 7° altération de l'humeur, du caractère, et affaiblissement de la mémoire. Westphal remarque que ces symptômes rappellent à certains égards ceux de la sclérose en plaques; on peut dire aussi qu'il y a là quelques-uns des traits de la démence paralytique. Au point de vue pathogénique, l'auteur est porté à attribuer ces troubles à l'action directe du virus variolique sur le système nerveux. Il les considère comme durables et d'un pronostic assez fâcheux. Mabille (3) a relaté l'observation d'une démence paralytique survenue à la suite d'une variole et confirmée par l'autopsie. Auguste Voisin (4) enfin, à propos d'un délire mélancolique consécutif à une variole, fait remarquer que la mélancolie des maladies aiguës est de nature éminemment congestive et a de la tendance à se terminer par la périencéphalite et à devenir paralysie générale.

En ce qui concerne la *scarlatine*, nous rappelons que Baillarger (5) a cité l'histoire d'une jeune fille qui, pendant la convalescence d'une scarlatine, présenta un délire ambitieux avec hallucinations qui dura quinze jours. Joachim (6) a récemment rapporté le cas d'un enfant de quatre ans et demi, jusque-là bien portant, qui, dans la convalescence d'une scarlatine avec complication d'abcès au cou, fut pris d'un accès de fureur transitoire avec hallucinations de la vue, puis collapsus. Rappelant que les cas de psychose post-scarlatineuse ont été observés 14 fois chez l'enfant et 19 fois chez l'adulte, il résume les premiers. Le plus souvent le délire s'est déclaré dans la défervescence et presque toujours aussi il s'est montré sous forme de paranoia aiguë hallucinatoire, d'une durée de 12 heures à 3 semaines.

Les psychoses de la *diphthérie*, observées plus récemment, sont analogues à celles des maladies infectieuses et particulièrement à celles des fièvres éruptives. Le docteur Phelippeaux (7) a publié une intéressante observation de *diphthérie cutanée* suivie de *paralysie générale*.

Dans l'*érysipèle*, la folie, assez fréquente, survient soit durant l'état fébrile, sous forme d'un délire aigu avec agitation violente et hallucinations, soit durant la convalescence, sous forme d'exaltation mentale avec loquacité incohérente, hallucinations, obtusion, stupidité et souvent mégalomanie. Comme pour les maladies aiguës pré-

(1) FOVILLE (*Annales méd.-psychol.*, 1873).
(2) WESTPHAL, Troubles du système nerveux succédant à la variole et au typhus (*Archiv für Psychiatrie*, 1871).
(3) MABILLE, Démence paralytique à la suite d'une variole (*Annales méd.-psychol.*, 1883).
(4) AUGUSTE VOISIN, *loc. cit.*
(5) BAILLARGER (*Annal. méd.*, 1879).
(6) JOACHIM, Ueber Psychosen nach Scharlach ins Kindesalter (*Iahrb. f. Kinderheilk.*, 1889, XXIX, 3).
(7) PHELIPPEAUX, Diphthérie cutanée, paralysie générale consécutive, mort du sujet (*Bull. gén. de thérap. méd. et chirurgic.*, LXXII, 1867).

cédentes, des cas de paralysie générale post-érysipélateuse ont été cités, notamment par Baillarger (1) et par Bayle (2).

Les psychoses du *choléra*, signalées par Rayer (1832), Muller de Riga (1849), Delasiauve (1849), Woillez (1849), Mesnet (1866), Kræpelin (1881-1882), Ball (1885), etc., présentent les mêmes caractères. Dans la phase de réaction, il s'agit le plus souvent d'une sorte de délire aigu méningitique, analogue aux délires toxiques, et dans la convalescence, de mélancolie avec idées délirantes et hallucinations ou de stupeur. Delasiauve (3) a vu un malade qui présenta du délire ambitieux avec ataxie des mouvements à la suite d'une attaque de choléra, et qui guérit au bout de deux mois. M. Séglas (4), enfin, vient de publier une observation très intéressante de folie post-cholérique à forme de démence aiguë ou stupidité hallucinatoire suivie de guérison et, à cette occasion, il résume, après M. Chaslin, les traits généraux de la confusion mentale ou Verwirtheit des Allemands, dont sa malade offrait un exemple typique.

Influenza. — Si l'on en excepte quelques cas rares et isolés, notés antérieurement, ce n'est guère que depuis les grandes épidémies de ces dernières années que les rapports de la folie avec l'influenza ont été étudiés. Nous ne citerons, dans le nombre, que les travaux réellement importants. Les premiers de tous à cet égard, en dehors des quelques faits de Becker (5) et de Krause (6), sont celui de Kræpelin (7), l'auteur qui s'est le plus sérieusement occupé des psychoses des maladies aiguës infectieuses, et celui de Ladame (8), qui résume les vues et les conclusions de Kræpelin en même temps que les siennes, d'ailleurs identiques. Comme l'auteur allemand, Ladame commence par distinguer dans les délires des maladies aiguës les délires de la période d'état ou psychoses fébriles proprement dites et les délires de la convalescence, comprenant les délires d'inanition pouvant arriver au délire du collapsus (Weber) (9), et les délires asthéniques (Kræpelin). Il ne croit pas, pour ces derniers, à l'influence exclusive de l'anémie, de la dénutrition et estime que, « dans un certain nombre de cas, leur pathogénie doit être cherchée dans l'intoxication cérébrale par les produits microbiens ». Etudiant ensuite spécialement les rapports de la folie avec l'influenza, il rappelle quelques observations anciennes de Rush (10), Bonnet (11), Pétrequin (12), cite le cas de Crichton-Browne (13) qui, en 1874, a rapporté un cas de démence aiguë, à la suite de l'influenza et mentionne enfin les mémoires de Revilliod (14), et d'Ewald (15), de Berlin, qui, à l'occasion de l'épidémie récente, ont étudié les psychoses fébriles ou de la période d'état de l'influenza, insistent sur certains faits où le délire a ouvert la scène morbide avant tout autre symptôme, comme dans la pneumonie, la variole, la fièvre typhoïde, etc. Pour lui, il s'occupe surtout des psychoses consécutives à l'influenza, et particulièrement des psychoses asthéniques vraies, indépendantes des états d'hypochondrie, de neurasthénie et de dépression mélancolique simple qui peuvent survenir à ce moment. Ces psychoses asthéniques, il le démontre, sont tout à fait analogues aux psychoses de la convalescence de certaines autres maladies aiguës, pneumonie, variole ou fièvre puerpérale. C'est un groupe morbide renfermant plusieurs formes qui ont pour caractère l'affaiblissement rapide plus ou moins prononcé des facultés mentales, affaiblissement ou démence primitive qui s'accompagne habituellement, au moins au début, de phénomènes d'excitation cérébrale, surtout de nature sensorielle. Kræpelin a distingué quatre types dans ces états d'épuisement aigu : 1° le délire de collapsus; 2° la démence ou délire avec stupeur hallucinatoire (hallucinatorische Verwirtheit); 3° la démence ou délire asthénique (asthenische Verwirtheit); 4° la démence aiguë ou stupidité. Tous ces types cliniques, en particulier les trois derniers, sont susceptibles de se rencontrer après l'influenza. En dehors d'eux et plus rarement on peut observer les variétés psychopathiques les plus diverses qui sont le résultat direct de conditions individuelles antérieures et n'ont que des rapports d'occasion avec l'influenza. C'est ce qui a lieu notamment pour la paralysie générale, au sujet de laquelle Ladame dit : « La paralysie générale, complètement latente jusque-là, peut éclater subitement après l'influenza, ainsi que Kræpelin l'a constaté, avec le trouble caractéristique de la parole, des lacunes de la mémoire, le délire hypocondriaque absurde et les idées de grandeur. » Et il cite lui-même, mais sans y voir davantage des relations de cause à effet, une observation personnelle de psychose aiguë d'agitation avec confusion mentale, idées de grandeur, lui paraissant annoncer un début de paralysie générale. Comme Kræpelin, il conclut que la grippe n'agit pas seule, sans adjuvants prédisposants et occasionnels; que d'une façon générale, les psychoses de l'influenza ont un pronostic favorable; enfin, qu'elles réclament surtout, en raison de l'épuisement des forces dont elles s'accompagnent, une médication roborante et un régime fortifiant.

M. Joffroy (1) a rapporté, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, un cas de délire avec agitation maniaque dans l'influenza, qui mérite d'être rapporté ici en quelques mots. Il s'agit d'un homme de 34 ans qui, durant le cours d'une influenza à complications polymorphes, fut pris d'un délire violent analogue, dit l'auteur, à celui de certaines formes graves de fièvre typhoïde, avec perte absolue de la mémoire, inconscience profonde, mutisme complet, crises d'excitation, hallucinations terrifiantes, parole brève, saccadée et parfois embarrassée comme dans la paralysie générale. Ces troubles persistèrent de jour et de nuit pendant deux semaines; le dix-huitième jour la fièvre disparut et avec elle le délire, si bien qu'en quelques jours la malade se rétablit et reprit ses occupations habituelles sans conserver de traces de symptômes en apparence si graves. Il s'agit là, à n'en pas douter, d'un de ces cas de confusion mentale hallucinatoire aiguë avec signes de méningo-encéphalite, à rapprocher de ceux que nous avons déjà cités et qui paraissent vraiment appartenir en propre aux psychoses par intoxication et par infection.

(1) BAILLARGER (*Annales méd.-psychol.*, 1849).
(2) BAYLE, Maladies du cerveau, p. 243.
(3) DELASIAUVE, Influence du choléra sur la production de la folie (*Annales méd.-psychol.*, 1849).
(4) SÉGLAS, Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive (*Annales méd.-psychol.*, mai-juin 1893).
(5) BECKER, Affection mentale à la suite de l'influenza (*Neurol. Centralblatt*, 1890).
(6) KRAUSE, Deux cas de folie consécutive à l'influenza (*Neurol. Centralblatt*, 1890).
(7) KRÆPELIN, Psychoses après l'influenza (*Deutsche med. Wochenschrift*, mars 1890).
(8) LADAME, Des psychoses après l'influenza (*Annal. méd. psychol.*, 1890).
(9) WEBER, On delirium of acute insanity during the decline of acute diseases (*Med. chirurg. transactions*. London, 1865).
(10) RUSH, Inquires and observations. Philadelphie, 1805. On account of the influenza as it appeared in Philadelphia, 1789, 1790, 1791.
(11) BONNET (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1837, t. V, p. 175).
(12) PÉTREQUIN. Recherches pour servir à l'histoire générale de la grippe de 1837 en France et en Italie (*Gaz. méd. de Paris*, 1837, n° 51).
(13) CHRICHTON-BROWNE, Acute dementia (*West Riding, lunatic asylum medical Reports*, 1874).
(14) REVILLIOD, Des formes nerveuses de la grippe (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 10 mars 1890).
(15) EWALD (*Deutsche med. Wochenschrift*, 23 janv. 1890).

(1) JOFFROY, Délire avec agitation maniaque dans l'influenza (*Soc. méd. hôp. Paris*, 28 mars 1890).

Leledy (1) dans sa thèse, en 1891, résume les travaux parus à ce moment. Il conclut que la grippe, comme toute autre maladie infectieuse, peut donner lieu à des troubles mentaux pouvant affecter diverses formes, mais n'offrant aucune symptomatologie spéciale et qu'elle n'agit que comme cause occasionnelle ou adjuvante et non comme cause essentielle. La maladie mentale est due à des altérations dans le cerveau produites par des troubles de la nutrition, de la circulation et par les toxines de l'agent infectieux.

Kirn (2) publie cette même année une importante étude sur la question où il passe en revue les névroses et psychoses de l'influenza, la maladie infectieuse qui en provoque le plus fréquemment, à tous ses stades. En ce qui concerne les psychoses, il distingue : 1° celles de la période fébrile, comprenant : (*a*) *les délires fébriles ou psychoses transitoires aiguës*, caractérisées par de l'excitation ou de la dépression, avec illusions, hallucinations, cris, parfois symptômes de méningite, et (*b*) *les psychoses proprement dites* débutant brusquement à l'apogée de la fièvre, se traduisant par des aspects divers, agitation ou dépression, idées mélancoliques, idées de grandeur, ressemblant parfois au délire alcoolique avec lequel il ne faut pas les confondre, se terminant ordinairement au bout de quelques semaines par la guérison; 2° les psychoses du stade post-fébrile, embrassant toutes celles qui surviennent lorsque la fièvre a cessé jusqu'à trois semaines après, et comprenant : (*a*) *la psychose aiguë adynamique* qui correspond au délire de collapsus de Weber et aux psychoses asthéniques de Kræpelin et offre les mêmes caractères; (*b*) *la mélancolie*, avec tous les degrés intermédiaires entre la neurasthénie simple et la mélancolie la plus intense, se présentant ordinairement avec tendance au suicide, stupeur, refus de nourriture, symptômes cataleptiques, hallucinations et délire terrifiant, insomnie, affaiblissement de la nutrition, déchéance physique comme à la suite d'une longue affection fébrile, ressemblant souvent aux délires toxiques et finissant d'habitude au bout de six à huit semaines par la guérison; (*c*) *la manie*, la forme la plus rare, plus curable encore. Kirn note aussi que d'autres états d'aliénation mentale peuvent survenir après l'influenza (folie hystérique, paralytique, paranoia), mais l'influenza ne fait que les déceler, les aggraver, les rendre plus évidents et on ne doit les considérer que comme des psychoses pseudo-influenziques. En somme, l'influenza n'imprime pas aux folies dont elle provoque l'apparition des caractères nettement définis, surtout à celles de la période post-fébrile. Quant à la cause, Kirn considère que le facteur principal est l'intoxication par l'influenza; la toxine de l'influenza a une action très défavorable sur le système nerveux. Les psychoses de l'influenza doivent donc jusqu'à un certain point être considérées comme des psychoses par intoxication.

Althaus (3) en 1892, étudiant également les rapports de la folie avec l'influenza, a insisté sur la fréquence particulière des troubles mentaux dans cette maladie et sur la distinction entre le délire de l'état aigu, qui peut précéder, accompagner ou suivre la fièvre, et les véritables psychoses de la convalescence, qui n'ont pas de caractères à elles propres et qui ressemblent à celles observées après la fièvre rhumatismale, la fièvre intermittente ou la fièvre typhoïde, tout en ayant une durée plus longue et un pronostic moins bon. Il a noté six fois sur cent la paralysie générale qui, dans ces cas, a eu constamment une marche des plus rapides et un début assez éloigné des symptômes fébriles. Comme Kirn, il attribue la folie de l'influenza à un virus spécial (grippotoxine).

(1) LELEDY, Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe et de son influence sur les maladies mentales (Th. Paris 1891).

(2) KIRN, Les psychoses d'origine influenzique (*Allgemeine Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1891).

(3) ALTHAUS, On Psychoses after influenza (*The Journal of mental science*, april 1892).

Nous arrivons maintenant à une intéressante observation, sommairement indiquée par M. le professeur Pierret au Congrès de médecine mentale en 1892 et rapportée en détail un peu plus tard par M. Paret, son interne (1). Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, qui, à la suite de l'influenza, au commencement de l'année 1890, vit sa menstruation supprimée. En même temps, elle devint sombre, taciturne et ne mangea presque plus. Après une année passée ainsi dans sa famille, le refus d'aliments s'accentuant, elle fut admise à l'asile de Bron, le 27 avril 1891. Elle se trouvait dans une sorte d'état de stupeur avec immobilité, mutisme, sitiophobie nécessitant l'emploi de la sonde, amaigrissement progressif, pouls au-dessus de 100, hypothermie d'abord intermittente puis continue et finissant par osciller entre 33°5 et 36°. L'état s'aggrava peu à peu; il survint de la raideur des membres, des contractures d'abord volontaires et transitoires, puis spontanées et permanentes, des eschares; enfin, dans les derniers jours de la vie, de l'excitation légère avec loquacité, plaintes d'avoir froid, oscillations très grandes de température. La malade mourut le 3 mars 1892. L'autopsie révéla des particularités intéressantes. Au point de vue macroscopique, les méninges présentaient au niveau des régions frontales et pariétales une coloration louche; elles étaient épaissies, mais sans adhérences à la substance corticale. Au point de vue microscopique, M. le professeur Pierret a résumé les lésions ainsi qu'il suit à la Société des sciences médicales de Lyon, dans sa séance du 2 juillet 1892 : « A l'autopsie, nous avons constaté, dans les centres nerveux, l'existence de lésions qui, à mon avis, ne laissent aucun doute. Ce sont des lésions caractéristiques des inflammations d'origine microbienne. Ces lésions, dont j'ai donné la description dans la thèse de M. Julliard (1879) et qui, suivant moi, se rencontrent dans toutes les myélites ou les encéphalites infectieuses, sont les suivantes : stase des globules dans les vaisseaux, diapédèse et accumulation de globules blancs dans les gaines, émigrations lointaines des globules blancs, qui se rencontrent disséminés dans tous les espaces où ils ont accès. Dans la substance blanche comme dans la substance grise, on les observe avec leurs caractères histo-chimiques, tantôt rangés à la file, tantôt formant des groupes. Autour des cellules nerveuses, qui paraissaient avoir souffert le plus dans leur nutrition, on les voit réunis, contrastant par leur vitalité avec la cellule elle-même, au protoplasma trop clair, réticulé, et au noyau déformé qui tend à devenir excentrique. J'irais presque jusqu'à dire que certaines cellules se sont multipliées dans l'espace d'Obersteiner, mais après avoir au préalable perdu leurs caractères de différenciation. Sur des coupes, traitées par l'acide osmique, j'ai pu constater que beaucoup de leucocytes étaient chargés de très fines granulations graisseuses et même, sauf vérification plus délicate, il m'a semblé voir des bacilles très petits dans le voisinage de quelques cellules nerveuses. Quoi qu'il en soit, j'estime que nous sommes en présence d'un cas de méningo-encéphalite infectieuse, due à l'influenza, et c'est ce qui donne à l'observation présente une valeur particulière. »

Dans un mémoire plus récent et après avoir rapporté quelques observations de psychoses consécutives à l'in-

(1) PIERRET et PARET, Mélancolie avec stupeur suite d'influenza; hypothermie; autopsie; méningo-encéphalite infectieuse. (*Lyon médical*, 9 oct. 1892.).

fluenza, analogues à ceux de Kræpelin et Kirn, Krypiakiewicz (1) a fait connaître en détail un cas de paralysie générale latente ayant éclaté brusquement sous l'action de l'influenza. Le malade, âgé de 38 ans, exempt de syphilis et d'alcoolisme, fut atteint au mois de décembre 1888 d'influenza avec céphalalgie intense, mais sans troubles cérébraux. Au sortir de la maladie et après quatre ou cinq jours, il n'entra point en convalescence, mais devint mélancolique, incapable de tout travail; il s'imagina avoir perdu la méomire et qu'il ne guérirait jamais. Les réactions pupillaires et les réflexes étaient abolis. La maladie fut considérée comme un état neurasthénique. Après une amélioration de plusieurs mois, une rechute survint qui s'accompagna d'excitation, de projets d'ambition et de voyages, de dissipation. Admis en septembre à l'asile d'aliénés, le sujet ne tarda pas à présenter, en même temps que de l'agitation avec générosité exceptionnelle, de l'affaiblissement mental, de l'embarras de la parole, de la parésie faciale gauche, de l'inégalité des pupilles. Dans la suite, la démence et la parésie s'accentuèrent progressivement.

Il reste à se demander, en présence d'un fait de ce genre, quel rôle a pu jouer l'influenza sur le développement de la paralysie générale et si réellement elle n'a eu d'autre effet, comme le croit l'auteur, que de mettre en évidence une paralysie générale jusqu'alors latente. Les exemples déjà nombreux soit de délire de grandeurs simple, soit de démence paralytique et de méningo-encéphalite que nous avons déjà cités comme consécutifs aux maladies aiguës fébriles, nous autorisent à penser que l'action de l'influenza a été plus active, et qu'il s'est peut-être agi ici encore d'un de ces faits de paralysie générale d'origine infectieuse dont l'existence ne saurait rester bien longtemps douteuse, nous semble-t-il. Personnellement, l'un de nous a observé un cas analogue, à cette différence près que le malade était syphilitique et qu'après une phase très nette de confusion mentale post-grippale, accompagnée de mutisme et de mouvements spasmodiques, qualifiée à ce moment faute de mieux d'état neurasthénique avec obtusion mentale, il a progressivement versé dans un état qui se rapproche de la démence paralytique, y compris la malpropreté et le gâtisme.

Savage (2) constate que les effets de l'influenza ressemblent davantage à ceux consécutifs à la diphthérie ou encore à ceux dépendant de la syphilis ou du poison saturnin, qu'à ceux des fièvres. Les névroses graves surviennent surtout chez les héréditaires ou les sujets à système nerveux déjà atteint par l'alcoolisme, la syphilis, une folie antérieure. Dans quelques cas, la folie se révèle par un délire maniaque aigu. D'autres formes aiguës peuvent suivre le stade aigu de l'influenza, mais particulièrement les variétés ordinaires de *confusion mentale aiguë* (acute confusional insanity). Les plus sérieux effets de l'influenza ont consisté dans la mise en activité des symptômes de la paralysie générale. Dans un cas, un jeune homme, après une attaque négligée d'influenza, présenta ce que Clouston a appelé la paralysie générale de développement, sans avoir manifesté de signes de la maladie auparavant. Dans plusieurs circonstances, des hommes d'environ 40 ans, qui offraient déjà des symptômes de maladies nerveuses, versèrent rapidement dans la paralysie générale après une attaque d'influenza. Cela s'observa spécialement chez des hommes qui avaient été atteints de syphilis, d'alcoolisme, de blessures, ou avaient eu de grands chagrins. Le cours de la maladie n'était pas modifié par le fait de son origine.

Pour en finir avec les documents à citer, nous signalerons l'article tout récent de M. Toulouse (1), qui est bien plutôt une revue générale sur le délire des maladies aiguës qu'un mémoire spécial sur l'influenza, mais qui n'en contient pas moins certaines considérations utiles à relever ici. L'auteur, comme tous ceux dont nous avons déjà parlé, distingue les délires de la période aiguë et les délires de la convalescence. Les premiers ont pour caractère essentiel, ainsi que plusieurs observateurs et notamment M. Legrain (2) l'ont fait remarquer, de ressembler à tous les délires toxiques et en particulier au délire alcoolique, qui en est le type. Ils sont en effet le résultat d'une intoxication intense. Poisons minéraux, végétaux, animaux, infection, intoxication ou auto-intoxication, voilà bien les causes de ces troubles mentaux à début soudain, à évolution ordinairement rapide et toujours en rapport direct avec la continuité d'action de l'agent toxique ; troubles qui se caractérisent le plus souvent par l'excitation et quelquefois par de la dépression, mais toujours par une grande incoordination dans les idées, qui ne s'associent ordinairement pas pour former des conceptions délirantes de quelque durée et de quelque solidité. On peut donc dire d'une façon générale que les délires qui surviennent durant le cours des maladies aiguës sont des délires toxiques. Les psychoses de la convalescence, qui ne sont souvent que la continuation des délires précédents, peuvent affecter des formes diverses. Cependant, certaines maladies infectieuses graves, comme la fièvre typhoïde, l'influenza, les états puerpéraux ou les hémorrhagies graves, sont suivies assez fréquemment d'un état mélancolique avec stupeur et parfois même de stupidité simple simulant la démence, c'est-à-dire de ce que l'on appelle la *confusion mentale*, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, ni de la démence, mais qui tient à la fois des trois états. Plus rarement il y a de l'excitation maniaque ou des délires assez fortement systématisés. Ces psychoses, et notamment la confusion mentale, semblent en rapport avec l'adynamie générale de l'organisme, conséquence de la maladie fébrile. « Il se pourrait qu'après la maladie aiguë il restât des lésions somatiques, des troubles dans les fonctions de la nutrition, qui entretiennent les désordres psychiques. Le fait de paralysies générales survenant quelques mois après des maladies infectieuses semblerait indiquer, en effet, que ces dernières laissent quelquefois comme reliquat des dystrophies nerveuses. De même des vices de la nutrition qui se manifesteraient surtout par des symptômes cérébraux, mais susceptibles d'être mis en lumière par des recherches sur la toxicité des humeurs, pourraient être encore un héritage de la maladie aiguë. »

Telles sont les principales idées développées par M. Toulouse sur les folies des maladies aiguës : elles peuvent se résumer dans le fait de leur origine toxique et de leur manifestation habituelle sous forme de confusion mentale. Partant de là, l'auteur, dans la seconde partie de son mémoire, résume le tableau clinique de ce type morbide, bien décrit à l'étranger, mais qui n'est encore connu en France que par les descriptions récentes qu'en ont données M. Chaslin et M. Séglas. Nous aurons nous-mêmes à en retracer plus loin les traits principaux.

M. Régis et Chevalier-Lavaure (3).

(1) Krypiakiewicz, Ueber Psychosen nach Influenza nebst Bemerkungen über einen Fall von Paralysis progressiva (*Jahrbücher für Psychiatrie*, 1891, X. 1).

(2) Savage, Influenza and Neurosis (*Mental science*, july 1892).

(1) Toulouse, Psychoses post-influenziques et post-fébriles. La Confusion mentale (*Gazette des hôpitaux*, 30 mai 1893).

(2) Legrain, Les poisons de l'intelligence (*Annal. méd. psychol.*, 1891-1892).

(3) Extrait du rapport de M. M. Régis et Chevalier-Lavaure au Congrès de médecine de la Rochelle (août, 1893) sur les auto-intoxications dans les maladies mentales.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathogénie de l'angine de poitrine,

par le Dr Crocq fils.

(*Fin.*)

(*e*) *Angines accompagnant l'épilepsie.* — « Il n'est pas très rare, dit Trousseau, que des malades qui ont autrefois éprouvé des accès d'angor pectoris, prennent plus tard de véritables attaques de mal comitial, de même que, chez d'autres, l'angine de poitrine a pu autrefois être précédée d'accidents épileptiformes bien nettement caractérisés. »

Huchard au contraire dit : « *l'angine de poitrine n'est pas une manifestation de l'épilepsie.* » Certes la sténocardie n'est pas un symptôme essentiel de l'épilepsie, mais il n'en est pas moins vrai que l'épilepsie peut accompagner l'angine de poitrine. Songeons aux relations nombreuses de l'épilepsie et de l'hystérie, songeons que le premier de ces états morbides se trouve localisé dans le bulbe, songeons enfin que le centre vaso-moteur est également localisé dans le mésocéphale et nous comprendrons comment l'épilepsie peut engendrer l'angor pectoris. En effet, l'irritation, quelle qu'elle soit, siégeant au mésocéphale dans l'épilepsie, peut, par voisinage, se propager au centre vaso-moteur.

Nous concluons donc que, quoique l'angor pectoris ne soit pas symptôme de l'épilepsie, elle peut l'accompagner.

(*f*) *Angines accompagnant le diabète.* — « Il existe une forme d'angine de poitrine des diabétiques, imputable à l'arthritisme et nullement à la glycosurie » dit Huchard. Ceci est une question de mots, l'angine de poitrine se rencontre chez les diabétiques, que le diabète soit une manifestation de l'arthritisme, c'est certain, mais toujours est-il qu'il faut considérer le diabète parmi les facteurs étiologiques de l'angine de poitrine fonctionnelle. Huchard ne mentionne pas cette maladie parmi les causes de ses pseudo-angines, peut-être l'englobe-t-il dans ses formes neurasthéniques; il me semble cependant que le diabète doit avoir sa place dans l'étude de l'étiologie de cette maladie. Cet auteur envisage plus particulièrement le diabète comme amenant l'artério-sclérose; il paraît bien établi que le diabète, étant lui-même de nature nerveuse, peut amener d'autres lésions nerveuses centrales; « il est actuellement démontré, dit Lecorché, que le diabète peut exister comme symptôme de lésions nerveuses, il n'en est pas moins démontré que, dans d'autres cas, il est des lésions nerveuses centrales qui sont une conséquence de cette maladie et qui rendent compte de quelques-unes des mêmes manifestations qui apparaissent dans son cours. »

La glycosurie expérimentale démontre que le siège de cette maladie se trouve dans les centres nerveux, dans le mésocéphale; d'autre part nous voyons Lecorché dire que certaines lésions centrales peuvent être produites par le diabète; nous possédons enfin de nombreuses observations de diabétiques atteints d'angine de poitrine fonctionnelle, nous pouvons en inférer que l'irritation mésocéphalique de la glycosurie se propage au centre vaso-moteur si voisin et produit ainsi l'angine de poitrine fonctionnelle.

III. — Angine de poitrine fonctionnelle réflexe.

(*a*) *Origine périphérique.* — Un homme de 47 ans, cité par Valleix, avait des crises caractérisées par des douleurs survenant dans le bras gauche et se propageant à l'épaule, puis au cœur en même temps se manifestaient de l'anxiété et des *sueurs.*

Huchard vit un amputé de 53 ans être atteint de névralgie du moignon et consécutivement d'angine de poitrine durant une demi-heure et n'étant provoquées par aucune cause.

Lasègue rapporte le cas d'un homme, âgé de 57 ans, cirier, dont le métier consiste à tourner continuellement, entre les doigts de la main gauche, le bout de la mèche du cierge qu'il fabrique. Un jour, ayant travaillé comme d'habitude, vers six heures du soir, il sentit une douleur électrique partir de son petit doigt gauche, remonter le long du bras et atteindre la région précordiale, où elle devint tellement forte qu'il se laissa tomber; plus tard des attaques se produisirent tous les soirs régulièrement à 7 heures.

Le même auteur dit qu'une dame âgée de 40 ans, hystérique, fut prise d'une douleur persistante, vive dans le bras gauche, le membre était rouge et la compression du nerf cubital était douloureuse; quelque temps après, se manifestèrent des douleurs angineuses qui furent guéries par le traitement arsenical; *la malade était déjà atteinte avant cela de troubles vaso-moteurs multiples*, entre autres des hémorrhagies utérines.

Je pourrais citer encore de nombreux exemples d'angine de poitrine réflexe, d'origine périphérique, mais je n'abuserai pas plus longtemps de la complaisance du lecteur. Notre théorie vaso-motrice est-elle capable de donner une explication rationnelle de ces faits?

Oui, car nous avons vu que l'excitation périphérique d'un nerf sensible détermine des troubles vase-moteurs; je crois cependant que pour expliquer la rareté d'apparition de l'angine dans des circonstances semblables, il faut faire intervenir une prédisposition personnelle, un *locus minoris resistentiæ* dans le bulbe; ceci se rapproche fortement de la neurasthénie et peut même à la rigueur se confondre avec elle.

Nous pouvons conclure que les névrites et douleurs périphériques intenses sont capables, par action réflexe sur le centre vaso-moteur, de produire l'angine de poitrine fonctionnelle.

B. *Origine viscérale.* — Heberden, Wichman et Butter déjà avaient remarqué que les accès angineux avaient souvent pour point de départ une digestion pénible; Ulbersperger, Brera et Averardi signalèrent des cas de sténocardie dans les maladies abdominales. Mentionnons encore Franck, Desportes, Reider, Handfield Jones, Stokes, parmi ceux qui signalèrent des cas d'angine de poitrine réflexe. Pour nous, cette catégorie de causes se rattache plutôt à l'angine sympathique : en effet, les organes dont les lésions donnent le plus souvent lieu aux accidents sténocardiques sont ceux qui sont innervés par la pneumo-gastrique, nous pouvons donc admettre que l'irritation de ce nerf se transmet de proche en proche jusqu'au bulbe et, de là, au centre vaso-moteur; ici encore, pour expliquer la rareté des cas de sténocardie relativement à la grande fréquence des maladies du foie et de l'estomac, il faut faire la part de la neurasthénie, d'un *locus minoris resistentiæ* situé dans le bulbe. Voici des expériences qui prouvent la mise en jeu du centre vaso-moteur dans ces cas : Morel et Arloing virent, chez un animal curarisé, la pression sanguine s'élever notablement dans l'artère pulmonaire, après l'excitation du foie; Barié entendit à l'auscultation, dans les mêmes circonstances, une accentuation du deuxième bruit pulmonaire. La distension du cœur droit notée par tous les auteurs, à la suite des excitations viscérales, ne prouve-t-elle pas une contraction spasmodique des artérioles et le reflux du sang dans le système veineux? Cette contraction des artérioles, cette élévation de la pression sanguine, ne montrent-elles pas clairement l'intervention du centre vaso-moteur?

L'idée que j'ai émise plus haut, que l'irritation se propage de proche en proche par le pneumogastrique, est confirmée par le fait que les sténocardies accompagnent relativement très souvent les maladies du foie et de l'estomac, rarement au contraire on les voit se développer sous l'influence des maladies abdominales des organes non innervés par ce nerf.

Cette petite étude sur la pathogénie de l'angine de poitrine nous montre que cette maladie, dont la cause physiologique est constante, reconnaît une origine totalement différente suivant qu'elle est organique ou fonctionnelle. Cette division est indispensable pour se faire une idée réelle de la nature de la sténocardie, mais, en pratique, elle n'est pas toujours bien tranchée, nous sommes même très disposé à croire que très souvent l'angine de poitrine organique s'accompagne d'angine de poitrine fonctionnelle; nous avons émis et développé cette idée dans notre travail sur la nature et le traitement de l'angine de poitrine, nous ne faisons que l'énoncer ici.

Nous terminerons est exposé par la relation d'une observation inédite d'une de ces angines de poitrine mixtes.

M. X, âgé de 70 ans, d'un tempérament nerveux, n'a jamais eu de maladie grave; de conduite régulière, il a cependant une grande propension à se livrer aux plaisirs de la table. Il y a un an, il a commencé à éprouver des sensations de gêne et de fatigue dans les membres, son activité a diminué; il y a six mois, il a eu une indigestion accompagnée d'une douleur sous-sternale vive, s'irradiant le long des membres supérieurs et d'un engourdissement manifeste des mains, l'appétit a disparu; au bout de quelques jours ces phénomènes se sont un peu dissipés, mais non complètement.

De temps en temps le malade éprouvait des accès de douleur vive, poignante, accompagnée d'une gêne de respiration très grande; en même temps il éprouvait une sensation intense de malaise, d'anéantissement, il lui semblait qu'il allait mourir. Les sensations douloureuses s'étendaient chaque fois dans les deux bras et s'accompagnaient d'engourdissement des mains; le pouls était habituellement diminué de force, parfois ralenti, parfois irrégulier, parfois très fréquent, surtout au moment des accès.

Le malade suivait un régime modérément tonique, il prenait beaucoup de lait, peu de vin; comme médication il avait été soumis à l'usage de l'acide arsénieux, de l'extrait de noix vomique et surtout de l'iodure de potassium.

Le 16 septembre 1891, son estomac se dérangea, l'appétit diminua considérablement, néanmoins bientôt le malade alla mieux et ne craignit pas de manger du jambon et de la salade; il s'ensuivit une indigestion qui détermina un accès de violentes douleurs caractérisées, comme il a été dit ci-dessus, par une sensation d'anéantissement; le pouls devint petit, irrégulier et très fréquent; la langue était fortement chargée, l'impulsion du cœur était faible, la pointe dépassait notablement la ligne mamillaire gauche, la matité précordiale dépassait la ligne médio-sternale; à la pointe on ne percevait aucun bruit morbide, dans l'aorte, à droite du sternum, le premier bruit était peu intense et légèrement soufflant. On prescrivit la diète, des lavements de sulfate de quinine et l'on fit appliquer un vésicatoire à la région précordiale.

Sous l'influence de ce traitement, le malade alla rapidement mieux, l'appétit se manifesta; le 20 septembre on put commencer à alimenter le malade, on lui fit prendre du bouillon et l'on augmenta progressivement son alimentation. Le 2 octobre on laissa le vésicatoire se fermer, on supprima la quinine et l'on prescrivit des pilules de 15 milligrammes d'extrait de belladone, à prendre trois par jour. Le malade continua à aller d'une manière satisfaisante jusqu'au 6 octobre; ce jour-là, il prit une petite boulette de veau, du lait et un œuf à la coque. Le 7 il éprouva du malaise, cependant il mangea encore quelque peu; on lui rendit les lavements de sulfate de quinine et on lui fit prendre le soir du sirop de morphine; dans la nuit le malade eut un accès de douleur sous-sternale vive avec irradiation dans les deux bras et sensation d'anéantissement; le lendemain matin il eut des vomissements, son pouls était filiforme, à peine perceptible, les bruits du cœur étaient précipités, irréguliers, la langue était chargée; dans la matinée le malade succomba.

La description de ce cas est assez claire pour permettre d'assurer qu'il s'accompagnait d'artério-sclérose, cependant nous y voyons les accès se montrer constamment après une digestion pénible ou une indigestion, jamais par un mouvement ou un effort, comme cela arrive constamment dans l'angine de poitrine organique pure; ajoutons que les accès duraient longtemps comme dans la sténocardie fonctionnelle.

Comment concilier l'existence, d'une part de l'artério-sclérose, de l'autre de symptômes caractéristiques de l'angine de poitrine fonctionnelle? Voici l'explication qui me paraît la plus vraisemblable: le malade était artériosclereux, l'altération de l'endartère existait à l'aorte et aux artères coronaires, mais elle ne rétrécissait pas suffisamment ces dernières pour donner naissance à l'angine de poitrine pure; une indigestion, par l'irritation qu'elle amène dans le pneumogastrique, et de là dans le bulbe, a amené un rétrécissement spasmodique des vaisseaux, qui à lui seul n'aurait certes pas suffi à produire la sténocardie, mais qui, en s'ajoutant au rétrécissement des artères coronaires, dépendant de l'artériosclérose, pouvait causer une véritable ischémie cardiaque. Aussi voyons-nous l'état du malade suivre les oscillations de celui de son estomac: l'irritation de celui-ci diminuait-elle, aussitôt une amélioration évidente se produisait. Si nous voulons une autre preuve de l'intervention du centre vaso-moteur dans la production des accès de ce malade, nous dirons que les troubles vaso-moteurs y ont été manifestes: il y avait engourdissement dans les mains. « Mais alors, me direz-vous, c'est une angine de poitrine fonctionnelle, pourquoi la décrivez-vous ici? »

Elle est fonctionnelle, mais cependant pas complètement, puisque, sans l'altération artério-scléreuse, elle ne se serait, à mon avis, pas produite; je la place ici parce qu'elle paraît organique et qu'elle est véritablement mixte. L'âge, le tempérament calme, les antécédents intacts du malade, prouvent que sans l'endartérite, l'angine de poitrine ne se serait pas déclarée, je dis plus: si le malade n'avait pas eu de dérangement d'estomac, il aurait été atteint, peu de temps après, d'angine de poitrine vraie, sans avoir présenté les accès de sténocardie fonctionnelle. On me demandera peut-être comment la mort a pu se produire, alors que dans l'angor nerveux elle est la rare exception. Je dirai que peut-être, comme le croit le professeur Crocq, un thrombus résultant de l'endartérite a fini par oblitérer une des branches des artères coronaires; je dois cependant faire remarquer que le malade fut oppressé pendant toute la nuit qui précéda sa mort et qu'il eut des accès presque non interrompus, on comprend que son cœur, ischémié pendant une période de temps aussi longue, ait fini par ne plus avoir la force de continuer à se contracter, ce que confirme du reste le genre de mort du patient qui s'endormit sans jeter un cri. Que ce soit un thrombus ou que ce soit l'ischémie prolongée du cœur qui ait amené la terminaison fatale, celle-ci ne résulte pas directement de l'angine de poitrine fonctionnelle, mais bien de l'artério-sclé-

rose : dans le premier cas on comprend facilement la formation d'un thrombus; dans le second, un cœur normal aurait résisté, mais un cœur affaibli et artério-scléreux a manqué de force. Il résulte de ces considérations que non seulement l'artério-sclérose a été ici la cause principale de la sténocardie, mais encore qu'elle a été la cause efficiente de la mort du malade.

Ce cas vient confirmer l'opinion déjà émise précédemment : que l'*angine de poitrine organique s'accompagne souvent d'angine de poitrine fonctionnelle.*

La théorie que nous émettons a été acceptée déjà par plusieurs auteurs; Bucquoy, Merklen, Barié, Barth et Rendu, qui composaient la Commission chargée d'examiner mon travail présenté au concours de la Société médicale des hôpitaux de Paris, se rangent à cette manière de voir.

« La Commission, a dit Rendu (1), a loué *sans réserve* la proposition dominante qui résume l'esprit de ce travail. Pour l'auteur, l'angine de poitrine, quelle qu'elle soit, est une maladie unique, dont la cause physiologique est identique à elle-même, et on ne saurait l'envisager comme un syndrome : seulement elle peut être organique ou fonctionnelle. De là, une division fondamentale dont l'auteur poursuit les conséquences sur le terrain de l'anatomie pathologique, de l'étiologie et de la symptomatologie, et qui le conduit à étudier les rapports avec l'artério-sclérose. Cette manière de voir a paru à la Commission l'expression même de la vérité, et elle a le mérite de ramener toutes les variétés d'angine de poitrine à un mécanisme pathogénique commun, au lieu de disséminer le syndrome en une série d'entités morbides secondaires, comme ç'a été la tendance dans ces dernières années. »

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hémiplégie post-diphthéritique (Ueber einen Fall von halbseitiger Læhmung nach Diphtherie), par EDGREN (*Deuts. med. Woch.*, 7 septembre 1893, n° 36, p. 864). — Les paralysies à forme hémiplégique sont exceptionnelles. Il s'agit d'un enfant de 10 ans, qui eut la diphthérie le 15 novembre 1890, pour laquelle il fit un séjour de 3 semaines à l'hôpital. Peu après, la mère remarqua la faiblesse du côté droit avec difficulté de la parole. A l'examen, en janvier 1892, on constate : très légère hémiparésie du facial inférieur droit, parésie du côté droit avec exagération des réflexes et clonus du pied du même côté. Aucun trouble de la sensibilité. L'auteur rappelle les rares observations analogues qui ont été déjà publiées (Œrtel, Eichhorst, Sanné, Monté, Henoch). La paralysie dans ces cas est analogue à l'hémiplégie par hémorrhagie cérébrale, et il semble bien que la cause soit semblable. Cette paralysie proviendrait de lésions vasculaires engendrées par le microbe ou sa toxine.

Folie et pseudo-folie chez les enfants (Some forms of insanity and quasi-insanity in children), par CH. K. MILLS (*The medical and surgical Reporter*, août 1893, n° 1902, p. 323). — Les affections mentales sont rares chez les enfants et limitées à certaines formes, car pour le développement de plusieurs types de folie, il est nécessaire que le cerveau en soit arrivé à un degré suffisant de son évolution. C'est ainsi qu'on n'observe pas chez eux la paranoia. On trouve dans l'enfance les variétés suivantes : mélancolie, manie, folie choréique, folie hystérique, folie cataleptique, folie épileptique, folie morale. Le terme de *quasi-insanity* sert à désigner des folies partielles ou des pseudo-folies, soit les délires avec conscience ressortissant à la folie du doute : des phobies de cet ordre s'observent parfois chez les enfants.

(1) *Bulletins et mém. de la Société méd. des hôpitaux de Paris* (séance du 22 juillet 1892).

Tremblement et anorexie hystérique (Hysterical tremor and hysterical anorexia — anorexia nervosa — of a severe type), par J. H. LLOYD (*The american journal of the medical Science*, septembre 1893, n° 257, p. 264). — L'auteur a observé, chez une femme de 26 ans, de l'anorexie invétérée avec vomissements, ainsi que du tremblement hystérique du « type Rendu ». Tous ces accidents cédèrent, grâce à l'emploi combiné de l'isolement et au traitement moral. A cette occasion, il expose l'histoire complète du tremblement hystérique : causes, signes cliniques, diagnostic, et émet l'opinion qu'on y doit faire rentrer la pseudo-sclérose en plaques de Westphal.

Le nerf récurrent laryngé, par STOCQUART (*Journal de médecine de Bruxelles*, 9 septembre 1893, n° 36, p. 577). — L'auteur retrace l'anatomie normale du nerf recurrent, insistant sur ses rapports au cou. Il montre que, dans certains cas, des tumeurs de la thyroïde peuvent le comprimer. Il en conclut qu'en cas de troubles fonctionnels laryngés ressortissant à ce nerf, par le fait de la compression thyroïdienne, le chirurgien serait autorisé à intervenir.

Syringomyélie (A case of syringomyelia), par COLEMAN (*The Lancet*, 12 août 1893, n° 3650, p. 362). — Sujet âgé de 36 ans; il a souffert au début, il y a 10 ans, de douleurs intercostales, puis de faiblesse de la main droite, puis dans la gauche, qui ne tardèrent pas à s'atrophier et à présenter des troubles trophiques, œdème et refroidissement. Actuellement, il offre, en même temps que des mains en griffe, des troubles de la sensibilité (dissociation) et des troubles trophiques tout à fait caractéristiques de la syringomyélie.

MÉDECINE

Myxœdème (A case of myxœdema, treated with thyroid extract by the stomach, and a description of the method of preparing the extract), par CRARY (*Medical Record*, 17 juin 1893, p. 739). — Une femme de 43 ans, ayant eu en 11 ans huit accouchements et une fausse-couche, en octobre 1884, deux mois après la naissance du dernier enfant, eut une maladie aiguë de Bright; il y a sept ans elle eut une paralysie faciale gauche et il y a cinq ans elle eut une attaque de fièvre paludéenne à forme typhique. En 1892, elle présentait de l'œdème de la face et du cou et des régions sus et sous-claviculaires ; les lèvres étaient épaissies et bleuâtres ; la langue était épaissie ; la peau était sèche, cireuse ; il y a de la dyspnée ; les mains sont enflées, il en est de même des seins ; les cheveux et les poils tombent, il y a une sensibilité exagérée au froid, de la surdité, de la mélancolie, de l'anaphrodisie, et les règles sont supprimées. L'urine contient de l'albumine. On administra à la malade, le 9 décembre 1892, de la nitro-glycérine, de la strychnine, du fer, de la pepsine et de l'extrait de glande thyroïde qu'on fit prendre par la bouche. Tout alla bien, sauf un peu de fièvre, jusqu'au 22 décembre, quand la malade tomba dans le collapsus. On l'en tira avec beaucoup de peine. On ne recommença à donner l'extrait que le 29 décembre. Il s'établit dès lors une amélioration qui alla continuellement en augmentant et en mai tout signe de myxœdème avait disparu.

L'extrait qui a produit de si bons résultats était préparé avec des corps thyroïdes de mouton macérés à l'état frais dans de la glycérine.

Myxœdème (A contribution to the subject of myxœdema, with the report of 3 cases treated successfully by thyroid extract), par STARR (*Medical Record*, 10 juin 1893, p. 705).

I. Une femme de 46 ans commença à être atteinte de myxœdème en 1882 ; tuméfaction de la peau, lésions des ongles, perte des cheveux, hypothermie, sensibilité au froid. Elle eut des métrorrhagies abondantes pour lesquelles on fit sans résultat l'ovariotomie. La compréhension est devenue plus lente et la mémoire a baissé. Le 10 mars 1893 on la soumit au traitement par l'extrait glycériné de glande thyroïde. Au bout de dix jours l'amélioration survint, fut merveilleuse tant au point de vue intellectuel que mental ; l'œdème a disparu ; la température s'est élevée.

II. Une femme de 22 ans eut ses premiers symptômes de myxœdème en 1889, et la maladie s'établit graduellement ; en 1891 commencèrent les troubles mentaux mélancoliques. Le 6 janvier on commença le traitement par l'extrait de corps

thyroïde. Le 1er mai l'amélioration était très grande ; l'œdème avait presque complètement disparu ; l'état mental s'est très amélioré.

III. Une femme de 46 ans avait des symptômes de myxœdème depuis 1880 ; des muscles de la face étaient paralysés et contracturés ; les règles disparurent ; il y eut des troubles de la parole, de la surdité, des céphalées, de l'insomnie, des attaques de dyspnée et de la dépression mentale. L'urine était diminuée et contenait de l'albumine. On institua le traitement par l'extrait de corps thyroïde. Dès que ce traitement fut institué, survinrent des accidents fort graves : une fièvre vive, 160 pulsations cardiaques par minute, une dyspnée extrême. On combattit ces symptômes par de la digitale, de l'atropine, de l'alcool et de la strychnine ; ils disparurent en 36 heures. On recommença le traitement avec des doses plus faibles. Au bout de 4 mois l'amélioration était considérable.

Traitement du myxœdème (Clinical remarks on certains changes observed in the urine in myxœdema after the administration of glycerine extract of thyroid gland), par Ord et White (*Brit. med. Journ.*, 29 juillet 1893, p. 217). — Sous l'influence du traitement du myxœdème par l'extrait glycériné de glande thyroïde,

1° L'urine est sécrétée en plus grande abondance ;

2° La quantité totale d'éléments excrétés par l'urine est supérieure à celle qui est introduite par les aliments ;

3° L'acide phosphorique et le chlore éliminés ne subissent aucune modification ;

4° La quantité d'azote excrétée en excès est surtout sous la forme d'urée ;

5° Le poids du corps diminue ;

6° La température s'élève.

CHIRURGIE

Corps étranger du vagin (Zur Kasuistik der Fremdkœrper in den weiblichen Geschlechtstheilen), par Cipiusky (*Centrab. f. Gynœk.*, 1893, n° 34, p. 791). — Il s'agit d'une femme de 50 ans, qui, 6 ans auparavant, s'était introduit, sur le conseil d'une voisine, un bouchon de carafe en verre dans le but de maintenir son utérus prolabé.

Depuis 6 mois seulement elle commençait à souffrir de la présence du corps étranger, et vers la même époque elle fut prise pour la première fois d'incontinence d'urine.

Au toucher on sentait le corps étranger, de même qu'un grand nombre de concrétions calcaires dont quelques-unes du volume d'une noix.

Extraction du corps étranger, qui avait 5 centim. 1/2 de diamètre, et ablation des concrétions sur la paroi antérieure du vagin. On constata alors l'existence de plusieurs déchirures dont deux communiquant largement avec la vessie.

La malade resta à la clinique pour subir l'opération nécessitée par les fistules vagino-vésicales.

Corps étranger dans l'abdomen (Foreign body in the abdomen; perforation of the abdominal wall; death; necropsy), par Roux (*Lancet*, 9 septembre 1893, p. 632). — Une femme de 64 ans, folle, ayant une tendance au suicide, présenta le 16 mai une grosseur au niveau de l'abdomen, un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic. Cette grosseur ne rappelait en rien une tumeur ordinaire. La malade avoua que trois semaines auparavant elle avait avalé une cuiller à café. Les parents refusèrent toute intervention chirurgicale. La peau au niveau de la tumeur devint rouge et s'ulcéra, et la poignée de la cuiller se fit jour. Les parents refusant toujours une opération, on essaya de dilater le trajet pour extraire le corps étranger, ce qui réussit. Six jours après la malade mourut.

Du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par Rœrsch (*Revue de chirurgie*, 10 juillet 1893, p. 529). — Il y a lieu de distinguer :

Des formes ascitiques aiguës ou chroniques, généralisées et enkystées ;

Des formes sèches et fibrino-plastiques adhésives ;

Des formes ulcéreuses.

Dans ces dernières les résultats opératoires semblent moins bons. Au point de vue des indications, on peut dire que l'opération est très rarement nuisible et qu'au contraire elle est le plus souvent de la plus grande utilité ; la guérison peut être obtenue dans toutes les formes, dans toutes les variétés de péritonite tuberculeuse. Presque toujours, même dans les cas qui doivent se terminer fatalement, l'opération est suivie d'une amélioration marquée dont on doit profiter pour instituer un traitement médical efficace ; cela est vrai même pour les formes ulcéreuses graves.

La seule intervention radicale, la seule qui ait donné de bons résultats en offrant le moins de dangers, est la laparotomie ; on fera l'incision médiane et sous-ombilicale. Pour le lavage du péritoine, le mieux est d'employer la solution physiologique de chlorure de sodium à 37°. Le drainage doit être rejeté ; il retarde la guérison et prédispose aux fistules. On ne peut dire que la laparotomie guérisse la péritonite tuberculeuse, elle ne fait qu'aider puissamment à la guérison spontanée en rendant au péritoine les qualités nécessaires pour s'opposer à la marche envahissante de lésions et pour résorber les produits inflammatoires devenus inutiles ou nuisibles.

L'éthérisation des hernies étranglées (Ueber die Ætherisation incarcerirter Hernien), par Gussenbauer (*Prag. med. Woch.*, 1893, n° 35). — Il y a deux ans, Finkelstein a publié un procédé qui permet d'obtenir la réduction des hernies étranglées. Ce procédé consiste à mettre le malade au lit, le siège élevé, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses, et à verser sur la tumeur, toutes les 15 minutes, deux cuillerées d'éther. Au bout de quelques heures la réduction se fait spontanément ou à l'aide d'un taxis léger.

Gussenbauer essaya cette méthode dans 26 cas de hernies étranglées et eut 20 succès. Le procédé de Finkelstein est donc à essayer.

BIBLIOGRAPHIE

Précis iconographique des maladies de la peau, par le Dr E. Chatelain, avec 50 planches en couleur reproduites d'après nature par Félix Méheux. Paris, A. Maloine 1893.

L'ouvrage que publie M. le Dr Chatelain répond à un besoin et pourra rendre les plus signalés services. En dermatologie surtout il importe de voir pour savoir ; il faut par des leçons de choses et par des figures exécutées avec soin mettre le praticien à même de reconnaître les diverses manifestations des affections cutanées, de distinguer les aspects multiples que présentent celles-ci suivant les conditions de milieu. En cette matière l'éducation de l'œil est indispensable. On ne peut donc qu'applaudir à la tentative que révèle l'apparition de ce précis. Il n'est destiné ni à remplacer les traités de dermatologie français et étrangers devenus classiques ni à suppléer l'admirable ouvrage auquel les annotations de MM. E. Besnier et Doyon ont donné tant d'intérêt et de valeur, mais il doit permettre au praticien de mieux apprendre à reconnaître les lésions cutanées et, par conséquent, de les mieux guérir.

Pour réussir dans cette voie, il importe que les planches en couleurs qui illustrent un ouvrage de ce genre soient non seulement très bien exécutées, mais encore choisies de façon à ne laisser aucun doute au point de vue du diagnostic. L'habileté de M. F. Méheux est si connue qu'il est inutile d'insister pour bien montrer avec quel soin il s'est acquitté de sa tâche. Quelques planches, en particulier celles qui servent à montrer le lichen plan, le prurigo de Hébra, le pityriasis rosé, la pédiculose du corps, etc., sont cependant choisies sur des sujets peu caractéristiques au point de vue clinique. L'érythème polymorphe ressemble à du favus cutané et la tricophytie du cuir chevelu est peu reconnaissable. Mais ce ne sont là que des exceptions. L'ensemble est satisfaisant. Nous en dirons autant des descriptions cliniques. Empruntées souvent aux traités classiques, ce qui est tout à l'éloge de l'auteur, elles sont parfois un peu écourtées alors que la place laissée au traitement est trop étendue en raison du grand nombre de formules qu'elles nous donnent sans une suffisante critique. Mais c'est là un reproche que l'on pourrait adresser à la plupart des traités de dermatologie. Nous préférons donc rendre justice aux efforts de M. le Dr Chatelain et ne signaler, dans son livre, que les chapitres dignes d'éloges. L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ETUDES DE PHYSIOLOGIE ARTISTIQUE FAITES AU MOYEN DE LA CHRONOPHOTOGRAPHIE, par MM. E. G. MAREY, membre de l'Institut, professeur au Collège de France, directeur de la station physiologique, et G. DEMENY, préparateur de la station physiologique. Paris, 1893. Soc. d'édit. scientifiques. 1er album. Prix, 4 fr.

On sait avec quelle ingéniosité et quel succès M. Marey, depuis bien des années, étudie la mécanique animale, avec quelle délicatesse et quelle précision il a appliqué la photographie à ces recherches. Ses investigations sur le vol des oiseaux, sur la marche, sont restées classiques. Actuellement il entreprend une publication qui aura pour les artistes une importance majeure, en leur mettant sous les yeux des photographies exactes des divers mouvements. La première série comprendra les mouvements de l'homme, et paraîtra par livraisons, de 6 planches chacune. La livraison actuelle contient : un coup de bâton; lancer et recevoir un boulet; efforts successifs de traction; la marche; la course rapide.

ANATOMIE DES CENTRES NERVEUX, GUIDE POUR L'ÉTUDE DE LEUR STRUCTURE A L'ÉTAT NORMAL ET PATHOLOGIQUE, par le Dr HEINRICH OBERSTEINER, professeur à l'Université de Vienne, traduit de l'allemand sur la 2e édition, par le Dr J. X. COROENNE, avec 184 gravures sur bois. Paris, G. Carré, 1893.

Le livre de M. Obersteiner est à la fois élémentaire et scientifique. A chaque instant on voit l'auteur y faire appel aux notions d'anatomie et de physiologie comparées, pour faciliter la compréhension de certains détails dont sans cela on ne saisit guère la raison d'être. Le plan de l'ouvrage est le suivant. Après une étude générale des méthodes de recherche auxquelles il faut recourir, vient une partie consacrée à la description morphologique du système nerveux central; puis on trouve tous les renseignements voulus sur les éléments histologiques de ce système. Ensuite sont passés en revue la structure de la moelle épinière, la topographie du cerveau, les faisceaux et voies nerveuses, enfin les enveloppes du système nerveux central. La description morphologique est intéressante en ce qu'on y trouve de nombreuses synonymies, ce qui est utile; elle a le défaut de n'être pas toujours faite en obéissant a une nomenclature fixe. Les faisceaux d'association, ceux de la moelle, les origines des nerfs crâniens sont l'objet d'une étude approfondie.

LES FERMENTATIONS, par Emile BOURQUELOT, docteur ès sciences, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pharmacien en chef de l'hôpital Laënnec. 1 vol. in-16, de 204 pages, illustré de 21 figures intercalées dans le texte; prix, broché 3 fr. 50; cartonné 4 fr. Société d'éditions scientifiques.

Le mot *fermentation* désignait à l'origine tous les phénomènes dans lesquels on voyait une masse liquide ou juteuse se boursoufler en dégageant des gaz sans cause apparente ou connue. Le moût de raisin bouillonnant dans la cuve, la pâte du pain se soulevant dans le panier du boulanger sont des exemples vulgaires de ces phénomènes. Plus tard on observa des *modifications spontanées* dans certains liquides (transformation du vin en vinaigre), ou des réactions d'ordre physiologique (digestion des aliments) qui firent étendre la signification de l'expression primitive. Ce n'est qu'en 1835 que Cagniard-Latour découvrit la nature vivante de la levûre de bière, — Schwann, Kützing et Pasteur établirent à leur tour que toute fermentation, alcoolique, lactique, butyrique, acétique, etc , impliquait « l'organisation, le développement et la multiplication d'organismes cellulaires; la vie continue, poursuivie des globules, déformés. » Berthelot, en 1860, fit une distinction nouvelle; il établit avec précision les dégâts entre deux ordres très différents de phénomènes. Il montra, en isolant le *ferment glucosique* non organisé, que « l'être vivant n'est pas toujours le ferment, mais que c'est lui qui l'engendre, car les *ferments solubles* une fois produits exercent leur action indépendamment de tout acte vital intérieur. » A côté des phénomènes produits par des êtres organisés, il y a donc des fermentations déterminées par des corps organiques solubles, mais inorganisés. M. Bourquelot, dans son livre des « *Fermentations* », vient de faire très complètement l'historique de cette intéressante question. Il a magistralement exposé tous les résultats acquis tant sur les ferments solubles que sur les ferments organisés. Ces derniers sont longuement étudiés dans la deuxième partie de l'ouvrage du savant professeur, et nous ne saurions trop recommander aux étudiants, aux chimistes, aux pharmaciens et aux industriels la lecture de cette synthèse écrite par un spécialiste dont l'autorité est incontestable.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

VARIÉTÉS

La première ovariotomie faite en France.
Souscription en vue de conserver les restes de Voycikowski.

Dans le *Bulletin d'oculistique de Toulouse* (p. 12) M. le Dr Rolland rappelle que la première opération d'ovariotomie, pratiquée en France avec succès, a été faite dans le village de Montfort, canton de Quingey (Doubs), le 28 avril 1844, par un médecin polonais alors âgé de trente-quatre ans. Dans son article du *Dictionnaire encyclopédique,* le Dr Boinet appelle ce médecin Voyerkowski et, après lui, la plupart des médecins qui ont écrit l'histoire de l'ovariotomie lui donnent ce nom. Les recherches du Dr Rolland lui ont prouvé qu'il s'appelait Voycikowski. Il a appris de plus que Voycikowski était mort pauvre et que ses héritiers mènent à Dijon une existence des plus précaires, si bien que, le cimetière de Dijon, où Voycikowski a été enterré, devant être transformé, ils n'ont pas les ressources nécessaires pour faire face aux frais de la translation des restes de leur aïeul. Dans ces conditions, M. le Dr Rolland demande que le corps médical français fasse pour le médecin de Quingey ce qui a été fait pour Daviel et il ouvre, dans ce but, une souscription, en ajoutant : « Quand le souscripteur ne sera pas un médecin très en renom ou un professeur d'une faculté, nous n'accepterons pour souscription que deux francs. » Nous nous empresserons de transmettre à Toulouse et les souscriptions des médecins-professeurs et les deux francs de ceux de nos confrères qui voudront s'associer à cette œuvre.

Nécrologie. — Le Dr Gustave-Antoine Richelot, qui vient de mourir à l'âge de 87 ans, était le dernier survivant des trois fondateurs de l'*Union médicale* et l'un des derniers représentants de cette laborieuse phalange d'écrivains qui, de 1840 à 1870, contribuèrent à la vulgarisation des sciences médicales.

Né à Nantes, arrivé à Paris à l'âge de 18 ans, docteur en médecine en 1831, il ne dut qu'à son travail la situation honorable qu'il a su conquérir. Longtemps il collabora aux *Archives générales de médecine* et au *Dictionnaire en 60 volumes* où il ne pouvait signer ses articles, même ceux qui, par l'originalité des vues qu'il y exposait et par l'érudition dont il faisait preuve, lui auraient assuré une légitime notoriété. A l'*Union médicale*, dont il fut, avec A. Latour, le principal rédacteur, il fit paraître un grand nombre d'articles de critique médicale. Enfin il traduisit de l'anglais l'œuvre monumentale de Hunter, les œuvres d'A. Cooper et le *Traité des maladies des yeux* de Mackensie. Au Mont-Dore, dont il fut médecin inspecteur, il donna l'exemple de la courtoisie et de l'honnêteté professionnelles. Le corps médical tout entier s'est associé au deuil de son fils, notre savant et aimé confrère le Dr L.-G. Richelot.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort d'un médecin de talent et d'avenir, le Dr A.-B.-E. Pignot, ancien interne des hôpitaux de Paris, enlevé à l'âge de 36 ans par une fièvre typhoïde.

11e Congrès international de médecine de Rome.
Comité français.

Nous avons annoncé à diverses reprises que la session du Congrès de Rome avait été ajournée au mois d'avril 1894. A ce sujet, M. le Dr Marcel Baudoin, secrétaire général du Comité français, adresse à ses collègues une circulaire qui se termine par les déclarations suivantes :

« Tous les souscripteurs qui ont versé le montant de leur cotisation au Secrétariat général du Comité français, et qui, n'ayant plus l'intention de se rendre à Rome en 1894, désireraient être remboursés, doivent adresser de suite au Secrétaire général de ce Comité une demande écrite de remboursement. Cette demande sera immédiatement transmise au Comité français, qui avisera dans le plus bref délai.

Je crois devoir faire remarquer pourtant, à titre de simple renseignement, que jusqu'à présent aucune demande de remboursement n'a eu lieu en Italie ou dans les autres pays. J'ajoute que la cotisation demandée à chaque adhérent ne doit pas être considérée comme une contribution aux frais généraux du Congrès et qu'elle a toujours représenté, dans les sessions précédentes, le prix de revient des volumes des comptes rendus. Or, le renvoi du Congrès n'annule en aucune façon cette publication ; il en recule seulement la date.

Je n'ai pas besoin d'insister longuement, au point de vue des agréments du voyage, sur les avantages de cet ajournement ; d'ailleurs, comme par le passé, je reste à la disposition de toutes les personnes qui, sur ce point spécial, seraient désireuses d'obtenir des renseignements plus circonstanciés. »

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION
MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Les hémorrhagies dans l'ovarite scléro-kystique.

Il est peu de questions plus confuses que celle des hémorrhagies de l'ovaire. Au point de vue anatomo-pathologique, les épanchements de sang interstitiels, intra-vésiculaires, extra-vésiculaires, etc., dont la thèse de Rollin (1) donne la nomenclature, paraissent groupés simplement par ordre anatomique, comme si l'on avait pris à tâche d'énumérer tous les tissus de l'ovaire capables de contenir du sang épanché sans mettre aucune hiérarchie, aucun souci de l'importance réciproque des lésions. Au point de vue clinique, la pathogénie contient le tableau complet de toutes les causes générales hémorrhagipares, et la symptomatologie ne comporte guère que deux points bien établis, la constatation d'une tumeur ovarique quand l'hémorrhagie est assez intense, et celle d'une hématocèle quand la poche se rompt. Encore ne nous dit-on nulle part quelles sont les variétés d'hémorrhagies de l'ovaire qui amènent soit la production d'une tumeur, soit l'épanchement sanguin intra-péritonéal.

Il nous a paru intéressant d'isoler une variété d'hémorrhagies de l'ovaire qui est probablement la plus fréquente et que l'on retrouvera toutes les fois qu'on voudra bien la chercher; c'est l'hémorrhagie qui accompagne l'ovarite scléro-kystique, dont elle n'est qu'une complication, et qui présente toujours ces deux caractères fondamentaux, assez précis pour qu'on ne puisse la méconnaître. *a*) Elle siège sur un ovaire malade scléro-kystique, et *b*) le sang est contenu dans la cavité d'un corps jaune. Ce sont, non pas les vésicules, mais les corps jaunes qui contiennent les poches sanguines volumineuses rencontrées si souvent par les chirurgiens.

Les observations sur lesquelles est basé ce travail proviennent du service de M. le professeur Tillaux. Ce sont des pièces d'oophoro-salpingites, au nombre de quatre, sur lesquelles on peut suivre aisément le début et l'évolution de l'hémorrhagie intra-ovarienne. Nous exposerons d'abord la description d'ensemble de cette hémorrhagie, et dans une seconde partie, nous rechercherons s'il se trouve, dans les observations antérieurement publiées, des traits analogues à ceux que nous aurons mentionnés et suffisants pour permettre un diagnostic rétrospectif de la lésion.

Les hémorrhagies des corps jaunes n'ont pas beaucoup attiré l'attention; Ch. Robin les mentionne en 1856; les distingue des hémorrhagies vésiculaires par la présence de la membrane interne, jaunâtre, plus ou moins festonnée; quelquefois déplissée par l'abondance du sang, membrane composée des cellules d'un corps jaune, ou de l'oariule. Doléris et Petit ont décrit, il y a quelques années (*Nouv. arch. d'obstétrique*, 1888), des kystes sanguins de l'ovaire développés aux dépens des corps jaunes. Rollin dit, dans sa thèse, que « les corps jaunes, eux aussi, peuvent être le siège d'épanchements sanguins. Ces cas ne sont peut-être pas rares non plus, quoiqu'on en trouve peu d'observations probantes. Cette variété ne semble pas mériter grande importance au point de vue chirurgical ». Nous allons voir qu'il n'en est rien.

Pour bien expliquer la constitution histologique de ces hémorrhagies, il nous faut rappeler brièvement les lésions de l'ovaire scléro-kystique. Ces lésions sont consécutives à des lésions inflammatoires ascendantes, qui ne paraissent pas spécifiques de tel ou tel microbe. (M. Tillaux a récemment pratiqué l'ablation d'une trompe tuberculeuse; et l'ovaire enlevé en même temps présentait un type de transformation scléro-kystique avec un foyer hémorrhagique du volume d'une petite noix, développé dans un corps jaune.)

Ces lésions portent à la fois sur le stroma et sur les follicules. Le stroma est sclérosé, surtout en deux points, dans le centre de l'ovaire, où les artères et les veines sont englobées dans le processus de sclérose, et sous l'albuginée. Les follicules présentent des états différents, suivant qu'elles contiennent encore un ovule ou que l'ovule est expulsé. Dans le premier cas, les vésicules de De Græf non développées s'atrophient en grand nombre, celles qui sont déjà mûres ne peuvent rompre le tissu de sclérose qui les enserre et qui forme à la surface de l'ovaire une coque blanche et dure, c'est pourquoi les cicatrices sont rares à la surface des ovaires scléro-kystiques. Elles continuent donc à se distendre, formant les petits kystes qui parsèment l'ovaire et lui donnent dans cette affection une physionomie si spéciale.

Les follicules déjà ouverts, les corps jaunes forment le second groupe atteint par les lésions scléro-kystiques, et celui qui, dans le cas présent, nous intéresse le plus. L'hémorrhagie qui suit la ponte ovulaire, et dont l'existence est démontrée par les travaux de Biscoff, de Robin et d'un grand nombre d'accoucheurs, est très faible à l'état normal, et se trouve bien vite résorbée par la for-

(1) ROLLIN, *Des hémorrhagies de l'ovaire*. Thèse Paris, 1889.

mation du corps jaune. La paroi interne du follicule vidé bourgeonne alors et se couvre de saillies papilliformes qui se rejoignent et se soudent au centre de la cavité, où ils forment un tissu aréolaire, très friable, d'aspect myxœdémateux, comme l'a montré Slavjanski. En même temps, les cellules conjonctives qui chargent ces papilles se multiplient, se chargent de débris d'hémoglobine, deviennent très volumineuses, épithélioïdes et forment plusieurs amas d'éléments qui suivent le contour des bourgeons de la paroi végétante, constituant aussi une membrane, de couleur jaune, d'aspect festonné. Peu à peu, l'hémoglobine à l'état de méthémoglobine contenue dans ces cellules est transformée et reprise par un réseau vasculaire très riche dont nous n'avons pas encore parlé et qui double extérieurement la membrane jaune. Celle-ci se décolore donc progressivement, et s'amincit en même temps. Le tissu muqueux de la cavité s'édifie parallèlement en tissu fibreux, en sorte qu'au bout d'un certain temps, il ne reste plus du corps jaune qu'un petit bloc fibroïde, irrégulier, que contournent souvent encore quelques traînées de cellules pigmentées.

Ces données nous étaient indispensables pour la compréhension des hémorrhagies de l'ovaire scléro-kystique. En effet, dans ce cas les choses se passent d'une manière tout à fait différente. La résorption du corps jaune est incomplète, et il devient kystique, non pas par sécrétion cellulaire, comme le follicule complet, mais par hémorrhagie. Les vaisseaux de nouvelle formation et destinés à se résorber qui remplissent les bourgeons que nous avons notés dans la paroi, fournissent à des hémorrhagies qui se produisent probablement au moment des règles ou des poussées congestives dépendant de la fatigue des excitations génitales, dont les annexes malades sont si souvent le siège. Ces hémorrhagies sont tellement constantes qu'on les retrouve à peu près toujours dans les ovaires scléro-kystiques, quand l'affection n'est pas très ancienne et que la ponte ovulaire a pu se produire. Il est clair, en effet, que dans les ovaires tout à fait carapacés de sclérose, blindés d'une albuginée d'aspect cartilaginiforme, la production des corps jaunes, et par suite, des hémorrhagies dans leur intérieur devient très rare. Mais le fait capital, et sur lequel M. Tillaux insiste à sa clinique quand il se présente une salpingectomie, c'est qu'il est rare d'inciser un ovaire scléro-kystique sans y trouver un corps jaune hémorrhagique.

Sur les coupes des petits kystes on trouve la structure connue des corps jaunes. Au centre, le tissu conjonctif lâche, parsemé de capillaires, se distingue plus ou moins bien, suivant l'abondance de l'hémorrhagie. Ses fibres sont tassées contre la paroi interne de la couche des cellules de l'oariule, disposées elles-mêmes en assises épaisses dont l'aspect rappelle un peu celui de l'épithélium vésical, et surtout celui de la caduque utérine. Au pourtour on rencontre les lésions de l'ovaire scléro-kystique; épaississement énorme des vaisseaux, traînées fibreuses allant de la substance médullaire à l'albuginée, follicules kystiques, corps jaunes fibreux très volumineux contenant souvent eux-mêmes de petites hémorrhagies à leur centre.

Sur les grands kystes on observe une lésion différente, c'est le décollement de la membrane du corps jaune. Cette membrane est rarement tout à fait déplissée, elle dessine des festons, forme des cryptes, même quand la poche est très étendue. Or, on rencontre souvent une distension extrêmement marquée des vaisseaux qui la doublent. Ce réseau, dont nous avons mentionné plus haut l'existence, ne forme souvent plus qu'une nappe sanguine composée de capillaires extrêmement dilatés, venus au contact les uns des autres, et même d'infiltrations sanguines à même le tissu ovarien. Il s'ensuit que sur beaucoup de points la membrane formée par les cellules de l'oariule flotte entre deux épanchements de sang. Elle est alors très facile à voir lorsqu'on incise le foyer, et très reconnaissable à sa couleur de rouille qui en fait une sorte de lamina fusca.

Ainsi l'hémorrhagie de l'ovaire est souvent liée à l'ovarite scléro-kystique. Tant que les kystes restent petits, la complication n'existe que pour l'anatomo-pathologiste. Mais quand ils atteignent un certain volume, ils deviennent perceptibles pour le clinicien. Nous avons rapporté (*Bul. de la Soc. anat.*, 1893, p. 442) l'observation d'un kyste hématique du volume d'un œuf de poule, enlevé par M. le professeur Tillaux, et qui rentrait dans le type dont nous traçons l'esquisse. Ils présentent alors à l'œil un des caractères assez particuliers, et des lésions de voisinage fort importantes. La poche hématique peut être du volume d'un œuf, d'une orange, ou même d'une tête d'adulte; la trompe et l'ovaire sont souvent réunis, adhérents, soudés par des néo-membranes, la trompe présentant des lésions manifestes de salpingite. Les membranes s'étendent jusqu'au pelvis et soudent plus ou moins intimement l'ovaire aux parois du bassin. Il en résulte que, lorsqu'on essaye d'extraire l'ovaire, la poche hématique se rompt très souvent. Rollin a vu le fait quatre fois. Cet incident s'est également produit dans l'opération de M. Tillaux dont nous avons parlé. Il est une conséquence forcée du mode de production du kyste. Il s'écoule alors du sang noirâtre, analogue à du goudron, rarement on rencontre des caillots fibrineux.

Si l'on rattache, comme nous tentons de le faire, ces kystes à une oophoro-salpingite, l'existence de ces adhérences constantes quand les kystes sont volumineux ne peut plus surprendre, non plus que les antécédents d'endométrite et de salpingite que présentent les malades. Tout cela forme un tout qui se tient logiquement, et l'on retrouve très nette la filiation des faits dans des observations qui n'ont pas été prises à ce point de vue.

Telle la suivante, de Hunter (*Americ. Journ. of obstetrics,* 1887, p. 617) :

Femme de 25 ans, ayant eu plusieurs blennorrhagies, éprouvant depuis six mois de violentes douleurs abdominales dans l'intervalle de ses règles. A l'examen du ventre on sentait, derrière l'utérus, une petite tumeur fluctuante qui grossit et devint douloureuse. L'histoire de la malade avait fait penser à une pyo-salpingite, pourtant on trouva pendant l'opération une tumeur d'origine ovarienne, un kyste *entièrement adhérent, fort difficile à énucléer*. L'hémorrhagie fut toutefois peu abondante et la malade guérit en quelques jours. La poche kystique est monoloculaire et contient un liquide couleur chocolat, l'examen histologique montre qu'elle est bien intra-ovarique.

Cette observation qui paraît tout d'abord assez incohérente s'explique parfaitement si l'on admet qu'il s'agit d'une salpingo-ovarite avec kyste hématique dans un corps jaune, et les adhérences signalées au cours de l'opération sont une preuve de l'origine inflammatoire et de la marche ascendante des lésions.

Nous constatons donc deux variétés cliniques de kystes des corps jaunes. Dans la première, c'est l'oophoro-salpingite qui domine, le kyste n'est constaté qu'à l'ablation de la pièce. Dans la seconde, le kyste est très développé, c'est lui qui forme tumeur, lui que l'on constate et que l'on enlève, et l'ovarite, la salpingite, la péritonite adhésive sont reléguées au second plan. Elles n'en existent pas moins et il faut rechercher leur présence si l'on tient à se rendre compte de l'évolution des lésions.

Il est une troisième variété plus rare, celle qui s'accompagne d'hématocèle par suite de la rupture de la poche sanguine. On sait que dans l'hématocèle le sang peut provenir de l'utérus, de la trompe ou de l'ovaire. Laissant de côté les hémorrhagies provenant de l'utérus, qui

sont des raretés, on constate que le plus souvent l'origine de l'hématocèle est dans la trompe, et dans une trompe contenant un kyste fœtal. A côté de ces faits, il existe des observations incontestables d'hémorrhagies intra-péritonéales provenant de l'ovaire. Elles doivent être peu fréquentes, car si nous nous en rapportons à notre expérience personnelle, peu étendue il est vrai, nous avons eu à observer en trois ans au moins douze cas d'hémato-salpingite liée à une grossesse tubaire, mais nous n'en avons pas rencontré de rupture de l'ovaire. C'est donc d'après les observations des auteurs que nous décrirons cette troisième étape des kystes sanguins de l'ovarite.

C'est Nélaton qui, en 1851, formula la théorie de la rupture des kystes sanguins de l'ovaire pour expliquer l'hématocèle rétro-utérine. Puech, s'inspirant des travaux histologiques de Ch. Robin; Denonvillers, Lenoir, Laugier, etc., apportèrent des faits à l'appui de cette théorie. En dépouillant leurs observations, qui sont réunies pour la plupart dans la thèse de Raguet (1), il est facile d'en rencontrer un certain nombre dans lequel l'état des annexes est noté; et on les trouve alors malades ou reliées par des adhérences. L'observation de Denonvillers, recueillie par Luton, concerne une femme de 27 ans, ayant eu un enfant, souffrant depuis deux ans de pertes sanguines et de douleurs de reins et venant se faire soigner pour une ulcération du col (nous dirions maintenant une déchirure). Cette femme étant morte subitement, on trouva sur l'ovaire droit une petite déchirure à travers laquelle faisait saillie, un gros caillot sanguin. Il existait un épanchement d'environ un litre dans la cavité abdominale. Les trompes étaient épaissies et fixées par des adhérences. Une observation de Puech concerne un cas d'hématocèle par rupture de l'ovaire droit. La trompe était accolée et adhérente à l'ovaire, le pavillon oblitéré. Une autre de Carenne (1864) concerne une femme de 27 ans, chez laquelle l'autopsie montra l'existence d'une déchirure d'un kyste sanguin de l'ovaire droit, avec épanchement intra-abdominal de un litre environ. La trompe droite est adhérente à l'ovaire, la gauche a son pavillon oblitéré. Ces observations démontrent suffisamment l'existence d'une salpingite antérieure à l'affection de l'ovaire. Mais elles concernent toutes des cas d'autopsie, et les auteurs attribuent l'origine des kystes hématiques à l'inondation sanguine d'une vésicule. Nous pensons au contraire que l'examen histologique leur aurait montré les membranes d'un corps jaune dans la paroi du kyste et le tissu ovarien sclérosé dans la coque.

Le résumé de cette étude sera bref. Il existe une variété de kystes hématiques de l'ovaire qui est liée à l'ovarite scléro-kystique, dont elle n'est qu'une complication. Elle paraît très fréquente. Tantôt les kystes sont petits, tantôt ils s'accroissent et forment des tumeurs perceptibles cliniquement. Ces poches sont, le plus souvent, entourées d'adhérences qui s'expliquent par la pathogénie même des kystes. Enfin, les kystes hématiques qui se rompent et donnent lieu à la formation d'une variété rare d'hématocèle rétro-utérine appartiennent probablement, du moins pour un certain nombre d'entre eux, à cette variété.

Cette complication possible rend formelle l'indication opératoire qui, d'ailleurs, n'est pas douteuse; il faut enlever ces tumeurs; et on le peut d'autant mieux faire que les lésions concomitantes de la trompe et de l'ovaire rendent la plupart du temps les annexes ainsi lésées tout à fait inutiles au point de vue physiologique.

A.-H. Pilliet,
Chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié.

(1) A. Raguet, *Pathogénie de l'hématocèle rétro-utérine*. Thèse Paris, 1870.

Les folies des maladies aiguës.

État puerpéral.

(Suite).

Des psychoses liées aux maladies infectieuses aiguës dont nous venons de parler, on peut rapprocher la folie puerpérale, dont les relations pathogéniques et cliniques avec l'auto-intoxication et l'infection ont été plus particulièrement étudiées dans ces dernières années.

De tout temps, on a été tenté de rapprocher la folie de la puerpéralité à un trouble des humeurs. Tout d'abord, dans une longue période qui va d'Hippocrate au siècle actuel, on l'attribue, comme tous les accidents des suites de couches, à la rétention des lochies ou du lait sous l'influence d'une sorte de métastase ou même d'un véritable empoisonnement (1). Dans une seconde période, ces théories vagues de la suppression lochiale ou laiteuse sont abandonnées et plusieurs médecins constatent nettement la coïncidence fréquente de la septicémie et de la folie puerpérale, d'où la division proposée de cette dernière en deux groupes : les folies idiopathiques; les folies symptomatiques produites par l'altération du sang qu'on observe dans les maladies des nouvelles accouchées (Doublet, Scipion Pinel, Burns, Kiwisch, Reidt, Leubuscher, Winckel, Porporati (2). Cependant Marcé (3), dans son important ouvrage, cherche surtout à établir l'importance de l'hérédité et des causes morales comme facteurs étiologiques.

Mais déjà plusieurs auteurs étrangers commencent à insister sur la relation entre les manifestations de l'infection et les troubles mentaux. C'est ainsi que Leidesdorf (4), à propos de deux cas de manie survenue chez des femmes en couche infectées, dit textuellement : « Si on examine avec soin l'évolution des symptômes dans ces deux cas, on est obligé de considérer les psychoses comme faisant partie des phénomènes de l'intoxication pyohémique ou septicémique. » Furnster, Guido Weber, Arndt, Griesinger, Donal Fraser (5) et Ripping (6), dans son mémoire, comparable à celui de Marcé, émettent des opinions à peu près analogues. Aussi, dans la troisième période ou période actuelle, les recherches portent-elles d'une façon toute spéciale sur l'action de l'éclampsie et de l'infection dans la folie puerpérale.

En ce qui concerne l'*éclampsie*, on a admis depuis longtemps qu'elle pouvait occasionner la folie et des observations ont été rapportées à cet égard par d'anciens auteurs tels que Bœnneken, Gras, Mme Lachapelle, Merriman, Gooch, Esquirol, Hilaire de Rouen, Bibergeil, Sanchez Frias, Sélade, Billod, James Reid, Macdonald (7), ainsi que par d'autres plus récents, Spiegelberg, Winckel, Fritz, Fehling et Kehrer, Scanzoni, Karl Brauen, Wieger (8). Tout près de nous, enfin, Lubben (9), Schwegel (10), Olshausen (11) surtout ont repris l'étude de

(1) Rodriguez de Castro, De universa mulebrium morborum medicina, etc. (Lib. V. cap, 2,1603).
(2) Voir pour l'historique et la bibliographie de la folie puerpérale la thèse très intéressante et très complète de M. Lallier (1891).
(3) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, Paris, 1858.
(4) Leidesdorf, Ueber die in der Schwangerschaft und in Puerperium auftretenden Psychosen (*Wien. med. Woch.*, 1872).
(5) Voir Thèse Lallier.
(6) Ripping, Die Geisterstœrungen des Schwangeren, Wœchnerinnen und Saeugenden (Stutt., 1877).
(7) Voir Lallier, *loc. cit.*
(8) *Ibidem.*
(9) Lubben, Zur Statistik der Puerperal-Psychosen (Th. de Halle, 1872).
(10) Schwegel, Beitrag zu den Psychopathien in Verhaeltniss zum weiblichen Geschlechtsleben (*Werhandl. d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien*, 1885, I, 829).
(11) Olshausen, Beitrag zu den puerperalen Psychosen, specielle den nach Eklampsie auftretenden (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynæk.*, Stuttg., 1891, XXI, 371).

la question et ce dernier même a noté expressément que la psychose éclamptique, qui survient en moyenne dans 6 pour 100 des cas d'éclampsie, revêt ordinairement la forme de confusion mentale aiguë hallucinatoire. On s'est demandé si la folie, dans ces conditions, n'était pas liée plutôt à l'albuminurie de la grossesse qu'à l'éclampsie, et quelques auteurs, comme Donkin, James Young Simpson, Spiegelberg, Winckel, Zweifel, Barker (1), ont cité des cas d'albuminurie de la grossesse avec folie dans lesquels l'éclampsie n'existait pas. Mais, d'autre part, l'albuminurie est loin d'être toujours très intense dans la folie puerpérale éclamptique, ainsi que l'a démontré Olshausen et, parfois même, elle peut faire totalement défaut. Trousseau (2) et Fritz (3), entre autres, ont relaté des observations absolument démonstratives à cet égard. D'où il suit que l'éclampsie et l'éclampsie à elle seule, comme Fritz l'avait déjà vu, suffit pour déterminer l'apparition de la folie.

Pour ce qui est de *l'infection*, c'est Holm (4) qui le premier a réuni les éléments d'une statistique raisonnée. Sur 58 cas, il a trouvé 13 fois des phénomènes infectieux graves et plusieurs autres fois des symptômes d'infection moins sérieux. Campbell-Clark (5) a rapporté aussi une statistique de faits minutieusement observés et parmi les différentes causes qui peuvent provoquer l'explosion de la folie, il n'en est pas qu'il ait trouvée plus fréquemment que l'infection. Sur 40 observations recueillies par lui, le trouble mental a pu être attribué 20 fois à la résorption septique; 8 fois il y eut de la septicémie caractérisée, 12 fois des inflammations de l'utérus et des annexes. Nous avons déjà eu occasion de dire, dans la première partie de ce travail, que, concurremment avec ces constatations cliniques, Campbell-Clark avait pratiqué, chez ses malades, de nombreuses analyses d'urine qui lui ont révélé des modifications pathologiques, notamment une diminution très notable de la quantité, l'augmentation fréquente de la densité, l'existence de l'albumine dans 23 cas, et presque toujours un abaissement marqué de l'acide phosphorique et de l'urée qui descendait en moyenne à 3 g. 68 par vingt-quatre heures. Mais c'est surtout Hansen (6) qui a insisté sur les rapports de la folie puerpérale avec l'infection. Sur 49 cas de psychoses observées soit à la Maternité, soit à l'Asile d'aliénés de Copenhague, il a pu établir 42 fois l'existence de phénomènes infectieux plus ou moins graves, plus ou moins prolongés, véritables causes déterminantes des troubles mentaux, puisque ceux-ci restaient indépendants de l'évolution du mouvement fébrile. Encore en excluait-il quatre cas, dont trois d'éclampsie puerpérale et un d'infection tuberculeuse. Ces *psychoses d'infection* revêtent d'ailleurs pour Hansen une forme particulière, toujours la même, car 40 fois sur 42, il a observé le type de *confusion mentale hallucinatoire aiguë* (acute hallucinatorische Verwirtheit). En même temps que Hansen, Ernst Meyer (7) a étudié de son côté les psychoses puerpérales fébriles dont il a cité 28 cas relevés à la clinique psychiatrique de Strasbourg, sur lesquels 7 avaient trait à des infections certaines et 5 à des infections probables. Toutefois, il ne rattache qu'indirectement la psychose à la résorption septique, et par la réaction fébrile qu'elle détermine. Savage (1) fait ressortir l'influence de l'éclampsie, mais surtout des complications septiques des suites de couches, sur la production de la folie puerpérale. Lorsque celle-ci reconnaît pour cause la septicémie, elle prend l'aspect d'un délire aigu, assez analogue au *delirium tremens*. Barnes (2) admet ces conclusions et ajoute que la folie de la grossesse lui paraît être en général en relation avec l'albuminurie et celle des suites de couches avec les accidents septiques. Plus récemment, Kramer (3) a publié neuf cas de folie puerpérale tirés de la clinique psychiatrique de Prague qui confirment absolument les vues de Hansen. L'infection existait en effet chez les neuf malades et, chez toutes, le type du délire était celui de la confusion mentale hallucinatoire. De même, Zweifel, Kehrer, Olshausen et Veit (4) reconnaissent les liens étroits de la folie avec les maladies puerpérales fébriles.

Mais ce n'est pas seulement en Allemagne et en Angleterre que les relations entre ces deux états morbides sont notées et établies. Il en est de même en Amérique, où Hirst (5) et surtout Lloyd (6) s'attachent à faire ressortir leur fréquente et intime association. Les psychoses qui reconnaissent pour origine des infections et notamment celle du puerperium prennent une forme que Lloyd nomme délire aigu et qui est assez analogue à celle décrite par Hansen.

En France, la plupart des aliénistes sont restés jusqu'à ces derniers temps fidèles aux idées de Marcé sur le rôle prépondérant, presque exclusif de l'hérédité et des causes morales dans l'étiologie de la folie puerpérale et c'est là, en particulier, l'opinion expressément soutenue par M. Magnan et ses élèves (7). Le seul aliéniste français qui ait cherché jusqu'ici à mettre en relief l'influence de l'infection et de l'éclampsie dans la genèse de la folie puerpérale est Edmond Faure (8). Sur les treize observations recueillies par lui à l'asile de Bron, il a constaté six fois des phénomènes infectieux plus ou moins graves. Dans un cas, il a pu recueillir du sang de la malade et du pus pris sur le col utérin. L'examen bactériologique et les ensemencements pratiqués par M. Courmont ont donné les résultats suivants : culture pure de streptocoques avec la pipette chargée de sang; cultures mixtes de streptocoques et de staphylocoques pyogènes avec les pipettes chargées de pus. Les streptocoques inoculés dans le derme auriculaire de lapins ont provoqué de l'érysipèle.

Quant aux accoucheurs de notre pays, moins exclusivement portés peut-être à voir dans toute folie le résultat presque fatal d'une disposition héréditaire, mieux placés d'ailleurs pour constater et apprécier les désordres locaux, ils n'ont pas hésité à reconnaître la grande part qui revient à l'infection dans la folie puerpérale et presque tous ont recueilli des faits probants à cet égard. M. Bar, en particulier, dans une leçon inédite à l'hôpital Saint-Louis, en 1891, a montré, par la statistique des cas à lui connus, quelle importance étiologique on devait reconnaître à l'infection ainsi qu'à l'éclampsie dans la folie puerpérale. C'est sous son inspiration du reste que

(1) V. Lallier, *loc. cit.*
(2) Trousseau, *Clin. méd.*, 2e édition, 1865, t. II, p. 138.
(3) Fritz, Quelques considérations sur la pathogénie de l'éclampsie et ses rapports avec la manie puerpérale (Th. de Strasbourg, 1870).
(4) Holm, Om puerperalafsindighed (*Hosp.-Tid.*, Kjobenh. 1874).
(5) Campbell-Clark, *loc. cit.*
(6) Hansen, Ueber die Verhaeltnisse zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynæk.*, Stuttg., 1888).
(7) Ernst Meyer, Ueber puerperale Fieberspsychosen (Th. de Strasbourg, 1888).

(1) Savage, Puerperal insanity of septic origine (*Medical society of London. Lancet*, 1888, II, 1129).
(2) Barnes, *Ibid.*
(3) Kramer, Zur Lehre von den Puerperalenpychosen (*Prag. med. Woch.*, 1889, XIV).
(4) V. Lallier, *loc. cit.*
(5) Hirst, Transactions of obstetrical society of Philadelphia (*Ann. J. Obst. N. Y.*, 1889, XXII).
(6) Lloyd, Acute delirium; probably an infectious process (*Med. News, Philad.*, 1891, LVIII).
(7) Garcia-Rijo, Contribution à l'étude de la folie puerpérale (Th. Paris, 1879), et Mme de Gorski, Considérations sur la folie puerpérale et sur sa nature (Th. Paris, 1888).
(8) Ed. Faure, Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées (Th. Lyon, 1890).

M. Lallier (1) a traité ce sujet en 1892, dans sa remarquable thèse inaugurale qui constitue, à l'heure actuelle, le document le plus intéressant et le plus important que nous possédions sur la question. L'auteur, après un historique très complet de la folie puerpéralé, envisagée au point de vue de ses rapports avec l'éclampsie et l'infection, relate cinquante-trois observations, la plupart inédites, dans lesquelles ces rapports sont mis véritablement hors de doute, et existent d'une façon à peu près constante, comme dans celles de Bar, Porak et Doléris. Au point de vue pathogénique, il soutient avec M. Rivière (2), avec Doléris (2), Fochier, de Lyon (4), Combemale et Bué (5), Doléris et Butte (6), enfin Tarnier et Chambrelent (7), que les convulsions éclamptiques sont la conséquence d'une intoxication de la masse sanguine et il pense que la folie éclamptique est due, elle aussi, à cette intoxication. A l'appui de cette manière de voir, il montre que si le délire se rapproche de celui des psychoses par épuisement, il n'en est pas moins voisin de celui qu'on observe dans les intoxications, par exemple de l'alcoolisme, et la rapidité de son évolution, extraordinaire en général (dans beaucoup de cas le trouble mental ne dure pas plus d'un ou deux jours), ne se conçoit pas, si on admet qu'il est causé par un épuisement toujours long à réparer. Si la folie brightique est attribuable, comme on est unanime à le penser, à l'intoxication urémique, il n'est pas téméraire de supposer une cause analogue aux folies consécutives à l'éclampsie, maladie si voisine de l'urémie. Lallier croit également qu'on doit expliquer par la toxémie les phénomènes mentaux qui accompagnent l'infection. Les microbes puerpéraux, qui pénètrent dans l'organisme de l'accouchée, fabriquent incessamment des poisons solubles, des *toxines* qu'ils versent dans le torrent circulatoire. Ces toxines, portées au contact des centres nerveux, agissent violemment sur eux et si les unes, modifiant plus particulièrement les centres régulateurs thermiques, donnent naissance à la fièvre, d'autres, altérant le fonctionnement des centres supérieurs, peuvent amener le développement des délires d'infection. A cette cause prépondérante, on peut ajouter l'influence de l'épuisement, mais seulement pour les troubles mentaux survenant au bout d'un certain temps (psychoses d'inanition de Becquet, psychoses asthéniques de Kræpelin). L'auteur ne nie pas pour cela l'hérédité, bien au contraire. « Il est évident, dit-il, que les prédispositions héréditaires ou acquises rendent les sujets plus facilement vulnérables et les accidents qui, chez un individu sain, n'auraient pas déterminé de désordres psychiques, amènent chez eux l'explosion de folies d'une gravité variable... Cependant, bien que nous soyons portés à accorder à la prédisposition une influence très grande, nous ne pouvons admettre qu'elle soit tout. Si, dans quelques cas, le cerveau est absolument préparé à faire de la folie et s'il suffit d'une cause occasionnelle quelconque, si minime qu'elle soit, pour produire l'aliénation mentale, il n'en saurait toujours être de même. La prépondérance énorme de l'éclampsie et de l'infection parmi les conditions étiologiques de la folie puerpérale, prépondérance telle qu'on la retrouve dans la presque totalité des cas, démontre irréfutablement, à notre avis, que ces deux états pathologiques jouissent d'une action particulière dans la production des psychoses et que ce ne sont pas des causes banales qui donnent en général naissance aux troubles mentaux de la grossesse ou des suites de couches ». Les observations personnelles de l'auteur, en ce qui concerne la forme habituelle de la folie puerpérale, lui paraissent venir à l'appui de l'opinion formulée par d'autres auteurs, tels que Hansen, Olshausen, Lloyd, etc., d'après lesquels cette folie présenterait le plus souvent les caractères de la confusion mentale hallucinatoire aiguë. Il fait remarquer très judicieusement l'analogie de cette forme morbide avec le *delirium tremens*, ce type des délires d'intoxication, et voit là un argument de plus en faveur de l'origine toxémique de la folie puerpérale. Aussi conseille-t-il avec raison, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une folie puerpérale, pour si pure qu'elle soit en apparence, de rechercher attentivement les symptômes les plus légers de l'infection, et, lorsqu'on les aura trouvés, ce qui arrive presque toujours, d'instituer un traitement dans ce sens au moyen des antiseptiques, sans préjudice, bien entendu, du traitement symptomatique habituel des complications psychopathiques. On devra même, chez une femme prédisposée aux accidents vésaniques, redoubler de précautions afin d'éviter l'éclampsie ou l'infection, qui pourraient déterminer l'explosion de la folie. Ces moyens prophylactiques seront certainement susceptibles d'agir, car, et c'est là un argument bien probant à l'appui de la genèse infectieuse des psychoses puerpérales, ces folies ont, de l'avis de M. Bar et de plusieurs autres accoucheurs, notablement diminué depuis la période aseptique.

Presque en même temps que Lallier, un auteur russe, Idanof (1), discutait la question de l'étiologie de la folie puerpérale. Tout en reconnaissant l'importance sur sa production de l'hérédité dont il évalue l'action à 56 0/0 de ses cas personnels et à 35 0/0 d'après l'ensemble des diverses statistiques, ainsi que des causes morales (26 0/0) et de la première grossesse (32 à 45 0/0), il insiste surtout sur le rôle de l'infection qu'il retrouve dans 70 0/0 des cas, sans même tenir compte de l'éclampsie, qu'il a observée deux fois.

Sur ces 70 0/0, 66 0/0 appartiennent à des cas où le foyer de l'infection semble avoir été la matrice; dans 4 0/0, il s'agissait des reins. Comme Lallier, l'auteur conclut d'une part à l'utilité des mesures prophylactiques à prendre contre la psychose puerpérale, en préservant la femme prédisposée aussi bien de la sepsine que des émotions morales, d'autre part à la nécessité pour élucider définitivement l'étiologie de la psychose puerpérale, de procéder, dans tous les cas où elle se produit, à l'examen gynécologique, trop négligé jusqu'ici par beaucoup d'aliénistes. Signalons enfin, pour terminer, un travail tout récent de Rohé (2) sur l'influence des lésions de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement comme cause de folie puerpérale, dans lequel l'auteur relate quatre cas se rapportant à la rupture du périnée, la dilacération du col, l'état morbide des ovaires et des trompes. Dans tous ces cas, on a pratiqué la laparotomie et enlevé les annexes utérins. Deux fois, la guérison des troubles mentaux survint au bout de quelque temps; les deux autres fois, alors que la folie durait depuis cinq ans, il y eut une grande amélioration. Conclusion : la folie puerpérale est, au moins dans la majorité des cas, une psychose infectieuse. Sans rejeter l'influence des autres facteurs, comme l'hérédité, l'anémie, l'épuisement, le choc mental et les chagrins, une observation rigoureuse démontrera que bien peu de folies puerpérales ont lieu

(1) Lallier, De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches (Th. Paris, 1892).

(2) Rivière (*loc. cit.*).

(3) Doléris (*Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, 1883).

(4) Fochier, cité par Faure (*loc. cit.*),

(5) Combemale et Bué (*Soc. de Biologie*, 19 mars 1892).

(6) Doléris et Butte (*Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 1886).

(7) Tarnier et Chambrelent (*loc. cit.*).

(1) Idanof, Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale (Rapport présenté à la Soc. de neurol. et psychiat. de Moscou, 17 janvier 1892. *Annal. méd. psychol.*, mars 1893).

(2) Rohé, De l'influence des lésions de l'utérus et du vagin pendant la parturition comme cause de folie puerpérale (*Americ. med. assoc.*, 8 juin 1892).

sans être précédées ou accompagnées d'infection puerpérale. La forme clinique la plus fréquente est le délire aigu ou manie aiguë délirante et confuse.

M. RÉGIS et CHEVALIER-LAVAURE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Nouvelle étude bactériologique des selles dans la dysenterie nostras épidémique, par le Dr L.-E. BERTRAND, médecin en chef de la marine à Cherbourg, ancien professeur aux écoles de médecine navale, et BAUCHER, pharmacien principal de la marine à Cherbourg.

Une petite épidémie de dysenterie s'est manifestée à Cherbourg, parmi les troupes de la guerre (artillerie de forteresse et 25e de ligne) au mois de juillet dernier, et, sous une forme assez bénigne, y a prolongé sa durée jusqu'à la fin du mois d'août. Observés et traités à l'hôpital maritime, les hommes qu'elle a atteints nous ont fourni l'occasion de reprendre et de reviser, quant à la bactériologie des selles dans cette maladie intestinale, l'étude poursuivie par l'un de nous (1) à Toulon, en 1887-88. Nous rapportons, ci-après, les résultats de nos recherches.

I. Examen macroscopique. — Les déjections alvines se présentent sous quatre types primordiaux : 1° selles de rectite; 2° selles dysentériques vraies; 3° selles hémorrhagiques; 4° selles de transition.

Les *selles de rectite* se composent de matières ayant plus ou moins l'aspect fécal et de mucus ou de muco-pus, simplement juxtaposés ou superposés sans mélange. Ce mucus est parfois jaunâtre; plus souvent vitreux, incolore ou filant comme du blanc d'œuf; plus souvent encore sanguinolent, en petites masses semblables à des *crachats pneumoniques*. Au début, la quantité de mucus contenue dans les garde-robes est de beaucoup supérieure à celle des résidus fécaloïdes qu'on y rencontre. Quelquefois, même, certaines selles ne sont composées que de glaires blanches ou rouges; mais si on examine les déjections de toute la période nycthémérale, on en trouve toujours, par malade, une ou deux qui présentent cet assemblage caractéristique de petits amas muqueux et de matières fécaloïdes. Par la suite, la dysenterie restant localisée au rectum, la proportion des matières fécales augmente; le mucus les *plaque* si elles sont en purée ou pâteuses, et les *enrobe* si elles sont moulées ou ovillées.

Mais la dysenterie peut s'étendre du rectum au côlon; les selles prennent alors l'aspect des selles dysentériques vraies.

Inversement, la rectite, raison anatomique de la dysenterie légère, peut être un mode séméiotique terminal des dysenteries du second et du troisième degré (à localisation colique initiale) en voie de guérison. Dans ces conditions, où il semble que le processus curatif, suivant une marche descendante, ait subi un temps d'arrêt au niveau de l'extrémité inférieure du gros intestin, les garde-robes, moulées, restent, pendant plusieurs jours, recouvertes de mucus et, parfois, de muco-pus.

Symptomatiques des dysenteries moyenne et grave, les selles *dysentériques vraies* offrent, avec une odeur écœurante de pourriture ou de macération anatomiques, plusieurs variétés d'aspect dont les plus importantes sont : les selles *lavure de chair* ou *raclure de boyaux*, matières pulpeuses grises dans une sérosité rougeâtre; les selles *sauce tomate*, purées jaunes à reflets rouges ou purées rouges à reflets jaunes; les selles *multicolores* ou *panachées*. Le vert *épinards* domine dans ces dernières déjections qui, ordinairement, suivent les selles dysentériques typiques ou alternent avec elles; il y forme de larges placards et, parfois, en constitue presque entièrement la masse (*omelette aux épinards*). Très souvent, les selles panachées sont en même temps *soufflées*, apparence qu'elles doivent à des gaz emprisonnés dans la matière liquide ou semi-liquide de la garde-robe (*omelette soufflée*).

Les *selles hémorrhagiques* sont formées de sang rutilant. Imputables aux varices du système hémorrhoïdal inférieur, ou aux ulcérations du gros intestin, elles peuvent se manifester dans les dysenteries de tout degré ou de toute forme et ne caractérisent cliniquement aucune variété. La forme grave est, il est vrai, celle qui provoque le plus souvent cet accident, mais les dysenteries légères et les rectites les plus simples n'en sont pas exemptes, puisque l'un de nous a observé, en 1887, chez un malade de ce groupe, une entérorrhagie si abondante que la literie en fut traversée.

Quant aux *selles de transition*, elles marquent le passage des selles dysentériques vraies aux selles physiologiques. Ce sont généralement des purées fécales, brunes, grises, café au lait, etc. Lorsque la guérison est retardée de quelques jours, par la transformation de la dysenterie vraie en rectite, les déjections enrobées ou plaquées de mucus qui appartiennent à la dysenterie rectale peuvent être considérées comme des selles de transition.

II. Réaction. — La réaction des selles, qu'en 1887, l'un de nous avait trouvée constamment *acide*, quelle que fût leur couleur, est, en réalité, variable. Elle s'est montrée alcaline, neutre et acide. Sur 12 selles examinées à ce point de vue, nous avons noté l'*alcalinité* 7 fois, l'*état neutre* 2 fois et l'*acidité* 3 fois. Ces réactions correspondaient aux variétés d'aspect ci-dessous :

1° Alcalinité	Selle muco-purulente.
	— noir verdâtre.
	— gomme gutte.
	— multicolore.
	— crachats pneumoniques.
	— sauce tomate.
	— jaune verdâtre, soufflée.
2° Etat neutre	Selle jaune verdâtre.
	— épinard.
3° Acidité	Selle lavure de chair.
	— jaune soufflée.
	— jaune soufflée.

Ainsi l'alcalinité serait, d'après nos recherches actuelles, la réaction la plus commune. Son degré est loin d'être toujours en rapport avec la quantité de sang contenue dans les matières alvines. Pour expliquer cette réaction et sa fréquence relative, il convient de faire une large part aux sécrétions microbiennes opérées dans ces matières. Au surplus, elle peut changer et, parfois très rapidement, devenir neutre ou acide. Ces modifications et leur facilité à s'accomplir *in vitro* nous rendent compte des différences fournies par l'observation selon que l'époque où elle s'exerce est plus ou moins éloignée du moment de l'émission.

III. Examen microscopique. — On rencontre constamment, dans les matières dysentériques de tout type, des éléments anatomiques, des résidus alimentaires et des microbes. Nous ne nous occuperons ici que des premiers.

Ils prédominent dans les selles crachats pneumoniques, lavure de chair, sauce tomate, et consistent en hématies, en leucocytes granuleux et en cellules épithéliales, les unes isolées, largement étalées ou retroussées sur les bords, les autres agencées deux par deux ou trois par trois de façon à constituer de petits lambeaux épithé-

(1) L. E. BERTRAND, Relation d'une épidémie de dysenterie qui a régné à Toulon, etc., manuscrit adressé à l'Académie de médecine le 28 février 1888, édition par les *Archives de méd. navale*, 1888. Médaille d'or de l'Académie de médecine (épidémies de 1888). Rapport général de M. A. Olivier, 1890. — Thèses de LE SCOUR, Montpellier, 9 mars 1888. — POBÉE, Bordeaux, 9 avril 1888. — ROUX-FRAISSINENQ, Montpellier, 1888. — MIGNOTTE, Montpellier, 1889. — OROMI, Montpellier, 1889.

liaux, toutes plus ou moins déformées. Nous avons rencontré, mainte fois, dans les selles *crachats pneumoniques*, de grandes cellules irrégulières, cylindroïdes, rondes, oblongues ou fusiformes, avec un noyau nucléolé et des espèces de vacuoles. Ces corps sont-ils des *amibes*? Nous ne les avons jamais vus se mouvoir ou pousser des pseudopodes (1).

IV. Analyse bactériologique. — Les nombreuses espèces ou variétés microbiennes dont elle démontre l'existence dans les selles dysentériques, peuvent être réparties en deux groupes principaux : microbes liquéfiants; microbes non liquéfiants.

A. *Microbes liquéfiants.* — A ce groupe appartiennent :

1° *Le vibrion septique.* — A l'examen bactériologique *direct*, l'un de nous avait constaté, en 1887, notamment dans les déjections *à placards verts* et les selles *sauce tomate*, « des filaments rectilignes ou infléchis, variant en longueur de 5 à 20 μ et au delà, en largeur de 0,2 μ à 1 μ et plus, avec des extrémités parfois arrondies, mais le plus souvent coupés carrément, comme s'il se fût agi d'éléments ayant subi une cassure accidentelle. La plupart de ces filaments se coloraient uniformément par le bleu de méthylène ou la fuchsine ; quelques-uns présentaient des parties alternativement claires et sombres, de sorte qu'ils offraient l'aspect de tubes remplis de spores. » N'ayant pu en obtenir de culture caractéristique, l'observateur cité les considéra comme des filaments de *leptothrix*.

Retrouvant ces mêmes éléments dans les selles des dysentériques de Cherbourg, nous nous sommes demandé, cette fois, si nous n'étions pas en présence du *vibrion septique*.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons tenté des cultures par les procédés appliqués aux microbes *anaérobies* et institué des expériences.

Dans le fond d'un tube de gélatine préalablement chauffée pour en chasser l'air, puis refroidie vers 30°, nous avons introduit, avec l'anse de platine, une certaine quantité de selles recueillies aseptiquement. La gélatine, abandonnée à elle-même, s'est reprise bientôt en masse, vers 18°, température du laboratoire au moment de nos expériences.

Le lendemain, rarement plus tard, nous avons constaté, dans tous les tubes ainsi ensemencés, de petites lentilles remplies de gaz ou de liquide clair, développées surtout dans les parties profondes du milieu de culture.

Les mêmes selles, semées dans du bouillon neutre privé d'air et porté à 33°, ont fermenté rapidement et très activement, en dégageant une odeur d'acide gras.

L'examen microscopique des dépôts formés dans les tubes de bouillon a montré, dans ces conditions, avec nombre d'autres microbes, des filaments moins longs que ceux qui avaient été reconnus à l'analyse directe des selles, mais de même nature, c'est-à-dire rectilignes, flexueux ou paraboliques, doués de mouvements lents et onduleux, quelques-uns terminés par une extrémité renflée et vraisemblablement sporulée.

Un tube de bouillon *acide*, ensemencé de la même manière, a cultivé un peu plus lentement que le bouillon neutre, mais a fermenté quand même; ce qui prouve qu'en matière de dysenterie et, plus généralement, de maladie infectieuse pénétrant dans l'organisme par le tube digestif, il ne faudrait pas compter, d'une façon trop absolue, sur la réaction acide du milieu stomacal, pour détruire tous les microbes que des doses massives d'aliments suspects peuvent introduire par cette voie.

(1) Nous n'avons jamais rencontré ni *éléments en massue* dans les selles, ni *cladothrix* dans les cultures; ce qui élimine l'*actinomycose*.

Nous avons parachevé la démonstration, en expérimentant sur le cobaye.

Pour isoler le vibrion et en obtenir, tout d'abord, une culture pure, nous avons porté à l'étuve du bouillon ensemencé, et l'y avons maintenu à 60°, pendant une demi-heure. Nous avons ensuite introduit une goutte de ce bouillon chauffé, dans un tube de bouillon neutre stérilisé. Ce nouveau bouillon n'a pas tardé à cultiver et à fermenter à 33°. Lorsque la culture a eu deux jours, nous en avons injecté 1/3 de cent. cube à un cobaye qui succombait, le lendemain, après frisson, diarrhée, hérissement du poil, etc.

A l'autopsie, nous avons constaté les lésions suivantes : œdème au point d'inoculation; intestin grêle distendu par des gaz, contenant du mucus transparent et ambré ; gros intestin plein de matières fécales molles et vertes, très adhérentes à la muqueuse qui, débarrassée de ces matières, se montre injectée, avec larges plaques d'arborisations ardoisées; vaisseaux mésentériques injectés ; reins volumineux ; filaments flexueux de vibrion septique dans l'intestin, le foie et le cœur. Porté en gélatine privée d'air, le sang du cœur, du foie et de l'intestin reproduit, dans ces cultures, l'éclatement de la gélatine précédemment indiqué.

L'examen du sang montre, en outre, un diplocoque très mobile, en petites colonies d'un blanc nacré, non liquéfiantes sur gélatine. Une culture du contenu de l'intestin se développe, d'autre part, en donnant lieu à une fluorescence verdâtre ; ce qui nous conduit à douter de la pureté absolue des cultures employées.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, il est, de par l'examen bactériologique direct, les cultures et l'expérimentation, positif que le vibrion septique doit compter, au premier rang, parmi les microbes des selles dans la dysenterie (1).

Nous avons noté la présence de ses longs filaments dans *toutes* les déjections soumises à l'examen bactériologique direct, encore que ce microbe prédomine dans certaines variétés (sauce tomate, vert épinard, crachats pneumoniques) ; et, dans presque toutes nos cultures en gélatine, nous avons vu se former les lentilles caractéristiques du vibrion en ce milieu.

2° *Le bacille pyocyanique* = bacille petit et court (1 μ à 1.5 μ de long sur 0.5 μ de large), très mobile ; donnant, sur plaques de gélatine, des taches jaunâtres à centre déprimé, entourées d'un cercle de liquéfaction. En moins de quarante-huit heures, la gélatine prenait une teinte verte, fluorescente ; à 33°, du bouillon légèrement alcalin verdissait rapidement et se recouvrait d'un voile épais. L'acide azotique dilué communiquait une teinte rose à ce liquide qui reverdissait ensuite au contact des alcalis faibles. Sur agar, on obtenait, un peu plus lentement, une belle fluorescence verte. Les cultures sur pomme de terre étaient brunes.

Ces caractères se rapportent bien au bacille pyocyanique et distinguent le microbe observé du bacille de la *diarrhée verte infantile* et du *bacillus fluorescens liquefaciens* avec lequel on pourrait le confondre dès l'abord.

M. Calmette a constaté, trois fois, à Saïgon (2), le bacille pyocyanique, dans le sang et les ulcérations du gros intestin, *à l'autopsie* de dysentériques. Nos observations sont, croyons-nous, les premières qui établissent l'existence de ce microbe *dans les selles dysentériques* et relèvent sa présence dans la *dysenterie nostras épidémique* (3).

(1) Les selles d'un dysentérique du *Tonkin* nous ont, elles aussi, donné, *par culture*, du vibrion septique.

(2) *Arch. de méd. navale*, avril 1892.

(3) Nous l'avons également obtenu des selles d'un dysentérique du Tonkin.

Les réactions colorées qui caractérisent le bacille pyocyanique ne nous ont pas été données par *toutes* les selles *alcalines;* elles ont manqué totalement avec les déjections *neutres* ou *acides* cultivées en bouillon alcalin. Néanmoins, dans ces conditions, nombre de taches liquéfiantes se sont comportées, coloration à part, comme des colonies de bacille pyocyanique et ont laissé voir, au microscope, des bacilles très voisins. Peut-être le bacille pyocyanique perd-il, alors, rapidement et définitivement, la propriété de sécréter les pigments qui permettent qu'on le reconnaisse.

3° *Le staphylocoque pyogène.* — Micrococques sphériques, isolés, en diplocoques, en chaînettes et en grappes; *a.* variété *aureus*: petites taches rondes, liquéfiantes, jaune d'or, au bout de quarante-huit heures, sur plaques de gélatine; sac de liquéfaction, étranglé, avec petite masse d'un blanc jaunâtre à la pointe, par piqûre en tube de gélatine; bande jaune orangé, sur agar-agar en strie; couche de même couleur, sur pomme de terre; — *b.* variété *albus ;* taches liquéfiantes blanches, sur plaque de gélatine ; sac de liquéfaction, étranglé, avec dépôt blanchâtre à la pointe, par piqûre en tube de gélatine; bande blanche granuleuse, irisée, sur agar en strie; membrane blanchâtre sur pomme de terre; — *c.* variété *citreus*: nous avons obtenu, sur pomme de terre, une culture *jaune citron* qui, transportée en agar, a reproduit du staphylococcus *albus.*

Le staphylocoque pyogène est un élément constant des selles dysentériques (Bertrand), fait absolument confirmé par nos recherches actuelles.

B. *Microbes non liquéfiants :*

1° *Coli-bacille* (bacillus coli communis ou bacterium coli commune). — Rencontré dans les garde-robes de tout type. Bactérie courte, fort peu mobile; éléments groupés deux par deux ou en essaims; petits disques granuleux, jaunâtres, non liquéfiants, à mamelon central quand ils sont superficiels, sur plaques de gélatine; traînée blanche le long du canal et tache de surface blanchâtre, par piqûre en tube de gélatine; tache blanche opaque sur gélose ; culture jaunâtre ou purée de pois, sur pomme de terre.

Ce microbe s'est présenté, une fois, sous l'aspect Eberthiforme : petits barillets à espace clair central, très mobiles; colonies d'un blanc irisé, légèrement inégales, sur plaques de gélatine; clou à tête d'un blanc nacré et à surface tourmentée, par piqûre en tube de gélatine; tache blanche nacrée, sur gélose; glaçure douteuse sur pomme de terre. N'a pas fait fermenter le sucre à l'étuve.

Le malade qui a fourni la matière de la culture d'où provenait ce microbe avait, depuis plusieurs jours, des selles moulées, enrobées de mucus (rectite). Il n'avait pas de fièvre, à l'entrée, et sa température est restée normale pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital.

2° *Staphylocoque* non liquéfiant, à gros grains, et en amas ressemblant à des paquets de ficelles enroulées, donnant, sur gélatine et sur agar, des taches cireuses jaunes ou blanches, et, sur pomme de terre, une culture jaune de chrome très étendue.

Est-ce le *staphylococcus cereus* (flavus et albus)? Ce microbe n'est pas pyogène. Injecté à la base de l'oreille d'un lapin, il n'a pas déterminé d'abcès.

L'examen microscopique *direct* nous a fait constater encore : des bacilles courts et arqués (une fois); un streptocoque à gros grains (une fois); des bacilles longs et arrondis à leurs extrémités (une fois); un diplocoque encapsulé (une fois).

Une plaque de gélatine nous a donné une tache jaune constituée par la *sarcina lutea*, résultat vraisemblable d'un ensemencement accidentel d'origine atmosphérique. Dans un autre cas, nous avons noté une tache rose dont l'examen microscopique nous a révélé de très gros cocci isolés, mobiles, ovoïdes, avec flagelles à leur extrémité la moins renflée. Par piqûre en tube de gélatine, ce microbe a donné un clou à tête rose; une bande de même couleur s'est formée dans la gélatine, après inoculation en strie. Nous ne savons si la tache rose initiale est, comme la première, le produit d'une contamination aérienne.

L'analyse bactériologique nous a donc permis d'extraire des selles dysentériques et de caractériser huit espèces ou variétés microbiennes.

Nos observations établissent que ces micro-organismes exercent, sur la constitution et la couleur des matières alvines, une influence marquée. Ainsi, le vibrion septique y produit l'état soufflé et le bacille pyocyanique leur donne la couleur verte ou les panache de jaune et de vert. Les staphylocoques jaunes et blancs leur communiquent fréquemment, aussi, par traînées ou par îlots, la couleur correspondante. Nous avons vu des selles *purée de pois*, extrêmement riches en coli-bacilles, et des selles moulées, enrobées de mucus *jaune orangé*, offrir, à l'examen microscopique direct, des cultures presque pures de *staphylocoque doré.*

Ajoutons que toutes les cultures de ces microbes dégagent une forte odeur fécaloïde.

Mais il est à présumer que le rôle des bactéries en question, dans le processus dysentérique, ne se réduit pas à de simples modifications, chromogènes ou autres, subies par les déjections.

Le vibrion septique, le coli-bacille et les staphylocoques pyogènes habitent l'intestin normal. Quant au bacille pyocyanique, nous ne savons rien de précis sur ses conditions originelles. Deux des individus, dans le sang et le gros intestin desquels M. Calmette l'a rencontré, en Cochinchine, avaient été atteints, l'un de chancre phagédénique, l'autre de bubon suppuré; l'auteur en a conclu que, dans ce cas, l'infection organique avait pu se faire par la voie cutanée. Mais rien de pareil n'existait dans les circonstances où nous avons observé, et nous sommes conduits à admettre, pour expliquer la présence du bacille pyocyanique dans les déjections de nos malades, ou son introduction accidentelle par les voies digestives supérieures (1), ou sa préexistence dans l'intestin.

Une donnée certaine, c'est que ceux de ces microbes qui sont des hôtes avérés du tube digestif, offrent, dans la dysenterie, une virulence exceptionnelle, prouvée par la rapidité et l'intensité d'évolution de leurs cultures. Les selles dysentériques donnent, par exemple, en gélatine et en bouillon, les lentilles gazeuses caractéristiques du vibrion septique, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'ensemencement; tandis qu'avec des selles normales, le même phénomène ne se produit qu'après quarante-huit heures. Le dégagement gazeux est, en outre, beaucoup plus accusé dans la première condition.

Les choses étant ainsi, quatre hypothèses sont possibles :

1° Inoffensifs quand la surface de la muqueuse digestive est intacte, les microbes signalés peuvent devenir pathogènes quand ils la trouvent entamée. Agents de suppuration, de gangrène et de putridité, ils transforment, en phlegmasie infectieuse, un catarrhe banal (*ab ingestis* ou *a frigore*).

2° Leur virulence s'exalte dans le tube digestif. Ils y sécrètent des ptomaïnes (fait indiqué par l'un de nous, avec preuves chimiques à l'appui). Ces ptomaïnes des-

(1) On a signalé ce microbe dans l'eau d'alimentation. — A Cherbourg, un échantillon d'eau tiré d'une citerne, à la caserne de l'artillerie, nous a donné d'abondantes colonies de *bacillus fluorescens liquefaciens.*

quament la muqueuse du gros intestin et ouvrent la porte aux microbes.

3° Ces micro-organismes pénètrent dans les voies digestives, à dosses massives, en état de virulence exaltée, et accompagnés de ptomaïnes (viandes gâtées, conserves altérées, putréfactions dans la genèse desquelles intervient le vibrion septique; fruits trop mûrs, contus, souillés de terre, salis au contact des mains, etc.).

4° La matière des selles exhale, mélangées à des gaz infects, des ptomaïnes volatiles qui, absorbées par la muqueuse respiratoire et éliminées par l'intestin (mécanisme de la diarrhée dite d'amphithéâtre), irritent cet organe au passage et permettent l'invasion de ses tissus par les microbes de fermentation ou de suppuration qui pullulent dans sa cavité. Tel est peut-être le mode suivant lequel s'effectue la contagion dysentérique à distance. Quoi qu'il en soit, deux des pharmaciens qui, en 1887, sur la demande de l'un de nous, soumirent des selles dysentériques à de longues et minutieuses opérations chimiques, dans le but d'en extraire des ptomaïnes, opérations nécessitant une température et l'emploi d'acides minéraux ou de réactifs mercuriels *capables de détruire les microbes contenus dans ces matières*, furent atteints, l'un de rectite, l'autre de diarrhée avec ténesme.

L'expérimentation fournira peut-être, un jour, la solution de ce difficile problème.

Nous aurions voulu tenter, sur une espèce animale susceptible de dysenterie spontanée (jeunes chiens ou jeunes chats), l'essai des divers microbes extraits des selles dysentériques par culture, les expérimenter d'abord isolément, puis associés deux par deux, trois par trois, et groupés tous ensemble. Nous n'avons eu ni le temps ni les moyens de poursuivre cette étude.

L'un de nous, en 1887, n'a rien obtenu de cultures pures de staphylocoque pyogène, poussées par ponction directe, dans le cæcum d'un lapin. En Cochinchine, il est vrai, M. Calmette a pu, par injection intra-veineuse du bacille pyocyanique chez le même animal, provoquer l'ensemble symptomatique ordinaire de l'infection due à ce microbe (fièvre, diarrhée, etc.), et déterminer des ulcérations furonculeuses de l'intestin constatées à l'autopsie. Mais ces symptômes ne sont point l'exacte reproduction clinique de la dysenterie (1).

Nous croyons beaucoup plus à l'influence des associations microbiennes qu'à l'action isolée et exclusive de tel ou tel microbe, dans la pathogénie de la maladie qui nous occupe.

Faut-il, en dernière analyse, rappeler que, cette fois encore, nous n'avons trouvé dans les selles dysentériques aucun micro-organisme que sa constance, mise en regard de caractères spéciaux, doive dénoncer comme spécifique? Ces résultats négatifs n'empêcheront point que, dans les traités de bactériologie et autres, on continue à décrire le bacille de la dysenterie *épidémique*, fourni d'ailleurs par les selles de dysentériques provenant de la Guyane ou du Tonkin.

(1) L'albuminurie, constante dans l'infection pyocyanique, est tout à fait exceptionnelle dans la dysenterie et dans les abcès du foie qui en sont si fréquemment la conséquence. Il ne serait pourtant pas impossible que cette infection pyocyanique contribuât à la genèse des paralysies dysentériques.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante adressée à M. le président de l'Académie de médecine et réclamant, à juste titre, qu'une attention plus rigoureuse soit apportée à la surveillance des eaux que transportent nos vaisseaux :

Monsieur le Président,

Je prends la liberté d'appeler l'attention de l'Académie sur une cause trop méconnue de transport épidémique.

Je veux parler de l'eau consommée à bord des navires, qu'il s'agisse de celle emmagasinée au départ ou d'eau fabriquée à l'aide d'appareils distillatoires.

L'influence de cette cause de dangers s'exerce de deux façons :

A l'égard des équipages et passagers;

A l'égard des localités mises en rapport, par le mouvement des flottes, navires de commerce, etc., etc.

La première énonciation trouve sa démonstration dans les cas de maladies et décès qui surgissent à bord pendant les traversées.

La deuxième s'explique par l'explosion spontanée de certaines maladies exotiques infectieuses dans les ports d'arrivée.

On cherche à obvier à cette situation par des quarantaines plus ou moins prolongées.

Les quarantaines agissent sur le personnel, les passagers, les marchandises, etc., etc.

Mais on oublie l'eau et surtout les caisses à eau, les appareils qui l'élèvent ou la conduisent, lesquels constituent autant de foyers permanents d'infection.

Comment, en effet, sont approvisionnés d'eau les navires les mieux installés ?

Au début, on embarque de l'eau du pays. Ensuite, quand il s'agit de paquebots, on utilise l'eau distillée à bord.

Mais, l'eau du pays venant souvent de sources contaminées (rivières, fleuves, citernes), embarque avec elle le poison qu'on veut fuir. C'est ainsi que s'expliquent la plupart des décès qui se produisent pendant les traversées, alors que l'éloignement des lieux infectés devrait, au contraire, donner plus de sécurité.

On a emporté avec soi le poison. On l'a versé à pleins bords aux passagers, à l'équipage. Comment s'étonner si des maladies et des décès surgissent?

Cette eau fatale s'épuise. On va la remplacer par de l'eau distillée.

On met celle-ci en contact avec l'atmosphère pour l'aérer.

Mais l'atmosphère, n'est-ce pas justement le magasin général des germes pernicieux???

Et si l'on navigue dans des parages où dominent le choléra, la fièvre jaune, etc., etc., précisément par cette opération, on a ramené dans l'eau les germes morbifiques dont il fallait la préserver.

Puis, que fait-on après? On envoie l'eau ainsi préparée dans les réservoirs préalablement infectés. Et si l'eau a échappé à la contamination atmosphérique, parce qu'on navigue dans des latitudes saines, elle n'échappe pas à celle qui préexiste dans les réservoirs et tuyaux, laquelle subsiste toujours, puisque *jamais ces appareils ne sont ni purifiés, ni stérilisés.*

On objectera que l'eau distillée ne permet pas la multiplication des bactéries.

Cela est vrai pour des eaux de laboratoire, distillées dans des conditions spéciales. Mais cela n'est pas pour l'eau de mer, si chargée de matières organiques, distillée rapidement, avec entraînement de particules liquides et rechargée de matières organiques, par le contact de l'atmosphère.

Or, il ne faut pas l'oublier, ce milieu est d'autant plus favorable au développement de la vie microbique, que justement les ptomaïnes préexistantes ont été détruites par la chaleur.

Puis, alors même que les germes ne se développeraient pas dans les caisses à eau, ils existeraient quand même, et dès qu'ils seraient introduits dans le tube digestif, ils y trouveraient les éléments utiles à leur pullulation. Le résultat serait le même.

Ces faits sont absolus et si l'on en voulait un exemple frappant, il faudrait se rappeler ces paquebots sortis l'an dernier de Hambourg et perdant nombre de passagers.

Ce n'était pas l'atmosphère traversée qui causait l'infection, puisque d'autres navires naviguaient dans les mêmes parages et étaient indemnes. C'était l'eau embarquée qui avait empoisonné caisses d'eau, tuyaux, etc., etc., et continuait son œuvre homicide.

Mais voyons maintenant l'action exercée sur la population des ports d'escale ou d'arrivée.

La Santé l'a déclaré, il n'y a pas de maladie à bord où la quarantaine a été purgée. La sécurité paraît donc complète.

Voilà, dès lors, le navire rendu à la libre pratique, livré au va-et-vient qu'amène son mouvement d'affaires.

Des visiteurs, des ouvriers viennent à bord. De l'eau est bue. Le navire repart.

Si, parmi ceux de terre qui sont allés à bord et qui ont bu, se trouvent des gens prédisposés à la contagion, celle-ci entre immédiatement en incubation. Au bout de quelques jours le mal éclate, souvent loin du port. Et voilà toute une population livrée aux atteintes du mal redoutable; et voilà ce mal s'étendant de proche en proche et gagnant parfois tout un continent.

Le remède à cela se résume par quatre nécessités que voici:

1° Stérilisation à bord des eaux à haute température, qu'elles soient fournies par l'emmagasinement ou la distillation, moyen de préservation que j'ai signalé et y a plus de 20 ans, et dont l'importance maintenant n'échappe à personne.

2° Suppression du contact d'air non stérilisé dans les appareils de distillation;

3° Stérilisation par la chaleur au port de départ et aux quarantaines, des caisses à eau, tuyaux, pompes, etc., etc.:

4° En ce qui concerne les voiliers ou autres bâtiments n'ayant pas de stérilisateurs à bord, mis sous scellés à l'arrivée des caisses à eau, tuyaux, pompes, etc., etc., jusqu'à leur stérilisation par la vapeur; action facile à exercer économiquement, à l'aide d'un générateur mobile.

Avec ces précautions, que la sauvegarde de tous impose, il y aura moins de maladies à bord et l'on aura supprimé pour les populations de terre, sinon absolument le danger, au moins l'une des grandes causes de sa manifestation.

Ch. Thellier,
28, rue d'Auteuil.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie périodique (Periodic paralysis with the report of a case), par W. Burr (*University medical Magazine*, août 1893, n° 11, p. 836). — Cette affection curieuse est relativement rare; on n'en connaît guère que les cas de Romberg, Westphal, Hartwig et Cousot. Le malade dont l'observation est rapportée, âgé actuellement de 20 ans, est sujet depuis l'âge de 10 ans à des attaques survenant tous les 3 à 4 mois et caractérisées ainsi: Il est pris au réveil de douleurs dans les membres, puis d'impotence motrice presque absolue. Cet état cède en quelques jours. A son entrée à l'hôpital, il était pris depuis sa dernière attaque, remontant à deux jours, d'une paralysie motrice de la jambe et surtout du bras. On ne constate ni troubles de la sensibilité, des sphincters, ou des appareils; il n'existe enfin ni fièvre, ni altération de la parole ou de l'intelligence. Les réflexes rotuliens sont abolis du côté paralysé et faibles de l'autre côté. Après quelques jours, la guérison intervint, mais, plusieurs semaines après, il fut repris d'une attaque semblable. Il est difficile de savoir si la cause de ces attaques de paralysie est due à une auto-intoxication. L'auteur est plutôt disposé à les rattacher à l'hystérie.

Un cas de myopathie progressive primitive, par Prautois et Etienne (*Revue de médecine*, 10 juillet 1893, n° 7, p. 635). — Sujet âgé de 7 ans, sans antécédents héréditaires, présente une atrophie musculaire progressive du type facio-scapulo-huméral, ayant débuté dans la première enfance. Pas de contractions fibrillaires, pas de réaction de dégénérescence, pas de pseudo-hypertrophie. Abolition des réflexes tendineux. Les auteurs insistent sur la précocité de l'affection et sur l'absence d'hérédité; ils font remarquer en outre qu'il existait une asymétrie des épaules attribuable au non-parallélisme de l'évolution de l'atrophie des deux côtés.

Paralysie de Erb (Zur Kasuistik der Erb'schen Læhmung), par Meyer (*Deut. med. Woch.*, 24 août 1893, n° 34, p. 810). — Après avoir rappelé l'historique de la paralysie de Erb, l'auteur en rapporte deux nouvelles observations. Dans la première, il s'agit d'une piqûre du point d'Erb qui réalise presque une expérience sur l'homme. Un sujet est atteint de plusieurs blessures dont une siège dans la région gauche du cou. Au niveau du point d'Erb, on constate les signes classiques de la paralysie de Erb typique. Le second cas a trait à un enfant âgé de 5 jours, dont la paralysie fut entraînée par les manœuvres de l'accouchement.

Sur un cas de myxœdème (Notes on case of myxœdema), par Robert Kirk (*The Lancet*, 23 septembre 1893, n° 3656, p. 743). — L'auteur rapporte sept observations et insiste sur l'influence qu'ont sur la marche de la maladie les grossesses et les métrorrhagies. Dans tous ces cas, le traitement par l'ingestion de suc thyroïdien produisit de l'amélioration allant parfois jusqu'à la guérison.

Sur sept diverses variétés de paralysies infantiles (On some varieties of paralysis in children), par James Taylor (*The Lancet*, 23 septembre 1893, n° 3656, p. 733). — Les paralysies surviennent chez les enfants selon trois formes différentes: 1° la paralysie par excellence de l'enfance est la poliomyélite aiguë antérieure, paralysie essentielle de l'enfance, ou paralysie spinale aiguë; 2° l'hémiplégie infantile, paralysie d'origine cérébrale; 3° la paraplégie spastique congénitale, également d'origine cérébrale, et probablement consécutive au travail dans la majorité des cas.

Le système nerveux dans la fièvre typhoïde, par Pechère et Funck (*Annales de la Société des Sciences médicales de Bruxelles*, t. II, 1893). — Ce mémoire constitue une étude d'ensemble des accidents nerveux de la fièvre typhoïde. Ceux-ci sont exposés de la façon suivante: 1° symptômes méningo-encéphaliques (céphalalgie, phénomènes mentaux, méningites, localisations centrales, localisations bulbaires et névroses); 2° symptômes médullaires (paralysies et actes réflexes); 3° symptômes nerveux périphériques; 4° fièvre typhoïde expérimentale. Il s'agit surtout d'une coordination des nombreuses études parues sur ce sujet en même temps que d'un essai d'interprétation, à l'aide des découvertes récentes, de certains symptômes dont la pathogénie reste mal définie.

Sur l'hérédo-ataxie cérébelleuse, par Pierre Marie (*Semaine médicale*, 27 septembre 1893, n° 56, p. 444). — L'auteur propose cette nouvelle dénomination pour un ensemble de faits cliniques constituant un groupe à part qui, tout en différant plus ou moins de ceux qui appartiennent à la maladie de Friedreich, ont avec ceux-ci, au point de vue symptomatique, deux caractères communs: troubles identiques du mouvement et origine héréditaire. Les caractères distinctifs sont, dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse: le début à un âge plus avancé, la conservation ou même l'exagération des réflexes rotuliens, la fréquence des phénomènes spasmodiques, des troubles visuels (rétrécissement campimétrique, dyschromatopsie, diminution de l'acuité visuelle), l'absence de scoliose et de pied-bot. La nouvelle maladie serait en rapport, au moins autant qu'il est permis de le dire en se basant sur deux autopsies, avec une atrophie du cervelet. La maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse sont considérées par l'auteur comme des modalités différentes d'une même espèce morbide.

De l'anesthésie généralisée. Son influence sur la conscience et le mouvement, par Pronier (*Revue de médecine*, 10 juillet 1893, n° 7, p. 588). — Le sujet, âgé de 44 ans, a eu, à 22 ans, une crise convulsive suivie de délire. Ultérieurement parésie paraplégiforme, puis tremblement intentionnel des membres avec embarras de la parole. De l'anesthésie apparaît il y a 3 ans aux cuisses et envahit peu à peu tout le corps, ne respectant du côté des sens que la vue et l'ouïe. L'auteur a répété les expériences de Strumpell et Raymond, consistant à boucher les oreilles et à fermer les yeux des sujets qui provoquaient, selon ces observateurs, un état semblable au sommeil. Il a étudié également la façon dont se faisaient les mouvements, le malade étant privé du

secours de ses yeux. Ni dans les premières expériences, ni dans les secondes, il n'a constaté de phénomènes tout à fait assimilables à ceux relatés par ses prédécesseurs. Il pense que le sommeil apparent, de même que les troubles moteurs observés dans ces circonstances, sont des manifestations hystériques, dont il n'est pas permis de tirer de lois de psychologie normale.

MÉDECINE

Maladie de Basedow (Morbus Basedowii bei einem zwœlfjahrigen Mædchen und dessen Mutter), par P. Kronthal (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 juillet 1893, p. 650). — L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille dont la maladie commença par des battements de cœur, pendant l'hiver 1891-1892. De l'exophthalmie, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des crampes d'estomac, etc., se montrèrent ensuite.

A l'examen on put constater l'hypertrophie de la glande thyroïde, l'exophthalmie; mais on nota l'absence du symptôme de Græfe, ainsi que de celui de Mœbius (insuffisance de la convergence). En octobre 1892 des symptômes mentaux apparurent: ils furent caractérisés par des envies irrésistibles de pleurer, celles-ci provoquées par le fait que la malade s'imaginait que sa mère n'était pas sa mère: l'angoisse et la crainte amenaient alors les larmes. Elle s'améliora cependant.

A ce propos, l'auteur fait observer que le pronostic de la maladie de Basedow chez les enfants est en général bénin. Parmi les malades, quelques-unes guérissent complètement, chez les autres les symptômes s'atténuent suffisamment pour ne pas être une gêne dans la vie des sujets.

Ce qui ajoute à l'intérêt de cette observation, c'est qu'on reconnut par la suite chez la mère de l'enfant cité plus haut des stigmates de la même maladie, mais sous sa forme fruste, fatigue insolite, impossibilité de s'appliquer à un travail suivi, sans fatigue; tremblement, battements de cœur, douleurs de tête, etc.

La néphrite des femmes enceintes et des accouchées (Ueber die Nephritis der Schwangeren und Kreissenden), par Volkmar (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 34, p. 637). — Les recherches de l'auteur sont basées sur l'examen de l'urine de soixante femmes enceintes. L'urine était prise aseptiquement dans la vessie et examinée chimiquement et microscopiquement après centrifugation.

Sur les 60 femmes, 17 seulement avaient des urines normales. L'albuminurie sans cylindres hyalins a été constatée 6 fois chez des femmes enceintes, 16 fois pendant l'accouchement. L'albuminurie avec cylindres hyalins a été trouvée 7 fois chez des femmes enceintes, 12 fois pendant l'accouchement. Deux fois enfin l'albuminurie était compliquée de cystite gonorrhéique.

La néphrite gravidique est donc fréquente. L'auteur n'a pas observé chez ses malades le passage de la néphrite à l'état chronique. Ordinairement cette néphrite disparaît quatre ou cinq jours après l'accouchement.

Rein gravidique et néphrite de la grossesse (Ueber Schwangerschaftsniere und Schwangerschaftsnephritis), par Fischer (*Arch. f. Gynæk.*, 1893, Bd XLIV, p. 218). — Voici les conclusions de ce travail, basé sur une vingtaine d'observations personnelles :

1° La leucocyturie passagère doit être considérée comme l'expression d'un état irritatif du rein ;

2° L'apparition des hématies dans l'urine des primipares et celle des cylindres granuleux dans l'urine des multipares indiquent l'existence de modifications rénales aiguës chez les premières, et chroniques chez les secondes ;

3° Les affections fébriles de longue durée survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, peuvent aggraver l'état du rein et transformer l'état irritatif en inflammatoire ;

4° L'apparition des phénomènes du rein gravidique pendant la seconde moitié de la grossesse est un phénomène physiologique ;

5° Le rein gravidique et la néphrite de la grossesse se terminent ordinairement par la guérison.

Acétonurie pendant la grossesse (Ueber Acetonurie wæhrend der Schwangerschaft), par Vicarelli (*Prag. med. Woch.*, 1893, n° 33). — Au cours de ses recherches sur l'acétonurie chez les femmes enceintes, l'auteur fit cette constatation que l'acétonurie ne s'observait que chez les femmes qui portent depuis quelque temps un fœtus mort ou macéré.

Ces études ont porté sur 137 femmes enceintes. Chez 9 il existait de l'acétonurie, et toutes les 9 ont mis au monde des fœtus morts ou même macérés. Le liquide amniotique, examiné chez deux de ces femmes, contenait également de l'acétone ; enfin, l'acétone fut découvert dans l'air expiré d'une de ces acétonuriques.

Cette acétonurie, qui disparaît ordinairement 4 à 5 jours après la naissance, peut donc servir à diagnostiquer la mort du fœtus.

Diathèse urique et pipérazine (Harnsaure Diathese und Piperazin), par Wittzack (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 28, p. 531). — En se basant sur l'emploi de la pipérazine à la dose de 1 gramme par jour chez six malades atteints de diverses manifestations de la diathèse urique, l'auteur arrive à conclure :

1° La pipérazine augmente considérablement la diurèse ; 2° le poids spécifique de l'urine est abaissé, sa réaction moins acide, mais jamais l'urine ne devient neutre ou alcaline ; 3° l'appétit n'a jamais été troublé et on n'a jamais observé une action de la pipérazine sur l'état général ; 4° les injections sous-cutanées de pipérazine, même à dose minime, sont extrêmement douloureuses et provoquent quelquefois, malgré tous les soins d'antisepsie, des abcès ; 5° il n'existe aucune différence entre l'action de la pipérazine et celle de ses sels ; 6° l'action de la pipérazine ne se manifeste que lorsque le malade a pris au moins 15 grammes de cette substance.

CHIRURGIE

Sténose congénitale du pylore et du duodénum (Ueber einen Fall von angeborener Stenose des Pylorus und der angrenzenden Duodenal-partie), par Tilger (*Arch. de Virchow*, 1893, Bd. CXXXIII, Hft 2, p. 198). — Chez un alcoolique de 30 ans qui, après avoir présenté les phénomènes de dilatation de l'estomac, est succombé à un accès de delirium tremens, l'autopsie a montré que la dilatation de l'estomac tenait à une conformation spéciale du pylore.

La région pylorique était considérablement dilatée et recouvrait presque entièrement le duodénum. La première partie du duodénum était considérablement rétrécie; plus loin l'intestin s'élargissait en dimensions normales. Le pylore, considérablement hypertrophié, laissait à peine passer une sonde.

L'examen microscopique montra que l'hypertrophie portait presque exclusivement sur la courbe musculaire.

Autoplastie de la joue (Plastik der Wangenschleimhaut nach Oberst), par Baracz (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, vol. 46, p. 347). — Il s'agit d'une femme de 21 ans venue à la clinique avec un sarcome volumineux de la joue. La peau glissait encore sur la tumeur, mais se plissait déjà difficilement, et la tumeur elle-même adhérait au maxillaire supérieur.

Incision horizontale de la peau et extirpation de la tumeur. L'opération très laborieuse nécessita l'ouverture de l'antre d'Highmore, la résection de l'os zygomatique et le grattage suivi de cautérisation de la fosse sphéno-palatine.

La perte de substance de la muqueuse fut ensuite comblée d'après le procédé d'Oberst qui, pour l'auteur, a l'avantage de ne pas produire de trismus cicatriciel secondaire.

On forma donc avec la muqueuse de la lèvre supérieure et celle de la lèvre inférieure deux lambeaux, le premier à base inférieure, le second à base supérieure. Les deux lambeaux furent ensuite attirés au centre de la perte de substance, fixés à l'aide d'une suture perdue à la soie, et leurs bords suturés à l'aide de la suture de matelassier. Suture de l'incision cutanée. De cette façon la plus grande partie de la perte de substance fut donc comblée par les deux lambeaux muqueux; le reste se ferma par granulations. Guérison en vingt jours. La malade, revue deux mois après l'opération, ne présentait pas de trismus cicatriciel.

Oberst lui-même a opéré deux malades dans les mêmes conditions, les deux fois avec plein succès.

Les avantages du procédé d'Oberst seraient, d'après l'auteur : 1° déformation minime de la face; 2° guérison rapide ; 3° sûreté et simplicité de l'opération.

Hygroma calcanéen (Ein Fall von doppelseitiger Bur-

sitis calcanea), par Schuller (*Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 31, p. 671). — Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, qui, depuis 2 ans, éprouvait sous les talons des douleurs comme si elle avait des cailloux sous la plante des pieds. Depuis quelque temps, la marche est devenue presque impossible. A l'examen, on trouvait sous la peau de chaque talon des petits corpuscules lisses, aplatis, très mobiles, qui fuyaient sous le doigt. Le diagnostic d'hygroma sous-calcanéen avec corps riziformes, fut confirmé par l'opération qui a consisté en l'excision des deux bourses séreuses. Guérison.

Hernie diverticulaire étranglée (Ein Fall von eingeklemmten Divertikelbruch), par Laczkovich (*Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 36, p. 778). — Homme de 56 ans, entre à la clinique avec une hernie inguinale droite étranglée, datant de 4 jours et survenue à la suite d'un effort.

Herniotomie : A l'ouverture du sac, il s'écoule une cuillerée à café d'un liquide foncé, trouble, mais sans odeur, et apparaît un diverticule de l'intestin en forme de doigt de gant, long de 3 cm. et large de 1 1/2. Section de l'anneau et on attire l'anse malade, qui a mauvais aspect. L'anse est enveloppée dans de la gaze iodoformée. Pansement iodoformé. Le lendemain l'anse, qui avait repris son aspect normal, est réduite. Suture de la plaie, drainage. Guérison en 12 jours.

Pied plat et pied à transpiration (Schweissfuss und Plattfuss), par Thomaszewski (*Wien. med. Presse*, 1893, n°s 33-36). — L'auteur a examiné 149 cas de pieds plats et a été frappé de la fréquence de la transpiration des pieds chez les individus atteints de pied plat. D'un autre côté, qu'il s'agisse de la transpiration des pieds seule ou du pied plat ou des deux à la fois, on trouve presque toujours des varices des membres inférieurs. L'auteur en conclut que les varices doivent dans certains cas être considérées comme la cause étiologique de ces deux infirmités.

BIBLIOGRAPHIE

Le Choléra, par M. le Dr Galliard, médecin des hôpitaux. Paris, 1894, Rueff et Cie (Collection Charcot-Debove).

M. le Dr Galliard vient de publier sur le choléra un livre fort intéressant et d'une utilité pratique incontestable, puisque maintenant le choléra semble s'être établi d'une manière permanente en Europe. Après avoir fait une étude historique des diverses épidémies qui ont ravagé le monde, l'auteur recherche d'abord les causes de l'endémie cholérique aux Indes et il les trouve dans la malpropreté des habitants et la souillure de l'eau par les déjections. Cette maladie ainsi entretenue dans le delta du Gange est ensuite propagée, soit par la voie de terre, soit par la voie de mer, par l'homme ou par des effets contaminés. Elle est influencée par la température, par les conditions météorologiques, par la perméabilité du sol. Enfin, il faut tenir compte de la constitution épidémique. Pour la symptomatologie, M. Galliard étudie d'abord l'incubation et les prodromes, puis il adopte la division classique en 3 stades : stade d'invasion ou phlegmorrhagie, stade d'algidité et stade de réaction. Ces symptômes, il les déduit en homme qui a vu les choses par lui-même, qui a tout observé et tout étudié soigneusement; aussi les remarques personnelles et les opinions originales ne sont pas rares dans ce chapitre. M. Galliard a notamment apporté une très grande précision dans son étude du stade de réaction. Il a fort heureusement substitué aux expressions si vagues de réaction typhoïde et de réaction méningitique la dénominatien bien autrement suggestive de *réactions abortives*, dont il passe en revue trois variétés : 1° celle où dominent les phénomènes gastro-intestinaux, c'est la seule curable; 2° celle où domine l'ataxo-adynamie; 3° celle où domine l'état marastique. L'auteur signale ensuite sous le nom d'*état fébrile du dixième jour* une sorte de crise de la maladie, fort curieuse et se traduisant par une recrudescence des phénomènes gastro-intestinaux, de l'adynamie, de la fièvre et quelquefois de l'érythème. La convalescence, les recrudescences, les rechutes et les récidives terminent ce chapitre de la symptomatologie.

Au point de vue des formes cliniques, M. Galliard établit une première division en choléra bénin et choléra pernicieux, puis, dans une conception fort heureuse, il subdivise ce dernier en trois formes : une forme foudroyante, qui, lorsqu'elle tue (ce qui n'arrive pas toujours, l'auteur cite une belle observation de guérison), emporte le malade en vingt heures; une forme galopante, dont la durée totale excède vingt heures et ne dépasse pas cinq jours dans les cas mortels; une forme lente, dont la durée excède cinq jours dans les cas mortels. Le choléra est ensuite étudié chez les femmes enceintes, les nourrices, les enfants, les vieillards, les typhiques, les paludéens, les cardiaques, les brightiques, les tuberculeux, les alcooliques. L'auteur prouve, observations en mains, que tandis que le choléra a une gravité exceptionnelle chez les femmes enceintes, il est au contraire chez les nourrices d'un pronostic moins sombre que chez les malades ordinaires. Le chapitre des complications n'est pas moins intéressant : M. Galliard a établi le premier d'une manière irréfutable que l'emphysème sous-cutané peut être une complication du choléra. Ses considérations sur l'ictère, les suppurations, l'érysipèle, les gangrènes offrent également un grand intérêt. Le diagnostic, le pronostic, l'anatomie pathologique, la microbiologie viennent ensuite. Les toxines du bacille-virgule sont étudiés au chapitre de la physiologie pathologique. Le dernier chapitre est celui du traitement : l'auteur conseille au médecin de toujours mettre en œuvre une thérapeutique, mais en ayant toujours présente à la mémoire cette notion importante, que si le cholérique n'absorbe pas et n'élimine pas à la période d'algidité, en revanche à la période de réaction, « les remèdes accumulés sans prudence dans l'organisme risquent de *faire balle* et de tuer le malade ». L'étude de la prophylaxie termine ce livre si rempli de documents de haute valeur et dans lequel toutes les opinions présentées par l'auteur sont appuyées sur des faits bien observés et bien étudiés.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

L'Idiotie, hérédité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiot, par le Dr Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière (1 vol. in-12 avec 17 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 4 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

Cette étude sur *l'Idiotie* a été l'objet d'une série de leçons faites à la Salpêtrière au commencement de l'année 1893.

M. Jules Voisin prend comme point de départ les lois de l'hérédité en général et de l'hérédité morbide en particulier, ainsi que les causes de la dégénérescence mentale dont *l'Idiotie* est le dernier degré.

Choisissant ses exemples parmi les différents types d'idiots de son service, dont les photographies démonstratives sont reproduites dans ce volume, il examine leurs instincts, leurs sentiments, leurs lueurs d'intelligence et de volonté, ainsi que leurs caractères physiques. De là, il passe à l'éducation et au traitement qui doivent être appliqués à ces déshérités, pour qu'ils cessent d'être à charge à tous, et qu'ils deviennent utiles à eux-mêmes et à la société.

Le traitement des aliénés dans les familles, par Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 1 vol. in-18 de 180 pages. Paris, F. Alcan édit. 1893.

M. Féré s'est fait, en France, le champion de l'assistance familiale des aliénés, et cette seconde édition de son livre est un chaud plaidoyer en faveur de ce mode d'assistance. Ce volume contient en même temps, et ce n'est pas là son moindre intérêt, des notions élémentaires sur les soins qui conviennent aux aliénés.

Descendance de l'homme (Der Bau des Menschen als Zeugniss für seine Vergangenheit), par R. Wiedersheim, professeur à l'Université de Fribourg, 2e éd., Fribourg-in-Brisgau et Leipzig, 1893. Librairie académique de J. C. Mohr (Paul Siebeck). Prix : 4 mks 80 pf.; relié, 5 mks 80 pf.

Ce manuel, dans le texte duquel on trouve 109 figures, est un résumé concis des données actuelles sur la structure de l'homme comme preuve de son passé. Les organes y sont passés en revue appareil par appareil. L'auteur est un darwiniste convaincu. C'est un livre que consulteront avec fruit tous ceux qui s'intéressent aux choses de l'embryologie et de l'anatomie comparées.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 13 septembre 1893.

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses et les conséquences de la loi du 20 novembre 1892.

L'Académie de médecine vient d'être saisie, par un rapport de M. Vallin, que nous aurions voulu pouvoir publier *in extenso* et que nous engageons tous les médecins à lire au *Bulletin*, d'une question dont la *Gazette hebdomadaire* a maintes fois déjà entretenu ses lecteurs. Nous voulons parler de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses et des conséquences qu'entraînera pour le médecin praticien cette nouvelle disposition législative.

Déjà, à l'occasion du vote émis le 12 juin dernier par le *Comité consultatif d'hygiène*, mon collaborateur et ami A.-J. Martin a nettement établi (1893, p. 193) que la loi nouvelle ne deviendra applicable que le jour où l'on aura démontré à tous les médecins d'une part que leur clientèle ne sera exposée, du fait de leur dénonciation, qu'à des mesures administratives bien conçues, discrètement et facilement exécutées; d'autre part, que la déclaration faite à l'autorité aura nécessairement pour résultat une entrave apportée à la propagation des maladies contagieuses.

Pour qu'il en soit ainsi, il importe que la liste des maladies pour lesquelles la déclaration deviendra obligatoire soit aussi restreinte que possible. Le législateur ayant eu la précaution de prévoir qu'un arrêté ministériel nouveau pourra toujours modifier cette liste, en y ajoutant les maladies reconnues vraiment dangereuses, le jour où la nécessité de leur dénonciation apparaîtra évidente, il semblait naturel de se restreindre tout d'abord aux affections épidémiques au sujet desquelles aucune contestation n'est aujourd'hui possible et pour lesquelles, suivant la pittoresque expression de M. Le Fort, le secret professionnel va jusqu'à rendre le médecin coupable d'homicide par discrétion.

C'est ce qu'a bien compris la commission académique dont M. Vallin vient d'être l'éloquent interprète. L'hygiène comme la police sanitaire, a dit notre savant collègue, doit être secourable et humaine; elle devient odieuse quand elle est tracassière et oppressive. La loi nouvelle n'a pas pour but de punir rigoureusement le médecin ou le chef de famille; elle doit les éclairer, les secourir matériellement et moralement et les protéger en protégeant la santé publique. M. Vallin a excellemment démontré, de plus, que, dans la plupart des cas de maladie qui devront déterminer la dénonciation du médecin, le secret professionnel n'est pas en cause. La discrétion du médecin ne va jamais jusqu'à refuser de dire à un ami, à un parent que le malade qu'il soigne est atteint de fièvre typhoïde, de diphthérie ou de scarlatine. Pourquoi se refuserait-il à informer l'autorité sanitaire si l'intervention de celle-ci doit se borner à assainir une habitation contaminée ou à éclairer les médecins et les familles sur les précautions à prendre en vue d'éviter la contagion?

Mais, pour qu'il en soit ainsi, il importe que l'autorité sanitaire puisse imposer des mesures prophylactiques vraiment efficaces. Si la déclaration ne devait aboutir qu'à des vexations inutiles, les médecins, n'en comprenant pas l'utilité, seraient incités à surseoir à un diagnostic précis et à tourner sinon à violer la loi. Aussi ne saurait-on trop louer l'exposé des principes « conçus dans un esprit de modération et d'équité » qui ont dicté les conclusions du rapport de M. Vallin. Ces principes, dit-il, sont simples et peu nombreux :

« 1° Les maladies doivent être de celles qui peuvent compromettre gravement la santé d'un grand nombre de personnes au voisinage du premier malade;

2° Ces maladies doivent être justiciables non seulement de soins médicaux individuels, mais aussi d'une intervention administrative et de mesures sanitaires imposables dans l'intérêt de l'hygiène publique, car aucune ingérence ne peut avoir lieu dans le traitement établi par le médecin habituel;

3° La déclaration de tout cas sporadique est indispensable; toute épidémie, en effet, débute par des cas en apparence sporadiques, dix médecins différents pouvant

observer le même jour, à l'insu l'un de l'autre, un cas isolé de la même maladie;

4° Enfin, dans l'établissement de cette liste d'ailleurs révisable, il est nécessaire de tenir compte des difficultés d'exécution, de l'état de la science et de l'opinion publique, etc. La déclaration ne doit être imposée que pour la maladie dont le danger est évident, grave, susceptible d'être conjuré par des mesures n'excédant pas le bénéfice qu'on en doit retirer. »

On ne pouvait mieux dire. Et c'est pourquoi, tout en applaudissant aux considérations développées ensuite par notre collègue, nous voudrions le voir supprimer de la liste qu'il vient de soumettre à l'approbation de l'Académie une seule maladie : la rougeole.

Certes nous reconnaissons que la rougeole peut, dans certaines circonstances, par les complications qu'elle entraîne à sa suite, devenir vraiment grave. Nous n'ignorons pas que chaque semaine, particulièrement dans la classe pauvre, la rougeole cause des décès par broncho-pneumonie surtout. Mais comment « l'intervention administrative ou les mesures sanitaires imposables dans l'intérêt de l'hygiène » empêcheront-elles ces complications qui ressortissent exclusivement aux « soins médicaux individuels »? Comment, sinon par la séquestration, prolongée pendant 20 ou 25 jours, de tous les frères et sœurs d'un enfant malade de rougeole, arrivera-t-on à empêcher la contagion? La rougeole n'est-elle pas contagieuse avant que l'éruption apparaisse? Exigera-t-on du médecin qu'il signale à l'autorité tous les cas de coryza, de larmoiement, de toux férine qu'il observe? Et que ferait l'administration en pareille circonstance? Pour la rougeole les mesures que l'on pourra ordonner n'excéderont-elles pas le bénéfice qu'on en pourrait attendre?

Poser ces questions, c'est les résoudre. Nous approuvons M. Vallin d'avoir supprimé, dans la liste dressée par le Comité consultatif d'hygiène, la coqueluche, l'érysipèle, les infections puerpérales et même l'ophthalmie des nouveau-nés. Les raisons qu'il donne à l'appui de ses conclusions sont absolument convaincantes. Mais, de même que la rougeole, la coqueluche peut tuer par broncho-pneumonie; comme la rougeole, elle crée une prédisposition à l'évolution de la tuberculose. L'ingérence de l'administration a paru insuffisante et vexatoire pour la coqueluche. Il doit en être de même pour la rougeole.

Que le Comité consultatif l'ait maintenue sur sa liste; qu'il y ait ajouté les autres maladies contagieuses que le rapport de M. Vallin supprime, nous ne nous en étonnerons pas. Les intérêts de l'hygiène publique devaient, à ses yeux, primer toute autre considération. Mais l'Académie de médecine ne saurait méconnaître les intérêts des familles et ceux, non moins respectables, des médecins chargés de les soigner. Son rôle est donc différent. Sans méconnaître les intérêts de l'hygiène, elle doit songer au côté *pratique* de la question. Elle doit éclairer le gouvernement sur les résistances que feraient naître les difficultés d'application d'une loi qui, nul ne saurait le nier, va créer bien des embarras, bien des ennuis.

D'ailleurs, si l'on n'avait égard qu'aux dangers créés par les maladies transmissibles, on devrait exiger la déclaration de la tuberculose au moins autant que celle de la rougeole. M. Vallin a bien prouvé qu'une loi qui porte atteinte aux prérogatives du corps médical et qui menace les médecins de pénalités assez rigoureuses ne doit viser qu'un petit nombre de maladies pour lesquelles la déclaration obligatoire reste sans dangers. Ainsi le choléra, la fièvre jaune, la peste, la variole, la diphthérie, la fièvre typhoïde, la suette miliaire et même la scarlatine, puisque celle-ci est surtout contagieuse à la période de desquamation et que, dès lors, une désinfection rigoureuse peut arrêter la contagion.

Aux cas si démonstratifs cités par M. Vallin au début de son rapport, tous les médecins pourraient, pour justifier ces conclusions, en ajouter d'autres non moins probants. Grâce à la loi nouvelle, il sera plus facile de surveiller et d'assainir les maisons et surtout les hôtels insalubres, d'arrêter, dès leur début, les maladies épidémiques, d'apprendre aux médecins qui l'ignorent trop souvent encore comment doit être faite la désinfection des locaux et des objets mobiliers.

Aucun médecin, vraiment soucieux de la responsabilité qu'il assume, ne songera donc à se soustraire aux obligations de la loi nouvelle s'il peut avoir la conviction que sa dénonciation n'aura pour effet que de protéger ses clients eux-mêmes tout en protégant la santé publique. Pour qu'il en soit ainsi, il faut, comme nous l'avons si souvent demandé, que l'Administration de l'Assistance publique se préoccupe de créer, comme on l'a fait en Angleterre, des locaux bien aménagés où pourront être isolés et soignés à leurs frais ceux qui ne pourraient à domicile recevoir les soins nécessaires. Il faut surtout que les agents chargés de la surveillance des malades désignés à l'autorité sanitaire et de l'assainissement des locaux qu'ils habitent, aient des instructions précises qui leur permettent d'assurer avec une discrétion et une compétence indiscutables le rôle bienfaisant et non vexatoire qu'on attend de leur intervention.

L. LEREBOULLET.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement chirurgical de l'otite moyenne suppurée chronique.

A notre époque, pas un médecin n'ignore la gravité des désordres que peut provoquer du côté de l'encéphale ou de ses enveloppes l'otite moyenne suppurée chronique. Le public, lui aussi, tend à se débarrasser de ce vieux préjugé que l'otorrhée guérit d'elle-même et que sa suppression peut être cause d'accidents. Nombreux cependant sont encore les cas où, par négligence de la part des malades et des médecins, un traitement n'est pas institué ou continué. Cela se comprend jusqu'à un certain point, car les procédés thérapeutiques habituellement usités contre l'otite moyenne suppurée chronique réclament, avant de prouver leur efficacité, beaucoup de temps et par suite beaucoup de patience.

Le traitement local des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, selon Duplay (1), consiste d'une part à prévenir la stagnation et l'altération du pus dans le fond de l'oreille; d'autre part, à modifier l'état des parties malades, afin d'obtenir la cicatrisation de la membrane du tympan, ou, si cela est impossible, la suppression de l'écoulement purulent.

(1) *Traité de chirurgie*, IV, p. 708.

Les douches d'air ou de vapeur, les injections antiseptiques, les instillations médicamenteuses, parfois les insufflations de poudres inertes ou actives, les attouchements directs avec des solutions astringentes ou caustiques, tel est le résumé de la pratique vulgairement suivie chez de pareils malades. Or, dans certains cas, elle ne saurait procurer la guérison.

Parfois les lésions de l'otite moyenne suppurée chronique sont surtout prononcées dans la partie supérieure de la caisse que ferme en dehors la membrane flaccide de Shrapnell. Ce fait, d'après Walb (1), s'observerait comme conséquence de la propagation à l'oreille moyenne d'une inflammation furonculeuse ou eczémateuse le long de la paroi supérieure du conduit auditif externe. On le constaterait encore dans les cas de bouchon cérumineux compliqué d'otomycosis. Plus généralement, toutefois, il est admis qu'il s'agit alors d'une otite moyenne par propagation tubaire. Quoi qu'il en soit, du reste, de cette question de pathogénie, l'accord est complet relativement à la difficulté de guérir cette affection. Alors en effet la partie supérieure de la caisse, l'attique ou la coupole, est séparée du reste de cette cavité par une cloison de fausses membranes. A l'état normal, abstraction faite de ses connexions avec la membrane du tympan, le marteau est maintenu en position par quatre ligaments que l'on distingue en supérieur, externe, antérieur et supérieur; de son côté, l'enclume est reliée aux parois de la caisse par un ligament supérieur et un postérieur. Le marteau en outre ainsi que l'étrier donnent chacun insertion au tendon d'un muscle. Tous ces cordons et les osselets eux-mêmes épaissis par les néomembranes inflammatoires subdivisent l'étage supérieur de la caisse en des cavités purulentes isolées les unes des autres.

Cette disposition des lésions explique que le plus souvent, ni les injections, ni les insufflations poussées par la trompe d'Eustache ou le conduit auditif externe ne parviennent à évacuer le pus. Il est par suite rationnel de créer avec le galvano-cautère un orifice dans la membrane de Shrapnell, si elle n'est pas déjà perforée; puis, à l'aide de canules spéciales, on pratiquera dans la région malade des injections antiseptiques et l'on y portera sur de fines sondes quelques agents caustiques. Entre les mains de Schmiegelow (2), ce mode de traitement employé dans 54 cas a donné: 16 guérisons, 11 améliorations, 11 échecs, 12 résultats inconnus.

Si l'on se reporte à la description donnée plus haut des lésions de l'attique, l'insuffisance du traitement précédent dans certains cas ne saurait surprendre. Pour tarir la suppuration dans ces lacunes multiples, il est de toute nécessité de les ouvrir largement, et, pour cela, il convient d'enlever les osselets. Ceux-ci, du reste, contribuent à entretenir le mal, car souvent ils sont cariés tout comme peut l'être, en certains points, la paroi osseuse du rocher. Cette participation des os à l'inflammation résulte de ce que la muqueuse et le périoste de la caisse ne forment qu'une seule membrane.

Au dire de Ludwig (3), des trois osselets l'enclume est le plus souvent malade. Sur 32 cas, où elle avait été enlevée avec le marteau, l'enclume était cariée seule 11 fois et les deux osselets 16 fois, ce qui au total donne pour la carie de l'enclume la proportion de 84 0/0. Dans une autre série de 40 observations le même observateur (4) relève : le marteau sain et l'enclume cariée 12 fois, le marteau et l'enclume cariés tous les deux 25 fois, le marteau carié et l'enclume douteuse 2 fois, le marteau carié et l'enclume saine 1 fois. Schmiegelow également signale la fréquence particulière de la carie de l'enclume.

(1) *Arch. f. Ohrenheilk.*, XXVI, 202.
(2) *Centralb. f. die gesammte Therap.* Wienn, août 1892.
(3) *Archiv. f. Ohrenheilk.*, t. XXIX, p. 241.
(4) *Idem*, t. XXX, p. 263.

L'ablation des osselets malades et l'excision des débris de la membrane du tympan ont été proposées par Schwartze et, semble-t-il d'après les faits publiés (Miot (1),) on y a plus souvent recours à l'étranger que chez nous. Schwartze, Ludwig, Stacke, Grunert, Wetzel, Schmiegelow, Rheinhardt, Kessel, Sexton, Burnett, Colles, Jack, Milligan, etc., ont indiqué les résultats plus ou moins heureux de leur pratique. Lubet-Barbon et Luc également ont rapporté quelques observations.

Pour opérer il convient de fortement éclairer l'oreille, car le chirurgien doit chercher à voir ce qu'il fait, et, pour éviter tout faux mouvement, il endormira le patient, dont la tête sera solidement maintenue sur un coussin résistant. Un lavage soigneux du conduit auditif externe avec quelque solution antiseptique constitue un premier temps, qui sera suivi de l'instillation à plein conduit d'une solution de cocaïne à 1/5 dans le but d'anesthésier les parties et surtout d'y provoquer un certain degré d'ischémie. Après ces préparatifs, une incision circulaire est tracée autour des débris du tympan, qui sont enlevés; puis, le tendon du muscle tenseur de la membrane est sectionné à son insertion sur la longue apophyse du marteau; enfin le ligament supérieur de cet osselet et le manchon fibreux de l'articulation du marteau et de l'enclume sont divisés aussi complètement que possible. Le manche du marteau peut alors être saisi avec une pince très déliée et subir de légères tractions jusqu'à ce que l'osselet soit extrait. Comme l'enclume de règle est aussi malade, son extraction habituellement s'impose et, pour ce faire, on saisira ce petit os avec un crochet très délié (de Kretschmann, Ludwig ou Ferrer) et l'on sectionnera avec un bistouri coudé spécial les ligaments de la jointure incudo-stapédiale. Si même l'on prévoit dès le début de l'intervention la carie de l'enclume, il est préférable de ne pas en détacher le marteau, et d'enlever ensemble les deux osselets. Il va sans dire que le chirurgien sera muni de petites sondes garnies de coton pour absorber le sang qui pourrait lui masquer le champ opératoire. Puis, une fois l'opération terminée, l'oreille sera irriguée avec une solution boriquée chaude, les parties seront soigneusement séchées et on y insufflera en petite quantité une poudre antiseptique. Pendant quelques jours enfin l'opéré sera tenu au repos et prendra quelques précautions comme régime. Ultérieurement, suivant l'abondance de l'otorrhée, le pansement sera renouvelé, comme il a été dit, plus ou moins souvent.

Cette intervention entre les mains de Ludwig a donné dans 32 cas les résultats suivants : 20 guérisons, 11 insuccès et 1 mort indépendante de l'acte chirurgical. Dans un autre relevé de 43 observations on trouve relatés : 22 guérisons, 5 insuccès, 5 résultats inconnus, 2 morts; 9 malades restaient en traitement. D'après Grunert l'on constaterait 55.5 0/0 de succès contre 44.5 0/0 d'échecs de la méthode; c'est à peu près ce qu'accuse Rheinhardt, qui compte 16 guérisons sur 30 cas. Schmiegelow dans 20 cas accuse 9 guérisons, 8 améliorations, 2 états stationnaires et 1 résultat inconnu. Des 13 malades de Colles, 8 furent guéris et 5 améliorés. Luc a rapporté deux succès et Lubet-Barbon huit.

Sans doute, l'extraction des osselets convenablement exécutée ne peut par elle-même causer la mort du patient; mais parfois elle provoque certains accidents. Tout d'abord la manœuvre opératoire menace la corde du tympan ; ce filet nerveux souvent sera blessé ou sectionné, de là sur la moitié correspondante de la langue l'abolition de la sensibilité gustative. Il est vrai que de

(1) *Mercr. méd.*, 1893, p. 443.

règle elle se rétablit. Le nerf facial lui aussi quelquefois a été blessé, mais rarement on a noté la persistance de sa parésie ou de sa paralysie.

Après l'opération, certains malades éprouvent des vertiges inquiétants. Dans une observation de Milligan (1), ce symptôme était si prononcé que, pendant trois jours, l'opéré fut incapable de marcher dans sa chambre sans chanceler. Un malade de Luc, après l'intervention, se plaignait de bourdonnements, de vertiges et souffrait de vomissements bilieux; au bout de deux semaines il était guéri. W. Hill également après l'extraction des osselets a observé une grande prostration, un état vertigineux prononcé, un bourdonnement d'oreille insupportable pendant une quinzaine de jours. Enfin Luc et Hill appellent l'attention sur la diminution post-opératoire de l'acuité auditive, possibilité fâcheuse dont il est bon de prévenir l'intéressé.

Pour prévenir ces divers accidents, il convient surtout, semble-t-il, de respecter l'étrier, quand on extrait l'enclume et le marteau. Sans doute, comme l'écrit Blake (2), « la crainte théorique que les opérations pratiquées sur l'étrier, en modifiant la pression intra-labyrinthique, peuvent amener des troubles de l'équilibre, a été bien des fois reconnue vaine par les opérateurs qui, en pratiquant la mobilisation de l'étrier, ont par accident arraché cet osselet; d'ailleurs, de récentes expériences sur l'ablation de la columelle chez les oiseaux démontrent que les symptômes vertigineux ne se montrent pas, à moins que l'on ait touché le labyrinthe sans nécessité. » Il est vrai que ce médecin ajoute sagement : « Au reste, en pratiquant l'opération analogue sur l'homme, il faut toujours se préoccuper de la possibilité d'un vertige plus ou moins durable, comme effet consécutif à l'intervention. »

Que le large drainage de la caisse, établi par la suppression des osselets, suffise dans beaucoup de cas pour guérir une suppuration chronique limitée à cette région, le fait est incontestable. Cependant les échecs de la méthode sont encore assez fréquents. D'après Arbuthnot Lane, ils surviendraient surtout lorsque la persistance de l'otorrhée résulte plutôt des altérations de la muqueuse de la caisse que de la carie des osselets. Il est plus probable cependant qu'il faut alors incriminer l'existence de lésions osseuses, non plus seulement au niveau des osselets, mais aussi en certains points de la paroi du rocher, au niveau de la cavité du tympan et même dans les cellules mastoïdiennes. En pareil cas, comme le recommande Garrigou-Désarennes (3), l'intervention ne doit pas rester limitée à la caisse ou à l'apophyse mastoïde; aussi le procédé opératoire préconisé et exécuté avec succès par Stacke (4) doit être préféré à celui qui a précédemment été décrit.

Une première incision en arc de cercle est pratiquée immédiatement en arrière de la conque, puis la moitié postérieure du conduit cartilagineux est incisée au ras du bord osseux. On attire le pavillon en avant; on enlève le tympan et le marteau, on supprime au moyen du ciseau la saillie osseuse qui sépare la cavité de Shrapnell du conduit, et l'on extrait l'enclume. A ce moment l'opérateur peut plonger son regard dans la cavité tout entière de l'oreille moyenne et en scruter tous les détails. Sous le contrôle de l'œil, la curette enlève les fongosités, racle les points cariés et évite de léser les organes importants (étrier, fenêtre ronde, labyrinthe, cerveau, jugulaire interne, facial). L'*aditus ad antrum* étant visible, l'on se rend compte des lésions de l'apophyse mastoïde

(1) *The Brit. med. J.*, 9 sept. 1893, p. 563.
(2) *Annales des maladies de l'oreille*, XIX, p. 42.
(3) *Annales des maladies de l'oreille*, XIX, p. 255.
(4) *Arch. f. Ohrenheilk.*, XXX, p. 3.

que l'on trépane au besoin et, après la trépanation, on met directement en communication l'*aditus ad antrum* avec la partie postérieure du conduit en détruisant tous les tissus intermédiaires. Après avoir bien détergé les cavités ouvertes et en avoir touché les parois avec quelque solution antiseptique et caustique, le chirurgien remettra en place le pavillon au moyen de quelques points de suture.

Pas n'est besoin d'insister sur l'importance des pansements ultérieurs. On fera un tamponnement exact de toutes les anfractuosités de la perte de substance osseuse, on ne le laissera pas en place plus de trois jours, puis on le renouvellera tous les deux jours et bientôt tous les jours en ayant soin de détruire chaque fois mécaniquement ou chimiquement les fongosités qui tendraient à se reproduire. Au bout d'une quinzaine de jours on constate que la cavité opératoire est tapissée par un tissu granuleux auquel tend à se substituer progressivement une couche d'épiderme jeune ayant son point de départ dans l'épiderme du conduit auditif (R. Panse) (1).

En résumé, dans les cas rebelles d'otite moyenne suppurée chronique on doit abandonner les simples pansements qui, en raison même de la conformation de l'oreille, ne peuvent suffire pour modifier les parties malades. Suivant alors une règle générale en chirurgie, le chirurgien, par une intervention de minime gravité, ouvrira largement les cavités de l'oreille moyenne, enlèvera dans la mesure du possible les tissus altérés, y établira un drainage facile et, par la simplification même du foyer morbide, les pansements jusque là insuffisants deviendront efficaces.

H. Nimier.

La folie des maladies aiguës.

Polynévrite ou névrite multiple périphérique. — Dans divers travaux parus en 1887, 1889, 1890, Korsakow (2), de Moscou, a décrit les troubles psychiques particuliers observés dans certains cas de polynévrite. Ces troubles affectent tantôt la forme d'une simple irritabilité (faiblesse irritable) de la sphère mentale, tantôt celle d'erreurs relatives aux lieux, à l'espace et au temps; souvent enfin, on voit survenir une amnésie aiguë presque complète pour les événements les plus récents, avec conservation de la mémoire pour des faits de date reculée. Ces troubles psychiques, presque constants dans la névrite multiple des alcooliques, s'observent aussi dans les névrites périphériques de causes diverses, telles que affections hépatiques, fièvre typhoïde, tuberculose pulmonaire, impaludisme, tumeurs de l'utérus, etc. Ces troubles psychiques sont, comme la polynévrite, d'origine toxémique; c'est pourquoi Korsakow propose de les désigner sous le nom de *psychose polynévritique* ou *cérébropathie toxémique*. Susceptibles de précéder, d'accompagner ou de suivre les symptômes de polynévrite, ils revêtent d'ordinaire la forme subaiguë et se montrent plus ou moins graves, suivant le terrain. Borschoff (3) a également publié un cas de cérébropathie polynévritique

(1) *Arch. f. Ohrenheilk.*, t. XXXIV, p. 243.
(2) Korsakow, Ueber psychische Stœrungen bei Alcohollæhmungen und multiple Neuritis (*Neurologisches Centralblatt*, 1887, p. 210).
— Korsakow, Pseudoreminiscenzen bei Polyneuritischer (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII, 3 et 4).
— Korsakow, Une forme particulière de troubles psychiques associés à la névrite périphérique multiple (*Archiv. f. Psychiat.*, 1890).
— Korsakow et Serbski, Ein Fall polyneuritischer Psychose mit Autopsie (*Arch. f. Psych.*, XXII et *Neurolog.*, 1er février 1891).
(3) Borschoff, Un cas de cérébropathie psychique polynévritique d'origine toxémique (anal. in *Bulletin de méd. mentale de Belgique*, 1890).

d'origine toxémique dans lequel il s'agit d'une femme de 27 ans, qui, quinze jours après un accouchement normal, fut atteinte d'une pneumonie franche du lobe moyen droit. Pendant sa convalescence, on vit s'établir un état mental particulier, caractérisé par de la stupeur, des hallucinations et de l'amnésie pour les événements les plus récents, en même temps que les symptômes de la polynévrite. Après divers essais infructueux de traitement, la malade guérit en 24 heures à la suite de l'administration d'un gramme vingt-cinq centigrammes de quinine, ce qui fit supposer l'intoxication malarique comme cause de l'affection. L'auteur suppose que la toxine de la malaria a provoqué simultanément la polynévrite et la cérébropathie. Les troubles intellectuels étaient pareils à ceux décrits par Korsakow, sauf en ce qui concerne les hallucinations, que Korsakow n'a pas notées chez ses malades.

James Ross (1), d'abord en 1890, puis en 1893, avec Hudson Bury, a également décrit les troubles psychiques de la polynévrite. Cette affection, d'origine habituellement toxique, peut être due à un grand nombre de poisons : poisons animaux (diphthérie, septicémie, typhus, syphilis, tuberculose, etc.); poisons végétaux (morphine); agents volatils (alcool, sulfate de carbone, dinitrobenzol, vapeurs de naphte, etc.); poisons endogènes (goutte, diabète, rhumatisme); poisons métalliques (plomb, phosphore, arsenic, mercure). On la rencontre encore dans les maladies de Klebs, d'Addison, de Basedow, dans la chlorose, l'hémoglobinurie, l'anémie pernicieuse, les shocks intenses. Elle est très souvent liée à des symptômes mentaux qui ont entre eux une certaine ressemblance et qu'on observe principalement dans la névrite consécutive à l'empoisonnement par la morphine, l'alcool et le sulfure de carbone. On peut diviser son évolution en quatre périodes : 1° légère excitation des sens et de l'imagination; 2° tristesse avec insomnie et hallucinations corrigées pendant la journée, misanthropie, vertiges, incertitude dans la marche; 3° excitation, parfois convulsive, avec hallucinations vives, non corrigées, caractère menaçant, idées délirantes relatives à des douleurs lancinantes; 4° finalement démence qui parfois constitue toute la maladie, surtout chez la femme, et est caractérisée par un affaiblissement de la mémoire.

Grocco et Rumma (2), étudiant à leur tour les polynévrites, ne parlent pas d'une façon particulière des troubles psychiques, mais ils insistent sur l'origine toxique de la maladie et la considèrent comme une affection autochtone se développant sous l'influence de certaines infections ou intoxications.

Donall et Tenarik (3) publient également un cas de névrite périphérique alcoolique chez une femme de 42 ans, dégénérée, qui présenta des modifications du caractère, de la défiance, des idées de persécution par des machines électriques, de l'altération de la mémoire, une tendance incroyable aux mensonges, des accès d'anxiété et d'agitation par intervalles, des antipathies non motivées, de la grossièreté de la conduite et du langage.

Charcot (4), qui déjà en 1884 avait l'un des premiers attiré l'attention sur le désordre mental de la polynévrite, y a insisté de nouveau récemment, en montrant que le symptôme principal est l'amnésie et surtout l'amnésie des faits récents. « Le malade est attentif aux questions qu'on lui pose. Ses raisonnements sont justes; ses réponses sont précises en ce qui concerne les événements antérieurs à l'invasion de la maladie, tandis que pour les faits ultérieurs, *la confusion*, l'absence du souvenir sont complètes; le contraste est frappant entre l'amnésie qui existe pour les actes, les impressions récents et le souvenir des choses qui se sont passées avant le début des accidents. Et cette impuissance de sa mémoire ne l'étonne guère et le laisse le plus souvent indifférent. Cependant, les impressions, les images qu'il perçoit ne sont pas perdues; il les reçoit et les garde dans son « inconscient », pour les retrouver plus tard, au fur et à mesure de l'amélioration. » M. Charcot pense que cet état psychique n'appartient qu'à la polynévrite alcoolique et qu'il constitue même un de ses traits distinctifs, peut-être le seul. La plupart des auteurs étrangers ne partagent pas cette opinion et considèrent ce trouble psychique, sorte de *confusion mentale*, comme susceptible de se présenter dans toutes les variétés de polynévrites, maladies essentiellement toxiques ou infectieuses. Parmi les autres travaux relatifs aux psychoses de la polynévrite, nous citerons ceux de Hack-Tuke (1890) (1), Dubrowin (2), Serbski, Goldscheider, Remak, Fraenkel (1891) (3), Fisher (4), Rennert (5), Hœvel (6), Iling (7) (1892), Campbell (8) (1893) et surtout celui de Klippel (9), qui reconnaît et décrit parmi ces psychoses, une *pseudo-paralysie générale névritique*, à ranger dans la catégorie des pseudo-paralysies générales névritiques toxiques à lésions essentiellement périphériques, une autre catégorie étant constituée par les pseudo-paralysies générales névritiques à lésions essentiellement centrales. Cependant, dans certains cas, la névrite est un symptôme et non une cause de paralysie générale (Pick (10), Furstner (11), Klippel).

Opérations chirurgicales. — On a signalé depuis déjà longtemps le délire qui peut survenir à la suite des opérations chirurgicales, et Dupuytren (12) l'a décrit en 1819 sous le nom de délire nerveux des blessés, en le séparant nettement du *delirium tremens* avec lequel il offre de nombreuses ressemblances. Du tableau, très complet, tracé par cet auteur, nous ne relèverons que la phrase suivante : « Bientôt il se manifeste une singulière *confusion d'idées* sur les lieux, les personnes et les choses. » Cette expression de confusion d'idées, employée par le chirurgien français en 1819, est ici des plus significatives, on en conviendra. Les idées de Dupuytren furent d'abord admises et certains aliénistes, comme Calmeil et Delasiauve (1850), affirmèrent à leur tour la non-identité du

(1) James Ross, On peripheral neuritis, a treatise. (London, 1893).
(2) Grocco et Rumma, Des polynévrites (*Congrès de méd. int.*, Rome, 1890).
(3) Donall et Tenarik, Un cas de névrite périphérique alcoolique (*Journ. of. mental science*, 1890).
(4) Charcot, Sept cas de polynévrite (Leçon clinique recueillie par Dutil, *Revue neurologique*, février 1893).

(1) Hack-Tuke, James Ross (*Assoc. méd. psychol. de la Grande-Bretagne et de l'Irlande*, séance du 13 mars 1890, *Mental Science*, 1890.
(2) Dubrowin, Ein Fall von post-typhœser psychischer Erkrankung Gesellschaft der Neuropathologen und Irrenærzte z. Moskau (*Neurolog.*, 1891, p. 405).
(3) Goldscheider, Remak, Fraenkel, Névrites multiples avec troubles psychiques (*Soc. de méd. de Berlin. Berl. klin. Woch.*, n° 51, 1891).
(4) Fisher, Geistige Storüngen bei multiple Neuritis (*The Alienist and neurologist*, july 1892).
(5) Rennert, Contribution à l'étude de la névrite multiple alcoolique (*Deutsches Archiv. fur klin. Medicin*, 1892, t. I, p. 213).
(6) Hœvel, Ueber post-typhœser Dementia acuta, combinirt mit Polyneuritis (*Jahrb. f. Psych.*, Bd XI, H. 3, *Neurolog.*, 1er novembre 1892).
(7) Iling, Ueber die amnestiche Geistsstœrung (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, Bd XLVIII, H. 6, *Neurolog.*, 1er novembre 1892).
(8) A. W. Campbell. Contribution à l'anatomie pathologique de la polynévrite alcoolique (*Zeitsch. f. Heilkunde*, janvier 1893).
(9) Klippel, Des pseudo-paralysies générales névritiques (*Gaz. hebd.*, 4 février 1893).
(10) Pick, *Berl. klin. Woch.*, 1891.
(11) Furstner (Strassburg), *Ueber periphere Neuritis bei progressive Paralyse, Diese Zeitschr.* Bd XLVIII, H. 6, p. 656).
(12) Dupuytren, *Mémoire sur les fractures du péroné*, 1819. (Leçons orales de clinique chirurgicale, 1839).

délire post-opératoire (1) et du *delirium tremens*. Puis, l'alcoolisme prenant une part de plus en plus grande dans la pathologie, un revirement d'opinion se produisit et on s'habitua à ne voir que des délires alcooliques dans le délire des opérés. C'est la théorie qu'ont soutenue notamment Broca, Festal (1877), Verneuil (1883). Dans ces dernières années, de nombreux cas de délire post-opératoire ont été cités par différents auteurs, surtout par des gynécologistes (Keith, Tait, Bantock, Thornton, Meredith, Barwell, Cullingworth, Dent, Herm, Lossen et Furstner, Savage, Bataille, J. Ill, Polaillon, Sheperd, Tillebrown, Werth, Gaillard Thomas, Mairet, Denis, Rafaëlo Gucci (2), Pozzi, Glœvecke, Segond, Baldy, etc.) La plupart s'accordent à reconnaître que ces délires, bien que susceptibles de survenir après des opérations quelconques, sont surtout fréquents à la suite des opérations gynécologiques, mais ils diffèrent d'opinion en ce qui regarde leur pathogénie: les uns les attribuant à l'hérédité, les autres à l'alcoolisme ou aux agents anesthésiques, quelques-uns aux influences morales, au traumatisme opératoire, à l'anémie, certains enfin à la néphrite chronique. M. Vène (3) qui a consacré une thèse récente à ce sujet, passe en revue tous ces facteurs et finalement hésite à se prononcer, se bornant à conclure que dans certains cas on peut rattacher le délire à une de ses causes générales habituelles, tandis que dans d'autres, où ces causes n'existent pas, on est forcé de supposer soit une prédisposition dont la nature reste inconnue, soit une action directe de l'opération qui agirait comme cause efficiente. Au point de vue de la symptomatologie, il est bon de savoir qu'on a noté parfois des troubles cérébraux analogues à ceux de la paralysie générale. Vène en cite un cas chez un homme de 61 ans, enfermé deux fois antérieurement pour manie et qui, à la suite d'une opération radicale de hernie pratiquée par M. Le Dentu, présenta du tremblement de la langue, de l'hésitation dans la parole et de l'affaiblissement de toutes les facultés, avec quelques idées mégalomaniaques d'un caractère niais. Le mémoire de Savage en contient un autre relatif à une jeune fille qui, après une ablation du sein, devint irritable, puis offrit les symptômes d'une paralysie générale qui finit par causer sa mort et fut confirmée par l'autopsie. En dehors de ces faits, d'ailleurs très rares, on a observé, à la suite des opérations, les formes de délire les plus diverses, même l'hystérie (Debove) (4), mais c'est le délire aigu qui prédomine. Chose vraiment curieuse, tandis que les chirurgiens et en particulier les gynécologistes de tous les pays paraissaient se préoccuper de la fréquence relative des délires post-opératoires, surtout après les interventions gynécologiques, en Amérique on préconisait au contraire l'ovariectomie comme traitement de certaines folies et cette méthode prenait en peu de temps une telle extension, que les autorités médicales ont fini par s'en émouvoir et par la dénoncer comme inefficace, inhumaine et illicite (5). Quoi qu'il en soit, les délires post-opératoires ont été dans ces dernières années l'objet d'une attention spéciale et quelques auteurs, comme Wood (6), Henry Hurd (7), considérant leur développement à la suite d'un état aigu et leur manifestation ordinaire sous forme de confusion mentale, les ont rapprochés de la folie post-fébrile, tout en leur attribuant une origine différente. C'est ainsi que Hurd, par exemple, divise les folies post-fébriles en trois groupes : 1° celles qui se développent à la suite d'un shock (opérations chirurgicales, puberté, puerpéralité, etc.); 2° celles qui sont dues à l'action de poisons spécifiques (délire des fièvres, de la pneumonie, de l'urémie, de l'influenza, de la polynévrite, de l'iodoforme, de l'acide salicylique, de l'alcoolisme chronique, de la fièvre puerpérale); 3° celles qui sont le résultat de l'anémie et de l'épuisement nerveux (folie de la convalescence des maladies fébriles). Bien que l'auteur range les délires post-opératoires dans le groupe des psychoses par shock, il est à présumer, cependant, que, dans beaucoup de cas, ils relèvent d'une intoxication interne déterminée isolément ou simultanément par le traumatisme chirurgical et la suppression brusque d'organes importants de l'économie. C'est ainsi du reste, et par une véritable auto-intoxication, qu'on s'explique les perturbations mentales et autres qui surviennent si souvent à la suite de la thyroïdectomie, et les nombreux cas que l'on connaît aujourd'hui d'amélioration ou même de guérison de ces accidents par le rétablissement artificiel de la fonction thyroïdienne (1), constituent une preuve irrécusable à l'appui de cette opinion. L'un de nous (2) a observé récemment avec le docteur Loumeau un cas de folie mélancolique avec confusion mentale et hallucinations survenue chez une femme à la suite d'une ovaro-salpingectomie et un traitement systématique par les injections sous-cutanées de suc ovarien d'animal a, pendant un moment, notablement amélioré l'état physique et mental de la malade. Nous avons vu également, il y a peu de jours, à l'hôpital, un opéré de la taille que le chirurgien nous avait prié d'examiner en raison d'un trouble mental survenu brusquement chez lui dans la nuit qui avait suivi l'opération. Nous fûmes frappé de l'état de ce malade qui représentait de la façon la plus nette le tableau du délire alcoolique aigu fébrile, si bien que nous crûmes devoir nous enquérir de ses antécédents au point de vue alcoolique. Le malade ayant été reconnu comme absolument sobre, nous dûmes nous borner au diagnostic de *délire aigu toxique*, sans préciser. Bientôt après, l'opéré présentait des signes d'urémie, qui mirent sa vie en danger. C'était donc bien d'un délire aigu toxique qu'il s'agissait, mais d'un délire aigu par intoxication interne, et le fait a de l'importance puisqu'il établit, conformément à l'opinion déjà soutenue à propos de l'urémie, que les folies toxiques, qu'elles soient d'origine externe ou d'origine interne, ont non seulement une même étiologie, mais encore des caractères cliniques identiques.

Nous prenons connaissance, à l'instant même, d'une intéressante observation de manie aiguë avec agitation violente et refus d'aliments, survenue à la suite d'une rupture du rectum, sous l'influence d'un lavement, treize jours après une ovariotomie, et finalement suivie de guérison. Butler Smythe (3) qui la rapporte, après avoir examiné les causes possibles de ce brusque accès de folie : prédisposition, anesthésiques, état de l'urine, absorption de l'iodoforme, incline à penser finalement que beaucoup de cas de folie consécutive aux opérations abdominales, spécialement ceux où les symptômes n'ont

(1) Voir, pour la bibliographie des délires post-opératoires, la thèse de Vène et l'art. de Butler Smythe.

(2) R. GUCCI, Les opérations chirurgicales considérées comme cause de folie (*Rivista sperimentale di Freniatria*, et 1889, XV, p. 50).

(3) VÈNE, *Etude sur les délires post-opératoires*. (Th. Paris, 1891).

(4) DEBOVE, Hystérie à la suite d'une ovariotomie (*Soc. méd. hôp., Paris*, 18 novembre 1892).

(5) Voir les articles de Thomas G. Northon, Thomas W. Barlow, etc. (In *American Journ. of Insanity*, janvier 1893).

(6) WOOD. (*University medical magazine*, décembre 1889).

(7) H. HURD, Post-febrile insanity (*American Journ. of. insanity*, uly 1892).

(1) Consulter à ce sujet CECIL. F. BEADLES, The Treatment of myxœdema and Cretinism (*The Journal of mental science*, july 1893, à suivre).

(2) RÉGIS, Cas de folie consécutive à une ovaro-salpingectomie (*Congrès intern. de Chicago*, 1893, *et Société de médecine de Bordeaux*, juin 1893).

(3) BUTLER SMYTHE, Acute mania following rupture of the rectum (*The Journ. of mental science*, july 1893).

apparu qu'une semaine ou deux après, *sont d'origine septique* à la façon des cas de folie puerpérale. Dans le fait actuel, la condition septique du malade, probablement réalisée par l'absorption de matières fécales et de gaz à la suite de la rupture de l'intestin, paraît avoir été un facteur puissant dans la production de l'accès maniaque.

L'étiologie toxique de certains faits de folie post-opératoire se trouve donc, comme on le voit, déjà formulée à l'heure actuelle en même temps que son caractère clinique de délire aigu, et il est probable que l'avenir ne fera que confirmer et accentuer cette manière de voir.

Conclusions.

L'ensemble des travaux parus sur les psychoses des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, influenza, érysipèle, choléra, fièvre puerpérale, polynévrite, fièvres post-opératoires) tend à démontrer : 1° au point de vue pathogénique, qu'elles sont le résultat soit de l'action directe des microbes, soit de leur action indirecte et médiate par les toxines qu'ils sécrètent; 2° au point de vue clinique, qu'elles peuvent se présenter à deux moments différents et, par suite, sous deux aspects. Durant le stade fébrile, elles revêtent ordinairement la forme d'un *délire aigu* plus ou moins violent, — tellement analogue aux délires toxiques qu'on ne le distingue pas toujours facilement du délire alcoolique, — auquel viennent se joindre parfois, comme dans les autres délires aigus, des symptômes de méningite (délire aigu, délire fébrile, délire méningitique, confusion aiguë hallucinatoire, hallucinatorische Verwirtheit, acute confusional insanity). Durant le stade post-fébrile ou la convalescence, on a affaire à la psychose dite asthénique, état mental plus ou moins variable d'aspect, constitué d'habitude par du désarroi intellectuel, de la stupidité, de l'obnubilation, de la pseudo-démence, et reposant sur un fonds absolument typique de *confusion mentale* (astenische Verwirtheit, démence aiguë, psychose asthénique, stupeur, confusion mentale primitive simple). Il faudrait peut-être admettre une troisième forme clinique de psychose infectieuse, intermédiaire aux deux précédentes et caractérisée par les symptômes mentaux et somatiques de la *démence paralytique* (méningo-encéphalite, pseudo-paralysie générale ou paralysie générale infectieuse) — et à ce propos, on peut se demander si la plupart des paralysies générales aujourd'hui connues ne sont pas également, en dehors des conditions de prédisposition toujours nécessaires, la conséquence plus ou moins éloignée d'une maladie infectieuse. Quoi qu'il en soit, le symptôme caractéristique de la psychose infectieuse, dans toutes ses formes, semble être le désordre intellectuel, la *confusion mentale*, résultat sans doute de l'imprégnation, de l'inhibition temporaires des cellules cérébrales par les agents toxiques. Le plus souvent, la folie ainsi produite serait susceptible de guérison. Les folies des maladies infectieuses auraient donc, d'après ces données, une origine directement ou indirectement toxique et, en même temps, un type clinique assez caractéristique pour être déjà facilement reconnaissable dans la pratique.

Ajoutons en terminant que le traitement anti-infectieux, antiseptique, général ou local, et c'est là un argument puissant en faveur de l'origine toxique des folies que nous étudions, en même temps que c'en est la conséquence pratique, donne souvent ici d'excellents résultats. Bien qu'on ne puisse pas encore formuler à cet égard une thérapeutique définitive, les faits sont néanmoins déjà assez nombreux pour établir que, dans les folies infectieuses ou auto-toxiques, c'est au traitement de l'infection ou de l'auto-intoxication qu'il faut surtout s'adresser pour combattre et guérir le trouble mental.

E. Régis et Chevalier-Lavaure.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie congénitale, par M. le Dr A. Vautrin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Nancy.

Depuis la communication de W. Keen, au 10e Congrès international de Berlin en 1890, le traitement chirurgical de l'hydrocéphalie a pris un regain d'actualité. De nombreux insuccès avaient discrédité la ponction et surtout le drainage intracrânien depuis les premiers essais de Dean Swifft en 1744, de Conquest en 1838, de West et de Thompon. C'est à Wernicke que revient l'honneur d'avoir proposé de nouveau la trépanation et la ponction des ventricules cérébraux, opération que soutint ardemment Zenner, de Cincinnati, en 1886. Après une intervention sur le cerveau, Keen avait remarqué que le drainage installé en pleine substance cérébrale ne déterminait aucune inflammation, aucune réaction nerveuse appréciable; ce fut le départ de ses tentatives. Ce point important se trouva vérifié encore dans la suite par les succès qu'il obtint; depuis cette époque, Thiriar et Broca firent la même remarque. Broca, dans un travail publié dans la Revue de chirurgie en 1891, rapporte un cas heureux de drainage ventriculaire terminé par la guérison.

Le mémoire de W. Keen contient trois observations d'hydrocéphalie acquise traitées par la trépanation et le drainage. Bien que je n'envisage pas ici l'hydrocéphalie symptomatique, je crois important de retenir les principaux détails du manuel opératoire de ce chirurgien, qui me semble avoir fort bien compris les indications et les exigences du traitement. Keen préconise la trépanation et la ponction des ventricules cérébraux en une région du crâne correspondant à une partie indifférente de la substance cérébrale, c'est-à-dire en un point situé à 3 centimètres au-dessus et en arrière du méat auditif externe. Je ferai observer qu'une règle de ce genre ne saurait être rigoureuse, à moins qu'il ne s'agisse d'une hydrocéphalie symptomatique peu volumineuse, sans déformation considérable de l'enveloppe crânienne. Dans la plupart des cas d'hydrocéphalie congénitale, le crâne n'est plus qu'une vaste cavité limitée par des portions osseuses et membraneuses sans repères possibles. Il suffira de traverser l'enveloppe céphalique dans la région pariétale, à quelques centimètres au-dessus et en arrière du conduit auditif externe, pour être sûr de n'intéresser qu'une partie indifférente de l'écorce cérébrale. Keen recommande ensuite de ponctionner avec un trocart n° 13 de la filière française et de laisser à demeure un drain formé d'un faisceau de crins de cheval, de préférence à un tube de caoutchouc. La raison de ce choix réside dans la nécessité d'un écoulement lent et continu du liquide ventriculaire. Cette condition me semble avoir une importance capitale. C'est pour ne l'avoir point réalisée que nombre de chirurgiens ont eu des insuccès. Tous ceux qui ont cru utile d'employer des drains volumineux, permettant un écoulement abondant de liquide, ont observé des convulsions et une mort rapide. La recommandation de Keen est donc un des éléments du succès.

Dans la majorité des observations que j'ai parcourues, il s'agissait d'hydrocéphalie ventriculaire peu considérable, souvent d'hydrocéphalie symptomatique de méningite tuberculeuse, de tumeur, etc. Tantôt une simple ponction suffit pour soulager le malade (Keen, Mayo Robson), tantôt un drainage maintenu pendant peu de jours amena la guérison (cas de Broca).

Lorsque l'hydrocéphalie est congénitale, le traitement doit être beaucoup plus prolongé. Sa difficulté et sa

durée sont des obstacles souvent impossibles à surmonter. On ne connaît pas encore un seul exemple de guérison d'hydrocéphalie congénitale volumineuse par la ponction et le drainage. Malgré l'énorme quantité de liquide contenue dans les ventricules, on doit veiller à ce que l'écoulement se fasse avec grande lenteur, sous peine des accidents les plus graves. En maintenant un drainage ainsi réglé, la cavité ventriculaire se rétrécit en même temps que le crâne et l'on n'est pas exposé à voir le drain quitter brusquement la substance cérébrale, comme dans certains cas où le liquide fut soustrait en grande quantité (cas de Mayo Robson). On évitera aussi par ce moyen les accidents convulsifs et la mort subite (2 cas de Picqué). Grâce à ces perfectionnements et aux soins antiseptiques dont il faut entourer les opérés, nul doute que la chirurgie n'enregistre bientôt de nombreux succès. Je ne souscris donc pas aux conclusions de la thèse récente de Chapdelaine (thèse Paris, 1892), qui dénie à la ponction et au drainage toute valeur curative et répudie même tout mode de drainage. Je rapporte une observation instructive qui mettra en relief les avantages du traitement chirurgical, bien que, par suite de l'incurie de la famille du malade, le succès n'ait pas couronné mes efforts.

Observation. — On me confie, en août 1892, une enfant de 2 mois atteinte d'hydrocéphalie congénitale.

La mère, bien portante, ouvrière à la campagne, a eu deux autres enfants bien constitués et intelligents. Durant sa dernière grossesse, elle fut atteinte de variole sans complications. Le père est un ouvrier d'une bonne santé habituelle. Il nous dit qu'en naissant il avait une tête volumineuse et qu'on dut employer le forceps pour l'accouchement. Actuellement la tête de cet homme est asymétrique et irrégulière; le front fait une saillie prononcée. Aucune trace de syphilis héréditaire ni de rachitisme dans la famille.

L'enfant est né à terme. L'accouchement fut rendu difficile par le volume de la tête, mais c'est depuis ce moment que l'hydrocéphalie augmenta jusqu'à atteindre les dimensions actuelles.

L'aspect est caractéristique : le crâne énorme contraste avec la petitesse de la face. Les fontanelles sont distendues au point que les parties membraneuses crâniennes ont une surface plus grande que les parties osseuses. L'occipital a pris une position presque horizontale. Le frontal surplombe les cavités orbitaires, et les pariétaux ont subi un écartement très marqué. La tête mesure 78 centimètres de circonférence horizontale et 40 centimètres de demi-circonférence bi-auriculaire. L'enfant ne soutient pas sa tête ; il ne peut même lui imprimer aucun mouvement.

L'exophthalmie existe des deux côtés, mais la vue est conservée, car le petit malade suit des yeux les objets qu'on lui présente. On n'observe sur le corps aucune autre difformité, aucune contracture ni paralysie.

L'enfant se nourrit bien au sein; il augmente régulièrement de poids. Il se mouille bien et n'a jamais eu de diarrhée verte.

La mère insiste sur ce point que la tête a plus que doublé de volume depuis trois semaines environ. L'exophthalmie n'existait pas auparavant et la déformation du crâne était beaucoup moins accentuée.

En face de cette aggravation de l'état de l'enfant, directement menacé dans son existence, je crus devoir proposer à la mère de faire une ponction pour éviter la compression de l'encéphale, me proposant de suivre très exactement pour le drainage les prescriptions de Keen.

Le 20 août, je pratiquai l'opération. La tête ayant été préalablement rasée, savonnée et lavée avec une solution de sublimé tartrique, je fis une incision verticale de 3 centimètres sur le cuir chevelu, au niveau de la partie supérieure du pariétal gauche, à 3 centimètres en avant de la ligne bi-auriculaire, me promettant de ponctionner ensuite le cerveau dans une direction oblique d'avant en arrière pour éviter les centres de la région rolandique. Je choisis cette disposition de l'incision afin d'éviter un drainage trop déclive, ce qui prédispose à la perte d'une quantité plus grande de liquide.

Je traversai le pariétal à l'aide d'un bistouri et je tombai immédiatement sur la dure-mère très distendue, amincie et blanchâtre, que je ponctionnai. Un jet filiforme de liquide céphalo-rachidien s'échappa aussitôt de la cavité crânienne, s'élevant à une hauteur de plus de 20 centimètres. Le doigt appliqué sur l'ouverture dure-mérienne arrêta facilement le liquide. J'introduisis alors un fin stylet explorateur dans l'orifice et je fus étonné de ne trouver aucune trace de substance cérébrale au pourtour de la cavité. Le stylet s'échappa brusquement de mes doigts par un faux mouvement et tomba dans la cavité crânienne où il me fut impossible de le retrouver même avec une longue pince. J'élargis l'incision sur le pariétal et la dure-mère, j'introduisis aussitôt le doigt pour éviter la déperdition d'une trop grande quantité de liquide et, sur l'index dont l'extrémité était appliquée sur le stylet, je glissai une pince à l'aide de laquelle je ramenai le corps étranger. Sans perdre de temps, je suturai exactement les parties molles sur une certaine étendue de la plaie, et comme je n'avais pas créé de perte de substance sur le pariétal, les bords de cette lamelle osseuse vinrent de suite se juxtaposer et empêcher l'écoulement du liquide. Dans l'angle postérieur de la plaie, je laissai un faisceau de quatre crins de Florence, en serrant les téguments du crâne par deux sutures sur ce faisceau. J'évalue la quantité de liquide écoulé à près de 200 grammes.

En raison de cette déperdition considérable, je craignais la mort à bref délai. Il n'en fut rien. L'innocuité des manœuvres auxquelles j'avais été forcé par l'accident opératoire, s'explique aisément par la grande quantité de liquide renfermée dans la cavité méningée. Je pus me rendre compte que cette cavité mesurait 10 centimètres de profondeur vers l'occiput et 12 centimètres vers la base du crâne, où le stylet rencontrait une substance molle et inégale, qui devait être le cerveau. Pour compenser la diminution de la pression intra-crânienne, j'exerçai sur la tête une compression assez forte par dessus le pansement.

Dès que l'enfant fut rendu à sa mère, il prit le sein avec avidité, circonstance qui ne me surprit pas beaucoup, car ce fait avait été noté chez les enfants en bas âge par presque tous les observateurs, à la suite de la ponction.

Dans l'après-midi du même jour, l'exophthalmie avait entièrement disparu; l'enfant dormait paisiblement. Tout à coup vers le soir des convulsions apparaissent et se renouvellent au plus léger bruit ou au moindre mouvement. J'attribuai ces convulsions à ce que le pansement, exécuté avec des bandes de tarlatane mouillées, s'était relâché en séchant ; j'appliquai de nouvelles bandes et la nuit fut très tranquille. L'enfant prit le sein plusieurs fois.

Le lendemain, 21 août, les mouvements convulsifs reprennent et persistent surtout du côté droit. L'œil droit reste un peu plus enfoncé dans l'orbite que l'œil gauche. Un lavement de chloral (0,50 centigr.) a bientôt raison de ces accidents nerveux. L'enfant continue à s'alimenter régulièrement. Il se mouille bien et les selles sont normales.

Le 22 août, même état ; nouveau lavement calmant. Je remplace le pansement, dont les premières couches sont imbibées de liquide céphalo-rachidien. Le drain remplit fort bien son but. Le liquide suinte le long des crins. Il faut attendre 5 à 6 minutes pour voir perler à l'extrémité du drain une gouttelette jaunâtre.

Le 23 août, les convulsions ont cessé.

Le 25 août, l'enfant est pris de nouveau de quelques mouvements convulsifs. Cela tient à la déperdition d'une trop grande quantité de liquide. La mère a voulu promener son enfant en le berçant sur ses bras. Le pansement est fortement mouillé. On remarque une asymétrie très marquée de la tête. Le pariétal gauche est enfoncé légèrement, le droit fait encore saillie. Les membranes interosseuses sont déprimées. La tête présente alors un aspect singulier avec des saillies osseuses très apparentes et des dépressions intermédiaires. J'apporte tous mes soins à exercer une compression bien égale sur tous les points du crâne.

Le 26 et le 27 août, les convulsions ont disparu. L'enfant est gai ; il prend le sein avec régularité. Il augmente de poids.

Le 30 août, nouveau pansement. La plaie du cuir chevelu

est cicatrisée, sauf au niveau du drain dont le fonctionnement se maintient dans d'excellentes conditions. Le côté droit de la tête reste encore plus volumineux que le gauche.

Le 5 septembre, nouveau pansement. La tête diminue sensiblement de volume. La demi-circonférence biauriculaire n'est plus que de 37 centimètres. La saillie frontale a diminué. Dans le sens antéro-postérieur, la ligne sagittale n'est plus que de 35 centimètres au lieu de 39 centimètres.

La mère de l'enfant veut alors quitter l'hôpital, malgré mes conseils, et retourner à la campagne. Elle consent à ramener l'opéré tous les cinq jours, mais je ne me dissimule pas que dès lors le résultat est compromis.

Le 10, le 15 et le 20 septembre, Mme P... m'apporte son enfant. Je renouvelle chaque fois le pansement, toujours peu sali par le liquide. Mais le 25 septembre, je ne la vois plus revenir. J'appris quelques jours après que l'enfant avait subi une atteinte de cholérine et que la mère, n'osant le ramener à l'hôpital, avait cru pouvoir remplacer le pansement. Elle dut arracher le drain que je ménageais avec tant de soins, car l'enfant succomba au bout de deux jours dans le coma, après avoir mouillé à plusieurs reprises son pansement et son oreiller.

Il s'était écoulé environ quarante jours depuis l'opération.

Cette opération me semble digne de fixer l'attention à deux points de vue. D'abord parce qu'elle démontre la nécessité d'un drainage capillaire continu et bien surveillé, établi sans perte de substance du crâne, sous le couvert d'une antisepsie minutieuse; et ensuite parce qu'elle se rapporte à un fait d'hydrocéphalie méningée. Les cas de cette variété d'hydrocéphalie sont rares; Camper est l'auteur qui signale la plus grande proportion de ces faits. Sur 55 cas d'hydrocéphalie congénitale, il note que 16 fois le liquide occupait la cavité arachnoïdienne. Ce chiffre ne paraît pas répondre à la moyenne réelle, si l'on a soin de distraire des statistiques les collections séreuses méningées résultant de la transformation de foyers anciens de pachyméningite, comme en ont décrit Legendre, Rillet et Barthez, puis Virchow.

L'hydrocéphalie externe s'accompagne fréquemment de lésions cérébrales incompatibles avec la vie. Je ne parlerai pas des cas où l'anencéphalie s'allie à l'hydropisie méningée, ni de ceux où des malformations congénitales graves entretiennent l'hydropisie méningée jusqu'à la mort de l'enfant. Il est beaucoup plus intéressant, au point de vue chirurgical, d'étudier les observations assez nombreuses dans lesquelles l'intégrité plus ou moins complète du cerveau est notée. L'encéphale est presque toujours refoulé par la pression du liquide vers la base du crâne, où il peut se trouver comprimé, mais pas assez cependant pour que les fonctions cérébrales ne soient conservées dans leur quasi-intégrité. Si l'on intervient dans ces conditions, dès l'âge le plus tendre de l'enfant, il semble qu'on puisse espérer un résultat favorable; l'observation que j'ai rapportée en est une preuve. La trépano-ponction ne s'adresse plus comme dans l'hydrocéphalie ventriculaire au cerveau lui-même, mais seulement à la cavité méningée, où le drainage est plus simple, plus facile à surveiller et, à coup sûr, moins dangereux. Il n'est pas à craindre alors de voir le cerveau s'affaisser et le tube quitter la cavité où le liquide est contenu, comme le fait est indiqué dans des observations nombreuses d'hydrocéphalie ventriculaire. La décompression une fois obtenue par l'écoulement d'une faible quantité de liquide, on voit l'enfant revivre, l'exophthalmie disparaître et toutes les fonctions organiques reprendre leur cours normal. Le cerveau ne porte aucune lésion appréciable de compression ni de dégénérescence, si l'on opère de bonne heure, car la pression du liquide distend aisément l'enveloppe crânienne encore membraneuse. Quelle que soit la position occupée par l'encéphale dans l'hydrocéphalie méningée, qu'il soit repoussé sur la base du crâne ou latéralement, que ses deux hémisphères soient étalés, ouverts comme les feuillets d'un livre ou serrés l'un contre l'autre, il est possible dans ces conditions d'obtenir la guérison à force de soins antiseptiques et de précautions dans la surveillance du drainage capillaire.

Une circonstance digne d'appeler l'attention s'est produite chez notre petit malade peu de temps avant l'opération, je veux parler de l'augmentation presque subite du volume de la tête et de l'apparition non moins rapide de l'exophthalmie. A quoi attribuer ce fait? J'ai tendance à croire que l'hydrocéphalie congénitale chez cet enfant était primitivement ventriculaire et que c'est à la suite de la rupture de l'enveloppe cérébrale que le liquide se sera répandu dans la cavité arachnoïdienne, où il aura pu s'accumuler en quantité plus considérable. C'est la théorie de West.

Comme la trépano-ponction offre, sans contredit, de plus grandes chances de succès dans l'hydrocéphalie méningée, il y a lieu de se demander s'il ne serait pas possible de provoquer la transformation de l'hydrocéphalie ventriculaire en hydrocéphalie externe. Aucune tentative n'a encore été faite dans ce sens; c'est donc là une simple hypothèse.

De nombreux chirurgiens ont déjà tenté la cure de l'hydrocéphalie ventriculaire par la ponction, mais le drainage n'a été employé que rarement. Ce procédé, appliqué comme je l'ai recommandé à la suite de Keen, peut procurer des succès, car l'irritation provoquée par le drain capillaire laissé à demeure au milieu de la substance cérébrale est presque nulle, ainsi que l'ont démontré plusieurs auteurs. Le secret de la réussite réside à coup sûr dans une antisepsie irréprochable, dans l'écoulement permanent et très lent du liquide et dans la compression bien exacte de l'enveloppe crânienne. Plusieurs mois peuvent être nécessaires avant d'obtenir un résultat satisfaisant.

Le drainage capillaire et permanent l'emporte sur tous les autres procédés de traitement préconisés jusqu'alors, et principalement sur la ponction simple intermittente. Quant aux lavages des cavités ventriculaires à l'aide de liquides modificateurs, ils ont toujours donné des insuccès. Ce n'est pas à dire que le drainage devra être employé dans tous les cas; il est en effet des variétés d'hydrocéphalie symptomatique où la ponction unique peut amener la guérison. Quincke, de Kiel, a eu l'idée de chercher à soustraire à la collection crânienne une certaine quantité de liquide par une ponction faite à la région lombaire, à travers les téguments et dans l'intervalle de deux vertèbres jusque dans la cavité arachnoïdienne. Ces tentatives ont eu quelque succès. Elles mériteraient d'être répétées et préconisées, si l'opération de l'introduction du trocart dans le canal rachidien et sous les méninges, sans léser les nerfs et la moelle, n'était périlleuse et risquée. Le jour où un drainage pourra être établi sans danger dans le canal rachidien pour traiter l'hydrocéphalie, on n'aura plus à craindre les complications inflammatoires intra-crâniennes et il sera possible de mieux régler l'écoulement du liquide sans redouter les accidents comateux ou convulsifs.

Je me rallie donc, sous forme de conclusion, à l'opinion qui considère l'hydrocéphalie congénitale comme justiciable, sous certaines réserves, de la chirurgie. Lorsque la question pourra être jugée d'après un grand nombre d'observations, on reconnaîtra que certaines formes, comme l'hydrocéphalie externe, ont un pronostic thérapeutique plus favorable et on distinguera les cas où l'abstention est de rigueur.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Affections de la troisième et de la cinquième paires crâniennes (Some affections of the third and fifth cranial nerves), par Mc. CONNEL (*The Journal of Nervous and mental Disease*, août 1893, n° 8, p. 545. — Les quatre observations rapportées proviennent de la policlinique des maladies mentales et nerveuses du Dr Mills à Philadelphie. Le premier cas est une paralysie de la troisième paire accompagnée d'anesthésie de la région innervée par les branches frontales et lacrymales du trijumeau. Dans le troisième, il s'agit de paralysie et de spasme du trijumeau. Un spasme clonique des muscles, claquement des mâchoires chez un vieillard, est le sujet de la dernière.

Mort par spasme de la glotte dans l'hystérie mâle (Tod durch Glottiskrampf bei Hysteria virilis), par LEO (*Deutsche med. Woch.*, 24 août 1893, n° 34, p. 810). — Tailleur, âgé de 23 ans, qui présente plusieurs récidives de chorée. Il fut pris de secousses musculaires en même temps que de douleurs de tête en janvier 1893, et entra à l'hôpital où l'on constata des secousses du côté gauche, en même temps qu'une anesthésie complète des deux extrémités du même côté. Pas de troubles des réflexes; champ visuel normal. Ultérieurement, il présenta des crises de secousses affectant aussi la face et le triangulaire du menton en particulier. A la suite d'une crise de ce genre, il présenta du spasme glottique et mourut asphyxié. L'autopsie pratiquée par le Dr Jores ne révèle aucune lésion du système nerveux: les cordes vocales sont en adduction.

MÉDECINE

Zona ophthalmique unilatéral et double kératite destructive, par A. TERSON (*Bulletin médical*, 12 juillet 1893, p. 648). — Homme de 33 ans, pris de zona ophthalmique gauche après avoir éprouvé des douleurs violentes dans la région correspondante pendant plusieurs jours; en même temps, vue trouble et taches jaunâtres sur l'œil gauche, puis opacité à peu près complète avec état bosselé de la cornée gauche, large infiltration jaunâtre de la cornée droite; insuffisance mitrale. L'auteur rejette l'idée d'une ophthalmie sympathique en se basant sur la similitude du mécanisme des lésions cornéennes des deux côtés, lésions représentant un type clinique dont on connaît les relations névritiques, et sur le peu d'intervalle entre le début des lésions aux deux yeux; pour lui, des deux côtés, la lésion cornéenne a été favorisée par des troubles trophiques et infectieux survenus dans les deux trijumeaux: d'un côté, les lésions ont été développées au point d'entraîner un zona; du côté opposé la lésion cornéenne a évolué seule. L'ophthalmie sympathique, survenue après un zona ophthalmique unilatéral, reste encore à démontrer.

CHIRURGIE

Réparation des pertes de substance du crâne (Del modo di riparare le perdite di sostanza del cranio; plastiche della dura madre), par SACCHI (*La Riforma medica*, 4 août 1893, p. 337). — Expériences sur le lapin. Après la trépanation et l'enlèvement du disque osseux, la brèche osseuse se remplit d'un tissu fibreux qui ne s'ossifie jamais. Si on transplante au point trépané soit un disque ou un fragment, provenant de la trépanation, soit du crâne, soit d'un autre os, chez le même individu ou chez un autre, il se soude aux contours de la brèche par l'intermédiaire d'un tissu fibreux. S'il y a perte de substance de la dure-mère et lésion de la substance cérébrale, celle-ci adhère à la brèche osseuse et au tissu qui la comble. Les fragments osseux transplantés se raréfient à leur partie centrale, et peuvent disparaître entièrement. Les disques de cartilage, soit pur, soit renfermant un peu de tissu osseux, peuvent produire de la substance osseuse. Si on place un disque osseux muni de son périoste, le périoste débordant le disque et retourné du côté de la boite crânienne, et si on interpose entre ce disque et la substance cérébrale des lambeaux revêtus de périoste ou des lambeaux de la dure-mère d'un autre individu, on évite l'adhérence du cerveau au disque osseux et au contour de la brèche osseuse, alors même qu'il y a une perte de substance des méninges et de la substance cérébrale correspondante.

VARIÉTÉS

Brousse. — Une ville d'eaux en Asie Mineure (1).

Comment, direz-vous, on va aux eaux en Asie Mineure, comme à Luchon, à Wiesbaden ou à Marienbad? Mais oui; et, si l'on ne trouve pas à Brousse tout le confort de nos stations balnéaires françaises et surtout allemandes, on y vit au milieu d'une nature charmante, dans des hôtels fort convenables; on y fait de ravissantes excursions dans de bonnes voitures, à cheval, à âne et même à chameau, si l'envie vous en prend. Et puis, je ne crois pas que, dans aucune station, on trouve une variété et une richesse d'eaux minérales comparables à celles de Brousse: eaux sulfureuses faibles ou fortes, eaux salines, eaux ferrugineuses, toutes très chaudes. C'est là qu'au printemps, en été et à l'automne, la riche colonie européenne de Péra se donne rendez-vous pour fuir la boue, le bruit et la saleté de Constantinople, et en même temps pour soigner ses rhumatismes, ses angines ou son anémie. Brousse est alors la rivale des coquettes campagnes du Bosphore, Thérapia et Buyuk-Deré, et sans contredit elle surpasse par la beauté de son site les rives préférées des banquiers arméniens et grecs.

Pour se rendre a Brousse, on s'embarque sur un bateau turc à Constantinople vers huit heures du matin, et on arrive au petit port de Moudania vers deux heures. Là on prend une voiture qui vous mène à Brousse en trois heures. Ce voyage est long, mais un Européen n'a pas le temps de s'ennuyer; à chaque instant, un joli spectacle ou un incident curieux vient occuper son attention. Les vapeurs turcs sont bien construits, mais assez mal entretenus; les premières sont très suffisamment propres, la nourriture est bonne, mais peu variée: du macaroni, des côtelettes minuscules, et un ragoût de mouton composé d'une fricassée de pommes de terre au milieu de laquelle trois ou quatre brins de viande font des taches rougeâtres. Si le temps est beau, on peut regarder pendant toute la traversée le public des troisièmes répandu sur le pont au milieu des sacs de raisin et de farine, les fez rouges, les turbans blancs, verts, les foulards brodés d'or, les cachemires, les bonnets des derviches tourneurs, coniques, en feutre vert, gris ou jaune, comme les filtres à sirop de nos pharmaciens, les ceintures bleues, vertes ou rouges, les vestes blanches, jaunes, orangées, roses, enluminées de fleurs comme du papier à tenture, les larges pantalons bouffants, d'une teinte de bleu d'outre-mer. Ce mélange infini de couleurs brille au soleil comme les paillettes d'un costume de cirque, malgré les taches, l'usure et la crasse générale qui donne un luisant huileux à tous les costumes orientaux. Quelle insouciance pour l'entretien de leur vêtement! Il est l'heure de la prière, les Turcs viennent, à tour de rôle, se placer dans la direction de l'orient et réciter leurs prières en exécutant, avec le plus grand sérieux, les génuflexions et les prosternations d'usage. Nous regardons un major de l'armée turque qui se fait remarquer par sa componction dévote et l'amplitude de ses exercices gymnastiques, et nous apercevons à sa belle culotte grise un immense trou qui ouvrait une grande porte sur une région, ô horreur! bien connue des collègues de M. Fleurant. Ah! quel éclat de rire la sainteté du moment a retenu en nous! Pauvres officiers turcs! ils sont plus sales et plus ignorants que leurs soldats. Quel dommage pour la Turquie, car ses soldats sont des hommes vigoureux. Nous avons assisté à une revue passée par le Sultan, derrière les persiennes de la mosquée où il venait de faire sa prière en grande pompe, et je puis affirmer que nos médecins militaires seraient frappés de la supériorité de la taille et de la vigueur apparente des troupes turques sur celles de la généralité de nos soldats.

Au milieu du kaléidoscope aux mille couleurs des costumes turcs, vous apercevez un Albanais tout habillé de laine blanche avec ses culottes collantes et sa jupe courte plissée qui lui donne l'air d'un lutteur qui se serait affublé des jupons d'une danseuse. Plus loin, un pope grec tout noir avec sa longue lévite et sa grande toque cylindrique; puis un Bos-

(1) Notre confrère le Dr Darenberg vient de publier à la librairie G. Masson un ouvrage intitulé: *En Orient et en Occident*. Ce livre reproduit une série d'études écrites à diverses époques. Nous pensons intéresser nos lecteurs en lui empruntant le chapitre dans lequel M. Darenberg décrit ce qu'il a observé à Brousse.

niaque élégant dans sa jolie veste de drap rouge brodée de soie noire, et sa large ceinture flanquée d'un pistolet et d'un kandjar en argent ciselé. Plus loin, une bande de Circassiens avec leurs grandes bottes, leurs bonnets d'astrakan, leurs babouches noires piquées de fil d'argent, et de grands couteaux à la ceinture. Tous ces gens bruyants, affairés, criant, bousculant au départ, se casent bientôt, se couchent sur leur grand manteau de peau de loup, sur leurs tapis, ou leur matelas qui ne les quittent jamais en voyage ; les uns dorment, les autres causent à voix basse, d'autres enfin jouent aux osselets.

Tout autre est le côté réservé aux femmes; quel bruit de caquet! Pauvres femmes, il faut bien les excuser; elles ont si peu de part à la vie sociale et sont si habituées à la paresse ; on les voit accroupies sur leurs talons, fumant des cigarettes, grignotant des noisettes, ou engouffrant d'énormes aubergines. Trois ou quatre sont autour d'une même assiette, elles arrachent une bouchée avec les dents, reposent le morceau dans le plat commun et le reprennent sans manifester aucune notion de la séparation de bouches. Ce n'est pas bien propre, mais là encore que de jolies couleurs! On se croirait au carnaval ou à quelque féerie. Toutes les femmes sont enveloppées dans de grands sacs rayés de blanc, de bleu, de rouge, de noir, de jaune. Toujours l'amour des tentures. Les Orientaux n'ont ni meubles ni ameublements; ils mettent leurs tentures sur leur dos. Les négresses surtout adorent ces rayures ; elles rabattent ce sac sur la tête, en introduisant les coins dans leur bouche, et ne laissent sortir qu'un nez noir épaté, entre deux gros yeux blancs qui luisent au milieu de ce cadre enluminé comme une face de diable. Plus loin est un groupe d'élégantes, accompagnées de leur eunuque à la figure ronde et boursouflée comme un grand enfant lymphatique. Celles-ci sont enveloppées dans un grand macferlane de soie noire, bleue, grise, jaunâtre ou verte, et elles ont la tête couverte du traditionnel yachmak; c'est un bonnet sur les cheveux, réuni à une mentonnière de tulle ou de tarlatane qui laisse scintiller ces yeux brillants propres aux femmes oisives et paresseuses. Quand elles baissent leur mentonnière pour fumer ou manger, on voit souvent, hélas! apparaître une rangée de dents noirâtres. C'est là l'œuvre du tabac, de l'abus de sucreries et de la négligence. Quelles ravissantes perles fines elles ont au contraire quand elles sont soigneuses; mais les maris turcs ont bien de la peine à obtenir ce petit effort de ces belles indolentes. La vie du harem les amollit tellement, qu'elles sont sujettes à toutes les maladies de ralentissement de nutrition, parmi lesquelles dominent l'obésité, le rhumatisme, les affections eczémateuses de la peau, et enfin la phthisie.

Voilà pourquoi les dames turques et même égyptiennes viennent chercher à Brousse un remède à leurs nombreux maux. Elles trouvent là des eaux sulfureuses et des eaux ferrugineuses très chaudes. Les bains de Yéni-Kapledja sont à la fois sulfureux et ferrugineux. On y prend des bains, on y boit l'eau, on s'y plonge dans une belle piscine de sept mètres de diamètre; on peut aussi séjourner dans une salle d'inhalation et dans un sudatorium. Ces eaux ne servent guère qu'au traitement du rhumatisme et des affections de la peau. Elles trouveraient aussi un emploi très important pour la cure des maladies des femmes, des affections de la gorge et des bronches, des plaies difficiles à cicatriser et de la scrofule. Il en est de même des eaux de Kakurklu qui les avoisinent; ce sont des eaux très sulfureuses; on ne s'en sert que pour le traitement des rhumatismes. Elles sont très chaudes; dans le sudatorium, la température est de 55° ; elles perdent leurs qualités sulfureuses par le refroidissement. Elles seraient excellentes pour le traitement des pharyngites, si on savait les employer en pulvérisations ou en gargarismes. On se sert déjà de leur vapeur pour la guérison des affections scrofuleuses de l'oreille. Les bains de Kara Mustapha ont des eaux salines, d'une composition très complexe ; elles contiennent plusieurs métaux; on les regarde comme des eaux toniques, ainsi que celles du faubourg de Tchekirghé qui sont essentiellement furrugineuses. On y va soigner l'anémie et hâter la convalescence des longues maladies. C'est là qu'on pourra admirer une jolie piscine surmontée d'une voûte élégante soutenue par six délicates colonnes mauresques. Tous ces bains sont assez primitifs et ne sont guère aménagés que pour le bain turc ; on pourrait en tirer un meilleur parti en organisant de jolis cabinets de bains, des bains de pieds chauds, des douches, des pulvérisations. On trouve à Brousse une abondance et une variété d'eaux minérales fortes et chaudes que l'on ne retrouve pas ailleurs dans un espace aussi restreint. Il faudrait étudier ces eaux, au point de vue chimique et clinique, les aménager confortablement, et elles pourraient rendre de très grands services aux riches musulmans, à tous les Levantins, et même aux Européens qui voudraient combiner un voyage en Orient avec une cure balnéaire.

La saison agréable, à Brousse, est plus longue qu'aux Pyrénées, en Auvergne et même en Savoie. Comme le beau moment pour voir la Grèce et le Bosphore est le printemps, surtout pour la Grèce qui, au mois de septembre, semble être une terre maudite brûlée par le feu du ciel, après un mois d'excursions fatigantes, une cure de repos et d'eau à Brousse serait une excellente fin de voyage. Brousse est un pays charmant, et, quand, du haut des montagnes qui bordent la côte d'Asie, on aperçoit, à ses pieds, la grande et verdoyante vallée du Nefer-Tchaï, dont les eaux brillantes forment un long sillon argenté qui serpente à travers les oliviers, les peupliers et les saules, on sent que l'on approche d'une ville d'eaux, d'un pays frais et luxueusement arrosé. Les coteaux soigneusement plantés de vignes forment de longues rayures vertes sur un fond de terre jaune et ressemblent à un jardin délicatement peigné. Les montagnes grandioses sont recouvertes jusqu'au faîte d'une petite verdure touffue ou de grands arbres. Dans le lointain on voit des cimes aiguës de granit noir ou de pierre grise. La plaine est parsemée de blé, de maïs, de chanvre, de gros buffles gris avec leurs belles cornes noires, de chèvres d'Angora ou du Thibet à la toison longue et nacrée, de petits ânes, de poulains courant en liberté et venant au galop jeter un regard d'enfant curieux sur les passants qui sillonnent la route. Quelle vie et quelle gaieté tout le long de cette route!

Quand on débarque du bateau, tout le monde se rue à la petite sortie de la jetée fermée par un poste de police. Il faut montrer son passeport, et le Turc ne badine pas avec le passeport : il s'agit d'une dizaine de piastres, dont pas une probablement n'arrive jusqu'aux coffres de l'Etat, et le zaptié est inflexible. Si vous n'en avez pas, on vous en délivre un avec la plus grande facilité, moyennant finance. Un jeune séminariste musulman a voulu passer sans cette pièce indispensable, le bon gendarme lui a appliqué une série de gifles qu'il a reçues en criant comme un écorché, mais il a fini par passer à la caisse. A peine est-on sorti des mains des zaptiés, qu'il faut passer par celles des portefaix, qui se mettent trois ou quatre pour vous porter une valise, une ombrelle et une couverture. On se bouscule, on hurle, on se dispute, enfin on part dans un de ces landaus fantastiques tapissés d'un vieux velours rouge, recouvert d'une guipure dont la blancheur doit être recherchée à l'aide d'instruments fortement grossissants. On n'y est cependant pas trop mal; on y serait même très bien si les Turcs se donnaient la peine d'entretenir la magnifique route qui réunit Brousse à la mer. On voit bien de temps en temps des tas de cailloux, mais il paraît que les cantonniers ont donné leur démission, parce que le gouvernement ne les payait pas. Il y a vraiment des gens qui ne sont jamais contents.

Tout le long du chemin, des postes de zaptiés détachent un homme pour visiter le fameux passeport. On prétend qu'ils ne savent pas lire. Le fait est que, ne comprenant pas un mot de turc, j'ai constamment donné le laissez-passer de mon compagnon de route pour le mien, et nous ne nous ressemblons pas plus que le jour et la nuit. Les zaptiés nous regardaient attentivement à tour de rôle en parcourant la feuille toute parsemée de signes cabalistiques; ils faisaient un signe d'assentiment et nous partions. Que voulez-vous? Il paraît que eux aussi ne sont pas payés.

Pendant tout le parcours, des gamins suivent la voiture en offrant des verres d'eau et des grappes de ce gros raisin à peau épaisse qui n'a aucun goût. Çà et là, on rencontre une longue file de chameaux reliés entre eux par une chaîne de fer et conduits par un chamelier monté fièrement sur un baudet minuscule; ces énormes bêtes écrasent le sol de leur large pied de caoutchouc et balancent leur long cou en cadence au son de la cloche pendue à la poitrine de celui qui ferme la marche. Plus loin, on croise de petites charrettes couvertes de toiles à travers lesquelles on aperçoit des femmes

débraillées, couchées sur des tas de linges sales; ou bien, des mendiants avec la figure mangée ou le corps couvert de plaies béantes; on a hâte ne s'en débarrasser avec quelques paras. Décidément la Turquie manque de bureaux de bienfaisance.

Plus loin encore, on arrive à une ferme turque qui sert d'hôtellerie. La voiture s'arrête pour faire boire les chevaux, on avale dans une petite tasse de cette bouillie de marc trop sucrée qu'on appelle en Europe un exquis café turc. Si on le trouve si exquis, pourquoi n'en boit-on jamais? Mais en Orient, on se fait à tout, et on déguste cette décoction pharmaceutique au milieu des dindons qui gloussent, des chiens mâtinés de chacal qui ronflent. Et, comme nous parlons français, nous sommes abordés par un monstre étrange, un sapeur habillé en femme, et avec de petits cheveux coupés courts rabattus sur le front. Ce type carnavalesque de femme à barbe nous apprend qu'elle est Turque, mais qu'elle a passé dix ans en France à montrer son immense barbe dans les foires publiques, et qu'ayant gagné une petite fortune, elle va se retirer à Brousse chez ses parents. « Ah! mais vous savez, dit-elle, je suis une vraie femme, j'ai mes certificats. J'ai bien été obligée de les montrer au commandant des messageries quand je suis venue de Marseille. Mes compagnes voulaient me mettre à la porte de la cabine des dames. Comme si je n'ai pas l'air d'être une femme! » Pas trop, chère madame; mais nous nous gardons bien d'enlever cette dernière illusion à ce Pandore féminin et nous pensons qu'avec le yachmak qui couvrira le bas de la figure, les petits cheveux courts feront encore un certain effet sur le front.

Nous partons. On aperçoit déjà Brousse avec ses minarets blancs qui se détachent sur le fond noir de l'Olympe comme des cheminées d'usine coiffées d'un éteignoir, ses coupoles de zinc brillantes au soleil comme des miroirs argentés et ses petites maisons basses et plates perdues au milieu de la verdure des jardins. La route devient de plus en plus vivante. De vieux Turcs, avec leurs turbans verts, fument tranquillement leurs tchibouques, gravement montés sur un petit âne blanc; un paysan tout habillé de loques, autrefois blanches, trottine sur une malheureuse bourrique, aux flancs de laquelle sont attachées deux grandes roues de charrette. De loin, on se demande si c'est une voiture ou un cavalier. Aux portes de la ville, nous croisons une troupe de bohémiens qui soufflent dans des trompettes aiguës, battent des tambours à tonalité sourde et profonde, et poussent des sons gutturaux ou nasaux, lents et traînants, qui ont dû être inventés par quelque pâtre étudiant pendant les silencieuses nuits d'Orient les psalmodies hurlées par les chacals ou les hyènes. Cet orchestre ambulant va chercher une mariée, et, sur le bord du chemin, des groupes de femmes enveloppées dans leurs couvertures multicolores lancent des regards furtifs à travers les taillis de broussailles, en pensant au jour heureux où se sont ouvertes pour elles les portes du harem, théâtre monotone de leur paresseuse oisiveté et de leur insouciante nonchalance.

L'intérieur de la ville est assez propre pour un pays turc. Les rues sont larges, le pavage est moins horrible qu'à Constantinople, des vignes grimpantes courent sur des tiges de bois au-dessus des maisons, et l'on se croirait sous une tonnelle d'Italie.

Les boutiques sont propres; les confiseurs font d'excellents macarons, la rue des bourreliers est décorée d'étalages très pittoresques, avec des selles et des harnais bariolés de peaux et de verroteries multicolores. Les marchés en plein vent sont très curieux. Il est vrai qu'on n'aimerait guère goûter à la viande tout écorchée qui pend à des barres de fer rouillées, aux fromages graisseux qui exhalent une forte odeur rance, aux ragoûts de riz et de tomates qui nagent dans un bouillon équivoque, au raisin qui suinte son suc dans des paniers défoncés, aux tranches de melon que des mains peu ragoûtantes touchent à la ronde, aux marrons au milieu desquels vient percer le bout du pied d'une vieille femme turque. Il ne faut pas être trop dégoûté en Orient; et puis, pour se remettre, on peut aller au bazar marchander d'anciennes soies brodées, des soies modernes faites à Brousse, d'excellentes serviettes de toilette, des armes turques, des bijoux d'argent, des tapis de Smyrne, des velours ou des faïences de Perse, toute une bimbeloterie qui constitue la défroque des Turcs ruinés apportée dans ces temples de l'Orient, où des marchands à la toilette s'enrichissent aux dépens des Européens.

Quels instants délicieux on passera dans la mosquée verte. C'est le plus charmant modèle de l'art ottoman primitif. Son élégance fait oublier facilement la majesté de Sainte-Sophie et de toutes les mosquées de Constantinople. A l'extérieur, partout les marbres sont sculptés et fouillés comme une dentelle. A l'intérieur, tous les murs et tous les détails d'architecture sont recouverts de magnifiques faïences persanes dont l'éclat est encore admirablement conservé. Les dessins, les dorures, les arabesques les plus variées et les plus fines font ressembler ces faïences émaillées aux plus soyeux tapis persans. L'autel ou mirab est d'une forme charmante et semble orné de draperies veloutées. Les portes de bois sont finement incrustées de nacre et d'ivoire. Il en est de même du mausolée de Mahomet Ier, qui est la seconde merveille de Brousse. D'autres mosquées possèdent encore de belles faïences, et la nouvelle mosquée, la plus grande du monde, paraît-il, après celle d'Andrinople, possède une admirable chaire enlevée à Bagdad par un Sultan victorieux.

Par cette description rapide, on verra que le baigneur peut facilement occuper ses loisirs. Il pourra aussi faire de belles ascensions de montagnes, surtout celle du mont Olympe. Dans les forêts, il pourra chasser l'ours et le sanglier; dans la plaine, la caille et le perdreau; car, ici, on chasse toute l'année. Il visitera les fabriques de soie; le vendredi, il ira flâner dans les cimetières au milieu des femmes turques qui viennent goûter et rire sur les tombes de leurs maîtres. Et puis, le soir, il pourra aller au théâtre fondé par le bienfaiteur de la ville, le gouverneur du vilayet, S. Ex. Ahmed Véfik Pacha, qui parle le français à merveille. Il a traduit en turc toutes les pièces de Molière et les fait représenter sur le théâtre de Brousse. Même quand on n'entend pas le turc, c'est amusant de voir M. Jourdain au milieu de vrais Ottomans, ou d'entendre débiter le sonnet d'Oronte dans la langue du Coran. L'année prochaine, une nouvelle attraction attend les baigneurs. Le pacha prépare une traduction d'*Hernani* en vers turcs, et le rôle de dona Sol sera joué par une charmante dame musulmane.

On pourra encore assister aux exercices acrobatiques des derviches tourneurs, qui s'agitent lentement, les bras au vent, comme des palettes de moulin engourdies, ou des derviches hurleurs, qui beuglent et grognent en se serrant le ventre, comme des gens pris d'un saint mal de mer, pendant que leur chef marche sur la poitrine et le dos des malades, ou souffle dans les oreilles des sourds. Et puis les Français n'oublieront pas qu'ils trouveront à Brousse le plus aimable des vice-consuls, enthousiaste de sa résidence et heureux d'en faire admirer les beautés à ses compatriotes.

Le départ de Brousse est peu agréable. Il faut partir à trois heures du matin, pour prendre le bateau vers sept heures. Ces bateaux turcs partent très irrégulièrement, puis l'heure turque varie chaque jour avec le moment du lever du soleil. Aussi faut-il arriver longtemps avant l'heure officielle, soumise à de fréquentes corrections. La première partie du voyage est triste, il fait nuit. Mais arrivés à l'auberge encore pleine de notre femme à barbe, le ciel nous offre un spectacle bien surprenant. Au-dessus de nos têtes, une comète éclatante, avec une immense queue de paillettes d'argent; à côté, un quartier de lune qui brille comme un croissant phosphorescent et, à l'orient, une lueur orangée qui forme une bande lumineuse sur le contour obscur des crêtes des montagnes. Cette lueur monte, s'étend, rougit; le profil des montagnes se dessine avec une netteté exquise. A travers cette atmosphère pure de l'aurore naissante, les feuilles des arbres se dessinent sur le fond gris, et par places doré, du ciel, comme ces découpures de papier noir sur les toiles grises ou roses, qui tiennent une si grande place dans les albums de nos grand'mères. Puis les montagnes deviennent bleues, roses, pourpres, orangées; tout le spectre solaire les inonde de ses tons les plus chauds; enfin, le rideau se déchire, le soleil perce l'horizon comme un globe de feu, et une éclatante lumière vient dorer toute la campagne. Une vapeur douce s'élève et recouvre la nature d'une sorte de gaze veloutée. Les oliviers semblent avoir des feuilles de peluche et une bande de buée violette ferme l'horizon. On arrive au port de Moudania, ébloui encore du charme du lever de ce soleil d'Orient.

Georges Darenberg.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 42 — 21 OCTOBRE 1893

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 20 octobre 1893.

La déclaration obligatoire des maladies infectieuses et les conséquences de la loi du 30 novembre 1892.

L'Académie de médecine vient de dresser la liste des maladies au sujet desquelles le médecin sera tenu, son diagnostic établi, de faire une déclaration qui motivera la surveillance et l'intervention de l'autorité sanitaire. Sur cette liste elle n'a fait figurer, comme nous le demandions il y a huit jours, ni la rougeole, ni la coqueluche, ni l'érysipèle. Par contre, elle a maintenu l'obligation pour tous les médecins de déclarer les infections puerpérales et l'ophthalmie des nouveau-nés. Nous regrettons cette décision. « En ce qui concerne les *infections puerpérales*, disait dans son rapport M. Vallin, la question est des plus délicates et peut, si l'on n'y prend garde, faire échouer la loi qui se prépare. » Nous n'irons pas aussi loin, car la loi sera exécutée en ce qui concerne les épidémies vraiment graves, mais nous restons convaincu que les médecins et les sages-femmes se résoudront difficilement à faire intervenir l'administration sanitaire près du lit des femmes en couches. Bien que l'Académie ait refusé d'admettre la restriction proposée par M. Vallin, nous pensons que, malgré le caractère impératif de la loi nouvelle, les médecins invoqueront souvent encore, pour ces maladies spéciales, le secret professionnel dont on s'efforcerait en vain de nier l'importance et nous doutons qu'il se trouve un tribunal qui condamne un médecin pour avoir attendu la mort ou la guérison d'une accouchée avant de prévenir l'administration sanitaire. Nous parlons des médecins de la campagne et des villes de province où le service de la désinfection à domicile n'est point aussi bien organisé qu'à Paris. Pour déclarer l'existence d'une maladie presque toujours due à l'inobservance des lois de l'antisepsie obstétricale, ils hésiteront avant de se déclarer coupables, et c'est ainsi que la loi pourra être tournée sinon rendue tout à fait inapplicable. A plus forte raison en sera-t-il de même pour les sages-femmes. On ne peut pas, M. Brouardel l'a reconnu, leur interdire l'exercice de leur profession par cela seul qu'elles auront propagé l'infection puerpérale. Mais alors quelle sanction aura la loi nouvelle ? Dès l'instant qu'il n'est point possible d'imposer, après la déclaration d'un cas d'infection puerpérale, la désinfection des médecins ou des sages-femmes, l'intervention de l'autorité sanitaire sera presque sans objet en dehors des collectivités, c'est-à-dire des maternités ou des hôpitaux.

En ce qui concerne l'ophthalmie des nouveau-nés qui ne peut être justiciable que de soins médicaux individuels, en dehors des maternités et des crèches, la déclaration obligatoire sera non moins inefficace. Le médecin soignera de son mieux, nous aimons à le penser, une maladie qu'il sera seul à même de guérir. Il ne songera pas à la déclarer s'il pense qu'elle peut être due à des causes spécifiques appelant sur l'état de santé antérieur de la mère des investigations au moins indiscrètes.

Nous persistons dès lors à penser que mieux aurait valu, pour le moment, s'en tenir aux maladies pour lesquelles, en aucun cas, ne saurait être invoqué l'article 378 du Code pénal. Que peut et que doit vouloir la loi nouvelle? Empêcher l'extension progressive des maladies épidémiques qui sont justiciables des mesures de désinfection locales ordonnées par l'autorité sanitaire. Ces maladies sont le choléra, la diphthérie, le typhus, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la variole et, si on le veut, bien que ces maladies soient rares en France, la fièvre jaune, la peste et la suette miliaire.

Si M. le ministre de l'Intérieur, qui seul aura désormais la tâche et la responsabilité d'arrêter définitivement la première liste des maladies que les médecins seront tenus de déclarer, restreignait, comme nous l'avons demandé, cette première liste, il se rencontrerait bien peu de médecins réfractaires. Tous ceux qui ont conscience de leur responsabilité morale arriveraient aisément à faire comprendre à leurs clients que la loi du 30 novembre 1892 a été votée dans l'intérêt de la santé publique et, par conséquent, dans leur intérêt. Peu à peu, ils feraient admettre partout et par tous que la désinfection des locaux et des objets mobiliers, seule conséquence possible de la déclaration obligatoire, est un grand bienfait. On l'a déjà compris à Paris tout au

moins. Depuis que, sous la direction de M. le docteur A.-J. Martin, le service de la désinfection et de l'assainissement y fonctionne avec tant de régularité, de discrétion et de compétence, le nombre des déclarations spontanément adressées à l'administration s'est progressivement accru dans des proportions qui commandent l'attention. Depuis le commencement de l'année 1893 et jusqu'au 1er octobre, 25,825 opérations de désinfection ont été pratiquées à Paris, et sur ce nombre, le tiers environ (8,553) ont été réclamées par des particuliers ou par leurs médecins. Nul de nos confrères n'hésite à s'adresser à ce service si utile, si bienfaisant, et c'est ainsi qu'il a été fait 6,325 désinfections pour des cas de tuberculose, 3,340 pour des diphthéries, 2,092 pour des scarlatines, 2,601 pour des rougeoles, 1,872 pour des varioles et — ce qui prouve la rareté des maladies puerpérales — 246 seulement pour des cas d'infections consécutives aux couches.

En même temps que les médecins, désireux d'assurer dans les meilleures conditions possibles la salubrité et l'hygiène de leurs clients, font plus fréquemment appel au service que dirige M. le Dr A.-J. Martin, la mortalité générale s'abaisse à Paris dans des proportions inconnues jusqu'à ce jour. Elle est tombée à 16,8 au lieu de 27,7 qui était jadis la moyenne générale, et, 19,7, moyenne des semaines correspondant aux mois de septembre et octobre. Ces chiffres se passent de commentaires. Ils démontrent que, pour la plupart des maladies infectieuses, sinon pour toutes ces maladies, la désinfection méthodique et complète des locaux et des objets mobiliers entrave la propagation et diminue l'intensité des cas observés. L'Administration sanitaire ne doit donc, elle ne peut avoir en vue que la désinfection. Toutes les autres mesures coercitives, telles que l'isolement, pour ne citer qu'un exemple, sont inapplicables dans l'état actuel de notre législation et de nos mœurs. Pourquoi d'ailleurs, si l'on impose la déclaration des septicémies puerpérales, ne pas faire rentrer dans la même liste les autres infections chirurgicales? Nous faisons donc des vœux pour que M. le ministre de l'Intérieur, restreignant encore la liste dressée par l'Académie, n'impose aux médecins que l'obligation de déclarer les maladies infectieuses justiciables de la désinfection faite à domicile par des agents compétents.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu franc.

I

Il n'a pas fallu moins de trois siècles et en particulier de l'impulsion scientifique provoquée par les travaux cliniques remarquables du commencement de ce siècle, pour arriver à séparer nettement le rhumatisme de la goutte, avec laquelle on s'obstinait à le confondre. Malgré la difficulté parfois grande du diagnostic clinique, malgré des analogies symptomatiques remarquables, « la goutte et le rhumatisme, avait dit Charcot, répondent à deux types morbides essentiellement distincts et qui ne doivent pas être confondus ».

Mais si, à ce progrès, le rhumatisme y gagnait son individualité, l'influence de l'idée première qu'on s'en faisait marqua d'une empreinte puissante la conception nouvelle; la diathèse rhumatismale s'imposait, c'est-à-dire qu'on y vit, selon l'expression de M. Besnier (1), « une condition (*inconnue*) particulière de l'organisme, *héréditaire, spontanée ou acquise* qui rend l'individu apte à produire, sous l'influence de *causes appréciables ou non*, des manifestations morbides *dites* rhumatismales, etc. ». J'ai souligné à dessein ces mots dans le texte, car ils montrent, semble-t-il, tout ce que cette conception nouvelle renfermait alors de vague et d'indéterminé, et cette indécision s'appliquait non seulement à la nature intime de la maladie, mais encore à ce qu'on devait entendre cliniquement par rhumatisme : les uns en faisant une maladie d'un tissu, les autres lui attribuant toutes les affections douloureuses, soit des jointures, soit des tissus en général, survenant sous l'influence du froid. Au milieu de cette confusion anatomique, étiologique et clinique, l'analyse poursuivait néanmoins méthodiquement son œuvre, et lorsqu'on eut séparé avec M. Bourcy dans sa thèse ce qu'on appela — encore que l'appellation fût mauvaise — les pseudo-rhumatismes infectieux — on opéra le premier démembrement vraiment scientifique du rhumatisme, en créant un type morbide qui avait son histoire clinique et anatomique bien différenciée.

Le rhumatisme n'en restait pas moins aussi mal défini, aussi vague dans ses limites, aussi indécis dans sa définition, toujours dominé qu'on était par cette arrière-pensée de diathèse qui « hurlait » de se voir accouplée à l'idée d'infection.

Tout le monde y pensait néanmoins et les recherches de la bactériologie vinrent apporter un argument de plus à ceux qu'on pouvait tirer de l'histoire clinique de la maladie.

Nous n'insisterons pas ici spécialement sur ce dernier point, n'ayant pour but que de passer en revue les renseignements positifs fournis par la bactériologie sur l'origine microbienne du rhumatisme, sous réserve cependant que l'histoire clinique du rhumatisme, que ses complications fournissent des arguments de valeur en faveur de sa nature parasitaire (2).

II

Il est bien entendu qu'il s'agit ici de rhumatisme articulaire aigu franc, éliminant par cela même les recherches bactériologiques entreprises, soit dans les rhumatismes compliqués de suppuration — pseudo-rhumatisme — soit dans le cas d'endocardites qui ne sont pas liés nettement à un rhumatisme franc. Limitées ainsi, les recherches sont encore peu nombreuses, et cependant elles sont déjà démonstratives.

Nous devons éliminer également, pour les mêmes motifs, le cas publié par Guttmann, et que son auteur considère comme le premier fait en faveur de l'origine infectieuse du rhumatisme (3). Il s'agit, en effet, d'un rhumatisme compliqué d'abcès des reins et des muscles, de péricardite. Dans tous ces foyers, Gutmann trouva le staphylocoque doré. En considérant, il est vrai, le seul point de vue pathogénique, cette distinction avec le rhumatisme n'aurait plus de raison d'être, mais, dans l'hypothèse où nous nous sommes placés, cette exclusion n'en persiste pas moins.

Les recherches bactériologiques ont fourni des résultats par l'examen microscopique seul ou par les cultures

(1) Article Rhumatisme. *Dict. Encyclop.*, 3e série; T. IV, p. 432.
(2) Voyez un travail de M. Triboulet dans la *Revue de médecine*, août 1892.
(3) Zur Aetiolog. d. acuten Gelenkrhum. und seiner Complic. — In *Deuts. med. Woch.*, 1886, n° 46.

et par suite, par l'expérimentation. A ce propos, nous verrons dans quel milieu organique ces recherches ont été positives.

L'examen microscopique seul ne peut fournir que la notion de présence des microbes, sans en déterminer la nature et à plus forte raison la virulence : notion forcément incomplète, intéressante néanmoins. Il a été pratiqué par Leyden (1), par Sahli (2), par Pétrone (3), par Mantle (4). Le liquide examiné était la sérosité inflammatoire des articulations ou le sang (Mantle) et dans un certain nombre d'observations, on voit notée la présence de diplocoques (Leyden), de micro-organismes indéterminés (Sahli), de cocci (?) (Petrone), de diplocoques et de bacilles courts et épais (Mantle).

Les examens bactériologiques plus complets, avec culture, et quelquefois avec expérimentation sur les animaux, ont donné des résultats plus positifs. Ils ont porté :

Sur la sérosité des articulations enflammées;

Sur les tissus articulaires eux-mêmes;

Sur les néoplasies inflammatoires de l'endocarde, du péricarde, de la plèvre;

Sur le sang.

Les uns ont été faits pendant la vie, les autres après la mort.

En ce qui concerne la *sérosité articulaire*, tous les auteurs s'accordent à admettre qu'elle est le plus souvent stérile. Il y a là une analogie frappante avec la sérosité pleurale dans les pleurésies tuberculeuses. Dans les observations où on obtient cependant des résultats positifs, il est noté que les microbes y sont rares, et que les cultures sont beaucoup plus maigres que celles qui sont fournies par l'ensemencement du sang, par exemple.

Cependant nous avons vu plus haut que plusieurs observateurs y avaient noté la présence de microbes. En culture les ensemencements ont souvent été stériles.

M. Buday (5) y constate le streptocoque pyogène une fois.

M. Bouchard (6), sur 11 cas examinés, rencontre aussi bien dans la cavité articulaire que dans les tissus périarticulaires :

6 fois le *staphylococcus albus* pur;
1 fois le *staphylococcus albus* et l'*aureus*;
1 fois le *staphylococcus albus* et un bacille;
1 fois le *staphylococcus aureus* et un bacille;
2 fois l'ensemencement est stérile.

M. Achalme (7) un cas, culture stérile.

M. Triboulet (8), dans 3 cas de rhumatisme ordinaire, et dans 2 cas de rhumatisme scarlatineux, résultats négatifs aussi bien pendant la vie qu'après la mort.

M. Sahli (9), dans un cas très étudié, constate que la sérosité articulaire reste stérile. Dans d'autres, examinés pendant la vie, il rencontre le *staphylococcus citreus*.

L'ensemencement des tissus articulaires eux-mêmes, donne plus souvent des résultats positifs, même dans les cas où la sérosité inflammatoire reste stérile (Sahli, Bouchard).

Il en est de même des ensemencements faits avec les exsudats inflammatoires de l'endocarde, du péricarde, de la plèvre. En ce qui concerne l'endocardite, nous ne pouvons utiliser ici tous les renseignements qui la concernent, les recherches ayant été faites pour démontrer plus la nature parasitaire de l'endocardite que celle du rhumatisme.

(1) *Deuts. med. Woch.*, 1886, n° 47.
(2) *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1893, 27 juin.
(3) *Gazetta med. ital. lombard.*, 1886, n° 21.
(4) *British med. journal*, 25 juin 1887.
(5) *Centralb. f. Bacteriolog.*, 1891, Bd X.
(6) *Congrès de Marseille*, 1891.
(7) *Soc. de biolog.*, 1891.
(8) *Revue de médec.*, août 1893.
(9) *Deuts. Arch.*, l. c.

Relevons cependant les faits positifs suivants :

Birch Hirschfeld (1) : cinq cas d'endocardite rhumatismale; 5 fois le staphylocoque.

Sahli (*l. c.*) un cas de staphylococcus citreus.

L'examen de la sérosité péricarditique a donné :

M. Achalme (*l. c.*) un cas..	un bacille.
M. Triboulet (*l. c.*) 2 cas..	staphylocoque blanc;
	staphylocoque doré.
M. Sahli (*l. c.*) un cas....	staphylococcus citreus.

C'est l'examen bactériologique du *sang* qui a donné les résultats les plus constants.

Décrits dans le sang par Mantle (*l. c.*), Sahli, etc., certains micro-organismes ont pu être isolés et cultivés :

M. Bordas (2), dans le laboratoire de M. G. Sée, étudie dix cas de rhumatisme, et dans deux il obtient du sang vivant une culture pure d'un bacille immobile, grêle, droit, long de 0,2 μ à 0,4 μ.

M. Achalme (*l. c.*) dans un cas, un bacille long, anaérobie, analogue au bacillus anthracis.

M. Triboulet (*l. c.*), sur cinq cas examinés après la mort, obtient quatre fois les staphylocoques blancs ou dorés et un coccus liquéfiant la gélatine (?).

M. Sahli (*l. c.*) dans un cas le *staphylococcus citreus*.

On retrouve également des microorganismes dans les parois articulaires, dans les exsudats pleuraux, dans les ganglions bronchiques. Seuls les ensemencements de substance nerveuse ou de liquide céphalo-rachidien restent stériles.

Les inoculations expérimentales sont encore peu nombreuses et conséquemment on possède peu de résultats positifs. Ce qu'on doit dire d'ores et déjà, c'est que, *avec les microbes retirés du sang et des humeurs des rhumatisants, cultivés et inoculés aux animaux, on n'a pas réalisé le rhumatisme expérimental.*

M. Bordas a inoculé une culture de son bacille dans une articulation chez le lapin. Il a obtenu une arthrite. Mais l'expérience n'a pas grande valeur, puisque Sahli, qui a eu les mêmes résultats avec le *staphylococcus citreus* chez la chèvre, a montré que l'injection articulaire du bouillon stérile ou d'une solution de sel amenait les mêmes manifestations articulaires.

En inoculant le lapin par voie sanguine, M. Bordas a observé des phénomènes pyohémiques, et une endocardite végétante sans lésion préalable des valvules. M. Sahli n'a observé aucun effet morbide à la suite d'inoculations diverses du *staphylococcus citreus* au chien, au cochon d'Inde, à la chèvre.

III

Ce qui résulte de ce qui précède, si l'on doit tenir compte des résultats fournis par l'examen bactériologique, et on le doit, c'est que le rhumatisme, loin d'être un état diathésique, n'est autre chose qu'une infection, c'est que cette infection n'est pas une, qu'elle est la conséquence de microbes divers, la plupart du temps des microbes pyogènes. Le rhumatisme dans son expression clinique — fièvre, douleurs articulaires, complications viscérales — ne peut donc plus être considéré comme une maladie, mais comme un *syndrome morbide*, symptomatique d'infections diverses, et j'ajoute d'infections *d'une nature particulière.*

Voilà donc consommé au nom de la pathogénie un nouveau démembrement *de la diathèse rhumatismale*,

(1) *Congrès de médecine interne*, 1885.
(2) *Médecine mod.*, 1891.

Est-ce à dire qu'il n'en reste rien? que les efforts de l'observation clinique pour en déterminer les prédispositions individuelles ou héréditaires n'aient abouti qu'à établir un chapitre de doutes ou d'illusions? Peut-être serait-ce dépasser les limites de la solution du problème. Si la doctrine parasitaire de la tuberculose a dépossédé aujourd'hui la scrofule d'une partie de ses manifestations morbides, elle a cependant laissé intactes nos connaissances sur les prédispositions innées ou acquises de notre organisme à contracter le germe tuberculeux. Ce n'est pas au moment où l'opportunité du *terrain* se pose et s'affirme de plus en plus en opposition avec la virulence du germe qu'on pourrait ainsi, en ce qui concerne le rhumatisme, laisser de côté un des côtés les plus importants de la question.

Le rhumatisme est une infection, et c'est une infection particulière en ses allures, se développant dans certaines conditions de climat, d'habitation, de genre de vie, etc. Ces conditions agissent-elles sur l'organisme en le rendant plus apte à se laisser envahir par les microbes vulgaires qu'on retrouve chez les rhumatisants? Ou bien, ainsi que l'a soutenu Waibel (1), ces conditions favorisent-elles le développement du *miasme rhumatismal* en augmentant la valeur bactérienne de l'air? Questions insolubles pour l'instant.

Ajoutons que, se basant sur la nature non suppurée des inflammations rhumatismales et sur leur curabilité radicale, d'une part, et de l'autre sur le faible degré de virulence des microbes rencontrés chez les rhumatisants, lorsqu'on la compare à la virulence de ceux-là dans d'autres circonstances de la pathologie humaine, certains auteurs, tant en France qu'en Allemagne, tendent à admettre une autre hypothèse formulée en deux mots : *le rhumatisme est une infection, mais c'est une infection par des microbes à virulence atténuée.* Formule inacceptable avec ce rigorisme et cette précision, et contre laquelle s'inscrivent les complications nombreuses, les formes graves du rhumatisme franc, d'une part, l'insuffisance de faits expérimentaux démonstratifs, d'autre part à l'appui de cette théorie. Les expériences de Sahli entre autres ne prouvent qu'une chose, c'est que le *staphylococcus citreus, après son passage chez l'homme rhumatisant, est atténué*, elles ne montrent pas l'atténuation anté-morbide de ce microbe.

Avant toute formule pathogénique définitive du rhumatisme, il y a donc lieu de rechercher et de fixer les conditions d'immunité relative que présentent les sujets reconnus prédisposés au rhumatisme; immunité qui s'exerce précisément contre des microbes reconnus pyogènes dans d'autres circonstances et chez d'autres sujets.

H. Barbier.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'orteil en marteau au point de vue anatomo-pathologique, par MM. A. H. Pilliet, chef de laboratoire à la Pitié, et Launay, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

L'étude anatomo-pathologique de l'orteil en marteau a été peu faite... Confondu longtemps avec d'autres lésions des orteils, l'orteil en marteau a été bien défini et isolé par Debaussaux dans le Recueil de mémoires de médecine militaire en 1879, puis bien étudié par Cahen, dans sa thèse de doctorat en 1887.

Un cas opéré par M. le professeur Tillaux, au mois de mai de cette année, nous a donné l'occasion d'étudier les lésions produites par cette déformation et de comparer les résultats obtenus à ceux déjà publiés.

M. R..., 64 ans, se présente au mois de mai à la Pitié, se plaignant d'une déformation du pied droit. Les douleurs sont vives et empêchent le malade de marcher. Trois orteils du pied droit sont déformés : les deuxième, troisième et quatrième orteils. — Le deuxième orteil présente l'aspect typique de l'orteil en marteau, il n'y a pas d'ankylose de la phalange et de la phalangine. M. Tillaux pratique la résection cunéiforme, comme l'a indiqué M. le professeur Terrier. L'opération est suivie d'une guérison complète.

Le troisième et le quatrième orteils sont plus fléchis que le deuxième. Le malade marche sur l'extrémité de ces orteils. L'ankylose de la phalange et de la phalangette est complète, la résection ne pourrait donner de résultat satisfaisant. M. Tillaux fait ici la désarticulation des orteils. Ce sont ces deux orteils amputés que nous avons étudiés.

Nous l'avons dit, sur ces orteils, il y a soudure entre la phalange et la phalangette fléchie sur la phalange en extension; la phalangine, fléchie sur la phalangette, repose sur le sol par son extrémité. Il y a subluxation de la troisième phalange sur la deuxième. Enfin, on constate la présence de deux durillons : un supérieur situé en avant de l'articulation phalango-phalangettienne, au point le plus élevé de l'orteil en Z, forcément en contact avec la chaussure; un inférieur à l'extrémité de l'orteil, au point où il repose sur la semelle. Les lésions sont les mêmes sur les deux orteils.

M. le Dr Pilliet a fait sur ces orteils des coupes longitudinales de la phalangette et des coupes transversales partant au niveau du durillon supérieur. Ces coupes étudiées au microscope nous ont montré les lésions suivantes :

1° Coupes transversales au niveau du durillon supérieur. Ces coupes comprennent peau et os, nous passerons en revue les différentes couches.

Epiderme. — La couche cornée est très épaisse et présente partout de grandes bandes de desquamation qui sont surtout manifestes au voisinage du cor. Celui-ci est un peu latéral, large et étalé. Il est situé, comme c'est la règle, entre la couche cornée et le stratum lucidum et formé de feuillets dans lesquels les cellules incomplètement cornées sont volumineuses et présentent de place en place des plaques d'éléidine. Ces détails, joints au volume assez considérable de ces cellules, indiquent que le durillon devait être mou.

Le derme présente des faisceaux fibreux extrêmement tassés et dans lesquels les glandes sudoripares, si abondantes dans cette région, sont aplaties transversalement et très réduites. Le plan papillaire du derme est très peu marqué, sauf en quelques points où les papilles se montrent distendues par des amas embryonnaires d'ailleurs peu importants. Dans les lobules sudoripares, comprimés comme nous l'avons vu, il existe une quantité assez considérable de cellules adipeuses. Les vaisseaux compris dans le derme montrent tous, surtout les artères, un épaississement généralisé de leurs tuniques. Les nerfs et les corpuscules de Pacini paraissent au contraire sains. Pourtant la coupe d'un gros tronc nerveux collatéral montre que la gaine externe du nerf est sensiblement épaissie. La gaine lamellaire ne présente rien de particulier. En somme, il existe une inflammation chronique d'intensité moyenne et généralisée à toute la région.

Nous rencontrons ensuite, en continuant l'étude de haut en bas, le tendon extérieur soudé à la peau par le durillon. Sa gaine ne présente pas de signe manifeste d'irritation. Entre le tendon et l'os existe une cavité

(1) *Deutsche med. Woch.*, 1891. Voyez *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1891, p. 130.

irrégulière à contours déchiquetés, à bords sillonnés par des vaisseaux capillaires remplis de sang, et qui présente dans son intérieur des amas de globules sanguins libres.

Cette cavité, sur nos coupes transversales, occupe toute la largeur du tendon, qu'elle déborde légèrement des deux côtés, pour aller, au-dessus de lui, se perdre insensiblement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Le sang accolé aux parois empêche de voir s'il existe un endothélium.

Du côté de cette cavité, par conséquent à sa face profonde, le tendon extenseur présente des signes manifestes d'irritation, et en particulier de nombreuses cellules de cartilage qui sont groupées au milieu du tissu fibreux et bien nettement encapsulées par familles contenant deux, quatre noyaux et même plus.

En un point on rencontre de ces familles qui montrent jusqu'à 25 ou 30 noyaux. Le tissu fibreux à leur pourtour est cependant toujours fibrillaire.

Dans certains points l'os, au lieu d'être bordé, comme dans les autres points, par une couche de périoste richement vasculaire, est limité par une bande fibro-cartilagineuse dont les caractères sont les mêmes que ceux du tendon, c'est-à-dire que les cellules de cartilage y sont très abondantes.

De cette façon les parois de la bourse séreuse sous-tendineuse se trouvent être cartilagineuses, comme si périoste, tendon et bourse subissaient la même transformation.

Le tissu osseux présente des cavités aréolaires dilatées remplies exclusivement par des cellules graisseuses volumineuses et polyédriques. Les trabécules osseuses sont minces, irrégulièrement découpées, et la disposition concentrique des lamelles osseuses ne s'observe plus qu'en très peu de points, par suite du découpage irrégulier qui a modifié la disposition normale des travées.

Au-dessous de l'os, on trouve tantôt le périoste très vascularisé, seul, entre les deux bords du tendon fléchisseur qui s'attachent à l'os; tantôt ces deux bords sont cartilagineux et reliés par une bande de même tissu.

2° Coupes longitudinales de la phalangette. — Cette troisième phalange, très fléchie sur la deuxième, dirigée presque verticalement, nous montre l'ongle relevé et écarté de l'os de manière à faire avec lui un angle ouvert en bas et en avant, vers le sol. Entre l'ongle et la face, normalement supérieure mais ici antérieure, de l'os, dans l'angle précédent se trouve le deuxième durillon déjà signalé, plus volumineux que le précédent. Ce durillon s'enfonce comme un coin dans l'épaisseur de la pulpe, au-dessous de l'extrémité de l'os. Dans sa portion la plus épaisse il arrive même à coiffer cette extrémité osseuse.

Procédons ici, comme plus haut, à l'étude des couches successives de haut en bas. L'épiderne épais s'exfolie partout, surtout au niveau de la matrice de l'ongle. L'ongle subit une transformation onycogène incomplète. La substance onycogène est peu abondante dans sa couche profonde et la couche cornée s'exfolie comme si elle ne présentait aucune cohésion.

Au niveau du cor on constate que les couches les plus superficielles de ce durillon sont composées de cellules présentant un noyau bien reconnaissable, tandis que les couches profondes de la substance cornée qui composent tout l'épaississement sont infiltrées de graisse et ne montrent pas de noyau distinct. Ce caractère de vitalité de la couche superficielle indique qu'on a affaire plutôt à un cor qu'à un simple durillon.

Le stratum lucidum et le stratum granulosum sont normaux, mais les papilles sont dilatées, en sorte que les renflements épithéliaux interpapillaires sont plus marqués que de coutume. On trouve à ce niveau des corpuscules de Meissner qui paraissent intacts. Un certain nombre de papilles présentent une accumulation considérable de petites cellules rondes suivant le trajet des vaisseaux et formant par places de véritables amas miliaires. Les corpuscules de Meissner sont donc là dans une région enflammée.

L'espace angulaire compris entre l'ongle et l'os est occupé par un tissu fibreux à faisceaux entremêlés englobant des glandes sudoripares fortement sclérosées. Des jetées fibreuses assez épaisses relient en ce point le derme au périoste.

Les papilles y sont aplaties et il n'existe point de nodules embryonnaires que l'on retrouve au contraire abondants au-dessus de l'extrémité de l'os, au point où la partie profonde du durillon vient au-devant de cette extrémité. Les vaisseaux et les nerfs présentent les mêmes lésions que précédemment. Un certain nombre de corpuscules de Pacini se montrent intacts, mais on en peut voir de très petits dans lesquels les gaines concentriques sont peu nombreuses et prennent un aspect myxomateux dû principalement aux prolongements ramifiés de leurs cellules. Les nombreuses glandes sudoripares qui existent entre la peau et le coussinet adipeux, au-dessous de l'os, sont en voie d'atrophie par sclérose englobant chacun de leurs lobules. Plusieurs sont entourées de petites cellules rondes qui dénotent un processus inflammatoire aigu. Leurs canaux excréteurs dilatés pénètrent d'ailleurs à travers la masse du durillon et il est probable que l'infection se fait par ces canaux ; ce qui expliquerait à la fois l'inflammation de ces glandes et les nodules embryonnaires du plan papillaire du derme.

L'os est très raréfié, il est réduit à deux minces lamelles reliées par des travées festonnées assez grêles. Le cartilage articulaire est très mince, les cellules sont rares et disposées en familles peu nombreuses. La moelle osseuse est entièrement composée de cellules adipeuses.

Les tendons n'offrent rien de spécial ici, pas de fibrocartilage.

En résumé, nous constatons un épaississement de la peau avec étouffement des glandes sudoripares et des papilles, une inflammation chronique généralisée; cependant l'inflammation devient aiguë à l'extrémité de l'orteil, à l'endroit où la peau portant sur le sol est écrasée par le durillon inférieur qui la sépare de l'os. Là se trouvent des terminaisons nerveuses et l'on comprend que la marche sur ces extrémités soit si douloureuse.

Les tendons normaux ou à peu près n'adhèrent à la peau qu'en haut, au niveau du cor supérieur. Une bourse séreuse incomplète existe entre le tendon extenseur et la phalangine.

L'os est raréfié et une inflammation chronique modifie les tissus péri-osseux, le périoste, les parois de la bourse séreuse, la face profonde des tendons extenseur et fléchisseur, et y détermine la formation de cellules cartilagineuses.

Quelles lésions avait-on trouvées jusqu'ici? Au point de vue macroscopique, la disposition des os, les ankyloses, la subluxation, les adhérences tendineuses sont connues depuis longtemps et décrites par Fano, Blum.

Une bourse séreuse était notée depuis 1855 par Fano, mais sous le durillon, au-dessus du tendon extenseur. Enfin Cohen dans sa thèse a résumé les lésions trouvées sur des pièces fournies par MM. Walther, Ricard, Terrier. Il trouve le même épaississement cutané, le cor supérieur. Mais le cor inférieur entre l'ongle et l'os n'est pas signalé.

Il signale aussi une bourse séreuse, mais au-dessus du tendon extenseur. Cette bourse peut s'enflammer, suppurer et déterminer la formation d'une fistule. Dans

notre cas, cette bourse est plus profonde, englobée dans les formations plus cartilagineuses péri-osseuses. Elle n'avait pas suppuré.

Des noyaux cartilagineux déjà signalés par Fano en 1855 sont trouvés par Cohen dans les tendons.

Par suite, nous pouvons dire que ce qui domine dans cette affection, c'est une inflammation chronique généralisée avec formation de cors, primitifs ou secondaires, nous n'en savons rien; mais qui peuvent être au nombre de deux, un habituel, toujours signalé, en avant de l'articulation des première et deuxième phalanges, un deuxième non signalé qui doit avoir une influence considérable sur la production des phénomènes douloureux.

En outre, une bourse séreuse se forme, soit au-dessus, soit au-dessous du tendon extenseur; dans ce dernier cas, elle s'ouvrira plus difficilement à l'extérieur pour donner naissance à une fistule.

Cancer et psorospermies,

par Michel Dansac, interne des hôpitaux.

I

La tendance actuelle est de vouloir trouver dans toute affection une étiologie parasitaire. Laissant de côté tous les travaux de nos anciens maîtres qui, en réalité, ont ouvert la grande voie des découvertes actuelles, on oublie la clinique, on néglige l'anatomie pathologique, la physiologie, la pathologie générale.

On cherche un parasite, et, s'il est découvert, si sa présence est dûment constatée, l'esprit est satisfait. Le microbe seul est la cause pathologique, mieux encore, lui seul constitue la maladie.

Il est temps, à notre avis, de réagir contre cet entraînement qu'excusent les découvertes bactériologiques modernes, si belles mais si dangereuses, lorsque l'esprit médical se borne à constater et colorer un bacille, en étudier les cultures sur gélose ou pomme de terre, sans tenir compte du terrain, du malade, du milieu et des conditions extérieures nécessaires et indispensables à toute influence pathogène.

Nous nous proposons aujourd'hui d'exposer, avec toute l'impartialité possible, la discussion passionnée la plus imprévue, la plus inattendue, on peut le dire, que soulèvent à tout instant les médecins français et étrangers sur l'origine parasitaire du cancer.

S'il faut en croire la plupart des esprits, cette affection si terrible dans son pronostic, mais si particulière dans son évolution anatomique et pathologique, serait causée par un parasite, toujours le même, quel que soit l'organe atteint primitivement.

Ce parasite n'est pas moderne, tant s'en faut, ce n'est pas un nouveau-né de la bactériologie.

Banal comme l'animal sur lequel il vit de préférence, disons qu'il n'est autre chose que la *coccidie oviforme du lapin*, sporozoaire, rangée autrefois parmi l'ordre des grégarines.

Les travaux de Aimé Schneider et de R. Blanchard ont démontré que les coccidies se distinguaient des grégarines par leur reproduction.

Les sporozoaires se divisent en cinq ordres :

Grégarines, coccidies, sarcosporidies, myxosporidies et microsporidies.

Les trois premiers ordres seulement contiennent des parasites pathogènes chez l'homme.

Nous traiterons de la coccidie oviforme, ce parasite étant le plus communément l'objet des discussions sur le cancer.

Auparavant, il convient de montrer par quelles phases cliniques et scientifiques on est arrivé à pareille interprétation tant en France qu'à l'étranger.

Pour éviter toute confusion, nous ne citerons que les principaux travaux et les noms qui marquent l'historique de notre sujet.

II

HISTORIQUE.

En 1858, A. Gubler publiait, dans les mémoires de la Société de biologie et la Gazette médicale de Paris, un travail sur un cas de : tumeurs du foie déterminées par des œufs d'helminthe, et comparables à des galles observées chez l'homme.

Ces œufs d'helminthes n'étaient autre chose que des coccidies, probablement le coccidium perforans, parasite de l'intestin fréquent chez le chien et chez quelques céphalopodes. Ce dernier parasite détermine une psorospermose mortelle chez les poulets (Silvestrini et Puvolla 1872) qu'étudièrent plus spécialement Arloing et Tripier en 1873 (Association française pour l'avancement des sciences, p. 810).

Virchow en 1865 étudiait l'anatomie pathologique du *Molluscum contagiosum* ou acné varioliforme dans un travail particulier, dans son traité des tumeurs, puis décrit des corps oviformes qu'il compara à la coccidie du lapin et considéra, sans oser le déclarer explicitement, comme la cause de l'affection.

Klebs en 1868 retrouvait les mêmes parasites et confirmait l'idée de Virchow.

Ce fut néanmoins Bollinger (1879) qui se prononça nettement sur la nature parasitaire de l'affection. Il appela ces éléments qu'il rangeait parmi les grégarines: Molluscorum Kœrperchen.

Neisser appuya les travaux précédents et, dès 1882, le molluscum contagiosum a été considéré en Allemagne comme une affection cutanée parasitaire causée par des psorospermies.

Les psorospermies furent trouvées plus tard en France par Kunstler et A. Pitres qui, en 1884, présentèrent à la Société de biologie des sporospermies et des corpuscules falciformes trouvées dans un liquide pleurétique.

Cependant Malassez avait entrevu, dès 1876, dans des coupes d'épithélioma des corps oviformes auxquels son esprit consciencieux et rigoureusement scientifique ne permettait pas encore d'attribuer une cause pathogénique réelle.

Mais en 1885, il retrouva ces mêmes coccidies oviformes sur un épithélioma récidivé du maxillaire apporté à son laboratoire par M. Albarran.

En effet, Balbiani qui examina les coupes assura et confirma la présence de coccidies si nettes « qu'il n'y avait plus de doute possible. »

La découverte de Darier, en 1889, devait établir définitivement la nature parasitaire de ces corps oviformes. Il démontra, en effet, qu'une variété d'acné, la folliculite végétante, était due à l'irritation épithéliale et glandulaire de la peau par des coccidies oviformes, d'où le nom de psorospermose folliculaire végétante qu'il lui attribua.

Pour la première fois, on peut le dire, le rôle pathogène des coccidies était établi scientifiquement, bien que les observations préalables de Malassez et Albarran sur ces mêmes éléments dans l'épithélioma, dans l'acné varioliforme et la psorospermose du foie du lapin aient en quelque sorte préparé la découverte de M. Darier.

En effet, le 23 mars et le 6 avril 1889, Albarran et Malassez communiquaient à la Société de biologie leur

travail sur la présence des parasites dans les tumeurs épithéliales ainsi que dans l'acné varioliforme.

Huit jours plus tard, le 13 avril 1889, Darier à la même Société donnait les résultats de ses recherches sur la maladie de Paget, du mamelon et la psorospermose folliculaire végétante.

Ce travail parut *in extenso* dans les Annales de dermatologie (juillet 1889).

L'importance de la découverte de Darier sur la psorospermose dans la maladie de Paget fut considérable.

L'auteur, en effet, attribuait aux seules coccidies le développement, non seulement de l'ulcération, mais encore du cancer, de l'épithélioma constant qui suit l'apparition de cette dernière.

L'élan était donné. De là à conclure à l'origine parasitaire de l'épithélioma, il n'y avait qu'un pas.

L'année suivante, 1890, Wickamm dans sa thèse inaugurale confirma irrévocablement les conclusions de Darier sur la maladie de Paget, du moins sur la nature parasitaire de l'ulcération au début.

Hutchinson, O'Neill en Angleterre, Vincent en France (1890) retrouvèrent les mêmes éléments dans l'affection (1).

Comme Malassez et Albarran appuyés par Balbiani, beaucoup d'histologistes ou de médecins recherchèrent ces corps; ils en trouvèrent sans difficulté dans toutes leurs coupes, sans autre raison que leur ressemblance complète avec les coccidies du lapin, ils se déclarèrent partisans de l'origine parasitaire de l'épithélioma.

Dès lors, les tissus, le processus anatomo-pathologique, la clinique, furent entièrement délaissés par les partisans avérés et engoués de la psorospermose.

Ils ne virent que le parasite. Ce dernier absorba toutes les discussions ultérieures.

La réserve aussi prudente que scientifique de Malassez, dès ses premières constatations, avait néanmoins frappé les véritables histologistes et anatomo-pathologistes.

Ils firent remarquer tout d'abord que tous les corps ovoïdes n'étaient pas des coccidies. De plus, quelques-uns d'entre eux montrèrent que les coccidies mêmes se trouvaient dans les tissus normaux ou atteints par d'autres processus pathologiques que l'épithélioma.

Kiéner les trouva dans l'épiderme enflammé recouvrant une fongosité tuberculeuse.

Pilliet (Soc. anatom., mars 1890) présenta des figures analogues dans le thymus, et le sillon balano-préputial des nouveau-nés.

Borrel enfin, Thin, Fabre-Domergue ont démontré, sans aucune contestation possible, que des figures considérées comme coccidies n'étaient autres que des productions dégénératives ou endogènes des cellules épithéliales.

Cornil, surtout, dans une étude précise et minutieusement détaillée, a décrit le développement endogène des cellules épithéliomateuses.

Leur évolution ascendante puis régressive est telle « qu'on pourrait les prendre pour des parasites des Amibes et des Coccidies » (*Journ. de l'anatomie et physiologie*, page 97, mars 1891).

Nous ne pourrions citer tous les noms qui se succèdent sans interruption dans les débats, journaliers, on peut le dire, sur le cancer.

Mentionnons à l'étranger Clark qui aurait constamment retrouvé des coccidies, même dans le sarcome, Ruffer qui contredit Clark tout en se déclarant partisan de l'origine parasitaire.

(1) Soudathewitch, à l'Institut Pasteur, a fait dans les annales de cet institut un travail important sur ce sujet, mais ses résultats ne nous ont paru nullement confirmatifs.

Le plus important travail est celui de Galloway publié récemment dans la *Lancet*.

L'auteur après avoir étudié la biologie et la pathologie du parasite a cherché le premier à mettre en parallèle et en relief les lésions psorospermiques chez le lapin et les lésions épithéliomateuses chez l'homme.

Son étude porte sur le coccidium oviforme du lapin exclusivement. C'est ce parasite que nous prendrons comme type des psorospermoses.

L'étude impartiale d'un sujet aussi important et aussi controversé doit donc porter sur les points suivants :

A. *Quelles sont la nature et la biologie du parasite?*

B. *Quelles sont les lésions qu'il détermine chez les animaux?*

C. *L'anatomie pathologique comparée des lésions parasitaires chez l'homme et chez l'animal permet-elle d'établir une relation pathogénique réelle incontestable entre le cancer et la psorospermose?*

D. *Les recherches expérimentales, la clinique, l'anatomie pathologique concordent-elles à établir la nature parasitaire du cancer?*

III

A. — NATURE ET MORPHOLOGIE DU COCCIDIUM OVIFORME.

Le coccidium oviforme — psorospermos oviforme — a été découvert par Hathe le premier, dans le foie du lapin.

Considérés par la plupart des naturalistes comme des éléments histologiques altérés ou comme des œufs de distomes, soit de nématodes, ces parasites furent définitivement classés par Remak parmi les psorospermos parasites des poissons (1845).

Confondus avec les infusoires, puis avec les grégarines, par Leukart, Rutehli, ils en furent distingués par Aimé Schneider, Balbiani et Raph. Blanchard.

L'animal est constitué par une masse de protoplasma purement granuleux munie d'un noyau.

Cette masse vit dans l'intérieur d'une cellule épithéliale, intestin, foie, glandes, etc., du lapin.

De forme ovoïde, elle atteint 30 à 40 μ de longueur sur 16 à 30 μ de largeur. Elle s'entoure d'une coque à double contour à un moment donné.

Cet encapsulement est le premier stade de son évolution parasitaire. Dans un second stade, le contenu protoplasmique s'amasse en forme de sphérule, et se sépare de la paroi en se contractant de plus en plus.

D'après tous les auteurs à peu près sans exception, c'est le stade ultime de sa vie parasitaire proprement dite.

La sphérule, entourée de sa coque épaissie, tombe en effet dans la cavité intestinale d'où elle est expulsée avec les matières fécales.

Le coccidium peut ainsi rester à l'état de vie latente pendant six mois et plus, présentant à cette période une résistance extrême à tous les agents nocifs extérieurs (Galloway).

Sorties de leur hôte, les coccidies entrent alors dans leur troisième stade, « période de reproduction ». A ce moment, le parasite présente un aspect essentiellement caractéristique, propre à son espèce exclusivement; c'est en effet par leur développement qu'elles se distinguent, soit des grégarines, soit des autres genres de coccidies.

Dans la sphérule, se produit une division, une sporulation endogène (psorospermies, pseudo-navicelles). Quatre spores apparaissent bientôt; sphériques d'abord, elles s'allongent, deviennent fusiformes, longues de 12 à 15 μ, larges de 7 μ.

Dans chacune de ces navicelles, se forment à chaque extrémité deux corps falciformes réfringents, également fusiformes, qui se recourbent l'un vers l'autre par leurs extrémités.

L'ensemble prend un aspect réniforme. La masse centrale séparant les deux corpuscules, forme le noyau de reliquat (Schneider). Chaque corpuscule s'entoure d'une membrane mince, moins épaisse que la membrane de la coque mère.

Ce développement par sporulation tétragène, endogène, est caractéristique du coccidium oviforme.

Il ne se produit que quand la coccidie au deuxième stade expulsée du lapin se trouve dans un endroit humide et tempéré, eau stagnante, herbes, etc.

L'humidité paraît être une condition essentielle. Dans ce milieu extérieur favorable, la coccidie se développe en 12 à 15 jours.

Introduit alors chez un animal, soit par ingestion alimentaire, soit par les voies aériennes supérieures (poussières), le kyste contenant les corpuscules falciformes se rompt sous l'influence des liquides intestinaux. La membrane des corpuscules se dissout, la masse prend un aspect amiboïde, et progresse dans l'intestin, envahissant le canal cholédoque et le foie consécutivement, pullulant dans les glandes intestinales, se logeant toujours dans les espaces intercellulaires.

Une spore au plus peut être trouvée dans une cellule.

Elle reprend alors son cycle primitif, ou bien détermine les lésions que nous allons décrire.

Auparavant, il nous faut insister sur les caractères histo-chimiques de la coccidie.

Le noyau seul se colore avidement, surtout après l'action de l'acide acétique, par le carmin, l'hématoxyline.

Le protoplasma est légèrement granuleux, mal coloré ou incolore. L'enveloppe est absente. La teinture d'iode le colore fortement en brun.

Les solutions alcalines étendues, l'ammoniaque, en vapeurs, dissolvent les coccidies.

Ce procédé de différenciation, sur lequel nous n'avons vu personne insister, est employé pour distinguer les œufs de nématodes, les substances renfermant les trichines, les spores d'algues, tous les corps oviformes autres que les coccidies.

C'est un point fort important sur lequel nous reviendrons dans le courant de cette étude.

Enfin le parasite fixe les couleurs d'aniline, la fuchsine, la safranine entre autres. D'où le nom de corps à fuchsine que Russel a donné aux éléments qu'il considérait comme coccidie dans les épithéliomas.

Là, malheureusement, se bornent les connaissances sur les caractères histochimiques du coccidium oviforme.

Tous ces caractères, fixes et constants, sont nécessaires pour affirmer la nature parasitaire des lésions du parasite et le droit à être classé parmi les sporozoaires, et l'ordre des coccidies. Les caractères biologiques surtout ont une importance capitale (1).

IV

B. MALADIES ET LÉSIONS DÉTERMINÉES PAR LE COCCIDIUM OVIFORME CHEZ LE LAPIN

Avalé par le lapin, le coccidium oviforme détermine une affection caractéristique d'origine intestinale, à évolution rapide, 12 à 15 jours au plus, caractérisée surtout par des troubles de nutrition généraux.

En France on l'observe surtout chez les animaux domestiques nourris avec des herbes ou plantes conservées dans des endroits malpropres et humides, plus exceptionnellement sur le lapin de garenne.

(1) Les méthodes de Plimmer et de Soudathewitch ne nous ont donné aucun résultat positif.

En Angleterre, les gardiens des chasses connaissent l'affection sous le nom de Wel snout.

Elle sévit donc également sur les lapins de garenne dans cette contrée.

Le climat, l'humidité, sans doute, expliquent ces différences.

Dans les conditions de vitalité normale, comme en Angleterre où l'animal échappe aux influences morbides fatales (encombrement dans des cages malpropres, nourriture malsaine ou viciée, etc.), la maladie offre un intérêt particulier et doit être prise comme le type de l'état morbide causé par le parasite.

Galloway l'a minutieusement décrite. La description que nous en donnons ici, d'après lui, suggérera au lecteur plus d'une réflexion sur l'engouement moderne des psorospermies envisagées comme élément pathogène des cancers.

Le coccidium oviforme ne détermine des accidents chez l'animal que dans les premiers mois qui suivent sa naissance au moment du sevrage.

Cette période de passage de la nourriture maternelle au règne végétal est le moment de prédilection pour l'éclosion des accidents.

Dès l'ingestion des aliments contenant le parasite, surviennent des malaises plus ou moins prononcés, une anorexie avec amaigrissement rapide. Le poil perd son luisant, la respiration s'accélère, et 8 ou 15 jours après le début l'animal meurt parfois dans les convulsions.

« La nutrition est tellement altérée que la piqûre du plancher du quatrième ventricule ne produit pas le diabète. » (Blanchard.) Chose remarquable que nous n'avons vue signalée nulle part : l'animal adulte ou âgé n'est infecté qu'exceptionnellement. Il présente à cette période une grande résistance au parasite, et dans la règle échappe à l'infection ou guérit totalement.

Cette différence dans la susceptibilité morbide, selon l'âge de l'animal, jure singulièrement avec l'évolution pathologique des tumeurs malignes, exceptionnelles chez l'enfant, fréquente au contraire après 40 ans.

Les lésions déterminées ne sont pas moins caractéristiques.

Le foie présente des nodules blanchâtres ou jaunâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle à un gros pois, analogues à des tubercules chroniques (Galloway) encapsulés, limités par une coque conjonctive adulte.

Ces poches sont distendues par un liquide purulent ou caséeux dans lequel nagent des cellules épithéliales renfermant le parasite aux premières phases de son évolution. Ces masses refoulent le noyau de la cellule vers l'une ou l'autre de ses extrémités.

Les conduits biliaires distendus sont remplis de cellules épithéliales déformées qui contiennent le parasite, ainsi que par une substance d'apparence muqueuse généralement incolore.

Les lésions microscopiques chez les lapins qui ont succombé à l'infection psorospermique sont caractérisées par des masses épithéliales dégénérées entourées d'une zone conjonctive uniforme, d'origine inflammatoire, qui peut même amener l'atrophie des vaisseaux sanguins.

Dans le foie, la limite néoplasique est constituée par un tissu conjonctif franchement adulte, à fibres parfaitement caractérisées, séparant la zone infectée, des éléments hépatiques voisins normaux.

Cette zone conjonctive n'est pas secondaire à la dégénérescence muqueuse et purulente des cellules épithéliales. Elle la précède au contraire, et se produit dès que les cellules ont été envahies par le parasite.

Ce dernier produit donc successivement l'irritation des cellules épithéliales, leur hypertrophie et prolifération consécutives.

Ce processus essentiellement irritatif et inflammatoire détermine une réaction du chorion et du tissu conjonctif ambiant dans une zone plus ou moins étendue dès l'envahissement épithélial par le parasite.

Ainsi s'explique la présence presque constante des formes les plus jeunes des parasites près de la couche conjonctive, parfois même leur tendance à franchir la barrière conjonctive protectrice.

Les cellules hépatiques perdent leurs formes cubiques ou polyédriques, deviennent métatypiques de forme irrégulière avec des prolongements.

Si la cellule infectée n'est pas enfermée dans la capsule conjonctive, elle dégénère et le parasite mis en liberté retombe dans l'intestin, d'où il sera expulsé pour achever son évolution, sinon la cellule épithéliale prolifère devient métatypique, et subit la dégénérescence muco-purulente.

Avant ce stade de dégénérescence, pendant l'irritation conjonctive ambiante, l'aspect des lésions rappelle l'adénome. Plus tard, on ne trouve qu'une poche remplie de détritus caséeux ou purulents avec débris épithéliaux, éléments psorospermiques *jeunes toujours*, toujours reconnaissables, nettes dans leurs caractères morphologiques et histo-chimiques.

Chez les animaux qui ont résisté à l'infection, comme chez le lapin adulte, la néoplasie épithéliale régresse, le tissu conjonctif s'épaissit, forme un nodule à couches concentriques rappelant le tissu de granulation du tubercule fibreux.

Si la coupe porte sur un point où le processus de régression est à son début, les coccidies situées dans les cellules épithéliales que limite la zone conjonctive, s'entourent d'une capsule de plus en plus épaisse pour protéger leurs spores endogènes.

Dans les glandes de l'intestin le processus est identique, même formation pseudo-adénomateuse, même régression cellulaire avec coques conjonctives d'origine inflammatoire pour isoler et étouffer le parasite.

Enfin, dans la cellule contenant le parasite enkysté, on n'observe jamais les corpuscules falciformes, les navicelles. Tout au plus peut-on voir le commencement de division de la masse protoplasmique centrale, commencement de la sporulation qui évoluera seulement plus tard, après avoir été expulsé au dehors.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, au moins pour le coccidium oviforme, dont le cycle évolutif et la reproduction peuvent être considérés aujourd'hui comme établis définitivement, sans aucune contestation possible.

V

C. — Étude des lésions psorospermiques chez l'homme et le lapin.

Ainsi donc, on le voit, les lésions consistent essentiellement chez le lapin :

1° Dans la présence nette du parasite dans le système digestif;

2° Le développement et la localisation de ce dernier dans la cellule épithéliale, *qu'il la détruise ou non*;

3° La prolifération des cellules épithéliales infectées et des cellules ambiantes, concomitantes à la réaction inflammatoire du tissu conjonctif;

4° La formation d'îlots scléreux contenant les éléments épithéliaux tantôt étouffés, tantôt en dégénérescence caséeuse ou muco-purulente.

Y a-t-il chez l'homme des lésions analogues?

La présence seule des coccidies ou d'éléments les simulant ne suffit pas pour conclure à l'affirmative. L'ensemble des lésions sus-décrites et leur processus pathologique doivent être retrouvés dans leur intégrité pour autoriser pareille conclusion.

Or, trois cas seulement rentrent dans cette catégorie.

L'un est celui de Gubler, et c'est le plus exact. Chez un homme atteint de troubles digestifs graves (avec anémie profonde, et présentant une tumeur de l'hypochondre droit, il trouva le foie hypertrophié, renfermant une vingtaine de tumeurs grosses comme une noix ou un œuf, remplies de matière caséeuse ou puriforme.

L'examen du contenu décela la présence d'une myriade de spores que Gubler considéra comme des œufs de distomes, mais on n'en trouva nulle part ailleurs. Sa description répond entièrement à des kystes de coccidies.

Virchow plus tard chez une vieille femme trouva à la surface du foie une petite tumeur circonscrite par un tissu fibreux très dense, à contenu caséeux.

Dans ce dernier se trouvaient des coccidies enkystées. Virchow les confondit avec des pentastomes.

Les coccidies trouvées par Kuenstler et Pitres, les faits de Sommering et Sattler rapportés par Leukart sont beaucoup moins probants, car les descriptions sont incomplètes.

Et... c'est tout!! — qui oserait ici songer au cancer?

Pourtant, si l'on en croyait les nombreux auteurs, partisans de l'origine parasitaire du cancer..., la psorospermose oviforme serait fréquente chez l'homme.

En réalité, il semble que les auteurs à l'affût du parasite lui aient attribué le seul rôle pathogène des lésions dès qu'ils le rencontraient ou croyaient le rencontrer.

Nous ne décrirons pas les lésions si caractéristiques et si connues de l'épithélioma. Le lecteur jugera par lui-même de leur analogie ou de leur différence avec les lésions que nous avons décrites plus haut.

Personnellement nous devons le dire, sur aucune de nos coupes nombreuses d'épithélioma, quelle qu'en soit la variété histologique, nous n'avons jamais rien trouvé qui ressemblât à la lésion si nette de la psorospermose du lapin, soit dans la disposition et la réaction histo-chimique des éléments, soit dans la marche du processus anatomique à ses différents degrés.

L'épithélioma est caractérisé par une néoformation des cellules épithéliales en un point de l'organisme.

La néoformation ne s'accompagne jamais de réactions inflammatoires franchement adultes.

La prolifération cellulaire à son début ne détermine pas nécessairement la production du tissu conjonctif. En tout cas cette dernière n'est jamais concomitante à la néoformation épithéliale, mais tardive et secondaire.

Le signe caractéristique, constant de toute prolifération épithéliale cancéreuse est la tendance plus ou moins complètement réalisée des éléments cellulaires, à s'organiser, se grouper en productions hétéroblastiques rappelant le type *de l'organe*, primitivement atteint, des cellules chargées de ses fonctions normales.

Cette organisation, monstruosité physiologique qui débute au siège primitif de la tumeur, se reproduit dans tous les noyaux secondaires éloignés, quel que soit l'organe où il se développe, os, muscles, ganglions.

L'examen d'un noyau secondaire fait diagnostiquer ainsi l'origine du cancer, le tissu et l'organe où il a pris naissance.

Ce travail de néoformation particulier, cette embryoplastie anormale est le caractère anatomique spécifique, constant, indéniable, de toute tumeur épithéliale.

Et si le tissu conjonctif réagit, ce n'est jamais pour former un tissu inflammatoire, sa formation anormale elle-même est irrégulière atypique. Adulte ou embryonnaire, la limite de la néoplasie et des parties saines n'est jamais franche, mais se fait par transitions insensibles, sans jamais produire d'enkystement net, de séparation

franche entre la zone morbide et les parties restées saines.

Enfin, l'évolution est lente, la cachexie trahissant le processus atavique, la régression embryonnaire se traduit par l'apparition de cellules rouges, éléments sanguins anormaux à l'état adulte, seuls globules sanguins, au contraire, aux premières étapes du développement embryonnaire et fœtal.

Que l'épithélioma soit pavimenteux, cylindrique, globulaire, que les éléments se groupent en variété localement lobulée, tubulée, cornée, globules épidermiques ou alvéoles carcinomateuses, le processus, la marche, l'évolution sont toujours identiques, gardant leur caractère précis, constant et spécifique.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Alcoolisme et saturnisme paralytiques, par PARIS (*Revue médicale de l'Est*, juin, juillet, août 1893). — Les conclusions de ce long mémoire critique, basé sur un nombre considérable de documents, sont les suivantes : il n'y a pas lieu de détacher et d'isoler, sous le nom de pseudo-paralysie générale, une phase de l'intoxication saturnine ou de l'intoxication alcoolique. Il ne peut résulter pour le malade, pour sa famille, pour le médecin traitant, que des avantages de la restitution de ces deux phases appelées indûment pseudo-paralysies générales aux affections d'origine toxique dont elles ne sont que les symptômes d'une période.

Influence des organes sexuels sur les névroses oculaires réflexes (The influence of sexual organs upon reflex ocular neuroses), par HOWARD MORTON (*Medical News*, 19 août 1893, n° 1075, p. 204). — L'auteur rapporte cinq observations dans lesquelles des troubles sensitifs et moteurs (douleurs, strabisme) des yeux, ayant résisté à tous les traitements, ont presque subitement disparu à l'occasion de la guérison de troubles génitaux (opération du phimosis, suppression d'habitudes de masturbation) et en conclut que les altérations des organes génitaux peuvent occasionner, par voie réflexe, des désordres oculaires.

Causes nerveuses de l'impuissance (The neurological causes of impotence), par ARTHUR CONKLIN (*The New-York medical journal*, 5 août 1893, n° 766, p. 145). — Etude séméiologique sur les troubles de la fonction sexuelle. Le système génital est composé de 3 parties : les organes externes, le centre spinal et le centre cortical. Ces deux dernières sont incomplètement développés avant la puberté. L'impuissance de cause nerveuse reconnaît 4 conditions : l'arrêt de développement, l'épuisement, la faiblesse irritable, la perversion.

Erythromélalgie (Erythromelalgia, Red neuralgia of the extremities. Vasomotor paralysis of the extremitis; terminal neuritis (?)), par S. WEIR-MITCHELL (*Medical News*, 19 août 1893, n° 1075, p. 197). — L'érythromélalgie a été décrite en 1878, par l'auteur qui donne dans ce travail le complément de l'une de ses premières observations, établit le diagnostic entre l'affection qu'il a décrite et la maladie de Raynaud avec laquelle elle a été confondue, et émet, enfin, l'opinion qu'il s'agit sans doute d'une névrite de la terminaison des nerfs.

Delirium tremens (Delirium tremens), par GEORGES TWICHELL (*Medical News*, 29 juillet 1893, n° 5, p. 113). — Pendant 11 mois d'observation à l'hôpital de la Cité de Cincinati, 360 cas d'alcoolisme ont été admis, sur lesquels 132 ont présenté du delirium tremens. Celui-ci reconnaît pour cause provocatrice un traumatisme, ou une maladie infectieuse dans la plupart des cas. On lui peut distinguer trois périodes : incipiente, de violence, typhoïde. La mortalité a été de 2 à 35 0/0 dans les observations des auteurs. La statistique de l'auteur comporte une mortalité de 35.4 0/0.

Syringomyélie (Syringomyelia), par LEO NEWMARK (*The Medical News*, 22 juillet 1893, n° 4, p. 85). — Observation de syringomyélie tout à fait classique chez une femme de 26 ans, malade depuis 6 ans, qui présente de l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne, avec dissociation syringomyélitique de la sensibilité et exagération des réflexes rotuliens, sans scoliose ni troubles trophiques.

Troubles moteurs dans la sciatique (Ueber das Vorkommen motorischer Stœrungen bei der Ischinas), par MANN (*Deut. Arch. für klin. Med.*, 27 juillet 1893, Bd LI, Hft 6, p. 583). — Après avoir exposé l'état du matériel clinique provenant de la policlinique des maladies nerveuses de Breslau, sur lequel sont basées ses recherches et qui comporte 47 cas (31 hommes et 16 femmes), dont il ne retient que 27 cas observés au point de vue des troubles de la motilité, l'auteur note que dix-neuf fois il a constaté une parésie très nette des fléchisseurs du genou. Il expose et discute les diverses théories qui ont été proposées sur le mécanisme de la scoliose qui intervient au cours de la sciatique, et, se fondant sur les troubles moteurs qu'il a constatés, il en propose l'explication suivante : Si la parésie s'étend aux muscles extenseurs du tronc, il en résulte la scoliose croisée (typique) à convexité dirigée du côté du membre affecté. Il peut arriver que, la sciatique étant unilatérale, le trouble moteur soit bilatéral et que l'extenseur du tronc du côté non douloureux soit attaqué ; il en résulte alors la scoliose homologue. La parésie double peut entraîner de la lordose.

Injections hypodermiques de nitro-glycérine dans les accès épileptiques (Nitroglycerin hypodermically for the relief of the epileptic paroxysm), par ELLIOTT BATES (*The New-York medical Journal*, 29 juillet 1893, n° 765, p. 126). — Les résultats favorables obtenus par l'administration de la nitro-glycérine dans l'angine de poitrine ont donné l'idée à l'auteur de l'employer contre les attaques d'épilepsie. Trois cas sont rapportés dans lesquels les attaques auraient été suspendues, et dans lesquels le retour à la connaissance se serait fait rapidement. L'auteur les publie à titre d'exemple et pour provoquer des recherches dans ce sens. Le traitement bromuré doit être continué dans l'intervalle des paroxysmes et c'est à ceux-là seuls que convient l'injection de nitro-glycérine.

MÉDECINE

Injections de préparations ferrugineuses dans la chlorose (Le iniezioni ipodermiche dei preparati di ferro nella cloranemia), par G. DORI (*La Riforma medica*, 29 et 31 juillet 1893, p. 277 et 289). — Les injections de pyrophosphate de fer citro-ammoniacal provoquent des phénomènes inflammatoires ; celles d'arséniate de fer citro-sodique agissent trop lentement. Celles de citrate de fer ammoniacal ne produisent pas d'inflammation et donnent d'excellents résultats à la dose de 5 à 10 centigrammes dans 1 gramme d'eau distillée ; elles méritent d'être utilisées dans la thérapeutique de la chloro-anémie, en aidant leur action par une alimentation hygiénique.

Enurèse nocturne et maladies naso-pharyngiennes (Sull' enuresi notturna dovuta ad alterazioni naso-faringee), par I. DIONISIO (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, avril 1893, p. 300). — Fillette de 10 ans ; rhinite catarrhale hypertrophique chronique, dort la bouche ouverte d'un sommeil agité, urine presque toutes les nuits au lit, accès d'asthme ; ablation des végétations adénoïdes rétro-pharyngiennes et de l'amygdale pharyngienne hypertrophiée ; à partir de ce moment, l'enfant dort tranquillement la bouche fermée, n'a plus de troubles respiratoires et n'urine plus au lit.

Des déterminations bucco-pharyngo-laryngées dans l'érythème polymorphe, par MENDEL (*Arch. gén. de méd.*, août et septembre 1893, p. 129 et 285). — L'érythème polymorphe s'accompagne rarement de manifestations bucco-pharyngées. Des angines peuvent précéder le développement des lésions cutanées de 2 à 38 jours ; ces angines sont intenses avec tuméfaction des amygdales, rougeur vive de la gorge, quelquefois enduit pultacé, engorgement ganglionnaire ; elles ne sont pas une manifestation de l'érythème, mais la porte d'entrée de l'infection qui se traduit par les lésions érythé-

mateuses du tégument. Les lésions bucco-pharyngiennes — les lésions laryngées sont exceptionnelles et très peu connues — coïncidant avec l'érythème ou se montrant dans son cours sont beaucoup plus rares et leur aspect extérieur n'est pas en rapport avec la forme revêtue par l'érythème, sauf dans les cas hydroïques qui se traduisent par une stomatite bulleuse; dans les autres cas ce sont des plaques érythémateuses, des papules ou des vésicules, aboutissant rapidement à l'exulcération en raison de leur siège sur une muqueuse; ces lésions peuvent occuper des points variables de la muqueuse et représentent la manifestation buccale de l'affection cutanée, avec les modifications que produit nécessairement leur localisation.

Contribution à l'étude du rétrécissement pulmonaire pré-artériel acquis, par Chrétien (*Revue de médecine*, 10 août 1893, p. 696). — Homme de 79 ans, mort rapidement, antécédents inconnus; ventricule droit du cœur très hypertrophié; l'infundibulum pulmonaire est constitué par un canal de 1 centimètre de long, de 5 à 6 millimètres de diamètre, présentant un orifice inférieur à contours plissés d'apparence cicatricielle et un orifice supérieur en forme d'entonnoir dont le fond irrégulier a la disposition d'un croissant; la face antérieure de ce croissant est recouverte par une plaque d'endocardite ulcéreuse non encore guérie; au dessus du rétrécissement, noyau dur du volume d'une noisette, situé au-dessous de la valve interne de la valvule pulmonaire et constitué par un anévrysme dont l'orifice se trouve dans le ventricule gauche au-dessous de l'orifice aortique; endocardite tricuspidienne ancienne. Ces lésions relèvent d'une endomyocardite; le développement de l'anévrysme est dû à la pression aortique non contre-balancée par la pression du ventricule droit, laquelle est diminuée par suite de la présence du rétrécissement sous-valvulaire, cette pression aortique s'étant fait sentir au point où les deux endocardes sont simplement adossés.

Impaludisme, rate hypertrophique mobile, splénectomie (Splenectomia per milza mobile ipertrofica malarica), par C. Gangitano (*La Riforma medica*, 3 août 1893, p. 325). — Femme de 36 ans, ayant des fièvres intermittentes rebelles depuis un an, tumeur du volume d'un gros rein, mobile, occupant la fosse iliaque droite. Laparotomie; la tumeur, après s'être vidée de son sang, pèse 1050 grammes. Suites opératoires normales, sauf un accès de fièvre pernicieuse le troisième jour, disparaissant sous l'influence des injections de bichlorure de quinine. Onze mois après l'opération, accouchement à terme. C'est la trente-cinquième splénectomie pratiquée en Italie et, depuis lors, il en a été fait quatre autres.

Fibro-sarcome kystique du rein gauche, par Bornet et Aslaniau (*Revue de médecine*, 10 août 1893, p. 727). — Homme de 66 ans, entré à l'hôpital pour des douleurs lombaires et une tumeur remontant à une douzaine d'années; jamais de sang ni de pus dans les urines; tumeur remplissant complètement l'hypochondre gauche, descendant jusqu'à la région hypogastrique, faisant une saillie considérable en avant et en arrière, dans la région lombaire, régulière, lisse, fluctuante à la partie supérieure, dure et bosselée dans la partie inférieure; trois ponctions amènent un liquide chocolat foncé. A l'autopsie, vaste tumeur du rein gauche avec hydronéphrose, oblitération de l'uretère par infiltration néoplasique; la tumeur, adhérente sur une grande partie de son étendue, renferme plusieurs vastes poches; dans le bassinet et les calices, une douzaine de fragments de calculs de la grosseur du doigt ramifiés comme d'épaisses branches de corail, formés de phosphates terreux recouverts d'une mince couche d'oxalate de chaux. Le néoplasme est constitué, à l'examen histologique, par du fibro-sarcome.

CHIRURGIE

Diverticule par traction du pylore (Ueber einen Fall von Tractionsdivertikel der Pylorusregion des Magens durch Gallenblasenverlagerung), par Tilger (*Virchow's Arch.*, 1893, Bd 133, Hft 2, p. 201). — Il s'agit d'une femme de 46 ans, ayant succombé à un cancer de l'utérus. A l'autopsie, on fut frappé de l'absence de la vésicule biliaire et de la présence d'un diverticule de l'estomac au niveau de la région pylorique. L'examen plus détaillé des pièces, suivi d'examen histologique, montra que la vésicule biliaire déplacée était réduite à un simple cordon qui adhérait à l'estomac, au niveau du diverticule qui était bien un diverticule par traction. L'anomalie de la vésicule était accompagnée de celle des canaux biliaires: le canal cystique mesurait 58 mm. de longueur au lieu de 48, le canal hépatique 100 mm. au lieu de 30 et le canal cholédoque 32 au lieu de 72.

Uréthrite membraneuse (Membranous desquamative urethritis), par Battle (*Lancet*, 5 août 1893, p. 302). — Un homme de 44 ans avait eu il y a sept ans quelques douleurs dans le périnée qui gonfla. Il y a quatre ans il eut une blennorrhagie. Pas d'albumine dans l'urine. Depuis la blennorrhagie, les douleurs ont augmenté; de plus, le malade rendait avec son urine des membranes brunâtres et ayant jusqu'à 6 centimètres de longueur. Ces membranes sortaient au début de la miction. Pas d'hypertrophie de la prostate. On fit une uréthrotomie externe et on ne trouva rien d'anormal. Le malade quitta ensuite l'hôpital et on n'entendit plus parler de lui.

Plaie de la veine axillaire (Stichverletzung der linken Achselvene; Heilung), par Arendt (*Centr. f. Chir.*, 1893, n° 34, p. 745). — L'auteur fut appelé un soir auprès d'un individu qui avait perdu connaissance après avoir perdu beaucoup de sang par une plaie qu'il s'était faite dans l'aisselle gauche.

A l'inspection de la plaie, qui mesurait quelques centimètres de longueur, l'auteur trouva deux grosses veines qui paraissaient s'ouvrir dans l'axillaire. Les deux veines furent liées et l'hémorrhagie s'arrêta. Pansement.

Quelques jours après, le malade se plaignant de douleurs dans le bras, on défit le pansement. Aussitôt survint une hémorrhagie considérable à travers une fente de la veine axillaire. Application de pinces hémostatiques qui sont laissées en place quarante-huit heures. Guérison. Les douleurs avaient disparu.

Traitement opératoire du pied plat (Beitrag zur Operativen Plattfussbehandlung), par Gleich (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 358). — On sait maintenant que dans le pied plat l'angle formé par l'axe du calcaneum et le sol (plan horizontal) tend à s'effacer. On peut donc supposer que le rétablissement de cet angle doit faire disparaître les phénomènes du pied plat. Pour rétablir cet angle de la façon la plus simple, on n'a qu'à scier obliquement le calcanéum et faire glisser en avant le fragment inférieur. Ce procédé suffit dans les cas de flexion plantaire simple du calcanéum. Mais s'il existe en même temps une position de pronation, il est préférable de faire une résection cunéiforme de l'os et appliquer ensuite l'une contre l'autre les surfaces de section.

La technique est simple. On atteint le calcanéum par une incision analogue à celle de Pirogoff, on coupe le tendon d'Achille et on attaque la face inférieure de l'os.

Deux malades ont été opérés avec succès par ce procédé à la clinique de Billroth: un par Eiselsberg, l'autre par Brenner.

Calcul vésical volumineux (Extraction by laparotomy from the human bladder of the largest stone ever recorded as successfully removed), par Milton (*Lancet*, 16 septembre 1893, p. 687). — Un fellah égyptien, âgé de 50 ans, présentait, depuis 4 ans, des signes de calcul vésical, avec incontinence d'urine depuis 2 ans. Le malade était très épuisé; on sentait une masse s'étendant de la prostate à l'ombilic. En raison du volume énorme du calcul, on pensa qu'il était mieux de faire une laparotomie: incision de l'ombilic aux pubis. On incisa ensuite la vessie peu à peu en désinsérant le péritoine et en le refoulant en haut pour éviter de le souiller; on dut faire 2 incisions latérales dans la vessie pour extraire le calcul. Le malade mourut d'épuisement un mois après l'opération. Le calcul avait, dans ses plus grandes dimensions, 10 cm. et 15 cm.

BIBLIOGRAPHIE

Archiv für Laryngologie and Rhinologie, publiées par FRÆNKEL, chez HIRSCHWALD, Berlin, 1893.

Le professeur B. Frænkel, de Berlin, a pensé qu'il y aurait avantage à publier un journal dans lequel ne seraient contenus que des articles originaux, laissant aux périodiques proprement dits le soin de publier les comptes rendus de Sociétés et analyses de travaux qui sont les faits divers de la médecine. Ces comptes rendus et ces analyses répétés dans les nombreux journaux tiennent, en effet, une place inutile, puisqu'en général on ne les relit pas dans chacune des publications qu'ils encombrent.

Les *Archives de laryngologie et de rhinologie* présenteront au lecteur une suite de monographies très intéressantes parce qu'elles seront originales et fixeront l'état de la science au moment même de leur apparition.

Il paraîtra trois ou quatre fascicules par an.

Le premier fascicule contient une très remarquable étude de Frænkel sur l'anatomie histologique de la corde vocale. Les papilles et les glandes sont étudiées en détail.

Frænkel montre que les papilles existent constamment dans la couche épithéliale. Elle ne sont pas si rares que le croyait Luschka. L'opinion de Frænkel est celle soutenue par Coyne dans sa thèse. C'est d'ailleurs celui-ci qui a établi l'existence des glandes en grappes dans la corde vocale.

Dans un autre article, le professeur Moritz Schmidt étudie avec sa compétence habituelle un diverticule du pharynx nasal, situé en arrière et au-dessus du bourrelet tubaire et pouvant avoir une profondeur de 1 à 2 centim. La connaissance de ce diverticule n'a pas, d'ailleurs, de grosses conséquences pratiques.

Otto Seifert, de Wurtzbourg, étudie complètement la pathologie de l'amygdale linguale. Il expose les accidents aigus et chroniques dont cette région est le siège, accidents semblables et quelquefois parallèles à ceux des amygdales palatines : tonsillite linguale aiguë, tonsillite linguale chronique, hypertrophie, corps étrangers et pharyngomycose. Pour le traitement de cette dernière affection il conseille les cautérisations d'acide trichloracétique ou d'acide chromique. Ce travail est très complet.

Citons encore une étude sur les diaphragmes transversaux du larynx, sorte de membrane située entre les cordes vocales à leur partie antérieure, par Bruns; et un article de Sokolowsky sur la transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes. Il ne croit pas à cette transformation. Les observations qui tendent à la prouver seraient, d'après lui, basées sur des examens histologiques incomplets.

LUBET-BARBON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT DU TÉTANOS, par Louis MARTIAL.

L'auteur conclut :

1° *Au point de vue pathogénique* : que la théorie tellurique du tétanos semble pouvoir être de moins en moins mise en doute et que la théorie équine n'est qu'un corollaire de la première.

2° *Au point de vue du traitement* : que le traitement chirurgical employé rapidement, de concert avec le traitement médical, devrait être regardé comme celui qui remplit le mieux les conditions nécessaires pour arriver à de bons résultats.

DE LA TERMINAISON SPONTANÉE DE L'ACCOUCHEMENT DANS LA PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE, par André ROUTIER.

La fréquence de la présentation de l'épaule est environ de 1/125 accouchements. La terminaison spontanée de l'accouchement est excessivement rare.

Les causes de la présentation de l'épaule sont les malformations et l'obliquité de l'utérus, la multiparité, les grossesses gémellaires, la petitesse du fœtus, l'hydropisie de l'amnios, les divers traumatismes.

Les symptômes sont : l'élévation ou l'absence de la présentation, la sensation de l'acromion, de la clavicule, du scapulum, du gril intercostal, et la procidence du bras.

L'accouchement spontané peut se faire par version spontanée céphalique, version spontanée pelvienne (forme très rare), par évolution spontanée proprement dite, par expulsion du fœtus ployé en double.

Le pronostic doit être envisagé au point de vue de la mère, et au point de vue de l'enfant.

a) Au point de vue de la mère, considéré comme très grave par les anciens auteurs, il nous paraît s'être amélioré, grâce peut-être aux progrès de l'obstétrique moderne.

c) Au point de vue de l'enfant, il est presque toujours mortel, sauf tout au plus dans les cas de version céphalique ou pelvienne.

Le traitement à appliquer est la version podalique. Dans le cas d'engagement très prononcé de la présentation, de mort du fœtus, d'état relativement bon de la mère, lorsque l'utérus vide d'eau et rétracté s'oppose à toute tentative de version, il est bon, avant d'en venir à une intervention sanglante, d'attendre et de favoriser l'évolution spontanée.

Dans le cas de défaillance accusée de la part de la mère, d'impossibilité manifeste d'expulsion du fœtus, la seule ressource est l'embryotomie.

ETUDE SUR LE PHLEGMON INFECTIEUX PHARYNGO-LARYNGÉ, par Adolphe DUDEFOY.

Il existe dans le grand cadre des laryngites œdémateuses une affection spéciale de nature infectieuse, caractérisée par une infiltration purulente du tissu cellulaire du pharynx et du larynx, désignée sous le nom de phlegmon infectieux laryngo-laryngé.

Cette maladie, outre les signes classiques de toute laryngite dyspnée, dysphagie, douleur, présente des symptômes caractéristiques qui permettront toujours de la reconnaître : début brusque, fièvre assez élevée, phénomènes généraux souvent intenses et albuminurie.

La durée est parfois extrêmement rapide, et la mort, la terminaison presque fatale, sauf dans quelques cas à forme bénigne.

Le traitement qui jusqu'ici ait paru amener la guérison, est la trachéotomie, qu'il faudra toujours faire de très bonne heure.

VARIÉTÉS

La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine doit recevoir son exécution à partir du 1er décembre prochain. Cette loi soulève, en ce qui concerne les études pour l'officiat de santé, un certain nombre de questions qu'il importe de résoudre avant le début de l'année scolaire et pour la solution desquelles le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire. Nous extrayons de cette circulaire les renseignements suivants :

Les étudiants qui ont commencé leurs études en vue de l'officiat ont le droit de les continuer.

Les jeunes gens qui possèdent les grades, titres ou certificats précédemment requis pour l'inscription en vue de l'officiat pourront encore prendre leur première inscription au mois de novembre prochain.

La loi précédente sur l'exercice de la médecine interdisait à l'officier de santé d'exercer sa profession en dehors du département pour lequel il s'était présenté. La loi nouvelle dispose que les officiers de santé, sans exception, qu'ils aient été reçus avant ou après cette date, « auront le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République ».

Tant qu'il restera des étudiants en officiat inscrits dans les écoles, les jurys fonctionneront comme par le passé. Cependant, comme les aspirants à ce grade ne sont plus astreints à subir leurs examens définitifs dans telle faculté ou dans telle école, il pourra se faire que la constitution des jurys soit rendue superflue par l'absence de candidats. Afin d'éviter des déplacements inutiles et onéreux, les étudiants seront invités à se faire inscrire un mois plein avant la date fixée pour l'ouverture de chaque session.

Les sessions ont été précédemment fixées aux mois d'août et d'avril. Dans l'état actuel des choses, il n'est plus nécessaire de conserver une session en avril. La seconde session aura lieu en novembre; elle sera réservée, comme l'était la session d'avril, aux candidats ajournés à la session d'août.

De la sorte, les professeurs de Faculté pourront en même temps présider les examens d'officiat et les examens de sages-femmes, fixés au mois de novembre par le décret du 25 juillet 1893.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.
COMITÉ DE RÉDACTION
MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 27 octobre 1893.

Le professeur Léon Le Fort.

Vendredi dernier une nouvelle imprévue est venue nous attrister : la veille, le professeur Léon Le Fort avait succombé subitement, dans sa propriété de Sologne où il avait été prendre quelques jours de repos. Le mardi précédent il avait, plein de vie et d'entrain, présidé la séance de l'Académie de médecine.

Né le 5 novembre 1829, Léon Le Fort était en 1848 chirurgien élève à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, lorsque furent supprimés ces hôpitaux. Il vint donc à Paris, dorénavant attaché à la médecine civile, fut nommé externe des hôpitaux en 1850, interne en 1852, aide d'anatomie et docteur (avec une thèse sur l'anatomie du poumon chez l'homme) en 1858. Quand, en 1859, éclata la guerre d'Italie, il s'engagea comme chirurgien sous-aide volontaire. Peu après son retour, il devenait, en 1861, prosecteur à la Faculté, en 1863 chirurgien des hôpitaux et agrégé. C'est enfin en 1873 que la Faculté l'appelait à la chaire de médecine opératoire, qu'avait illustrée son beau-père Malgaigne.

Parmi les travaux de Le Fort, outre sa thèse d'agrégation sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin et les moyens d'y remédier, nous citerons surtout comme mémoires spéciaux ses études sur la résection du genou d'abord, de la hanche ensuite. Ils sont fondés sur une étude statistique fort consciencieuse des faits publiés en Angleterre principalement. Et, quand il s'occupa de la résection du genou, Le Fort constata que la mortalité de cette opération était moindre en Angleterre qu'en France : ce fut le point de départ de ses mémorables recherches sur l'hygiène hospitalière et les pansements.

Ces mémoires nous montrent en Le Fort un écrivain élégant et lucide, exact et se reportant aux sources, édifiant des statistiques exactes et nous les présentant avec art pour en tirer des déductions. On retrouve ces qualités dans les remarquables articles qu'il a consacrés, dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*, aux anévrysmes en général, aux plaies et aux anévrysmes de la carotide, de l'axillaire, de la sous-clavière du tronc brachiocéphalique. A cette époque Le Fort, avec ses qualités d'exposition et d'érudition, fut pour la *Gazette hebdomadaire* un collaborateur précieux.

Depuis, une œuvre à laquelle il s'attacha jusqu'à la fin de sa vie fut la revision, puis la refonte totale du *Traité de médecine opératoire* de Malgaigne.

A la fin de sa carrière, Le Fort s'était un peu désintéressé des choses de la chirurgie. Quoique ayant été un des premiers à ébaucher une doctrine sur les « germes contages », causes des complications des plaies, il n'avait pu se rallier aux théories microbiennes modernes, et surtout aux pratiques antiseptiques qui en sont la conséquence. Nos successeurs verront là, sans doute, une étrange contradiction, mais nos contemporains savent que son esprit original et brillant ne reculait pas toujours devant un paradoxe. C'est ainsi que, dernièrement encore, lors de la discussion sur la dépopulation de la France, en 1891, Le Fort s'éleva avec vigueur contre la vaccination obligatoire, tout en étant le premier à démontrer que la vaccination et la revaccination avaient contre la variole une efficacité souveraine. Et deux jours avant sa mort, comme M. Grancher posait en principe devant l'Académie que personne aujourd'hui ne discutait la transmission de la fièvre puerpérale par une sage-femme portant au doigt un mal blanc, il déclara nettement qu'il s'élevait contre cette manière de voir. Lui, l'inventeur du « germe contage » !

Je viens de faire allusion à son discours sur la variole et la vaccine : ses collègues lui donnèrent tort, au vote final, mais il est incontestable qu'ils écoutèrent et admirèrent l'orateur qui trouva là un remarquable succès de tribune.

Le Fort avait enfin une qualité qu'il importe de mettre en relief : c'était un honnête homme et un homme de bien, et l'on peut dire comme M. Périer dans le discours qu'il a prononcé sur sa tombe au nom de l'Académie :

« La belle devise de la Société de chirurgie, « Vérité » dans la science, moralité dans l'art », était personnifiée

» dans Le Fort, et l'hommage rendu à sa probité scienti- » fique et professionnelle a toujours été unanime. »

Le service spécial des voies urinaires.

Depuis la mort de Horteloup, on a mené dans plusieurs journaux de médecine une polémique relative à la désaffectation du *service Civiale*, consacré aux voies urinaires. Il y a quelques mois déjà, la Société des chirurgiens des hôpitaux s'est occupée de la question, et elle a déclaré qu'elle n'approuverait la désaffectation que si un service spécial était créé sur la rive droite, à Lariboisière par exemple. Ce vote, parfaitement sage, a été confirmé il y a 8 jours; et comme depuis un an l'administration a laissé désorganiser le service Civiale sans créer le service spécial sur la rive droite, nous avons émis le vœu que ce service fût, comme autrefois, pourvu d'une consultation.

Je n'aurais pas parlé de ces menus détails de cuisine intérieure, où certaines questions de personnes ont malheureusement été mêlées, si à la suite de ce vote on n'en avait émis un autre qui marque un état d'esprit important à constater : il a été voté à l'unanimité, moins trois voix, que si l'administration créait un service spécial à Lariboisière et rendait dès lors à la chirurgie générale celui de Necker, le titulaire du service actuel aurait droit de préemption s'il voulait continuer à se spécialiser. C'est la première fois, je crois, que dans le corps hospitalier une majorité semblable se rencontre, pour tâcher d'établir un roulement spécial aux services spéciaux. Le jour où ce principe sera consacré — tout en conservant l'unité d'origine, indispensable pour ne pas verser dans le « spécialiste » au mauvais sens du mot, — un grand progrès aura été réalisé.

A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. le Dr Fournier.

CONFÉRENCE DU MERCREDI

De l'avortement dans la syphilis.

La syphilis de l'un ou des deux parents est une cause fréquente d'avortement. Tout le monde sait avec quelle persistance se répètent ces avortements dans les grossesses successives, et quels sont les bénéfices d'un traitement approprié. Mais il reste un certain nombre de points à fouiller dans l'étude de l'avortement dépendant de la syphilis, comme dans l'histoire de la syphilis agissant sur la grossesse.

En premier lieu on a peu cherché à établir de distinction entre l'avortement et l'accouchement prématuré dans la syphilis. Or, on sait que, au point de vue classique, l'avortement est l'expulsion de l'œuf avant le 6e mois de la grossesse, et avant le 7e mois au point de vue pratique. L'accouchement prématuré se produit dans le cours du 7e et du 8e mois de la grossesse. Nous essaierons de démontrer que cette distinction est utile à conserver.

En second lieu, la syphilis est placée au premier rang parmi les causes d'avortement. Mais des recherches toutes récentes ont fait connaître des causes importantes d'avortement ignorées jusqu'alors. Il est intéressant de voir si la syphilis garde toujours sa prépondérance parmi les causes d'avortement.

Enfin, après avoir recherché quelle peut être la fréquence de la syphilis dans l'avortement en général par rapport aux autres causes, il sera bon de se demander quelle est la fréquence de l'avortement, de l'accouchement prématuré ou de l'accouchement à terme quand la syphilis s'est établie dans un ménage.

Il restera alors à examiner si l'avortement dans la syphilis présente une physionomie spéciale, permettant de le distinguer des avortements dépendant d'autres causes, imposant, à défaut d'autres signes, le diagnostic de syphilis.

Ce sont ces différents points que nous allons étudier.

I

Dans un travail important se rattachant à l'étude des rapports de la syphilis et de la grossesse, l'auteur dit en commençant qu'il ne distinguera que des grossesses interrompues avant le terme et des grossesses conduites à terme, qu'il réunira ce qui est avortement et ce qui est accouchement prématuré, que cette distinction peut intéresser les accoucheurs, mais qu'à son point de vue cela n'a aucune utilité (1).

Il suffit de regarder la disposition de l'œuf dans les premiers mois de la grossesse et de l'examiner dans les derniers mois, pour se convaincre que les connexions intimes de l'œuf avec l'organisme maternel, la résistance vitale du fœtus, les causes qui peuvent produire l'interruption de la grossesse n'agissent peut-être pas avec la même puissance suivant l'âge de celle-ci. Il est aussi un fait établi d'une façon générale, c'est que dans la syphilis la grossesse est interrompue d'autant plus fréquemment et d'autant plus tôt que la maladie est plus récente, plus intense.

L'époque de l'interruption de la grossesse marque des degrés dans l'intensité de la maladie, a-t-on le droit de n'en tenir aucun compte?

Au point de vue pratique, assister une femme qui avorte ou une femme qui accouche prématurément, sont deux choses bien différentes, et dans les phénomènes qui se produisent, et dans les dangers que court la femme, et dans la conduite à tenir. Sans vouloir faire ici le tableau d'un avortement, il ne faut pas oublier que cet accident est assez souvent précédé de pertes de sang, qui peuvent être importantes et mettre la femme en état de réceptivité plus grande des germes infectieux; le plus souvent l'expulsion de l'œuf se fait en deux temps : d'abord, le fœtus est expulsé, puis le placenta et les membranes, mais dans l'avortement l'expulsion des annexes du fœtus se produit assez souvent un certain temps après l'expulsion du fœtus, des jours, des semaines ou même des mois après celle-ci. Or, cet œuf ouvert, adhérent à la cavité utérine, peut ou bien s'y putréfier avec rapidité, et donner ainsi naissance à des accidents très graves, ou bien il peut continuer à vivre à l'état de greffe dans l'utérus, produisant des hémorrhagies, agissant, ainsi que le dit mon maître M. Pozzi, comme de véritables sangsues, quand ils n'entraînent pas des accidents infectieux à marche lente, chronique, conduisant à la métrite, à la salpingite, etc.

L'accouchement prématuré peut commencer par une hémorrhagie, mais nous avons aujourd'hui en main avec le ballon Champetier un moyen précieux pour la combattre. L'accouchement se fait aussi en deux temps, mais, comme dans l'accouchement à terme, le fœtus est expulsé, puis le placenta et les membranes, le plus souvent dans l'heure qui suit. Au point de vue des phénomènes qui se produisent, des dangers que court la femme, de la conduite à tenir, l'accouchement prématuré diffère peu de l'accouchement à terme. Il n'est donc pas indif-

(1) BLAISE, Thèse agrég., 1883.

férent qu'une femme avorte, ou bien qu'elle accouche prématurément. Cette réserve faite, distinguant ce qui est avortement et ce qui est accouchement prématuré, voyons, parmi les causes d'avortement, quel est le rang, par ordre de fréquence, que doit occuper la syphilis.

I

« Lisez nos auteurs, disait ironiquement Mme Lachapelle, et vous verrez que l'odeur d'une bougie mal éteinte a quelquefois provoqué l'avortement, ou bien qu'un mouvement de mauvaise humeur, de dégoût, de caprice suffit pour le produire. »

Dans un mémoire récent, je trouve encore cité parmi les causes de l'avortement: l'habitude; l'habitude d'avorter! Dans les classiques les causes sont nombreuses: la pléthore, l'hémophilie, l'hygiène défectueuse; le travail excessif, la constipation opiniâtre, l'hérédité, le prurit vulvaire, les excès de coït, la prostitution, les déchirures du col, les voyages, les longues marches, la trépidation d'une voiture, les soirées passées au théâtre, au bal, les efforts simples ou répétés, les chutes, les traumatismes de toute espèce, les émotions morales vives, enfin la mort du fœtus. Et cette liste pourrait être augmentée, tout avortement étant suivi de son explication, si elle n'est pas dangereuse à fournir.

Les intoxications, les infections, les fièvres éruptives, entraînent aussi des avortements.

C'est à côté de ces causes multiples et au premier rang que prend place la syphilis comme cause d'avortement.

Sans vouloir discuter sur la réalisation éventuelle de certaines de ces nouvelles causes, on n'a pas tenu compte de deux circonstances, dans lesquelles en dehors de la syphilis l'avortement peut se produire.

Elles sont importantes à connaître, parce qu'étant donnée leur fréquence, elles peuvent se montrer chez des syphilitiques et tromper sur la nature de l'avortement.

Ces deux circonstances sont: l'insertion vicieuse du placenta, et l'albuminurie.

Pour ce qui est de l'insertion vicieuse du placenta, c'est-à-dire son siège sur le segment inférieur, on en connaît depuis longtemps les accidents à la fin de la grossesse, après le sixième mois, mais, récemment encore, on pensait que les accidents ne se manifestaient qu'exceptionnellement avant le sixième mois. La rupture spontanée des membranes, ou l'hémorrhagie, précédant l'accouchement précoce, se produisent fréquemment à toutes les époques de la grossesse. Voici un premier fait établi par M. Picard, et nous allons voir quelle place doit tenir ce fait dans l'histoire de l'avortement.

En second lieu, il est une cause importante d'avortement: les lésions placentaires, qui accompagnent si souvent l'albuminurie des femmes enceintes, ces lésions placentaires peuvent tuer le fœtus par l'envahissement de son placenta, ou bien produire le décollement de cet organe, l'hémorrhagie et l'avortement. Puis moins fréquemment l'hydramnios syphilitique ou non, les malformations ou les déviations utérines ont pu fournir l'explication de l'avortement.

Enfin les affections cardiaques par les troubles circulatoires qu'elles occasionnent entraînent aussi l'avortement. Sous la direction de MM. Pinard et Varnier, un de leurs élèves, M. Brion, a établi dans sa thèse (1), chiffres en main, combien de fois, sur un grand nombre d'avortements, l'avortement est dû à la syphilis, à l'insertion vicieuse du placenta ou à l'albuminurie.

Sur 530 cas d'avortement pris sur un chiffre total de 17.000 accouchements pendant une période de dix ans à la maternité de Lariboisière et à la clinique Baudelocque, la recherche soigneuse des causes de l'avortement a permis sur ces 530 cas d'en trouver 161 fois la cause:

Insertion vicieuse du placenta	64
Syphilis	52
Albuminurie	27
Hydramnios	13
Malformations et déviations utérines	7

Dans ces chiffres deux choses doivent nous frapper: la première, c'est que la syphilis n'a pas été trouvée comme la cause la plus fréquente de l'avortement. Sur ces 161 cas, dont la cause a pu être dépistée, la syphilis a été 52 fois cause d'avortement, et l'insertion vicieuse du placenta, 64 fois. Si nous opposons les autres causes constatées, nous voyons que, sur ces 161 cas, 52 fois l'avortement est imputable à la syphilis et 111 fois à d'autres causes. La syphilis qui, dans l'esprit de tous, produit le plus souvent des avortements, n'est plus d'après ces chiffres la cause la plus fréquente, et nous voyons qu'un avortement peut se produire assez souvent en dehors de la syphilis, ou en dehors des causes multiples et bizarres que je vous signalais tout à l'heure. Mais il est aussi, et c'est là le deuxième point sur lequel j'appelle votre attention, un certain nombre de cas, sur ces 530 avortements, où la cause n'a pu être établie, bien qu'ayant été recherchée. 161 fois seulement sur 530 cas, on a reconnu la cause. Pourquoi l'avortement s'est-il produit dans les cas non expliqués? Admettons que dans un certain nombre de cas il y ait eu des causes d'avortement que nous ignorons à l'heure actuelle; que dans un certain nombre d'autres cas, le siège du placenta ou ses lésions n'aient pu être l'objet d'un examen, mais n'avons-nous pas le droit de penser aussi à des syphilis, méconnues, ignorées, inavouées, dans des cas où comme à l'hôpital le père échappe à l'examen?

Cette réserve faite, il résulte de ce qui précède que sur un nombre donné d'avortements dans lesquels on a recherché la cause, celle-ci n'a pu être reconnue que dans un tiers des cas, parmi lesquels la syphilis comme cause d'avortement ne vient qu'en seconde ligne.

Il est donc intéressant de rechercher quelle est la fréquence de l'avortement dans les ménages syphilitiques.

II

Quelle est, en cas de syphilis incontestable, la fréquence de l'avortement? Par exemple: sur 100 cas de syphilis, combien de fois les femmes ont-elles avorté? Nous pourrons ainsi arriver à savoir si l'avortement est la terminaison la plus habituelle de la grossesse dans la syphilis. Prenons d'abord un bloc d'observations de femmes syphilitiques, dont la syphilis soit indiscutable, prenons, par exemple, les deux statistiques données par M. Fournier dans les pièces justificatives de son livre « Syphilis et mariage. » Ces statistiques comprennent l'une 46 cas de syphilis maternelle, observés pendant la grossesse, en ville; et 127 cas à l'hôpital, soit 173 observations. Les 173 femmes ont eu la plupart pendant, quelques-unes depuis leur syphilis, 243 grossesses. Sur ces 243 grossesses, il n'y a eu que 84 avortements, et 114 accouchements à terme, mais aussi 45 accouchements prématurés. Ce qui en établissant le pourcentage donne pour l'avortement environ 34 0/0, pour l'accouchement prématuré 18 0/0, pour l'accouchement à terme 46 0/0. Ces chiffres nous montrent, si l'on ajoute les 34 0/0 d'avortements aux 18 0/0 d'accouchements prématurés, que, suivant l'opinion établie, l'interruption de la grossesse est son mode de terminaison le plus fréquent chez les femmes syphilitiques. Mais d'après ces chiffres aussi ce

(1) Thèse Paris, 1893.

n'est pas l'avortement qui est la terminaison la plus fréquente de la grossesse chez les femmes syphilitiques, il se classe, par ordre de fréquence, après l'accouchement à terme, et avant l'accouchement prématuré.

Cela doit-il nous satisfaire complètement? Pouvons-nous dire, en présence de la syphilis dans un ménage : nous avons ici 46 chances sur 100 de voir l'accouchement aller à terme, nous avons 18 chances sur 100 de voir l'accouchement se faire prématurément, nous avons 34 chances sur 100 d'assister à un avortement?

Nous n'avons pas le droit de dire cela, pas plus que nous n'avons le droit de dire : puisque sur ces 243 grossesses de la statistique de M. Fournier il n'y a que 49 enfants qui ont survécu, soit 20 0/0, nous avons en cas de syphilis pendant la grossesse 80 chances sur 100 d'avoir un enfant mort. Et nous n'avons pas le droit de poser ces chances d'avortement, parce qu'il y a syphilis et syphilis.

Est-ce qu'au point de vue de l'action de la syphilis sur la grossesse, il ne faut pas tenir compte de l'âge de cette syphilis? Ne savons-nous pas, ainsi que cela a été enseigné ici, que la syphilis s'atténue avec l'âge, surtout au point de vue de ses manifestations pendant la grossesse? Ne nous a-t-on pas appris que la syphilis prise par la femme récemment avant la conception, avait une action des plus marquées sur la marche et la durée de la grossesse, pendant cette première année qu'on a appelée devant vous « l'année terrible »? Il est hors de doute qu'il serait intéressant et utile de pouvoir dire : sur 100 observations de syphilis récente, il y a eu tel nombre d'avortements, d'accouchements prématurés ou à terme. Le même calcul pourrait être fait pour des syphilis anciennes suivant leur âge. Mais cela ne suffirait pas d'être instruit sur la syphilis de la mère, il faudrait l'être aussi sur l'état de santé du père, établir s'il a la syphilis, et quel âge a cette syphilis, si elle a été ou non traitée? Dans le livre de M. Fournier sur l'hérédité syphilitique, mais, permettez-moi de le dire, à un point de vue différent de celui que j'envisage actuellement : au point de vue de la vie ou de la vitalité de l'enfant, il a été établi des indices de mortalité ou de morbidité pour les fœtus, suivant que la syphilis est paternelle, maternelle ou mixte. Et c'était ce qu'il était important de proclamer d'abord : la syphilis fait tel nombre de victimes. A ce point de vue-là il importait moins qu'un fœtus, mis au nombre des morts, soit né par un avortement, un accouchement prématuré ou un accouchement à terme. Mais puisque nous voulons étudier ici les circonstances dans lesquelles ce fœtus est né, nous ne trouvons pas de renseignements dans ces indices de mortalité, si instructifs à un autre point de vue, car à n'envisager que le résultat, un embryon de trois mois aussi bien qu'un fœtus à terme compte parmi les victimes de la syphilis. Mais au point de vue de la fréquence soit de l'avortement, soit de l'accouchement prématuré ou à terme, nous ne sommes pas à l'heure actuelle complètement renseignés. Mais c'est là une recherche des plus difficiles. Difficile pour deux raisons : la première, c'est qu'on ne saurait faire ces recherches que sur les cas où l'on serait exactement renseigné non seulement sur l'état de santé de la mère, mais encore sur l'état de santé du père. Or, cela n'est possible que sur les cas observés en ville, et cette condition restreint considérablement le champ d'observation. En second lieu, on sera toujours contraint de grouper des faits, ayant des points communs, mais dissemblables par certains côtés.

Le jour où ce travail sera fait, on aura un indice d'avortement, comme l'on possède un indice de nocivité et de mortalité fœtale dans la syphilis paternelle, maternelle ou mixte.

Etant donné, comme nous l'avons expliqué, qu'il n'est pas indifférent qu'une femme avorte ou fasse un accouchement prématuré ou à terme, ces chiffres seront intéressants à connaître.

Mais si nous ne savons pas le chiffre de la fréquence relative des avortements syphilitiques, on nous a appris des lois générales, que des faits suffisamment nombreux viennent appuyer. Nous avons appris, par les indices de mortalité fœtale, que la syphilis était d'autant plus nuisible, qu'elle était mixte, puis maternelle, puis paternelle; qu'elle était plus active dans ses effets, qu'elle était plus ou moins récente, plus ou moins traitée.

Kassowitz va jusqu'à affirmer que les femmes avortent toujours dans les trois premières années de leur vérole. Mais on l'a peu suivi dans cette affirmation.

Pour Parrot, la grossesse est plus sujette à interruption, si elle a été contractée avant, que pendant la conception. L'avortement est très peu probable si la femme en a été infectée au cinquième mois.

Diday indique le quatrième mois comme terme moyen, au delà duquel on peut voir survenir l'infection sans trop redouter l'avortement, et il ajoute qu'après le septième mois non seulement l'enfant vient à terme, mais le plus souvent indemne.

Von Bærensprung dit que l'avortement est plus précoce et plus fréquent si le père est plutôt que la mère l'auteur de la syphilis de l'enfant.

Pour Ruge, l'interruption de la grossesse, due à la mort de l'enfant, se produit dans la moitié des cas dans le cours du septième mois, et 90 fois sur 100 avant 8 mois et demi.

Dans la syphilis conceptionnelle, Diday donne 17 avortements sur 22 grossesses.

Enfin M. Fournier appelle l'attention sur ces avortements précoces, survenant après un léger retard, suivis d'une simple perte, qui sont souvent le seul témoin d'une contamination *in utero*.

Les statistiques ne nous renseignent que sur la fréquence des interruptions de la grossesse, mais il n'y a pas de distinction établie entre l'avortement et l'accouchement prématuré.

L'étude générale des faits ne nous apprend donc rien de bien réel au sujet de la fréquence de l'avortement dans la syphilis. Mais l'étude des faits particuliers nous donne une notion importante, c'est que l'avortement dans la syphilis est un accident qui correspond au maximum d'intensité de cette affection chez l'un ou chez les deux parents. Car voici la gradation observée : syphilis très intense, avortement; syphilis moins intense, accouchement prématuré, puis accouchement à terme d'enfants morts; accouchement à terme d'enfants syphilitiques; enfin, à mesure que l'action du virus s'épuise par le temps et le traitement, accouchement à terme d'enfants sains. Les observations sont nombreuses et probantes. L'avortement traduit le plus souvent l'intensité virulente de la syphilis dans un ménage (1).

Si nous ne connaissons pas le chiffre de la fréquence, nous savons que l'avortement est un symptôme, ayant une valeur pronostique propre. Nous allons voir si, au point de vue symptomatique, l'avortement du fait de la syphilis, prend, dans ces circonstances, une physionomie spéciale, voire même spécifique.

(1) On ne saurait expliquer autrement des discordances comme celles que l'on arrive à constater. C'est ainsi que M. Fournier a pu réunir, d'une part, 103 observations de grossesses, chez des mères indemnes le père étant syphilitique, ces grossesses se sont terminées par 41 avortements ou accouchements prématurés. A côté de cela, dans une autre statistique de M. Fournier sur la syphilis paternelle, 85 fois sur 85 cas les mères ont accouché à terme d'enfants sains.

III

Une femme fait des avortements successifs, et l'âge de la grossesse auquel ils ont lieu se trouve de plus en plus avancé. Ces avortements habituels portent la marque de la syphilis et tous nos maîtres nous conseillent d'instituer le traitement non seulement de la mère, mais aussi celui du père. L'avortement habituel, répété, a en effet, c'est l'opinion unanime, de grandes chances de dépendre d'une syphilis connue ou inconnue. Dans les 52 observations d'avortement syphilitique de la statistique de M. Pinard, les femmes avaient eu 20 avortements antérieurs.

Toutefois la répétition de l'avortement, si elle se rencontre le plus souvent dans la syphilis, se produit encore dans d'autres circonstances. Mais elle affecte alors, passez-moi l'expression, un rhythme différent, tandis que l'âge de ces avortements va croissant dans la syphilis, se rapproche, à mesure que la maladie vieillit et surtout est traitée, de l'accouchement prématuré puis de l'accouchement à terme, les avortements répétés dus à d'autres causes, en particulier à l'albuminurie de la femme enceinte, ou à des causes étrangères à la syphilis, ces avortements se font à des époques de plus en plus rapprochées du début de la gestation. Voici donc un premier fait, et qui a son importance; il est de l'enseignement courant de mon maître M. Pinard. Le fait seul de la répétition de l'avortement n'est pas une raison suffisante pour faire penser à la syphilis, mais c'est dans la forme de cette répétition qu'il faut chercher le cachet de la maladie. Pourtant il est, suivant M. Pinard, une autre circonstance, dans laquelle les avortements se répètent avec le rhythme observé dans la syphilis, c'est-à-dire que les avortements se produisent à des dates de plus en plus éloignées du début de la gestation, à mesure que croît le nombre des grossesses. C'est en cas de malformations utérines. Mais alors les enfants naissent vivants, et nous verrons plus loin qu'il n'en est pas de même dans les avortements syphilitiques.

Nous avons vu que l'avortement, d'une façon générale, n'était pas un accident négligeable, qu'il comportait des dangers sérieux et qu'il donnait une mortalité beaucoup plus considérable que l'accouchement prématuré ou à terme. Aussi a-t-on le droit de se demander s'il est bon d'attendre cette succession d'avortements pour instituer un traitement spécifique. Nous ne pouvons le faire que si en dehors de tout autre signe nous reconnaissons la syphilis à l'allure de cet avortement.

Recherchons donc s'il n'est point dans l'avortement d'autres signes pouvant nous éclairer sur sa nature spécifique.

L'expulsion, dans l'avortement, d'un fœtus mort-né et macéré est, pour ainsi dire, la règle dans la syphilis, et M. Pinard attire constamment l'attention sur ce fait qui se trouve absolument confirmé par les chiffres de sa statistique. Sur 52 avortements syphilitiques, dix fois seulement le fœtus est né vivant. Mais on pourrait objecter, et c'est là l'opinion classique, que le plus souvent le fœtus naît mort dans l'avortement. Or, il n'en est rien, ainsi que l'établissent les constatations de Brion dans le tableau suivant :

	Enf. vivants.	morts.	morts pend. travail.
	—	—	—
Insertion vicieuse	48	15	1
Syphilis........	10	40	2

et nous avons vu que l'insertion vicieuse était la cause la plus fréquente d'avortement; la syphilis ne venant qu'en deuxième ligne. Il faut donc bien admettre que le plus souvent dans l'avortement l'enfant naît vivant. Dans l'avortement syphilitique, quatre enfants sur cinq naissent morts. La mort du fœtus n'est donc pas un fait constant dans la plupart des avortements; elle est exceptionnelle en dehors de la syphilis.

Quelles sont les autres particularités qui marquent l'avortement syphilitique? L'hémorrhagie qui se montre si souvent au début des avortements dus aux autres causes : insertion vicieuse du placenta et albuminurie, se montre moins souvent dans l'avortement syphilitique : huit fois sur 52 cas. Dans ces 52 cas, l'avortement s'est toujours fait en trois temps, comme c'est le cas le plus fréquent, et la délivrance a toujours été plutôt facile; il n'y a eu que six fois rétention des membranes.

L'avortement syphilitique n'est pas à considérer comme un accident sans gravité, neuf fois sur ces 52 cas les suites de couches ont été pathologiques, une femme est morte. Ce qui fait une mortalité de 2 0/0, qui est inférieure à la mortalité 3,39 0/0 de l'avortement en général, mais qui dépasse celle de l'accouchement normal ou de l'accouchement prématuré dont les conditions sont à peu près semblables. L'avortement du fait de la syphilis présente plus que les autres avortements des dangers de septicémie par le fait de la mort de l'enfant, antérieure à son expulsion. En effet, quand l'enfant est mort et reste dans la cavité utérine, tant que l'œuf est intact, il n'y a aucun danger, mais si, l'œuf venant à se rompre, sa cavité se trouve en communication avec l'extérieur, le fœtus se putréfie avec une rapidité très grande et l'on peut voir, si l'expulsion tarde à se faire ou à être produite, des accidents de septicémie extrêmement graves.

Donc à l'opinion générale que les avortements répétés plusieurs fois, à des âges de grossesse de plus en plus avancés, plaident en faveur d'une syphilis causale, nous ajouterons que la mort du produit de conception est aussi un signe important devant faire songer à de la syphilis. Dans l'avortement syphilitique, l'enfant naît exceptionnellement vivant; ce n'est que par exception qu'il naît mort, lorsque l'avortement est produit par la cause la plus fréquente, l'insertion vicieuse du placenta. Mais ces différentes constatations que nous venons de faire donnent-elles à l'avortement la physionomie caractéristique que nous nous proposions de rechercher? Il ne faudrait pas être absolument affirmatif, mais dire que le plus souvent il en est ainsi. En dehors des circonstances dans lesquelles se produit l'avortement et que nous avons signalées plus haut, à savoir : syphilis d'un ou des deux facteurs de la conception, syphilis récente ou ancienne traitée ou non traitée, ne faut-il pas tenir compte aussi de la variété des virulences, suivant tels ou tels sujets, et en tenir compte dans l'influence de la syphilis sur la production de l'avortement? Si l'on a constaté dans des conditions données une grande fréquence de l'avortement, ne voit-on pas aussi dans des conditions semblables la grossesse aller jusqu'à terme, et l'enfant naître vivant et quelquefois sain? Ne voit-on pas d'autres fois des avortements successifs suivant un rhythme inverse à celui que nous avons donné plus haut comme caractéristique? Dans une observation des notes justificatives du livre « Syphilis et mariage », une femme a eu trois grossesses à terme, puis elle contracte la syphilis et, dans les six grossesses qui suivent, elle commence par accoucher prématurément trois fois, puis avorte deux fois. Mais ce sont là des formes exceptionnelles. Le plus souvent, l'avortement dans la syphilis a les caractères sus-indiqués : répétition à échéances de plus en plus voisines du terme, fœtus mort-né et macéré, peu d'hémorrhagies antérieures, délivrance spontanée et relativement facile. Ces différents signes, quand ils se trouvent réunis, ont une grande valeur et peuvent conduire non seulement à penser à la syphilis, mais à la combattre.

IV

Les faits cliniques que nous venons de passer en revue, et qui marquent la physionomie de l'avortement dans la syphilis, nous instruisent sur le mécanisme de cet avortement. En effet, le plus souvent, sauf exceptions, le premier en date des signes de l'avortement dans la syphilis, c'est la mort du fœtus; mort qui se manifeste ou d'une façon très précoce, ou plus tard alors que la femme sentait déjà remuer. Dans ce dernier cas, les mouvements actifs ne sont plus perçus, et dans un temps qui varie entre 8, 10, 15 jours, un mois et plus, la femme a des contractions utérines, elle perd parfois un peu de liquide amniotique et avorte presque sans hémorrhagie. Dans l'insertion vicieuse du placenta, le décollement de l'œuf, et l'hémorrhagie qui l'accompagne, ou bien la rupture des membranes, sont les phénomènes du début, et la femme avorte d'un enfant vivant, quelquefois mort, mais récemment, non macéré. Si la femme est albuminurique, les altérations placentaires très nettes, très visibles, expliquent un décollement placentaire et une hémorrhagie, ou bien montrent les lésions profondes du placenta, qui ont entraîné la mort du fœtus par diminution progressive du champ de l'hématose. Dans les deux cas, il y a des lésions manifestes dans le placenta ou dans les membranes. L'avortement dépend des lésions ou de la disposition vicieuse de l'œuf. Dans la syphilis, les lésions placentaires, s'il en existe déjà dans les premiers mois de la grossesse, ne donnent pas la raison de la mort du fœtus, qui présente le plus souvent le développement et le volume de son âge. Il paraît avoir succombé à une maladie aiguë, non à un dépérissement lent, causé par une insuffisance placentaire. Dans l'accouchement prématuré, ce sont les mêmes phénomènes, la mort du fœtus précède le plus souvent l'accouchement prématuré, le fœtus naît mort et macéré, mais son développement n'est pas en défaut, et paraît avoir été arrêté brusquement. Le fœtus syphilitique, qui naît à terme mort ou vivant a généralement un développement suffisant.

Or, comment la syphilis frappe-t-elle le produit de conception? Ici, nous ne pouvons que suivre les hypothèses qui nous ont été fournies, caractérisées par « l'inaptitude à la vie », et jusqu'à ce jour, on n'a pu, dans la plupart des cas, découvrir les lésions dont cette inaptitude pourrait être l'expression. Mais il reste un fait important, instructif sur le mécanisme de l'avortement dans la syphilis, c'est que la mort du fœtus en est le premier acte, que l'expulsion précoce, l'interruption de la grossesse n'en sont que les conséquences. Ce qui, au point de vue symptomatique, au point de vue thérapeutique, fournit des indications précieuses.

V

Des 52 cas d'avortements syphilitiques dont nous avons parlé, une femme est morte de septicémie, neuf d'entre elles ont eu des suites de couches pathologiques. Cela donne une mortalité inférieure à celle de l'avortement en général, mais une mortalité supérieure à celle de l'accouchement normal ou à celle de l'accouchement prématuré, qui, au point de vue des dangers, et de son mécanisme, diffère peu du précédent. Aussi pensons-nous qu'il ne faut pas voir seulement dans l'avortement syphilitique la mort de l'enfant, mais aussi les dangers que court la mère dans cette période. Tous les efforts du traitement doivent être dirigés non seulement pour éviter la mort de l'enfant ou sa naissance en pleine syphilis, mais aussi pour éviter à la mère les dangers de ce véritable accident de la syphilis : l'avortement.

Wallich.

TRAVAUX ORIGINAUX

Cancer et psorospermies,

par Michel Dansac, interne des hôpitaux.

(*Fin.*)

VI

D. — Les études expérimentales, jointes aux recherches anatomo-pathologiques et aux observations cliniques, concordent-elles à établir une relation étiologique nette, indiscutable entre les épithéliomas et la psorospermose oviforme ?

Les preuves expérimentales de l'origine parasitaire psorospermique du cancer pour être irréfutables et définitives doivent au moins résoudre les problèmes suivants :

1° L'inoculation expérimentale du parasite détermine-t-elle dans les mêmes conditions, constamment des lésions analogues à l'épithélioma et les symptômes cliniques consécutifs ?

Or, nous pouvons le dire, jamais ce résultat n'a été atteint. Galloway lui-même, après bien d'autres, a tenté l'inoculation du parasite.

Ses tentatives ont été essayées par toutes les voies possibles d'inoculation. En injectant par les voies sanguines veineuses portes ou hépatiques, il n'a pu déterminer, même chez l'animal jeune susceptible de contracter l'affection, aucun accident, aucune lésion psorospermique.

L'inoculation pratiquée par la voie lymphatique ou cutanée ne lui a donné également que des résultats négatifs.

En revanche, en donnant aux animaux des aliments renfermant le parasite, il a pu déterminer les accidents intestinaux ou hépatiques typiques de l'infection.

La voie digestive paraît donc être la seule voie d'infection des parasites, le tube digestif étant le milieu unique et indispensable à l'évolution du parasite et des productions morbides dans l'organisme.

Ce point est d'autant plus intéressant que la présence du coccidium dans le torrent circulatoire, dans les lymphatiques, dans les ganglions, a été constatée, sans que des lésions morbides, cancéreuses ou psorospermiques y aient été signalées.

Il faut l'avouer, ce fait incontestable n'est guère favorable à l'origine parasitaire du cancer ou du sarcome, par le coccidium oviforme tout au moins.

2° La greffe d'éléments morbides contenant ce dernier parasite introduit par les voies digestives et en pleine évolution, voit-on apparaître des productions morbides, cancéreuses ou psorospermiques dans les tissus sains ?

Ici encore les expériences de Galloway sont restées vaines. Les inoculations, les greffes pratiquées directement d'un animal malade à un animal sain, n'ont rien déterminé, aucun accident local, aucune infection générale.

Par contre, le gavage ou l'alimentation de jeunes lapins, avec des aliments contenant ces parasites anatomiques vivants et infectés par le coccidium ont réussi (voie intestinale).

Ce résultat négatif des greffes de Galloway est d'autant plus significatif (au moins à notre point de vue personnel) qu'il paraît contredire absolument les résultats positifs des greffes néoplasiques de nature épithéliomateuse ou sarcomateuse.

En effet, Langenbeck, Pollin et Lebert, Sohn, Goujon, Quinquaud, Schweizer, Klebs ont obtenu des résultats positifs de leurs greffes de l'homme à l'animal.

Les greffes de Goujon, Klencke, Wehr, Haneux, Pfeiffer, Eiselberg, Moran (mai 1891), surtout pratiquées d'un animal d'une espèce à un autre individu de la même espèce avec résultats positifs, sont bien plus importantes sinon confirmatives. Mais elles prouvent uniquement la transmissibilité possible des cellules cancéreuses dans certaines conditions expérimentales similaires bien déterminées et leur évolution possible en pareil cas.

Au fond, si la cellule vivante normale peut se greffer et évoluer dans ses échanges nutritifs sur un terrain biologique favorable et défini, rien d'étonnant à ce que sur un même terrain la cellule morbide épithéliomateuse puisse évoluer de même.

Rien ne le prouve mieux que la transmission du cancer d'un point du corps à un autre chez un même individu publiée par Catrin, rapportée par Cornil (auteur anonyme). D'ailleurs ce fait n'ajoute rien à nos connaissances antérieures et n'est au fond que la reproduction artificielle expérimentale du développement des noyaux secondaires.

En tout cas, de ces dernières expériences ne peut se déduire qu'une seule conclusion, c'est que l'élément carcinomateux peut évoluer, subir ses échanges nutritifs et vitaux, développer sur le sujet de l'expérience l'affection cancéreuse avec ses lésions histologiques typiques (comme on l'a vu dans quelques cas). Mais de là à conclure à une origine parasitaire, il y a tout un abîme.

Pareille conclusion serait une présomption absolument antiscientifique non justifiée, sinon une erreur grossière.

Pour admettre en effet scientifiquement une relation étiologique sûre entre un parasite et une affection, il faut avoir démontré tout d'abord par des réactions histochimiques et organiques que sa présence est nécessaire, constante.

L'inoculation du parasite déterminera toujours dans des conditions identiques et déterminées la même affection avec ses complications et ses lésions caractéristiques; les produits solubles injectés ou introduits dans l'organisme produisent des lésions et des symptômes morbides toujours les mêmes.

Ces lésions morbides et parasitaires sont toujours identiques selon la période d'évolution et l'intensité de la virulence du parasite.

Tant que cet ensemble ne sera pas démontré, il sera toujours permis de se tenir sur une prudente réserve, sinon de douter de l'origine parasitaire du cancer, quelles qu'en soient ses formes : épithélioma, sarcome.

VII

Est-il besoin de dire que cet ensemble est loin d'être démontré en ce qui concerne le coccidium oviforme?

Il n'est même pas une discussion où la question ait été traitée à ce point de vue, où l'on ait cherché à résoudre toutes ces questions scientifiques réunies inséparables.

Seule la présence ou l'aspect de ce qu'on prend pour une coccidie absorbe et persécute même les savants qui s'occupent de la question.

Prenons seulement par ordre les quatre points énumérés isolément. Peut-on affirmer que tous les travaux, toutes les recherches concordent, et donnent la solution du problème?

A. — Tout d'abord la présence constante et indiscutable du coccidium oviforme est loin d'être démontrée dans les tumeurs épithéliales.

Nous ne parlerons pas du molluscum ni de la psorospermose folliculaire végétante de Karrer.

Nous admettons qu'elle est hors de discussion, nous limitant exclusivement à l'épithélioma.

Or, les adversaires de la psorospermose cancéreuse ont pu établir : 1° que dans nombre d'épithélioma il n'y avait rien qui ressemblât aux coccidies.

2° Que fréquemment les figures prises pour des parasites n'étaient que des formes particulières de dégénérescence ou d'évolution cellulaire.

En effet, si les psorospermies de l'ulcération du mamelon dans la maladie de Paget ont été retrouvées parfois dans les cellules cancéreuses de l'épithélioma consécutif, en revanche, nombre d'auteurs n'en ont trouvé aucune trace dans les tumeurs cancéreuses développées primitivement au sein même de la glande, des tissus profonds.

Cette absence du parasite a été également signalée dans les tumeurs d'autres organes.

D'autre part, admettons comme prouvé que l'observation caractéristique de Paget soit due aux psorospermies oviformes.

Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que ce parasite, comme tout autre corps organique ou inorganique, soit retrouvé dans les lymphatiques, puisque la présence du coccidium dans les ganglions, dans la plaie, a été constatée, sans avoir pourtant déterminé de lésions épithéliomateuses.

Peut-on alors conclure à sa présence, à son rôle pathogénique?

Il nous semble que scientifiquement rien n'y autorise et que si même pareille hypothèse peut être suggérée par la constatation du parasite, on tombe dans une véritable pétition de principe en affirmant par cela seul son rôle pathogénique. C'est également l'opinion de Quenu et Delbet dans leurs remarquables articles du Traité de chirurgie.

En second lieu, est-on bien sûr que l'élément soupçonné est un sporozoaire ?

Il est clair que si les auteurs partisans de cette nature parasitaire avaient scientifiquement différencié et caractérisé ces corps par leurs réactions histochimiques, aucune discussion, aucun doute n'auraient pu surgir. Tous les esprits de bonne foi se seraient inclinés devant une démonstration, devant un fait évident, bien établi, irréfutable en un mot.

Mais sur quelle base scientifique et sérieuse repose la théorie psorospermique du cancer ?

On la chercherait en vain.

La forme des éléments ne peut en imposer à personne. Fabre, Domergue, Cazin et Duplay, Cornil ont indiscutablement démontré que les cellules des tumeurs pouvaient s'enkyster, présenter une multiplication endogène simulant en tous points les phases primordiales du développement du parasite, seul état où il peut se rencontrer sans conteste dans les cellules épithéliales.

Les corps décrits par Russel, corps à fuchsine, considérés par cet auteur comme les parasites spécifiques du cancer, ne se distinguent, par leurs réactions histo-chimiques, en aucune façon d'une forme de dégénérescence cellulaire décrite par Cazin (1890).

Les globes hyalins se colorent aussi bien que les coccidies ou pseudo-coccidies par la safranine et le krystal violet de Kühne. M. Letulle les a retrouvés dans les tissus tuberculeux.

Il faut aussi avouer que personne n'a étudié l'action dissolutive des sels alcalins étendus sur les éléments, considérés comme parasites.

On sait que tout ce groupe de protozoaires disparaît sous l'action de ce réactif.

Enfin, a-t-on constaté des formes de reproduction? Aucunement. Toutes les tentatives de culture sont restées vaines.

Et néanmoins personne n'a songé à placer dans l'eau un de ces éléments, pris pour un kyste de coccidie. Il l'aurait vu évoluer en quelques jours sous ses yeux et se

différencier en noyau de reliquat et corpuscules falciformes caractéristiques.

Ce moyen d'investigation, si simple, si primitif, mais d'un résultat indiscutable, a pourtant fait connaître le développement du coccidium oviforme du lapin. Personnellement nous l'avons essayé souvent, mais sans succès, sur les éléments cancéreux fraîchement recueillis ressemblant à s'y méprendre à ces parasites.

A sa période d'enkystement, le parasite garde sa vitalité latente durant plusieurs mois dans tous les milieux. Ainsi que nous l'avons déjà démontré, les inoculations n'ont jamais jusqu'ici reproduit dans des mêmes conditions une affection identique au cancer dans ses manifestations cliniques.

De même Galloway n'a jamais déterminé autre chose que les lésions inflammatoires caractéristiques en introduisant le parasite par la voie alimentaire. Mais ces lésions ainsi que leur évolution anatomique n'ont rien d'analogue aux lésions du cancer (épithélioma ou sarcome).

Ce sont essentiellement des lésions d'inflammation avec réaction du tissu conjonctif, adulte, tendance à la cicatrisation et rétraction nodulaire de la masse épithéliale infectée ou plutôt irritée par le parasite.

Quant à un accident déterminé par l'ingestion ou l'inoculation de produits solubles, elle n'a jamais, que nous le sachions, été tentée, et cette expérience paraît difficile sinon impossible, du moins en ce qui concerne le coccidium oviforme.

Enfin les lésions et les accidents diffèrent totalement, selon les cas, sans jamais présenter cette évolution identique dans tous les cas et cette marche régulièrement progressive de lésions cancéreuses.

On ne peut donc établir scientifiquement, croyons-nous, une relation pathogénique quelconque entre la présence du parasite dans les cellules épithéliomateuses et l'évolution spéciale toujours identique de ces mêmes cellules cancéreuses.

Nous pouvons en toute impartialité affirmer que rien n'est moins démontré que l'origine parasitaire psorospermique du cancer.

VIII

CONCLUSIONS

Nous avons limité avec intention notre étude au coccidium oviforme.

Nous pourrions répéter tout ce qui précède pour les pseudo-coccidies, les microsporidies que certains auteurs auraient retrouvées dans les cas où rien ne rappelait le coccidium oviforme.

Cette multiplicité même des éléments prouve à notre avis le peu de fondement sur lequel repose l'hypothèse de la cause parasitaire.

Notre savant et cher maître M. Brault, chef des travaux anatomo-pathologiques à la Faculté de Paris, a exposé magistralement les raisons et les arguments qui plaident contre la nature parasitaire du cancer (Brault, *Arch. gén. de méd.*, 1885, t. II).

Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur à ce travail, aussi savant que consciencieux, de celui dont nous ne saurions trop nous flatter d'être l'élève.

Nous dirons même hautement qu'il serait bien difficile, sinon téméraire, de combattre l'opinion d'un esprit aussi critique que judicieux, dont le caractère et l'honnêteté scientifiques s'imposent à tous ceux qui l'ont connu ou approché.

Au fond, la clinique et l'anatomie pathologique sérieusement étudiées, les expériences même de greffes avec résultats positifs nous paraissent confirmer la nature essentiellement cellulaire et spécifique des cancers, les cellules cancéreuses étant les seuls agents de l'infection. Loin d'être en contradiction avec les théories et les découvertes scientifiques modernes, cette conception semble absolument les confirmer, sinon y rencontrer un solide appui.

Plus que jamais en effet le rôle pathogénique de la cellule, envisagée comme élément infectieux, est démontré.

M. Charrin, tout récemment, dans une étude sur les variations multiples de l'intoxication microbienne, insiste sur le rôle prépondérant du terrain, variable chez les sujets ou chez un même sujet dans des conditions différentes.

Et le même auteur ajoute que la cellule elle-même peut se comporter comme un microbe, ses fonctions changeant comme celles des bactéries, ses sécrétions pouvant, comme celles des microbes, devenir pathogènes.

Tout paraît devoir confirmer cette loi si nettement exprimée par Charrin, dans le processus morbide et anatomique des cancers.

Pour nous, le cancer serait, comme le disaient justement MM. Letulle et Bard, une monstruosité pathologique, une déviation de l'évolution cellulaire. Hypertrophie, hypergenèse avec polymorphisme ou mieux hétéro-morphisme embryonnaire caractérisent le processus morbide malin.

Sans adopter la théorie de Cohnheim, qui suppose la présence anormale, le reliquat d'élément cellulaire de l'étape embryonnaire, nous croyons que l'embryologie seule révélera la nature intime de l'affection.

Normalement, toute cellule vivante adulte *réagit* aux agents extérieurs nocifs, pour rester identique à elle-même, dans sa forme anatomique et dans son rôle physiologique.

La réparation normale des tissus affectés se fait dans un ordre et un équilibre physiologique déterminé par l'âge du sujet, le milieu où il vit, l'état général de l'organisme.

Deux ordres de causes tendent à dévoyer ou empêcher cette adaptation constante de la cellule pour se reconstituer dans un équilibre physiologique en rapport avec le milieu extérieur ou intérieur.

En premier lieu, l'hérédité directe ou indirecte, en second lieu les conditions chimiques ou hygiéniques du milieu où vit et se développe le sujet. La constitution chimique intime mal connue de l'organisme, nécessaire à cette loi de l'adaptation au milieu, cette réagibilité de la cellule ou de l'organisme aux agents extérieurs pour garder ses fonctions normales, ne peut exister que dans des conditions déterminées. Que l'hérédité, le milieu extérieur, troublent cette constitution chimique, on verra l'adaptation devenir nulle ou insuffisante, la réagibilité anormale devient suffisante pour expliquer les monstruosités ou déviations de l'évolution cellulaire.

Un agent extérieur, un traumatisme, une plaie, un parasite ou une substance toxique introduite en un point de l'organisme, déterminent en effet chez l'un un trouble passager, les éléments recouvrant par leur réaction normale leur type primitif, leurs fonction et évolution physiologiques.

Chez un autre, au contraire, sous la seule influence des mêmes agents, se produira une réaction anormale, déréglée, suivie de l'hypertrophie simple, de la prolifération de l'élément lésé, mais gardant leur état anatomique et physiologique adulte.

Telles sont les tumeurs bénignes.

Si à l'hypertrophie s'ajoute l'hypergenèse, surviennent alors le polymorphisme, l'hétéromorphisme, les troubles caractéristiques de la karyokinèse. La cellule adulte réagit, reste et évolue, mais à un stade plus ou moins avancé de son développement embryonnaire.

Ce degré de l'état embryonnaire est en effet des plus importants pour le pronostic.

Le siège ne l'est pas moins selon l'importance physiologique de la fonction cellulaire.

Le retour de l'évolution à l'état embryonnaire deviendra fatal et d'autant plus rapide qu'il apparaîtra dans les organes hématopoiétiques, ganglions, rate, thymus, moelle osseuse, sang.

Si elle n'est prouvée entièrement, notre hypothèse est d'autant plus plausible que la cachexie cancéreuse s'accompagne toujours du retour des éléments sanguins à leur état embryonnaire. Cette présence constante des érythrocytes n'est plus à discuter aujourd'hui (1).

Cette lésion du sang si caractéristique et spéciale nous paraît un argument sérieux en faveur de notre hypothèse que seules l'embryologie et la chimie pathologique peuvent et doivent confirmer.

Troubles de la nutrition générale, insuffisance de l'adaptation et de la réagibilité vitale cellulaire, le cancer nous paraît être essentiellement une *embryopathie* dont les formes morbides dépendent de la nature chimique du milieu intérieur de la variation des échanges normaux encore mal connue.

Sous des causes multiples on verra se développer tantôt un sarcome, tantôt un épithélioma, qui selon le degré du processus embryonnaire (2), selon son siège, se révéleront des formes analogues ou différentes : encéphaloïde, squirrhe (épithélioma), lympho-sarcome, lymphadénome, sarcome globo-cellulaire, fibro-sarcome, tissu conjonctif.

Ainsi s'expliqueraient la lenteur et la gravité moindre du squirrhe, des épithéliomas superficiels de la peau ou de certaines muqueuses, n'envahissant que tardivement les ganglions; de certains sarcomes n'atteignant pas les tissus hématopoiétiques, de la moelle osseuse, périoste, rate, les séreuses.

Tout en admettant cette évolution monstrueuse, essentiellement embryonnaire, nous ne croyons donc pas au reliquat d'éléments embryonnaires de Cohnheim.

Tout dépend de la nutrition et rien n'est plus propre à le démontrer que les rapports du cancer avec la diathèse arthritique (Isch-Wall et Verneuil), les affections héréditaires des maladies de nutrition (Bouchard). De même l'apparition de la néoplasie embryonnaire acquise dans certains milieux, bois, voisinage de ruisseaux, maisons mal aérées, distribution géographique du cancer prouve l'importance indéniable de ces conditions vitales retentissant sur la nature des échanges nutritifs, de la vie intime de la cellule. Qu'il y ait donc ou non des coccidies, peu importe. Nous ne nions pas la présence des coccidies dans le mal de Paget. Mais n'est-ce pas plutôt au terrain morbide, à l'insuffisance de la réaction celluleuse que l'adulte devient embryonnaire, qu'il convient d'attribuer, sinon la nature même de cet eczéma du mamelon, du moins son évolution constante caractérisée par le cancer secondaire et l'ulcération?

En tout cas, nous croyons avoir démontré en toute impartialité que les lésions franchement psorospermiques étaient essentiellement irritatives, inflammatoires, suivies de dégénérescence suppurative, toutes lésions bien différentes des lésions cancéreuses. Ces différences anatomo-pathologiques se retrouvent aussi tranchées dans l'évolution clinique, l'époque et l'âge d'apparition, la marche enfin et la terminaison des accidents.

Rien n'autorise donc scientifiquement l'hypothèse de l'origine parasitaire de la grande diathèse néoplasique; sa véritable nature, ses causes essentielles sont encore tout entières à rechercher et déterminer.

L'embryologie et la chimie biologique, nées d'hier mais si remplies d'avenir, découvriront-elles le secret de ce processus?

Peut-être; et si elles nous réservent pareille surprise, quel progrès, quel avenir dans la thérapeutique de l'affection déclarée ou de sa prophylaxie!

(1) Depuis longtemps nous nous livrons à l'étude des lésions hématopoiétiques embryonnaires.

Dans plusieurs travaux déjà publiés nous avons insisté sur cette érythrocytose et nous ne doutons pas que par le seul examen du sang l'état de ces érythrocytes, leur nombre, comparés aux autres éléments figurés normaux et anormaux du sang, on ne puisse diagnostiquer le cancer, la syphilis, la lymphadénie, la scrofule et même la tuberculose à la fin de sa deuxième période.

Toutes ces affections, sont en effet reliées entre elle, au moins à un moment donné de leur évolution morbide, par l'érythrocytose. Peut-être même pourra-t-on ainsi diagnostiquer la variété anatomique des différentes formes de cancers (épithélioma et sarcome).

(2) Depuis un an que notre attention est attirée sur les rapports anatomiques et physiologiques pathologiques des organes hématopoiétiques morbides avec leur embryologie, nous avons été frappé de la relation constante de certaines formes cliniques et anatomiques avec la structure de l'organe à une étape donnée de son développement embryonnaire et fœtal.

Sans avoir terminé une étude aussi délicate et aussi longue, nous pouvons dès maintenant assurer que ces rapports anatomo-pathologiques adultes des tissus cancéreux avec leur développement embryonnaire normal, sont constant et presque toujours d'accord avec la forme anatomique et le pronostic de la variété néoplasique.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnons la liste que des principaux ouvrages.

Robin. Histoire naturelle médicale (1853). — Gubler. Société de biologie. G. Méd. de Paris (1858). — Virchow. Archives. T. XVIII, p. 523 (1860). — Arloin et Tripier. Associat. pour l'avancement des sciences (1873). — Bolinger. 1873, Archives de Virchow. — Malassez. Soc. de biologie (1876). — Schneider. Archives de zoologie expérimentale (1881). — Pilliet. Soc. anatomique (1881). Balbiani. Leçons sur les psorozoaires (1883). — Kunstler et Pitres. Soc. de biologie et journal de la micrographie (1884). — Ledoux-Lebart. Soc. de biologie et journal de la micrographie (1885). — Letulle. Soc. anatomique (1881). Brault Arch. de méd. (1885). — Bard, id., id. — Raphael Blanchard. Soc. de biologie (1885). — Soc. zoologie (1885). — Traité de zoologie méd. T. I. — Dominguos Freire. Breitig médicale Société (1887). — Paget. Lancet (1887). — Neisser. Arch. de Virchow (1888). — Pfeiffer. Zeitschrift für Hygiene (1888). — Neisser. Annales dermatologie (1888). — Hanau. Congrès chirurgical de Berlin (1889). — Malassez et Albarran Soc. de biologie (23 mars et 6 avril 1889). — Darié. Annales de dermatologie et congrès de dermatologie (1889). — Malassez. Archiv. de Strauss, p. 302 (1890). — Borel. Archiv. de Strauss, 1890, p. 787. — Wickham. Maladie de Paget. Archives de Strauss, 1890, p. 46. — Thèse inaugurale. Masson (1890). — Vincent. Soc. de biologie (1890). — Cazin. Journal de l'anatomie et de la physiologie (1890). — Albaran. Congrès de Berlin (1890). — Schutz. Viener Wochenschrift (1890). — Malassez. Archives de Strauss (1891). — Neill. Brit. med. (1891). — Thin. Mercredi médical (1891). — Cornil. Journ. de l'anatomie et de la physiol. (1891). — Fabre-Domergue. Congrès chirurg. (1891). — Cazin. Soc. anat. (1891). — Duplex et Cazin. Congrès de chirurgie (1891). — Pilliet. Tribune médicale (1891). — Piffard. Psorospermie, journal de dermatologie, Londres (1891). — Cazin. Semaine méd. (1891). — Harrison-Kribs. Path. Soc. méd. Times, 14 mai 1891). — Ruffert. Brit. med. journal., novembre et décembre 1892). — Plimmer. Brit. med. journal, nov. et décembre 1892). — Schéridon de l'Epine, id., id. — Soudakewitz. Annales Pasteur (1892). — Galloway. Lancet, février 1893.

Voir en outre :

Lancereaux. Anat. path. T. I, p. 737. — Israel. Anat. path., traduite par Kitzmann, annotée par Letulle, p. 199. — Dechambre. Article Psorospermie.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Quelques définitions récentes de l'hystérie, par Pierre Janet (*Arch. de Neurol.*, juin 1893, n° 76, et juillet 1893, n° 77, p. 1). — L'hystérie est une maladie mentale appartenant au groupe considérable des maladies de dégénérescence, elle n'a que des symptômes physiques assez vagues consistant surtout dans une diminution générale de la nutri-

tion, elle est surtout caractérisée par des symptômes psychiques; le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, un rétrécissement du champ de la conscience; un certain nombre de phénomènes élémentaires, sensations et images, cessent d'être perçues et paraissent supprimées de la perception personnelle, ce qui constitue les stigmates; il en résulte une tendance à la division permanente et complète de la personnalité, à la formation de plusieurs groupes de phénomènes indépendants les uns des autres. Ces systèmes de faits psychologiques alternent à la suite les uns des autres ou coexistent, ce qui donne naissance aux attaques, aux somnambulismes, aux actes subconscients; enfin, ce défaut de synthèse favorise la formation de certaines idées parasites qui se développent complètement et indépendamment à l'abri du contrôle de la conscience personnelle et qui se manifestent par les troubles les plus variés, d'apparence uniquement physique, c'est-à-dire par les accidents. Telle est la définition à laquelle a abouti l'auteur à la suite de ses recherches personnelles et de l'examen critique des opinions récemment formulées sur ce sujet.

Etude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques, par Freud (*Arch. de Neur.*, juillet 1893, n° 77, p. 29). — L'auteur commence par distinguer dans les paralysies, celles qu'il appelle de *projection*, qui ont trait aux altérations périphéro-médullaires, et celles qu'il nomme de *représentation* et qui concernent les lésions cérébrales. C'est de ces dernières que se rapprochent les paralysies hystériques : elles en diffèrent en ce que les segments centraux des membres peuvent être plus intéressés que les segments périphériques, en ce qu'elles sont plus systématisées que les paralysies organiques, enfin, elles sont plus absolues, s'accompagnent plus souvent de troubles de la sensibilité. Ces caractères tiennent à ce qu'il s'agit dans l'hystérie d'un trouble psychique. La paralysie hystérique consiste en l'inaccessibilité de la conception de l'organe ou de la fonction pour les associations du moi conscient et par la fixation de cette conception — rejetée de la personnalité consciente — dans une association subconsciente avec le souvenir du trauma générateur.

Insomnie neurasthénique (The insomnia of neurasthenia), par Hedley (*Lancet*, 10 juin 1893, n° 3641, p. 1381). — Bien que très rare, l'insomnie peut figurer au nombre des signes de la neurasthénie, et alors elle n'en est pas le symptôme le moins tenace, aussi le cas rapporté, ayant trait à un médecin qui fut guéri par l'électrisation d'une insomnie de cette nature, est-il intéressant.

Deux observations d'accidents cérébraux très graves symptomatiques d'une indigestion chez des jeunes gens, par Cortial (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, juillet 1893, n° 7, p. 56). — Dans le premier cas on constate une perte de connaissance sans convulsions ayant duré plus de 24 heures; dans le second cas il y eut de plus des attaques qualifiées d'éclamptiques. L'auteur pense avoir eu affaire à des indigestions avec congestion cérébrale.

Folie rhumatismale, guérison, par Montel (*Arch. de médecine et de pharmacie militaires*, juin 1893, n° 6, p. 446). — De l'observation qu'il rapporte, l'auteur tire les conclusions suivantes : la folie rhumatismale existe, elle peut présenter successivement chez le même sujet les trois formes : manie, mélancolie, démence. Il peut y avoir de la fièvre. Le diagnostic est en général facile au bout de quelques jours; le pronostic doit être réservé; les lésions sont inconnues et le traitement nul.

Alcoolisme et saturnisme paralytiques, par A. Paris (*Revue médicale de l'Est*, 1893, n°s 12, 14 et 15). — Il n'y a pas lieu de détacher et d'isoler, sous le nom de pseudo-paralysie générale, une phase de l'intoxication saturnine ou de l'intoxication alcoolique. Il ne peut résulter pour le malade, pour sa famille, pour le médecin traitant, que des avantages de la restitution de ces deux phases, appelées indûment pseudo-paralysies générales, aux affections d'origine toxique dont elles ne sont que les symptômes d'une période.

Dédoublement de la personnalité (Duplex personality), par Osgood Mason (*The Journal of mental and nervous disease*, septembre 1893, n° 9, p. 593). — Alma Z....., soumise à l'observation depuis dix ans, a été une enfant intelligente et de bonne santé. Elle a eu une attaque de pneumonie typhoïde grave. Elle a souffert ensuite d'une débilité générale à allures plutôt neurasthéniques, au cours de laquelle se sont manifestées des attaques de syncope. A la suite d'une de ces attaques elle a présenté les signes d'une autre personnalité. La personnalité n° 1 et celle n° 2 étaient absolument séparées et distinctes. Cet état de dédoublement prit fin grâce au traitement médical; néanmoins la personnalité seconde faisait encore son apparition dans les cas d'extrême fatigue ou d'excitation cérébrale. Deux ans après, la malade se marie et devient une excellente maîtresse de maison. A la suite d'une nouvelle attaque syncopale, la connaissance revient et cette fois sous forme d'une troisième personnalité, entièrement distincte des deux personnalités déjà connues. Dans celle-ci, la malade se dit être un enfant, « The boy ». Ces trois personnalités alternèrent l'une avec l'autre.

CHIRURGIE

Hémato-ostéome du moyen adducteur, par Ramonet (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, juin 1893, p. 456). — L'ostéome des adducteurs est engendré par la transformation osseuse d'un hématome musculaire qui l'a précédé : le *caillot sanguin est l'agent actif de l'ossification*. Cette genèse est la seule qui puisse s'autoriser de l'observation clinique.

L'hématome demande à être recherché avec soin; il devra être traité par la ponction aspiratrice, associée au massage, à la compression élastique et aux douches, suivant le cas.

La ponction aspiratrice sera pratiquée dès que le sang extravasé sera réuni en collection et constitué en hématome; elle sera d'autant moins efficace qu'elle sera plus tardive.

Si, après un mois de traitement par la ponction, secondée par ses adjuvants, l'hématome persiste, ou n'est pas en voie de disparition certaine, surtout si sa consistance indurée ouvre la porte à de *simples soupçons* d'ossification, il sera nécessaire d'enlever la tumeur sans retard.

Après l'opération, il faudra, pour éviter le danger d'une hernie musculaire consécutive, pratiquer la suture de la gaine du muscle et de la peau.

Carcinome du canal thoracique avec ascite chyleuse (Ueber einen Fall von Carcinom des Ductus thoracicus mit chylœsem Ascites), par Leydhecker (*Virch. Arch.*, 1893, Bd CXXXIV, Hft 1, p. 118). — L'auteur publie l'observation d'un cas de carcinome de l'estomac chez une femme de 39 ans. Pendant le séjour de la malade à la clinique il survint des phénomènes d'infection carcinomateuse généralisée, entre autres du côté du péritoine sous forme d'ascite chyleuse, du côté des poumons sous forme de pleurésie, etc.

A l'autopsie on trouva un carcinome du pylore avec métastases dans le foie, les poumons, les ganglions bronchiques, des parois de l'aorte, du péritoine. Le canal thoracique était infiltré de noyaux carcinomateux dans toute son étendue.

Cette observation est suivie d'une bibliographie très complète des affections du canal thoracique en général.

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus avec section du radial (Ein Fall von « Doppeltschrægbruch » am unteren Humerusende mit Zerreissung des Nerv. radialis), par Claus (*Centr. f. Chir.*, 1893, n° 39, p. 833). — Un enfant de 10 ans fait une chute et se fracture l'extrémité inférieure de l'humérus gauche. On applique un appareil plâtré et lorsqu'on l'enlève au bout de trois semaines, on trouve une paralysie de la main gauche. L'enfant est alors envoyé à l'hôpital où l'on constate tous les signes de la paralysie radiale : poignet en flexion légère avec impossibilité d'exécuter les mouvements d'extension et d'abduction; doigts fléchis et l'extension des phalangettes n'est possible qu'en cas d'extension passive des phalanges; pouce ne pouvant être ni fléchi ni mis en abduction. Sensibilité normale. Abolition de l'excitabilité faradique du radial.

Le foyer de fracture fut mis à nu. On trouva alors une section du radial dont les deux bouts étaient englobés dans le cal. La fracture elle-même était une fracture sus-condylienne avec trait vertical divisant en deux le fragment inférieur repoussé en arrière et en dedans.

Résection partielle du cal avec remise en place des fragments et suture du nerf radial. Guérison.

Gastro-jéjunostomie (Two cases of gastro-jejunostomy), par Mansell Moullin (*Lancet*, 19 août 1893, p. 428). — Un homme de 20 ans, très émacié, présentait depuis trois ans des signes de gastrite chronique; on ne pouvait trouver aucune tumeur; constipation; urine peu abondante. Bientôt l'état du malade devint alarmant. Laparotomie : on trouva le pylore épaissi et dur; on fit la gastro-jéjunostomie à l'aide des plaques de Senn. Le malade eut d'abord des vomissements, puis il alla mieux. Au bout d'une quinzaine de jours survinrent encore des régurgitations et l'amaigrissement devint plus prononcé encore; puis il y eut de la diarrhée et le malade mourut. A l'autopsie on constata que l'épaississement du pylore avait disparu.

Une femme de 35 ans entra à l'hôpital pour un cancer du pylore datant de neuf mois; on sentait une tumeur dans l'abdomen. Laparotomie : on fit la gastro-jéjunostomie, mais on employa la bobine de Mayo, au lieu des plaques de Senn. La malade mourut six jours après l'opération.

Abcès froids intra-mammaires d'origine costale, par Jacques (*Revue médicale de l'Est*, 1er juillet 1893). — Obs. I. — Mme D..., 31 ans, a depuis trois mois une tumeur du sein gauche; elle a reçu à cette époque un coup dans la mamelle et la tumeur apparaît un mois plus tard et augmente continuellement depuis. La tumeur est plutôt élastique que fluctuante, mobile sous la peau et sur les parties profondes. Elle est grosse comme un œuf de poule; elle adhère à la 5e côte par un pédicule assez court. Pas de ganglions axillaires. La ponction donne un liquide purulent. On incise et on trouve une collection purulente à parois épaisses, lisses, d'où part un diverticule allant vers la 5e articulation chondro-costale. La poche est enlevée par grattage, le trajet excisé et la côte raclée. Guérison.

Obs. II. — Mme R..., 57 ans, a remarqué deux petites tumeurs à son sein droit en juillet 1892; son mari est mort poitrinaire quelque temps auparavant; on constate au-dessous du sein droit une ulcération à bords violacés et à sécrétion purulente; en dehors d'elle est une petite tumeur; les 3e, 4e et 5e côtes sont un peu épaissies et douloureuses. On débride la fistule sur la sonde cannelée; on trouve le cartilage de la 5e côte en partie nécrosé; le cartilage malade est évidé. Guérison.

Obs. III. — G... Victor, 62 ans, a une mère et une sœur tuberculeuses. Il a une tumeur du sein droit. Cette tumeur a le volume d'un œuf; elle adhère au grand pectoral, au-dessus duquel elle se trouve; un court pédicule va de la 5e côte à la tumeur. On incise sur la tumeur qu'on isole, on l'incise et on la vide; on gratte les fongosités; on gratta la côte attaquée et son cartilage. Guérison.

Abcès du foie (Bacteriological notes on a case of tropical abscess of the liver), par Macfadyen (*Brit. med. Journ.*, 15 juin 1893, p. 114). — On sait que dans la dysenterie on trouve des amibes dans l'intestin; on en a trouvé aussi dans les abcès du foie; on y trouve aussi des staphylocoques. Pour Kartulis, amibes et bactéries vont au foie par la veine porte. Osler a aussi trouvé des amibes dans les abcès du foie, dans des abcès des poumons. Pour Kartulis, ces amibes sont la cause de la dysenterie. Concilman et Lafleur ont établi un type de dysenterie amibienne bien net.

Abcès du foie (A case of abscess of the liver in which the use of the aspirator was misleading in diagnosis; operation; recovery), par Taylor (*Lancet*, 19 août 1893). — Un homme ayant habité sept ans sur la côte occidentale d'Afrique et ayant eu de la dysenterie, entra à l'hôpital très amaigri, ayant de l'anorexie, de l'insomnie, de la dyspnée, une expectoration purulente, de la fièvre; il y avait des symptômes d'épanchement pleural à droite. Une ponction sur la ligne axillaire ramena du pus; comme il y avait une tumeur dense et globulaire dans l'épigastre et l'hypochondre droit, on fit le diagnostic d'abcès du foie ouvert dans la plèvre droite. On fit une opération d'empyème. On obtint beaucoup de pus couleur brique et on mit un drain; il y eut du collapsus et un écoulement abondant de pus continua à se faire pendant 18 heures, empêchant d'appliquer un pansement. Au bout de ce temps la tumeur abdominale avait disparu. Le malade guérit progressivement; toutefois il eut encore au bout de plusieurs mois une vomique qui donna une certaine quantité de pus crémeux.

Néphrotomie (Total suppression of urine in a patient 74 years of age; nephrotomy; recovery), par Fraser et Parkin (*Lancet*, 16 septembre 1893, p. 688). — Une femme de 74 ans fut prise de frissons, de fièvre, sans albuminurie ni hématurie; puis les mictions devinrent irrégulières et finalement se supprimèrent tout à fait. L'anurie durant depuis cinq jours, on décida d'explorer la région rénale gauche qui était un peu douloureuse. On découvrit le rein par la voie lombaire et on l'incisa : il en sortit de l'urine et du pus. On ne trouva aucune trace de calcul. La malade guérit.

BIBLIOGRAPHIE

Die Erkrankungen des Kehlkopfes, par Carl Rosenthal. Hirschwald, Berlin, 1893.

Le livre de Rosenthal, *Les affections du larynx*, fait suite à l'ouvrage du même auteur sur les affections du nez, des cavités accessoires et du pharynx nasal. Conçu dans le même esprit, il est construit sur le même plan. Les premiers chapitres sont consacrés à l'anatomie, la physiologie et la laryngoscopie. Rosenthal étudie ensuite les lésions inflammatoires et leurs conséquences : les pages consacrées aux lésions du larynx au cours des maladies infectieuses (rougeole, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, typhus exanthématique, érysipèle, coqueluche) sont particulièrement intéressantes. Plus loin, les affections constitutionnelles (syphilis, tuberculose, lupus, lèpre, morve et sclérome) sont étudiées en détail. Rosenthal passe rapidement sur les anomalies et les traumatismes pour examiner longuement la question des tumeurs bénignes et malignes. Un chapitre consacré à l'étude des corps étrangers précède un exposé bien complet des lésions dans le domaine des nerfs du larynx; l'ouvrage se termine par l'étude des troubles fonctionnels du larynx au cours de certaines affections du système nerveux central. La question n'est qu'effleurée; l'auteur renvoie pour les détails aux livres de pathologie spéciale.

Destiné aux étudiants et aux médecins, le traité de Rosenthal se recommande par sa précision, sa clarté et ne sera pas lu sans intérêt par les spécialistes.

L. B.

Neurasthénie et arthritisme, par le Dr R. Vigouroux, chef du service d'électrothérapie des hôpitaux, avec une introduction par le Dr Levillain, médecin-directeur de l'établissement hydrothérapique de Nice. Paris, A. Maloine, éditeur, 1893.

M. Vigouroux a constamment trouvé dans les 150 recherches urologiques qu'il a faites avec l'assistance de M. Gautrelet, que l'urine neurasthénique est une urine hyperacide avec diminution des produits excrémentitiels normaux, ou présence anormale de produits d'oxydation incomplète. Il en conclut que tous les neurasthéniques sont des arthritiques, c'est-à-dire des inférieurs, des ralentis, ou même encore des insuffisants au point de vue chimique. Il résulte de là des indications thérapeutiques, d'où un mode de traitement spécial, consistant en : restriction du régime alimentaire (quant au pain en particulier), ingestion quotidienne de 2 à 4 gr. de bicarbonate de soude, enfin et surtout franklinisation méthodique. *Tous* les neurasthéniques que M. Vigouroux a soumis à ce régime ont été guéris, après une moyenne de trente séances d'électricité statique selon la méthode de l'auteur. Encore importe-t-il que le malade s'abstienne de toute autre pratique thérapeutique pendant ce temps, et d'hydrothérapie en particulier.

Rappelons à cet égard que M. Charcot ne considérait l'action de l'électrisation statique, qu'il prescrivait lui-même souvent aux neurasthéniques, que comme uniquement *suggestive*. Quant aux troubles de nutrition des neurasthéniques, à supposer qu'ils rentrent tous dans un cadre aussi uniforme, ils n'en paraissent pas moins tout à fait insuffisants de par leur banalité pour créer les désordres mentaux caractéristiques de ces malades, sans compter que, selon M. Vigouroux lui-même, l'arthritisme survivrait à la guérison de la neurasthénie.

Paul Blocq.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Contribution a l'étude de l'état du rein dans le diabète sucré, par Alfred Bussière.

Les lésions rénales sont fréquentes dans le cours du diabète.

Les unes paraissent être indépendantes du diabète; les autres s'y rattachent évidemment.

De ces dernières, les mieux connues sont désignées sous le nom de lésions d'Armanni-Ehrlich et de lésions d'Ebstein.

La lésion d'Armanni-Ehrlich paraît liée à l'existence de la glycémie, la lésion d'Ebstein la toxcurée des diabétiques; cette dernière se rattache aussi à la dégénérescence graisseuse partielle des épithéliums des tubes contournés.

Les symptômes des lésions rénales dans le diabète se rattachent à deux types propres de néphrite :

1° La néphrite interstitielle, rare en tant que résultat du diabète;

2° La néphrite parenchymateuse ou épithéliale, de beaucoup la plus fréquente.

La néphrite parenchymateuse du diabète diffère de la néphrite parenchymateuse du mal de Bright : *a*) par ses lésions anatomiques, *b*) par ses signes : l'albuminurie qui est d'ordinaire peu abondante ou n'apparaît qu'à une période avancée du mal; la quantité des urines se maintient toujours à un taux relativement élevé; la présence des cylindres urinaires y est rare; l'hématurie exceptionnelle; les accidents uriniques ne s'y rencontrent généralement pas.

Il existe aux premières périodes du mal et parfois même plus tard, une albuminurie passagère qui n'est pas en rapport avec une modification matérielle des éléments du rein, mais qui paraît être due à une modification de la crase sanguine, à un état de débilité spécial du malade.

La néphrite parenchymateuse diabétique aggrave toujours le pronostic de la maladie causale.

En dehors des complications viscérales que cette néphrite peut amener, il faut mettre en ligne de compte les accidents divers auxquels le malade est exposé par suite de l'élimination insuffisante des matériaux toxiques de l'urine.

Le diabétique atteint d'une des altérations rénales que nous avons étudiées sera soumis à un régime diététique sévère, à une alimentation appropriée; l'usage du lait, l'excitation de la peau par le massage et enfin un emploi raisonné et judicieux des alcalins, sont une thérapeutique à laquelle on peut avoir recours.

Le bain froid et les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde, par René Chaminade.

Nous venons de passer en revue à peu près toutes les formes que peuvent prendre les complications pulmonaires de la dothiénentérie. Le temps n'est pas loin où ces mêmes complications étaient mises sur le compte de la méthode réfrigérante. Nous avons vu au contraire que, loin de là, les accidents sont peu fréquents, et sont le fait, non du traitement, mais de la maladie en évolution.

La congestion pulmonaire est pour ainsi dire la règle, et comme elle se produit en général dès le début, en donnant de suite les bains froids, on évitera les hypostases consécutives.

La bronchite initiale traitée par l'eau froide se compliquera moins souvent de broncho-pneumonie. On aura d'ailleurs d'autant moins de chances de succès que cette broncho-pneumonie sera plus éloignée de la période de début, d'où utilité d'intervenir énergiquement pour réveiller l'activité pulmonaire.

Les statistiques nous ont montré que la méthode réfrigérante abaissait considérablement le taux de la mortalité par pneumonie.

Les affections anciennes du poumon ne sont pas toujours une contre-indication du bain froid. Certains asthmatiques emphysémateux supportent en effet très bien le traitement.

Les contre-indications doivent se tirer des accidents que peut déterminer le bain, tels que collapsus, dyspnée, cyanose. Nous ferons cependant une réserve pour les cas où, la complication existant depuis longtemps, le malade est dans l'adynamie avec un cœur très affaibli.

En résumé, les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde sont pour nous une des plus formelles indications d'intervenir énergiquement par la balnéation.

Les contre-indications de la méthode des bains froids, vraies, précisées, fondées sur l'observation des faits et non sur des vues théoriques, sont peu communes, et si l'on veut abaisser réellement le taux de la mortalité par fièvre typhoïde, loin d'augmenter le nombre de ces contre-indications, on doit au contraire chercher à les diminuer.

Il est bien entendu, toutefois, que la réfrigération tout en étant systématique ne sera pas exclusive. Elle sera la base du traitement, mais n'absorbera pas la totalité de la médication. Une des principales conditions du succès de la méthode est de nourrir le malade. En agissant de la sorte, on remplira une des indications générales du traitement formulées par M. le professeur Jaccoud : Épargner et soutenir dès le début les forces du malade, en prévision de l'agression prolongée qu'il doit subir.

VARIÉTÉS

Le banquet des médecins russes organisé par l'Association de la presse médicale, réunissait vendredi dernier dans les salons du Grand-Hôtel plus de 200 médecins français. L'armée était représentée par M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au Ministère de la guerre, et par plusieurs médecins de l'armée active, de la réserve et de la territoriale en uniforme. La marine avait délégué MM. Lucas, directeur du service de santé; Hyades, médecin en chef de l'Escadre de la Méditerranée, venu tout exprès de Toulon, et Bonafy, directeur des *Archives de médecine navale*. Notre éminent collègue M. Le Roy de Méricourt, fondateur des *Archives de médecine navale*, avait bien voulu accompagner ses anciens camarades. Un grand nombre de professeurs de la Faculté et de médecins des hôpitaux et plusieurs médecins de province assistaient à cette fête confraternelle. L'Institut Pasteur y était représenté par M. Roux.

A MM. Brandt, Medyedeff, Ochatine et Aristow, médecins de l'escadre russe, s'était joint M. Botkin, enseigne de vaisseau et docteur en médecine, fils de l'illustre médecin qui comptait en France tant d'amis.

Au champagne, après les toasts officiels de MM. Cornil et Ochotine; après d'éloquentes allocutions de MM. Cornil, Brouardel, Lucas, Roux, Dujardin-Beaumetz, M. Hyades a voulu unir dans un même sentiment de gratitude et de respect la mémoire de Botkin et celle de Charcot. « Je propose, a-t-il dit, un toast à deux noms chers à la Russie comme à la France. Le premier est porté par un enseigne du croiseur le *Rynda* qui a passé brillamment les examens de docteur en médecine à l'Académie de Saint-Pétersbourg. Dans la double carrière de médecin et d'officier de marine il suit avec le plus grand honneur les glorieuses traditions paternelles : c'est le docteur Botkin.

» Le deuxième nom est celui d'un maître également aimé et admiré, sa perte récente a été universellement pleurée; mais il revit dans son fils, le Dr Jean Charcot. Je bois aux représentants de ces grandes illustrations, aux docteurs Botkin et Charcot. » A ces mots, Botkin embrasse chaleureusement son ami Hyades et d'unanimes acclamations saluent tout à la fois le jeune et charmant officier de marine russe et l'éloquent médecin en chef de la flotte française. Lorsque, pour répondre à ce toast, M. Botkin a, d'une voix vibrante et émue, porté la santé de ses frères français et brisé son verre après avoir en termes chaleureux affirmé l'union intime et indissoluble de la France et de la Russie, l'enthousiasme a gagné tous les assistants et il a été impossible aux autres orateurs de se faire entendre. On s'est levé de table pour féliciter et embrasser le jeune officier qui avait si éloquemment remercié ses hôtes et si noblement apprécié le caractère national de la fête que les médecins français ont été heureux d'offrir à leurs confrères russes.

A cette occasion, le professeur Karpinsky, président de la Société de médecine de Saint-Pétersbourg, a adressé à M. Pasteur la dépêche suivante: « Nous nous adressons à vous, vénéré maître, comme à notre membre honoraire, pour adresser à nos collègues de Paris l'expression de notre profonde gratitude pour l'accueil amical et fraternel fait aux médecins de notre marine russe. Vive la France! vivent les médecins français! »

Cinquantenaire de la Société de chirurgie. — Cette solennité a été célébrée hier, en séance publique, puis en un banquet dont nous rendrons compte dans le prochain numéro.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 1er novembre 1893.

Le cinquantenaire de la Société de Chirurgie.

Il y a aujourd'hui huit jours, la Société de Chirurgie de Paris nous conviait à la célébration de son cinquantenaire, en une séance solennelle tenue dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence honoraire de M. R. Marjolin — le seul présent des membres fondateurs, — sous la présidence effective, après refus du plus ancien président le baron Larrey, de M. le professeur Verneuil. L'affluence étant grande, pour entendre le discours du président, et la remarquable étude historique sur la Société qu'a lue le distingué secrétaire général, M. Ch. Monod.

De cette étude, nous donnons *in extenso*, à la fin de ce numéro, toute la partie anecdotique, relative aux débuts de la Société. Ici nous désirons insister sur la partie où est mis en relief le rôle de la Société dans le mouvement chirurgical du siècle. Mais signalons d'abord, dans ce beau rapport, le passage où il est question des difficultés que l'on trouva d'abord à éditer les *Bulletins* qui nous permettent de porter ce jugement; difficultés qui furent vaincues grâce à M. Marjolin « et à M. Masson père, l'intelligent et complaisant éditeur qui avait noué avec notre Société d'amicales relations, si bien continuées par son fils. »

Lorsque la Société de Chirurgie inaugura ses débats, on était à l'apogée de ce qu'on pourrait appeler la période noire de la chirurgie : grâce aux pansements imaginés depuis quelque cent ans, l'érysipèle, la septicémie, l'infection purulente régnaient en maîtresses ; toutes les grandes opérations étaient terminées par la mort, et bon nombre des petites. La chirurgie des viscères n'existait pas alors, et les quelques tentatives malheureuses faites dans ce sens étaient vite condamnées. En outre, comme le dit fort bien M. Monod, « la spécialisation n'était pas encore en honneur. La main qui maniait avec prestesse le couteau à amputation, était prête à saisir tel jour l'aiguille à cataracte, tel autre le lithotriteur, tel autre encore le forceps. »

C'est de là que résultent les caractères principaux des discussions, d'importance capitale, qui, en nombre considérable, se sont déroulées devant la Société de Chirurgie pendant bien des années, pendant la période que l'on pourrait appeler ancienne. Et à cette époque, la Société de Chirurgie marchait à la tête du mouvement chirurgical dans le monde entier : nulle part on ne pouvait rencontrer un ensemble pareil de hardiesse et d'habileté, de prudence et de savoir, d'érudition et d'éloquence.

Mais, il faut bien le reconnaître, le jour où vint la révolution de l'antisepsie, la chirurgie parisienne s'est laissée d'abord devancer. Lucas Championnière, que Ch. Monod appelle à juste titre « l'apôtre » du listérisme, fut pendant plusieurs années un saint Jean prêchant dans le désert, entouré seulement de quelques « jeunes » comme lui, les maîtres d'aujourd'hui ; et toute cette phalange hardie, qui parlait d'ouvrir les jointures, la tête, la poitrine et le ventre, était volontiers taxée de présomption.

On est étonné, quand on voit que la première mention du pansement de Lister ne date que de 1875 : et elle n'est pas due initialement à un membre de la Société, mais bien à « l'apôtre », alors tout jeune chirurgien du Bureau Central et candidat à la place du membre titulaire de la Société. Et la première discussion où quelques membres de la Société — surtout MM. Guyon, Labbé, Terrier — se déclarèrent partisans du pansement de Lister, n'eut lieu qu'en 1876, après un rapport de M. Verneuil sur un mémoire de M. Saxtorph (de Copenhague).

Il est donc incontestable que nous nous sommes décidés assez tard à suivre le mouvement, et à certains égards nous y avons eu avantage : car nous ne nous sommes pas autant laissés griser par l'innocuité de nos opérations, et ce n'est pas en France qu'on a eu à constater les résultats déplorables que donnent, par exemple, la thyroïdectomie totale, les résections chez l'enfant, etc.

Il n'y a guère plus de 15 ans que la Société de Chirurgie est entrée résolument dans la voie nouvelle, et depuis cette époque les allures de ses bulletins ont notablement changé.

N'y a-t-il pas, dans ces dernières années, une méthode

de travail parfois un peu hâtive, une trop grande tendance à publier de simples faits isolés, en tenant compte surtout des résultats immédiats ? C'est possible, mais tout cela « se tassera » sans doute bien vite, et nous ne partageons pas le pessimisme de M. le professeur Verneuil.

Dans son allocution, l'éminent président a déclaré, en effet, qu'actuellement la Société de Chirurgie ne travaille pas aussi bien qu'autrefois. Plus de ces grandes discussions, si importantes, sur le chloroforme, les hémorrhagies, la coxalgie, les polypes naso-pharygiens, etc. Plus de ces rapports savants et mûris comme on en voyait tant autrefois.

Quant aux rapports, le fait est exact, pour la majorité d'entre eux. Certes, les traditions de critique et d'érudition ne sont pas perdues, et il y a des rapports et mémoires récents de Monod, de Berger sur la gastro-entérostomie, l'encéphalocèle, le spina bifida — je cite de mémoire deux ou trois titres — aussi importants que ceux d'autrefois; mais on avouera sans peine qu'ils sont clairsemés.

Où la critique a peut-être été moins exacte, c'est quand elle s'est adressée à l'absence, dans les ordres du jour, de « ces questions vastes et ardues, que n'auraient jamais pu résoudre ni l'expérience même très grande, ni l'effort momentané, même puissant, d'un homme isolé. » Pour ma part, depuis sept ans que je suis assidûment les séances de la Société, j'ai entendu des débats nombreux et prolongés — renaissant même parfois de leurs cendres — sur des questions de haute importance. Maladies des annexes utérines, méthodes diverses contre les myomes utérins et leurs indications spéciales (y compris les méthodes non opératoires, et j'ai souvenance d'une longue discussion sur l'électrisation), traitement des plaies de l'abdomen, cure radicale des hernies et ses indications (peu à peu précisées, perfectionnées et étendues), traitement des fractures de la rotule, voilà quelques titres qui viennent sous ma plume.

Dans tout cela, il n'y a pas que des laparotomies, mais certainement la chirurgie abdominale domine. Est-ce donc un mal que de consacrer plusieurs années à explorer un territoire qu'on avait laissé en friche pendant plusieurs siècles? Actuellement on ne parle guère que de thérapeutique; avant l'antisepsie, c'était peut-être ce dont on parlait le moins. Admettons que nous sommes occupés à établir une moyenne. De temps à autre, on exagère un peu quelque chose : n'en a-t-il pas toujours été ainsi et autrefois Maisonneuve n'a-t-il pas eu quelques audaces à son actif? Pour notre part, nous ne pouvons mieux exprimer notre pensée que ne l'a fait M. Monod à la fin de son discours, quand il s'est écrié :

« Ah ! je sais bien. Ils ne manquent pas, ceux qui s'effraient ; qui nous accusent d'aller trop loin et trop vite ; qui parlent de *folie opératoire*.

» Laissez dire. Nous ne méritons pas ces reproches. La Société de chirurgie a toujours eu le bonheur de posséder des maîtres à l'esprit sage, prêts à accepter les tentatives, si osées qu'elles paraissent, lorsqu'elles sont suffisamment justifiées, mais sachant aussi repousser sans hésitation toute témérité possible. »

A. Broca.

REVUE GÉNÉRALE

Myopathie atrophique progressive.

La question des atrophies musculaires est une de celles sur lesquelles les neuropathologistes ont le plus travaillé depuis quelques années, et aujourd'hui il est possible de résumer en une étude d'ensemble les travaux grâce auxquels les myopathies primitives ont été mises en lumière. C'est ce que vient de faire il y a quelques mois dans sa thèse M. Flandre, et de cet intéressant mémoire nous pouvons tirer un tableau clinique général de cette myopathie héréditaire sans neuropathie. Tableau purement symptomatique, d'ailleurs, car si en thérapeutique nous devons tenter l'action de l'électricité, de l'hydrothérapie, du massage, il serait imprudent de compter sur une amélioration notable.

C'est aux recherches de MM. Landouzy et Déjerine qu'il faut faire remonter nos connaissances sur la myopathie atrophique progressive. Ce n'est pas à dire, bien évidemment, que la maladie n'ait pas été connue et même décrite avant eux, et Duchenne (de Boulogne) avait décrit sous le nom d'atrophie musculaire progressive de l'enfance, une forme d'atrophie qu'il considérait comme une variété de l'atrophie musculaire des adultes décrite antérieurement par lui (forme à laquelle on donne ordinairement le nom de type Aran-Duchenne) et pendant longtemps il fut classique d'attribuer l'une comme l'autre à une lésion médullaire, à une atrophie des cellules motrices des cornes antérieures. Mais en 1884 et 1885 MM. Landouzy et Déjerine publièrent un important mémoire dans lequel, tout en complétant la symptomatologie de l'affection et tout en en traçant un tableau clinique des plus complets, ils en établirent l'anatomie pathologique et retirèrent le type infantile de l'atrophie musculaire de la classe des myélopathies, pour le ranger définitivement dans celle des myopathies. Pour éviter toute confusion, ils donnent à cette atrophie le nom de *Myopathie atrophique progressive*, type *facio-scapulo-huméral*, dénomination qui a été adoptée, mais que les neuropathologistes désignent plus volontiers et avec raison sous le nom de *type Landouzy-Déjerine*. Ces auteurs décrivent également un second type sous le nom de *type scapulo-huméral* analogue au type décrit en 1883 par Erb sous le nom de *forme juvénile* et dont ils établirent la nature également myopathique dans une deuxième autopsie qu'ils publièrent en 1886.

Dans les conclusions de leur mémoire MM. Landouzy et Déjerine indiquent d'une façon très nette la différence de nature de ces formes : tandis que l'atrophie musculaire de l'adulte (type Aran-Duchenne) est la conséquence d'une lésion spinale, l'atrophie musculaire progressive de l'enfance évolue, du commencement à la fin, sans participation aucune du système nerveux central ou périphérique, et c'est parce qu'elle relève d'un processus primitivement, purement et exclusivement myopathique, que l'atrophie musculaire progressive de l'enfance doit être complètement séparée de l'atrophie musculaire progressive de l'adulte d'essence spinale.

L'hérédité joue ici dans l'étiologie un rôle incontestable signalé déjà par Duchenne et les trois faits nouveaux de M. Flandre, trois frères atteints provenant d'une mère atrophique elle-même, en sont une nouvelle démonstration ; mais les causes déterminantes de la maladie restent extrêmement vagues.

Si maintenant on prend comme type de la description un sujet arrivé à un degré assez avancé de la maladie, voici ce qu'on observe :

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'expression toute par-

culière de la physionomie. Les yeux saillants, sans expression, la lèvre inférieure tombante, l'élargissement de la fente buccale, l'impassibilité de la face contribuent à donner au myopathique un air *bêta* caractéristique. Les parents, interrogés, affirment cependant qu'à une époque plus ou moins éloignée, leur enfant avait un facies exprimant l'intelligence, qu'il était comme tous les autres enfants, mais que ce facies a subi des modifications progressives et assez marquées pour lui donner le masque d'hébétude qu'il présente actuellement.

La physionomie est encore beaucoup plus modifiée si l'on essaie de provoquer le rire; car les commissures labiales se portent fortement en arrière, tandis que les deux lèvres s'appliquent sur les arcades dentaires et le malade présente le *rire transversal*, comme disent MM. Landouzy et Déjerine, ou, comme on dit encore, *rit jaune*, c'est-à-dire qu'il semble avoir plutôt envie de pleurer que d'exprimer sa joie.

L'ensemble de ces modifications de la physionomie est désigné par MM. Landouzy et Déjerine sous le nom de *facies myopathique* et cela avec beaucoup de justesse, car on ne rencontre ce facies dans aucune autre affection.

Enfin, un détail qui a son importance et que la famille donne ordinairement spontanément, car il l'a frappée de bonne heure, est le suivant : le malade dort les yeux ouverts. Dès l'enfance même et quelquefois dès le berceau, les yeux ne sont jamais recouverts par les paupières pendant le sommeil, et la fente palpébrale élargie laisse toujours voir une bande scléroticale de quelques millimètres, tranchant par sa blancheur et son éclat brillant sur le reste des téguments de la face.

Tels sont les signes qui frappent au premier abord et qui sont confirmés par les renseignements fournis par l'entourage du malade.

Du reste, ce sont là à peu près les seuls signes véritablement manifestes, si l'on ajoute toutefois l'impotence fonctionnelle des membres supérieurs pour laquelle, d'ailleurs, le malade vient consulter. C'est alors qu'on est amené à le faire déshabiller et à l'examiner avec plus de détails :

D'une façon générale, on peut dire que tous les muscles innervés par le nerf facial sont atrophiés et que les mouvements que ces muscles sont capables de produire ne s'exécutent qu'au prorata de la conservation de la fibre musculaire : à un muscle frappé très légèrement d'atrophie correspondra une motilité presque nulle. Si bien que certains muscles qui, au premier abord, semblent bien conservés, sont, au contraire, fortement touchés, mais il faut étudier avec soin leur motilité, les examiner, pour ainsi dire, un à un, afin de constater leur degré plus ou moins avancé d'atrophie.

L'orbiculaire des lèvres est pris à un degré extrême. En effet, la lèvre inférieure fortement écartée de la supérieure est pendante et inerte; le malade ne peut la relever, il ne peut, par conséquent, lui faire prendre la position nécessaire pour exécuter certains actes, comme celui de siffler, de faire la moue. Enfin, lorsque l'atrophie est très avancée, elle constitue une infirmité des plus pénibles pour le malade et son entourage. Ses lèvres sont incapables de ramener les aliments sous les arcades dentaires, de les maintenir dans la cavité buccale et ce sont ses doigts qui jouent alors ce rôle si important dans la mastication.

L'orbiculaire des paupières est un des premiers muscles pris d'abord, et le défaut d'occlusion, qui ne se manifeste guère que pendant le sommeil, devient absolu.

Par suite de l'atrophie du muscle frontal et du muscle sourcilier, le front est absolument lisse, sans rides.

Enfin, les autres muscles innervés par le facial sont pris à des degrés divers et leur atrophie continue à donner à la face cette impassibilité caractéristique de la myopathie atrophique progressive de l'enfance. Cependant, c'est bien à de l'atrophie que l'on a affaire et non à de la paralysie, car les muscles fonctionnent tant qu'il y a des fibres musculaires conservées.

A la face, les muscles qui ne reçoivent pas leur innervation du nerf facial ne sont jamais atteints. En effet, dans aucune observation publiée jusqu'à ce jour, on n'a noté l'atrophie des muscles de la langue, du pharynx, du voile du palais.

A la région cervicale, c'est l'atrophie du muscle sterno-cléido-mastoïdien qui prédomine et il peut arriver que cette atrophie soit plus marquée sur un muscle que sur l'autre, d'où la formation d'un torticolis. Mais, si les muscles superficiels, tant de la région cervicale antérieure que de la nuque, sont fortement touchés, les muscles profonds, au contraire, semblent jouir d'une immunité complète, si l'on en juge toutefois par les mouvements de flexion, d'extension et de latéralité que la tête peut exécuter.

Les muscles de l'épaule et du bras sont également frappés d'une atrophie considérable. Le trapèze, le deltoïde sont plus ou moins disparus, le deltoïde surtout qui, ne faisant plus aucun relief, laisse voir, pour ainsi dire, par transparence, l'articulation scapulo-humérale. Le trapèze peut n'être pris que dans une de ses portions. De même, le rhomboïde et le grand dentelé sont réduits à l'état de vestige. Mais, ce qui est absolument caractéristique, c'est que les muscles sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaires sont indemnes et que leur atrophie n'a jamais été notée dans aucune observation.

L'atrophie de certains muscles de l'épaule et la conservation de certains autres donnent à la région un aspect tout particulier. En effet, les omoplates doublées de leur couche musculaire épaisse sont fortement détachées de la cage thoracique et permettent d'enfoncer la main entre les deux plans. Elles constituent ce qu'on appelle des *omoplates ailées*. De plus, par suite de leur écartement du thorax, elles semblent projetées en avant; en outre, elles ont tourné sur l'axe passant par les deux faces, c'est-à-dire sur l'axe perpendiculaire au plan même de l'os, l'angle postéro-supérieur est remonté, tandis que l'angle inférieur s'est rapproché de la colonne vertébrale. Il arrive même parfois que ce mouvement de rotation est assez prononcé pour que l'omoplate prenne une direction horizontale, de verticale qu'elle était.

Par suite de la conservation des muscles sus et sous-épineux, sous-scapulaires, les mouvements de rotation du bras s'exécutent avec la plus grande facilité, qui contraste étrangement avec l'impotence fonctionnelle du membre pour les autres mouvements. En effet, l'abduction n'est pas plus facile que l'élévation des épaules ou l'abduction. Les muscles grand pectoral et petit pectoral sont en effet fortement touchés et même presque complètement disparus dans le plus grand nombre des cas. C'est du reste l'atrophie de ces muscles pectoraux qui donne là encore au malade un aspect particulier : la région supérieure du thorax est aplatie et le sternum semble s'enfoncer entre les cartilages costaux pour aller au-devant de la colonne vertébrale. Cet aplatissement, déjà très visible lorsqu'on examine le malade de face, devient beaucoup plus manifeste lorsqu'on le regarde de profil.

Quant aux bras, ils sont réduits à l'état squelettique et, lorsque l'affection est très avancée, c'est à peine si, au-dessous de la peau, on sent des vestiges musculaires appliqués sur l'humérus. En effet, le biceps, le triceps, le brachial antérieur, le coraco-brachial sont fort difficiles à retrouver.

A l'avant-bras, le long supinateur et les radiaux se

prennent rapidement, tandis que le groupe des muscles fléchisseurs et celui des muscles extenseurs de la main et des doigts presque toujours, sinon toujours, indemnes, contrastent étrangement par leur volume avec l'état squelettique du bras.

Enfin, à la main, c'est l'éminence thénar qui s'atrophie de préférence aux autres muscles, et même, dans cette éminence thénar, c'est le court abducteur qui est atteint en premier; les interosseux s'atrophient à leur tour et la main prend une apparence simienne.

Lorsque les muscles extenseurs des doigts s'atrophient, les doigts se fléchissent dans la paume de la main, par suite de la tonicité des muscles fléchisseurs, mais on n'observe jamais la main en griffe de l'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne.

Lorsque l'atrophie a atteint ce degré, il est facile de comprendre que le malade est devenu un impotent. Les mouvements qui lui sont nécessaires pour s'habiller, pour manger, il ne les obtient qu'à l'aide de certains artifices. Ce ne sont plus ses muscles qu'il fait obéir à sa volonté, il meut ses membres qu'en les lançant, pour ainsi dire, vers le but à atteindre.

A un degré plus avancé encore, ce ne sont plus seulement les muscles de la face, des épaules et des membres supérieurs qui sont atrophiés; les muscles du tronc et des membres inférieurs peuvent diminuer à leur tour de volume, bien qu'à des degrés divers.

En effet, les muscles de la masse sacro-lombaire sont disparus en partie et cette disparition entraîne fatalement des déformations de la colonne vertébrale. Les muscles de la paroi abdominale ne peuvent plus jouer leur rôle habituel. Mais, il y a un fait particulier à retenir, c'est l'intégrité constatée jusqu'alors des muscles intercostaux et du diaphragme.

Aux membres inférieurs, ce qui frappe, tout d'abord, est l'atrophie des muscles fessiers; mais, les triceps sont fortement atteints de même que les muscles de la région antéro-externe de la jambe. Pour l'atrophie de ces derniers, il en résulte un certain degré d'équinisme du pied, un aplatissement de la voûte plantaire, d'où difficulté parfois très grande de la marche.

Telle est la topographie générale de l'atrophie, mais il faut ajouter que cette atrophie est symétrique, qu'elle affecte les muscles homologues des deux côtés du corps et que les muscles de la racine des membres sont toujours beaucoup plus atrophiés que ceux des extrémités.

En outre, les muscles annexés à des appareils spéciaux (vue, mastication, déglutition, phonation) restent intacts pendant toute la durée de l'affection. Il en est de même des muscles respirateurs.

La myopathie atrophique progressive ne s'accompagne jamais de troubles de sensibilité soit tactile, soit thermique, soit douloureuse.

On ne constate jamais non plus de contractions fibrillaires.

Mais, MM. Landouzy et Déjerine insistent sur un symptôme important: la *rétraction tendineuse* de certains muscles; ce symptôme, il est vrai, est inconstant.

Les réflexes cutanés, les sphincters sont conservés pendant toute la durée de l'affection.

Enfin, l'examen électrique montre que la contractilité galvanique et faradique est diminuée, sans que l'on puisse constater l'inversion de la formule normale. La réaction de dégénérescence est, en effet, très rarement observée chez les myopathiques.

Il s'agit dans cette description de formes extrêmes et qui mettent un temps très prolongé à se produire. C'est la face qui est toujours prise la première dans cette forme infantile, puis, peu à peu, d'autres muscles se prennent.

L'enfant prend alors de la force, il devient homme, mais il s'aperçoit que l'effort musculaire ne répond pas à sa volonté, que ses membres supérieurs ont de la difficulté à faire certains mouvements, qu'il ne peut aisément porter quelque fardeau un peu lourd sur ses épaules, et, cependant, tout à fait au début, les membres ne semblent pas diminués de volume, peut-être parce que l'atrophie musculaire est masquée par l'adipose sous-cutanée souvent considérable. Mais, l'amaigrissement ne tarde pas à se montrer, les muscles de la racine du membre supérieur tendent de plus en plus à disparaître, le thorax s'aplatit à sa partie supérieure, les omoplates se détachent de plus en plus de la cage thoracique. L'impotence s'accuse et est d'autant plus remarquée que les avant-bras et les mains fonctionnent, pour ainsi dire, normalement.

Une fois les muscles de la ceinture scapulaire atteints, l'atrophie s'empare des muscles de la racine des membres inférieurs, et, plus tard, des muscles de la région antéro-externe de la jambe; le malade se plaint de la difficulté de la marche qui devient tout à fait particulière.

Enfin, les muscles de la masse sacro-lombaire et ceux de la paroi abdominale se prennent à leur tour, les mouvements du bassin sur le tronc et les mouvements inverses ne peuvent plus s'exécuter.

Telle peut être et telle est le plus souvent l'évolution de la myopathie atrophique progressive, du moins lorsqu'elle débute dans l'enfance: c'est là le *type facio-scapulo-huméral* qui, pour MM. Landouzy et Déjerine, est de règle dans cette variété.

Mais il n'en est plus de même lorsque l'atrophie n'apparaît qu'à l'âge adulte ou dans l'adolescence. Ce n'est plus le type facio-scapulo-huméral que l'on rencontre alors, c'est le *type scapulo-huméral* qui n'est autre que la forme juvénile d'Erb. Dans ce cas, les muscles de la ceinture scapulaire et les muscles des bras se prennent, alors que la face est encore indemne. L'atrophie, le plus souvent, ne s'arrête pas là, la face se prend tôt ou tard et, fréquemment, le malade passe du type scapulo-huméral au type facio-scapulo-huméral.

Anatomiquement, on trouve le système nerveux absolument sain, mais les muscles atteints et même quelques-uns de ceux qui paraissent sains présentent des lésions qui se résument dans l'atrophie simple du faisceau primitif avec multiplication des noyaux du sarcolemme, aboutissant à la disparition de la fibre musculaire du faisceau primitif, la gaine du sarcolemme persistant seule.

On voit qu'il y a un grand intérêt, au point de vue du pronostic, à différencier la myopathie atrophique de l'atrophie de Duchenne. En effet, les muscles des organes liés à la vie végétative ne sont jamais atteints, comme dans cette dernière qui se termine souvent par des accidents bulbaires; aussi les malades affectés de myopathie atrophique progressive peuvent-ils vivre un très grand nombre d'années tout en étant de véritables impotents.

Cependant, s'ils ne meurent pas de leur atrophie, il n'en est pas moins vrai de dire que celle-ci les met dans un état d'infériorité notable pour résister aux agents extérieurs. Il est facile de comprendre qu'ils sont en état de véritable misère physiologique et que, par suite, la tuberculose doit les frapper avec la plus grande facilité; c'est en effet ce qui arrive dans le plus grand nombre des cas.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'inexactitude de la théorie parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire,

par M. L. Bard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux.

I

La pathogénie des kystes dermoïdes de l'ovaire a été, et est encore, le sujet de profondes divergences entre les pathologistes; je ne me propose pas dans cette note de discuter les diverses opinions qui ont été émises, ni même d'exposer l'historique sommaire de la question, renvoyant pour cela à la thèse de Trévoux (1), faite sous ma direction, et à celle plus récente de Répin (2), inspirée par M. le prof. Mathias Duval et couronnée par l'Académie de médecine. Les lecteurs que cette question pourrait intéresser trouveront, dans ces deux thèses, un historique détaillé et des développements complets qu'il serait trop long et peu utile de rappeler ici.

La théorie de la parthénogénèse, qui remonte en germe jusqu'à Waldeyer et même jusqu'à Meckel, mais qui n'a été nettement formulée que par Œllacher (1872) et par Mathias Duval (1884), doit surtout sa vulgarisation à la remarquable thèse de Répin. C'est depuis cette thèse, et en s'appuyant sur elle, que les divers articles de livres, de journaux, ou de revues, parus en France, ont adopté sans réserve cette manière de voir et l'ont mise véritablement à la mode.

Cette sorte d'unanimité, qui d'ailleurs n'a pas gagné l'étranger, ne me fait nullement renoncer à la théorie que j'ai formulée pour ma part. Je me propose de préciser dans cette note les similitudes et les différences qui existent entre la théorie de Duval et la mienne, similitudes et différences qui n'ont pas toujours été bien comprises par Répin et par les auteurs qui lui ont succédé; leur exposé me paraît de nature à démontrer le bien fondé de ma manière de voir.

Pour les partisans de la théorie de la parthénogénèse, les kystes dermoïdes proviennent du développement parthénogénétique d'un ovule du sujet qui en est porteur; c'est par là que cette théorie se sépare de celle de l'inclusion fœtale, qui faisait du tératome et du porteur des sujets jumeaux.

La théorie de la parthénogénèse repose sur deux données fondamentales : la première est l'affirmation de l'origine ovulaire de ces produits; la seconde est leur séparation d'avec les tumeurs proprement dites pour en faire une production absolument spéciale, due à une sorte de réversion atavique, faisant apparaître dans l'espèce humaine, à titre exceptionnel, à l'état imparfait et dévié, la parthénogénèse qui est un fait normal chez certaines espèces inférieures.

Dans ma manière de voir, au contraire, les kystes dermoïdes de l'ovaire ne sont qu'un cas particulier des tumeurs à tissus multiples; celles-ci sont de véritables tumeurs, indépendantes de toute fécondation de même que de toute parthénogénèse, et ne différant des tumeurs à tissu unique que pour cette raison qu'elles ont pris naissance pendant la vie fœtale; elles reconnaissent pour origine la multiplication pathologique, néoplasique, d'une cellule complexe de l'embryon, apte à donner naissance à des tissus d'autant plus multiples qu'elle est située plus près de l'ovule primitif. On doit même admettre, en poussant la théorie à ses dernières limites, l'existence de tumeurs prenant naissance de l'une des cellules nées de la première prolifération de l'ovule fécondé, avant tout dédoublement, et pouvant dès lors produire par son développement ultérieur un véritable embryon monstrueux, qui ne se distinguerait d'une diplogénèse normale, donnant naissance à des jumeaux, que par le caractère imparfait et abortif du produit.

Il y a tout lieu de penser que la plupart des cas rapportés à l'inclusion fœtale parasitaire, et que les partisans de la théorie parthénogénétique s'efforcent de séparer des kystes dermoïdes, ne sont en réalité que l'expression la plus complète et la plus primitive de ces derniers. Dans ce cas l'origine de la tumeur est bien une prolifération ovulaire, mais elle est un produit néoplasique du porteur; elle n'est ni son frère jumeau, comme le veut la théorie de l'inclusion fœtale parasitaire, ni son fils (parthénogénétique) comme le veut la théorie de Mathias Duval.

Il me paraît inutile d'exposer dans tous leurs détails les données et les arguments sur lesquels repose ma manière de voir; ils se trouvent suffisamment développés dans les divers travaux que je leur ai consacrés, dont on trouvera l'indication et le résumé dans la thèse de Trévoux et dans mon *Précis d'anatomie pathologique*.

La théorie de la parthénogénèse repose sur deux données, qu'il importe d'autant plus d'examiner séparément qu'elles ne sont pas nécessairement solidaires. En premier lieu on affirme l'origine ovulaire de ces kystes, en second lieu on attribue à l'intervention de la parthénogénèse le développement anormal de ces ovules.

II

Pour démontrer l'origine ovulaire, Répin invoque d'abord l'impossibilité de la formation de produits figurés par des cellules embryonnaires vulgaires; je n'aurais garde de m'élever contre cet argument, qui est une concession importante à la spécificité cellulaire que je défends. Il continue par une application peu déguisée d'un vieux sophisme bien connu des scholastiques : il commence par l'examen des cas, relativement exceptionnels, de kystes dermoïdes contenant des embryons presque reconnaissables; on ne contestera pas, dit-il, l'origine ovulaire de ceux-là, or, comme on peut trouver tous les intermédiaires, il doit en être de même des kystes les plus simples.

En réalité, il est bien évident que, dans le développement normal de l'embryon, il y a tous les stades intermédiaires depuis l'ovule jusqu'au fœtus; le processus néoplasique peut prendre naissance à toutes les époques de ce développement, les tumeurs qui naissent des premiers stades sont très complexes, elles forment des sortes d'embryons néoplasiques; celles qui naissent plus tard sont de moins en moins complexes, voilà pourquoi on constate tous les intermédiaires, et, suivant les cas, des formes très complexes d'origine juxta-ovulaire, et des formes plus simples d'origine bien postérieure.

Pour combattre la théorie qui explique la production des kystes dermoïdes par l'inclusion fœtale parasitaire, Répin est entraîné à insister sur tous les caractères différentiels qui séparent ces deux ordres de productions, sans s'apercevoir que les inclusions fœtales étant, elles, bien incontestablement d'origine ovulaire, toutes les différences sur lesquelles il insiste avec complaisance sont de nature à combattre l'origine ovulaire des kystes dermoïdes; il ne saurait, en effet, y avoir de différences bien radicales entre les produits d'un ovule fécondé et ceux d'un ovule qui, par le fait de la parthénogénèse, a acquis le droit de se développer *comme s'il avait été fécondé*.

(1) Trévoux, *Des tumeurs à tissus multiples*, Thèse de Lyon, 1888.

(2) Répin, *Origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire*, Thèse de Paris, 1891.

III

Alors même qu'il serait démontré que les kystes dermoïdes de l'ovaire sont d'origine ovulaire, serait-on en droit d'expliquer par une parthénogénèse la prolifération de ces ovules? Le principal argument de Mathias Duval et de Répin est la constatation faite par Morel d'abord, par Duval ensuite, d'un commencement de segmentation sur des ovules de femmes ayant succombé à une péritonite puerpérale 8 ou 10 jours après l'accouchement. Cette segmentation aboutissait à la dégénérescence des éléments proliférés, mais on peut supposer qu'elle pourrait exceptionnellement aller plus loin et reproduire un embryon monstrueux.

Est-il bien utile d'insister pour montrer l'insuffisance de cet argument? Pour prouver l'existence des étapes intermédiaires, il faudrait au moins posséder un anneau de l'autre extrémité de la chaîne, tel que le serait, par exemple, un seul cas de parthénogénèse poussée jusqu'à un commencement de grossesse, au moins extra-utérine. L'histoire est restée muette sur ce point, à moins qu'on ne veuille remonter jusqu'à la Bible!

De plus, ne semble-t-il pas que, pour invoquer la parthénogénèse par réversion ataxique, encore faudrait-il que la production des kystes dermoïdes de l'ovaire présentât quelque analogie sérieuse avec les faits de parthénogénèse animale; nombre de données l'en séparent au contraire absolument.

Tout d'abord, tandis que la parthénogénèse se produit chez les femelles adultes, tout concourt à prouver que le kyste dermoïde est une production fœtale. L'origine congénitale des kystes dermoïdes superficiels n'est pas douteuse; celle des kystes de l'ovaire ou des kystes profonds n'a pu être contestée que parce que leur siège les a fait passer longtemps inaperçus. Répin affirme, il est vrai, que le maximum de fréquence des kystes dermoïdes de l'ovaire coïncide avec l'époque de la fonction génitale; ce n'est là qu'une apparence, due à l'accroissement que ces kystes présentent d'ordinaire au moment de la puberté, accroissement qui attire alors l'attention sur eux et qui trompe sur l'époque de leur genèse.

Si les kystes dermoïdes profonds sont notés comme rares à la naissance, c'est qu'ils sont alors de petit volume et qu'on les a rarement cherchés. Sur 49 cas, Pigné en a trouvé 17 chez des enfants de moins de 12 ans, dont 6 chez des filles âgées de 6 mois à 2 ans, 4 chez des fœtus à terme, 2 chez des fœtus produits d'avortement avant la fin du huitième mois. Bien d'autres faits aux mêmes âges ont été signalés depuis. Comment invoquer la parthénogénèse pour des ovules d'êtres embryonnaires?

En second lieu, il existe des tumeurs tout à fait analogues dans des organes complètement séparés de l'ovaire. Répin admet bien, il est vrai, que les kystes profonds de l'abdomen peuvent être dus à une migration des ovules, analogue à celles des grossesses extra-utérines; cette explication est admissible à la rigueur pour les kystes de la grande cavité péritonéale, bien qu'il soit singulier que ces ovules pseudo-fécondés et migrateurs ne choisissent jamais pour s'y fixer leur habitat normal, la cavité utérine; en tout cas elle ne l'est plus pour les cas, rares il est vrai, mais bien observés, où les kystes occupaient le foie, la rate, voire même le médiastin (Gordon) et les poumons (Mohr).

En troisième lieu, il existe chez les mâles, dans le testicule et dans l'abdomen, des tumeurs absolument analogues; la parthénogénèse pourrait-elle aller jusqu'à faire naître un kyste dermoïde d'un spermatozoïde au même titre que d'un ovule? Répin se tire de la difficulté en rapportant, dans son dernier chapitre, toutes les tumeurs à tissus multiples des sujets mâles à des tératomes par inclusion fœtale; mais là aussi il y a tous les intermédiaires, comme dans les tumeurs des ovaires, et on ne voit pas, dès lors, pourquoi toutes les tumeurs des femelles ne seraient pas, elles aussi, des inclusions fœtales. D'ailleurs, en concluant ainsi, Répin oublie qu'il avait déclaré lui-même, à la page 18, en combattant la théorie de l'inclusion fœtale : « Comment ne pas être frappé de cet autre fait que la glande génitale mâle partage avec la glande génitale femelle le privilége de renfermer des tératomes qui ne paraissent pas rentrer dans le domaine de la diplogénèse? » C'est exactement mon avis.

Bien d'autres détails de l'histoire des kystes dermoïdes de l'ovaire vont à l'encontre de la théorie de la parthénogénèse; comment expliquer, par exemple, le nombre colossal de dents (300 et plus) trouvées dans quelques-uns d'entre eux? Ce fait, qui a été invoqué à juste titre contre la théorie de l'inclusion fœtale, a la même valeur contre la parthénogénèse; si un nombre d'ovules suffisant pour produire toutes ces dents avaient subi simultanément la parthénogénèse, la difficulté ne serait pas encore suffisamment aplanie, puisqu'il faudrait supposer de plus que ces divers ovules se sont intimement fusionnés! Avec la théorie néoplasique, les proliférations pathologiques sont sans limite et le fait n'a rien qui puisse étonner.

Comment expliquer aussi, dans la théorie de Duval, la multiplicité de ces tumeurs, qu'on observe quelquefois, et tout au moins leur bilatéralité qui est presque la règle? Il serait bien singulier qu'un processus aussi rare que la parthénogénèse se développât ainsi simultanément dans les deux ovaires. Ce détail s'explique au contraire aisément par l'origine fœtale de la tumeur; la multiplicité n'est qu'apparente, elle résulte du morcellement d'un foyer primitivement unique, morcellement et dispersion du foyer primitif qui résultent simplement du développement naturel des organes dans lesquels la tumeur a pris naissance (1).

La théorie de la parthénogénèse a encore le grave défaut de ne s'appliquer qu'aux kystes dermoïdes de l'ovaire, alors que rien n'autorise à leur reconnaître une pathogénie radicalement différente de celle des kystes dermoïdes des régions superficielles. Bien plus, avec sa théorie, Répin en arrive à reconnaître une pathogénie différente pour les kystes dermoïdes et pour les kystes mucoïdes de l'ovaire, et, par une conséquence logique mais singulière, il attribue même une origine différente aux parties mucoïdes et aux parties dermoïdes d'une même tumeur ovarique, malgré l'extrême fréquence de cette association : « Dans cette manière de voir, les kystes dermoïdes de l'ovaire résultent donc d'une dégénérescence spéciale de l'ovule, associée le plus souvent, — puisque ces kystes sont généralement mixtes, mucodermoïdes, — à une prolifération consécutive de l'épithélium du follicule de Graaf (page 110). » Il est vrai que Répin eût pu parfaitement se dispenser de cette distinction, l'ovule en parthénogénèse pouvant sans doute être aussi bien capable de produire des tissus muqueux que des tissus épidermiques.

Il importe encore de remarquer que rien, dans l'évolution des kystes dermoïdes ni dans les phénomènes que leur présence peut déterminer, ne rappelle l'accroissement défini ni l'influence à distance sur l'organisme maternel et régulier, que possèdent les embryons en voie de développement. Et cependant, phénomène contradictoire, la parthénogénèse aurait, d'autre part, une singulière puissance que la fécondation légitime elle-même ne possède pas; les produits des ovules fécondés, quand ils ne peuvent trou-

(1) Thèse de Trévoux, page 133. — Mon *Précis d'anatomie pathologique*, page 117.

ver leur issue au dehors, comme il arrive dans les grossesses extra-utérines, succombent et présentent des phénomènes de nécrobiose, souvent de très bonne heure, et au plus tard peu après le terme normal d'une grossesse; les kystes dermoïdes, au contraire, sont doués d'une vitalité et d'une capacité de prolifération indéfinies, qui durent aussi longtemps que celles du sujet qui les porte. Sans attacher à ces différences une importance absolue, elles sont bien de nature à montrer, pour leur part, que les produits dont il s'agit appartiennent à la même génération que leur porteur, qu'ils ont reçu la même impulsion et qu'ils obéissent à la même vitesse acquise, au lieu de posséder les propriétés vitales et évolutives différentes qui sont l'apanage des secondes générations.

IV

Les réflexions qui précèdent suffisent à montrer que la théorie de la parthénogénèse est une hypothèse qui ne cadre pas avec les faits d'observation, et qui ne peut dès lors prétendre à les expliquer.

Lui resterait-il au moins cette qualité d'être la seule hypothèse plausible? Il ne m'appartient pas de défendre les diverses théories qui ont été proposées avant la mienne, et c'est assurément parce que je les jugeais mauvaises que j'en ai proposé une nouvelle; je m'associe donc en ce qui les concerne aux conclusions de Répin, mais la mienne ne me paraît pas mériter la même désapprobation.

Les objections que Répin lui adresse se bornent à deux, que je cite textuellement: « La théorie de M. Bard ne repose sur aucun fait matériellement constaté »; ceci n'est pas une objection, mais une appréciation générale, en regard de laquelle je me contenterai de demander si la parthénogénèse, dans l'espèce humaine, a la prétention d'être un fait *matériellement constaté*?

En second lieu: « En ce qui concerne les dermoïdes ovariens, comment M. Bard explique-t-il que la cellule nodale d'où dérivent les épithéliums de l'œil, par exemple, puisse se rencontrer dans l'ovaire? Les cellules nodales posséderaient-elles donc la propriété de voyager dans l'organisme de l'embryon? Et l'ovaire serait-il, par hasard, le rendez-vous de ces cellules voyageuses? » Assurément je ne revendique pas, pour les cellules nodales, le privilège que les auteurs classiques attribuent si généreusement aux cellules indifférentes, de circuler partout sous la forme de cellules migratrices, véritables ovules voyageurs aptes à tout reproduire par adaptations et différenciations; mais les cellules nodales n'ont pas à voyager pour se rendre dans l'ovaire de l'embryon, pour la raison bien simple que c'est là leur point de départ et qu'il leur suffit d'y rester.

Les tumeurs à tissus multiples, qui naissent des cellules nodales, commencent d'ailleurs leur développement dès la période embryonnaire, et continuent à se développer là où elles ont originellement pris naissance. C'est à tort que Répin, comme d'ailleurs un certain nombre des auteurs qui m'ont cité, m'attribuent l'opinion que « il suffit qu'une cellule nodale, *après être restée sans emploi pendant la période embryonnaire et après avoir sommeillé pendant un laps de temps plus ou moins long, se réveille* et entre en activité prolifératrice pour qu'on voie apparaître une tumeur à tissus multiples et notamment un dermoïde ». C'est là un souvenir de la théorie de Cohnheim, mais pour ma part je n'ai jamais rien formulé de pareil; je soutiens bien que les tumeurs à tissus multiples sont telles parce qu'elles sont d'origine fœtale, mais j'ajoute qu'elles ont commencé à se développer dès la vie fœtale; je n'admets nullement le sommeil des cellules de l'embryon, imaginé d'ailleurs par Cohnheim à un point de vue différent; bien au contraire, j'ai insisté à diverses reprises dans mes publications sur ce fait que, non seulement ma théorie n'avait rien de commun avec celle de Cohnheim, mais même qu'elle constituait une interprétation qui démontre l'inexactitude de cette dernière (1).

M. Répin, que je n'ai pas le plaisir de connaître, et qui a eu l'obligeance de m'adresser sa thèse au moment de son apparition, me pardonnera le caractère de critique personnelle que mon mémoire paraît prendre; il n'en accusera que la grande valeur de son travail et le succès qu'il a rencontré; les auteurs, qui ont parlé de la théorie parthénogénétique après lui, n'ont fait que le citer et l'approuver, sans ajouter aucun argument nouveau, il n'était que juste de remonter jusqu'à la source et de s'y arrêter.

Le succès actuel de cette théorie n'a d'ailleurs rien qui me déplaise; de toutes les théories émises, elle est celle qui se rapproche le plus de ma manière de voir; son succès prouve que les métaplasies de la cellule indifférente ne satisfont plus beaucoup d'esprits; il constitue une étape dans l'évolution des idées, qui a déjà commencé, qui se poursuivra jusqu'au bout, et qui ne tardera pas à imposer aux plus retardataires la notion de la spécificité cellulaire absolue, telle que je l'ai exposée et que je la défends depuis plus de huit ans.

(1) Voir la thèse de Trévoux, p. 125 et suivantes, et mon *Précis d'anat. path.*, p. 4.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Troubles nerveux consécutifs à l'alcoolisme (Ueber nervœse Stœrungen im Gefolge von Alkoholismus), par FREYHAN (*Deutsch. Archiv. für klinis. Medicin*, juillet 1893, LI Bd, 6 Hft, p. 603). — Parmi les conséquences les plus fréquentes de l'alcoolisme, on doit compter une forme de neurasthénie que l'on peut appeler neurasthénie alcoolique, et qui est clairement reconnaissable. Il importe de la différencier de la polynévrite.

Tumeurs névrogliques de la moelle épinière, par F. RAYMOND (*Archives de Neurologie*, août 1893, n° 78, p. 97). — Il s'agit d'un cas de syringomyélie à forme spasmodique, avec atrophie musculaire prédominant dans les muscles périscapulaires qui fut prise, pendant la vie, pour une pachyméningite cervicale hypertrophique. Le canal rachidien fut trépané, et, malgré un amendement rapide des phénomènes de contracture, la mort survint au cinquième jour après l'opération, avec hyperthermie, tétanie généralisée. A l'autopsie, syringomyélie gliomateuse et névromes de régénération des racines postérieures. Au point de vue clinique, la marche de la maladie a été rapide (6 ans) et les troubles de la sensibilité sont apparus très tardivement. L'intérêt anatomique du cas consiste surtout dans la tendance à la régénération nerveuse que présentaient les racines postérieures. L'auteur, après avoir étudié très minutieusement les lésions histologiques, en conclut qu'il existe plusieurs genres de tumeurs d'origine névroglique, les uns d'origine cellulaire — gliome-cellulaire, — les autres d'origine fibrillaire — gliome-fibrillaire, — entre lesquelles il existe tous les intermédiaires.

Paralysies motrices hystériques et organiques, par S. FREUD (*Archives de Neurologie*, juillet 1893, n° 77, p. 29). — La lésion dans les paralysies hystériques ne consiste pas en autre chose que dans l'inaccessibilité de la conception de l'organe ou de la fonction pour les associations du moi conscient. Cette altération purement fonctionnelle (avec intégrité de la fonction même) est causée par la fixation de cette conception dans une association subconsciente avec le souvenir du trauma.

De la scoliose sciatique, par G. RAUZIER (*Nouveau Montpellier médical*, 14 octobre 1893, n° 41, p. 811). — Court et substantiel résumé des travaux, relativement nombreux, consacrés à cette complication fréquente de la sciatique, la scoliose, signalée seulement depuis 1888. La scoliose est généralement croisée, c'est-à-dire que sa concavité porte sur le côté opposé au membre malade. Dans des cas plus rares, la scoliose est homologue, c'est-à-dire du côté du membre malade. La scoliose peut offrir les degrés les plus variables et, une fois constituée, elle est souvent, mais non toujours définitive.

Symptômes vésicaux dans la neurasthénie et l'hystérie, par L. MESNARD (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, juin 1893, t. III, fasc. 1, p. 24. — L'auteur, après avoir rappelé notre travail sur la topoalgie, rapporte un certain nombre de cas de viscéralgies vésicales, à propos desquelles il discute le diagnostic et le traitement. Dans toutes ces observations, il s'agissait de douleurs, cystalgies, continues ou par accès, et accompagnées ou non d'épreintes, symptômes généralement tenaces, se présentant au milieu de l'appareil clinique de la neurasthénie et de l'hystérie. Ces urinaires sans lésions, névropathes urinaires, se distingueraient des psychopathes urinaires. Ceux-ci présentent des troubles variés de la miction (incontinence d'urine dans l'enfance, pollakiurie simple, hypochondrie urinaire combinée à l'hypochondrie génitale) par suite de l'excitation anormale que transmet à leur vessie leur caractère inquiet et pusillanime. Pour M. Mesnard, il s'agirait, au contraire, dans les cas qu'il a observés, d'une sorte de localisation de la neurasthénie sur la vessie. C'est le traitement général, isolement, vie au grand air, hydrothérapie, qui paraît réussir le mieux au point de vue thérapeutique.

Un cas de paralysie spinale syphilitique, par GLORIEUSE (*Ann. de la policlin. de Paris*, août 1893, n° 8, p. 267). — Homme de 33 ans, sans antécédents. Il souffre depuis 3 à 4 mois de douleurs lombaires, puis de paresthésies des membres inférieurs, la marche devient difficile, et il apparaît des troubles vésicaux. A l'examen, paraplégie spasmodique complète, empêchant tout mouvement, troubles vagues de la sensibilité des membres inférieurs, rétention d'urine et des selles. Le diagnostic : myélite transverse dorsale, est porté, et le malade soumis à la médication spécifique qui, 2 mois après, fut suivie d'une amélioration assez considérable pour permettre au malade de reprendre ses occupations. On constate à droite le réflexe thermique (trépidation à la suite de l'application d'un corps chaud) bien que la jambe soit thermo-anesthésiée.

Notes pour servir à l'histoire de la folie et de ses complications, par L. DÉRICQ (*Annales de la policlinique de Paris*, août 1893, n° 8, p. 251). — Notes statistiques portant sur 202 malades, entrés à l'asile en 1892. Sur 116 cas, l'hérédité nerveuse a été trouvée 87 fois, l'hérédité alcoolique 12 fois, l'hérédité congestive 17 fois. Dans les héréditaires vésaniques, on constate 15 fois l'hérédité convergente, 39 fois l'hérédité unilatérale, 33 fois l'hérédité collatérale. Le pourcentage des rapports de la paralysie générale et de la syphilis ne monte qu'à 6 0/0.

Aphonie hystérique (Hysterical aphonia), par W. SCHEPPEGREEL (*Medical News*, 16 septembre 1893, n° 1079, p. 313). — La paralysie des muscles adducteurs du larynx, ou mieux leur inaptitude à se contracter pour la phonation, n'est pas une manifestation rare de l'hystérie. L'auteur en rapporte 3 cas, dans lesquels l'examen laryngoscopique a montré l'insuffisance de la contraction des cordes vocales. Le pronostic de ces cas est bénin, surtout dans les cas récents. Le traitement est général (arsenic, strychnine, valériane, bromure) et local. Celui-ci doit consister dans les pratiques électriques, et en particulier dans la faradisation des muscles.

Paralysie congénitale du droit externe de l'œil gauche, par LAGRANGE (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, juin 1893, t. III, fasc. 1, p. 5). — Enfant de 11 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels notables, porteur depuis sa naissance d'une paralysie du moteur oculaire externe gauche, sans diplopie, sans paralysie conjuguée. On ne peut songer ni à une névrite, ni à une lésion nucléaire, ni à une myopathie. L'auteur pense qu'il s'agit d'une malformation congénitale du nerf moteur oculaire externe.

Contribution à l'étude de la physiologie du nerf, par DE BOECK (*Journal de médecine*, Bruxelles, t. II, fascicules 2 et 3, 1893). — L'auteur s'est proposé de rechercher si la transmission d'une excitation normale dans un nerf normal s'accompagne ou non d'un changement de température appréciable, ou, en autres termes, si le nerf qui fonctionne s'échauffe et se reproduit. Il passe en revue les expériences produites antérieurement sur le sujet et montre qu'elles sont criticables quant à la technique employée, aussi s'est-il servi d'appareils spéciaux dont avec la description préalable il établit les qualités. Ses expériences, faites ainsi dans des conditions inattaquables, ont été entreprises sur des grenouilles et sur des lapins. Elles lui permettent de conclure que chez ces animaux, la transmission d'une excitation normale centripète ou centrifuge dans un nerf normal, *in situ*, ne s'accompagne d'aucune variation de température dans les limites de 0°,0006. L'auteur en infère que, sans doute, les excitations normales se transmettent dans le nerf par modification de la tension superficielle des segments hétérogènes successifs qui se composent, et, par variation corrélative, de leur état électrique.

CHIRURGIE

Traitement opératoire des hémorrhoïdes (Zur operativen Behandlung der Hæmorrhoidalknoten), par FENDLER (*Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 34, p. 729). — Le procédé employé par l'auteur même avant la publication de Lange, consiste à exciser les hémorrhoïdes et à suturer la muqueuse à la peau. Il faut faire soigneusement l'hémostase. Le malade reçoit ensuite une sonde rectale enveloppée dans de la gaze iodoformée. Pendant cinq à jours il est tenu sous l'influence de l'opium, afin d'éviter la souillure de la plaie par les matières fécales. Au bout de huit jours la réunion est complète. L'auteur n'a jamais eu de complications ni de suites fâcheuses sur un grand nombre d'opérés.

Ouverture des abcès froids de la cage thoracique dans les poumons (Ueber den Durchbruch kalter Abscesse der Thoraxwandung in die Lungen), par HOFMANN (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 39, p. 729). — Les deux observations de l'auteur sont purement cliniques et ne s'appuient pas sur des autopsies.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 35 ans, tuberculeux avancé, qui présentait en même temps une tumeur fluctuante entre l'omoplate et le thorax, à la hauteur des 5e et 6e vertèbres dorsales, toutes les deux douloureuses. Par la ponction on avait retiré un pus fluide. Un soir le malade fut pris de vomique avec expectoration abondante. La tumeur avait diminué. Il s'agissait donc d'un abcès froid d'origine vertébrale ouvert dans une bronche. Le malade ne fut plus revu.

La seconde observation, très analogue à la précédente, a trait à un tuberculeux au début, déjà opéré d'un abcès froid de la région cervicale. Depuis quelque temps il présentait une expectoration purulente très abondante et qui ne tarissait pas. Une tumeur fluctuante se trouvait dans le dos à la hauteur de la 12e vertèbre, très douloureuse. L'ouverture de l'abcès avait presque tari l'expectoration, mais les injections dans la fistule provoquaient des accès de toux et de suffocation. Il existait donc une communication entre l'abcès froid et une bronche. Le malade ne fut pas revu.

Péritonite localisée (Extensive localised peritoneal abscess; abdomen flushed out and wounds permanently closed; rapid recovery), par POLLARD (*Lancet*, 9 septembre 1893, p. 632). — Une fille de six ans entre à l'hôpital le 4 avril 1893 ; elle est émaciée, l'abdomen est distendu et il y a un écoulement de pus par l'ombilic. Cette affection avait commencé cinq semaines auparavant par des maux d'estomac et de la diarrhée. Puis la diarrhée fit place à la constipation. Il y avait des vomissements non stercoraux. Le faciès est grippé. On endort l'enfant et on passe une sonde dans la fistule ; on incise et on explore l'abdomen. On trouve que la cavité de l'abcès s'étend à droite jusque sous le diaphragme, au-dessus du foie et à gauche jusqu'à la rate. D'autre part, il se prolongeait jusque dans les flancs et dans le bassin. Lavage de la cavité à l'eau boriquée ; grattage du trajet fistuleux. Guérison.

Abcès de la rate (A case of abscess of the spleen), par Howe (*Medical News*, 7 octobre 1893, p. 405). — Un homme de 21 ans, à la suite de travaux manuels considérables, fut pris de douleurs dans le côté gauche; on constata à ce niveau une légère saillie de la région et une augmentation de l'aire de matité de la rate. A la palpation, on pouvait percevoir une tumeur de l'hypochondre gauche. On fit le diagnostic de tumeur de la rate avec périsplénite. On appliqua de la glace sur la région et on prescrivit de la quinine. Mais la douleur devint plus intense, le malade éprouva de l'anxiété; il se forma sur le cou, la face, le dos et les bras une grande quantité de petits furoncles. Les ganglions des aines et des aisselles augmentèrent de volume. Le 11 octobre, on fit une incision au-dessous du bord de la 10e côte; on évacua ainsi du pus avec des lambeaux de tissu hépatique. On fit un lavage de la cavité et on mit un drain. Il y eût une amélioration considérable, mais le pus se reforma et les symptômes redevinrent aussi alarmants qu'auparavant. Le 29, le malade fut brusquement pris d'un violent besoin d'aller à la selle et rendit une grande quantité de pus et de sang. Le 5 novembre, le malade eut une vomique qui se prolongea pendant un mois, puis disparut graduellement et la guérison survint.

Paralysie diphtérique; Allocheirie (Diphtherial paralysis; allocheiria), par Gay (*Lancet*, 21 octobre 1893, p. 999). — Une petite fille de 13 ans, ne présentant aucun antécédent nerveux, eut une angine diphthérique grave. Lors de la convalescence elle eut de la paralysie au voile du palais et au larynx, elle eut de la diplopie, les pupilles dilatées et un affaiblissement général; la malade présentait au plus haut point le signe de Romberg et une ataxie très marquée des quatre membres. Les réflexes étaient disparus. La vision des couleurs, l'ouïe étaient conservées; l'odorat avait disparu dès le début. Il y avait un peu d'anesthésie, les sensations intenses étaient rapportées par la malade aux points symétriques de ceux qui étaient le siège de l'excitation. Pas de trouble de la sensibilité thermique; le sens musculaire était très diminué. N'ayant trouvé aucun antécédent nerveux, l'auteur ne croit pas devoir mettre sur le compte d'une hystérie concomitante l'aphonie, l'anosurie et les troubles de la sensibilité générale.

Néphrite aiguë avec accidents urémiques à forme cérébrale, dans le cours des oreillons, précédant une orchi-vaginalite double. Guérison, par Troussaint (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, octobre 1893, p. 332). — Un homme entre à l'hôpital avec les oreillons le 1er février; le 5 la température monte à 39° avec douleur vive du testicule sans gonflement; le malade est somnolent. La nuit suivante, à 4 heures, le malade est pris d'une violente attaque convulsive et reste ensuite dans le coma. Les urines sont supprimées; avec le cathéterisme on obtient un peu d'urine ne contenant pas d'albumine. Une deuxième crise convulsive survint à 7 heures du matin. On retire de nouveau de l'urine à 11 heures et on y trouve beaucoup d'albumine. On fit une saignée, on appliqua 10 ventouses scarifiées sur la région lombaire et on prescrivit des inhalations d'oxygène. Diète lactée, purgatifs. Le 9 le malade a recouvré ses facultés et souffre du testicule. On constate un gonflement et une rougeur du scrotum avec épanchement abondant dans les vaginales.

Sangsue du larynx expulsée sous l'influence de pulvérisations phéniquées, par Berthoud (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, octobre 1893, p. 329). — Un homme de 22 ans entre à l'hôpital avec le diagnostic de phthisie pulmonaire au début. L'examen des poumons ne révèle aucun signe de tuberculose: une hémoptysie est survenue brusquement en pleine santé et elle s'effectue à la suite de quintes de toux. En présence de ces faits, l'auteur pense qu'il s'agit d'une sangsue dans l'arrière-gorge, accident assez fréquent en Algérie; le malade accuse des picotements au niveau du cou et respire difficilement. Un examen au laryngoscope ne permet pas de voir la sangsue, ce qui montre qu'elle est au-dessous des cordes vocales. On installe le malade devant un pulvérisateur chargé d'une solution phéniquée à 1 0/0 et on dirige le jet dans la bronche grande ouverte: dès les premières inhalations surviennent des efforts de toux qui expulsent une sangsue de taille ordinaire et parfaitement vivante.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine, publié sous la direction de MM. Charcot, Bouchard, Brissaud. T. V. Paris, G. Masson, 1893.

Ce volume comprend l'étude des maladies du cœur, par M. André Petit; l'étude des maladies des vaisseaux sanguins, par M. Œttinger, et celle des maladies des reins et des capsules surrénales, par M. Brault. Entre les chapitres consacrés aux maladies des vaisseaux et ceux qui traitent des maladies des reins, se trouve insérée l'histoire du rhumatisme articulaire aigu. Nous avons dit autrefois, en analysant le premier volume et en parlant du plan général de l'ouvrage, combien il était regrettable que le rhumatisme articulaire aigu n'ait point été rapproché soit des maladies infectieuses, ce qui eût précisé sa nature, soit de la goutte et du rhumatisme chronique, ce qui eût permis d'établir, au point de vue de la séméiologie générale, des considérations cliniques d'un intérêt indéniable. Nous espérons cependant, qu'à la place où elle a été intercalée, les lecteurs sauront retrouver une étude qui mérite d'être lue. M. Œttinger, s'il a été très concis, a été, en effet, très complet. Le chapitre qu'il a consacré au rhumatisme ne compte que 42 pages, mais elles sont écrites avec une si lumineuse clarté que l'on y trouve tous les enseignements pathogéniques, cliniques et thérapeutiques que l'on est en droit d'exiger. Nous signalerons, en particulier, les chapitres dans lesquels se trouve si bien défini ce qu'il faut entendre par pseudo-rhumatismes et ceux qui traitent des manifestations viscérales et cutanées du rhumatisme.

M. le docteur André Petit a écrit sur les maladies du cœur un ouvrage aussi consciencieux que précis et complet.

Il ne s'est pas contenté de résumer ou de décrire les lésions et les symptômes des maladies cardiaques. Il a cité avec la plus scrupuleuse exactitude les noms de tous ceux dont il analysait les travaux. Il n'a point négligé la thérapeutique, et les sages conseils qu'il donne à cet égard, soit en affirmant l'utilité, récemment niée, de la révulsion précordiale, soit en combattant l'optimisme de ceux qui prétendent guérir les lésions vulvaires par une cure hydro-minérale, prouvent avec quelle sagacité clinique il a traité toutes ces questions si intéressantes. Elève de M. Potain, dont les recherches personnelles ont contribué à éclairer un si grand nombre de sujets d'une interprétation difficile, M. A. Petit a emprunté à son éminent maître quelques figures que l'on consultera avec fruit et qui serviront de guide aux médecins et aux élèves. Dans le chapitre qui traite des névroses cardiaques, nous aurions aimé voir, après les tachycardies et les palpitations, signaler et surtout interpréter au point de vue pathogénique les arythmies ou intermittences cardiaques qu'il importe, à notre avis, de bien séparer des palpitations proprement dites. Mais ce n'est là qu'une bien légère divergence d'opinion. Nous tenons surtout à bien recommander cette étude très clinique, très complète des lésions et des maladies du cœur.

Outre le chapitre que nous avons cité, M. Œttinger a écrit sur les maladies de l'aorte et des vaisseaux périphériques deux chapitres dans lesquels il a montré toutes les qualités d'un esprit judicieux et éclairé, très au courant de l'état de la science, excellant à mettre en relief celles de ses acquisitions qu'il est surtout utile de connaître.

Les parties traitées par MM. A. Petit et Œttinger l'ont été surtout au point de vue historique et critique; M. Brault, qui a personnellement contribué à élucider bien des parties de l'étude des néphrites, était tout désigné pour traiter non seulement au point de vue didactique, mais encore au point de vue du progrès scientifique, les chapitres si importants consacrés à l'étude des maladies des reins. On comprendra qu'il soit impossible, dans une courte revue bibliographique, de signaler toutes les idées neuves ou les aperçus intéressants semés dans ces pages. Il nous suffira, et ce n'est point un éloge banal, d'en recommander l'étude attentive à tous ceux qui désormais voudront se faire une idée de l'anatomie pathologique, éclairée par d'excellentes figures, de la pathogénie ou de la séméiologie générale des maladies des reins. Ce beau travail termine dignement un très remarquable et très utile volume du Traité de médecine.

L. Lereboullet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Contribution a l'étude des malformations congénitales du cœur. maladie de Roger, par Paul L. Reiss, A. M.

1° A. — La maladie de Roger au point de vue anatomo-pathologique est caractérisée par une perforation siégeant au septum membraneux de la cloison inter-ventriculaire; tantôt à l'espace sous-aortique, tantôt à l'espace mitral, tantôt à ces deux espaces à la fois.

B. — L'étendue de l orifice varie du diamètre d'une plume d'oie à celui d'une pièce de deux francs.

C. — Les bords en sont constitués par un épaississement de l'endocarde pouvant fermer quelquefois valvule.

Cette ouverture peut présenter d'ailleurs l'aspect d'une ouverture à l'emporte-pièce.

D. — L'orifice est parfois disposé de telle façon qu'il indique le sens de la circulation intra-ventriculaire.

Du côté du ventricule gauche l'orifice est allongé et sinueux; du côté du ventricule droit, il est au contraire arrondi et proéminent.

2° Le trou de Botal est oblitéré, il en est de même du canal artériel. L'aorte peut être légèrement déplacée vers la droite et ses valvules disposées d'une façon légèrement anormale.

3° A. — Chez l'adulte, dans presque tous les cas, l'autopsie a démontré que le ventricule qui reçoit la quantité de sang supplémentaire est dilaté ou hypertrophié. Dans les cas où la dilatation n'existe pas, il s'agit d'enfants. L'un âgé de 3 semaines, l'autre de 26 mois, un troisième de 8 ans, et enfin dans un seul cas, il s'agit d'un homme de 21 ans.

B. La dilatation des gros vaisseaux existe assez fréquemment dans la maladie de Roger et semble siéger du côté du ventricule hypertrophié.

Hystérectomie abdomino-vaginale, méthode Péan, dans les cas de gros fibromes utérins, par Albert Ramon.

1° L'hystérectomie abdomino-vaginale est l'opération de choix, dans les cas de gros fibromes utérins ayant envahi le col. Il n'y a d'exception que si les ligaments larges sont fixés aux fosses iliaques, et par suite le pédicule impossible à abaisser.

2° Cette opération pourrait être appliquée aux fibromes plus petits ainsi qu'aux fibromes compliqués de cancer du col. Dans tous les cas il faut distinguer :

a. Si le fibrome est plus petit qu'une tête de fœtus à terme. Hystérectomie totale vaginale.

b. Si le fibrome atteint le volume d'une tête de fœtus à terme et le col n'est pas envahi : Hystérectomie supra-vaginale avec fixation du pédicule à la paroi abdominale.

c. Cette opération pratiquée par Péan (le 8 janvier 1888) consiste en deux temps distincts.

3° Hystérectomie abdominale supra-vaginale.

4° Morcellement par le vagin du pédicule.

5° Cette opération enlevant tout le mal est une opération idéale, par conséquent supérieure aux hystérectomies partielles.

6° Elle est supérieure à l'hystérectomie abdominale totale, parce qu'elle expose moins aux hémorrhagies (1 seul cas sur 28).

Ces avantages ressortent clairement des observations précédentes : Durée de 25 minutes à 2 heures. Facilité opératoire. Pas de sang qui aveugle. Pas d'hémorrhagies tardives. Pas de sutures difficiles à bien placer au fond de la plaie abdominale.

De l'arthrodèse tibio-tarsienne dans les cas de pieds-bots paralytiques, par Alphonse Renault.

L'arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne est une bonne opération. Elle est préférable à la résection qui nécessite une ablation plus ou moins considérable de tissu osseux, et qui est suivie d'une mobilité partielle. Dans la majorité des cas où elle a été faite, on a obtenu une bonne fixité du pied et une marche très convenable, se faisant sur la face plantaire.

Si elle ne réussit pas dans certains cas, c'est qu'elle a été faite sur des membres dont les troubles trophiques étaient très accentués.

Elle doit être faite de préférence par la voie externe qui donne plus de jour et qui permet de faire une tarsectomie, si l'on découvre des lésions osseuses assez avancées.

C'est le traitement de choix pour les pieds ballants.

Elle est encore indiquée dans les pieds-bots paralytiques qui ont résisté aux ténotomies multiples et à l'emploi d'appareils prothétiques.

VARIÉTÉS

Le cinquantenaire de la Société de Chirurgie.

De la remarquable étude historique lue par M. Monod à la séance solennelle, nous extrayons les passages suivants relatifs à la fondation et à l'évolution de la Société de chirurgie :

« On lit à la première page du premier volume de nos Bulletins : *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, séant à l'Hôtel de Ville.* A l'Hôtel de Ville ! Qu'est-ce à dire? Que venait faire la jeune Société dans le palais municipal ? Eprouvait-elle le besoin de se donner une attache officielle ? Était-elle à ce point défiante d'elle-même ? Ou bien, sous d'humbles apparences, cachait-elle de hautes visées ?

Non, messieurs; la solution du problème est bien plus simple. En siégeant à l'Hôtel de Ville, les membres fondateurs de notre Société visaient seulement à l'économie. En gens sages, pour diminuer leurs frais, ils avaient demandé au comte de Rambuteau, alors préfet de la Seine, de mettre à leur disposition une des salles de réunion dont il disposait. Le préfet s'était gracieusement rendu à leur désir. La Société de chirurgie lui en témoigna publiquement sa gratitude. Il nous est agréable de rappeler ce souvenir et de rendre, à notre tour, à la mémoire du comte de Rambuteau un reconnaissant hommage.

L'Hôtel de Ville de 1843 a été brûlé, et avec lui le berceau de notre Société. J'aurais eu plaisir à y faire un pieux pèlerinage et à évoquer devant vous la modeste salle où se tinrent nos premières séances.

C'était, paraît-il, une chambre banale, de dimensions moyennes, pourvue d'une table servant de bureau et de quelques chaises. Elle ne nous était pas même exclusivement réservée. Diverses sociétés l'occupaient à tour de rôle, le mercredi excepté, jour où elle appartenait à la nôtre. Nous y possédions une ou deux armoires fermant à clef, où le secrétaire et le trésorier enfermaient les archives, les quelques livres qui composaient alors notre bibliothèque, voire même parfois un peu d'argent, qu'il eût mieux valu, vous le verrez dans un instant, déposer en un lieu plus sûr. »

A cette époque, en effet, aucune Société chirurgicale n'existait plus.

« L'Académie de chirurgie, de glorieuse mémoire, n'existait plus depuis 1793. Un décret de la Convention l'avait supprimée, ainsi que toutes les autres sociétés scientifiques.

L'Académie de médecine, remplaçant l'ancienne Société royale de médecine, avait seule été reconstituée en 1820. Au début, les chirurgiens y avaient une place à part : les membres de l'Académie se divisaient en effet en sections, délibérant séparément, parmi lesquelles, naturellement, se plaçait une section de chirurgie. Mais, depuis 1829, cette organisation avait été modifiée ; l'Académie ne s'assemblait plus que toutes sections réunies. Il dépendait du hasard ou de la bonne volonté du bureau que des questions de chirurgie fussent mises à l'ordre du jour. Et encore ne s'agissait-il, en général, que de grandes discussions, menées avec un certain apparat, où la chirurgie pratique ne trouvait guère sa place. Ajoutons que, dans la docte assemblée, les chirurgiens étaient peu nombreux, et que les occasions d'y entrer étaient rares ; il fallait alors la disparition de trois membres titulaires pour qu'une place fût déclarée vacante.

On comprend que, dans de telles conditions, l'on eût le désir de fonder une société exclusivement réservée aux chirurgiens. Dès 1838, l'autorisation nécessaire avait été demandée et accordée. Je n'ai pas pu savoir pourquoi il ne fut pas donné suite à ce projet.

Il fut repris en 1842 par Auguste Bérard, qui s'en ouvrit à ses collègues dans une de ces réunions familières dont je parlais tout à l'heure.

Bérard était arrivé à l'apogée de sa carrière. Chirurgien des hôpitaux depuis 1831, membre de l'Académie de médecine, il venait, après un brillant concours, d'être nommé professeur de clinique à la Faculté (1842). Il n'avait que quarante ans, aimait passionnément son art, et cherchait toutes les occasions d'en hâter les progrès.

Bérard est le véritable fondateur de la Société de chirurgie.

Seize des collègues de Bérard répondirent dès la première heure à son appel. Vous me saurez gré de reproduire ici leurs

noms, tels que vous les trouverez en tête de nos statuts, inscrits suivant leur ordre de nomination au Bureau central.

Sont *fondateurs de la Société*, lisons-nous à l'article 3 de ce document :

MM. Auguste Bérard, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, membre de l'Académie royale de médecine de Paris.

Gustave Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Alphonse Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Guersant fils, chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Danyau, chirurgien adjoint de la maison d'accouchements, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Malgaigne, chirurgien à l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ph. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Nélaton, chirurgien de l'Hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Denonvilliers, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Maisonneuve, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Chassaignac, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cullerier, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Marjolin fils, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

De ces hommes d'élite, qui tous, à des titres divers, se sont it un nom dans la science, deux seulement survivent.

L'un est M. Maisonneuve, chez lequel on peut regretter certains excès opératoires, mais qui n'en reste pas moins un chirurgien de race, joignant aux plus rares aptitudes une intelligence supérieure — il vit depuis longtemps, loin de Paris, dans une retraite absolue.

L'autre, nous le disions il y a un instant, c'est M. Marjolin, que l'on appelait alors Marjolin *fils*. Nommé chirurgien du Bureau central, l'année qui précéda la fondation de notre société, M. Marjolin n'avait, à cette époque, que trente et un ans, et considérait comme un privilège d'être associé par ses aînés à leur entreprise. Il crut qu'il ne pouvait mieux leur en marquer sa reconnaissance qu'en travaillant au succès de l'œuvre commune avec un zèle et un dévouement qui ne se sont jamais démentis.

J'ai dit tout à l'heure le rôle important joué par celui qui ouvre la liste des membres fondateurs ; pourquoi n'insisterais-je pas sur les services rendus par celui qui la ferme? Parcourez nos premiers Bulletins, vous verrez toujours René Marjolin sur la brèche : trésorier, secrétaire-archiviste, puis secrétaire général, vice-président, enfin président, ne marchandant jamais ni son temps ni sa peine. C'est à lui que nous devons le premier compte rendu de nos travaux lu en séance annuelle ; il dut en quelques pages résumer l'œuvre accomplie par la Société pendant dix années. Ce fut encore lui qui se chargea de cette lourde tâche pendant les cinq années suivantes; il était cependant alors secrétaire général, et le règlement l'autorisait à laisser le soin du compte rendu au secrétaire annuei, autorisation dont ses successeurs ne manquèrent pas de se prévaloir. C'est encore M. Marjolin qui, le premier, mit de l'ordre dans nos collections de livres et dans nos archives; M. Larrey, dans son discours de sortie, en 1852, l'en remercia publiquement. L'année suivante, lors de notre installation rue de l'Abbaye, Danyau, prononçant à cette occasion l'allocution d'usage, rendit hommage au secrétaire général dans des termes que je tiens à citer : « Dans tout ce qui s'est accompli, disait-il, sa part a été si grande que nous n'hésitons pas à proclamer qu'il a bien mérité de la Société. Cette formule suffisait aux anciens, et M. René Marjolin s'en contenterait sans doute. Qu'il nous permette cependant d'ajouter quelques mots et de dire que c'est à son mouvement généreux, à sa vive impulsion, à son zèle ardent, à son activité infatigable que nous devons la transformation à laquelle vous assistez aujourd'hui. Tant d'efforts et un si complet succès méritent toute notre reconnaissance, et nous ne doutons pas que vous ne vouliez la consacrer par un vote spécial. »

Je ne doute pas, à mon tour, messieurs, que vous ne soyez heureux de ratifier par vos acclamations le vote de nos prédécesseurs.

Les dix-sept membres fondateurs se réunirent pour la première fois le 25 août 1843. Leur premier acte fut de voter les statuts et le règlement élaborés par le bureau provisoire.

Ces statuts établissaient que la Société se composerait de membres honoraires et titulaires, de correspondants nationaux et étrangers. Le bureau comprenait un président, un vice président, un secrétaire-archiviste et un trésorier. Le poste de secrétaire général ne fut créé qu'en 1853. La garde des archives et des livres fut, à la même époque, confiée à un bibliothécaire.

Du règlement, je ne retiens qu'un trait, qui montre l'esprit pratique de nos prédécesseurs. La Société devait se réunir tous les mercredis, à trois heures et demie. Une première feuille de présence était signée par les membres arrivés en temps utile; à quatre heures elle était retirée et contre-signée par le président. Une seconde feuille, dite d'émargement ou de sortie, était présentée à quatre heures et demie à la signature en séance. Tout membre qui n'avait pas signé les deux feuilles était passible d'une amende de 5 francs. Cet article du règlemenf est encore en vigueur. Il est permis de croire qu'il a eu sur la bonne marche de la Société une influence salutaire.

Voici donc la Société constituée. Comment fut-elle accueillie? Son entrée dans le monde s'effectua sans bruit. Aucun journal médical ne parla de sa séance d'inauguration, ni même ne mentionna sa fondation. Encore moins y trouve-t-on trace de ses premiers travaux.

On s'occupait cependant en haut lieu de la Société nouvelle, et cela sans aucune sympathie. On ne voyait pas volontiers les chirurgiens faire bande à part.

N'allait-on pas, disait-on, réveiller l'ancienne rivalité de la médecine et de la chirurgie? C'était avoir bonne mémoire, mais aussi retarder un peu; il était passé, le temps des longues luttes que dut soutenir la chirurgie pour conquérir sa place au soleil.

Quelques-uns, sans aller si loin, redoutaient de voir l'ancienne Académie de chirurgie renaître de ses cendres et porter ombrage à l'Académie de médecine. Aussi l'opposition la plus vive vint-elle de l'Académie, bien que celle-ci comptât un de ses membres parmi les fondateurs de la Société de chirurgie.

L'hostilité se manifesta surtout par l'abstention de ceux qui auraient dû, semble-t-il, s'empresser de soutenir notre Société par leur présence. Un article de nos statuts portait que « les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris, en exercice depuis plus de douze ans au 1er juillet 1843, pourraient être admis, sur leur demande, à faire partie de la Société comme membres honoraires. » Un seul, M. Marjolin père, répondit à cet appel, et lorsqu'il mourut, en 1850, son nom était encore le seul qui fût sur la liste de nos membres honoraires.

La Société de chirurgie ne s'émut point. Consciente de son rôle, modeste mais bien défini; n'ayant d'autre but, comme elle aimait à le rappeler, que de donner à ses membr s une occasion « de se communiquer les faits importants recueillis dans l'intervalle des séances, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, de discuter les divers points de théorie et de pratique encore obscurs, et d'établir des rapports scientifiques avec les confrères de France et de l'étranger » (1);

(1) Avant-propos des mémoires (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. I, p. XVII).

n'ayant d'autre ambition « que de travailler sans relâche à l'étude et aux progrès de la chirurgie » (1); certaine de triompher un jour et d'entraîner les moins bienveillants, elle se mit simplement à l'œuvre.

Nous ne savons rien des premières séances de la Société. Le premier volume des Bulletins date de 1848. Les procès-verbaux des cinq années précédentes ont été détruits, dans cette même année, pendant les journées de juin. L'Hôtel de Ville avait été envahi par le peuple armé. On força nos armoires; on fit main basse sur les quelques centaines de francs qui y étaient enfermées, et — malheur irréparable — les archives de la Société furent dilacérées. M. Marjolin conserve pieusement quelques débris informes de ces précieux papiers.

Le premier soin du bureau, après ce fâcheux événement, fut d'avoir désormais recours, pour ses procès-verbaux, à la typographie, gardienne plus fidèle et plus sûre de la pensée humaine que la meilleure des écritures.

La Société avait d'ailleurs un bien autre souci, celui de trouver un abri. Elle n'entendait pas s'exposer de nouveau à l'orage en rentrant à l'Hôtel de Ville, et ayant à cœur de ne pas interrompre une seule fois le cours de ses séances — ce qu'elle ne fit jamais, pas plus en 1848 que plus tard, pendant l'année terrible, ni dans les jours plus troublés encore de la Commune (2), — elle accepta temporairement l'hospitalité que lui offrait à l'Ecole pratique un de ses membres, M. Gosselin, alors chef des travaux anatomiques.

Presque aussitôt elle entrait en arrangement avec la Société philomathique, qui lui céda, pour le mercredi, la jouissance de la pièce qu'elle occupait rue d'Anjou-Dauphine.

Cette nouvelle étape ne pouvait être, à son tour, que provisoire. La Société de Chirurgie avait l'ambition d'être *chez elle*. Le local désiré fut enfin trouvé, dans le vieux palais abbatial de Saint-Germain-des-Prés, rue de l'Abbaye, près du quartier des Ecoles, au troisième étage d'une maison tranquille, dans une rue peu bruyante.

Vous connaissez tous le lieu actuel de nos réunions. Peut-être le trouvez-vous aujourd'hui bien modeste et un peu exigu. Tel n'était pas l'avis de nos prédécesseurs.

A cette prospérité matérielle correspondaient des progrès d'ordre plus élevé. Denonvilliers, président sortant en 1854, se plaisait à constater « l'extension prise tout à coup par la Société de Chirurgie ».

Le nombre des membres titulaires s'était peu à peu accru. On touchait au moment « où l'on serait au complet ». Ce jour se fit attendre encore deux ans. Il marque une date dans l'histoire de notre Société. C'est au mois de juillet 1856 que le président Gosselin, dans son discours de sortie, pouvait annoncer à ses collègues qu'il n'y avait plus qu'une place de titulaire vacante, pour laquelle se présentaient huit concurrents. Il terminait son allocution en disant : « Pourquoi parler encore des détracteurs de la Société de chirurgie ? Il n'en existe plus, si j'ai su bien recueillir les bruits du dehors. Il me semble que ceux qui autrefois nous blâmaient ou nous raillaient ont cessé de le faire; que les railleurs sont devenus indifférents; que les indifférents applaudiraient volontiers. Marchons toujours dans la même voie, messieurs; continuons à étudier sans amertume et sans jalousie les grandes questions chirurgicales; ne cessons pas de donner l'exemple de la concorde; sachons rendre nos réunions assez attrayantes pour nous y trouver heureux, et soyez sûrs qu'avant peu notre Société n'aura plus que des approbateurs. »

Les jours difficiles étaient passés. La victoire était remportée. La Société de chirurgie avait vu venir à elle ceux qu'elle considérait et respectait comme des maîtres. Roux, Lallemand, Jules Cloquet, Gerdy, Ph. Bérard, René Duval, Hervez de Chegoin, Ph. Boyer, Velpeau, Bégin, acceptaient successivement le titre de membres honoraires.

On ne saurait trop insister sur ce rôle bienfaisant et pacificateur de notre Société, qui réunit sur le pied de la plus cordiale égalité des maîtres illustres, des membres de l'Académie, voire même de l'Institut, et de jeunes chirurgiens, tout frais échappés du concours, n'ayant d'autre souci, les uns et les autres, que de travailler au progrès de leur art.

L'entrée parmi nous de Jacques-René Duval, nommé par acclamation membre honoraire le 28 décembre 1852, fut particulièrement fêtée. Il était alors âgé de près de cent ans. Reçu docteur en 1786, il avait soutenu sa thèse à l'Ecole royale de chirurgie, sous la présidence de Chopart. Depuis longtemps il était l'unique survivant des membres de l'ancienne Académie de chirurgie. On se plut à voir en ce vénérable représentant d'une grande époque comme un trait d'union entre la jeune Société et son illustre devancière. L'allocution qu'il prononça dans la séance du 12 janvier 1853 a été conservée dans nos *Bulletins*. Deux ans après, il arrivait au terme de sa longue carrière. Son petit-fils — vous avez nommé notre collègue M. Marjolin — nous donnait en souvenir de son aïeul une somme qui fut consacrée à récompenser la meilleure thèse de chirurgie soutenue dans l'année. C'est notre « Prix Duval ».

Comme celui des membres titulaires et honoraires, le nombre des membres correspondants nationaux s'est accru suivant une progression, lente d'abord, puis singulièrement rapide. Il était de 6 en 1847; il ne s'augmenta que de 10 dans les quatre années suivantes. Puis les candidatures commencèrent à affluer. On procéda à 29 élections entre 1851 et 1855. La Société inscrivait sur sa liste de correspondants la plupart des chirurgiens qui en province s'étaient fait un nom : Letenneur (de Nantes), Jules Roux (de Toulon), Debrou (d'Orléans), Bonnet, Diday, Gensoul, Parise et Pravaz (de Lyon), Sédillot (de Strasbourg), Bouisson (de Montpellier), Notta (de Lisieux), Maunoury père (de Chartres), Bardinet (de Limoges), etc.

Six ans ne sont pas écoulés que le président, dans son discours annuel, constate que le nombre des postulants dépasse de beaucoup celui des vacances.

On augmenta le nombre des places à donner. Il avait été d'abord illimité : fixé à 70 en 1850, il fut porté à 100 en 1881, et, quatre ans plus tard, encore accru de 25.

Il me plairait de citer ici les noms de tous ceux, non moins éminents, qui sont venus se joindre aux élus des premières années, et dont un si grand nombre nous ont fait l'honneur et l'amitié d'assister à cette fête. La liste en serait trop longue. Ils voudront bien se contenter du souhait impersonnel de bienvenue que je suis heureux de leur adresser à nouveau, au nom de leurs collègues de Paris.

Je ne songe pas davantage à faire devant vous le dénombrement de nos membres correspondants étrangers. Je ne céderais cependant qu'à un mouvement de légitime orgueil en procédant à la simple lecture de tous les noms fameux que vos secrétaires généraux ont eu la satisfaction d'inscrire successivement sur leurs registres.

Dès 1852, il fut décidé, sur la proposition de M. Larrey, que les associés étrangers formeraient désormais une classe distincte de celle des correspondants étrangers, afin de pouvoir offrir à certaines illustrations de la chirurgie un titre qui ne pouvait être demandé, mais qui fut toujours accepté avec reconnaissance.

Les premiers membres associés furent V. Mott (de New-York), Jæger (de Vienne), Chelius (d'Heidelberg), Textor (de Wurtzbourg), Brodie, Lawrence, Travers et Guthrie (de Londres), Ballingale (d'Edimbourg), Crampton (de Dublin), Grimm (de Berlin), Arendt (de Saint-Pétersbourg), Ammon (de Dresde), Mayor (de Genève), tous morts aujourd'hui.

La Société, en 1863 et en 1865, confiait à deux de ses membres le soin de faire, en séance solennelle, l'éloge de Brodie et de Guthrie, et montrait, en leur accordant les mêmes égards qu'à ses membres nationaux, en quelle haute estime elle les tenait.

Nous comptons aujourd'hui 20 associés et 10 correspondants étrangers. Ceux d'entre eux que la distance et surtout l'époque, à certains égards fâcheuse, que nous avons dû choisir pour cette réunion, tiennent éloignés de nous, ont voulu du moins, vous l'avez entendu, nous envoyer le témoignage écrit de leurs regrets et l'expression de leur chaude sympathie.

(1) R. Marjolin, Compte rendu des dix premières années (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 30).

(2) Un seul mercredi, en cinquante ans, la Société de chirurgie n'a pu tenir séance. C'était le 24 mai 1871, jour où le combat était engagé dans les rues de Paris entre l'armée et les partisans de la Commune.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

Rédacteur en chef : Dr L. LEREBOULLET. — Secrétaire de la Rédaction : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 10 novembre 1893.

Du rôle de l'Académie de médecine au point de vue administratif et déontologique.

Pour être en mesure de juger en toute impartialité l'incident qu'a soulevé devant l'Académie de médecine la communication officielle du rapport adressé à M. le ministre de l'Intérieur par MM. Brouardel et Dieulafoy, il importe de préciser au préalable dans quelles conditions se trouvaient placés les médecins-experts délégués à Bournemouth par le Gouvernement français.

Préoccupé de satisfaire aux exigences de l'opinion publique, qui lui reprochait à tort de traiter comme un malade condamné à bref délai un accusé que réclamait la justice de son pays, le Gouvernement avait, le 20 juin dernier, confié à deux médecins, dont le savoir et l'honnêteté professionnelle n'ont jamais pu être contestés, la mission de vérifier l'état de santé de Cornelius Herz et de décider s'il était ou non en état de se présenter devant ses juges. MM. Charcot et Brouardel avaient accepté cette mission délicate. Ils l'avaient remplie dans des conditions telles que leurs conclusions, momentanément favorables au système de défense invoqué par l'inculpé, n'auraient dû soulever aucune objection. Il arriva cependant que, malgré l'autorité indéniable des médecins qui avaient signé ce premier rapport, des insinuations aussi injustifiables que perfides vinrent, durant plusieurs jours, exciter les mauvaises passions de ceux qui ne recherchent que par le scandale une passagère notoriété. Aux allégations dirigées contre l'éminent et respecté doyen de la Faculté de médecine de Paris — M. Charcot était mort — on substitua des interviews si inacceptables au point de vue scientifique qu'il paraissait à tous nécessaire d'opposer « à toute légende, à tout malentendu qui pourrait être tenté de se substituer à la vérité », un récit exact des conditions dans lesquelles une nouvelle expertise avait été jugée nécessaire et des résultats cette fois définitifs d'une enquête médico-légale irréfutable.

MM. Brouardel et Dieulafoy pouvaient donc désirer la publication officielle des conclusions de leur rapport. Et celles-ci pouvaient et devaient se borner à affirmer que la maladie de Cornelius Herz s'était améliorée sous l'influence d'un régime et d'un traitement appropriés, et permettait au mois de novembre ce qu'il avait été impossible d'autoriser au mois de juin. Communiquée aux journaux par le ministère de l'Intérieur, une note explicite, reproduisant les instructions données par le Gouvernement français à ses agents diplomatiques, eût suffi non seulement pour éclairer l'opinion publique, mais encore pour prouver à ceux qui feignaient de les mettre en doute la bonne foi, la science clinique et l'autorité des experts.

Une autre procédure a été préférée. On a pensé que l'Académie de médecine, « instituée pour répondre aux demandes du Gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique et principalement sur... les différents cas de médecine légale... », pourrait accepter la lecture du rapport rédigé par MM. Brouardel et Dieulafoy, le discuter au besoin et permettre ainsi aux nombreux reporters avisés de cette lecture de publier *in extenso* un document qui, par sa nature même, ne pouvait que difficilement être directement communiqué à la presse politique.

« Dépositaire des traditions d'honneur et de bonne foi scientifique du corps médical », l'Académie de médecine n'a pas voulu accepter le rôle qu'on prétendait lui imposer. Nous estimons qu'elle était dans son droit en se refusant à écouter un rapport qui ne pouvait être l'objet d'un débat public. Alors même qu'une lettre officielle, signée de M. le président du Conseil, l'eût invitée à accepter le dépôt dans ses archives ou mieux encore à approuver ou à improuver les conclusions de l'expertise faite par deux de ses membres, l'Académie eût été en droit de répondre par la question préalable à cette communication.

On ne venait point, en effet, l'entretenir d'une question médico-légale pouvant soulever des controverses scientifiques. En l'espèce, il ne s'agissait que d'un fait médical : l'état actuel de la santé d'un inculpé. Seuls les médecins-experts pouvaient décider s'il était ou non transportable, s'il pouvait sans danger réel être exposé à

de longs interrogatoires, à toutes les fatigues qu'entraîne à sa suite une procédure régulière.

D'ailleurs, au point de vue strictement administratif, l'Académie se trouvait dégagée. Aucune lettre officielle ne l'avait invitée à délibérer sur les conclusions du rapport qui lui était apporté. Comme l'ont fait remarquer plusieurs de nos collègues, la lecture de ce rapport créait donc à l'Académie un précédent fâcheux aussi bien au point de vue administratif qu'au point de vue déontologique.

A côté de la question de forme, il en est, en effet, une autre infiniment plus sérieuse à examiner. Le rapport adressé à M. le ministre de l'Intérieur par les médecins experts chargés d'apprécier l'état de santé de Cornelius Herz ne peut il être considéré comme une pièce de procédure qui ne doit jamais être publiée que le jour où un jugement non susceptible d'appel ou de cassation sera définitif? Ce rapport qui n'insiste et ne pouvait insister que sur un point spécial, le pronostic actuel ou éloigné de la maladie dont est atteint Cornelius Herz, ne rentre-t-il point, par là même, dans la catégorie des documents au sujet desquels le secret médical doit être absolu? « L'avenir, le pronostic de la maladie, a dit M. Brouardel (1), constitue le second élément du secret... » Sans doute le secret a été divulgué par les médecins anglais et le *British medical Journal* a longuement discuté le diagnostic et le pronostic d'une maladie au sujet de laquelle tant de discussions oiseuses ont été soulevées et vont continuer si l'on tient compte de la lettre que nous publions plus loin (p. 540). Sans doute aussi les conclusions du rapport de MM. Brouardel et Dieulafoy sont relativement rassurantes pour le malade qui paraît être un névrosé convalescent plutôt encore qu'un cachectique à bout de forces. Ne peut-on soutenir cependant que même à ce point de vue le secret devait être gardé? La notoriété d'un fait médical, quel qu'en soit le caractère, ne peut relever du secret professionnel le médecin ou l'avocat dont les déclarations transformeront toujours en un fait certain et avéré ce qui n'avait été jusqu'alors qu'un fait peut-être divulgué, mais livré à la controverse.

Pour tous ces motifs, l'Académie devait s'abstenir. Elle n'avait pas à affirmer publiquement — personne ne les met en doute — la sincérité, la compétence, l'honnêteté de ceux de ses membres qui avaient accepté une mission officielle qu'ils ont par deux fois remplie avec toute l'indépendance et toute la dignité professionnelle qu'on était en droit d'attendre d'eux. Elle n'avait pas été invitée officiellement à donner son avis sur un rapport médico-légal qui ne peut être discuté. Eût-elle reçu ce mandat, il lui eût été loisible d'imiter l'exemple de l'Académie royale de Belgique qui, invitée par le ministre de l'Intérieur et de l'Instruction publique à donner son avis sur un livre de philosophie et d'exégèse sacrée, a opposé la question préalable à la dépêche du ministre, ne se reconnaissant pas le droit de juger des questions qui échappent à sa compétence ou à son contrôle scientifique.

L. Lereboullet.

(1) *Le Secret médical*, p. 242.

REVUE GÉNÉRALE

A propos du traitement de la fièvre typhoïde.

La suralimentation et la diète dans la fièvre typhoïde. — Traitement de la fièvre typhoïde par les cultures pyocyaniques et les cultures typhiques.

Personne ne songe plus à mettre en doute l'utilité du bain froid simple ou de la méthode de Brand dans certains cas de fièvre typhoïde. Mais la formule par trop simpliste : « Baignez-vous et vous serez sauvés », résume-t-elle toutes les indications thérapeutiques passées et à venir? ou bien y a-t-il encore quelque chose à faire en face d'une dothiénentérie ou, pour parler le langage moderne, en face d'une infection éberthienne?

En Russie — et c'est de toute actualité — on ne se contente pas d'alimenter les typhiques, on les sur-alimente, presque comme de simples tuberculeux. Et, à ce qu'il paraît, on ne s'en trouve pas mal, à en juger du moins par deux travaux parus récemment sur la suralimentation dans la fièvre typhoïde.

Le premier travail en date est celui de Pouritz (1). C'est une étude très sérieuse et tout à fait scientifique de la question, faite à la clinique du professeur Tchoudnowsky et basée sur le dosage minutieux de l'azote des aliments et de l'urine, sur la déperdition journalière de poids, etc. Comme matériaux, deux typhiques alimentés de façon classique, c'est-à-dire soumis à la diète, et six typhiques traités par la suralimentation. Chez ceux-ci la nourriture se composait de lait (2 litres 1/2 par jour), d'œufs, de viande, de mie de pain blanc ou de biscuits anglais, de vin rouge ou de Porto, de thé, de café, de limonade, etc., en tout environ trois litres et demi de liquide.

Chimiquement, cette ration alimentaire présentait 160 gr. de substances albuminoïdes, 60 à 90 gr. de graisse et 300 gr. d'hydrocarbures, ration considérable, double de celle qui d'après Voit convient à l'entretien d'un homme bien portant, et quatre fois plus grande que celle des deux typhiques soumis à la diète.

Les recherches comparées faites sur les deux groupes ont donné les résultats suivants:

Pendant la période fébrile, l'assimilation de l'azote fut sensiblement la même dans les deux groupes : 79 à 82 0/0 (81 0/0 en moyenne) chez les typhiques à la diète, 75 à 84 0/0 (80 0/0 en moyenne) chez les typhiques suralimentés.

La quantité d'azote éliminée avec l'urine était plus forte chez les typhiques suralimentés, une fois et demie environ plus grande que chez les typhiques soumis à la diète. La quantité d'urine était considérablement augmentée chez les premiers, avec un poids spécifique sensiblement égal chez les deux. Quant à la perte journalière du poids, elle était de 60 à 90 gr. plus faible chez les premiers que chez les seconds.

Voilà donc les données purement scientifiques qui concernent le traitement en question. Cliniquement, la suralimentation ferait véritablement merveille.

Tout d'abord, le malade accepte assez bien la suralimentation. Pendant les trois ou quatre premiers jours, il faut insister pour lui faire prendre toute cette quantité d'aliments, mais à partir du cinquième jour on constate une véritable résurrection de l'appétit. Et alors changement complet du tableau. L'aspect typhique devient à peine accusé; le cœur travaille d'une façon on ne peut plus satisfaisante et pas une fois on n'a été obligé de recourir aux excitants.

(1) La suralimentation chez les typhiques abdominaux (en russe), dis-ert. inaug. St-Pétersbourg, 1891, et *Arch. de Virchow*, Bd CXXXI, Hft 2.

La diarrhée n'augmente pas : au contraire, on constate une certaine tendance à la constipation. Jamais de nausées ni de vomissements. Le ballonnement du ventre et le gargouillement sont modérés, les douleurs abdominales nulles. Les selles assez abondantes et pas trop fétides se rapprochent, comme couleur et consistance, des selles normales. La diurèse est abondante, 2 litres en moyenne par jour, et cela sans que l'urine renferme d'éléments pathologiques. Pas de complications, telles que élévation de la fièvre, rechute, etc. La convalescence se fait à pas rapides, et trois ou quatre jours après la chute de la fièvre, les malades ne veulent plus rester au lit, de sorte qu'au bout de huit jours ils se levaient déjà.

Disons enfin qu'aucun de ces malades n'a succombé et qu'en fait de traitement proprement dit on ne donnait que des bains à 35°, deux bains par jour de 15 à 20 minutes de durée.

Tous ces faits ont pu être confirmés par Kissel (1) qui a étudié cette question à l'hôpital des Enfants de Sainte-Olga, de Moscou. L'étude a porté sur 79 enfants typhiques dont la ration alimentaire se composait de 75 gr. d'albumine, 40 gr. de graisse, 120 gr. d'hydrocarbures sous forme de lait, de viande, de pain, de vin, etc. Les enfants prenaient assez volontiers cette quantité considérable d'aliments et à partir du cinquième ou sixième jour ils mangeaient de bon appétit. Comme Pouritz, Kissel a noté dans ces conditions une marche plus bénigne de la dothiénentérie, une absence de complications abdominales, la disparition de l'aspect typhique, etc. Sur ces 79, il n'y eut que deux cas de mort, tous les deux par péritonite consécutivement à la perforation de l'appendice vermiculaire. Ce qui encore d'après Kissel doit être mis sur le compte de la suralimentation, c'est la rareté de la rechute : tandis que la rechute, avec la diète, s'observerait dans environ 14 0/0 des cas (statistique personnelle), elle n'a été constatée qu'une seule fois chez les 79 enfants soumis à la suralimentation.

La suralimentation, qui donne de si bons résultats en Russie, paraît moins réussir en Allemagne. Fürbringer (2), qui a essayé de donner de la viande râpée ou finement hachée dans la fièvre typhoïde ou, d'une façon générale, dans les affections fébriles aiguës, a été obligé d'y renoncer très vite.

Tout d'abord les malades refusaient de prendre la viande, et quand même on arrivait à les suralimenter, la dyspepsie augmentait et la fièvre montait. D'après Fürbringer, la viande serait même directement nuisible en ce sens que les bacilles typhiques trouvent alors dans les peptones un terrain et un milieu particulièrement favorables à leur prolifération.

Signalons par opposition à titre de simple curiosité la méthode de Strich (3) qui ne donne même pas de lait à ses typhiques. Pendant toute la période fébrile, ses malades ne reçoivent qu'une décoction de gruau ou du riz, et, comme boisson, de l'eau bouillie ou de l'eau minérale. Inutile de dire que pendant la convalescence, l'auteur a fréquemment observé la « fièvre d'inanition ». Pourtant, sa statistique est fort belle, trop belle même : pas un cas de mort sur 180 malades dont l'âge variait de 1 à 80 ans. Un des avantages de ce traitement — et tout le monde l'admettra avec l'auteur qui y insiste d'une façon toute particulière — c'est qu'il est à la portée des gens pauvres, et même « très pauvres ».

*
* *

L'idée de traiter la fièvre typhoïde par les injections sous-cutanées de cultures stérilisées de bacille pyocyanique est certainement originale. Th. Rumpf de Hambourg) (1), auquel cette idée appartient en propre, dit avoir ainsi obtenu des résultats thérapeutiques vraiment remarquables.

Mais tout d'abord, pourquoi le bacille pyocyanique, en somme peu en faveur parmi les médecins, plutôt qu'un autre microbe plus renommé ? La raison que nous donne M. Rumpf n'est pas bien nette. Il a voulu voir si les produits solubles d'un micro-organisme n'ayant aucun rapport avec l'infection à traiter, peuvent exercer une influence favorable sur la marche de la maladie infectieuse en question ; et il s'est adressé au bacille pyocyanique comme à un micro-organisme en somme peu pathogène et incapable de provoquer de nouveaux phénomènes morbides. En tous cas, les expériences en question montrent, d'après Rumpf, que les propriétés bactéricides naturelles de l'organisme sont considérablement accrues par l'injection des cultures pyocyaniques.

On procédait de la façon suivante. Une anse de cultures virulente était ensemencée sur du bouillon de thymus stérilisé. Au bout de 72 heures, le bouillon avec les cultures était pendant 20 minutes chauffé à 62°, et une fois la stérilisation de la culture obtenue et bactériologiquement démontrée, le liquide servait aux injections.

Les injections étaient faites aussitôt que le diagnostic de fièvre typhoïde (anamnèse, fièvre, tuméfaction de la rate, roséole) était certain.

On commençait par une injection de un demi-centim. c. de liquide qu'on passait dans les muscles fessiers. Si la fièvre ne tombait pas, la dose était augmentée tous les deux jours, de sorte qu'on faisait une injection de 1 cm. c. au deuxième jour, de 2 cm. c. au quatrième, de 4 cm. c. au sixième, de 6 cm. c. au huitième jour.

Voici maintenant les effets que produisaient ces injections. Chaque injection était suivie d'une légère élévation de température qui durait environ 24 heures. Mais à partir du troisième jour — et ce fait était surtout marqué avec des doses au-dessus de 1/2 centim. c. — la température tombait et le pouls devenait moins fréquent. En même temps il survenait une modification frappante dans l'état général : le malade n'avait plus l'aspect typhique, la somnolence, le délire disparaissaient, le malade répondait aux questions et produisait l'impression d'un convalescent.

Si l'on s'arrêtait après la première injection, la température s'élevait de nouveau, mais la maladie, tout en continuant à évoluer, paraissait atténuée et prenait une marche plus bénigne. Aussi, comme nous venons de le dire, Rumpf faisait à ses typhiques de nouvelles injections et à des doses progressivement croissantes chaque fois que la température dépassait 37°.

Dans ces conditions, la marche de la fièvre typhoïde fut modifiée du tout au tout. Dans l'espace de 6 à 8 jours, la fièvre était jugulée et tous les phénomènes morbides disparaissaient. Pendant la convalescence, la température montait quelquefois à 38°, mais jamais on n'a eu à faire de nouvelles injections.

Les injections en question n'ont jamais donné lieu à des phénomènes fâcheux du côté du cœur, des poumons ou du rein. Seule l'ascension primitive de la température, celle qui survenait après l'injection, était suivie d'une transpiration profuse.

Bien entendu, l'action des cultures pyocyaniques ne se fait pas sentir dans tous les cas, mais les cas réfractaires sont rares. Souvent l'effet ne se manifeste qu'après des doses élevées. Chez les hommes, par exemple, il faut dès le début employer des doses assez élevées. Puis,

(1) *Vratch*, 1892, nos 14, 16 et 17.
(2) *Fortschr. d. Krankenpfl.*, 1892, n° 10, et *Deut. medic. Zeit.*, 1893, n° 86, p. 969.
(3) *Blat. f. klin. Hydrother.*, 1892, n° 12 et *Deut. med. Zeitsch.*, 1893, n° 86, p. 970.

(1) *Deut. med. Woch.*, 1893, n° 41, p. 987.

l'époque à laquelle on commence le traitement, la gravité de l'infection, etc., influent à leur tour sur les résultats du traitement.

Disons enfin que sur les 30 typhiques traités de cette façon, Rumpf n'a eu que deux cas de mort : un par pneumonie et un par hémorrhagie intestinale.

Rumpf dit au commencement de son travail qu'il s'est conformé dans ces essais très exactement à la façon de faire de E. Frænkel (1) qui, en restant dans les bonnes traditions des toxines et antitoxines, a utilisé pour ses typhiques les cultures stérilisées de bacilles typhiques. Les cultures étaient préparées et stérilisées de la même façon que les cultures pyocyaniques, les injections faites aux mêmes doses, aux mêmes intervalles et dans le même endroit que chez les malades de Rumpf. Nous n'avons donc pas à revenir sur ces détails. Disons seulement que les résultats cliniques obtenus par Frænkel furent non moins surprenants : marche plus bénigne de la maladie quand elle n'était pas coupée, diminution ou même cessation de la diarrhée, amélioration de l'état général, disparition de l'état typhique, diurèse abondante, convalescence rapide et sans complications.

R. Romme.

(1) *Deut. med. Woch.*, 1893, n° 41, p. 985.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hémorrhagies dans l'opération de la castration,
par M. le professeur Verneuil.

En tirant de mes cartons les observations personnelles relatives aux diverses lésions et affections du système vasculaire : plaies artérielles et veineuses, hémorrhagies primitives et secondaires, traumatiques ou dyscrasiques, anévrysmes et varices, hémostase, etc., qui seront réunies dans le volume VI de mes *Mémoires*, actuellement sous presse, je trouve sur les hémorrhagies scrotales ou funiculaires un petit dossier ouvert en 1859 et clos en 1877.

Bien que peu nombreux, les cas qu'il renferme m'ont assez éclairé pour me faire éviter, depuis 1866, un accident opératoire qui a beaucoup occupé les chirurgiens.

J'ai recueilli et rédigé moi-même les observations, qu'on trouvera peut-être bien prolixes, mais que j'ai conservées telles, d'abord en raison des particularités qu'elles présentent, puis à cause d'une sorte d'intérêt de curiosité qu'on trouve à regarder dans sa pratique à 15, 20, 30 ans et plus en arrière, pour y voir ce qu'on savait, pensait et faisait avant les grandes réformes subies par la chirurgie moderne.

Ceci dit, j'entre en matière, non pour faire un article classique, mais simplement pour dire ce que j'ai observé et ce que j'ai fait.

Les hémorrhagies en question surviennent pendant l'opération, immédiatement après, ou au bout d'un certain temps.

Pendant l'opération, le sang est fourni par les vaisseaux du scrotum, par les artères et veines du cordon.

On ouvre d'ordinaire de deux à quatre artères scrotales, qui se rétractent et se contractent si aisément que le sang s'arrête de lui-même, quitte à repartir quelque temps après, au moment du pansement ou quand celui-ci est terminé. Je conseille donc de placer une pince hémostatique sur chaque vaisseau ouvert, qu'on sera sûr ainsi de retrouver facilement. Si on n'a pas pris cette précaution, il faudra, quand la tumeur sera enlevée, examiner attentivement toute la face saignante du sac scrotal, enlever un à un les petits caillots pour provoquer l'issue du sang et appliquer les ligatures. Il n'est pas rare de voir les bouts artériels fermés par la contraction battre à la surface de la plaie.

Une hémostase primitive incomplète a cet inconvénient qu'après le pansement et surtout si l'on a fait la réunion immédiate, le sang en quantité quelquefois considérable distend le scrotum et y forme un hématome qui, abandonné à lui-même, suppure ou met fort longtemps à se résorber. Quelquefois, si l'hémorrhagie se fait au dehors, il faut détruire la suture pour chercher et lier les vaisseaux qui donnent.

Le suintement notable que parfois aussi fournissent d'assez nombreuses veines scrotales, aurait les mêmes inconvénients. On pourrait en ce cas multiplier les ligatures, mais il est plus simple de remplir le foyer de la plaie avec une mèche de gaze iodoformée, et de panser à plat sans réunion. La guérison s'effectue facilement et sans être très notablement retardée.

L'hémostase des vaisseaux du cordon est beaucoup plus intéressante. Je ne discuterai pas les nombreux procédés mis en usage pour la section de cet organe. Tout le monde est d'accord pour rejeter la ligature en masse, mais on a tenté de supprimer même les ligatures isolées, afin surtout de ne pas laisser dans la plaie de corps étrangers capables d'empêcher la réunion et de retarder la cicatrisation. On sait quel éloge Chassaignac faisait de son écraseur (1). Sur la foi de ce maître, je fis une application de son instrument, mais une hémorrhagie s'ensuivit bientôt (voir plus loin l'observation I).

Au reste, je ne suis pas le seul à qui pareille chose soit arrivée. Au dire de M. Mervy (2), Oré, de Bordeaux, s'étant servi deux fois de l'écraseur, a eu deux hémorrhagies.

Le professeur Gaujot, du Val-de-Grâce, ne fut pas plus heureux : à peine le malade de retour de l'amphithéâtre était replacé dans son lit, qu'il eut une hémorrhagie qu'on arrêta en débridant le canal inguinal et en faisant la ligature du cordon.

Dans une leçon clinique, Broca préférant l'écraseur à la ligature en masse, qui est douloureuse et produit des accidents nerveux, et aux ligatures isolées qui laissent des parties mortifiées dans la plaie, rapporte un cas d'hémorrhagie après une castration faite à l'écraseur, dans laquelle la section du cordon avait demandé *une demi-heure*. L'écoulement sanguin se déclara quelques minutes après l'opération, alors que le cordon était rentré dans l'abdomen. On établit une compression à l'aide d'un bandage herniaire; mais ce moyen ne suffit pas, et l'hémorrhagie ne fut définitivement arrêtée que par un tamponnement avec des bourdonnets de charpie en queue de cerf-volant imbibés de perchlorure de fer (3).

En voilà assez, je pense, pour faire rejeter définitivement l'instrument de Chassaignac. J'en dirai tout autant du thermo- et du galvano-cautère.

Une seule fois, j'ai employé ce dernier instrument, mais sans en être satisfait. Le fait est consigné en ces termes dans une observation de M. Cauchois : « La castration est pratiquée par M. Verneuil qui se sert, *à titre d'essai*, du couteau galvanique ; mais le résultat n'est pas favorable à l'emploi de cet instrument; il fallut faire la ligature d'un grand nombre de vaisseaux comme si l'on avait usé du bistouri; l'opération dura beaucoup plus

(1) *Traité des opérations chirurgicales*, t. II, p. 903.

(2) Mervy, *Des hémorrhagies dans la castration*, Th. de Paris, 1876, p. 28.

(3) Bouilly, qui cite ce fait (*Revue de chirurgie*, 1881, p. 672), renvoie à la *Gazette des hôpitaux*, n° 126, p. 1002, sans indiquer l'année.

longtemps qu'avec ce dernier instrument. » (*Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 242.)

En résumé, les procédés de l'exérèse non sanglante ne sont guère applicables à la castration, pour laquelle, en ce qui concerne l'hémostase, j'ai exclusivement adopté le procédé suivant :

1° Au cours des incisions cutanées et de l'isolement du testicule, saisir avec une pince hémostatique, au fur et à mesure qu'on les ouvre, chaque artère scrotale et au besoin les veines volumineuses ; faire les ligatures de suite ou après l'ablation de la tumeur.

2° Couper lentement, à petits coups de ciseaux, le cordon bien isolé et bien fixé, saisir avec une pince chaque artère ou artériole qui donne et aussi les veines du cordon ; lier au fur et à mesure ou après la section complète.

3° Se servir pour les ligatures de soie phéniquée fine ou de bon catgut.

4° Si l'état général ou les dyscrasies de l'opéré font craindre les hémorrhagies capillaires primitives prolongées ou les hémorrhagies secondaires, s'abstenir de la réunion immédiate surtout totale, et remplir plutôt la plaie scrotale suivant son grand axe d'une bonne mèche de gaze iodoformée.

5° En cas d'incision, d'excision ou de résection de la tunique vaginale épaissie, toucher avec le thermo-cautère les surfaces de section d'où suinterait le sang.

Ayant déjà remarqué en 1875 que les ligatures, bien que n'étreignant avec les vaisseaux qu'une petite quantité de parties molles ambiantes, tardaient souvent à se détacher et que, parfois encore adhérentes au 15e jour et même plus tard, elles retardaient la cicatrisation de la plaie, je pensai que le détachement plus prompt et même l'ablation précoce des ligatures auraient quelques avantages ; c'est pourquoi, en m'inspirant d'un procédé décrit par Paletta, je saisis l'extrémité des vaisseaux du cordon dans une sorte de pince formée par une petite plaque de plomb pliée en deux et serrée avec un davier.

Le procédé m'a fort bien réussi, comme on pourra s'en assurer en lisant l'observation, insérée dans mon mémoire sur la *Forcipressure* (1). Toutefois je ne l'ai pas employé de nouveau, donnant la préférence à l'emploi des ligatures bien aseptiques et du bon catgut en particulier.

Au reste, cette question des hémorrhagies artérielles ou veineuses m'occupe depuis bien longtemps, comme l'atteste non pas seulement la date de mes observations, mais ce que j'en disais encore en 1866 à la Société de chirurgie (2) au cours d'une discussion sur ce sujet.

J'ai observé, disais-je, trois fois cet accident ; dans les trois cas l'écoulement sanguin parut peu d'heures après l'opération ; il s'agissait d'une de ces hémorrhagies secondaires précoces qui tiennent à un défaut soit de l'hémostase immédiate, soit du premier pansement ou à une imprudence de l'opéré.

Je citai alors mes trois faits, mais fort sommairement, ce qui m'engage à les reproduire aujourd'hui avec tous leurs détails, sauf le premier, publié déjà *in extenso* dans un important travail de M. le Dr Dauvé et dont je n'extrairai ici que les passages relatifs à l'hémorrhagie.

Observation I. — *Enchondrome du testicule, castration avec l'écraseur ; tentative de réunion immédiate. Hémorrhagie secondaire précoce arrêtée par la compression. Guérison opératoire sans accident* (3).

Homme de 45 ans, atteint depuis 4 ans d'une tumeur volumineuse du testicule, ovoïde, ayant 12 à 13 centimètres verticalement. Intégrité du cordon spermatique ; téguments sains, un peu amincis par la distension, sans adhérence, coloration anormale, ni développement variqueux ; ganglions inguinaux non engorgés.

Castration le 2 août 1859, avec M. le Dr Warmont. Incision en raquette des téguments. Je ne divisai la peau que dans une petite étendue pour arriver jusqu'au cordon, que je soulevai sur une sonde cannelée. Un stylet fut passé dans la cannelure de la sonde, entraînant un fil qui me servit à passer la chaîne d'un écraseur au-dessous du cordon spermatique. Je procédai alors à la section avec beaucoup de lenteur ; j'y employai au moins un quart d'heure ; un bruit caractéristique m'avertit de la section du canal déférent. La chaîne parvenue au bout de sa course, l'instrument fut retiré et il ne s'écoula pas une goutte de sang.

J'achevai alors l'incision cutanée pour isoler la tumeur des téguments, puis enfin je procédai à la dissection de la face postéro-interne de la tumeur en m'éloignant le plus possible de la cloison du dartos qui, comme Chassaignac l'a bien dit, renferme des artérioles assez volumineuses et susceptibles de donner lieu à des hémorrhagies abondantes. Grâce à cette précaution, aucun vaisseau notable ne fut ouvert et je n'eus point de ligatures à faire. Cependant, et par excès de précaution, je jetai, à l'aide du tenaculum, deux ligatures sur des points suspects d'où suintait en nappe une petite quantité de sang.

L'extirpation avait duré 20 minutes à peine et le malade n'avait pas perdu deux cuillerées de sang.

Grâce à l'excision d'une partie des téguments, la plaie n'avait guère plus de 6 centimètres de longueur et descendait jusqu'à la partie la plus déclive du scrotum. Les bords s'affrontaient exactement ; au centre, mèche de charpie de la grosseur du petit doigt ; six serres fines réunirent le reste. Charpie et compresses imbibées d'eau fraîche comme pansement. Repos dans la position horizontale, les cuisses rapprochées et légèrement fléchies.

L'opération était terminée à 4 h. 1/2. A 7 heures, le malade, se sentant bien, prit un bouillon et se rendormit quelques instants. A huit heures il se réveille ; petite quinte de toux ; il se soulève sur son séant et sent un liquide chaud qui sort de la plaie ; c'était du sang qui s'échappait après avoir imbibé les pièces du pansement. J'arrivai quelques instants après, j'enlevai les serres-fines et débarrassai la plaie des caillots ; j'évaluai à 150 grammes environ la quantité de sang perdu. L'hémorrhagie partait du haut de la plaie, sans jet ; c'était un courant continu de sang vermeil provenant certainement d'une artériole. Comme l'hémorrhagie était assez minime, nous ne jugeâmes pas à propos de débrider la plaie et d'aller à la recherche du vaisseau divisé. J'appliquai d'abord le bandage herniaire que le malade avait porté autrefois, puis, après avoir débarrassé du sang qu'il contenait l'espèce de trajet sous-cutané étendu depuis le canal inguinal jusqu'à la partie supérieure de la plaie, j'y plaçai quatre boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer. Les compresses froides furent replacées sur la région malade et rien ne fut tenté pour obtenir une réunion immédiate désormais impossible. L'opéré comprima le tamponnement avec la main.

Au bout d'une demi-heure, il fallut enlever le bandage, qui causait de vives douleurs. L'hémorrhagie ne reparut pas. Il se forma dans le trajet sous-cutané tamponné une tumeur cylindrique, sorte de thrombus formé par la coagulation du sang épanché sous l'influence du perchlorure de fer.

Pas d'accident notable à la suite ; la cicatrisation fut rapide, mais une petite toux sèche, qui depuis longtemps fatiguait le malade, augmenta peu à peu ; accidents thoraciques graves, qui entraînent la mort cinq mois après l'opération. Pas d'autopsie.

Obs. II. — *Sarcocèle volumineux, castration très simple ; ligatures séparées ; hémostase primitive parfaite. Quelques heures après, hémorrhagie en nappe ; insuccès de divers moyens hémostatiques. Tamponnement avec le perchlorure de fer. Arrêt du sang. Succession d'accidents. Phlegmon du scrotum avec gangrène. Phlegmon du tissu cellulaire du cordon. Abcès de la paroi abdominale ; hémorrhagie secondaire tardive. Infection purulente. Mort.*

Un homme de 48 ans, de bonne santé apparente et d'assez forte constitution, entre à l'hôpital Lariboisière en juillet 1866 pour une tumeur du testicule droit dont le début remon-

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1875, p. 285.
(2) *Bulletin*, 5 septembre 1866, p. 358.
(3) Dauvé, De l'enchondrome du testicule. *Mém. de la Société de chirurgie*, 1866. T. VI, p. 329.

tait à près de trois ans; il s'agissait, comme l'examen de la pièce le démontra, d'un gros sarcocèle composé de deux masses principales : l'une contenue dans l'albuginée, l'autre plus considérable occupant la place de l'épididyme. Les téguments étaient sains ainsi que le cordon spermatique dans sa portion libre et dans son trajet inguinal; un espace assez long existait entre la partie la plus élevée de la tumeur et l'anneau inguinal, à travers lequel sortait une hernie réductible de moyen volume et qui atteignait la partie supérieure du sarcocèle. Je pratiquai la castration en prenant les précautions convenables pour ne point ouvrir le sac herniaire, puis, rejetant la ligature en masse du cordon, je liai séparément, au fur et à mesure qu'ils étaient ouverts, tous les vaisseaux, savoir : deux artérioles scrotales, une troisième venant de la cloison du dartos, quatre artères dans le cordon et enfin le paquet des veines de ce même cordon. L'hémostase était parfaite et la plaie tout à fait exsangue au moment du pansement suivant : plumasseau de charpie imbibé d'alcool camphré coupé d'eau dans la plaie scrotale, réunion des deux tiers supérieurs de la plaie cutanée avec les serres-fines ; sur le scrotum, compresses imbibées d'eau et d'alcool camphré; pour soutenir et immobiliser les bourses, *large compresse disposée en anse concave en haut et dont les deux chefs étaient fixés à un bandage* de corps.

Que se passa-t-il dans les heures suivantes? Le malade s'agita-t-il, dérangea-t-il son pansement? En tout cas, dans l'après-midi, une hémorrhagie se déclare.

L'interne du service, après avoir essayé sans résultat durable les applications de glace et la compression totale du scrotum, se décide à détruire la réunion et cherche à lier les vaisseaux qui donnent. Les serres fines, la charpie et les caillots enlevés, l'hémorrhagie continue; on ne voit aucun jet artériel, mais un écoulement en nappe assez abondant; on jette plusieurs ligatures sur les points d'où le sang paraissait sourdre, mais on n'obtient rien, pas plus que par le tamponnement avec la charpie sèche. En désespoir de cause, on remplit le fond de la plaie avec des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer et on comble le reste de la cavité avec la charpie sèche... Enfin l'hémorrhagie s'arrête!

Le lendemain, le scrotum est rouge, tuméfié et douloureux. Surpris d'un accident à l'abri duquel je croyais m'être mis par la ligature minutieuse de toutes les artères et jugeant d'après les renseignements donnés qu'il s'agissait d'une hémorrhagie veineuse, j'en recherchai incontinent la cause qui malheureusement avait échappé à mon interne. Voici quelle elle était : la compresse en anse placée sous les bourses pour les soutenir glissant en arrière, s'était roulée en une sorte de gros cordon qui étreignait la racine du scrotum au point d'y tracer une empreinte demi-circulaire rendue plus profonde encore par la tuméfaction des parties. L'élève n'avait pas vu cette disposition et l'avait laissée persister pendant la longue série de ses tentatives hémostatiques, et nul doute qu'il en soit résulté un obstacle à la circulation dans les veines scrotales et par suite une *hémorrhagie veineuse*.

Je refis le pansement de façon à prévenir le retour de l'écoulement sanguin, ce qui amena un grand soulagement. Malheureusement, la perte de sang avait été considérable et l'opéré en était très affaibli; pendant les trois jours suivants, l'état alla en s'améliorant, mais le 4e survint un frisson prolongé suivi de fièvre intense; le lendemain, en un point du scrotum toujours tuméfié, tache noirâtre et fluctuation circonscrite : c'était un abcès avec gangrène de la peau. La mortification s'étendit rapidement, malgré les larges débridements, l'excision des eschares et les pansements à l'alcool. Le 8e jour, le mal s'était arrêté, la plaie se détergeait, les anciennes ligatures s'étaient spontanément détachées; enfin tout paraissait se calmer quand surgit une nouvelle série d'accidents.

La région du canal inguinal se tuméfia, devint très sensible au toucher. La fièvre se ralluma et nous reconnûmes bientôt l'existence d'un phlegmon profond à la rougeur de la peau et à la fluctuation évidente.

En conséquence, je fis parallèlement à l'arcade crurale, à trois centimètres au-dessous et en dehors de l'anneau inguinal, une incision qui donna issue à trois ou quatre cuillerées de pus de bonne nature.

Tout s'apaisa encore une fois, l'abcès se vida peu à peu, les plaies reprirent bonne apparence et l'état général redevint satisfaisant.

Alors sans cause appréciable survint un grand frisson suivi d'une hémorrhagie secondaire par la plaie de la castration; un tamponnement modéré en fit aisément justice, mais après un second et un troisième frisson, l'aspect des plaies, la fièvre, les symptômes adynamiques ne laissèrent aucun doute sur le développement d'une pyohémie à marche rapide qui termina enfin ce long drame morbide un peu plus d'un mois après l'opération initiale.

J'ai cru devoir publier cette observation *in extenso* pour montrer comment un incident de peu d'importance en lui-même, mais par malheur méconnu et négligé, peut engendrer une suite de complications et de fautes de gravité croissante allant jusqu'à la mort inclusivement, et en conclure à l'attention extrême avec laquelle il faut rechercher les causes locales ou générales des accidents opératoires. Reprenons le fait dès son début, et suivons-en les phases.

On fait une opération classique méthodiquement et sans difficulté aucune, on applique un pansement sans songer à son déplacement possible. Ce déplacement a lieu, on ne l'aperçoit pas et l'on n'en tient aucun compte. Pourtant il devient la cause mécanique d'un obstacle à la circulation en retour, d'où hémorrhagie veineuse. On oppose à celle-ci une série de moyens dont aucun n'était *anti-étiologique* si je puis ainsi parler, et qui échouent naturellement.

On obture alors directement l'orifice des vaisseaux à la fois mécaniquement par le tamponnement et chimiquement par le perchlorure de fer. L'hémorrhagie s'arrête. Le pansement défectueux est enfin supprimé. Mais la débilitation créée par la perte abondante du sang prédispose l'opéré aux complications inflammatoires. Alors, le perchlorure aidant, survient un phlegmon gangréneux du scrotum, qu'on traite avec succès à l'extérieur, mais sans pouvoir en empêcher la propagation dans le canal inguinal; un abcès profond se forme en ce point avec fièvre et malaise.

L'affaiblissement et le défaut de résistance du patient augmentent alors, et la terrible pyohémie, qui à cette époque menaçait tous nos opérés (1866), se met de la partie avec son cortège ordinaire : frissons, hémorrhagie, adynamie et mort.

Tout cela pour une compresse mal placée!

(A suivre.)

Modification des rapports de la vessie dans certains prolapsus utérins. Possibilité de blesser la vessie dans l'hystéropexie, par R. Condamin, Professeur agrégé à la Faculté de Lyon.

Au cours d'une hystéropexie pour un prolapsus utérin avec absence de cystocèle chez une femme de 45 ans, M. le professeur Laroyenne, que nous assistions, avait été frappé de l'aspect un peu bizarre, légèrement plissée qu'elle était, de la surface antérieure de l'utérus qui allait être fixée à la paroi abdominale. Le cathétérisme de la vessie fut pratiqué à ce moment, mais soit que l'interne chargé de cette petite opération fût gêné par la table de Trendelenburg sur laquelle était la malade, soit que le bec de la sonde ait été arrêté par un repli de la muqueuse, il ne parut pas que la vessie sur cette opérée présentât une disposition autre que celle qui s'observe habituellement.

L'utérus fut donc, suivant le procédé d'hystéropexie de notre maître le professeur Laroyenne, remonté et appliqué contre la paroi abdominale à l'aide d'un gros

hystéromètre et maintenu dans cette position par un aide. Trois aiguilles-broches traversant l'aponévrose des droits et le péritoine d'un côté, la paroi du corps utérin au milieu et de l'autre côté le péritoine et l'aponévrose correspondante, fixèrent l'organe. Nous devons faire remarquer que ces aiguilles ne traversèrent que le tiers supérieur, la moitié au plus de la paroi antérieure du corps utérin. Trois forts fils de catgut remplacèrent les broches et l'utérus fut facilement fixé dans cette position. Des sutures en surjet achevèrent de fermer cette plaie de laparotomie, et immédiatement après, il fut procédé à une périnéorrhaphie qui constituait le complément de l'opération précédente.

Le soir même de l'opération, la malade émettait des urines sanguinolentes. Le lendemain, elles présentaient le même caractère. Il n'y avait pas de doute : la vessie avait été blessée par les aiguilles et les fils qui fixaient l'utérus. M. Laroyenne, en face de cet accident, crut devoir faire sauter les fils hystéro-fixateurs, et deux jours après, les urines reprenaient leurs caractères normaux. Le prolapsus ne s'est pas reproduit, mais, malgré les adhérences qui ont pu se produire en 36 heures, l'utérus n'est pas resté exactement à la place où devait le maintenir l'hystéropexie.

Comment peut-on expliquer cet accident? On sait qu'à l'état normal les rapports de la paroi postérieure de la vessie et du col utérin sont intimes. Des adhérences relativement lâches fixent la partie moyenne et sus-vaginale du col à la partie correspondante de la vessie. Dans quelques cas, ces adhérences peuvent encore exister sur les cinq ou dix premiers millimètres du corps utérin; mais au-dessus, corps utérin et paroi postéro-supérieure de la vessie sont séparés l'un de l'autre par le cul-de-sac vésico-utérin, d'autant plus appréciable que la vessie est plus distendue.

Cette disposition reste la même d'après les classiques, dans les cas de prolapsus utérin avec ou sans allongement hypertrophique du col, avec ou sans cystocèle ou rectocèle.

En somme, il existe dans ces déplacements un cul-de-sac péritonéal utéro-vésical qui fait que la paroi antérieure du corps utérin est toujours indépendante de la paroi vésicale postéro-supérieure. Si les auteurs n'ont pas décrit ces rapports d'une façon absolument explicite, les dessins qui accompagnent leur description ne laissent aucun doute sur cette disposition.

Or, ceci n'existait certainement pas dans le cas que nous venons de relater et dont nous donnons plus loin l'observation. La vessie était adhérente à la moitié au moins sinon aux deux tiers inférieurs du corps utérin.

Notre attention ayant été attirée sur cette modification des rapports de la vessie avec l'utérus, nous avons cherché des cas semblables. A ce moment, dans le service du professeur Fochier se trouvait une malade atteinte de prolapsus s'accompagnant d'un degré insignifiant de cystocèle. Nous avons assisté à l'hystéropexie que lui pratiqua notre maître, et là encore, nous avons pu faire une constatation analogue à celle que nous avons faite sur l'opérée de M. Laroyenne.

Cette disposition semblait encore plus accusée, puisque, comme on pourra le voir dans l'observation qui suit, la paroi postérieure de la vessie recouvrait tout le corps utérin et lui était adhérente.

Il est probable que sans une attention toute spéciale attirée sur ce point d'anatomie par l'observation précédente, la vessie aurait été dans ce cas intéressée au cours de l'hystéropexie.

Voici tout d'abord ces deux observations. Nous tâcherons ensuite d'expliquer cette ascension du cul-de-sac vésico-utérin dans les cas de prolapsus utérin sans cystocèle.

Observation I. — *Prolapsus utérin sans cystocèle. Hystéropexie. Blessure de la vessie.*

B. C..., âgée de 45 ans, né à Hyène (Savoie), entre à la Charité dans le service du professeur Laroyenne le 12 avril 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 9.

Bonne santé habituelle. Rien dans les antécédents. Réglée régulièrement.

Accouchement normal, il y a 16 ans. Jamais de métrorrhagies ni de pertes blanches. Il y a environ trois mois, en faisant un effort, elle ressentit brusquement une douleur assez vive dans le bas-ventre : la marche devint à partir de ce moment très pénible. Portait-elle quelque chose d'un peu lourd, ou faisait-elle un effort, immédiatement elle avait la sensation d'une masse qui descendait à la vulve. A ce moment apparurent des pertes blanches abondantes et des douleurs assez vives au moment des règles.

A l'examen, à son entrée à la Charité, on constate une déchirure presque complète du périnée. Le sphincter anal cependant est indemne. Très léger degré de rectocèle; pas de cystocèle. Le col se présente à la vulve. Il n'est pas le siège d'allongement hypertrophique. La miction s'effectue régulièrement.

On propose à la malade une restauration de son périnée et une fixation de son utérus prolabé à la paroi abdominale.

29 avril. — Périnéorrhaphie. Procédé de dédoublement de la cloison recto-vaginale. Le tissu fibreux domine dans cette région et ce n'est qu'à grand'peine qu'on arrive à reconstituer un périnée musculaire avec des sutures au crin de Florence. Pour ne plus revenir sur cette périnéorrhaphie, nous dirons que plusieurs fils n'ont pas tenu et qu'à ce point de vue, il n'y a pas eu, à la suite de cette intervention, une amélioration bien nette du côté du périnée.

Après la périnéorrhaphie et dans la même séance on procède à la dilatation du col utérin pour pouvoir introduire un gros hystéromètre et procéder à l'hystéropexie, suivant le procédé de Laroyenne. La malade est transportée sur le lit de Trendelenburg.

Un aide maintient l'utérus réduit et appliqué au-dessus du pubis contre la paroi abdominale antérieure qu'il fait bomber légèrement. On pratique à ce niveau une laparotomie. Les dimensions de l'incision ne dépassent pas 6 à 8 centimètres.

Lorsque le péritoine pariétal est ouvert, on constate, à la partie antérieure du corps utérin qui oblitère l'orifice de la laparotomie, maintenu qu'il est par un aide qui le soutient avec le gros hystéromètre du professeur Laroyenne, un léger plissement qui fait songer un instant à la vessie. Un aide introduit alors une sonde dans la vessie, mais, soit qu'il soit gêné par le plan horizontal du lit de Trendelenburg, soit que la sonde ait rencontré un pli de la vessie, il ne parut pas qu'elle pût remonter jusqu'au point plicaturé.

Suivant sa méthode d'hystéropexie, M. Laroyenne fixe d'abord l'utérus dans la position où le maintenait un aide, avec trois aiguilles-broches, qui traversent successivement la couche musculo-aponévrotique et péritonéale d'un côté, la surface antérieure de l'utérus et la couche péritonéale et musculo-aponévrotique du côté opposé. Des fils de soie sont passés dans les aiguilles-broches, sont serrés et fixent solidement l'utérus à la paroi abdominale. On pratique un dernier plan de suture réunissant les bords de la peau.

Les fils hystéro-fixateurs n'intéressaient que le tiers supérieur du corps utérin.

30 avril. — On sonde la malade et l'on retire de la vessie une certaine quantité d'urine sanguinolente. On se rappelle la disposition plicaturée observée au cours de l'opération et l'on se rend compte que la vessie a certainement été perforée par les aiguilles-broches, bien que celles-ci n'aient intéressé que le tiers supérieur du corps utérin. On fait sauter les fils hystéro-fixateurs. Les hématuries persistent quatre ou cinq jours encore, puis tout rentre dans l'ordre. La plaie superficielle est légèrement infectée, probablement à la suite de l'ablation des fils profonds.

Au bout de trois semaines la malade demande à rentrer chez elle, et, contrairement à l'attente générale, on constate que l'utérus est resté assez haut, maintenu contre la paroi abdominale par des adhérences qui s'étaient formées en

24 heures, puisque les fils hystéro-fixateurs avaient été enlevés le lendemain de l'opération.

Pour aider ce résultat, on place à la malade un pessaire, et depuis on ne l'a pas revue à la Clinique.

Obs. II. — *Ancienne déchirure du périnée. — Prolapsus utérin sans cystocèle. — Périnéorrhaphie. — Ventro-fixation. — Constatation pendant l'opération de l'ascension du cul-de-sac vésico-utérin* (observation due à l'obligeance de M. Josserand, interne des hôpitaux).

R..., âgée de 36 ans, née en Italie, entre à la Charité, à la deuxième infirmerie, dans le service du Pr Fochier.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents : a eu cinq enfants. Les trois premiers accouchements furent normaux. Le quatrième plus laborieux nécessita une application de forceps et l'on ne put obtenir un enfant vivant. Le cinquième eut lieu il y a quatre ans à l'Hôtel-Dieu. Déchirure du périnée à ce dernier accouchement et depuis ce moment tendance au prolapsus utérin qui va toujours en augmentant.

Les règles ont toujours été normales. Elle éprouve parfois quelques douleurs en urinant.

A son entrée à la Charité, on trouve une déchirure complète du périnée jusqu'à l'anus exclusivement. Prolapsus de l'utérus seul, dont le col fait issue au dehors. Ce prolapsus se réduit facilement, mais aucun pessaire ne le maintient réduit. La surface du col présente une muqueuse épaissie, presque cornée. La lèvre antérieure surtout offre une large ulcération arrondie, bourgeonnante. Pas de rectocèle. Très léger degré de cystocèle.

Après guérison de l'ulcération du col, on procède à une hystéropexie, le 2 juin 1893.

Laparotomie médiane. On va à la recherche de l'utérus, qui est soulevé dans le vagin, par les doigts d'un aide, et qu'on amène avec une certaine difficulté au contact de la paroi abdominale. Il semble que les rapports de la vessie avec l'utérus se soient modifiés complètement, que l'utérus ait glissé le long de la vessie de telle sorte que celle-ci vient presque à son sommet affleurer le bord supérieur de celui-ci. On éprouve les plus grandes difficultés à fixer l'utérus à la paroi abdominale, car pour ne pas blesser la vessie étalée et adhérente devant le corps utérin, il faut placer les fils sur le bord supérieur de l'utérus.

Sutures superficielles et profondes à la soie bouillie.

On procède alors à la restauration du périnée, qui ne présenta pas de particularités intéressantes.

4 *juin*. — Depuis son opération la malade présente une agitation continuelle avec loquacité et peut-être délire (elle est Italienne, et il est difficile de savoir si elle délire en parlant). Sa température atteint 38°9 le 4 juin au soir. Pas de vomissements, ni de douleurs abdominales.

6 *juin*. — La température est tombée. La malade va bien à tous les points de vue. On attribue à une intoxication iodoforme les troubles bizarres qu'elle a présentés après son opération.

13 *juin*. — La malade se lève et va très bien. Son utérus ne descend plus : il paraît solidement fixé, mais il semble qu'il ait une certaine tendance à déprimer en dedans la partie de la paroi abdominale à laquelle il est fixé (1).

Tels sont les deux cas d'élévation du cul-de-sac vésico-utérin que nous venons d'observer.

Nous avons cherché si dans la littérature gynécologique pareil fait avait déjà été signalé et si surtout il avait été expliqué. Nos recherches ont été négatives.

Voici l'explication que nous proposons et qui paraît absolument admissible. Cette disposition pathologique serait due à un glissement de l'utérus en bas pendant que la vessie reste plus ou moins retenue à sa place, glissement qui a pour résultat d'abord le prolapsus, et ensuite l'effacement ou du moins le déplissement relatif du cul-de-sac vésico-utérin.

(1) Au mois d'octobre la malade rentre de nouveau dans le service du Dr Frochier, car son prolapsus s'est reproduit. On pratique l'hystérectomie vaginale qui présente quelques difficultés en raison d'adhérences particulières entre la vessie et le col, ce qui semble en contradiction avec ce qui a été dit plus haut, mais qui peut être mis sur le compte de l'hystéropexie. Il semble aussi, pièces en mains, que les modifications de rapports soient moins accentuées que l'indique l'observation.

Celui-ci alors, au lieu de s'insinuer entre la vessie et la partie la plus supérieure du col, n'arrive, par suite de ce glissement progressif de l'utérus, qu'au niveau du tiers supérieur du corps de l'utérus. Sans doute, on sait que le péritoine pariétal est intimement adhérent avec le tissu utérin surtout au niveau de son corps; mais il n'est pas illogique d'admettre que des tractions continues et prolongées aient pu amener le glissement dont nous venons de parler.

Quoi qu'il en soit de la théorie, le fait existe, prouvé par les deux observations que nous venons de relater. Dans certains cas les adhérences de la vessie avec l'utérus existent jusqu'au niveau du tiers supérieur de son corps et cette disposition devra toujours être présente à l'esprit du chirurgien qui entreprendra une hystéropexie par prolapsus utérin. Son intention devra être d'autant plus attirée sur ce point qu'il s'agira, ce qui est rare du reste, d'un prolapsus sans cystocèle. C'est évidemment la fixation de la vessie à sa position normale pendant que l'utérus descend, qui doit favoriser le changement de rapport sur lequel nous venons d'insister.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Polio-encéphalomyélite sans lésions (On a case of polio-encephalomyelitis without any anatomical lesions), par Dreschfeld (*The British medical Journal*, 22 juillet 1893, n° 1699, p. 176). — Il s'agit du cas d'une femme de 36 ans qui, après deux attaques de ptosis transitoire, est affectée d'une ophthalmoplégie externe permanente, avec paralysie labio-glosso-laryngée, et atrophie de quelques muscles de l'épaule. Elle succombe dyspnéique, par arrêt du cœur, et à l'autopsie pratiquée avec soin, non plus que par l'examen histologique sur des coupes en série des pièces durcies, on ne découvre aucune lésion appréciable du système nerveux. Ce cas de polio-encéphalomyélite n'est pas isolé, et l'auteur rappelle ceux qui en ont été publiés, l'affection étant simple ou combinée à la poliomyélite ou au tabes. Il pense que les lésions existent dans les noyaux bulbaires, mais échappent à nos procédés actuels d'investigation.

Atrophie musculaire progressive neurotique (Zur Casuistik der progressiven neurotischen Muskelatrophie), par S. Sacki (*Berliner klinische Wochenschrift*, 24 juillet 1893, n° 30, p. 723). — L'auteur rapporte l'historique de cette forme spéciale d'atrophie musculaire décrite par Hoffmann en 1889 qui rapportait des observations qu'il rapprochait en particulier de celles du type Charcot-Marie, et il expose une observation nouvelle. Sujet âgé de 26 ans, dont l'affection a débuté il y a 10 ans. Les membres inférieurs sont atrophiés et inertes, les pieds déprimés dans l'équinisme. Réflexes absents. Il n'y a pas de pseudo-hypertrophie. La discussion du diagnostic établit qu'il s'agit de la forme en question.

Paralysie agitante (Shaking palsy, a clinical and pathological study with the reports of two autopsies), par Ch. Dana (*The New-York medical Journal*, 10 juin 1893, n° 758, p. 629). — Après avoir rappelé les caractères cliniques de la paralysie agitante, en insistant en particulier sur les troubles vaso-moteurs qu'on y peut observer, l'auteur fait la critique des 41 autopsies qu'il a pu trouver dans la littérature, et dont 14 seulement paraissent satisfaisantes. Il montre qu'on rencontre surtout des lésions diffuses du système nerveux. Dans le cas que lui-même a observé, on trouve à l'autopsie, d'une part des altérations de dégénération granuleuse dans l'écorce portant surtout sur les prolongements des cellules pyramidales du lobule paracentral, d'autre part de l'atrophie des cellules des cornes antérieures et de la sclérose diffuse des cordons latéraux de la moelle. Aussi l'auteur ne peut-il admettre que la paralysie agitante est une névrose. A

son avis cette maladie a comme substratum anatomique une inflammation chronique progressive spéciale de la moelle. La cause de cette lésion doit être recherchée dans la présence d'une toxine, voisine de celle qui produit les affections arthritiques, laquelle irrite les vaisseaux en circulant dans le sang, et, en vertu d'affinités spéciales, atteint principalement certaines régions du système nerveux.

Eczéma chronique et hystéro-psychopathie (Notes on a case of chronic eczema associated with the development of certain nervous symptom. Hystero-psychopathy), par Hay Forbes (*The Lancet*, 15 juillet 1893, n° 3646, p. 134). — Un homme âgé de 72 ans se présente en septembre 1891, souffrant depuis deux ans d'un eczéma rebelle. Il n'est ni syphilitique, ni goutteux, ni rhumatisant, ni alcoolique. L'éruption couvre toute la surface des deux avant-bras et des bras. Les autres fonctions sont normales; il y a peu d'athérome. Ultérieurement, le malade se déprima mentalement, devint irritable, perdit la mémoire: il y eut ensuite un accès hystériforme. L'eczéma étant venu à s'améliorer sous l'influence du traitement, les manifestations nerveuses s'amendèrent. L'auteur insiste sur les relations qui existent entre les dermatoses et les troubles nerveux, relations qu'établit jusqu'à l'évidence l'herpes zoster, sur l'âge du malade, sur la présence de l'eczéma sans antécédent d'une dyscrasie arthritique ou syphilitique. Il n'a pas trouvé de cas parallèles dans la littérature.

MÉDECINE

Contribution à la sérothérapie dans la fièvre typhoïde (Ein Beitrag zur Serumtherapie), par H. A. Hammerschlag (*Deut. med. Woch.*, 1893, 27 juillet, p. 710). — Ces essais ont été faits dans le service de M. Nothnagel, à Vienne. Le sérum était pris au moyen d'une saignée des bras à des convalescents de fièvre typhoïde dont le sang, au dire de Steus, renferme une substance vaccinante.

Le sang était recueilli dans une éprouvette contenant une solution à 4 0/0 d'oxalate de soude ou de citrate de soude. Dans la première expérience on n'employa que le plasma, dans la suite on inocula le plasma et les globules.

Cinq malades subirent le traitement. Chez les trois premiers on n'observa rien : aucune modification des symptômes morbides, aucune amélioration du malade.

Chez le malade n° 4, la transfusion eut lieu à 6 heures du soir ; le lendemain matin, la température tomba à 35°2 de 40° où elle était la veille et le pouls de 100 qu'il marquait à pareille heure la veille marquait à 8 heures du matin 80 et à 10 heures 72 pulsations. En même temps, le malade se sentait mieux. Cet état ne dura pas longtemps; à 1 heure de l'après-midi, la température était à 37°3, et à 4 heures, elle atteignait 39° et le pouls 120.

Chez le cinquième malade, on observa des complications. La température tomba, il est vrai, le lendemain à 35° pour remonter le soir à 39°, mais pendant la nuit, il y eut une hémorrhagie intestinale et on pouvait attribuer à celle-ci la chute de température, bien qu'une autre hémorrhagie ultérieure ne s'accompagnât d'aucun abaissement de la courbe thermique. Il n'y eut dans tous les cas aucune apparence de collapsus.

En résumé, la transfusion du sang de typhiques convalescents à des typhiques n'a pas donné de résultats assez démonstratifs pour qu'on soit autorisé à en préconiser l'emploi. Tout au plus peut-on admettre, d'après les expériences 4 et 5, que le sang des convalescents renferme une substance qui amène l'apyrexie pour un certain temps. Mais les expériences 1, 2, 3 prouvent que ce résultat n'est pas constant. Il est bon cependant d'ajouter que dans ces trois cas le sang était pris chez des malades qui n'avaient plus de fièvre depuis très peu de temps, tandis que dans les deux derniers, c'était chez des convalescents depuis 5 à 7 semaines.

L'étude de l'immunité chez les animaux a montré que celle-ci est une propriété qui se développe seulement un certain temps après la maladie ; or, à ce point de vue, on peut penser qu'elle n'était pas encore développée chez les typhiques convalescents.

Sur le chimisme de la digestion chez les pellagreux aliénés (Ueber den Chemismus der Verdauung bei den pellagrœsen Geisteskranken), par M. C. Agostini (*Prager med. Woch.*, n° 32). — Ce qui le caractérise c'est l'hypopepsie, l'hypochlorhydrie, le catarrhe muqueux de l'estomac, la diminution de la motricité.

Le contenu de l'estomac présente une faible réaction acide. L'acidité totale varie de 0.10 à 2.20; l'HCl libre de 0 à 0.71, il manque totalement dans 50 0/0 des cas, et en particulier dans les cas de diarrhée et de cachexie. Les combinaisons organiques du Cl varient de 0,26 à 1.17; la quantité de chlorures fixes entre 0,44 et 2,17, le chlore total entre 1.90 et 3, la valeur de α oscille entre 0.90 et 3.90.

La digestion stomacale est lente et insuffisante; elle s'accompagne de sécrétions muqueuses abondantes et de fermentations organiques acides, parmi lesquelles la fermentation lactique.

La faible quantité d'acide libre et de combinaisons organiques acides, en particulier lorsque existent la diarrhée ou la cachexie, contre-indiquent l'alimentation albumineuse.

Le lavage de l'estomac, l'administration de l'HCl après le repas sont les principales indications du traitement.

L'analyse chimique du contenu stomacal peut servir au diagnostic dans les cas douteux et en même temps donner des indications thérapeutiques précieuses.

Péritonite suraiguë par ulcère de l'estomac (Acute diffuse Peritonitis bei einem alten Ulcus ventriculi simplex nach Verabreichung eines Bandwurmmittels), par Remmer (*Centr. f. klin. Med.*, 1893, n° 42, p. 881). — Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans soignée deux ans auparavant pour un ulcère perforé de l'estomac et qui, après avoir pris un remède contre des vers intestinaux et une cuillerée à bouche d'huile de ricin, fut prise, une demi-heure après, de maux de ventre avec vomissements, tympanisme, etc. Lorsque l'auteur fut appelé auprès de la malade, six heures après le début des accidents, il trouva le tableau complet de la péritonite suraiguë. Les injections d'éther ne donnèrent aucun résultat, et la malade succomba environ dix heures après le début des accidents.

Il est évident que la péritonite était due à la perforation de l'ulcère de l'estomac. L'autopsie n'a pas été faite.

La formation des nitrites sous l'influence du bacille cholérique a-t-elle une importance fondamentale dans le développement du syndrome choléra ? (Ist die Nitritbildung der Cholerabacillen von wesentlicher Bedeutung für das Zustandekommen der Cholera ?), par R. Emmerich et J. Tsuboi (*Münch. med. Woch.*, 8 août 1893, p. 602). — En réponse aux assertions de Klemperer qui avait mis en doute cette propriété particulière des vibrions cholériques et cette pathogénie des accidents cholériques, y compris la formation de méthémoglobine dans le sang, Emmerich et Tsuboi ont institué des expériences qui montrent au contraire cette influence. Chez les animaux dans l'estomac desquels, après neutralisation, on introduisit des cultures cholériques et des nitrates, on observa le développement d'une grande quantité de nitrites. Les accidents — cyanose, troubles de la respiration, formation de méthémoglobine dans le sang — se développèrent même chez les chiens les plus gros et les mieux portants avant l'expérience.

Lorsqu'on n'introduit pas de nitrates en même temps que les vibrions cholériques, on n'observe pas la formation de la méthémoglobine dans le sang. Cela prouve que lorsqu'on procède chez les animaux — le cobaye par exemple — par injections intra-péritonéales, on obtient un processus d'intoxication tout différent du choléra humain.

Dans ce dernier cas, l'homme puise dans son alimentation et dans l'eau des boissons suffisamment de nitrates pour que l'empoisonnement cholérique s'effectue.

Oreillons de la glande sous-maxillaire (Contagiœse Schwellung der Glandula submaxillaris), par Wocker (*Münch. med. Woch.*, 29 août 1893, p. 657). — Relation d'une épidémie d'oreillons qui frappa un enfant de cinq ans le 12 mai 1893, en se cantonnant uniquement dans la glande sous-maxillaire ; atteignit sa sœur, âgée de quatre ans, deux jours après et de la même façon, et qui fut jugée le 26 mai par l'apparition, chez la mère des deux enfants, d'une poussée d'oreillons typique.

CHIRURGIE

Note pour servir à l'histoire des arrêts de développement consécutifs à des traumatismes de l'enfance, par FÉRÉ (*Revue de chirurgie*, 10 octobre 1893, p. 855). — Un homme de 45 ans entra à Bicêtre le 25 juin 1893 pour des attaques d'épilepsie. Antécédents héréditaires négatifs. A l'âge de quatre mois, il fut retiré d'un incendie avec des brûlures de la face et de la main gauche ; la brûlure de la main a amené une déformation considérable. Pas de trouble névropathique pendant l'enfance, mais de bonne heure le malade a fait des excès alcooliques. C'est vers l'âge de 20 ans qu'ont commencé les accès d'épilepsie qui étaient annoncés par un picotement dans le nez et une sensation de pression épigastrique. Quand on examine la main qui a eu la brûlure, on voit que les doigts ont subi un arrêt de développement. On peut tirer de ce fait la conclusion importante au point de vue du pronostic qu'une lésion traumatique arrivée dans l'enfance peut déterminer dans le membre un arrêt de développement capable de s'étendre aux parties qui n'ont pas été atteintes par le traumatisme.

Démonstration anatomique de la récurrence nerveuse, par FROMONT (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, octobre 1893, p. 320). — L'auteur a trouvé, sur deux adultes qu'il a disséqués, une anastomose entre les deux branches d'origine du médian. Chez le premier sujet, l'anastomose part de la racine externe du médian par un tronc unique, décrit une anse à concavité supérieure et gagne la racine interne dans laquelle elle se jette par deux filets, l'un ascendant, l'autre descendant. Dans la deuxième observation, l'anastomose est unique à ses extrémités. Enfin, chez un troisième sujet, l'auteur a vu cette anastomose affecter une disposition rectiligne descendante de la racine interne à la racine externe du médian.

La seule hypothèse possible pour expliquer ces anastomoses consiste à les considérer comme se rattachant aux phénomènes de la sensibilité récurrente. Ces observations semblent confirmer l'opinion de Cl. Bernard d'après laquelle la récurrence se fait en des points variables, mais toujours à une assez grande distance des ganglions.

Huit cas de kystes hydatiques de l'abdomen traités par l'incision et le drainage, par LLOBET (*Revue de chirurgie*, 10 octobre 1893, p. 860). — I. — Kyste hydatique intra-hépatique multiloculaire. J. M., 40 ans, présente un kyste hydatique du foie et a eu déjà plusieurs vomiques. Incision parallèle aux fausses côtes ; incision du foie ; on extrait 120 hydatides. Suture et drainage. Guérison.

II. — Kyste hydatique de l'espace rétro-péritonéal. Brigitte C. est opérée le 21 septembre 1888 ; incision le long de la ligne blanche ; le kyste, du volume d'une tête d'adulte, est en arrière du péritoine pariétal, près du bord externe du rein droit ; incision de la tumeur et ponction. Suture de la paroi abdominale ; pas de drainage. Guérison.

III. — Kyste hydatique multivésiculaire de la face inférieure du foie. J. Cl. B., 31 ans. Laparotomie ; incision comme dans l'observation I ; kyste volumineux et contenant un millier de vésicules. Suture de la plaie hépatique aux parois abdominales. Drainage. Guérison.

IV. — Kyste hydatique du foie. Pierre C..., 8 ans, a dans la région ombilicale une tumeur du volume d'une orange. Incision sur la ligne médiane ; ponction du kyste, incision du foie ; suture de la plaie hépatique au catgut. Guérison. Mais 40 jours après, on trouve une 2e tumeur que le mauvais état général empêche d'opérer. L'enfant meurt subitement, probablement par rupture d'un 2e kyste.

V. — Kyste hydatique du foie. Marie D..., 30 ans, a une tumeur de la région hépatique ; incision au niveau du bord inférieur du foie, incision du kyste, extraction d'une membrane épaisse, lavage, sutures des lèvres de la plaie hépatique à la paroi abdominale ; deux tubes à drainage. Guérison.

VI. — Kystes hydatiques du foie et de l'épiploon. Carmen G..., 40 ans, a une tuméfaction à droite de la ligne blanche et au-dessous des fausses côtes ; en outre, on sent une petite tumeur au-dessous de l'ombilic. Laparotomie : incision du foie et extraction du kyste ; suture du foie à la paroi abdominale ; 2e incision au-dessous de l'ombilic : on trouve de nombreux kystes disséminés dans l'épiploon ; il faut lier et réséquer tout le grand épiploon. Guérison.

VII. — Kystes hydatiques du foie et de l'épiploon. Andréa C..., 23 ans, a une tuméfaction du côté droit ; incision sur le prolongement de la ligne mammaire droite ; suture du foie à la plaie abdominale et ponction ; il sort beaucoup de pus épais ; incision du foie ; on trouve une autre tumeur dans la fosse iliaque droite ; c'est un kyste de l'épiploon adhérent à la face postérieure du foie. Lavage. Drainage. Guérison.

VIII. — Kystes hydatiques de la face convexe du foie. S. C..., 16 ans, a une tuméfaction épigastrique. Laparotomie, drainage. Guérison. Le malade revient pour une tuméfaction plus marquée encore que la première au niveau de l'épigastre. Laparotomie : on trouve 2 kystes de la face convexe du foie ; drainage des 2 cavités. Guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Mémoire sur le mode de captage et l'aménagement des sources thermales de la Gaule romaine, par le Dr HUMBERT MOLLIÈRE, médecin des hôpitaux de Lyon. Lyon, 1893.

Poursuivant ses intéressantes études d'archéologie médicale, notre savant confrère de Lyon nous montre de quelle façon les Romains utilisaient les sources hydrominérales. Il étudie le captage des eaux tel qu'il fut pratiqué jadis à Plombières, Aix-les-Bains, Néris, à Saint-Honoré, à Vichy, au Mont-Dore, etc. Il nous apprend comment on a cherché à imiter les étuves naturelles et reconstitue, d'après Vitruve, l'aménagement des étuves thermales artificielles dont on retrouve des vestiges à Aix-les-Bains et à Plombières.

Dans les pages suivantes M. H. Mollière examine les procédés employés pour la recherche et l'aménagement des sources minérales et nous donne une idée très précise de ce que devait être du Ier au Ve siècle de notre ère un établissement thermal dans les Gaules. Un dernier chapitre nous explique pourquoi les Romains n'ont pas appliqué aux sources thermales les mêmes méthodes de recherche et de captage qu'ils employaient dans leurs travaux d'hydraulique ordinaires. Notre confrère fait remarquer à ce propos que c'est avec raison que l'on évitait jadis les forages profonds et violents dont on abuse parfois de nos jours. Il rappelle d'autre part que nos ancêtres gallo romains avaient divinisé la plupart de leurs sources thermales et qu'ils prenaient grand soin dès lors de ne pas troubler, par des manœuvres intempestives, le mystère de ce sol vénéré où résidaient dans l'ombre et le mystère les divinités bienfaisantes auxquelles ils offraient des hommages que signalent un grand nombre d'inscriptions votives.

Cette courte analyse du beau mémoire que vient de faire paraître M. le Dr H. Mollière suffira pour démontrer son intérêt historique et le mérite des longues et sagaces recherches qui en ont fourni les éléments.

L. L.

Traité élémentaire et pratique de pathologie et de chirurgie gynécologiques, par M. PONTE, ancien professeur d'obstétrique de l'Université de Venezuela, correspondant de diverses Sociétés scientifiques, officier d'académie, membre lauréat de la Société gynécologique espagnole. Premier volume, Curaçao 1893. (Bethencourt é Hyos, édit.) (En espagnol).

Ce volume répond entièrement à son titre. Il nous a paru présenter cet avantage particulier sur les livres analogues, de décrire, à l'occasion de chaque organe de l'appareil génital, toutes les affections que celui-ci est susceptible de présenter, soit d'ordre chirurgical, soit d'ordre médical. C'est ainsi qu'à l'occasion des maladies de la vulve, l'auteur passe en revue, non seulement les vices de conformation, les inflammations et les tumeurs, mais encore les affections cutanées et les désordres nerveux. L'ouvrage, que représente le tome premier de la série, ne comprend pas moins de 475 pages in-8°, consacrées aux maladies de la vulve, du vagin et de l'urèthre. Les descriptions pathologiques sont précédées d'un court exposé de l'anatomie normale : elles sont courtes, claires et conçues à un point de vue éminemment pratique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

De la compression des uretères par l'utérus gravide et des pyonéphroses consécutives, par Auguste Bonneau.

La compression des uretères par l'utérus gravide est un fait fréquent dans le cours de la grossesse.

Peut-elle, comme certains auteurs l'ont fait, être invoquée comme une cause d'éclampsie?

Théoriquement, cette conception paraît fort acceptable; mais en réalité, cette compression est rarement assez considérable pour produire, à elle seule, ce résultat.

Dans la majeure partie des cas, elle s'exerce surtout du côté droit, est rarement complète, même de ce côté, et l'élimination par les reins est encore suffisante pour que l'éclampsie soit évitée, si cette compression est seule en jeu.

Ce qui paraît plus probable, c'est qu'elle agit à titre de cause adjuvante de l'éclampsie, en venant s'ajouter, dans certains cas, à d'autres altérations rénales d'origine inflammatoire.

Cette rétention incomplète, résultat de la gêne apportée au cours de l'urine à travers les uretères, produit, au bout d'un temps assez court, des lésions rénales comparables à celles que l'on a observées chez les animaux après la ligature de ces conduits. Un certain nombre de cas d'albuminurie, dans le cours de la grossesse et du travail, peuvent être imputables à ces altérations pathologiques.

Plusieurs autopsies de femmes mortes albuminuriques, dans lesquelles les lésions rénales paraissaient attribuables en grande partie à la distension des tubes urinifères, les lésions inflammatoires étant nulles ou peu marquées, confirment cette hypothèse.

Mais le rôle le plus important de la compression de l'uretère est relatif au développement ultérieur des pyonéphroses. Il résulte très nettement des observations publiées, que la compression de l'uretère par l'utérus gravide met le rein et les voies urinaires supérieures en imminence d'infection, crée en ce point un *locus minoris resistentiæ*. Les choses étant en cet état, qu'il survienne une infection sanguine, d'origine intestinale ou autre, les microbes charriés par le sang arrivant au niveau du rein détermineront une néphrite descendante, envahiront le bassinet et produiront la suppuration de l'hydronéphrose préexistante.

Ces pyélites consécutives à la grossesse, se traduisent par un ensemble de phénomènes simulant la cystite, affection avec laquelle il est probable qu'elles ont été confondues dans certains cas. Un examen attentif démontre que le rein seul et le bassinet sont en jeu, et que la vessie est indemne.

Le pronostic est relativement favorable, ces pyélites guérissant le plus souvent après la production de l'accouchement; il faut savoir que parfois elles peuvent se prolonger fort longtemps, déterminer des troubles graves de la santé générale et nécessiter une intervention chirurgicale.

VARIÉTÉS

C'est à titre de *documents* et pour mettre sous les yeux du lecteur toutes les pièces de nature à éclairer l'opinion publique que nous reproduisons ici :

1° Le rapport *communiqué à la presse* par MM. les professeurs Brouardel et Dieulafoy ;

2° La lettre adressée au journal *the Times*, par M. Mac Hardy, médecin ordinaire de Cornelius Herz.

Rapport de MM. Brouardel et Dieulafoy concernant l'état de santé de Cornelius Herz.

Nous avons l'honneur, M. le professeur Brouardel et moi, de faire connaître à l'Académie de médecine le rapport qui nous a été demandé par M. le président du conseil, concernant les résultats de la mission dont nous avons été chargés, en vue de constater l'état de santé de Cornelius Herz.

En publiant ce rapport *in extenso*, notre but est de nous opposer à toute légende, à tout malentendu, qui pourrait être tenté de se substituer à la vérité.

Cette publicité : elle est du reste justifiée par l'exemple que nous ont donné nos très honorables confrères anglais, qui, à plusieurs reprises et tout récemment encore, dans le *British medical Journal*, ont discuté, avec les détails les plus circonstanciés, le diagnostic et le pronostic de la maladie de Cornelius Herz.

Ce qu'ont fait les médecins anglais, nous allons le faire également et, entrés dans cette voie, nous plaçons le présent rapport sous le patronage de cette Académie de médecine, dépositaire des traditions d'honneur professionnel et de bonne foi scientifique.

Maintenant, établissons nettement les faits :

Le 20 juin 1893, MM. les professeurs Charcot et Brouardel étaient chargés, par le ministre des affaires étrangères, de se rendre à Bournemouth pour examiner Cornelius Herz à l'effet de savoir s'il était en état d'être transporté hors de son domicile.

A la suite d'un double examen aussi prolongé que scrupuleux, et éclairés par les renseignements fournis par les médecins anglais, MM Charcot et Brouardel rédigèrent un rapport dont nous allons reproduire les traits les plus saillants :

Cornelius Herz est atteint de diabète sucré avec phosphaturie, azoturie et albuminurie. A ces symptômes diabétiques, s'ajoutent une pâleur des tissus, un amaigrissement considérable, une déperdition telle des forces, que pendant les examens prolongés faits par les médecins français, le malade fut pris d'angoisse, de sueurs froides, de refroidissement aux extrémités avec tendance à la syncope. La dépression des forces était encore expliquée par ce fait que le malade, atteint d'une intolérance stomacale absolue, vomissait tous ses aliments, ce qui avait engagé les médecins anglais à recourir à l'alimentation par la voie rectale.

D'autre part, Cornelius Herz avait été pris le 6 février 1893 d'accès de fièvre avec anxiété précordiale et troubles cardio-vasculaires, qui avaient fait diagnostiquer aux médecins anglais une aortite aiguë. Depuis cette époque, le malade avait été sujet à des sensations de défaillance et de syncope survenant principalement dès qu'il voulait se lever. C'étaient bien là des signes d'angine de poitrine.

En face de cette situation caractérisée par un état diabétique voisin de la cachexie, et par des accidents cardioaortiques sans cesse menaçants, les conclusions de MM. Charcot et Brouardel furent les suivantes: « Les constatations directes que nous devons relater, notamment la crise avec tendance à la syncope, dont nous avons été témoins, ne nous laissent aucun doute sur la réponse qu'il y a lieu de faire à la question qui nous a été posée. On ne pourrait transporter Cornelius Herz sans faire courir au malade les plus grands dangers; nous ne prendrions pas la responsabilité de conseiller son transport. »

Néanmoins, le rapport se terminait par une phrase où nous relevons la déclaration suivante : « Il n'est pas impossible qu'il survienne une rémission dans la marche de la maladie. »

Eh bien, cette rémission est survenue et c'est ici que commence la deuxième partie du rapport actuel.

Sous l'influence d'une hygiène alimentaire sévère, d'un traitement bien conduit, le malade s'est amélioré, les forces ont reparu peu à peu, et quand nous sommes arrivés à Bournemouth samedi dernier, 4 novembre, M. Brouardel et moi, voici ce que nous avons constaté en présence de nos honorables confrères anglais.

Cornelius Herz est dans la plénitude de ses facultés intellectuelles. Il n'est plus l'homme anémié et amaigri du mois de juin; il n'est plus l'homme tombant d'inanition et de faiblesse, il a bonne mine, il est solidement musclé, il a engraissé; la voix est forte et bien timbrée, le pouls est de bonne qualité. Au point de vue des symptômes diabétiques, le sucre urinaire a notablement diminué, et l'albuminurie a complètement disparu, nous ne constatons aucun symptôme de brightisme.

L'alimentation, impossible il y a quelques mois, est actuellement solide et substantielle; on en peut juger, du reste, par quelques vomissements qui ont eu lieu en notre présence, vomissements provoqués, suivant le malade, par l'état nerveux où l'avait plongé notre examen.

Entre autres symptômes, d'ordre également nerveux, nous signalons des sensations de froid et de légère anesthésie occupant principalement le côté gauche du corps et parfois provoqués par la pression de l'hypochondre gauche.

L'examen du cœur nous a donné les résultats suivants : Il n'y a pas d'hypertrophie cardiaque et le choc systolique est normal. A l'auscultation on perçoit un très léger souffle au premier temps à la région mitrale, et un prolongement du second temps à l'orifice aortique; ce prolongement ne mérite même pas le nom de souffle de retour, et d'ailleurs les autres signes de l'insuffisance aortique font défaut.

Au dire du malade, qui reste confiné dans son lit, les tendances à la défaillance sont fréquentes, l'angoisse syncopale survient soit spontanément, soit à l'occasion de mouvements avec la sensation de la vie qui s'éteint.

Ce sont là des symptômes d'angine de poitrine, mais il ne se sont pas produits en notre présence et nous nous contentons de les signaler.

Il ressort donc de notre examen : qu'à part les troubles cardioaortiques avec lesquels il faut compter, car chacun sait les terribles surprises que peut entraîner l'angor pectoris, à part ces troubles cardio-vasculaires, il y a, dans l'état général du malade, une amélioration tellement manifeste que Cornelius Herz, répondant à nos questions, nous a dit lui-même : « Oui, je me sens mieux ; oui, je suis plus fort. »

Il ne peut donc y avoir aucune hésitation dans nos conclusions relativement au déplacement et au transport de Cornelius Herz : *Ce qui n'était pas possible il y a quatre mois, est possible aujourd'hui.*

A ces conclusions, qu'il nous soit permis d'ajouter quelques mots. Après avoir accompli notre mandat auprès du malade, nous avons pris congé de nos honorables confrères anglais que nous ne saurions trop remercier de leur parfaite courtoisie et de l'extrême obligeance avec laquelle ils nous ont fourni tous les renseignements désirables.

A l'issue de notre consultation à Bournemouth, nous sommes rentrés à Londres, nous avons envoyé un mot à l'ambassade de France, et le soir même, à dix heures, nous étions reçus avec empressement et une bonne grâce charmante par le premier secrétaire, M. le baron d'Estournelles.

Séance tenante, nous faisions part de nos conclusions à M. le baron d'Estournelles, et il en informait aussitôt M. le président du Conseil par une dépêche que nous avons rédigée en commun. Notre mission était terminée.

Lettre adressée au journal le *Times* par M. le Dr Malcolm Mac Hardy, médecin ordinaire de Corlius Herz.

Monsieur,

J'ai recours à vous pour m'aider à faire connaître au public la dernière scène de cette histoire, commencée dans le *Times* des 16 et 23 du mois d'octobre et le *Bristish medical Journal* du 14. Hier, le prisonnier malade a été, avec l'autorisation des autorités anglaises, visité par les docteurs Brouardel et Dieulafoy, accompagnés de M. Barbe, médecin français, envoyés pour faire un rapport sur l'état de l'accusé.

A cette occasion, les autorités anglaises décidèrent que les médecins français auraient accès auprès du malade seulement à une heure opportune et en compagnie de son propre docteur. Cette mesure humaine et raisonnable avait été entièrement omise dans une occasion précédente, où deux médecins français furent admis, en présence de cet homme, dangereusement malade, sans avoir été annoncés, un peu avant minuit, avec l'autorisation du secrétaire de l'intérieur, à procéder à leur examen en l'absence de tout fonctionnaire ou médecin anglais.

Les propres médecins du malade, qui signèrent la lettre publiée dans le *Times* du 16 octobre dernier, après consultation avec le docteur malade, furent d'opinion que, malgré le danger qui pouvait résulter pour lui d'une surexcitation indue, il valait mieux qu'il reçût les médecins français, quoiqu'il fût résolu à faire lui-même, à tout hasard, un effort pour exposer sa situation, et bien que, sans se soucier de sa vie, il se préparât à aller lui-même au-devant de cette justice que la loi anglaise, par l'organe de ses hauts fonctionnaires, contrairement aux vues de légistes d'une valeur égale, se déclare incapable de parvenir jusqu'à lui.

Retrouvant dans cette circonstance son énergie de fer, et n'ayant point d'autre stimulant, plein de force pour démontrer son innocence, le docteur Cornelius Herz, trop faible même pour se tenir assis dans son lit, trop malade pour aller jusqu'au sofa, reçut les médecins, comme des confrères distingués, comme des citoyens d'une nation qu'il aime, mais refusa de leur reconnaître le droit à être admis chez lui comme émissaires d'un gouvernement qui s'était aliéné son respect avait prolongé une suite des procédés illégaux inaugurés par ses prédécesseurs. Il déclara que, tant que les autorités anglaises refusaient d'examiner le prétendu cas d'extradition allégué contre lui, elles n'avaient point le droit d'exposer sa personne à l'examen de n'importe quel délégué de la France, quelque autorité, grande ou petite, que pût exercer l'Angleterre, comme Etat asile, pour empêcher son évasion.

Ce point fut immédiatement admis par les médecins français auxquels le malade continua de s'adresser officiellement. Il montra comment on a fait de lui un bouc émissaire, pour rien de plus digne que des motifs politiques ; comment les témoignages verbaux ou documentaires qu'il offrit à la France ont été évités, comment un mandat d'amener contre lui fut annoncé par le ministre de la justice à la Chambre des députés, comme ayant été lancé deux jours avant qu'il existât ; comment, malgré cet expédient, le gouvernement français n'avait pu s'assurer qu'une majorité de six voix et n'avait pas tardé à tomber.

Cependant, leur heureuse manipulation de la procédure d'extradition, de la diplomatie et de la courtoisie internationale, a tramé sa mort et lui a utilement fermé la bouche, car le témoignage d'un prisonnier sous le coup d'une extradition en Angleterre ne pouvait être recueilli.

Le malade expliqua aussi comment en raison de son haut rang de grand-officier de la Légion d'honneur un mandat d'amener pour délit ne pouvait être lancé contre lui en France et comment, par conséquent, il manquait une condition essentielle pour que la demande d'extradition pût, aux termes du traité franco-anglais, être satisfaite ; comment la chancellerie de la Légion d'honneur avait donné comme raison pour le condamner sans l'entendre, que, ainsi que la Cour de cassation l'avait ultérieurement décrété, on ne pouvait légalement connaître des délits imputés à l'accusé ; combien il était reconnaissant que sa vie eût été épargnée assez longtemps dans cet Etat asile pour lui permettre d'achever une réfutation de toutes les accusations portées contre lui, réfutation qui, basée sur des documents et des preuves aujourd'hui mis en lumière, vengerait son honneur et son nom. En conséquence, bien qu'il ne fût pas fatigué de la vie et qu'il soit fier de la position qu'il a acquise par son énergie et de « fidèles, loyales, dévouées, hardies actions qui devaient moins que toutes autres prêter à la calomnie » (*Times*, 22 novembre 1889), il était décidé à insister pour être ramené à Londres et jugé, parce que, fût-ce au prix de sa vie, en dépit des avertissements médicaux, il voulait tout risquer pour prouver ses titres au respect des honnêtes gens, dès qu'il aurait fini la revision de sa défense. Un examen très court, quoique le patient se fût offert lui-même à le subir, a suffi à convaincre les médecins français du bien-fondé des appréhensions de leurs confrères anglais. Il leur dit adieu et de bien conserver le souvenir de ses paroles et de les transmettre en France. Toutes les personnes présentes appréhendaient la réaction qui suivrait probablement l'effort auquel le malade s'était contraint. Cinq minutes après, les médecins retournèrent dans sa chambre et le trouvèrent dans un état de collapsus des plus critiques, qui exigeait les soins les plus vigilants pour prévenir une issue fatale.

Le vie de cet homme sera-t-elle encore mise en danger par le voyage à Bow street, qu'il veut accomplir, et qui, décidé par lui, ne peut être évité qu'en lui amenant la justice à son chevet, ce que certainement le Parlement peut faire, si le gouvernement ne veut pas ? Qu'est-ce qui est le plus précieux en Angleterre : la justice, la vie d'un prisonnier non jugé ou la déférence à la susceptibilité française ?

Fidèlement votre

MALCOLM M. MAC HARDY.

5 novembre.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Dieulafoy commencera ce cours le mardi 14 novembre, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de l'école de Médecine ; et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Faculté de médecine. — Dans la séance de ce jour M. le Dr Landouzy a été présenté en première ligne à la place de professeur de thérapeutique vacante par suite de la permutation de M. Hayem.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

La bactériologie des broncho-pneumonies, par H. VILLARD, interne des hôpitaux de Montpellier.

La bactériologie des broncho-pneumonies est une question toute récente, actuellement à l'ordre du jour et qui est loin d'être définitivement résolue; elle offre de plus une grande importance tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, et intéresse également l'homme de laboratoire et le praticien. Pour ces raisons nous avons cru utile de présenter aux lecteurs de ce journal, sous forme de revue générale, l'état actuel de cette importante question.

Nous avons eu recours, pour la rédaction de cet article, à un certain nombre de mémoires et de travaux originaux que nous indiquerons au fur et à mesure que nous en aurons l'occasion, mais nous devons tout particulièrement citer la thèse de Mosny (1), ainsi que son traité de la broncho-pneumonie publié dans la collection Charcot-Debove, et surtout le remarquable article de Netter (2), auquel nous avons fait de très nombreux emprunts.

HISTORIQUE. — La nature microbienne de la broncho-pneumonie, depuis longtemps soupçonnée, n'a été définitivement prouvée qu'à une époque tout à fait récente.

Buhl (3), Ivanowsky (4), furent les premiers auteurs qui décrivirent, dans le tissu pulmonaire des malades morts de broncho-pneumonie, des micro-organismes qu'ils étudièrent sur des coupes, mais qu'ils ne cultivèrent pas.

Oscar Wyss (5), en 1878, décrivit également et dessina des microcoques dans les bronches, autour des vaisseaux, dans les espaces lymphatiques et les alvéoles.

(1) MOSNY, Thèse de Paris, 1891, n° 115; et Broncho-pneumonie (Collection Charcot-Debove), 1892.
(2) NETTER, Etude bactériologique de la broncho-pneumonie chez l'adulte et chez l'enfant (*Archives de médecine expérimentale*, 1re série, t. IV, 1892).
(3) BUHL, *Lungenentzündung, Tuberkulose und Schwindsucht*, 1872.
(4) IVANOWSKY, *Centralblatt für medicinische Wissenschaft*, 1876.
(5) O. WYSS, Catarrhal Pneumonie, in *Handbuch der Kinderkrankheiten*, III, 1878.

Babès (1), en 1880, décrivit des microcoques dans les poumons des sujets morts de broncho-pneumonie rubéolique et considéra ces micro organismes comme les agents microbiens de la rougeole.

A la suite des travaux de Friedlænder et de Talamon, en 1883, on rechercha tout particulièrement le pneumocoque; il fut trouvé par Cornil (2) (1884), Lumbroso (3) (1884), Massalongo (4) (1885), mais seulement dans les coupes de tissus; il ne fut pas fait de cultures.

Thaon (5), Tobeitz (6), Darier (7) dans sa thèse de 1885, employèrent encore le même procédé de recherches; aussi, comme le fait ressortir Netter, les résultats de tous les auteurs que nous venons de citer ne peuvent être pris en sérieuse considération, car ils manquent de l'important contrôle des cultures et des inoculations.

En 1885, Darier (8) reprit la question qu'il avait étudiée dans sa thèse et combla les lacunes qui s'y trouvaient; il fit des cultures qui lui permirent de constater, dans les cas qu'il examina, la présence du streptocoque pyogène, des staphylocoques, du bacille diphthéritique et l'absence du pneumocoque.

En 1886, Pipping (9) publia aussi le résultat de ses recherches, mais le premier mémoire d'une réelle valeur est celui de Weichselbaum (10), d'une importance capitale pour la question qui nous occupe. Dans ce mémoire, basé sur un grand nombre de faits, l'auteur « formule nettement la doctrine de la multiplicité d'origine des broncho-pneumonies ».

Dès lors les recherches bactériologiques sur la broncho-pneumonie se sont multipliées ; nous les citerons dans le cours de cet article, mais, à cause de leur importance, nous devons une mention toute particulière à celles de Banti (11), Netter et Mosny.

(1) CORNIL et BABÈS, La rougeole et la pneumonie consécutive à la rougeole (*Archives de Physiologie*, 1883).
(2) CORNIL, *Journal des Connaissances médicales*, 3 juillet 1884.
(3) LUMBROSO, Sur la présence des microcoques pneumoniques dans la broncho-pneumonie de la rougeole (*Société anatomique*, 1884).
(4) MASSALONGO, De l'étiologie des processus pneumoniques aigus (*Société anatomique*, 1885).
(5) THAON, A propos des broncho-pneumonies de l'enfance et de leurs microbes (*Revue de médecine*, 1885).
(6) TOBEITZ, Die Morbillen (*Archiv f. Kinderheilkunde*, 1887, VIII).
(7) DARIER, *De la broncho-pneumonie dans la diphthérie* (Thèse de Paris, 1885).
(8) DARIER, Les microbes de la broncho-pneumonie diphthéritique (*Société de biologie*, 1885).
(9) PIPPING, Kapselkokken bei der Broncho-pneumonie (*Fortschritte der Medicin*, 1886).
(10) WEICHSELBAUM, Ueber die Aetiologie der acuten Lungen und Rippenfellentzündungen (*Wiener medicinische Jahrbücher*, 1886).
(11) BANTI, *Sull' étiologia delle pneumonite acuta. Sperimentale*, 1890.

Nous venons d'esquisser à grands traits l'historique de la question qui nous occupe ; voyons maintenant quelles sont les opinions qui ont cours à l'heure actuelle sur la bactériologie de la broncho-pneumonie. Afin d'éviter autant que possible d'embrouiller le sujet, nous étudierons successivement les broncho-pneumonies chez l'adulte et chez l'enfant, suivant en cela la division admise par Netter, dans son important Mémoire.

BRONCHO-PNEUMONIES DE L'ADULTE.

Nous allons étudier et tâcher de résoudre les quelques questions suivantes :

1° *Quels sont les micro-organismes que l'on a trouvés dans les broncho-pneumonies de l'adulte ?*

Nous allons sur ce point relater l'opinion d'un certain nombre d'observateurs.

Weichselbaum a étudié 25 cas de broncho-pneumonie, pour lesquels il a fait des cultures et des examens bactériologiques. Il a trouvé :

le pneumocoque	12 fois
le streptocoque	7 —
le bacille encapsulé	2 —
les staphylocoques	3 —
le pneumocoque associé au staphylocoque doré	1 —

Banti (de Florence), en 1890, a étudié la broncho-pneumonie de l'adulte. Il a trouvé :

le pneumocoque	1 fois
le pneumocoque associé au staphylocoque	1 —
le streptocoque associé au staphylocoque	1 —
le bacille encapsulé	1 —

Mosny a trouvé le streptocoque pyogène, le pneumocoque lancéolé de Talamon-Frænkel, le pneumo-bacille de Friedlander, les staphylocoques, rarement le bacille de Lœffler.

Netter, sur 33 cas de broncho-pneumonie ne renfermant qu'une seule espèce microbienne, a trouvé :

le pneumocoque	15 fois
le streptocoque	12 —
le bacille encapsulé	9 —
les staphylocoques pyogènes	3 —

Sur 14 broncho-pneumonies renfermant plusieurs espèces microbiennes, il a trouvé :

le pneumocoque associé aux staphylocoques	5 fois
— — au streptocoque	2 —
— — au bacille encapsulé	2 —
— — aux staphylocoques et au streptocoque	2 —
le streptocoque associé au staphylocoque	1 —
— — au staphylocoque et au bacille encapsulé	1 —

Si nous résumons les statistiques, nous voyons que le micro-organisme le plus fréquemment trouvé dans les broncho-pneumonies de l'adulte est le *pneumocoque*, qui, soit seul, soit associé à un autre microbe, détermine plus de la moitié des cas de broncho-pneumonie. Le *streptocoque* vient en seconde ligne, puis le *bacille encapsulé* et enfin les *staphylocoques pyogènes* que Mosny considère comme secondaires et dont il met en doute le rôle pathogénique, car il ne les a jamais trouvés seuls. Mais les recherches de Netter, de Banti, de Weichselbaum montrent que dans quelques cas on ne trouve que ces micro-organismes ; nous avons nous-même observé un fait semblable. Les staphylocoques peuvent donc produire une broncho-pneumonie, mais rarement.

A part le pneumocoque, le streptocoque, le bacille encapsulé et les staphylocoques, on a rencontré dans les broncho-pneumonies quelques autres micro-organismes, mais d'une façon exceptionnelle. Aussi leur rareté doit-elle les faire considérer comme sans importance dans l'étiologie de cette affection. Nous ne les citons que pour mémoire, ce sont : le bacillus pneumonicus agilis, le bacille de la septicémie du lapin, le bacillus pneumoniæ, le bacterium coli commune et divers protées.

2° *Existe-t-il un rapport entre la forme anatomique de la maladie et le microbe trouvé ?*

Tous les médecins savent que la broncho-pneumonie se présente à nous sous plusieurs formes anatomiques.

Elle peut nous montrer des noyaux disséminés, rares, abondants ou confluents, elle peut revêtir la forme pseudo-lobaire ; enfin on peut ne trouver que de la splénisation. Il était important de savoir si à chacune de ces modalités correspondait un microbe spécial. Mosny, dans sa Thèse, a soutenu cette opinion, et pour lui le type lobulaire est dû au streptocoque pyogène, le type pseudo-lobaire au pneumocoque lancéolé de Talamon-Frænkel.

Mais cette manière de voir n'a pas été admise par tous les bactériologistes, en particulier par Weichselbaum et Netter. Ce dernier surtout, analysant avec un grand luxe de détails les observations qu'il rapporte, déclare que les diverses formes anatomiques de la broncho-pneumonie peuvent être produites par chacune des espèces microbiennes que nous venons de citer. Cependant, il fait remarquer que la broncho-pneumonie à bacille encapsulé semble devoir être le plus souvent pseudo-lobaire, et que la broncho-pneumonie causée par les staphylocoques s'est toujours présentée à lui sous forme lobulaire.

3° *Existe-t-il un rapport entre la maladie initiale et la nature microbienne de la broncho-pneumonie ?*

Le plus grand nombre des broncho-pneumonies survenant chez l'adulte sont secondaires, puique Netter n'en a trouvé que 4 de primitives sur 53 examinées. La plupart de ces broncho-pneumonies secondaires s'observent à la suite de la grippe, de la fièvre typhoïde, de la variole, de l'érysipèle, de l'hémorrhagie et du ramollissement cérébral, de la méningite aiguë, de la néphrite aiguë.

Dans la plupart des broncho-pneumonies ayant compliqué la fièvre typhoïde, la variole, les lésions cérébrales, et dans les broncho-pneumonies primitives, on trouve le pneumocoque. Mais cependant c'est là une règle qui souffre de nombreuses exceptions. Dans un cas de broncho-pneumonie survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde, nous n'avons trouvé que les staphylocoques.

Dans la broncho-pneumonie qui complique l'érysipèle, on trouve presque toujours le streptocoque.

Les broncho-pneumonies survenant dans le cours des maladies du rein sont presque toujours dues au pneumocoque ou au pneumo-bacille.

Les broncho-pneumonies compliquant la grippe ont fait l'objet de nombreux travaux, et la conclusion de toutes ces recherches, c'est qu'elles sont dues aux microbes divers que nous avons déjà cités, mais plus particulièrement peut-être au streptocoque.

Netter, dans 8 cas, a trouvé : trois fois le pneumocoque à l'état isolé ou associé, une fois le bacille encapsulé, trois fois le streptocoque pur ou isolé, et deux fois les staphylocoques toujours associés.

Weichselbaum a trouvé deux fois le pneumocoque sur

2 cas examinés; Lévy (1), dans un cas à la clinique de Leyden, a aussi trouvé le pneumocoque.

Ribbert (2), à Bonn, ne trouve que le streptocoque pyogène. Finkler (3), sur 42 cas, trouve 27 fois le streptocoque pyogène, 12 fois les staphylocoques, une fois le bacille encapsulé et 2 fois un diplocoque non identique au pneumocoque.

Vaillard et Vincent (4) dans un cas n'ont également trouvé que le streptocoque.

Enfin Prior (5), à Cologne, a trouvé le pneumocoque aussi fréquemment que le streptocoque.

En somme, ce qui se dégage de tous ces faits, c'est qu'il n'y a pas, chez l'adulte, de relation directe et constante entre la maladie primitive et la nature microbienne de la broncho-pneumonie.

BRONCHO-PNEUMONIES DE L'ENFANT

1° *Quels sont les microbes trouvés?*

Queissner (6), en 1889, a toujours trouvé le pneumocoque, quatre fois à l'état isolé, deux fois associé au streptocoque, deux fois associé aux staphylocoques.

H. Neumann (7) la même année, sur 14 cas, dont 8 consécutifs à la rougeole, trouve le pneumocoque par dix fois et peut-être treize et une fois le streptocoque associé au staphylocoque doré.

Banti (8), sur 4 cas observés chez l'enfant, trouve trois fois le pneumocoque et une fois le staphylococcus pyogenes aureus.

Finkler a retrouvé d'une façon à peu près égale les quatre microbes incriminés comme causes de la broncho-pneumonie.

Prudden (9), dans la broncho-pneumonie compliquant la diphthérie, a toujours trouvé le streptocoque pyogène, soit isolé, soit le plus souvent associé aux staphylocoques.

Mosny a trouvé le streptocoque, le pneumocoque, le pneumo-bacille, les staphylocoques.

Netter a étudié 42 broncho-pneumonies infantiles. Sur ces 42, 25 renfermaient une seule espèce microbienne, et 17 plusieurs espèces. Nous reproduisons les chiffres qu'il donne.

Les 25 broncho-pneumonies mono-microbiennes se répartissent ainsi :

Peumocoques..................	10
Streptocoques.................	8
Staphylocoques................	5
Bacille encapsulé..............	2

Dans les 27 broncho-pneumonies poly-microbiennes, on trouve :

Pneumocoque + streptocoque..................	5
Streptocoque + staphylocoque..................	5
Streptocoque + bacille encapsulé.............	3
Pneumocoque + streptocoque + staphylocoque.	2
Pneumocoque + staphylocoque................	1
Pneumocoque + bacille encapsulé.............	1

Dans un récent article du plus haut intérêt sur les *Infections bronchiques*, M. Paul Claisse (1) donne le résultat de 16 examens bactériologiques. Il a trouvé une seule fois le pneumocoque de Talamon-Frænkel; dans 15 cas le streptocoque jouait le rôle prépondérant, mais il était souvent associé à d'autres variétés microbiennes (pneumocoque, staphylocoque doré, etc.).

En somme, chez l'enfant, le microbe le plus fréquent à l'état isolé est le pneumocoque. Mais si l'on tient compte des cas où l'on rencontre à la fois plusieurs espèces microbiennes, on voit que le streptocoque est le micro-organisme que l'on trouve le plus fréquemment. La présence du pneumo-bacille est rarement signalée, beaucoup plus rarement que chez l'adulte. De même les staphylocoques existent rarement à l'état isolé.

Netter a recherché si l'âge n'influait pas sur la prédominance de tel ou tel microbe. Des tableaux qu'il a dressés, il semble résulter que le streptocoque présente une prépondérance d'autant moins grande que l'enfant avance plus en âge. Mais de nouvelles recherches seraient encore nécessaires pour faire admettre, sans conteste, cette opinion.

2° Comme pour l'adulte, il ne semble pas y avoir de relation entre la forme de la broncho-pneumonie et la nature du microbe, contrairement à ce que pense Mosny.

3° De nombreuses recherches ont démontré qu'il n'existait pas de rapport constant entre la maladie primitive et le microbe trouvé dans les foyers de broncho-pneumonie. Il faut cependant faire une exception pour la broncho-pneumonie survenant dans le cours de la diphthérie; on trouve constamment le streptocoque pyogène, soit seul, soit associé à d'autres micro-organismes parmi lesquels on note quelquefois le bacille diphthéritique de Lœffler.

Certains auteurs (Guarneri (2), Morel (3), Finkler) auraient exclusivement rencontré le streptocoque, soit seul, soit associé aux staphylocoques, dans la broncho-pneumonie de la rougeole. Mais les recherches de Neumann, Queissner, Mosny, Netter, montrent qu'il n'en est rien, et que tous les microbes pathogènes de la broncho-pneumonie peuvent se rencontrer dans les complications bronchiques de la rougeole.

PATHOGÉNIE

De tout ce qui précède il résulte que la broncho-pneumonie, soit chez l'adulte, soit chez l'enfant, « n'est due qu'exceptionnellement à la localisation sur le poumon du microbe pathogène d'une maladie générale. Elle résulte d'une *infection surajoutée mixte ou secondaire* » (Netter).

D'où proviennent donc ces micro-organismes? Des recherches nombreuses ont démontré qu'ils n'envahissent pas le poumon par la voie sanguine, mais bien par la voie aérienne; ils proviennent tous de la bouche, du pharynx et des fosses nasales. On a, en effet, trouvé dans ces cavités à l'état sain tous les micro-organismes constatés dans les broncho-pneumonies.

Le pneumocoque a été trouvé pour la première fois par Pasteur (4) dans la bouche, par Netter (5) dans les fosses nasales. Le streptocoque pyogène a été trouvé dans la salive par Netter (6), Kurth (7); dans les fosses nasales

(1) Lévy (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1890).
(2) Ribbert (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1890).
(3) Finkler (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1890, et *Die acute Lungenentzündungen*, 1891).
(4) Vaillard et Vincent, Recherches bactériologiques sur la grippe (*Société médicale des Hôpitaux*, 24 janvier 1890).
(5) Prior, Bakteriologische Untersuchungen über die Influenza und ihre Complicationen (*Münchener medic. Wochenschrift*, 1890).
(6) Queissner, Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Kinderpneumonie (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1889).
(7) H. Neumann, Bakteriologischer Beitrag zur Aetiologie der Pneumonien im Kindesalter (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1889).
(8) Banti, Sull etiologia delle pneumonite acuta (*Sperimentale*, 1890).
(9) Prudden et Northrup, Studies on the etiology of the pneumonia complicating diphteria in children (*American Journal of medical Sciences*, juin 1889).

(1) P. Claisse, Les infections bronchiques (*Semaine médicale*, 1893, p. 297).
(2) Guarneri, Streptococo nella broncho-pneumonite morbillosa (*Bollet. delle Academia di Roma*, 1887).
(3) Morel (*Bulletin de la Société anatomique*, 1890).
(4) Pasteur, Note sur une maladie nouvelle provoquée par la salive d'un enfant mort de la rage (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1889).
(5) Netter (*Société anatomique*, 10 février 1888).
(6) Netter (*Société de Biologie*, 21 juillet 1888).
(7) Kurth, Beitræge zur Kenntniss der Vorkommens der pathogenen Streptococcen im menschlichem Kœrper (*Berliner klin. Woch.*, 1889).

par Besser (1). Le bacille encapsulé a été signalé par Thost (2) dans le mucus nasal, par Netter (3) dans la salive. Enfin, les staphylocoques se trouvent constamment dans la bouche et les fosses nasales.

Netter (4) pour la salive, Besser (5) pour le mucus nasal, ont recherché la fréquence de ces micro-organismes.

Ils ont trouvé que les staphylocoques étaient constants; puis venaient les pneumocoques, les streptocoques et en dernière ligne les bacilles encapsulés.

Cet ordre, ainsi que le fait remarquer Netter, représente l'ordre de fréquence de ces micro-organismes dans les broncho-pneumonies de l'adulte. En raison de ce fait, il formule la loi suivante :

« La fréquence avec laquelle on trouve ces microbes dans la broncho-pneumonie de l'adulte est en raison directe de la fréquence avec laquelle ils se trouvent dans la cavité bucco-pharyngée. »

Il est cependant un fait qui paraît être en contradiction avec cette loi. Les staphylocoques sont, ainsi que nous l'avons vu, constants dans la cavité bucco-pharyngée et dans les fosses nasales, et cependant les broncho-pneumonies à staphylocoques, qui devraient par conséquent être les plus fréquentes, sont de beaucoup les plus rares. Netter explique ce fait de la façon suivante : « Cette contradiction ne doit pas surprendre, dit-il. L'organisme doit être le mieux préparé à la lutte contre l'envahissement par des microbes qu'il héberge normalement, et la rareté relative des broncho-pneumonies exclusivement à staphylocoques s'explique par les mêmes raisons qui font rencontrer si rarement cet organisme dans toutes les altérations profondes, qu'il s'agisse des pleurésies ou des péritonites, des suppurations des méninges ou des otites moyennes, des arthrites suppurées, etc... » Mais quand une infection microbienne a déjà triomphé de la résistance du lobule pulmonaire ou débilité profondément l'organisme, il n'est pas très rare de voir les staphylocoques envahir le foyer broncho-pneumonique.

Les recherches sur la bactériologie de la salive de l'enfant sain sont peu nombreuses et un peu contradictoires. Cependant Méry et Boulloche (6), sur 20 cas, ont trouvé les mêmes microbes que chez l'adulte et dans les mêmes proportions, ou à peu près.

On peut donc dire que la broncho-pneumonie est due à une infection d'origine bucco-pharyngée dont les agents pathogènes existent ordinairement dans la bouche longtemps avant leur pénétration dans le poumon.

Elle est primitive ou secondaire.

Dans les broncho-pneumonies primitives il y a sans doute exagération momentanée de la virulence des microbes pathogènes de la bouche sous diverses influences, parmi lesquelles il faut sûrement ranger les influences météorologiques.

Dans les broncho-pneumonies secondaires, ainsi que le dit très bien Netter, la maladie initiale favorise l'action de ces microbes en déterminant la bronchite et les troubles circulatoires pulmonaires nécessaires pour l'arrêt et le développement des germes. De plus, la maladie initiale diminue la résistance de l'organisme tout entier qui, affaibli par la première lutte qu'il vient de soutenir, ne peut résister à l'attaque de nouveaux microbes, qu'il porte normalement en lui.

Enfin, certaines maladies telles que la diphthérie, la rougeole, la grippe, etc., augmentent d'une façon très marquée la virulence et la force d'expansion des microbes de la cavité bucco-pharyngée. Ce fait a été très bien démontré par Boulloche et Méry, en ce qui concerne la salive des enfants atteints de rougeole.

(1) BESSER, Ueber die Bakterien der normalen Luftwege (*Beitræge die Zegler*, 1889, VI).

(2) THOST, Pneumoniekokken in der Nase (*Deutsch. med. Wochenschrift*, 1886).

(3) THOST (*Société de Biologie*, 24 décembre 1887).

(4) NETTER, Microbes pathogènes contenus dans la bouche des sujets sains (*Revue d'Hygiène*, 1889).

(5) BESSER, Ueber die Unterscheidungen der Streptococcen (*Arbeiten aus den Kaiserlichen Gesundheitsamte*, 1891).

(6) MÉRY et BOULLOCHE, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1891.

PROPHYLAXIE.

Des faits que nous venons de relater résultent un certain nombre de conclusions pratiques, relatives à la prophylaxie, que nous devons indiquer maintenant, car elles sont du plus grand intérêt.

La broncho-pneumonie étant due, en somme, soit le plus souvent à une auto-infection, soit à une contagion, « la prophylaxie de cette maladie doit donc répondre à une double indication : préserver de l'invasion des agents pneumonigènes les sujets sains et surtout les malades qu'une affection antérieure prédispose d'une façon évidente à l'éclosion d'une broncho-pneumonie secondaire; détruire dans les premières voies aériennes des sujets sains ou prédisposés les agents de la pneumonie qui en sont les hôtes habituels, ou bien rendre ces cavités naturelles impropres au développement des germes qui pourraient venir du dehors ». (Mosny.)

Pour arriver à ce double but, on aura recours à l'isolement et à l'antisepsie.

L'isolement est surtout important et utile dans les grandes agglomérations hospitalières; le principe de l'isolement est maintenant admis par tous, et il est appliqué le plus souvent possible. On placera les malades dans des salles larges, bien aérées, ne contenant qu'un petit nombre de lits; on séparera même les lits des petits malades par des grillages pour qu'ils ne se contagionnent pas par contact. Le personnel sera aussi aseptique que possible (sarraux propres, lavage des mains au Van Swieten, etc.).

Ces précautions générales seront complétées par des soins antiseptiques individuels. On préservera le malade contre lui-même, c'est-à-dire contre les auto-infections possibles, par des bains, des lavages antiseptiques de la surface cutanée, par l'antisepsie de la cavité bucco-pharyngée. Dans ce but, on emploiera des gargarismes à l'eau boriquée, des badigeonnages avec des tampons imbibés de glycérine boriquée; on introduira dans les narines quelques gouttes d'huile de vaseline boriquée.

L'acide borique est donc l'antiseptique le plus souvent employé; son pouvoir antiseptique est cependant très faible, mais il est amplement suffisant d'après Hutinel et Deschamps. D'ailleurs, il est sans danger, ce qui est une considération importante à faire entrer en ligne de compte quand on le confie à des mains plus ou moins expérimentées.

Si on emploie avec soin les divers moyens que nous venons d'indiquer, on verra la mortalité par broncho-pneumonie baisser dans de grandes proportions, puisqu'on l'évitera le plus souvent, et ce résultat éminemment pratique démontrera une fois de plus l'importance et la valeur des recherches de laboratoire, qui paraissent au premier abord exclusivement théoriques et incapables de la moindre sanction clinique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hémorrhagies dans l'opération de la castration,

par M. le professeur Verneuil.

(*Fin.*)

Obs. III. — *Hématocèle de la tunique vaginale, résection de cette tunique considérablement épaissie, blessure du testicule, ouverture d'un sac herniaire, hémorrhagie veineuse primitive par cause mécanique. Guérison.*

L'hématocèle de la tunique vaginale avec épaississement fibreux de la paroi est bien connue. Le diagnostic est en général facile, le pronostic assez bénin et les indications thérapeutiques nettement établies.

Les procédés opératoires qui lui ont été appliqués sont assez nombreux : la ponction est inutile, l'injection également ; l'incision simple, le séton ne valent pas beaucoup mieux, quoique plus efficaces. L'excision, la résection de la tunique vaginale épaissie et le procédé connu sous le nom de décortication sont actuellement en honneur. La castration est réservée pour des cas exceptionnels. Dans un fait de ce genre, la décortication étant impraticable, j'ai choisi la résection de la tunique vaginale épaissie, regardant ce procédé comme facile ; toutefois l'opération qui devait être simple s'accompagna d'une série d'accidents qu'il eût été sans doute facile d'éviter, mais dont la responsabilité se répartit entre l'opérateur et les dispositions anatomiques insolites qui accompagnaient la lésion. Quelle que soit ma part, je publie le fait, jugeant digne d'être signalé tout accident qui complique une opération réputée simple d'ordinaire.

Ch. Henri, 29 ans, tailleur, venu de province, entre à l'hôpital du Midi le 10 juillet 1862. De petite taille, mais bien constitué, il a toujours joui d'une excellente santé. Toutefois, il y a douze ans, il a eu au côté droit du scrotum un abcès sur l'étiologie duquel il ne peut fournir de renseignements précis ; il croit seulement se rappeler que le ventre a été gonflé et douloureux. L'abcès fut ouvert et on remarque encore au point correspondant une cicatrice transversale irrégulière, longue de trois centimètres et assez résistante. Le testicule droit, du reste tout à fait indolent, était resté un peu plus volumineux que l'autre. Les fonctions génitales s'accomplissent convenablement ; toutefois, marié depuis plusieurs années, Ch. n'a pas d'enfants.

Il y a cinq mois, le malade grimpait à une corde ; à une hauteur de 3 mètres environ, il se laissa glisser ; la corde serrée entre les jambes froissa pendant la chute la partie droite du scrotum, ce qui provoqua une douleur passagère.

Le soir les bourses étaient très gonflées ; le lendemain matin elles avaient triplé de volume et présentaient une coloration noire uniforme. Douleur presque insignifiante. Un médecin prescrivit le repos, une application de sangsues, des purgatifs et divers topiques. Ces moyens amenèrent une diminution de volume et peu à peu les téguments, perdant leur coloration anormale, reprirent leur souplesse, mais l'amélioration s'arrêta au bout d'un mois, de sorte qu'une tumeur régulière, indolente, du volume du poing, continua à occuper la partie droite des bourses, résistant à toutes les applications résolutives. Une ponction exploratrice pratiquée il y a deux mois, ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang. Le 11 juillet, je constatai les particularités suivantes :

Le scrotum présente un volume considérable. Les téguments sont souples, mobiles, sauf dans le point où existe la cicatrice déjà indiquée ; à gauche et en arrière le testicule sain est appliqué contre la tumeur qui remplace le testicule droit. Tumeur ovoïde, lisse, rénitente plutôt que fluctuante, un peu plus molle à ses extrémités qu'au milieu où elle est légèrement étranglée par un sillon circulaire. Le diamètre longitudinal mesure environ douze centimètres, les diamètres transverses sont moindres. Cordon spermatique court, mais souple, canal déférent non induré, double hernie inguinale que le malade ne soupçonne pas et qui n'a jamais été contenue ; à gauche c'est un bubonocèle simple, à droite l'intestin a franchi l'orifice du canal inguinal, mais ne descend pas dans le scrotum et paraît arrêté dans sa migration par la tumeur testiculaire. Quand Ch... est couché sur le dos, les hernies ne sont point apparentes et pour les faire saillir il faut provoquer un effort ; on voit alors, surtout à droite, une saillie hémisphérique bien circonscrite, du volume d'une noix, formée par l'intestin et qui se réduit spontanément dès que cesse la contraction de la paroi abdominale. Cette complication, que j'ai déjà rencontrée une fois dans un cas d'hématocèle double chez un vieillard, attira tout particulièrement mon attention et je songeai à en tenir compte dans l'opération future. On verra par la suite combien cette préoccupation était fondée ; tout ce que j'en puis dire maintenant, c'est que je diagnostiquai d'une part une entérocèle droite peu prononcée, confinée à la partie supérieure des bourses et qu'il serait aisé d'éviter en supposant même que la castration devînt indispensable, et d'autre part une hématocèle ancienne, à la fois sous-cutanée et intra-vaginale au début, avec résorption de l'épanchement superficiel dans le mois qui suivit la contusion, persistance actuelle de l'épanchement dans la séreuse, épaississement de celle-ci par des stratifications fibrineuses et accumulation, dans sa cavité, de sang liquide ou coagulé plus ou moins altéré.

Comme indication thérapeutique : ouverture large de la poche, ablation des caillots, décortication du testicule et de la tunique vaginale, et si cela était trop difficile, résection de la paroi épaissie avec conservation du testicule supposé sain et débarrassé autant que possible des couches fibrineuses stratifiées.

Avec ce plan opératoire il était très important de déterminer avec précision la position du testicule, malheureusement je n'y pus parvenir. Naturellement la transparence faisait défaut, et la consistance de la tumeur très considérable était la même à peu près partout ; il n'y avait aucune indication à tirer de la sensation provoquée par la pression, parce que le malade l'accusait dans des points tout à fait opposés et dans une étendue infiniment plus grande que les dimensions de la glande séminale. Néanmoins je perçus en arrière et près du raphé une arête étroite, ferme et sensible au toucher, représentant assez bien l'épidydime, d'où je conclus que le testicule occupait la position classique interne et postérieure, à distance égale des deux pôles de la tumeur.

Une ponction exploratrice faite pour éclairer le diagnostic contribua plutôt à l'obscurcir ; l'instrument plongé au milieu de la face antéro-externe provoqua une douleur assez vive et traversa au moins trois centimètres de tissus avant d'atteindre une cavité, peu spacieuse d'ailleurs, d'où ne sortit qu'une petite cuillerée de liquide sanguinolent et non le fluide de couleur chocolat que j'attendais.

Toutes ces circonstances jetèrent quelques doutes sur le premier diagnostic, et firent croire à la possibilité d'une tumeur maligne ou d'une affection kystique lesquelles succèdent assez souvent aux contusions, d'où le plan opératoire suivant : inciser couche par couche les enveloppes scrotales, puis la paroi propre de la tumeur et, alors, suivant la nature du mal, opération de l'hématocèle ou castration.

Trois jours furent consacrés aux soins préliminaires, bain, purgatif, lavement le matin, etc. La ponction exploratrice avait irrité la tumeur, et augmenté notablement son volume, la fluctuation y était devenue plus manifeste, surtout à la partie antérieure ; c'est en ce point, non loin du raphé, que je portai le bistouri, espérant bien n'y point trouver le testicule.

Je mis à découvert une tunique fibreuse, épaisse et résistante que j'incisai couche par couche, dans l'étendue de quelques centimètres. A une profondeur de 5 à 6 millimètres, un tissu rougeâtre facile à reconnaître pour le parenchyme testiculaire normal, fit hernie au fond du sillon tracé par le bistouri ; malgré mes prévisions, j'avais donc divisé l'albuginée sans trouver entre elle et la vaginale épaissie, ni cavité, ni ligne de démarcation appréciable. Avec les doigts et le manche de l'instrument, je décollai à droite et à gauche les enveloppes scrotales, partout la tunique fibreuse sous-jacente offrait les mêmes caractères ; je revins donc à l'idée d'une affection testiculaire et dès lors la castration devenait nécessaire. J'énucléai la tumeur sans difficulté et j'en explorai toute la surface avant d'isoler complètement le cordon ; or, à la partie postérieure, externe et inférieure, un point plus fluctuant existait, une ponction avec le bistouri donna issue à deux cuillerées de sérosité sanguinolente semblable à celle

que le trocart avait extraite les jours précédents ; j'agrandis l'ouverture et cette fois je pus me convaincre définitivement de l'exactitude de mon premier diagnostic, car j'avais sous les yeux la cavité même de la tunique vaginale renfermant, outre une notable quantité de sérosité, beaucoup de caillots mollasses, décolorés et comme macérés, les uns flottant dans le fluide, les autres déposés en couche épaisse sur la face pariétale; après en avoir aisément débarrassé la poche, je reconnus le testicule de volume ordinaire et comme enchâssé dans la paroi antérieure de la poche ; cette dernière même après l'ablation des caillots était très épaissie, résistante, élastique et figurait une coque béante à peine affaissée après l'évacuation de son contenu.

La blessure du testicule s'explique bien par la position tout à fait insolite de cet organe, position dont je ne saurais dire la cause, qu'il s'agisse d'une de ces inversions assez communes qui portent directement en avant le hile de la glande ou celle-ci lors de l'abcès scrotal ancien, ait contracté des adhérences avec la paroi antérieure de la séreuse pariétale. La seule conclusion à tirer, c'est que dans les cas d'hématocèle le siège occupé par la glande séminale est très variable, comme le prouvent du reste les cas assez nombreux dans lesquels elle a été blessée sans qu'on puisse accuser les opérateurs d'impéritie ou d'inattention. Mais que fallait-il faire alors ? plusieurs des assistants inclinaient vers la castration; pour moi je repris mon plan primitif et résolus de réséquer la vaginale épaissie ; l'albuginée était ouverte à la vérité, mais dans l'étendue de 8 à 9 millimètres à peine ; il y avait à craindre sans doute l'issue du parenchyme testiculaire et la formation ultérieure d'un fongus bénin, cependant la chose n'était pas certaine, car le tissu glandulaire n'était pas actuellement enflammé et pouvait bien ne pas le devenir. La cause principale du fongus manquait, d'où celui-ci pouvait bien manquer également ; plus d'une fois on a vu des plaies limitées du testicule guérir sans complications.

On m'objectait encore que j'avais entièrement isolé le testicule de ses connexions avec les enveloppes, et qu'après la résection de la vaginale, cet organe resterait comme un corps étranger flottant dans le sac scrotal, suspendu seulement par le cordon spermatique; ceci ne m'arrête pas,car la nutrition de la glande étant assurée, son isolement n'avait pas d'autres inconvénients qu'une suppuration peut-être un peu prolongée. Je n'acceptais pas davantage les objections nées soit de l'inutilité d'un testicule ainsi dénudé, soit de la simplification de l'acte opératoire par la castration. Un testicule, fût-il nul physiologiquement, figure toujours bien dans le scrotum, ne fût-ce que pour le moral de l'opéré; quant à la résection projetée, elle constituait une opération peu brillante sans doute, mais facile et peut-être moins dangereuse que l'ablation radicale.

Tels furent les motifs qui me dirigèrent; ajoutons en passant que la décortication, dont je ne désapprouve pas le principe, n'eût pas été possible dans ce cas, à cause de l'épaisseur et de l'extrême densité que la tunique vaginale avait acquises.

Le testicule, ai-je dit, était partiellement enchâssé dans la gangue fibreuse et faisait à la face interne de la poche une saillie hémisphérique allongée recouverte d'une couche mince de caillots sanguins peu adhérente ; on ne pouvait distinguer nettement ni ses bords, ni l'épididyme; le cordon spermatique court et volumineux se détachait du sommet de la tumeur pour s'engager dans le canal inguinal, avec le sac herniaire. Pour ne rien blesser d'important, après m'être assuré que la hernie était bien réduite, je priai un aide de saisir transversalement entre deux doigts, au-dessus de la tumeur, le cordon pour protéger lui d'abord, et ensuite le sac herniaire. Je réséquai alors la tunique vaginale en restant à une certaine distance du testicule et laissant autour de lui un anneau de tissu épaissi d'un centimètre environ, abandonné au travail suppuratif ultérieur. Par cette résection opérée sans difficulté, j'enlevai en deux longues plaques le reste de la poche fibreuse. Deux artérioles de petit calibre furent ouvertes, l'une fut liée, l'autre qui siégeait dans l'épaisseur même de la paroi cessa spontanément de saigner.

Tout allait à souhait, lorsque ayant, d'un dernier coup de ciseaux, détaché la partie supérieure de la poche fibreuse, je m'aperçus que je venais d'ouvrir une cavité séreuse lisse, assez spacieuse et qui ne contenait aucun liquide, mais en revanche logeait un prolongement de l'épiploon souple, mince, dépourvu de tissu graisseux. Je venais donc d'ouvrir le sac herniaire descendant sur la face externe de la tumeur, couché entre elle et les enveloppes scrotales. Tandis que j'avais cru n'avoir affaire qu'à un entérocèle en rapport avec la partie supérieure du cordon, il s'agissait par le fait d'un entéro-épiprocèle ; l'intestin arrêté par la tumeur restait en haut, l'épiploon aplati s'étalait en bas et descendait jusqu'à la partie moyenne de la poche vaginale à la surface de laquelle il avait contracté des adhérences solides et déjà anciennes.

Le sac naturellement descendait aussi bas que l'épiploon, et celui-ci étant très mince, impalpable, entièrement dépourvu de graisse comme chez l'enfant ou les personnes très amaigries, je n'avais pu soupçonner sa présence dans les explorations antérieures. Cette particularité me semble de nature à élucider quelques points restés obscurs danc le récit que le malade fit de ses antécédents. L'abcès dont le scrotum a été jadis le siège, qui s'est accompagné de douleurs et de gonflement du ventre, n'était peut-être qu'une épiploïte suppurée, d'où les adhérences de l'épiploon existant encore aujourd'hui, d'où aussi le léger excès de volume dû à la hernie et que le malade avait observé à la partie droite du scrotum avant le dernier accident qui amena l'hématocèle. Quoi qu'il en soit, nous avions créé involontairement une complication très sérieuse, en faisant communiquer la cavité péritonéale avec la plaie scrotale, par l'intermédiaire du sac herniaire. Cette communication d'ailleurs n'était pas douteuse, car le doigt introduit avec précaution le long de l'épiploon, pénétrait sans peine dans le ventre, et sous l'influence d'un effort, l'intestin lui-même se présenta à la partie supérieure de la plaie.

Pour atténuer autant que possible les chances de propagation de l'inflammation traumatique à la séreuse abdominale et pour empêcher l'issue de l'intestin, j'appliquai aussitôt un spica de laine, après avoir placé au niveau de l'anneau inguinal quelques compresses graduées pour comprimer doucement le canal inguinal. Quant à l'épiploon, je le laissai dans la plaie pour deux raisons : d'abord sa réduction aurait exigé la destruction de ses adhérences, puis, en le conservant à l'extérieur, j'espérais qu'il agirait en se tuméfiant et en s'enflammant à la manière d'un bouchon isolant le péritoine de la plaie scrotale. Le cordon spermatique et le testicule devaient agir de la même façon, c'est pourquoi je m'applaudis de n'avoir pas fait la castration; la glande eût-elle été beaucoup plus endommagée, que je l'eusse encore conservée pour lui faire jouer le rôle d'obturateur.

Mais la série des complications imprévues n'était pas encore terminée, et logiquement pourtant je venais d'en faire naître une dernière. Le malade fut reporté dans son lit; pour tout pansement, j'avais placé à la partie supérieure de la plaie deux fortes-serres fines sans réunir inférieurement, quelques boulettes de charpie remplissaient mollement la cavité. J'ordonnai l'application continue de compresses imbibées d'eau froide. Trois quarts d'heure après j'allai visiter l'opéré, je le trouvai très pâle et très faible, sans que cet état pût être attribué au chloroforme qui avait été bien supporté. J'eus bientôt l'explication de cet état : une hémorrhagie immédiate en était la cause; le scrotum avait acquis un volume énorme, la plaie était close en haut par les serres-fines, en bas par le testicule qui occupait l'intervalle de ses lèvres et derrière lequel une grande quantité de sang s'était accumulée. De plus, par l'angle inférieur se faisait un suintement goutte à goutte, et sur le lit s'étalait déjà un caillot équivalant au moins à deux palettes de sang. J'avais peine à m'expliquer un écoulement aussi abondant : deux artérioles peu importantes avaient seules été ouvertes pendant l'opération, l'une avait été liée, l'autre avait cessé spontanément de donner du sang; à la vérité, j'avais remarqué sur la coupe de la tunique vaginale épaissie une foule d'orifices vasculaires qui fournissaient un suintement en nappe assez notable; mais j'avais compté sur le rapprochement des bords de la plaie, sur le tamponnement avec les boulettes de charpie et sur les applications froides pour l'arrêter. Dans tous les cas, il était indispensable de mettre un terme à cette hémorrhagie inquiétante. Je me mis donc en devoir d'aller à la recherche des vaisseaux qui en étaient la source et de les lier. Tout le pansement fut défait et je vidai le sac scrotal qui renfermait une grande quantité de sang. Mes recherches furent vaines, je ne pus découvrir aucun jet artériel et cependant, sous mes yeux mêmes, l'écoulement en nappe continuait avec

abondance. A l'aide du ténaculum, j'appliquai deux ligatures sur des points d'où le sang suintait assez fort; mais sans grand résultat, car de toute la surface répondant à la section de la tunique suintait une véritable rosée sanguine indiquant surtout que l'hémorrhagie était veineuse.

J'ai beaucoup de répugnance à employer les styptiques sur des plaies récentes, larges, ayant pour base un tissu cellulaire lâche et en présence d'une hémorrhagie primitive, je n'ai guère confiance que dans la ligature. L'hémostatique à la mode (1), le perchlorure de fer, n'aurait pas manqué de provoquer une inflammation vive et peut-être une mortification plus ou moins étendue, alors qu'ici en particulier, il était très important de réduire au minimum les phénomènes phlegmasiques. Cependant, j'allais me résoudre à utiliser cette ressource, lorsque je soupçonnai tout à coup la véritable cause de l'hémorrhagie.

J'ai dit que pour empêcher l'issue de l'intestin et pour obturer le canal inguinal, j'avais appliqué sur son trajet une compresse soutenue par un spica de laine, et je pensai que cet appareil comprimant les veines du cordon pouvaient bien gêner la circulation en retour et entretenir mécaniquement l'écoulement sanguin. L'hypothèse était facile à vérifier; quelques coups de ciseaux divisèrent les circulaires de bande, et au bout de quelques minutes l'hémorrhagie avait cessé. La plaie nettoyée de nouveau, je réappliquai le pansement, les serres fines, les boulettes de charpie, un large suspensoir pour élever le scrotum et les compresses froides. L'incident n'eut pas d'autres suites, mais j'évalue à près de 5 à 600 grammes la quantité totale de sang perdue, soit pendant, soit après l'opération.

Grâce à l'ingestion, pendant tout le jour, de vin et de bouillon en abondance, les forces se relevèrent rapidement.

Les jours suivants ne furent marqués par aucune circonstance notable, il y eut même apyrexie complète. Le scrotum gonfla et s'enflamma modérément, la région inguinale fut soulevée par une tuméfaction molle, un peu sensible au toucher, mais l'inflammation resta confinée dans le canal et ne se propagea point à la cavité abdominale.

Le 3e jour, la suppuration s'établit abondante et de bonne nature. Les bords et le fond de la plaie, ainsi que la surface antérieure du testicule, s'étant recouverts d'une couche grisâtre de tissu cellulaire mortifié, on y appliqua des plumasseaux de charpie imbibés de liqueur de Labarraque étendue de quatre volumes d'eau, qui en quelques jours amenèrent la détersion de la plaie et la formation d'une couche de beaux bourgeons charnus. Le sinus situé entre la face profonde du testicule et le sac scrotal diminua peu à peu; la glande elle-même s'enfonça dans la profondeur et fut bientôt recouverte par le rapprochement des bords de la plaie cutanée. Quant à la blessure faite pendant l'opération, confondue dans la couche granuleuse, remplaçant l'albuginée exfoliée, elle se ferma sans difficulté.

L'ouverture du sac herniaire se ferma également, et l'épiploon se couvrit de bourgeons charnus. Mais la hernie contenue dans le canal inguinal, loin de disparaître comme nous l'avions espéré, prit plutôt de l'accroissement, comme on le vit quand le malade commença à se lever. Il fallut nécessairement attendre la cicatrisation complète de la plaie scrotale, qui n'eut lieu qu'à la fin d'août, pour essayer l'emploi d'un bandage double.

Le testicule adhérant à la cicatrice était d'un tiers au moins plus gros qu'à l'état normal, mais il était tout à fait indolent.

Dans les premiers jours de septembre, Ch. quitta l'hôpital dans un excellent état de santé.

Remarques. — Si l'on me reprochait la longueur de ce récit, je répondrais qu'il serait fâcheux de ne point signaler les particularités nombreuses et fort instructives qu'il présente.

1° La rapidité avec laquelle un froissement médiocrement intense mais portant sur une région autrefois lésée a amené la formation d'un épanchement sanguin volumineux, comme si le blessé eût présenté une disposition hémorrhagique.

2° Les obscurités du diagnostic relatives à la nature exacte de l'affection, que ne dissipèrent ni la ponction exploratrice, ni même l'incision superficielle couche par couche, pratiquée cependant dans le but spécial de savoir, avant de choisir le genre d'opération, si l'on avait affaire à une hématocèle ou à un sarcocèle.

Même incertitude sur la situation précise du testicule, ce qui amena sa blessure inattendue et l'abandon momentané du premier diagnostic, auquel par bonheur je revins assez à temps pour conserver l'organe.

3° Le débat soulevé entre mes assistants et moi sur l'opportunité de cette conservation, contre laquelle semblaient plaider et la plaie de la tunique albuginée et l'isolement complet de la glande et du cordon spermatique.

4° Justification de ma conduite par la marche favorable du processus opératoire, en dehors de toutes les complications. Comme raison, j'invoquai l'opération de l'éléphantiasis du scrotum, dans laquelle on conserve simplement une mince couche de peau pour recouvrir testicule et cordon, aussi dénudés que possible. Puis à ceux qui soutenaient non sans quelque raison que l'organe conservé anatomiquement serait nul physiologiquement, j'opposai mon opinion formelle sur ce que j'appelais dès cette époque le *testicule moral*.

5° La coïncidence entre les affections testiculaires et les hernies inguinales que j'avais déjà observée une fois, que j'ai retrouvée depuis dans un autre cas de castration avec ouverture du sac où elle a joué un rôle funeste, l'inflammation de la plaie scrotale ayant amené par propagation une péritonite mortelle, coïncidence beaucoup plus commune qu'on ne le croit et qui mériterait bien une étude approfondie qui à ma connaissance n'a pas encore été faite.

Je n'ai point à me reprocher d'avoir ici ignoré cette complication ni méconnu son importance et si j'ai, bien involontairement, ouvert le sac herniaire, c'est en raison de la disposition impossible à reconnaître et à prévoir qu'il présentait par rapport à la paroi antérieure du scrotum.

6° Je dois confesser ici une faute excusable il y a 30 ans et que certes je ne commettrais plus aujourd'hui; je veux parler de la manière dont je m'y pris pour empêcher l'issue des viscères et la propagation de l'inflammation de la plaie scrotale à la cavité péritonéale. Alors que j'aurais dû tout simplement, avec ou sans résection de l'épiploon, attirer le sac et le fermer, j'ai appliqué intempestivement un spica, qui a provoqué une hémorrhagie veineuse abondante que par bonheur on a pu arrêter dès qu'on en a reconnu la cause.

Dans une opération de castration que je pratiquai en 1865, après avoir divisé le cordon à petits coups et lié seulement les artères, je vis, à chaque mouvement fait par l'opéré, une petite ondée de sang noir s'échapper par les veines divisées; une nausée surtout projeta le sang à plus d'un centimètre hors du bout des vaisseaux qui cependant n'étaient point anormalement dilatés. Depuis cette époque, j'isole de mon mieux le plexus pampiniforme et l'obture avec un fil distinct. Malgré les reproches faits à cette époque à la ligature des veines, cette pratique me parut innocente et le fut en effet.

En résumé, l'hémorrhagie primitive prolongée ou secondaire précoce ne paraît pas être très rare à la suite de la castration; elle peut être artérielle ou veineuse. L'hémorrhagie artérielle tient au procédé défectueux employé pour sectionner le cordon ou à la négligence mise à lier toutes les artérioles ouvertes dans ce cordon même ou dans les enveloppes de la tumeur.

L'hémorrhagie veineuse, moins étudiée, et dont je viens de rapporter des exemples concluants, peut se faire par les veines du scrotum ou du cordon et résulter d'un pansement mal appliqué gênant la circulation en

(1) Ceci était écrit en 1862. — A. V. 1893.

retour. Il est possible mais non prouvé qu'elle vienne aussi par le bout cardiaque des veines spermatiques versant le sang dans une direction centrifuge, il importe donc de faire avec beaucoup de soin la ligature isolée de toutes les artérioles, à mesure qu'elles sont ouvertes. La ligature des veines du cordon lui-même paraît être une utile précaution. Il faut de plus surveiller très attentivement l'appareil de pansement. »

Ainsi m'exprimais-je en 1866. Ayant dès cette époque vu se produire les principales variétés d'hémorrhagies, je pris désormais contre elles des précautions qui m'ont totalement mis à l'abri de cet accident. J'ai constaté avec plaisir que mon judicieux et habile disciple Bouilly est arrivé de son côté à des conclusions qui diffèrent peu des miennes (1).

Hémorrhagie secondaire tardive. — Je l'ai observée deux fois : d'abord chez le sujet de ma deuxième observation où elle précéda une pyohémie mortelle, puis chez un autre opéré où, grâce à son origine purement mécanique, elle resta sans gravité et n'empêcha pas la guérison. Voici le fait.

Obs. IV. — *Castration avec section du cordon en un point très élevé. Hémorrhagie secondaire au 4e jour à la suite d'une quinte de toux* (Clinique inédite du 14 mai 1877).

Un homme que j'avais opéré à la fin de 1876 d'un sarcocèle et qui avait promptement guéri, se présenta de nouveau à l'hôpital de la Pitié, dans les premiers jours du mois de mai 1877, pour une récidive à marche assez rapide, car la nouvelle tumeur, constatée deux mois à peine auparavant, avait acquis le volume d'une pomme et adhérait à la cicatrice. L'état général était satisfaisant et, aucune contre-indication n'interdisant l'opération, celle-ci fut pratiquée le 6 mai. La tumeur parsemée de foyers hématiques se prolongeait jusque près de l'anneau inguinal, ce qui me força à sectionner le cordon très haut. Deux artères de volume médiocre donnèrent; l'une fut liée et l'autre prise dans une pince hémostatique qui fut laissée jusqu'au lendemain. Les suites furent simples et il n'y avait eu ni douleurs, ni malaise, ni fièvre, lorsque le 4e jour au matin, l'opéré ayant été pris d'une quinte de toux (2), le sang fit irruption avec une certaine abondance.

La compression l'arrêta sans peine, mais l'interne de garde s'empressa de lier deux vaisseaux qui paraissaient situés à l'extrémité du cordon. L'incident n'eut pas d'autre suite.

Il y a lieu de tirer de ce fait deux conclusions : c'est que d'abord, quoique très efficace, la forcipressure prolongée n'est pas infaillible (ce qui ne m'empêchera pas d'y avoir souvent recours) et ensuite que si les hémorrhagies secondaires sont très souvent liées à une infection septicémique ou à une dyscrasie, elles peuvent aussi naître par simple action mécanique; à peine est-il nécessaire d'ajouter qu'alors le procédé d'hémostase primitive n'y est presque pour rien.

Enfin, j'ai soupçonné une sorte d'*hémorrhagie secondaire interstitielle*, de cause inconnue dans le cas suivant.

Après une castration très simple où les vaisseaux du cordon avaient été liés isolément au catgut, comme je le fais depuis plusieurs années, je constatai dans le canal inguinal, au 15e jour, alors que la plaie scrotale était à peu près fermée, un gonflement régulièrement cylindrique assez volumineux, ferme et indolent au toucher, survenu sans fièvre, douleur, rougeur, chaleur, bref sans signes quelconques d'inflammation.

Je craignais d'abord une récidive rapide dans le moignon du cordon spermatique, mais me rattachai plus tard à l'idée d'un hématome quand je vis la tumeur disparaître lentement et sans réaction, comme elle était venue.

(1) L'hémostase dans la castration. *Revue de chirurgie*, 1887, p. 659.
(2) La quinte de toux a été signalée déjà dans ma première observation.

Sur une variété de myoclonie, par le Dr Colleville (de Reims).

Dans la *Revue de médecine* de l'année 1889 (nos 1 et 2), Vanlair (de Liège) applique la désignation générique de *myoclonies* à « l'ensemble des états morbides plus ou moins permanents, caractérisés par des contractions forcées, brusques, incordonnées, à répétition rapide, rhythmiques ou arhythmiques, avortées ou suivies d'un déplacement effectif, occupant toujours les mêmes parties et résultant d'une alternance entre l'action et le relâchement des mêmes muscles. » Nous renvoyons au travail susmentionné le lecteur désireux de connaître le chapitre si complexe des myoclonies ; nous nous proposons seulement de faire ressortir ici, en les rappelant, les caractères principaux de certaines d'entre elles, afin d'en montrer le lien de parenté et de nous aider à classer le cas intéressant que nous observons dans notre service.

Nous ne ferons que citer pour mémoire la chorée de Sydenham, cette névrose de croissance que l'on oppose à la chorée héréditaire d'Huntington, apparaissant tardivement et affectant une marche chronique. La chorée de l'enfance est en général à pronostic bénin et les spasmes ont plus d'ampleur que dans la seconde ; celle-ci peut durer toute la vie, elle s'accompagne souvent de troubles psychiques conduisant à la démence ; enfin, les gesticulations, incessantes au repos, s'atténuent ou peuvent disparaître au moment de l'accomplissement d'un acte intentionnel (Charcot). Lorsqu'on oppose les mouvements choréiques aux autres myoclonies, l'on insiste sur le caractère désordonné et sur la lenteur des gesticulations choréiques, leur continuité et le faible pouvoir inhibitoire de la volonté, surtout pour la maladie de Sydenham.

En 1882, Friedreich décrivait une névrose nouvelle, provoquée par la peur, caractérisée par des convulsions cloniques, localisées *symétriquement* dans certains groupes musculaires des membres supérieurs et inférieurs. Ces convulsions n'étaient pas toujours suffisantes pour amener un déplacement des membres : elles cessaient pendant le sommeil et ne troublaient en rien la coordination des mouvements volontaires ; les excitations périphériques, le froid, les irritations cutanées étaient suivies d'une exagération manifeste des contractions.

La force contractile des muscles était conservée ; leur état de nutrition, les réactions mécaniques et électriques réalisaient les conditions normales; la sensibilité était intacte, les réflexes patellaires considérablement accrus. Marie et Kowalesky considéraient comme caractères pathognomoniques de cette affection : la *symétrie* des spasmes instantanés et d'intensité variable ; la face indemne de tout mouvement convulsif, les mouvements volontaires non troublés par les secousses. Betcherew insiste en plus sur l'influence de la position du corps, le maximum d'agitation coïncidant avec le décubitus horizontal, l'exagération du réflexe patellaire, de l'excitabilité cutanée et musculaire. Schultze et Seeligmüller contestèrent l'immunité de la face, l'influence des mouvements volontaires et des excitations cutanées. Lemoine et Lemaire, à leur tour (*Revue de médecine*, 1890, nos 1 et 2), posent les conditions suivantes : instantanéité des spasmes, leur incoordination et leur ressemblance avec les secousses électriques, l'influence de la position du malade et en seconde ligne l'absence des troubles psychiques et psycho-moteurs. Sur ce dernier point, Lemoine est obligé de faire des concessions, car, dans la *Revue de médecine* du 10 novembre 1892, n° 11, il cite un cas de paramyoclonie avec des troubles psychiques analogues à ceux dont nous allons parler et dans lequel la volonté et

les mouvements volontaires n'ont aucun pouvoir sur les spasmes.

A côté de cette névrose de l'âge mûr, on peut placer une autre affection du jeune âge, souvent héréditaire, la *maladie des tics* de Guinon et de Gilles de la Tourette. Les secousses musculaires, qui peuvent se généraliser à tout le corps, ne sont « que la répétition d'actes automatiques, de mouvements de la vie ordinaire » ; les mouvements sont toujours les mêmes et présentent dans leur ensemble et leur répétition invariable une sorte d'arrangement tel, qu'on peut les qualifier avec Charcot de *systématisés*. Leur exécution en est rapide et leur apparition soudaine. La volonté peut les dominer, les émotions morales les exagèrent; cessation complète pendant le sommeil. Les excitations artificielles (froid, chatouillement, piqûre, etc.) influencent rarement les tics. Pendant les secousses, on remarque l'écholalie et l'échokinésie, compliquées de troubles psychiques sous forme d'idées fixes, de manies diverses, coprolalie, etc. La face est généralement prise ; la position du malade n'influence pas les spasmes ; les réflexes sont normaux. En plus de leur systématisation, les spasmes des tics sont plus lents que ceux du paramyoclonus, et la régularité de leur succession permet de prévoir comment ils termineront. Ils ne sont pas *quelconques* comme dans la maladie de Friedreich.

Le *tic* commun reste souvent cantonné dans les muscles de la face ou du cou : la contraction musculaire détermine un déplacement toujours le même. Les secousses unilatérales sont séparées par des intervalles très inégaux et relativement longs. La volonté et l'émotion vive peuvent l'arrêter ou le modérer, la position du corps n'a aucune influence, le sommeil le suspend; les réflexes sont normaux.

La caractéristique de la chorée électrique d'Hénoch est tellement difficile à faire ressortir que Lemoine et Lemaire placent cette affection et le paramyoclone aux deux extrémités d'une chaîne dont les anneaux intermédiaires sont représentés par des cas mixtes. Vanlair fait remarquer que la chorée électrique est propre à l'enfance, qu'elle peut se transformer en chorée vulgaire et se guérir spontanément; que les contractions entraînent toujours un déplacement réel des parties, et qu'enfin il existe une dissémination systématique et non symétrique des lésions.

Dans la *chorée fibrillaire* ou *fasciculaire* de Morvan, propre à l'adolescence, les faisceaux musculaires s'élèvent et s'abaissent comme les touches d'un piano sous les doigts de l'exécutant, quelquefois de véritables nœuds musculaires se dessinent sur place : ces contractions produisent un travail sans effet utile et sans déplacement d'aucune partie du corps. La face reste indemne : les mouvements volontaires font cesser les spasmes. Est-il besoin de rappeler que dans les spasmes fonctionnels ce n'est qu'à propos des mouvements professionnels que certains muscles agissent synergiquement et que souvent ces contractions sont douloureuses ?

Telles sont les principales affections qu'il était bon de passer en revue avant d'aborder l'histoire pathologique de notre malade.

Observation. — C... Gustave, âgé de 47 ans, bouchonnier. Entre salle Saint-Paul, n° 39, le 20 septembre 1893.

Aucun antécédent spécial parmi ses ascendants ou ses collatéraux. Il a perdu, à l'âge de deux ans, une petite fille atteinte d'accidents épileptiformes (?).

Antécédents personnels. — Il y a six ans, fluxion de poitrine d'une durée de quinze jours sans laisser de traces. Deux ans plus tard, influenza avec bronchite légère. A l'âge de 25 ans, chancre mou à la verge avec bubon. Bonne santé habituelle.

Il taille les bouchons à la main depuis 30 ans ; les premiers accidents nerveux observés remontent à deux ans. Tout au début et à de très longs intervalles, l'avant-bras gauche, à demi fléchi sur le bras et dans une position intermédiaire à la supination et à la pronation, subissait comme une secousse électrique en vertu de laquelle la flexion et la pronation de l'avant bras s'accentuaient davantage avec flexion du poignet et renversement de la paume de la main. Plus tard, instruit par l'expérience, il calait son avant-bras gauche, serrant le bouchon avec les doigts de crainte de se blesser avec le couteau tenu de la main droite. Ces mouvements survenaient aussi bien au repos qu'à l'occasion de n'importe quel acte : ce n'était donc pas, à proprement parler, un spasme professionnel ; le malade est très précis sur ce point. Les mêmes phénomènes se produisirent à l'autre avant-bras un an après, mais moins fréquemment et d'une façon moins intense. Progressivement les mouvements anormaux gagnent les muscles élévateurs des épaules et enfin ceux du cou. A son entrée dans notre service, ces derniers sont le plus souvent en jeu ; par certains moments l'agitation est incessante. Lorsque les mouvements du cou coïncident avec ceux des épaules et des avant-bras, le malade est obligé de prendre des poses singulières que nous allons décrire et qui gênent, dans une certaine mesure, les actes voulus sans en empêcher l'exécution. Il se plaint, par exemple, de ne plus pouvoir garder les mains dans ses poches ; depuis une quinzaine de jours, il a été obligé d'interrompre complètement son travail.

Etat actuel. — Tous les viscères fonctionnent normalement. Jamais de crises nerveuses; son état mental est très sain; à l'origine, il n'accuse aucune peur ni aucun traumatisme. Les membres inférieurs sont indemnes de toute contraction intempestive, ainsi que les muscles des parois abdominales antérieure et postérieure. Pas le moindre stigmate hystérique ; aucun trouble spécial de neurasthénie. La sensibilité est intacte dans tous ses modes sur la surface du corps. Les réflexes ne sont pas très exagérés (réflexe rotulien-crémastérin-masseterin, etc.). Les organes des sens sont également intacts : la vue seule a un peu baissé, conséquence des modifications d'accommodation engendrées par les spasmes du cou et des membres thoraciques. Au plus fort de l'agitation, la physionomie reste immobile : aucune grimace de la face.

Les mouvements anormaux doivent être étudiés dans les trois positions (couché, assis, debout), parce qu'ils augmentent notablement de fréquence à mesure que l'on passe du décubitus horizontal à la marche. Malgré les apparences, il existe un certain ordre dans la succession des contractions anormales.

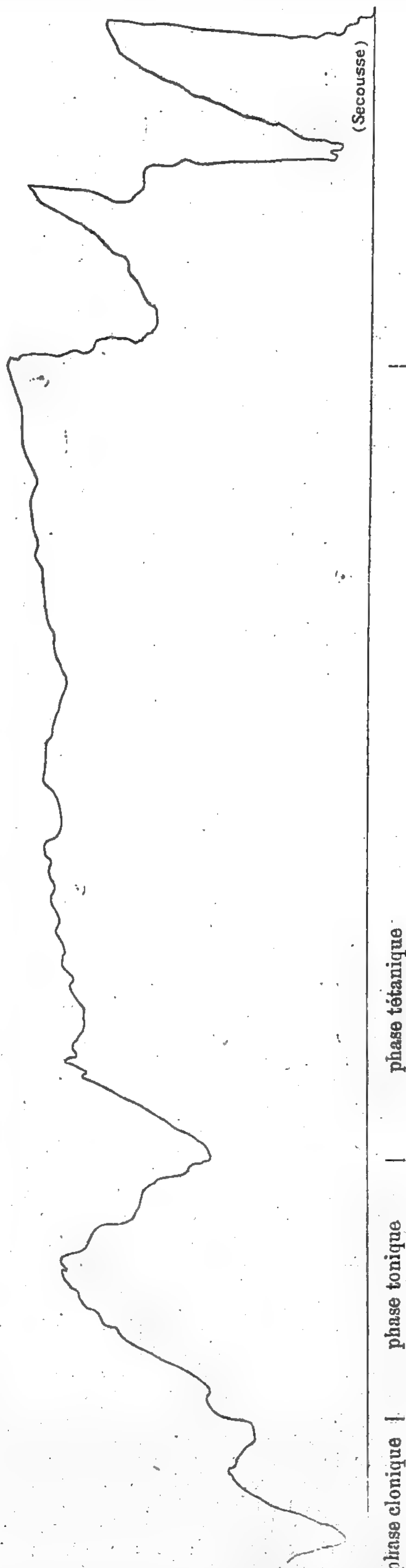
Position couchée. — La plus calme.

Avant-bras gauche. — Etendu sur le lit et dans la supination. Après une certaine immobilité, on voit s'établir la série suivante : d'abord le grand palmaire dont le tendon se dessine sous la peau au niveau du poignet; puis, les muscles pronateurs se durcissent et enfin agissent; de temps en temps, le fléchisseur superficiel fait fléchir les secondes phalanges; peu à peu, la main se redresse, reposant sur son bord cubital; c'est le tour du long supinateur à fléchir légèrement l'avant-bras et à le maintenir dans la position intermédiaire à la supination et à la pronation; quelquefois les radiaux étendent la main sur le poignet; enfin c'est le tour des abducteurs et extenseurs du pouce. Livré à lui-même, l'avant-bras se met très souvent spontanément dans cette dernière phase du mouvement.

L'avant-bras droit se meut de la même manière ; mais la position favorite est la demi-flexion de l'avant-bras et du poignet avec pronation. Dès les premiers jours, on voyait souvent des fibrilles musculaires se soulever sous la peau au niveau du long supinateur. Ce muscle dessinait aussi spontanément des nœuds musculaires très limités ; on constatait également par la vue et par le toucher que le muscle se durcissait sans déplacement du membre. Le biceps et les autres muscles du bras n'entrent jamais en jeu pendant le décubitus horizontal. Il semble exister une alternance entre les muscles des membres thoraciques et ceux du cou; puis, au bout d'une certaine excitation, les muscles de l'épaule agissent en même temps que ceux du cou et font entrer secondairement en action les avant-bras.

Les muscles du cou agissent dans l'ordre suivant : ce sont d'abord les peauciers et particulièrement le gauche qui déve-

loppent des rides sur le cou; puis, les sterno-mastoïdiens, le gauche d'une façon prédominante et ensuite les deux synergiquement. Pendant quelques secondes, on voit la face se

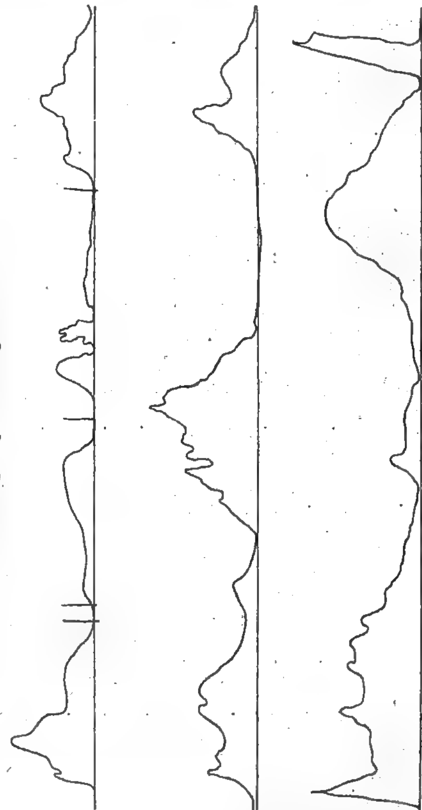


Tracé graphique montrant les divers modes de contractions successives du sterno-cléïdo-mastoïdien gauche.

tourner à droite, le cou s'inclinant à gauche; après, flexion de la tête sur le cou; les cordes sterno-mastoïdiennes se dessinent très ostensiblement. Les scalènes et les trapèzes se contractent si souvent à gauche que cette épaule reste normalement plus élevée que la droite; enfin, flexion de la colonne cervicale et projection du menton en avant avec tension des muscles sus-hyoïdiens. Les grands mouvements se compliquent de l'extension de la tête sur le cou avec intervention secondaire de l'occipito-frontal. Dans cette pose extrême qu'il soutient plus longtemps que toutes les autres, il a l'air d'un homme aux aguets, tendant le cou en avant et faisant tous ses efforts pour percevoir quelque chose dans le lointain.

Position assise. — Les mouvements du cou s'exécutent toujours dans le même ordre et sont bien plus marqués. Au moment de l'extension du cou, les muscles élévateurs des épaules interviennent concurremment avec les deltoïdes et les pectoraux, le biceps et le brachial antérieur gauche fléchissent au maximum l'avant-bras qui se trouve alors avoir son grand axe vertical, regardant parallèlement le plan auriculo-bregmatique.

Position en marche. — Ces contractions anormales sont



Tracé graphique montrant divers exemples de contraction du long supinateur gauche.

encore plus marquées; dans les grands mouvements l'avant-bras fléchi est disposé de telle façon que la paume de la main gauche se place derrière l'occiput; l'avant-bras droit, à demi fléchi en pronation contre la poitrine, rappelant plus ou moins la pose familière aux hémiplégiques contracturés, les premières phalanges fléchies sur les métacarpiens, les autres phalanges en extension.

La volonté peut suspendre un petit instant les mouvements anormaux; mais ceux-ci prédominent rapidement et fonctionnent aussitôt avec le maximum d'énergie dès qu'ils prennent le dessus. Lorsqu'on veut immobiliser l'avant-bras gauche, c'est l'avant-bras droit qui s'agite plus que de coutume; mêmes remarques pour les parties symétriques en jeu.

Pendant le sommeil, C... est fort calme; aucun mouvement. Quelques heures après le réveil, il est tellement tranquille qu'un jour, voulant le photographier dans l'après-midi après une petite sieste, on fut obligé de l'exciter et de provoquer de nombreux mouvements pour le prendre dans des poses différentes. Lorsqu'on l'observe, lorsqu'il est émotionné ou qu'il accomplit certains actes, les spasmes deviennent presque continuels surtout au cou. Lui fait-on porter un objet ou rouler une cigarette, l'acte s'accomplit normalement; mais il est obligé de recourir à certains subterfuges pour assurer

un point d'appui aux bras. C'est ainsi qu'en mettant le tabac dans la feuille de papier, la position est telle que ce dernier est à la hauteur des lèvres et le tabac sous le nez. Pas d'incoordination motrice, pas de mouvements contraires venant gêner l'acte à accomplir ; c'est seulement grâce à une position bizarre qu'il assure l'exécution du mouvement.

La percussion des tendons, l'action du froid et du chaud, les excitations cutanées et musculaires exagèrent la fréquence et l'étendue des spasmes. Pas de sensation de fatigue le soir ; aucune douleur. Les muscles répondent normalement aux courants électriques, galvaniques et faradiques.

Si l'évolution des spasmes s'effectue suivant un certain ordre préalable, par contre, il est absolument impossible de prévoir la durée des intervalles qui séparent les crises et la fréquence des mouvements pendant ces crises. Tantôt plusieurs contractions se succèdent pendant une seconde ; tantôt plusieurs secondes s'écoulent entre deux secousses.

Les tracés obtenus avec le polygraphe de Marey montrent que les muscles sont successivement le siège de contractions cloniques, toniques et même tétaniques ; dans les grands mouvements d'ensemble, le cou reste en extension pendant 10 secondes. A son entrée surtout, les muscles (long spinateur, grand pectoral, sterno-mastoïdien) présentaient de la chorée fasciculaire. Les deux premiers subissaient aussi des secousses instantanées, électriques, avec ou sans déplacement des parties osseuses. Des nœuds musculaires bien limités se dessinaient aussi sous la peau. Nous répétons que dans la plus grande agitation, les muscles de la face restaient immobiles. Bien des fois nous l'avons vu dans le lit, immobile des bras, pendant que le cou s'agite incessamment, surtout du côté gauche.

Les injections hypodermiques de cocaïne, pratiquées dans le cou en vue de diminuer les excitations réflexes, ont atténué l'agitation dans une certaine mesure. Amélioration avec application de courants continus.

Réflexions. — Si nous mettons notre observation en parallèle avec le tableau symptomatologique du paramyoclonus multiplex, nous trouverons bien des points de ressemblance.

En effet, convulsions cloniques, bilatérales, localisées symétriquement dans certains groupes musculaires : la face est respectée ; le sommeil suspend tout : les mouvements volontaires ne sont pas troublés grâce à un ingénieux dispositif préalable. Les excitations périphériques et cutanées sont suivies d'exagération manifeste dans les contractions ; la sensibilité est intacte. La nutrition, la force contractile des muscles, les réactions électriques réalisent les conditions normales ; les muscles sont plus excitables qu'à l'état naturel ; absence de troubles psychiques et psycho-moteurs.

Les membres inférieurs ne sont pas intéressés ; mais c'est de peu d'importance.

L'influence de la position du malade sur l'exagération des spasmes est à mentionner ; seulement, le décubitus horizontal au lieu d'exagérer les contractions, les diminue, tandis que dans la position assise et dans la marche, elles sont augmentées. Les malades de Seeligmüller et de Homey rentrent dans notre cas.

D'après Lemoine et Lemaire, une condition capitale nous ferait défaut : l'instantanéité des spasmes et leur ressemblance avec des secousses électriques. Si quelques muscles ont présenté au début ces caractères, il est incontestable (et le tracé myographique le prouve) que nous avons surtout des convulsions toniques et même tétaniques d'une certaine durée. Les auteurs (Marina, Mariquat, Kuy) nous en fournissent également des exemples.

N'oublions pas enfin qu'il y a un certain ordre dans la succession des mouvements et qu'ils ne sont pas *quelconques*, irréguliers comme dans le paramyoclone. Ce dernier caractère, joint à la rareté des secousses instantanées, semble donc devoir écarter l'étiquette de paramyoclone, en ce qui concerne notre malade. Serait-ce une variété de la maladie des tics de Guinon ? Les spasmes, il est vrai, se produisent avec une lenteur relative, on peut prévoir leur ordre d'évolution. Mais de grandes différences existent : absence de troubles psychiques, intégrité de la face, influence de la position du malade sur les mouvements, exagération par l'excitation cutanée ou musculaire.

Rien ne rappelle non plus la secousse instantanée unilatérale du tic commun, limité à la face, au cou ou à l'épaule.

Si nous admettons, avec certains auteurs, des nuances entre la chorée d'Hénoch et le paramyoclone, nous verrons qu'elles nous manquent ici. Début à l'âge mûr, symétrie et non systématisation dans la dissémination des lésions, absence de troubles psychiques.

Viserons-nous la chorée fibrillaire de Morvan ? Nous avons bien noté, chemin faisant, quelques sursauts fasciculaires du long supinateur ou du grand pectoral, mais ce n'était là qu'une exception. Les muscles du cou sont loin d'être respectés : les contractions se continuent pendant l'exécution des mouvements volontaires.

Nous écarterons également les spasmes fonctionnels, puisque : 1° les mouvements sont bien plus compliqués que ceux mis en jeu pour la profession ; 2° dès le début, les spasmes existaient à propos de *tous* les mouvements et même au repos. Rien de la chorée chronique des adultes. Absence d'hérédité, et surtout les mouvements ne sont ni imprévus ni désordonnés comme dans la chorée ; ils procèdent par accès.

Loin de nous l'idée de vouloir créer ici un nouveau type morbide. Nous avons déjà eu l'occasion, dans la *Gazette hebdomadaire* du 4 octobre 1890, de relater un cas de chorée fibrillaire et de paramyoclone se transformant sous nos yeux en hémichorée franche, chez une jeune fille de 20 ans Nos conclusions aujourd'hui seront les mêmes que celles que nous formulions à cette époque. Nous nous rencontrerons avec Ziehen, Grainger Stewart, Vanlair et bien d'autres qui rangent toutes ces affections sous le nom générique de myoclonies. D'après la classification du professeur de Liège, nous aurions une myoclonie externe, astasique, arhythmique par les intermittences, symétriquement limitée.

Que l'on ne nous accuse pas de vouloir confondre sciemment la chorée chronique vulgaire avec la maladie de Friedreich ! Les analyses peut-être un peu trop minutieuses que chaque auteur a faites à propos des cas observés, ne doivent cependant pas faire perdre de vue les liens communs qui unissent tous ces états morbides, résultante de perturbations dynamiques ou organiques dans le fonctionnement clinique des cellules motrices de l'appareil cérébro-spinal. Nous ne faisons que signaler ici, à l'appui de notre thèse, un cas mixte, participant par quelques points aux types classés, sans se fondre complètement avec l'un d'eux.

Nous ne saurions mieux terminer, en attendant que le chapitre des myoclonies soit complètement clos, que de répéter avec Ziehen : « Si la maladie de Friedreich est de la myoclonie brachio-crurale double ; le tic convulsif, de la myoclonie faciale ; la chorée électrique, de la myoclonie diffuse », nous sommes en présence ici de la forme brachio-cervicale double.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sarcome de la moelle (Report of a case of sarcoma of the cervical spinal cord ; autopsy), par W. H. Ross (*Medical Record*, 12 août 1893, n° 1188, p. 193). — Un homme de 29 ans, non alcoolique, sans antécédents héréditaires ni personnels, souffre tout à coup d'engourdissements dans le bord

cubital de la main. Ultérieurement on constate des douleurs, de l'insensibilité complète de cette région du membre, enfin de la paralysie atrophique. Le membre symétrique non plus que les membres inférieurs ne présentent rien d'anormal, sinon de l'exagération des réflexes tendineux plus accusée à droite. Les réservoirs sont indemnes. A la face on constate un léger ptosis droit avec rétrécissement de la pupille. Les douleurs et l'atrophie du bras augmentèrent progressivement, il s'y joignit de l'œdème du membre : puis des signes d'induration du sommet droit se montrèrent, accompagnés de dyspnée, de toux et d'expectoration. Le malade ne tarda pas à se cachectiser et à succomber à de la dyspnée seize mois après le début de la maladie. A l'autopsie, faite partiellement, on trouva un sarcome fibro-cellulaire adhérent à la clavicule, et un autre sarcome, fibro-cellulaire, adhérent à la colonne vertébrale. Ce dernier a envahi la moelle, occupant l'hémisphère droit presque tout entier de celle-ci, de la huitième cervicale à la septième vertèbre dorsale. On ne connaît jusqu'ici que 25 cas analogues, tous survenus dans l'âge adulte, ce qui les pourrait distinguer des tubercules de la moelle, qu'on observe plutôt pendant l'adolescence.

MÉDECINE

Péricardite et complication de colique hépatique, par C. Oddo (*Revue de médecine*, septembre 1893, p. 829). — Oddo rapproche des endocardites consécutives aux affections des voies biliaires un cas de péricardite survenue dans le cours d'une attaque d'ictère calculeux et terminé au bout de 6 jours par la mort. Il pense que, dans cette observation unique jusqu'ici, les micro-organismes ont pénétré par les voies biliaires, de même que dans les endocardites d'origine biliaire, mais que, au lieu de suivre la voie sanguine comme lorsqu'ils produisent une endocardite, ils ont suivi la voie lymphatique.

Note sur un cas de diphthérie atténuée, par Martha (*Archives de médecine expérimentale*, septembre 1893, p. 688). — Sujet ayant eu une scarlatine avec angine à bacille de Lœffler, à la suite de laquelle il fait usage d'un gargarisme à l'eau phéniquée au centième; neuf semaines après le début de la diphthérie, on trouve dans le mucus pharyngien un bacille présentant tous les caractères morphologiques du bacille de Lœffler, mais en différant par ce fait qu'il ne produit pas la mort des animaux inoculés, ce qui montre qu'il s'agit d'un bacille de la diphthérie atténuée. Il est possible que l'usage du gargarisme phéniqué ait transformé le bacille de la diphthérie vraie en bacille de la pseudo-diphthérie.

CHIRURGIE

Kyste de l'ovaire et grossesse (Ein Fall von Ovarientumor bei Graviditæt), par Feilchenfeld (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1893, n° 44, p. 1075). — L'observation de l'auteur se rapporte à un cas de kyste de l'ovaire diagnostiqué au 7e mois de la grossesse chez une femme de 22 ans. On fit la laparotomie et l'ovariotomie sans la moindre complication, et six jours après la femme accouchait d'un enfant mort-né. L'accouchement se fit avec une facilité extraordinaire, et les suites furent des plus bénignes. La plaie abdominale se réunit aussi par première intention.

Chirurgie de l'estomac (Zur Chirurgie des Magens), par Landerer (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 39, p. 127). — Les trois observations de l'auteur paraissent calquées sur le même modèle. Il s'agit des hommes venant consulter pour des phénomènes gastralgiques avec douleur localisée ou principalement accusée au niveau de l'épigastre et s'exagérant sous l'influence du mouvement.

La laparotomie faite dans les trois cas a montré, dans le premier cas, l'existence d'adhérences entre l'estomac et le péritoine pariétal, dans le second, des adhérences entre le foie et l'estomac, dans le troisième des adhérences entre l'estomac et l'anneau d'une minuscule hernie ombilicale.

L'excision des adhérences amena la guérison radicale de ces malades, qui auparavant avaient été traités par toutes les médications possibles et imaginables.

VARIÉTÉS

L'admission des malades riches dans les hôpitaux de Paris. — Déjà, à plusieurs reprises, la *Gazette* s'est occupée de cette question, dont la solution n'est pas encore intervenue. Nous n'y reviendrons pas, mais nous mettrons simplement sous les yeux de nos lecteurs le compte rendu, donné par le *Temps*, de la séance du 13 novembre du Conseil municipal. Nous ferons remarquer combien s'impose une réforme profonde dans toutes nos mœurs d'assistance publique, puisqu'une femme non indigente a pu recevoir pendant 10 mois des secours du bureau de bienfaisance.

M. Blachette pose une question au directeur de l'Assistance publique au sujet d'un incident qui se serait passé au mois d'août dernier à l'hôpital Necker. Une dame R..., âgée de 69 ans, s'est fait soigner pendant six semaines dans cet hôpital, bien qu'elle ait, dit M. Blachette, le moyen de se faire soigner chez elle. Il y a quelque temps, M. Lyon-Alemand signalait qu'une dame de Meulan, possédant 40,000 francs de rente, était venue se faire soigner dans un hôpital de Paris. Au mois de décembre 1892, à la suite du rapport de M. le docteur Navarre, et au mois de mars 1893, le Conseil a dû délibérer pour empêcher le renouvellement de ces faits.

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, répond que, lorsqu'un malade se présente dans un hôpital, l'administration ignore sa situation. En particulier, s'il vient de province, on ne sait de quelles ressources il dispose jusqu'au moment où l'enquête postérieure à son entrée est effectuée.

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, ajoute en substance M. Peyron, est saisi d'un projet de réforme dont la principale est la division de Paris en circonscriptions hospitalières. Chaque hôpital aura à desservir une région déterminée de Paris, et le malade, à moins d'exception, devra s'adresser à l'hôpital de sa circonscription et justifier, avant son admission, qu'il appartient à la circonscription.

D'autre part, le coût de la dépense nécessitée par chaque malade dans les hôpitaux est très difficile à établir. On pourrait, toutefois, demander aux malades des prix différents, suivant qu'il s'agit d'un service de médecine ou de chirurgie ou bien de tel ou tel hôpital, attendu que, dans certains services de chirurgie notamment, la dépense est supérieure à 3 fr. 30, prix moyen de la journée d'un malade adulte, et à 2 fr. 80 pour les hôpitaux d'enfants.

M. Blachette réplique que M. Peyron ne répond pas à la question posée, à savoir si les frais occasionnés par le séjour de Mme R... à Necker avaient été réclamés. D'ailleurs, la question est plus haute. « Mme R.., dit M. Blachette, pendant qu'elle était à l'hôpital Necker, a reçu du bureau de bienfaisance du Ier arrondissement des secours qu'elle touchait depuis dix mois. Eh bien! il ne s'agit pas maintenant de réorganiser l'Assistance publique, mais d'organiser une assistance publique à Paris... » (Très bien!)

En conséquence, M. Blachette dépose l'ordre du jour suivant :

Le Conseil, considérant que l'administration de l'Assistance publique est restée en dehors de tout progrès et qu'elle ne répond plus aux besoins de la population parisienne;

Que l'initiative privée cherche par tous les moyens à démasquer les faux pauvres;

Que des sociétés d'assistance par le travail existent déjà dans plusieurs arrondissements de Paris;

Considérant que la plus grande partie des millions mis à la disposition de l'Assistance publique sert à entretenir une clientèle de mendiants professionnels, alors que les pauvres occasionnels sont abandonnés à eux-mêmes ou à la charité privée,

Délibère :

Une commission de quinze membres sera nommée pour étudier l'organisation de l'assistance publique à Paris.

M. Deschamps et M. Alpy sont d'accord pour reconnaître que M. Peyron est un excellent républicain, mais que « cela ne suffit pas ». « L'administration, déclare M. Deschamps, sait pertinemment que le coulage existe. Elle sait que des malades appartenant aux classes aisées pénètrent trop facilement dans les hôpitaux. Le malade aisé dont le traitement par les méthodes antiseptiques coûte souvent 15 et 20 francs par jour prélève injustement une part sur le bien des pauvres. »

M. Charles Laurent appuie les conclusions formulées par ses collègues. Selon lui, les circonscriptions hospitalières dont M. Peyron propose la création ne correspondraient en aucune façon aux circonscriptions administratives. En ce qui concerne les chirurgiens et les médecins, le directeur de l'Assistance publique n'a nullement blâmé « ces joutes chirurgicales qui ont eu lieu entre deux ex-chefs de service des hôpitaux pour démontrer ou infirmer l'excellence de telle ou telle pince hémostatique sur le ventre de nos malades ». Ces opérations, que M. Ch. Laurent appelle « le record de l'éventrement », auraient dû être sévèrement blâmées.

Finalement le Conseil adopte la proposition de M. Blachette.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS.

BULLETIN

Paris, 24 novembre 1893.

Appréciation du projet de décret revisant les tarifs des expertises médico-légales et réglant les conditions dans lesquelles seront nommés les experts.

« Le Conseil d'Etat, dans sa dernière séance d'assemblée générale, a adopté un projet de décret, règlement d'administration publique, rendu en exécution de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. Ce décret a pour but : 1° de reviser les tarifs du décret du 18 juin 1811, pour les honoraires et frais des médecins, etc. ; 2° de réglementer les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux. » (*Le Temps*, 11 novembre 1893.)

L'Association générale des médecins de France avait en 1890 et 1891, dans ses assemblées générales, discuté ces deux questions ; elle avait approuvé les conclusions des commissions que le Conseil général avait chargées de lui présenter les rapports. Ces conclusions ont été soumises à M. le ministre de la Justice, et à différentes reprises nous avons fait des démarches pour que les pouvoirs publics fussent appelés à délibérer sur des questions qui intéressent à un si haut point le corps médical. La modération avec laquelle nos revendications si légitimes se sont produites nous a valu des promesses sur lesquelles nous avions le droit de compter. Cependant, le projet de décret que nous avons sous les yeux est loin de répondre à ce que nous avions demandé, à ce que nous espérions obtenir. Il nous a donné sur certains points une demi-satisfaction; sur d'autres, il nous laisse complètement déçus. Il suffira de jeter les yeux sur le projet que nous avions soumis aux pouvoirs publics, et de comparer ce qui nous est accordé à ce que nous demandions, pour se rendre compte de tout ce qui resterait à faire.

L'Association générale des médecins de France demandait l'unification du tarif des honoraires d'expertises; elle démontrait, par des arguments sans réplique, combien il était injuste de taxer un médecin d'après le chiffre de la population de la ville qu'il habite. Sur ce point nous avons eu gain de cause. Désormais une autopsie, souvent bien plus difficile à faire en province, dans un village, sera taxée au même chiffre qu'à Paris. Ce n'est pas sans peine que ce résultat aura été obtenu; nos confrères de province nous rendront cette justice que nous avons surtout pensé à eux et voulu leur assurer, autant du moins que nous l'avons pu, une rémunération plus équitable.

Nous avions demandé que les honoraires fixés par le tarif de 1811 fussent relevés, et qu'aux chiffres « dérisoires » de 6 francs, 5 francs ou 3 francs, on substituât la rédaction suivante :

ART. 17.

1° Pour chaque visite et certificat immédiat. 10 fr.
2° Pour visite et premier pansement, pour visite suivie d'examen à l'aide d'instruments spéciaux........................ 20 fr.

et nous ajoutions : En plus des frais ci-dessus, le rapport écrit donnant le détail des opérations comprises au paragraphe 2 sera payé par vacations.

Le projet de décret du Conseil d'Etat n'a pas adopté nos propositions ; il dit ceci :

Art. 4. — « Chaque médecin requis par des officiers de justice ou de police judiciaire, ou commis par ordonnance dans les cas prévus par le Code d'instruction criminelle, reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite avec premier pansement. 8 fr.
2° Pour toute opération autre que l'autopsie. 10 fr.

» Tout rapport écrit donne droit, au minimum, à une vacation de 5 francs. »

Nous pensons que ces chiffres sont trop faibles ; que, de plus, il y aurait lieu de relever le chiffre des vacations ainsi que nous l'avions indiqué : vacation de jour, 7 francs; vacation de nuit, 10 francs, tout en conservant les termes du décret de 1811 : « Chaque expert-médecin recevra pour chaque vacation de trois heures et pour chaque rapport, lorsqu'il sera fait par écrit, savoir, etc. :

» Il ne pourra être alloué, pour chaque journée, que deux vacations de jour et une de nuit. »

Le projet de décret est muet sur ce sujet; il serait bon cependant que nous fussions mieux renseignés ; un très grand nombre d'expertises comportant une période

d'observation plus ou moins longue, des visites plus ou moins nombreuses, ne peuvent recevoir d'honoraires que par vacations. Nous supposons que le silence n'implique pas une modification dans ce qui s'est fait jusqu'à ce jour.

La seconde partie de l'art. 4 a rapport aux autopsies. Nous avions demandé :

« a. Pour autopsie d'un fœtus ou d'un enfant nouveau-né.................................. 15 fr.
» b. Pour autopsie d'un adulte............. 30 fr.
» c. Pour autopsie après exhumation....... 50 fr.

« En plus des frais ci-dessus, le rapport écrit desdites autopsies sera payé par vacations. »

Le décret dit :

a. Pour autopsie avant inhumation........ 25 fr.
b. Pour autopsie après exhumation........ 35 fr.

« Au cas d'autopsie d'un nouveau-né, les honoraires sont de 15 et de 25 francs, suivant que l'opération a lieu avant inhumation ou après exhumation. »

Il y a là certainement un progrès qui, pour ne pas être aussi large que nous l'aurions souhaité, ne nous laisse pas indifférents.

Mais nous ne saurions nous montrer aussi passivement résignés pour ce qui touche aux frais de transport. Loin d'être améliorée par le décret, la situation est aggravée. On oublie trop aisément que le médecin qui se déplace, pour obéir à une réquisition de justice, n'a pas seulement à faire face aux dépenses obligatoires du transport d'un lieu à un autre, qu'il donne toute sa journée ou partie de sa journée, abandonnant sa clientèle, sa consultation, faisant en un mot le sacrifice de ce que l'exercice de sa profession lui eût légitimement apporté. Si on réduit ses frais de transport, il subira de ce fait une perte plus grande encore que celle qu'il a toujours faite, avec l'ancien tarif qui lui allouait 2 fr. 50 par myriamètre.

Nous avions demandé que l'indemnité fût fixée pour chaque kilomètre parcouru, en allant et en revenant, à 0.50 centimes.

Le projet de décret dit :

Art. 7. — En cas de transport à plus de deux kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent par kilomètre parcouru en allant et en revenant :

1° 0.20 centimes si ce transport a été effectué en chemin de fer ;

2° 0.40 centimes si le transport a eu lieu autrement.

Ce tarif nous paraît inacceptable. En veut-on la preuve? Nous l'avons déjà donnée ailleurs, nous la reproduirons ici; elle nous a été fournie par M. le Dr Chapuis, secrétaire de la Société du Jura. Requis par le parquet de Lons-le-Saulnier, il se transporte dans une commune distante de 23 kilomètres de son domicile. Voici le relevé de ses dépenses et recettes :

Dépenses : De 5 heures du matin à 1 heure après midi, prix de location d'une voiture..............		15 fr.
Recettes : Transport à 2 myriam. 3 kilom., soit : 5 myriamètres à 2.50..............	12.50	
Visite et rapport..............................	3 »	
	15.50	15 fr.

« Ma demi-journée perdue, mon examen, la rédaction de mon rapport, m'ont valu très exactement 0.50 centimes, c'est-à-dire un peu moins que le pourboire à donner à mon conducteur. » Tout commentaire est inutile. Ces faits sont de tous les jours.

Nous ne trouvons pas moins insuffisante l'allocation de 10 francs par jour aux médecins retenus par force majeure, en cours de route, ou obligés de prolonger leur séjour dans la ville où siège le Tribunal ou le juge d'instruction devant lequel ils sont appelés (art. 8 et 9). En demandant 20 francs, nous n'avions pas cru nous montrer trop exigeants.

Que dire du chapitre du décret visant la nomination des experts? Nous avons bien le droit d'exprimer le regret que les travaux de la Société de médecine légale de France, le rapport de M. le professeur Brouardel en 1884, le rapport même de la Commission de l'Association générale des médecins de France en 1891, aient été absolument laissés de côté.

La question de l'organisation nouvelle de la médecine légale, celle de la réorganisation des études médico-légales, ont été étudiées avec le plus grand soin par nous, et si l'on se réfère aux rapports spéciaux que nous signalons, on y trouvera cette préoccupation élevée de servir surtout les intérêts de la société en assurant à la justice le concours le plus éclairé possible de la part des médecins.

Lorsque le Sénat discuta la réforme du Code d'instruction criminelle, il fut longuement question des expertises médico-légales, du mode de nomination des experts. L'art. 68 du projet disait :

« La liste des experts qui exercent devant les Tribunaux est dressée chaque année pour l'année suivante par les cours d'appel, sur l'avis des Facultés, des tribunaux civils, et des chambres et tribunaux de commerce, suivant les formes fixées par un règlement d'administration publique.

» Néanmoins, la Chambre du Conseil peut, lorsque les circonstances l'exigent, autoriser la désignation d'experts qui ne figurent pas sur les listes annuelles. »

Ce texte nous satisfaisait ; il nous permettait de proposer une organisation nouvelle, plus complète des études médico-légales. Il avait été facile de montrer que, pour répondre au vœu de la loi qui donne à l'inculpé la liberté de choisir lui-même un expert ayant le droit « d'assister à toutes les opérations des experts désignés par la justice, » il fallait que le nombre des experts instruits, compétents, fût accru dans de larges proportions. Nous avions voulu développer cette instruction, cette compétence, et nous avions cherché à supprimer pour les jeunes médecins le rude apprentissage qu'il leur a fallu faire, seuls, jusqu'ici ; nous voulions qu'on leur donnât, à l'Ecole, dans une année d'études complémentaires spéciales, un enseignement pratique, aux laboratoires de chimie et de toxicologie, à l'amphithéâtre, aux hôpitaux, aux asiles d'aliénés.

Quoi qu'en ait dit, un jour, à la Chambre, un médecin-député dans l'une de ces boutades dont il était coutumier, ce n'est pas avec des livres, si bien faits qu'ils soient, qu'on apprend la pratique des expertises médico-légales. Nous proposions la création d'un Institut médico-légal dans chaque Faculté.

Là, les jeunes gens qui désireraient, après la réception de leur diplôme de docteur, compléter leurs études, seraient admis ; ils y trouveraient des chefs de laboratoire, des conférences ; ils y suivraient les recherches toxicologiques, ils y seraient familiarisés avec les ana-

lyses chimiques, avec les examens des taches de toute nature, avec le maniement du microscope, du spectroscope, ils suivraient les cours de maladies mentales, interrogeraient les aliénés; ils auraient enfin à rédiger et à discuter, chacun à son tour, les termes, les conclusions de leurs rapports écrits.

Puis, à la fin de cette année de travaux tout spéciaux, le jeune docteur passerait un examen et recevrait, s'il en était digne, un certificat signé par le Ministre de l'Instruction publique, constatant que le titulaire a acquis en médecine légale toutes les connaissances qui feront de lui un expert habile, un auxiliaire précieux de la justice.

Telle était la conception très large, très généreuse, de M. le professeur Brouardel. L'Association générale des médecins de France n'a pas hésité à la reprendre, et l'assemblée générale à accepter les conclusions du Rapport de la Commission qui la lui présentait de nouveau. De rares objections nous furent faites: on nous a reproché, au sein de quelques sociétés locales, de vouloir créer « un corps de médecins-experts, et ressusciter quelque chose d'analogue aux corporations avec privilèges. »

Nous avons répondu que telle n'était pas notre intention; que le certificat constatant les connaissances spéciales en médecine légale ne donnait à son titulaire aucun droit; que nous avions surtout pensé à relever par un enseignement supérieur les études médico-légales; que, si, d'après la loi, les cours et tribunaux étaient tenus de dresser, d'accord avec les Facultés, une liste de médecins-experts au commencement de chaque année judiciaire, il était utile de préparer à l'avance les éléments de cette liste : quoi de plus simple si, dans le chef-lieu, dans les villes d'un ressort de Cour d'appel, les Présidents de cour ou de tribunaux reçoivent la demande d'inscription, sur cette liste, des jeunes docteurs qui, à l'appui de leur demande, présentent le certificat, garantie de leur travail, de leur savoir? — Il n'y a là rien qui différencie un médecin d'un autre médecin, rien qui crée un droit, le choix des magistrats reste absolument libre, et cette liberté, conservée des deux côtés, d'ailleurs, assure au médecin toute son indépendance; il ne devient pas, comme on l'a dit: « un fonctionnaire. »

Au lieu de cette organisation que nous persistons à croire supérieure à toute autre, le projet de décret, avec la sécheresse d'un arrêt, dit :

Article 1er. — Au commencement de chaque année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, les Cours d'appel, en chambre du Conseil, le Procureur général entendu, désignent, sur des listes de proposition des Tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 2. — Les propositions du Tribunal et les désignations de la Cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français, ayant au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale et demeurant soit dans l'arrondissement du Tribunal, soit dans le ressort de la Cour d'appel.

Art. 3. — En dehors des cas prévus aux art. 43, 44, 235 et 268 du Code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquels ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins-experts résidant dans l'arrondissement, et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix.

Nous espérons que ce projet sera revu, modifié et complété. S'il était adopté et imposé dans ses termes, il donnerait lieu à des réclamations si vives et si justifiées, de la part des médecins, que le Conseil d'Etat serait bien obligé de le reprendre à nouveau. Il y a, dans les articles que nous venons de reproduire, un passage dont la suppression s'impose, c'est celui où il est dit que : « les médecins devront avoir cinq années d'exercice de la profession médicale avant de pouvoir être inscrits sur les listes d'experts. » C'est plus de temps qu'il n'en faut pour oublier ce qu'on a appris.

Nous ne voulons pas relever la contradiction entre la loi nouvelle sur l'exercice de la médecine et le dernier article de ce projet de décret. Les officiers de santé sont supprimés, nous ne voyons pas bien, en dehors des situations acquises et qu'il est juste de respecter, pourquoi le décret s'intéresserait à eux.

Cette analyse un peu sèche, que nous n'avons pas eu le loisir de développer davantage, suffit cependant à montrer que nos efforts patiemment, énergiquement soutenus, n'ont pas pu donner à nos confrères de province tout ce que nous avions cherché à leur assurer. Mais, nous ne sommes pas lassés, nous ne nous disons pas vaincus; le projet de décret nous fournit un texte à discuter; nous discuterons, avec le calme et la fermeté qui conviennent à des hommes convaincus que la raison et la justice sont de leur côté.

A. Motet.

REVUE GÉNÉRALE

La chirurgie de l'estomac.

La pylorectomie avec gastro-duodénostomie postérieure de Kocher. Gastro-entérostomie et pylorectomie.

Quand on a par devant soi une série de 6 cas de pylorectomie avec gastro-duodénostomie pour cancer du pylore sans un seul cas de mort, on a, il nous semble, le droit d'en parler au public et d'insister sur le procédé opératoire qui donne de si beaux résultats; et quand le chirurgien qui parle s'appelle Kocher (1), son procédé mérite non seulement d'être pris en considération, mais encore étudié dans tous ses détails par les chirurgiens de profession.

On nous permettra donc de résumer ici en détail la façon de faire suivie par Kocher dans les six cas qu'il vient de publier.

Incision sur la ligne médiane, de 10 à 15 centimètres, descendant plus ou moins au dessous de l'ombilic, suivant la situation de la tumeur. Excision de l'ombilic; hémostase complète. Après l'ouverture de la cavité abdominale, la tumeur est autant que possible attirée au dehors et ses limites exactement déterminées de chaque côté; puis avec la sonde cannelée on décolle, sur une petite étendue, le grand et le petit épiploon de chaque côté de l'induration, de façon à créer des orifices pour le

(1) Kocher, Zur Technik und zur den Erfolgen der Magenresection, *Corresp. Bl. f. Schweiz. Ærzte*, 1893, nos 20 et 21.

placement des compresseurs. Autant que possible ce décollement doit se faire à sec, sans ouvrir les vaisseaux. Le grand et le petit épiploon sont alors libérés, en haut et en bas, le long de la tumeur, avec les doigts ou des instruments. Tout vaisseau qui saigne doit être immédiatement lié; en même temps on évite les gros vaisseaux qui, s'ils se rencontrent, sont repoussés de côté. Une fois la tumeur isolée, on passe sous elle de la gaze stérilisée dont on enveloppe le néoplasme et les parties adjacentes de l'estomac et du duodénum, afin de prévenir la pénétration éventuelle du contenu gastro-intestinal dans la cavité abdominale.

On place maintenant, à la limite du néoplasme, une pince à pression continue du côté du duodénum et deux autres, une par en haut, l'autre par en bas, du côté de l'estomac. Les pinces sont de simples pinces à crémaillère, dans le genre de celles dont on se sert pour les artères. Elles doivent être solidement serrées, car la crainte de provoquer la nécrose de l'intestin est purement illusoire.

Une seconde pince est ensuite placée sur le duodénum à peu de distance (et sur le tissu sain) et parallèlement à la première; l'intestin est coupé entre les deux et la muqueuse qui fait hernie sous la pince soigneusement nettoyée au sublimé au 1000e. La partie du duodénum qui tient à la tumeur est enveloppée dans de la gaze stérilisée et attirée au dehors avec le néoplasme, tandis que la partie périphérique du duodénum enveloppée dans de la gaze mouillée est rabattue sur le bord droit de la plaie.

Un assistant saisit alors l'estomac en bas et le comprime entre le pouce et l'index de chaque main placée une en haut, l'autre en bas. On jette une compresse stérilisée sur les mains de l'assistant, et on coupe l'estomac le long des deux pinces placées auparavant. La tumeur étant vivement enlevée, on essuie le contenu stomacal, on lie les vaisseaux qui saignent et on ferme la plaie par une suture continue à la soie comprenant les trois couches de l'estomac et allant de la petite à la grande courbure ou inversement. La muqueuse stomacale qui fait hernie sous les sutures est soigneusement nettoyée au sublimé, puis, l'assistant tenant toujours l'estomac sans tendre ses parois, la suture continue profonde est invaginée en dedans et la séreuse complètement et très exactement fermée par une seconde suture de Lembert, également continue.

On change les compresses salies, et l'assistant saisit l'estomac avec ses deux mains de façon à repousser en avant et à droite la paroi postérieure de l'organe, qu'il applique contre le bord droit de la plaie, et qu'il met ainsi au contact avec le duodénum. La pince restant encore sur le duodénum, la paroi postérieure de ce dernier est fixée contre la paroi postérieure de l'estomac, de façon à ce qu'on puisse faire commodément, du bord supérieur au bord inférieur, une suture séro-séreuse postérieure continue et circulaire.

La pince duodénale est maintenant enlevée, le contenu intestinal essuyé et le duodénum, si la compression le permet, nettoyé. Le sang qui s'écoule par la plaie duodénale est arrêté par la ligature des vaisseaux.

La paroi stomacale est alors incisée à 1/2 ou à 3/4 cm. de la suture séro-séreuse postérieure, dans une étendue correspondant à la largeur du duodénum; après l'hémostase exacte de la plaie par ligature des vaisseaux, on place la moitié postérieure de la suture circulaire qui porte sur toute l'épaisseur de la paroi stomacale et de la paroi duodénale qui se trouve au devant; ou bien on fait une suture portant sur la séreuse et la musculeuse, et une seconde qui réunit la muqueuse. On réunit ensuite les bords antérieurs des plaies stomacale et intestinale, et par dessus cette suture profonde, on place une suture séro-séreuse antérieure, en utilisant les bouts des fils de la séro-séreuse postérieure. On a ainsi une suture parfaite qui ferme exactement la plaie. On nettoie au sublimé les lignes de suture et on enlève les compresses; l'estomac et le duodénum sont replacés dans le ventre et la plaie abdominale fermée. Pansement avec des bandelettes collodionnées.

Tel est le procédé opératoire, la façon de faire de Kocher. Le chirurgien de Berne insiste encore sur plusieurs points qui lui paraissent d'une importance capitale pour la réussite de l'opération:

1° *Asepsie* rigoureuse pendant l'opération et pas de ces lavages antiseptiques de la cavité abdominale, auxquels il faut attribuer le collapsus si fréquent dans ces cas. Ce qui est nécessaire, c'est de nettoyer au sublimé les lignes de suture et les parties directement souillées par le contenu gastro-intestinal. Mais ce doit être tout.

2° L'indication absolue des *sutures continues*, qu'il s'agisse des superficielles ou des profondes. C'est pour cela qu'il faut garder dans la suture séro-séreuse postérieure un bout de fil très long, de façon à l'utiliser ensuite pour la séro-séreuse antérieure. La suture continue assure seule l'occlusion complète de la plaie, et met à l'abri des hémorrhagies secondaires quand elle comprend toutes les tuniques de l'estomac et du duodénum.

3° Il est indispensable de se servir des *pinces* qui simplifient et rendent plus sûre l'opération. Les pinces, qu'il est inutile de garnir de caoutchouc par crainte illusoire de la gangrène, et qu'il faut bien serrer, s'opposent à l'écoulement du contenu intestinal et des matières cancéreuses et permettent de faire une section nette des tissus et la désinfection exacte, complète des surfaces de section.

Il nous reste à dire quelques mots des opérés de Kocher, quatre femmes et deux hommes.

Dans tous ces cas, les suites opératoires furent simples, et peu de jours après l'opération on constatait une véritable résurrection du malade. Deux opérées sont mortes, une au bout d'un an, de tumeur abdominale, l'autre au bout de neuf mois, de récidive. Un troisième, opéré le 14 juin 1893, écrivait à Kocher à la date du 15 juillet: « J'ai toujours faim, je digère très bien, je n'ai aucun mal ni avant, ni après le repas. » Au 16 août, le malade avait gagné *13 kilos*. Enfin les trois derniers, opérés depuis peu de temps (juillet-août), se portent jusqu'à présent fort bien.

Tels sont les résultats fournis par la pylorectomie avec gastro-duodénostomie postérieure. Dans un cas seulement où la méthode fut appliquée — c'est le septième opéré, le 29 juin 1891 — le malade mourut 20 jours après l'opération, et la mort, comme le dit Kocher, était la faute du chirurgien. Désirant à tout prix se mettre à l'abri de la péritonite, Kocher, au lieu de fermer le ventre, le laissa ouvert avec une compresse stérilisée autour du nouveau pylore. Quand, au bout de 12 jours, on voulut réduire l'estomac, les sutures se rompirent par places. On attendit encore, et le malade allant en se dépérissant mourut au bout de 20 jours. A l'autopsie on trouva plusieurs abcès péritonéaux.

La pylorectomie avec gastro-duodénostomie *antérieure* pratiquée dans deux cas, a donné à Kocher une survie de dix mois et une mort huit jours après l'opération. Dans ce dernier cas l'opération fut extrêmement difficile. Le pancréas était envahi, et il a fallu le réséquer, puis le néoplasme stomacal était tellement étendu qu'après la résection, l'estomac ressemblait à un intestin. Dans ces conditions il a dû se former d'abord une péritonite localisée qui plus tard, au huitième jour, se généralisa et finit par emporter la malade.

On peut donc dire avec Kocher que c'est la pylorectomie et plus particulièrement la pylorectomie avec gastro-duodénostomie postérieure qui est l'opération d'avenir, l'opération de choix pour les carcinomes opérables de l'estomac. Elle l'est sans conteste pour les rétrécissements cicatriciels du pylore où, à défaut de la pyloroplastie de Heincke-Mirkulicz, elle doit être préférée à la gastro-entérostomie simple.

*
* *

Le travail de Kocher, qui contient encore une critique de la gastro-entérostomie simple, est certainement le plus original parmi ceux qui ces temps derniers ont paru sur la chirurgie de l'estomac. Leur nombre est assez considérable. Mettant de côté tout ce qui a trait à la casuistique proprement dite, nous ne nous occuperons que de ceux qui ont trait aux méthodes et à la technique en utilisant, pour certains d'entre eux, la revue bibliographique de Nasse (1).

Lauenstein (2) se basant sur une statistique personnelle de 17 gastro-entérostomies pour sténose néoplasique ou non du pylore, préfère cette opération à la pylorectomie ou la pyloroplastie. Toutes ses opérations ont été faites par le procédé de Wœlfler, en fixant une anse du jéjunum à la paroi antérieure de l'estomac, et jamais il n'a observé dans ces cas de troubles attribuables à une compression par le côlon transverse. Pour éviter le reflux de bile dans l'estomac ou le passage du contenu stomacal dans le bout afférent de l'anse jéjunale, Lauenstein propose — théoriquement, car il n'a pas eu l'occasion de le faire sur le vivant — d'établir une fistule entre ce bout et n'importe quelle anse intestinale.

Cette proposition est vivement combattue par Braun (3) qui trouve que dans le cas où la communication sera établie avec une anse bas située de l'iléon, le contenu stomacal, en passant par la branche afférente de l'anse jéjunale, filera pour ainsi dire presque directement dans le gros intestin sans être soumis à la digestion *intestinale*. Il préfère, par conséquent, l'établissement d'une fistule entre les deux branches de l'anse jéjunale abouchée, mais pense que ce procédé, qui lui a réussi dans un grand nombre de cas, ne doit se généraliser que lorsque la fréquence du reflux de bile dans l'estomac ou l'engagement défectueux du contenu stomacal seront dûment établis. Du reste, cette anastomose, proposée déjà par Jaboulay, a été rejetée par Terrier et Reclus.

Haasler (4) nous donne dans son travail la description détaillée des modifications introduites par v. Bramann dans le procédé de Billroth-Courvoisier. Une anse de jéjunum, autant que possible tout près de son origine, est attirée à travers un orifice pratiqué dans l'épiploon gastro-colique et le méso-côlon transverse tout près de la courbure, et abouchée non pas avec la paroi postérieure de l'estomac comme dans le procédé de Courvoisier, mais avec la paroi antérieure. On rend ainsi impossible la compression par le côlon transverse, et, de plus, on établit une voie plus favorable à la circulation du contenu gastro-intestinal.

Cette question de méthode se trouve également étudiée par v. Hacker dans un travail où il rapporte sept cas personnels, 4 résections de l'estomac et 3 gastro-entérostomies avec un seul cas de mort, par pneumonie. Pour lui, en fait de gastro-entérostomies, la meilleure est la gastro-entérostomie postérieure rétro colique; quand celle-ci est impossible, on peut faire la gastro-entérostomie antérieure rétro-colique (de Billroth, v. Bramann, Brenner) et, en dernier lieu seulement, l'antérieure antécolique (de Wœlfler).

(1) *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1893, n° 44, p. 2080.
(2) Festschrift z. Ehre des 25 Jub. des prof. L. Meyer in Gottingen 1891.
(3) *Arch. f. klin. Chir.*, Bd XLV.
(4) *Arch. f. klin. Chir.*, Bd XLV.

Matignon (1), en se basant sur des expériences faites sur des animaux, recommande la suture d'après Senn; et pour éviter la formation d'un éperon, il conseille de fixer à l'estomac, par quelques points séro-séreux placés audessus de la fistule, la branche afférente de l'anse jéjunale. La méthode de Senn est encore modifiée par Paul (2) de la façon suivante :

On ouvre l'abdomen et on attire dans la plaie la première partie du jéjunum; le jéjunum est ensuite incisé en un point tel qu'on puisse l'appliquer à la partie inférieure de l'estomac sans la moindre tension. A travers cette petite incision on introduit dans l'intestin un anneau osseux et on clôt temporairement l'ouverture du jéjunum. On fait ensuite une incision de 3 centimètres environ dans la paroi antérieure de l'estomac; l'anneau qu'on introduit dans le jéjunum porte quatre fils au bout desquels sont quatre aiguilles qu'on a eu soin de laisser au dehors quand on a fermé temporairement le jéjunum. Ces quatre aiguilles sont passées à travers le méso-côlon transverse et la paroi postérieure de l'estomac et sorties par l'ouverture de la paroi antérieure de l'estomac. On applique ainsi fortement l'intestin contre la paroi postérieure de l'estomac; on enlève les aiguilles et on attache les fils qu'elles portent. La paroi postérieure de l'estomac est ensuite incisée au point où l'intestin est fixé à elle, et la communication entre les deux viscères est ainsi établie. On ferme alors l'incision de la paroi antérieure de l'estomac, on retourne l'estomac et on applique quelques sutures de Lembert au niveau de l'abouchement.

Postnikow (3) enfin a proposé pour la gastro-entérostomie la modification suivante. Au lieu d'établir par l'opération un abouchement franc entre l'estomac et l'intestin, il propose de n'inciser que la séreuse et la musculeuse et d'établir une fistule fermée par l'accolement des muqueuses gastrique et intestinale qu'on laisse se gangréner spontanément sous les sutures très rapprochées qui les enserrent. La gangrène est complète du troisième au quatrième jour, et la fistule ainsi spontanément établie. Cette modification permettrait : 1° de faire une opération aseptique, le champ opératoire ne pouvant dans ces conditions être souillé par le contenu stomacal; 2° d'abréger considérablement la durée de l'opération; 3° de rendre inutile le lavage de l'estomac avant l'opération.

On voit, par cette revue rapide, que le monde chirurgical est encore tout entier à la gastro-entérostomie. Kocher, comme nous l'avons vu, tient pour la pylorectomie, qui, seule, d'après lui, permet d'espérer non pas la survie de 9 à 12 mois que donne la gastro-entérostomie, mais une guérison de longue durée, pour ne pas dire radicale, puisqu'il s'agit de cancer, et que les malades arrivent toujours trop tard chez le chirurgien. Il cite à l'appui les bons résultats de la pylorectomie dans le cas de Wœlfler (survie de 5 ans et 3 mois), de Rydygier (survie de 2 ans 1/2), de Billroth (18 mois à 2 ans 1/2). Personnellement, Kocher a un cas où la pylorectomie pour cancer d'estomac a été faite il y a *5 ans et 4 mois*, et jusqu'aujourd'hui la malade se porte admirablement.

Le néoplasme fut reconnu par le professeur Langhans pour un cancer à cellules cylindriques tout à fait au début. Jusqu'à présent, la pylorectomie a donné une

(1) Thèse de Paris 1893.
(2) *Lancet*, 15 avril 1893, p. 129 et *Gaz. hebd.*, 1893, n° 37, p. 443.
(3) *Centralb. f. Chir.*, 1892, n° 49.

mortalité plus élevée que la gastro-entérostomie, et c'est en somme la raison pour laquelle la seconde est actuellement préférée à la première. Mais qui nous dit si, dans cette question de mortalité différente, la méthode et la technique opératoire ne jouent pas un certain rôle? Ce qui paraît le prouver, c'est la série de six cas *successifs* de Kocher, sans un seul cas de mort, guéris par la pylorectomie. Dans tous ces cas, le cancer était avancé, et la survie fut de courte durée. Théoriquement, la pylorectomie est une opération radicale, et la gastro-entérostomie une opération palliative. Et on comprend alors que la pylorectomie pratiquée de bonne heure puisse donner une aussi longue survie que l'hystérectomie totale dans le cancer peu avancé de l'utérus.

R. Romme.

TRAVAUX ORIGINAUX

Choléra nostras et contagion, par C. Giraudeau, médecin des Hôpitaux, et L. Rénon, ancien interne des Hôpitaux.

La *contagion* est l'un des éléments de diagnostic invoqués le plus fréquemment pour différencier en clinique le choléra asiatique du choléra nostras.

Au début des épidémies en particulier, on sait toute l'importance attachée à ce facteur. Maintes fois les hygiénistes, grâce à des enquêtes habilement conduites, ont pu, en se basant sur cet élément, affirmer la nature Indienne de la maladie et leurs recherches microbiologiques sont venues ultérieurement confirmer cette opinion première.

Cependant dans certains cas, alors que la contagion semble indéniable, alors même que le malade, agent vecteur de cette contagion, semble pouvoir être précisé, il peut se faire, croyons-nous, que l'on ne rencontre aucune des variétés du bacille virgule, ni pendant la vie, ni à l'autopsie, quels que soient d'ailleurs les moyens mis en œuvre pour le découvrir. C'est du moins ce qui nous est arrivé l'été dernier dans deux cas de choléra ayant paru au premier abord réunir toutes les conditions requises pour faire porter le diagnostic de choléra asiatique.

Nous avons donc été réduits à abandonner un diagnostic qui semblait s'imposer et à ranger ces deux cas dans le groupe encore à peine ébauché des diarrhées chlolériformes, bien que tout plaidât en faveur de la contamination du second malade par le premier.

Voici d'ailleurs les faits :

Observation I. — Le 20 août 1893 entrait au bastion 36 un nommé L..., âgé de 61 ans, qui venait de passer une semaine sur les plages bretonnes : le Pouliguen, le Croisic, Pornichet et Saint-Nazaire. Or à la même époque le choléra faisait son apparition à Nantes; mais le malade tant à l'aller qu'au retour n'était pas *descendu* dans cette ville.

A Saint-Nazaire, le 15, il avait été pris de diarrhée légère et tout d'abord n'y avait pas fait attention. Rentré à Paris le 18, la diarrhée persista sans avoir aucun caractère alarmant. Brusquement le 19, vers une heure de l'après-midi, après un déjeuner assez copieux, il fut pris de diarrhée abondante et de vomissements incessants; très rapidement les selles devinrent aqueuses et une faiblesse générale s'empara du malade; dans la nuit les crampes apparurent dans les mollets.

Le 20, à deux heures de l'après-midi, on le transporta au bastion; les vomissements persistaient ainsi que la diarrhée. Celle-ci était constituée par un liquide aqueux légèrement teinté en jaune et contenant de nombreux grains riziformes. Il n'existait ni cyanose, ni algidité prononcée; la peau n'avait pas perdu son élasticité; le pouls, facilement perceptible, donnait 15 au sphygmomanomètre de Potain, mais la voix était faible, les yeux légèrement excavés, la soif vive, le hoquet incessant et l'anurie complète.

L'état resta stationnaire jusqu'au 22 août; ce jour-là la diarrhée et les vomissements augmentèrent, la cyanose et le refroidissement apparurent et devinrent rapidement très prononcés. Le malade, qui avait uriné la veille environ 100 gr. de liquide renfermant 3 gr. 5 d'albumine par litre, continua à uriner de temps à autre.

Le 24, l'état resta stationnaire, les symptômes prédominants ce jour-là furent l'asthénie. la torpeur intellectuelle; urines, 500 gr. La température rectale, qui jusque là avait oscillé aux environs de 37° tomba à 36°,

Le 25 dans l'après-midi il fut pris d'une dyspnée intense que l'examen de la poitrine n'expliquait pas, sur les membres et le tronc apparurent de larges taches ecchymotiques, le pouls devint filiforme, la voix se cassa complètement, et la température rectale atteignit 36°4. Tous les moyens usités en pareil cas pour réchauffer les malades ayant échoué, on pratiqua une injection intra-veineuse de 1 litre 1/2 de sérum artificiel, suivant la formule du professeur Hayem. Sous cette influence le pouls se releva, le malade se réveilla momentanément, mais quelques heures après, le collapsus reparut et le malade mourut le 26, à 4 h. du matin.

L'autopsie, pratiquée 30 heures après la mort, révéla un état de décomposition avancée du cadavre; l'estomac et les intestins étaient distendus et présentaient une teinte violacée d'autant plus prononcée qu'on se rapprochait de la valvule iléo-cæcale; le contenu de l'intestin était abondant et constitué par un liquide jaunâtre contenant en suspension des grains riziformes; l'épithélium desquamé nageait çà et là par places sous forme de gros flocons et, dans les points où il était encore adhérent, il s'enlevait sous forme d'une couche crémeuse. La psorenterie était très prononcée dans la moitié inférieure de l'intestin grêle. Les reins étaient volumineux et cyanosés. Le foie, qui présentait à sa face inférieure un kyste hydatique du volume du poing à liquide trouble, était congestionné, et çà et là se trouvaient des taches blanchâtres identiques à celles rencontrées dans une foule de maladies infectieuses. Les poumons étaient volumineux et gorgés de sang.

L'examen *bactériologique* porta 1° sur les grains riziformes recueillis dans les selles; 2° sur le contenu intestinal; 3° sur le sang du cœur; 4° sur des fragments de l'intestin grêle.

Les grains riziformes recueillis dans les selles et dans l'intestin furent ensemencés et cultivés dans la solution de peptone préparée suivant la formule de Koch. Ces cultures furent à leur tour ensemencées sur des plaques de gélatine. Les unes et les autres ne donnèrent que des colonies de *bacterium coli commune* sans rien qui ressemblât de près ou de loin à des bacilles virgules. La *réaction de l'indol nitreux* ne se rencontrait dans aucun tube de culture.

Un cobaye reçut, dans le péritoine, deux centimètres cubes de culture du contenu de l'intestin effectuée dans la solution de peptone, il mourut au bout de douze heures, et à l'ouverture de l'abdomen, on constata de la vascularisation des anses intestinales et dans le péritoine l'existence d'une notable quantité de liquide citrin un peu trouble. Ce liquide examiné à l'état frais ne renfermait que du coli bacille; ensemencé, il donna des cultures pures de coli bacille.

Les cultures faites à l'aide du sang du cœur ne se développèrent pas.

Enfin l'examen microscopique pratiqué sur des fragments d'intestin grêle ne présenta pas trace de bacilles virgules; au contraire, les coupes contenaient de nombreux bacilles d'Escherich.

Obs. II. — Le second malade, B..., le plus intéressant, puisqu'il semble avoir été contagionné par le précédent, était un homme de 48 ans, très vigoureux, qui était entré au bastion 36 sept semaines auparavant, pour une légère cholérine. Les selles examinées bactériologiquement à cette époque contenaient de nombreux bacilles d'Escherich, mais aucune variété de bacilles-virgules. Du reste, il guérit rapidement sans incident, et, se trouvant sans travail, il demanda à rester à l'hôpital pour y exercer les fonctions d'infirmier auxiliaire. Le fait est, qu'étant données l'installation défectueuse du bastion et l'insuffisance du personnel, on lui réservait volontiers les corvées les plus pénibles et les plus répugnantes. Ce fut donc lui qui soigna le malade précédent et comme, à cette

époque, il n'y avait que des convalescents dans l'hôpital, toutes ses journées et même une partie de ses nuits furent consacrées à donner des soins à ce seul malade. Il passait son temps à vider et à laver les bassins et les cuvettes souillées, sans avoir toujours la précaution d'y verser une solution désinfectante comme on le lui avait prescrit, il changeait les draps du malade, le frictionnait, etc.; lorsqu'il fut mort, il l'ensevelit, aida à l'autopsie par une chaleur torride et pendant plusieurs heures respira une atmosphère *horriblement fétide*; ce fut lui également qui fut chargé de mettre le corps de L... en bière, de nettoyer la table d'amphithéâtre et les instruments qui avaient servi à pratiquer l'ouverture du corps et l'examen des viscères.

Le 24 août, c'est-à-dire trois jours après l'entrée de L... à l'hôpital, B... fut pris de diarrhée, mais il continua son service sans prendre aucune précaution et sans parler de son indisposition. Cet état dura jusqu'au 27 août. Ce jour-là, vers deux heures de l'après-midi, par conséquent, quelques heures seulement après avoir mis L... en bière, il fut pris de vomissements et sa diarrhée augmenta; il continua néanmoins son service jusqu'à 7 heures du soir. A ce moment, des crampes très vives se déclarèrent, la diarrhée et les vomissements accompagnés de coliques devinrent incessants, la cyanose, le refroidissement des extrémités, la perte d'élasticité de la peau, l'altération des traits, l'aphonie, la gêne de la respiration, la petitesse du pouls, l'anurie apparurent dans l'espace de quelques heures et complétèrent le tableau du choléra asphyxique.

Le 28, à 2 h. 1/2 du matin, l'état s'étant aggravé, le pouls étant devenu insensible et tous les moyens employés pour réchauffer le malade ayant échoué, on pratiqua une injection intra-veineuse de 2 litres de sérum artificiel dans la saphène gauche. Immédiatement la dyspnée diminua, les crampes disparurent momentanément, le malade éprouva une sensation de bien-être. Une demi-heure après, frisson violent suivi de sueurs abondantes, un peu de délire; au bout de quelques heures, la diarrhée et les vomissements reparaissent, si bien qu'à 9 heures du matin, le pouls est de nouveau faible et la cyanose reparaît, le malade n'a plus la force de demander le bassin, il va sous lui à chaque instant, vomissements incessants. A 11 heures, tous les moyens employés pour réchauffer le malade ayant échoué et la mort semblant imminente, on pratique une seconde injection intra-veineuse de 2 litres. A la fin de l'opération, le pouls a repris de la force, le malade parle et se trouve mieux, la diarrhée diminue.

A 2 heures de l'après-midi, la diarrhée et les vomissements cessent, les crampes, la cyanose ont disparu. Température rectale, 37°6. Somnolence, les urines reparaissent; elles sont peu abondantes, ne renferment ni albumine, ni sucre, mais des quantités considérables d'indican.

Le 29 août, agitation incessante, les vomissements et la diarrhée se reproduisent et, peu à peu, les symptômes d'algidité et de collapsus réapparaissent. A 9 heures du soir, les selles qui, jusque-là, avaient été teintées en jaune avec de nombreux flocons muqueux, prennent une teinte chocolat; par places on observe des stries de sang rouge. Le malade gémit sans pouvoir localiser sa douleur.

Le 30, agitation, plaintes continuelles, abaissement de la température à 35°4, le pouls devient insensible, le malade marmotte des paroles sans suite, cyanose très prononcée. Troisième transfusion de 2 litres de sérum. Immédiatement, le pouls reparaît, la température remonte à 36°5 et le malade se ranime.

Le malade se découvre incessamment, délire et présente une légère dyspnée; cet état se prolonge jusqu'au soir.

La nuit est assez calme.

Le 31, le subdélire reparaît, la dyspnée augmente ainsi que la petitesse du pouls; de temps à autre, une selle peu abondante.

Le 1er septembre, à 4 heures du matin, mort.

En somme, le tableau des accidents présenté par B... est absolument celui des cholériques chez lesquels la phase algide est suivie de cette période dite de réaction typhoïde.

Autopsie 12 heures après la mort. Au niveau du mésentère, il existe une ecchymose de la largeur d'une pièce de deux francs; péritoine poisseux.

L'intestin grêle est distendu par des matières liquides de coloration rosée, ne contenant pas de grains riziformes; au niveau de certaines anses, il existe une congestion intense d'autant plus prononcée qu'on se rapproche de la vavule iléocæcale. Le jéjunum est le siège de quatre infarctus du volume d'un grain de chènevis, l'un d'eux est ulcéré et cette ulcération a mis à nu la tunique celluleuse.

L'iléon très congestionné est le siège d'une psorentérie de plus en plus accusée à mesure qu'on se dirige vers le cæcum. Au niveau de celui-ci, elle cesse brusquement.

L'estomac est presque complètement vide. Le foie présente une coloration violacée intense, la vésicule biliaire est distendue par de la bile jaunâtre et visqueuse.

La rate est normale. Les reins sont augmentés de volume, la couche corticale épaisse a une teinte blanchâtre entremêlée de zones roses, comme on l'observe dans certaines néphrites infectieuses.

Les poumons sont fortement congestionnés, on n'y observe pas d'infarctus, mais, aux deux sommets, il existe des tubercules en voie de dégénérescence fibro-calcaire.

Comme dans le cas précédent, l'*examen bactériologique* a porté sur les selles, le contenu intestinal, les parois de l'intestin grêle et le sang du cœur.

Les selles ont donné des cultures d'une *fétidité* extrême renfermant du *coli bacille* et de grands bacilles 20 à 30 fois plus grands que le bacille-virgule, n'affectant nulle part la forme en virgule et ayant la plus grande analogie avec le *bacillus fœtidus*. Sur plaques de gélatine, les deux microbes forment des colonies distinctes; celles dues au bacillus fœtidus liquéfient la gélatine.

Pas de réaction de l'indol nitreux.

Un cobaye inoculé dans le péritoine avec deux centimètres cubes de culture provenant du contenu intestinal meurt au bout de 14 heures. La sérosité contenue dans son péritoine ainsi que les cultures effectuées à l'aide de cette sérosité ne donnent que des colonies de coli bacille.

Le sang du cœur ne cultive pas.

Les parois de l'intestin grêle ne renferment pas davantage de bacille-virgule, mais dans les glandes on trouve de nombreux coli bacilles et çà et là quelques rares streptocoques.

On le voit, tout dans l'histoire clinique de ces deux malades plaide en faveur de la contamination du second par le premier, et cependant les examens bactériologiques n'ont pas fourni les éléments microbiens habituels du choléra. Chez l'un comme chez l'autre, les micro-organismes qui prédominaient dans les selles, dans le contenu intestinal après la mort, dans les parois de l'intestin enfin, consistaient en nombreux bacilles d'Escherich. Dans les deux cas, ces bacilles étaient doués d'une virulence très grande; mais, comme à l'état normal le coli bacille se rencontre dans le tube intestinal, ce seul fait empêche de dire qu'il y ait eu contagion dans le sens propre du mot, comme on aurait été tenté de le faire si *dans ces deux cas* on avait rencontré des micro-organismes n'habitant pas d'habitude le tube digestif.

On n'est pas davantage, et pour la même raison, autorisé à dire que le second malade s'est infecté par l'eau qu'il buvait, car le jour même où nous avons pratiqué son autopsie, nous avons recueili deux échantillons d'eau distribuée au bastion. L'un, puisé à un robinet portant l'étiquette « eau de source », contenait des staphylocoques blancs, des staphylocoques dorés et quelques colonies de bacillus subtilis. L'autre, provenant d'une borne-fontaine avec la mention « eau de rivière », renfermait ces trois micro-organismes et, en outre, des *coli bacilles* et des streptocoques. Mais ni l'un ni l'autre de ces échantillons ne renfermaient les vibrions recourbés constatés par M. Sanarelli dans les eaux de Paris pendant l'été dernier et considérés par lui comme des variantes du bacille-virgule de Koch (*Ann. de l'Instit. Pasteur*, 25 octobre 1893). Ces résultats sont insuffisants pour établir que la contamination de B... s'est effectuée par l'eau, même par l'eau de rivière fournie au bastion, à supposer qu'il en ait bu, ce que nous ignorons.

Netter, dans son étude microbiologique des diarrhées cholériformes qu'il a observées en 1892, cite plusieurs cas

dans lesquels divers membres d'une même famille ont été pris simultanément, donnant ainsi l'image d'une petite épidémie localisée. Mais, dans ces cas, il s'agissait habituellement de gens misérables soumis tous à une même hygiène défectueuse et qui tombaient malades en même temps, et non pas successivement comme dans les deux observations que nous rapportons ici. Dans tous ces cas, Netter a admis la coïncidence et non pas la contagion. Chez les deux malades dont nous rapportons l'histoire, la coïncidence paraît difficile à admettre. Sans doute, on ne peut parler de contagion au sens strict du mot, puisque nous n'avons trouvé chez aucun de nos malades des micro-organismes intestinaux autres que ceux qui habitent le tube digestif à l'état normal. Mais ces micro-organismes, et en particulier le coli bacille, avaient dans ces cas une virulence très grande. Quelle avait donc été la cause première de l'exaltation de cette virulence chez le malade pris en second lieu?

Il n'est pas indifférent, croyons-nous, de rappeler que B... avait vécu en contact incessant avec L..., vidant ses déjections, qu'il avait assisté à son autopsie et passé une partie de sa soirée à nettoyer l'amphithéâtre, respirant pendant plusieurs heures une atmosphère *horriblement fétide*. Il se trouvait, en d'autres termes, dans des conditions comparables à celles des cobayes dont Charrin a rapporté l'histoire (*Semaine médicale*, 13 septembre 1893, p. 426). Ces animaux, inoculés avec des cultures de bacille pyocyanique, dit aussi bacille aromatique, meurent beaucoup plus rapidement lorsqu'on les fait vivre dans une atmosphère imprégnée de vapeurs odoriférantes émises par des cultures de ce même bacille que lorsqu'on les abandonne à l'air libre. La résistance de l'individu dans ce cas a été affaiblie par l'inhalation de produits volatils issus d'un micro-organisme de même espèce que celui ayant servi à l'inoculation et du même coup peut-être la virulence du micro-organisme inoculé se trouve-t-elle accrue.

Notre malade B... se trouvait dans des conditions pathogènes analogues à celles des cobayes de Charrin : un rapprochement entre l'évolution de la maladie chez lui et chez ces derniers se présente par conséquent naturellement à l'esprit.

Telle est peut-être la façon d'expliquer la production de la maladie choleriforme chez notre second malade et les apparences de la contagion qu'elle a revêtues.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Origine de la doctrine microbienne. Communication à la Société de chirurgie, par M. A. Guérin.

Je viens aujourd'hui faire acte de contrition. Au dîner de notre cinquantenaire, mon ami Verneuil m'a reproché d'avoir abandonné la Société de chirurgie; je tiens à dire pourquoi vous ne me voyez plus depuis longtemps parmi vous.

Mon très cher collègue aurait eu raison de me faire sentir sa férule, si j'étais, comme lui, doué d'un savoir exubérant qu'il est utile de répandre. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et je crois que notre compagnie n'a pas besoin de moi pour continuer l'œuvre de progrès à laquelle collaborent de jeunes chirurgiens à qui je n'ai pas grand'chose à apprendre.

M. Verneuil m'eût peut-être excusé, s'il avait su que le vieux chirurgien qu'il réprimandait rend hommage à la Société en allant à l'hôpital demander à quelques-uns de ses membres de lui apprendre à pratiquer, par les nouveaux procédés, la cure radicale des hernies, l'hystérectomie par morcellement, etc.; on apprend ainsi à juger et à opérer plus sûrement qu'en entendant des discours.

Les vieux, toujours tentés de croire qu'ils ont dit le dernier mot de la science, sont disposés à juger sévèrement les vérités nouvelles.

Si je m'étais contenté de venir ici, j'aurais peut-être cru que la cure radicale des hernies ne peut pas être pratiquée plus heureusement que par le procédé de Gerdy que j'avais abandonné après un insuccès. Combien je regretterais d'avoir pris la parole ici avant d'être éclairé! J'aurais pu ne pas être indulgent pour les chirurgiens qui pratiquent l'hystérectomie par morcellement, et, maintenant, je crois qu'un opérateur n'a pas besoin d'une grande habileté pour pouvoir, sans imprudence, tenter cette opération.

J'espère que la Société voudra bien admettre les circonstances atténuantes que je viens d'invoquer. Je lui demande, maintenant, la permission de traiter un point d'histoire de la médecine qui, peut-être, n'est pas suffisamment connu, bien que j'aie dit déjà plusieurs fois à l'Académie — où je n'ai pas trouvé de contradicteurs — tout ce que je me propose de répéter aujourd'hui.

Personne n'est aussi mal doué que moi sous le rapport de la vulgarisation d'une idée. Jugez-en : ce n'est pas seulement à l'Académie que j'ai traité le point d'histoire dont je veux vous entretenir. Je l'ai exposé dans une conférence aux Dames Françaises, Société devant laquelle, peu de jours avant moi, M. Pasteur avait charmé son auditoire.

Un de mes élèves, Lemittouard, jeune médecin militaire, revendiquait en ma faveur, il y a deux ans, dans une thèse soutenue à Lyon, la part qui me revient dans la chirurgie aseptique et antiseptique. Mais comme mes prétentions n'ont pas trouvé de contradicteurs, elles n'ont pas fait assez de bruit pour arriver jusqu'à vous.

Vous devinez, sans doute, que c'est de l'origine du pansement ouaté que je veux vous entretenir. Soyez indulgents; je suis arrivé à cet âge maudit où l'on ne craint pas de se répéter, au risque de ne pas être amusant.

Pensez aussi que, en me répétant, je ne fais que me dédommager d'un silence que, plus d'une fois, j'ai eu l'occasion de rompre.

Dès 1847, je combattais la doctrine unanimement adoptée qui, depuis les travaux de Dance, attribuait les abcès métastatiques à l'inflammation des veines. Pour moi, cet accident, que nous observions tous les jours, était la conséquence de l'empoisonnement des blessés par les émanations des plaies, que j'appelais miasmes, substances qui, disais-je, n'est ni visible ni tangible.

Je comparais ces miasmes à ceux qui engendrent la fièvre paludéenne produite par les émanations de matières végétales putréfiées, tandis que les émanations proviennent de putréfaction animale dans le cas d'infection purulente.

Malgré l'opposition que j'avais rencontrée, je combattais toujours la doctrine de la phlébite à laquelle j'opposais celle de l'origine miasmatique, quand, en 1868 et 1869, j'eus l'occasion de soutenir mon opinion devant l'Académie où, je dois l'avouer, je ne trouvai que des opposants.

La guerre de 1870 ayant éclaté, nous eûmes la douleur de voir mourir à peu près tous les blessés qui étaient soignés dans les salles encombrées des hôpitaux.

Ma doctrine des miasmes, dans le cas d'encombrement par force majeure, n'aboutissait à aucune méthode thérapeutique, malgré les soins extrêmes de propreté qui ont toujours été une de mes plus vives préoccupations.

A force de méditer sur les causes de nos désastres, j'eus la pensée que les corpuscules que M. Pasteur avait découverts dans l'atmosphère, et qu'il avait comparés au ferment de la bière, pourraient bien être les agents que, jusque-là, j'avais appelés *miasmes*.

Déjà Trousseau en avait eu l'idée, et Dibos, un de mes élèves, qui fit en 1868, sous mon inspiration, une thèse sur l'infection purulente, avait cité une phrase très significative de ce maître éminent.

Non seulement M. Pasteur avait découvert ces corpuscules de l'air, il avait, de plus, trouvé le moyen de les emprisonner dans le coton dont il s'était servi pour combattre la doctrine de la génération spontanée. Je fus donc très heureux de pouvoir dire que les travaux de M. Pasteur m'avaient guidé pour la confection du pansement ouaté. Si mon éminent collègue de l'Académie avait eu quelques notions de médecine, il eût peut-être deviné que parmi ces corpuscules il y en a qui sont capables d'engendrer des maladies.

Il n'y avait pas pensé lorsque j'allai lui exposer la doctrine que je proposais sur la production de l'érysipèle et de l'infec-

tion purulente. Il ne savait pas bien de quels accidents des blessés je l'entretenais, mais quand je lui eus fait comprendre que les corpuscules de l'air, auxquels il avait attribué la fermentation, pouvaient, dans certaines circonstances, acquérir des propriétés nocives capables de tuer les blessés entassés dans les salles de chirurgie, après m'avoir exprimé son étonnement, il me demanda où il pourrait voir cela.

Je n'étais pas allé le trouver en supposant qu'il avait quelque connaissance sur un sujet qui n'avait cessé de me préoccuper depuis 1847, mais comme la doctrine que je soutenais à l'Académie n'était admise par personne, j'avais demandé à Wurtz, qui en avait compris l'importance, de m'indiquer un savant ayant une grande autorité qui pût contrôler les faits sur lesquels je m'appuyais. Je soutenais que lorsque, à l'aide du coton, filtrant l'air d'une salle où régnait l'infection purulente, on empêchait les corpuscules de l'air d'arriver sur les plaies, le pus ayant stagné pendant plusieurs semaines sous le pansement ne contenait pas les vibrions qui existent en quantité innombrable dans le pus ordinaire, même quand il n'a été exposé à l'air que pendant un temps très court.

Je m'appuyais déjà sur deux savants de premier ordre, MM. Hayem et Renaut (de Lyon) qui, en 1871, avaient constaté la vérité de mes assertions; mais comme ils n'avaient pas alors l'autorité qui s'attache maintenant à leurs travaux, je cherchais un savant dont l'opinion s'imposerait.

Wurtz m'indiqua d'abord Sainte-Claire Deville, puis, après réflexion, il me dit : C'est Pasteur qui étudierait cette question avec le plus d'intérêt; malheureusement, il vient d'être atteint de paralysie. Quinze jours plus tard, me retrouvant avec Wurtz au Conseil de l'Assistance publique, il m'engagea à aller voir M. Pasteur dont la santé se rétablissait.

Je vous ai dit l'étonnement de cet illustre savant quand je lui exposai la doctrine qui, plus tard, fut appelée microbienne.

Hayem avait constaté quelques vibrions (c'est le nom que l'on donnait aux microbes à cette époque) dans le pus d'un blessé. Renaut n'en avait pas trouvé dans celui qui fut soumis à son examen, tandis que l'un et l'autre les voyaient grouiller dans le pus ordinaire. M. Pasteur et M. Gayon, son préparateur, étant venus à l'Hôtel-Dieu, constatèrent que le pus de mes blessés était parfaitement pur. M. Gayon, qui venait de faire pour le doctorat ès sciences un travail sur l'examen microscopique des œufs conservés, déclara que le pus de mes malades ressemblait à ce qu'il avait vu dans les œufs ; dans les deux il voyait des cristaux, et la partie liquide était transformée en une émulsion graisseuse.

M. Pasteur me parut très impressionné par cet examen qu'il voulut bien renouveler, à diverses reprises, pendant deux ans. Je crois que, dès cette époque, il eût adopté sa doctrine de la production des maladies par les corpuscules animés qu'il avait comparés au ferment de la bière, si les discussions à l'Académie de médecine et les conversations qu'il avait avec Gosselin ne l'avaient pas un peu ébranlé.

Il était, cependant, bien près d'accepter nos idées, lorsque le malheur voulut qu'une commission de l'Institut, composée de MM. Larrey, Pasteur et Gosselin, vint, en 1874, à l'Hôtel-Dieu pour contrôler de nouveau l'état du pus de mes blessés.

A ce moment, je n'avais dans mes salles qu'un malade pansé à la ouate ; je le fis descendre à l'amphithéâtre.

Je crois que M. Kirmisson était un des internes de mon service ; malheureusement ce n'était pas lui qui avait fait le pansement. Quand on enleva la ouate, nous découvrîmes un membre noir de cambouis et de toute espèce de saletés. J'aurais dû ne pas consentir à ce que l'on examinât le pus de ce blessé qui, étant entré le soir à l'hôpital, avait été pansé par un élève de garde qui ne se doutait pas des lavages antiseptiques auxquels je soumettais les malades avant d'appliquer la ouate et les bandes.

C'est ce malade qui fit dire et répéter par Gosselin que le pus de mes blessés contenait des microbes.

Malgré mes protestations, M. Pasteur fut impressionné par Gosselin qui, chargé du rapport de la commission du prix Montyon, soutint que si mon pansement était utile, la doctrine sur laquelle je l'étayais n'était pas fondée.

Bien que l'Institut m'eût accordé le prix, Gosselin triomphait; il avait fait admettre que ce ne sont pas les corpuscules émanant des plaies qui donnent lieu à l'infection purulente. Il triomphait doublement parce que, disait-il, M. Pasteur ne m'avait pas défendu. Jusqu'à sa mort il n'a cessé de me le répéter.

J'ai déjà dit cela à l'Académie et dans plusieurs publications, sans que l'on ait cherché à combattre cette assertion. Je l'ai regretté, car je n'aurais pas eu de peine à démontrer que M. Pasteur, cet illustre savant, pour qui personne n'a plus d'admiration que moi, n'admettait pas encore la doctrine microbienne lorsqu'il publia son livre sur la bière, qui porte la date de 1876. Dans ce livre, après avoir rappelé les travaux remarquables de Davaine, ceux de Coze et Feltz, et reproduit une lettre que Lister lui écrivait en 1874, voici ce qu'il dit de moi, avant de parler de M. Déclat :

« Le pansement ouaté du Dr Alph. Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, pansement qui a rendu déjà de grands services à la chirurgie et qui a été l'objet d'un rapport très favorable à l'Académie des sciences, a été imaginé par son auteur à la suite des réflexions que lui avait suggérées la lecture de mes recherches. La Commission chargée du rapport a fait, par l'organe de M. Gosselin, de sages réserves au sujet des idées théoriques de l'auteur, par la raison que M. Alph. Guérin ne les avait pas suffisamment établies expérimentalement, mais je ne doute pas que, le jour où l'on abordera cette démonstration, les faits confirmeront la vérité et la fécondité des vues du chirurgien de l'Hôtel-Dieu. »

Vous avez bien entendu; tous ceux qui ne liront que le premier paragraphe, disant que mon pansement a été imaginé à la suite des réflexions que m'avait suggérées la lecture des recherches de M. Pasteur, croiront que M. Pasteur avait déjà formulé quelque chose ressemblant à l'ébauche d'une doctrine de la génération des maladies et que je n'ai fait que l'adopter. C'est pour cela que l'on ne parle que de mon pansement, et que l'on ne dit jamais la part que j'ai prise à la doctrine qui a révolutionné nos idées en médecine.

Si vous relisez avec attention le second paragraphe, où il est question des sages réserves au sujet de mes idées théoriques, vous comprendrez que M. Pasteur, que l'on a présenté toujours comme l'auteur des progrès de la chirurgie, n'était pas encore acquis à ma doctrine en 1876.

Si je n'étais pas allé le chercher pour vérifier les faits sur lesquels elle s'appuie, il n'aurait probablement jamais eu la pensée de faire les travaux qui ont immortalisé son nom.

La rage, le choléra des poules, l'atténuation des virus n'auraient pas été étudiés, et ce serait un grand malheur pour notre pays, je devrais dire pour le monde entier.

Il a raison quand il dit que ses recherches m'ont suggéré la pensée de la doctrine de l'empoisonnement des plaies et du sang par les corpuscules qu'il avait vus dans l'air; mais, de ce qu'il nous avait appris leur rôle dans la fermentation, il ne résulte pas de cette notion qu'il avait pensé que ces corpuscules peuvent, dans certaines conditions, engendrer des maladies. Lavoisier avait découvert l'oxygène dans l'air, et personne ne pense à lui attribuer le mérite d'avoir indiqué que ce gaz peut être employé efficacement en médecine.

J'ai, il est vrai, utilisé le filtrage de l'air par le coton; mais ni le filtrage de l'air, ni la notion de ferment dans l'air ne peuvent être invoqués pour attribuer à un autre que moi l'origine de la doctrine microbienne. Si M. Lister reconnaît avoir été influencé par les travaux de M. Pasteur, il ne peut pas l'avoir été par la doctrine microbienne, puisqu'en 1874, époque où il écrivait à M. Pasteur, notre illustre compatriote ne l'avait pas encore acceptée.

Que l'on dise que j'ai utilisé pour le pansement ouaté la découverte des corpuscules animés de l'air et le filtrage par la ouate, je l'ai reconnu et proclamé; mais si je suis toujours convaincu que mon pansement a des qualités incontestables qu'il doit au filtrage de l'air, à l'immobilisation des parties dont on veut obtenir la réunion, à l'ischémie par la compression, à l'incubation, je tiens encore plus à la doctrine qui me l'a inspiré. Elle est née dans mon esprit par la méditation, et je tiens à redire qu'à l'époque où je la conçus, elle était la suite de la doctrine des miasmes que, dès 1847, j'avais soutenue dans ma thèse inaugurale.

Quand je soutins que les accidents auxquels succombaient les blessés des salles de chirurgie sont la conséquence de l'absorption des corpuscules de l'air, devenus malfaisants dans un milieu de purulence, si M. Pasteur n'avait pas pensé que cela pût être, c'est qu'il ignorait l'existence de l'infection purulente.

J'ai tenu à redire cela ici pour qu'une sorte de légende n'empêche pas de reconnaître ce qui m'appartient.

Je tiens aussi à rappeler que la compression élastique, qui joue un si grand rôle dans la confection d'un bon pansement ouaté, avait été utilisée avant moi par M. Burggrave (de Gand). Je tiens d'autant plus à lui rendre cette justice, qu'il a recherché toutes les occasions d'attaquer mon pansement dans son journal.

Je veux encore, en finissant, rappeler que, dans une note lue à l'Institut au mois de mars 1874, je prévoyais l'avenir réservé à la doctrine microbienne: « Si cette doctrine est vraie, disais-je, pourquoi ne pas demander au microscope le secret de toutes les affections septicémiques? » Depuis cette époque, cette vue de l'esprit s'est grandement réalisée.

Je profite de l'occasion pour déposer à la bibliothèque les deux notes lues à l'Institut. Elles n'existeraient pas si je n'avais pas suivi les conseils de mon ami Verneuil, qui me reprochait de ne pas prendre date.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Chorée chronique infantile et athétose double, par Brissaud et Hallion (*Le Progrès médical*, 1er juillet 1893, n° 26, p. 2). — On sait que divers auteurs différencient la chorée chronique infantile de l'athétose double et ont même trouvé, comme signes diagnostiques autres que ceux tirés de l'apparence des mouvements, l'existence de contracture dans l'athétose. Or les auteurs ont observé un cas qui représente, en quelque sorte, au point de vue clinique, un type intermédiaire entre l'athétose et la chorée. Aussi pensent-ils que certaines formes de chorée chronique et l'athétose double représentent de simples modalités d'un processus semblable pour lequel ils proposent la dénomination d'*athétoso-chorée*.

Traitement de la masturbation chez la femme par la névrectomie (Cure of masturbation in a woman by neurectomy), par Eastman (*Medical News*, 12 août 1893, n° 1074, p. 174). — La classe infortunée des masturbatrices mérite qu'on s'intéresse à elle, car ce vice entraîne des conséquences parfois déplorables. On a proposé contre cette manie la clitoridectomie et l'ovariotomie; l'opération préconisée par l'auteur est plus simple et moins dangereuse. Il s'agit dans le cas rapporté d'une jeune femme de 26 ans, qui, en outre de nombreux traitements médicaux, avait été opérée par suture de la vulve et par électro-cautérisation sans résultat autre qu'une exagération des pratiques, qui se faisaient jusqu'à quatorze fois par jour. Ultérieurement on pratiqua l'ovariotomie, qui ne procura qu'une rémission, puis la clitoridectomie, également sans succès. C'est alors que l'auteur mit à nu le nerf honteux du côté gauche qu'il trouva hypertrophié. Il en réséqua trois pouces. Cette opération entraîna, avec la guérison, une amélioration rapide de l'état général.

Monoplégie hystérique du grand dentelé, par Verhoogen (*Revue neurologique*, 30 oct. 1893, n°, 20, p. 554) — Femme âgée de 33 ans, présentant, depuis quatre mois, une paralysie du grand dentelé gauche; aucun trouble de la sensibilité cutanée, sinon de l'hypoesthésie pour le courant faradique du membre supérieur et de l'épaule. Il existe des troubles des réactions électriques. A la suite de l'électrisation statique, il y eut amélioration. L'auteur insiste sur la rareté de cette manifestation qu'il pense être de nature hystérique, et sur la possibilité qu'elle démontre de l'existence de modifications qualitatives des réactions électriques dans ces cas.

Hystérie; paraplégie; guérison, par Ferrand (*Le Limousin médical*, septembre 1893, n° 9, p. 136). — Jeune fille âgée de 24 ans, sans antécédents héréditaires, est atteinte, à la suite d'un chagrin, d'une paraplégie que l'auteur qualifie d'hystérique, bien qu'on ait constaté de l'exagération des réflexes avec clonus, de l'inégalité des pupilles et de l'incontinence des urines et des matières.

Un cas de gliome neuro-formatif, par F. Raymond (*Archives de Neurologie*, octobre 1893, n° 80, p. 274). — Une femme de 40 ans est prise subitement de maux de tête violents et d'attaques épileptiformes, avec perte de connaissance, sans grands mouvements convulsifs, sans paralysie ni contractures. Bientôt il survient une démence rapidement progressive, sans délire; la mort enfin survient au bout de quatre mois. A l'autopsie, on trouve un gliome neuro-formatif gros comme une orange situé dans la scissure inter-hémisphérique, entre les deux lobes frontaux, dont ils compriment la face interne. L'auteur insiste au point de vue physio-pathologique sur les relations, dont l'évidence est démontrée par son cas, entre la démence et la dégénérescence des fibres tangentielles de l'écorce. Au point de vue histologique, il montre que les cellules formatives du tissu nerveux peuvent reproduire les deux espèces d'éléments qui caractérisent le tissu à l'état adulte: cellules neurologiques et cellules ganglionnaires.

Recherches sur les variations artificielles des réactions électriques des nerfs de l'homme (Untersuchungen über kunstliche Abænderung der elektrischen Reaction des menschlichen Nerven), par Geigel (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 20 oct. 1893, Bd 52, Heft 1 et 2, p. 178). — L'auteur a entrepris un grand nombre d'expériences pour savoir quelles modifications des réactions électriques se produisent dans un membre comprimé à l'aide d'une ligature électrique. Les résultats qu'il a obtenus se résument en une formule qu'il appelle: Réaction de compression (« Compressions-reaction ») et que caractérise un renforcement des deux secousses d'ouverture. Il pense que l'application de cette loi aux maladies nerveuses permettra peut-être de découvrir à cette réaction une valeur séméiologique.

MÉDECINE

Sur un bacille produisant la gingivite et les hémorrhagies dans le scorbut, par Babès (*Arch. de méd. expérim.*, septembre 1893, p. 607). — Dans le cours d'une épidémie de scorbut, l'auteur a constaté dans les gencives de deux malades la présence d'un bacille courbé, souvent ondulé, long, très fin, disposé en forme de gerbes ou de colonies irrégulières, se colorant par le bleu de Lœffler, situé sous l'épithélium et ne pénétrant pas dans les vaisseaux sanguins. L'injection de tissu gingival a déterminé chez le lapin des hémorrhagies sous-cutanées et des ecchymoses viscérales; les foyers hémorrhagiques viscéraux, chez les animaux ayant succombé, renfermaient le même bacille (poumon, rate, foie). Le bacille a pu être cultivé sur l'agar glycériné; il se développe surtout bien lorsque le streptocoque a déjà végété sur le milieu de culture, et il périt vite; on trouve en outre chez les animaux un autre bacille qui se comporte comme le bacille de la septicémie du lapin. L'inoculation des cultures du bacille produit chez le lapin de petites ecchymoses sous-cutanées ou profondes. L'auteur a trouvé un bacille semblable dans le tartre dentaire; il pense qu'il habite la cavité buccale, et que chez les sujets débilités et surtout soumis à un régime alimentaire exclusif l'affaiblissement de l'organisme et les modifications des sucs organiques procurent aux bacilles des conditions favorables à leur pénétration dans l'organisme.

Adénopathie sus-claviculaire et cancers abdominaux (Sull' adenopatia sopraclavicolera nei cancri degli organi della piccola pelvi e dell' addome), par Spinelli (*Rivista clinica e terapeutica*, août 1893, p. 397). — L'auteur rapporte 4 observations personnelles d'adénopathie sus-claviculaire dans le cours de cancers abdominaux et pelviens (vagin, rectum, col de l'utérus) et résume 30 observations déjà connues. Ce symptôme coïncide presque toujours avec un état cachectique; généralement indolente, l'adénopathie peut accuser, de temps à autre, de légères douleurs lancinantes, mais la pression ne provoque aucune douleur. L'apparition tardive de l'adénopathie en fait un signe pronostic des plus défavorables; quand elle se montre d'une manière précoce, elle est un indice de la généralisation à distance; d'ailleurs, elle coïncide presque toujours avec d'autres adénopathies occupant soit les ganglions superficiels, soit les ganglions profonds. Sa valeur diagnostique est médiocre, car elle ne peut éclairer

le diagnostic dans les cancers latents et, dans les cas où les signes physiques permettent d'établir le diagnostic de tumeur maligne, elle est superflue.

Recherches expérimentales sur le choléra asiatique indo-chinois et sur l'immunisation chimique des animaux contre cette maladie, par A. Calmette (*Arch. de médec. navale*, 1893). — M. Calmette a étudié le bacille du choléra sur des cultures fraîches recueillies sur place. Il a obtenu une exagération de la toxicité en cultivant dans le bouillon additionné d'albumine d'œuf et de glycérine et en cultivant alternativement à l'état aérobie, puis anaérobie, dans le même matras. Il a constaté que les cultures agissent sur le cobaye par les toxines qu'elles renferment avant d'être ingérées et non par celles produites dans l'intestin de l'animal par la culture. Il a obtenu l'immunisation des cobayes en leur injectant sous la peau des cultures atténuées par le chauffage à 60° et dialysées, en extrait glycériné. Il a constaté qu'on atténue les effets de l'infection en entraînant une partie des toxines au moyen d'irrigations péritonéales abondantes avec de l'eau salée à 4 pour 1000 et croit que cette méthode peut être employée avec avantage chez l'homme. Il recommande pour le traitement du choléra le calomel à doses fractionnées et les limonades lactique et chlorhydrique à doses massives lorsqu'il n'y a pas de vomissements, les lavages péritonéaux lorsqu'il y a des vomissements et de l'algidité.

Un cas d'infection à staphylocoques dorés, par A. Robin et Leredde (*Arch. de médec. expérim*, septembre 1893, p. 679). — Homme de 25 ans, ayant depuis 8 jours de l'herpès de la lèvre; œdème de la joue et des lèvres du côté droit; pleurésie droite avec broncho-pneumonie; mort 48 heures après le début des lésions pulmonaires. A l'autopsie, épanchement pleural abondant et broncho-pneumonie double. Staphylocoques dorés dans la sérosité de la joue et dans les poumons.

CHIRURGIE

Otite moyenne et abcès cérébral (Cerebral abcess due to otitis media; remarks), par Sainsbury et Roughton (*Lancet*, 16 septembre 1893, p. 691). — Un homme entra à l'hôpital avec de la céphalée, de la surdité et un écoulement par l'oreille gauche. Le malade avait eu déjà des crises de convulsions suivies de coma; il avait de la fièvre. Celle-ci augmenta, il y eut de l'inégalité pupillaire, de l'aphasie. On fit une intervention, on trouva du pus dans l'oreille, mais la région mastoïdienne parut saine. L'état de coma continua, il y eut des vomissements et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva un volumineux abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche.

Diverticule de l'œsophage (Ein seltener Fall von einem Divertikel der Speiseræhre), par Z. Minz (*Deuts. med. Woch.*, 1893, n° 10, p. 222). — L'observation en question, qui se rapporte à un homme de 49 ans chez lequel les accidents classiques ont débuté sept ans auparavant, est intéressante par la tentative d'éclairage électrique de l'œsophage pendant laquelle la lampe passa dans l'estomac, ce qu'on n'a jamais pu faire avec la sonde.

Diverticule de l'œsophage (Zur Lehre vom Œsophagusdivertikel), par Huber (*Deut. Arch f. klin. Med.* 1893, Bd LII, Hft 1 et 2, p. 103). — Le travail de l'auteur est basé sur une observation clinique suivie d'autopsie et sur l'examen des deux préparations anatomiques du musée de Zurich.

L'observation clinique, qui se rapporte à un vieillard de 88 ans, ne présente rien de particulier. Tous les symptômes (difficulté de déglutition, renvois alimentaires composés de substances ingérées longtemps avant, données du cathétérisme, etc.) étaient au complet. L'affection datait d'une vingtaine d'années et le malade mourut d'inanition 8 jours après son entrée.

Le diverticule mesurait dans ce cas 9 centim. 1/2 de longueur sur 8 centim. de circonférence et son orifice se trouvait, comme dans les deux autres cas, à la hauteur du cartilage cricoïde, à la limite de l'œsophage et du pharynx, marquée par une fente de 2 à 3 millimètres de longueur.

Dans les deux pièces anatomiques, les diverticules situés exactement à la même hauteur que dans le cas précédent mesuraient un 9 centim. 7 de longueur sur 14 de circonférence et l'autre 3 centim. 1/2 de longueur. La fente qui faisait communiquer le pharynx avec l'œsophage avait 7 millimètres de longueur dans la première pièce et 1 centim. 1/2 dans la seconde.

Le diverticule du malade et celui de la seconde pièce renfermaient des fibres musculaires. L'auteur suppose qu'il a dû en exister également dans le diverticule de la 2e pièce. La présence des fibres musculaires montre donc que les diverticules de l'œsophage ne se forment pas par simple hernie de la muqueuse, mais qu'il y a eu même temps prolapsus des éléments musculaires.

Cure radicale des hernies ombilicales volumineuses (Eine Methode der Radikaloperation grosser Nabelhernien), par Gersuny (*Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 43, p. 921). — La modification que propose l'auteur consiste en dernier lieu en ceci :

Après l'ouverture et l'excision du sac, l'ablation de l'épiploon, etc., au lieu de faire les sutures classiques, l'auteur ouvre la gaine des deux droits et suture les faces internes des muscles l'une contre l'autre. Autrement dit : suture du péritoine, ouverture de la gaine des droits, suture des surfaces musculaires et suture de l'abdomen. Dans ces conditions, on serait, d'après l'auteur, à l'abri de toute éventration secondaire.

D'après lui, cette méthode de suture serait excellente dans toutes les laparotomies sur la ligne médiane.

De l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses en apparence exclusivement cutanées (fréquence et obscurité de cette origine dans les affections lupoïdes des extrémités des membres), par Adenot (*Revue de chirurgie*, 10 octobre 1893, p. 833). — Certains ulcères lupoïdes tégumentaires, d'aspect rugueux ou papillomateux, pouvant être confondus avec des tumeurs malignes, d'origine cutanée en apparence, siégeant plus particulièrement à la main ou au pied, offrent des rapports de continuité fréquents avec le squelette sous-jacent.

La continuité peut avoir persisté ou bien être interrompue.

Dans ce dernier cas, tantôt le foyer osseux peut être guéri spontanément et la lésion cutanée continue à évoluer, mais l'origine osseuse n'en a pas moins existé; tantôt le foyer osseux peut sommeiller et la lésion cutanée s'accroître ou tendre à rétrocéder sous l'influence d'un traitement approprié; mais les récidives seront fatales, provoquées par le voisinage de l'ostéo-arthrite latente. Ces lésions osseuses souvent méconnues sont donc la cause de récidives tenaces et puissantes, leur ablation seule donnera la guérison définitive de l'ulcère tégumentaire.

La recherche et la reconnaissance d'un point osseux malade pourront aussi être utiles en clinique dans le diagnostic hésitant de la nature tuberculeuse de l'ulcère.

Traitement chirurgical des pseudarthroses du fémur, par Kouzmine (*Revue de chirurgie*, 10 octobre 1893, p. 844). — Observation I. — M. T..., 40 ans, se fractura le fémur gauche au tiers supérieur; le malade eut une crise de delirium tremens et la fracture ne se consolida point; le membre est considérablement atrophié; la jambe et le pied présentent la rotation en dehors; fragment supérieur court et faisant saillie en avant. Opération : incision de 1 centim. 1/2 sur la face externe du membre à travers le vaste externe; on découvre ainsi les bouts des fragments; on incise tous les tissus qui les entourent et on coupe les extrémités osseuses de manière à obtenir des surfaces d'adaptation perpendiculaires à la longueur du fémur, puis on les entoure de collerettes du périoste relevé. On obtient ainsi un excellent résultat.

Obs. II. — Pierre Petroff, 27 ans, se fractura le fémur droit avec des plaies multiples. Malgré un appareil à immobilisation, la consolidation ne fut pas obtenue. Même opération que pour le précédent; résultat excellent.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chimie physiologique, par Richard Neumeister. Première partie. *La nutrition*. G. Fischer, Iéna, 1893.

Ce traité est divisé en deux parties dont la seconde traitera des humeurs et des tissus animaux. Dans la première, qui a pour sujet la nutrition, l'auteur, après une introduction sur la vie chez les animaux et chez les végétaux, puis quelques pages sur les modifications chimiques qui peuvent se produire dans les cellules animales, passe en revue les divers principes immédiats constitutifs de l'économie, servant par suite à la nutrition. Il les range en trois groupes : un premier comprend les protéines, un second les hydrocarbures, le troisième les graisses, la lécithine, la cholestérine; il examine également les ferments figurés ou non ayant une action dans la fonction nutritive; il aborde ensuite l'étude de la digestion qu'il décrit d'abord dans les diverses espèces animales et qu'il expose avec grands détails. Il examine les transformations subies par les matériaux introduits dans l'organisme, sous l'action des sucs digestifs d'abord, puis lorsqu'ils sont assimilés; enfin, il termine son ouvrage par des considérations sur la nécessité de la nutrition pour l'organisme, sur l'utilité des divers principes contenus dans les aliments que doit absorber quotidiennement un individu.

Ce livre, basé sur de nombreuses recherches, est écrit d'après les travaux les plus récents de la science allemande qui sont souvent cités; les travaux français y sont assez fréquemment mentionnés, quoique certaines recherches importantes signées de noms français n'aient pas été signalées. Disons en terminant que l'auteur a tiré des données de physiologie normale de nombreuses déductions pathologiques qu'il expose avec soin et détail.

P. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Cancer métastatique de la choroïde, par Pierre Bouquet.

Le cancer métastatique de la choroïde, malgré les observations encore peu nombreuses qui s'y rapportent, constitue une entité morbide bien définie.

Il se caractérise par l'apparition, au niveau du pôle postérieur de l'œil, d'une tumeur grisâtre *aplatie*, irrégulière à sa surface et dont les bords se confondent insensiblement avec les parties voisines restées saines.

Le tonus est en général *abaissé* et la plupart du temps le globe ne présente aucun signe réactionnel et garde extérieurement une apparence normale jusqu'à la fin.

Au point de vue de la lésion primitive, le cancer du sein est surtout en cause. Ce n'est qu'exceptionnellement que des carcinomes du foie, du poumon et de l'estomac en ont été le point de départ.

La femme entre 30 et 60 ans y est surtout exposée et l'œil gauche est ordinairement atteint pour les raisons anatomiques que nous avons données.

La métastase se fait par la voie sanguine sous forme d'embolies. Lorsque les deux yeux sont intéressés, on doit supposer un double processus embolique indépendant s'effectuant sous l'influence de la poussée diathésique et non la propagation des éléments cancéreux d'un œil à l'autre à travers les gaines du nerf optique.

Une issue fatale est la règle et la mort survient trois mois à un an après l'apparition des premiers troubles oculaires.

Il s'agit donc là d'une manifestation extrêmement grave qui contre-indique toute intervention chirurgicale. A cet égard, l'exploration ophthalmoscopique intéresse autant le chirurgien que l'ophthalmologue et le médecin. En présence de métastase vers l'œil, ce dernier sera conduit à affirmer l'existence de néoplasmes viscéraux et pourra en déterminer la nature.

Les sarcomes choroïdiens secondaires offrent la même gravité, et se caractérisent par des symptômes à peu près analogues. Il ne faut pas oublier que des nævi dégénérés peuvent en être le point de départ.

Enfin il y aurait lieu de se demander si dans bien des cas de tumeur de l'œil, réputée primitive et suivie d'une généralisation rapide dans l'organisme, il ne serait pas plus rationnel d'admettre l'origine métastatique du néoplasme oculaire.

Contribution a l'étude des urétérites et de leur traitement chirurgical (urétérotomie), par Léon Rousseau.

Les lésions d'urétérite qui compliquent toujours les pyonéphroses, peuvent prendre une importance telle, qu'elles jouent certainement un grand rôle dans la persistance des fistules purulentes chez les néphrectomisés.

Elles peuvent même exister seules et être susceptibles d'un traitement chirurgical s'adressant uniquement à elles.

Quand elles accompagnent la suppuration rénale, il sera toujours prudent d'enlever, avec la néphrectomie, la plus grande partie possible de l'uretère malade.

Si la suppuration persiste quand même, il faudra avoir recours à l'ablation totale de l'uretère, à l'urétérectomie.

L'urétérectomie par la voie inguinale paraît être actuellement la méthode de choix dans l'ablation de l'uretère chez l'homme, et en particulier dans l'ablation de l'uretère pelvien.

VARIÉTÉS

Association médicale mutuelle. — Vendredi dernier, 17 novembre, l'Association médicale mutuelle du département de la Seine, fondée par le docteur Gallet-Lagoguey, fêtait, dans un banquet, l'heureuse réalisation d'un capital-réserve de 100,000 francs.

En l'absence du président, le docteur Rondeau, retenu par un deuil récent, M. le docteur Letulle, vice-président, a donné lecture du discours dans lequel M. le docteur Rondeau établit le bilan actuel des finances de l'Association. Il rappelle d'abord sur quelles bases a été établie la mutualité fondée par le docteur Gallet-Lagoguey.

Toute association mutuelle, dit-il, pourvu qu'elle ne s'impose pas d'autres charges, peut allouer à ses membres atteints d'incapacité de travail temporaire ou permanente, par suite de maladies ou d'accidents, une indemnité quotidienne d'un taux égal à celui de la cotisation mensuelle versée par chacun d'eux. Elle peut payer cette indemnité avec ses seules ressources et quelle que soit la durée de la maladie.

« Nous sommes en 1887, ajoute M. Rondeau.

Les 67 premiers adhérents passent heureusement l'année sans maladie.

En 1888 nous sommes 120; en 1889, 151; en 1890, 194; en 1891, 215; en 1892, 256; en 1893, 280.

Avec les adhésions plus nombreuses, les malades ont fait leur apparition, et depuis notre fondation nous avons eu à payer 40,500 francs à nos sociétaires.

Laissez-moi vous citer quelques-unes de ces indemnités. Le minimum est 90 francs. Je ne parle pas des indemnités de 100, 200 ou de 300 francs, mais que pensez-vous

de 5 indemnités de 500 à 580 fr.
de 6 — de 700 à 770.
de 2 — de 810 et 820.
de 2 — de 1,000.
de 1 — de 1,100.
de 1 — de 1,930.
de 1 — de 2,450.
de 1 — de 2,740.
de 1 — de 3,750.
et enfin de 1 — de 4,850 francs? »

Après plusieurs toasts, dont l'un de M. Brouardel, président de l'Association des médecins de la Seine, qui félicite l'Assurance mutuelle de résultats qui ne peuvent que contribuer à alléger les autres associations charitables, l'assemblée écoute avec émotion une lettre par laquelle un des membres de l'Association, M. le docteur Ernest Renard, la remercie du bien-être matériel que lui vaut l'indemnité à laquelle il a droit et qui lui sera servie sa vie durant.

Les adhésions à l'Association médicale mutuelle du département de la Seine sont reçues par MM. Rondeau, président, 81, rue de la Pompe, et Signez, secrétaire général, 123, boulevard Voltaire.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.
COMITÉ DE RÉDACTION
MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 1er décembre 1893.

Les médecins des Sociétés de secours mutuels et l'administration.

Trois jours après la publication du regrettable décret contre lequel, avec sa compétence et son autorité incontestées, M. le Dr A. Motet a fait valoir de si légitimes protestations (*Gaz. hebd.*, p. 553), le *Journal officiel* publiait un rapport adressé à M. le président de la République par M. Ch. Dupuy, président du Conseil, ministre de l'Intérieur. Ce rapport, qui a pour objet d'exposer les opérations des Sociétés de secours mutuels pendant l'année 1891, renferme un long paragraphe intitulé : *Office des médecins,* et qu'il importe de reproduire textuellement.

« A ce sujet, dit le ministre, j'ai le regret de vous informer qu'une certaine partie du corps médical manifeste une tendance à la coalition contre les traités en usage entre les médecins et les sociétés de secours mutuels. A la faveur de la loi sur l'exercice de la médecine, votée en novembre 1892, qui permet, en son article 13, aux médecins de bénéficier de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, des syndicats médicaux se sont formés et ont émis la prétention d'empêcher les médecins de soigner à l'abonnement les malades de ces associations et de faire des visites au-dessous d'un tarif minimum, établi par ces syndicats, sous peine d'exclusion et de mise à l'index. Un syndicat du département de la Seine, notamment, a pris l'initiative de ces mesures arbitraires, qui portent atteinte à la liberté du travail et frappent des groupements philanthropiques de travailleurs habitués jusqu'à présent à la bienveillance de tout le monde.

« Il y aurait à craindre que la suppression de l'abonnement, pour le traitement des malades mutualistes, ne donnât carrière à l'abus des visites qui a déjà motivé les réclamations d'un grand nombre de sociétés. D'autre part, serait-il équitable d'obliger les jeunes médecins dont la clientèle n'est pas encore faite à ne pas exercer leur profession en dehors de règles autoritaires établies contre leur gré? Les sociétés de secours mutuels favorisent l'art de la médecine, en ce sens qu'elles permettent aux jeunes médecins qui y sont attachés d'acquérir l'expérience qui leur manque, et le système de l'abonnement les facilite dans cette tâche. L'individu hésite à confier sa santé aux débutants. La collectivité les accepte moyennant des prix modiques. Donc, les sociétés de secours mutuels rendent service à ces jeunes médecins, et ceux-ci, tout en se perfectionnant, font acte de réciprocité. Pourquoi, dès lors, entraver cette liberté de part et d'autre? Il faut espérer que le corps médical pris dans son ensemble, et dont le dévouement n'est pas mis en doute, ne se prêtera pas à cette combinaison, et que cette tentative émanée de membres d'une corporation qui jouit déjà d'un monopole n'aura pas de suites. L'institution des sociétés de secours mutuels ne doit pas être un objet de spéculation, et beaucoup de médecins dont les moyens d'existence sont assurés le comprennent si bien qu'ils donnent gratuitement leurs soins aux personnes qui les composent. »

Nous aurions bien des réserves à faire au sujet de ce singulier réquisitoire qui, à l'occasion de l'exercice 1891, parle d'incidents qui se sont produits en 1892 après le vote de la loi sur l'exercice de la médecine. Nous nous bornerons aux réflexions suivantes. M. le ministre semble ignorer qu'un grand nombre de sociétés de secours mutuels ont abaissé, de manière à les rendre absolument inacceptables, les tarifs d'honoraires qu'ils proposent à leurs médecins; que ceux-ci ne peuvent voir, sans protester, des ouvriers aisés, des patrons, voire des rentiers s'inscrire au nombre des membres participants d'une mutualité quelconque à seule fin de ne payer que 50 c. ou 1 franc la visite de leur médecin; que dès lors ils sont en droit de refuser leur assistance à des sociétés qui spéculent sur le désintéressement du corps médical.

En l'espèce il s'agit d'un syndicat de Neuilly qui a obtenu gain de cause et fait relever à un taux honorable le prix des visites alloué par une société de secours mutuels de cette commune.

En fait, il n'est et ne sera jamais au pouvoir de per-

sonne d'interdire aux médecins, trop souvent victimes d'exploitations scandaleuses, le droit de s'entendre pour imposer aux sociétés de secours mutuels un prix d'abonnement honorable ou mieux encore un tarif d'honoraires à la visite, sinon rémunérateur, du moins acceptable lorsqu'il s'agit d'ouvriers ou de petits employés.

Quant aux déshérités de la fortune, ils ont toujours été, ils seront toujours traités gratuitement.

Si, donc, au lieu de se borner à protester contre les prétentions nouvelles des médecins des sociétés de secours mutuels, M. le ministre avait étudié dans ses détails la question très sérieuse qu'il a imprudemment soulevée, il aurait appris que les syndicats régulièrement constitués se préoccupent de régler d'un commun accord avec M. le sénateur Lourties, dont le dévouement aux sociétés de secours mutuels n'est pas suspect, et avec la *Ligue de la prévoyance et de la mutualité* qu'il préside, toutes les questions de tarifs qu'il importe aujourd'hui de réviser. Les syndicats ne se refuseront jamais à admettre l'abonnement, là où un tarif à la visite sera jugé impossible. Ce qu'ils prétendent empêcher, c'est que, sous prétexte de faciliter aux débutants l'exercice de leur profession, on rabaisse à un taux dérisoire les honoraires des médecins d'une localité. Ce qu'ils demandent c'est de rester juges des contestations qui peuvent s'élever, au sujet du nombre des visites, entre leurs membres et les sociétés de secours mutuels. Quoi qu'on puisse tenter aujourd'hui, il viendra un jour où il faudra renoncer à invoquer le monopole du corps médical pour abaisser sa dignité. Toutes les fois qu'il sera question d'indigents, on trouvera des médecins disposés à les soigner gratuitement. Alors, au contraire, qu'il s'agira de mutualités en mesure de rémunérer les soins médicaux dont elles ont besoin, il ne devra pas être permis de taxer ceux-ci à un taux dérisoire. Que les sociétés de secours mutuels s'appliquent à vérifier ce que coûtent les frais de pharmacie, les médicaments aussi inutiles que dispendieux que réclament souvent leurs adhérents, nous les encouragerons dans cette voie; mais qu'elles sachent comprendre que puisqu'elles reconnaissent la nécessité de payer un médecin, il importe de rémunérer celui-ci d'une façon convenable.

Nous ne doutons pas d'ailleurs que cette question, qui intéresse un grand nombre de nos confrères d'autant plus dignes de sympathies que leur situation est plus précaire, ne soit débattue au grand jour de la publicité par les sociétés et les associations qui ont en vue la défense des intérêts professionnels. Alors on comprendra de quel côté se trouvent le droit, la justice et le désintéressement.

Quant au décret relatif à l'exercice de la médecine légale et aux taxes des expertises, rapports et déplacements imposés aux médecins légistes (*voy.* p. 575), nous y reviendrons prochainement. Comme l'a fait comprendre notre collègue M. le Dr A. Motet, un nouveau règlement d'administration publique devra reviser celui que le Conseil d'Etat s'est hâté de rédiger sans prendre la peine de lire les rapports et mémoires maintes fois publiés par MM. Brouardel et Motet. Si l'on peut soutenir que le budget du ministère de la justice n'est pas en mesure de rémunérer convenablement les médecins-experts, on ne saurait prétendre que le recrutement de ceux-ci ne puisse se faire autrement que par le bon vouloir des tribunaux de première instance. Il y a là une question d'enseignement médical qui intéresse au moins autant les Facultés de médecine que les cours et tribunaux. MM. Brouardel et Motet, nous en avons la ferme conviction, ne refuseront pas à l'Association générale des médecins de France l'appui de leur autorité et de leur expérience pour faire aboutir une réforme qui s'impose aujourd'hui plus que jamais.

Nous publions aussi le décret relatif au stage des étudiants en médecine (p. 575). S'il réalise un progrès réel au point de vue de l'éducation des élèves et de la situation que pourrait offrir à quelques maîtres l'autorisation d'ouvrir des cours payants et d'inaugurer un enseignement propédeutique depuis longtemps réclamé, il soulève, en ce qui concerne l'enseignement chirurgical, des difficultés au sujet desquelles nous aurons à nous expliquer prochainement.

L. LEREBOULLET.

REVUE GÉNÉRALE

Où, quand et comment ouvrir la vessie chez les prostatiques?

Le 23 décembre 1891, au huitième jour d'une attaque de prostatisme confirmé dont me traitaient les plus habiles et dévoués cathétérisateurs, l'un d'eux, Poncet, me prenant à part :

« Nous ne gagnons pas de terrain, cher maître, me fit-il entendre.

» — A qui le dites-vous, hélas?

» — Alors pourquoi persister dans une voie sans issue? J'ai à vous proposer une solution décisive, une opération qui d'emblée vous délivrera de vos ténesmes et de vos angoisses.

» — Ah!... Et cette opération, à quand?

» — Mais... dès demain, si vous voulez.

» — Demain!... Et pourquoi pas tout de suite? »

A ces mots, je vis sa figure s'éclairer d'un rayonnement à la fois scientifique et amical. Trois heures après, j'étais cystostomisé; et l'effet de ses promesses ne se fit pas plus attendre que, depuis, il ne s'est démenti.

Or, quelques semaines écoulées, me trouvant suffisamment rétabli pour entendre la vérité, Poncet me déclara que, si nous avions tardé deux ou trois jours seulement, lui de m'avertir, moi de me décider, les choses auraient très probablement tourné de façon différente; qu'il eût été trop tard pour conjurer des accidents infectieux à marche fatale;

Bref que, au lieu d'avoir le plaisir de me trouver aujourd'hui sur pied... Brrr!

Sans aucune prétention au titre d'arbitre, simple documenteur dans le débat qui s'agite, je ne puis, néanmoins, m'empêcher de reconnaître une valeur supérieure au jugement d'un homme qui, par son âge, est seul en situation d'avoir vu, donc de pouvoir comparer pour des cas identiques l'effet fatal des vieux errements thérapeutiques avec les résultats de la nouvelle méthode opératoire. Et par conséquent, je me crois dans le vrai en disant :

L'avènement de la cystostomie, en changeant nos moyens d'action, a changé nos devoirs professionnels. Jusque-là, ne pouvant mieux faire, il était licite, un

vieux prostatique atteint de rétention, d'accidents urinaires graves étant donné, de le laisser, dûment sondé, quininé, désinfecté, tonifié, finir en paix sa carrière.

Aujourd'hui, il y aurait faute pour le praticien à ne pas connaître, pour le professeur à ne pas signaler le moment, qui ne saurait être impunément dépassé, où, ces divers moyens ayant prouvé leur impuissance, il faut recourir à l'instrument tranchant.

« Ou piquant », dira M. Lejars. Et ceci me ramène à l'objet plus spécial de cette étude, dont le point de départ est l'article de M. Lejars, paru dans la *Semaine médicale*, en septembre 1893.

Rappelons en deux mots les temps successifs de l'une et de l'autre opération :

Cystostomie. — Poncet : Incision de la paroi abdominale; la vessie reconnue et le cul-de-sac péritonéal refoulé par en haut avec l'extrémité de l'index, incision de sa paroi antérieure; après évacuation de l'urine, suture des bords de l'incision vésicale avec les bords correspondants de l'incision abdominale.

Cysto-drainage. — Lejars : Ponction de l'hypogastre, avec un très gros trocart courbe, de la vessie (qui d'ordinaire en ce cas est distendue); évacuation d'une partie de l'urine; tout en retirant la canule, introduction dans son intérieur d'une sonde de caoutchouc molle qu'on fixe à demeure (les instruments, ainsi que le pourtour de la ponction et la paroi, ayant été désinfectés).

Cette mise en regard des deux systèmes semblerait supposer entre leurs auteurs une hostilité, un antagonisme pour le moins. Mais point. M. Lejars se montre un adversaire aussi courtois qu'impartial. Est-il même un adversaire? Non, puisque lui-même il déclare que « il n'est pas douteux qu'une opération réglée et méthodique, celle de Poncet, ne vaille toujours mieux »; qu'il l'appelle « la vraie cystostomie », ne réclamant pour la sienne que le nom et le rôle de « procédé d'urgence ».

On ne saurait avec plus d'abnégation faire les parts. Mais cette modestie cache un danger, j'allais dire un piège, mais piège assurément ignoré de celui qui l'a tendu. Je m'explique. A l'application, les pusillanimes et les opposants ne s'armeront-ils pas de cette ressource offerte pour se dire : « Puisque je puis compter sur un bon procédé d'urgence, pourquoi ne pas attendre l'urgence? Je serai toujours à temps d'opérer. Si les accidents pressent, un coup de trocart est sitôt donné! » Vous devinez la conséquence. La temporisation, la funeste temporisation érigée en système! Le pauvre prostatique ajourné jusques et au delà de l'extrême limite de sa résistance à l'empoisonnement urineux; en fin de compte, livré au coup de main du premier praticien qui se sent ou se croira l'habileté suffisante pour trouer une vessie distendue.

En présence de ces graves éventualités, dont M. Lejars d'ailleurs n'est point responsable, c'est pour nous plus qu'un droit de polémiste, c'est un devoir de philanthrope de montrer en quoi sa ponction est inférieure à notre cystostomie.

J'ai dit, et c'est mon objection principale, comment elle expose à fausser l'indication fondamentale, non pas seulement salutaire, mais *salvatrice*, de la cystostomie. Et dois-je m'excuser d'insister sur ce point lorsque je vois toute une école, affirmant sa dissidence, recommander « contre *les difficultés persistantes du cathétérisme* » (soit pour le salut des prostatiques en détresse), recommander, dis-je, « comme moyen de choix » la sonde à demeure; pourvu, a-t-on la loyauté d'ajouter, pourvu « qu'elle soit tolérée et n'infecte pas le malade! » (Vignard.)

A cet aveu si louablement exempt d'artifice, s'il faut joindre l'avis d'un témoin ultra-compétent, écoutons mon urèthre à moi, qui, au nom de ses cuisants souvenirs, avait déjà protesté en temps utile contre le *moyen de choix :*

Or, des deux jurisprudences opposées, celle de Lyon, « opérer dès le péril révélé », et celle de Paris, « n'opérer que contraint et forcé », laquelle doit-on suivre?

Pour statuer sur ce point d'après les faits, le tribunal, peut-on dire, dès à présent possède les éléments nécessaires : d'un côté, mon observation à moi, *considérant* que le temps rend de plus en plus valable; par contre, l'observation de M. le professeur Tillaux, que je résume en l'empruntant à la thèse récente de M. le Dr Boutan, *De la cystostomie sus-pubienne*, Paris 1893.

Soixante-dix ans, dysurie depuis 3 ans; il y a 18 mois, rétention d'urine qu'un cathétérisme fit cesser.

Entré à la Pitié le 29 janvier 1893 pour une rétention d'urine datant de 48 heures « avec mauvais état général. » La sonde amène « de l'urine sanglante ». Lavage boriqué. Le soir, cathétérisme assez difficile avec une sonde en gomme, qu'on laisse à demeure. Urine sanglante.

Les 30 et 31 janvier, la sonde fonctionne bien. Mais le malade souffre tellement que, dans la nuit du 31 janvier au 1er février, il retire sa sonde.

Le 1er février, il souffre beaucoup. Une sonde en gomme, aisément introduite, donne issue à un liquide sanglant, sans soulagement. Débouchée par aspiration, la sonde laisse sortir une grande quantité de liquide noirâtre.

Dans la journée, la sonde laissée à demeure cesse de fonctionner; d'où vives souffrances.

Le 2 février, mêmes difficultés d'évacuer, insomnie, très grandes souffrances. On met une autre sonde qu'on laisse à demeure, malgré la demande du malade qui prétend ne pouvoir la supporter. » — *Qui prétend*, dites-vous? Voilà un témoignage qui paraît cependant assez difficile à récuser.

Jusqu'au 4 février, la sonde à demeure ne fonctionne pas, douleurs violentes, urines toujours sanglantes.

Le 4 février, « la nuit a été très mauvaise. Le malade ne pouvant plus supporter la sonde l'a retirée. » — Aussi bien, pour ce qu'elle servait...

Le même jour, « en présence de ces accidents, des difficultés du cathétérisme et des douleurs intenses, on pratiqua la cystostomie. » — Notons, après six jours de soins aussi infructueux que réguliers et sous la direction d'un clinicien éminent.

Soulagement immédiat. Le 5 février au soir, dyspnée, râles fins aux deux bases.

Le 6 et le 7, douleur à la pression au niveau du rein gauche. Urines un peu troubles; état pulmonaire stationnaire.

Le 8, une sonde introduite à travers l'orifice rétréci donne issue à 30 grammes d'urine purulente.

Le 9, dyspnée légère, pas de douleurs vésicales.

Incontinence des matières fécales. Le malade présente l'aspect des cachectiques urinaires. Mort le 10 février, au matin.

L'autopsie signale comme causes de la mort « la congestion pulmonaire et une pyélo-néphrite suppurée. »

Il importait de relater en détail ce document parce que, selon moi, il clôt l'instruction de la cause et dicte l'arrêt; arrêt tel que, malgré son bien-fondé, j'ai quelque peine à le prononcer, tant il paraît sévère.

Pour un prostatique dans l'état où, lors de son entrée, était celui de M. Tillaux, comme il n'y a que deux issues, (libre cours rendu à l'urine ou fatale aggravation du mal) il n'y a qu'une alternative, ou l'opération immédiate ou la mort à bref délai.

L'opération ou la mort... C'est donc au médecin à voir si, en différant, *à fortiori* en refusant le sûr, prompt et

inoffensif secours, il veut désormais prendre les responsabilités du trop probable désastre?

Je dis *désormais* parce que, d'après l'acte auquel a pris part M. Tillaux, la comparaison est facile et la lumière faite. Plus notoire est l'habileté du savant professeur, plus éclairés et assidus avaient été les soins donnés, sous sa direction, au malade avant la cystostomie, et plus irrévocablement sont condamnés les moyens dilatoires ou, pour parler le langage de l'école, les agents de la « méthode non sanglante », méthode qui se déclare apte à remplacer l'intervention opératoire.

Condamnés comme impuissants, ces moyens — ceci ressort du texte même de l'observation.

Mais, condamnés surtout comme pernicieux. Sous ce rapport, le « moyen de choix », la sonde à demeure a, dans ce cas, largement fait ses preuves. Car, peut-être, la pyélo-néphrite préexistait; mais peut-être aussi, à ce moment, eût-elle été curable. Et quel clinicien oserait disculper la période tourmentée qui, dans ce cas, précéda la cystostomie, ces six jours d'angoisse, d'insomnie, de souffrances, de rétention d'urine; les disculper, dis-je, d'avoir précipité la marche du processus infectieux?

On le voit, mon principal grief contre le cysto-drainage est que la simplification dont il se targue, fournit, spécieux ou non, un motif pour ajourner l'ouverture de la vessie, ouverture qui, au cas où elle est indiquée, doit au contraire être pratiquée sans retard. —Mais, à côté de ce tort, qui ne lui est qu'indirectement imputable, le cysto-drainage n'offre-t-il pas certains dangers, certaines défectuosités intrinsèques, savoir : l'impossibilité d'explorer sur l'heure l'état de la vessie et de la prostate; la nécessité de garder dans l'orifice hypogastrique une sonde, dont le contact irrite, qui peut se déplacer ou être obstruée; puis et surtout le danger d'une infiltration d'urine s'opérant par l'intervalle entre la sonde et la paroi abdominale.

Autre côté important de ce parallèle :

Comment l'un et l'autre mode d'intervention assure-t-il l'excrétion urinaire consécutive?

Avouée ou secrète, c'est la préoccupation de tout cystostomisé de recouvrer son fonctionnement normal, *mingere ad parietes*. Aussi M. Lejars, qui connaît bien leur faible, sait par où les prendre quand il dit de la cystostomie que c'est « la fistulisation définitive de la vessie à l'hypogastre »; que ainsi « on supprime, on condamne l'urèthre ».

Mon Dieu ! cher confrère, trop souvent il se supprime, se condamne bien de lui-même. Mais lorsque, comme chez moi, il a repris sa fonction, tout en s'en félicitant, il y a lieu de signaler les inconvénients de cette urination soi-disant normale par la voie uréthrale, et d'en régler l'emploi.

D'abord, cette émission d'urine mettant en jeu un appareil encore malade, est douloureuse. Pour l'avoir trop pratiquée, trois fois j'ai eu une petite hémorrhagie uréthrale.

Puis, par la même raison, ce jet uréthral ne vide qu'incomplètement la vessie. Après qu'il s'est arrêté, sondez; vous amènerez de l'urine.

Aussi je le réserve à titre d'expédient auquel j'ai recours le moins possible, et soit pour évacuer l'urine, soit pour faire les lavages vésicaux à l'aide de la sonde, j'utilise exclusivement l'urèthre artificiel, qu'en raison de ses bons services je me plais à appeler mon *urèthre normal!*

Puis donc qu'on a l'embarras du choix, la difficulté n'est pas de savoir par où l'on fera sortir l'urine, c'est de savoir comment on la retiendra. La continence de l'urine, « voilà le gros point », dit avec raison M. Lejars, « et l'avenir de la cystostomie ». Et il a pleinement raison. En effet, sauvé d'un danger imminent par la cystostomie ou le cysto-drainage, qu'est la vie pour le pauvre réchappé s'il porte une infirmité qui brise ses rapports sociaux? Car il ne peut guère compter sur le cours des urines par la voie normale, lequel, en général, se rétablit, il est vrai, mais, je le répète, ne se rétablit que partiel, irritant à nouveau un appareil déjà malade, et surtout ne vidant qu'incomplètement la vessie.

Pour ne parler que de la cystostomie, un certain nombre d'opérés ont recouvré la faculté de garder leur urine plusieurs heures. Or, pourquoi un certain nombre seulement? Les conditions anatomiques préexistantes, la densité, la fermeté de la ligne blanche où est percé l'orifice, y est-elle pour quelque chose? Serait-ce que la vessie, désormais reposée, aurait chez ces privilégiés repris, avec l'intégrité de sa structure, un peu de l'intégrité de son innervation? Peut-être. Mais la plupart des chirurgiens attribuent cette différence du résultat final à quelque différence dans le manuel opératoire, dans la manière dont ont été disposés, fixés les rapports, les connexions entre la vessie et la paroi abdominale.

Ce qui milite en faveur de cette interprétation, c'est que le résultat va se perfectionnant à mesure que se perfectionnent opération et opérateur; que la récente statistique de Poncet, riche de nouveaux cas, est supérieure à celle citée par M. Lejars de 5 continents sur 13; qu'un de ses plus méritants chefs de clinique, M. Orcel, qui a eu l'occasion d'opérer dans son service, peut produire une petite statistique personnelle de 4 continents sur 9.

Parmi les conceptions nées de ce dernier ordre de considérants, mentionnons l'idée d'ajuster par la suture quelques fibres des muscles droits autour de l'orifice hypogastrique; le conseil plus formel (Jaboulay) de constituer un véritable sphincter en pratiquant l'incision de la paroi abdominale à travers l'un des droits antérieurs; mais avant tout, le conseil récemment formulé (Poncet) d'inciser la paroi antérieure de la vessie immédiatement au-dessus du col. A ce niveau, la vessie est séparée de la paroi abdominale par une plus grande épaisseur de parties molles, d'où une longueur plus grande du nouvel urèthre et par cela même des conditions plus parfaites de continence. On assure ainsi le libre écoulement de l'urine; on se met à l'abri de l'infection urineuse; enfin on constitue au nouveau canal un revêtement muqueux qui, dans l'avenir, doit s'opposer à son occlusion.

Notons simplement que M. Lejars ne donne aucun renseignement sur la manière dont se sont passées les choses, sous le rapport de la continence d'urine, chez ses cinq opérés.

En résumé, nous répondrons à la triple question que nous nous sommes posée dès le début: *Où, quand et comment ouvrir la vessie?...*

Où? — La vessie doit être ouverte avec le bistouri méthodiquement, sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du col, après incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche (cystostomie sus-pubienne).

Comment? — Les lèvres de l'incision vésicale seront suturées avec les bords de la paroi abdominale, d'après les règles formulées par Bonan (thèse de Lyon 1892).

Quand? — L'opération aura d'autant plus de chances de conjurer des accidents urinaires graves, qu'elle sera pratiquée hâtivement et que des manœuvres antérieures (sonde à demeure, ponctions répétées, etc.) n'auront pas provoqué des lésions infectieuses fatalement mortelles.

Après le *gros point*, le point noir. « A Paris, dit M. Lejars, la cystostomie n'a pas encore fait son chemin. »

C'est là un malheur sans doute. Mais pour qui?... En tout cas, pour les pauvres malades; et peut-être serait-il temps d'y songer.

Inutile de dissimuler que la cystostomie, du moins avec les indications qui lui donnent sa vraie portée et sa valeur pratique — est mise à l'index par une école justement accréditée; et, quoi qu'il doive advenir d'une proscription, lancée de haut il est vrai, mais plutôt fulminée que motivée, je la regarde comme émanant d'une conviction sincère. Que cette école n'appréhende donc point de voir ici mettre en cause ses intentions. Lyon ne dédaigne pas moins d'incriminer que de récriminer. En a-t-il besoin? Lorsque, en moins d'un tiers de siècle, de chez nous sont issues, — et partout, ayant force de loi reconnue, — la résection du maxillaire supérieur (Gensoul) — la cure des copalgies par le redressement, puis l'immobilisation du membre (Amédée Bonnet), — la tardive mais inattaquable et définitive constitution de la pathologie syphiligraphique (Rollet), — la méthode et la technique des irréprochables types de résections avec rétablissement intégral de la fonction (Ollier), nous pouvons sans impatience attendre que ceux qui loyalement veulent la lumière viennent une fois de plus la chercher en province.

N'insistons pas. « Lyon ne fait guère de réclame, disait tout récemment le *Journal des Débats;* il compte sur ses œuvres pour le louer. »

Quant à moi, quant à mon rôle en cette circonstance, — rôle que, quoique des plus modestes, je m'honore et surtout me félicite de pouvoir remplir — il se définit en deux mots. Comme Sieyès, « j'ai vécu » et je vis encore, pour rendre témoignage.

P. Diday.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. A. Poncet

Malformation congénitale de la face et du crâne, avec éléphantiasis des parties molles. Névrome plexiforme. Tumeurs multiples disséminées sur le tronc et les membres, par MM. J. Collet, interne des hôpitaux, et E. Lacroix, préparateur au laboratoire d'histologie.

Nous avons observé récemment, à la clinique de notre maître, le professeur A. Poncet, un cas de malformations étendues de la face et du crâne avec éléphantiasis des parties molles. Ce cas présentait au point de vue clinique une grande analogie avec ceux qui ont été décrits depuis une vingtaine d'années sous le nom de névrome plexiforme, de pachydermie névromateuse, etc., et cette analogie a été en grande partie confirmée par l'examen histologique. Nous avons tenu à publier ce fait, d'abord en raison de sa rareté relative — les observations de névrome plexiforme jusqu'ici connues se comptent — enfin, en raison également de l'obscurité qui règne encore sur l'origine et les transformations diverses de ces tumeurs. Lorsque Verneuil en 1857 publia son premier mémoire, la dénomination de névrome plexiforme répondait à une entité morbide bien définie; depuis cette époque, on a dû enregistrer sous cette rubrique des faits assez disparates, des hypertrophies où l'élément nerveux n'occupait souvent qu'une place secondaire. Faut-il restituer de tels cas au névrome plexiforme et suivre les traces des premiers auteurs, Verneuil, Virchow, Bruns, qui ont insisté sur les parentés de cette affection et des pachydermies? Faut-il au contraire n'y voir qu'une simple participation du tissu nerveux et des gaines conjonctives des nerfs au processus hypertrophique qui envahit le derme et les couches sous-jacentes? Malgré nos préférences pour la première de ces solutions, nous devons avouer que la question est encore en litige et ne pourra probablement être résolue que par l'étude anatomique comparative d'un grand nombre de cas limités où se trouvent côte à côte le névrome et l'éléphantiasis. C'est précisément pour apporter à ce dossier notre contingent que nous publions l'observation suivante :

Corneloup Joanny, 18 ans, cultivateur, né à Emeringes (Rhône), entre, en février 1893, à la clinique du professeur Poncet (1). Père et mère bien portants; la mère présenterait sur la peau de nombreuses tumeurs (2). Il est fils unique. Il n'a pas eu au moment de sa naissance à subir une application de forceps.

Trois ou quatre jours après sa naissance, on se serait aperçu que son œil gauche devenait rouge. Aussi loin que le malade peut remonter dans ses souvenirs, il se rappelle avoir toujours eu l'aspect qu'il présente actuellement; cependant, à la suite d'un coup de sabot reçu au mois d'août dernier sur l'arcade zygomatique gauche, les déformations auraient augmenté. Le malade pouvait encore à cette époque, en renversant la tête en arrière, voir de l'œil gauche; mais quelques jours après l'accident, la paupière est devenue plus tombante et l'œil complètement caché. Le malade rapporte aussi à la même époque le bourgeon qu'on voit actuellement sur le tiers externe de la paupière inférieure, sur la conjonctive. C'est la seule modification qu'il ait remarquée dans son état local.

Depuis cette époque, les déformations sont restées stationnaires.

Actuellement, la taille du malade est de 1 m. 38. Ce qui frappe au premier abord, c'est la présence sur la moitié gauche de la face de deux larges replis cutanés, pendants, qui correspondent l'un à la joue, l'autre à la paupière supérieure, le côté droit de la face étant à peu près indemne. Le repli qui correspond à la paupière supérieure mesure depuis son insertion supérieure au niveau du sourcil jusqu'à son bord inférieur qui pend sur la joue en recouvrant l'œil, sept centimètres. Le sourcil de ce côté est d'ailleurs situé à deux centimètres plus bas que l'interne. La longueur du sourcil gauche étant de six centimètres, celle du sourcil droit atteint plus de dix centimètres. Le bord inférieur, libre du repli palpébral, est d'environ 0,06; il est convexe et dirigé en dehors et en bas. Il est pourvu de cils qui ne diffèrent pas des cils du côté sain. Il est très épaissi. Il existe une certaine tendance à l'ectropion qui porte en dehors, à plus d'un demi-centimètre de la fente palpébrale, les orifices des glandes de Meibomius. La conjonctive forme deux ou trois plis; elle est assez vascularisée, mais sans granulations. La commissure interne est abaissée d'un centimètre à peu près. On voit bien nettement la caroncule lacrymale et le point lacrymal inférieur.

(1) Ce malade a été présenté à la Société des sciences médicales de Lyon, dans une des séances de février (Voir *Lyon médical*, n° 14, 2 avril 1893).

(2) Cette femme a été examinée le 16 novembre dernier par M. le professeur Poncet. Voici la note qui nous a été communiquée par M. Siraud, interne de la clinique. Cette femme, âgée de 57 ans, a la peau couverte de nodosités dont le volume varie depuis celui d'un petit pois à celui d'un œuf. Leur coloration est généralement blanc rosé, quelques-unes ont une teinte bleuâtre, semblable à celle de tumeurs érectiles ou de paquets variqueux. Généralement sessiles, arrondies, en forme d'élevures hémisphériques, quelques-unes sont pédiculées. Ces derniers existent particulièrement sur la face antérieure du tronc. Elles ont alors l'aspect de *molluscum pendulum*, leur pédicule est mince. D'autres plus petites se présentent sous la forme de papules, légèrement saillantes, avec teinte bleuâtre. Leur consistance est molle; quelques-unes à l'aspect érectile se laissent facilement déprimer et ces dernières donnent au doigt qui les refoule la sensation que l'on éprouve en réduisant une petite hernie ombilicale. Leur nombre est considérable, mais elles sont plus abondantes sur le tronc, notamment à la face antérieure, qu'aux membres. C'est d'ailleurs sur le tronc qu'elles acquièrent leur maximum de développement et présentent leurs caractères variés. Il en existe sur les grandes lèvres, à la face où le système pileux est anormalement développé, etc. Ces néoplasmes cutanés ont, on le voit, la plus grande analogie avec ceux notés chez l'enfant de cette femme. Ils auraient apparu presque simultanément, sans cause appréciable, vers l'âge de 18 ans. Cette femme jouit d'ailleurs d'une parfaite santé.

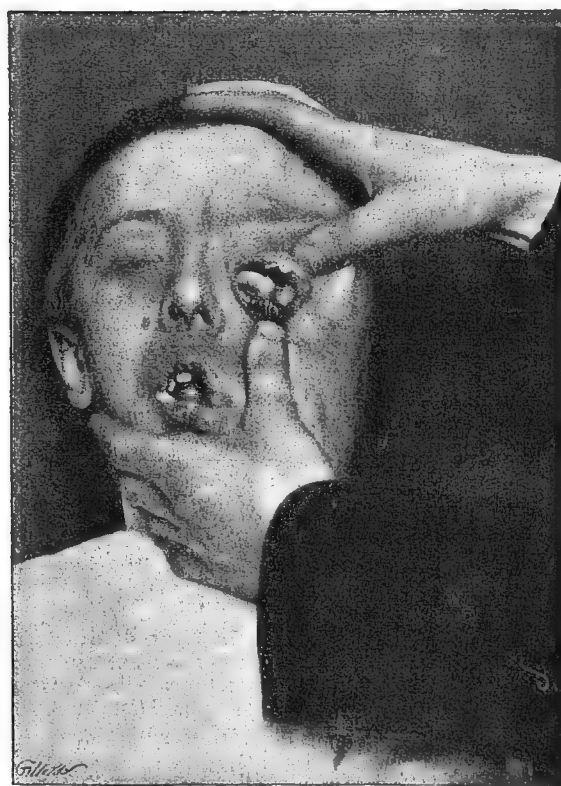
A la commissure externe, rien de particulier, mais à son voisinage, sur la face interne de la paupière inférieure, un gros bourgeon pédiculé, à base entourée de mucosités, rougeâtre avec arborisations vasculaires du volume d'une noisette.

La conjonctive bulbaire est un peu vascularisée ; à la partie supéro-externe du limbe cornéen, la teinte blanche de la sclérotique empiète de 2 ou 3 millimètres. Les mouvements de l'œil se font dans tous les sens ; de ce côté, le malade distingue les doigts, mais son acuité visuelle est cependant diminuée.

La surface cutanée de ce repli palpébral présente une pigmentation assez marquée. En palpant le repli, on ne sent que le bourgeon conjonctival que nous avons signalé ; partout ailleurs on a la sensation d'une masse molle et lâche. Ce repli palpébral se prolonge du côté externe, quoique moins accentué, vers l'oreille, en suivant la direction de l'arcade zygomatique ; à ce niveau seulement, on sent rouler au-dessous de la peau quelques petites nodosités.

Au-dessous de ce pli, on trouve, correspondant à la joue gauche tout entière, un autre repli qui part du voisinage de la commissure labiale pour aller aboutir à l'oreille. Ce pli mesure, depuis l'extrémité de l'apophyse jugale de l'os malaire jusqu'à son bord inférieur libre, 8 centimètres 1/2. Il vient se souder à l'extrémité inférieure du lobule de l'oreille, et se prolonge jusque dans la conque auditive en effaçant le tragus, et en produisant même une occlusion complète du conduit auditif externe.





Le bord inférieur du repli dépasse le menton d'un bon centimètre. La commissure labiale est d'ailleurs abaissée de ce côté de 0,01 à 0,02. Tout ce repli donne la sensation d'une masse molle dans laquelle on sent une foule de nodosités, les unes adhérentes à la peau et paraissant se trouver immédiatement sous le doigt, les autres plus profondes, roulant sous le doigt tout le long du maxillaire inférieur. A ce niveau, pigmentation anormale mais moindre que sur le repli palpébral. Il y a quelques croûtes près de la sous-cloison du nez, et des plaques de pigmentation au voisinage des lèvres. Sur le menton un tout petit tubercule ulcéré.

La langue est normale. Les lèvres ne sont pas épaissies, sauf vers la commissure gauche.

Dentition. — Mâchoire inférieure, côté droit : dentition normale, une dent cariée ; une dent de sagesse existe. Côté gauche : les deux incisives sont normales ; à partir de ce point les dents font défaut ; sur le bord alvéolaire on trouve même à ce niveau un bourgeon analogue à celui de la conjonctive ; en avant du bord alvéolaire et implantées vicieusement, la canine et les deux prémolaires. Mâchoire supérieure, côté droit : dent de sagesse en train de pousser. De plus, l'incisive médiane est située complètement en avant de l'incisive latérale. Cette même disposition se retrouve du côté gauche. Du côté gauche, pas de molaires.

La voûte palatine est très ogivale. Sa moitié gauche est effacée par une vaste saillie qui prend naissance sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche ; cette saillie du volume d'une noix, mais aplatie, se termine à pic du côté de la ligne médiane, simulant ainsi, avec la voûte très ogivale, une fissure du palais. La muqueuse de la joue hypertrophiée fait saillie entre les deux mandibules.

Le voile du palais et la luette sont normaux.

L'angle du maxillaire est en partie effacé des deux côtés, ce qui augmente considérablement les limites de la région parotidienne. On sent de plus, de chaque côté, une incisive au devant de l'insertion inférieure du masséter. Autant qu'on peut en juger par l'examen à travers les parties molles, le squelette de la face ne paraît pas déformé ; l'apophyse jugale de l'os malaire est au même niveau des deux côtés.

Squelette du crâne. — Au niveau de la petite fontanelle et des deux astérions, dépressions mais peu marquées. On retrouve des traces de la suture coronale. Toute la fosse temporale du côté gauche est comblée par une vaste saillie osseuse, qui reporte en bas et en avant l'arcade orbitaire du frontal. Elle se termine assez brusquement au-dessus du pavillon de l'oreille, et ne va pas jusqu'à l'apophyse mastoïde ; elle est séparée de l'arcade zygomatique par un sillon antéro-postérieur profond. Au niveau du ptérion on trouve dans le squelette un vaste défaut de soudure où on pourrait aisément passer le doigt ; il est triangulaire. Un peu en avant, au niveau de la soudure du frontal et du malaire, autre solution de continuité.

Du côté du squelette du tronc, pas de scoliose. L'appendice xiphoïde est peut-être un peu plus déprimé que normalement.

Le coccyx forme avec le sacrum un angle presque droit, et se prolonge à peu près horizontalement en avant.

Le ventre est légèrement tendu. Testicules normaux. Pas d'épispadias, ni d'hypospadias.

Du côté de la peau du tronc, pigmentation marquée, formant de loin en loin des plaques. Dans la région du cou nombreux nævi bien saillants. Pas de pachydermie : la peau prend facilement l'aspect de chair de poule sous l'influence du froid. Les tumeurs de la peau sont : 1° des molluscum, sur la nuque principalement; 2° des tumeurs lymphatiques (sur le dos par exemple); 3° des névromes plexiformes; il y en a deux sur la cuisse; 4° des nævi pigmentaires et des plaques pigmentaires; 5° des fibromes; on en sent un dans la cuisse gauche, l'autre dans le deltoïde droit.

En présence de ces lésions multiples, portant en partie sur l'oreille externe et sur les os du crâne, il nous a paru intéressant de noter l'état de l'audition : Voici le résultat de cet examen.

O. D. Montre à 0,10. Pas de triangle lumineux sur le tympan. Légère sclérose.

O. G. Impossible d'apercevoir le tympan, à cause du collapsus du conduit auditif externe. Aussi loin qu'on enfonce le spéculum, on ne fait que repousser devant lui la peau du conduit couverte de desquamations épidermiques. Montre = 0, même au contact fort; mais elle est entendue au contact mastoïdien, ce qui prouve que la conduction osseuse s'effectue convenablement et que l'appareil de perception est intact.

L'affection est complètement indolente. Quant au malade, il est intelligent, il sait lire et écrire.

Opération. — L'opération pratiquée le 26 février 1893, par M. Poncet, consista dans l'excision de deux larges tranches de la tumeur, de forme ovalaire, l'une au niveau de la commissure palpébrale externe, et l'autre au niveau de la commissure labiale. M. Poncet se proposait ainsi, non seulement de diminuer le volume des parties molles hypertrophiées, mais encore de créer une bande cicatricielle qui lutterait contre la procidence de la joue et la chute de la paupière supérieure.

L'opération ne présenta d'autre particularité qu'une hémorrhagie abondante. Les tissus hypertrophiés étaient très valvulaires; à peine incisés, ils saignaient, d'après M. Poncet, à la manière d'un angiome veineux. Au toucher, à la pression, il semblait que l'on se trouvât en présence d'un de ces angiomes lipomateux, tumeur relativement fréquente dans la région cervico-faciale. L'excision comprit la peau et le tissu cellulaire sous-cutané correspondant qui, en dehors de nombreux vaisseaux, présentait de petites masses dures, de coloration blanchâtre, ressemblant à des nodosités nerveuses ou lymphatiques.

L'hémostase fut réalisée par des sutures métalliques multiples, réunissant, sous drainage, les bords de la plaie.

Les suites opératoires furent simples, mais dès le 3e jour on dut enlever quelques sutures de la plaie jugale, pour enlever de gros caillots sanguins qui donnaient naissance à un hématome volumineux soulevant la muqueuse buccale.

L'opération, qui a atténué considérablement les difformités de la face, a permis de pratiquer leur examen microscopique. Cet examen a porté sur la peau des replis qui constituaient en grande partie la malformation, sur les masses sous-jacentes et sur le bourgeon conjonctival.

Les pièces anatomiques, immédiatement après leur extirpation, ont été plongées dans une solution d'acide osmique à 1 pour 300.

Malheureusement, la fixation a été incomplète, et surtout s'est mal opérée dans les parties profondes des pièces, ce qui tient probablement à leur extrême densité. Après séjour dans le liquide de Müller, les pièces ont été durcies par l'alcool, la gomme et l'alcool, colorées au carmin aluné, éclaircies dans l'essence de girofle et montées dans le baume du Canada.

Voici le résultat détaillé de l'examen microscopique.

Les parties sous-jacentes à la peau sont constituées par un tissu cellulaire excessivement dense, au sein duquel les faisceaux fibreux de petite taille sont fortement serrés les uns contre les autres et pour ainsi dire condensés. Il existe là plus qu'une hypertrophie du tissu dermique : l'aspect général de ce tissu est modifié et porte un cachet néoplasique. Ce développement considérable du tissu fibreux s'étend au-dessous du derme lui-même et envahit le tissu cellulaire sous-cutané; par places, les groupes des vésicules adipeuses forment des lits plus ou moins épais qui permettent de séparer cette masse de tissu fibreux en blocs isolés.

En général, dans le voisinage de ces masses adipeuses, on aperçoit des figures circulaires, de diamètre variable et souvent même très larges, dont la constitution, assez difficile à débrouiller au premier abord, devient très claire pour l'observateur qui a eu sous les yeux des préparations de névrome plexiforme de type amyélinique. L'absence de fibres à myéline au centre de ces figures, qui peut être, dans le cas particulier, due à une fixation incomplète, rend leur interprétation délicate. Toutes ont la même disposition : elles se composent de trois parties. Une partie centrale qui présente un aspect grenu, semé de noyaux. A sa périphérie, elle paraît assez bien limitée d'avec le tissu environnant; elle forme pour ainsi dire comme l'axe de la figure qui doit correspondre à la coupe transversale d'un cordon plein.

Disons-le immédiatement, cette partie centrale correspond à un faisceau assez volumineux de fibres nerveuses amyéliniques ou de Remak. Les deux parties externes représentent les gaines conjonctives considérablement épaissies. La partie qui avoisine le cordon nerveux est constituée par un tissu conjonctif fibreux assez dense dont les faisceaux ont une direction variable, dont les uns sont concentriques et les autres parallèles à l'axe du cordon, mais sans toutefois former d'assises régulières; dans cette partie on trouve quelques fins capillaires; les cellules du tissu conjonctif ne présentent rien de particulier; elles ont l'aspect de cellules aplaties du tissu fibreux. Par des transitions insensibles on arrive à la couche la plus externe qui, elle, rappelle par sa constitution la gaine lamelleuse des nerfs; mais une gaine qui serait fortement épaissie, dont les lamelles n'auraient plus cette délicate minceur qu'on leur connaît, mais seraient, chacune pour son propre compte, beaucoup plus épaisses. Les noyaux fortement aplatis n'apparaissent plus que comme un trait très fin fortement coloré par le réactif employé (carmin aluné). Par une étude plus attentive de la portion centrale on peut se convaincre qu'on a affaire à du tissu nerveux et non point à une variété de tissu conjonctif, bien que la fixation ait laissé à désirer. En effet, si on examine à un plus fort grossissement (obj. 6 de Vorick et oculaire 3), il est aisé de décomposer cette masse grenue en une série de petits champs polygonaux présentant un éclat particulier qui n'est point celui des faisceaux conjonctifs; de plus, les noyaux qui sont disséminés dans cette masse centrale sont pour la plupart placés, non point dans l'intervalle de ces petits champs ou coupes de fibres, mais bien dans le plein même de leur substance. Toutes les fibres ne sont pas pourvues de noyaux, mais le fait est classique dans les coupes de faisceaux de fibres de Remak, les noyaux étant situés à des hauteurs variables. Ce ne sont point non plus des fibres musculaires lisses, car ces petits champs présentent un diamètre bien inférieur à celui des fibres musculaires lisses, n'offrent point la coupe optique de cylindres primitifs ou fibrilles musculaires; de plus, il n'existe point de traces de ciment réunissant ces fibres les unes avec les autres, comme dans un faisceau de muscles lisses. D'ailleurs, dans de nombreuses coupes de névromes plexiformes de types divers que nous avons eu l'occasion d'étudier, des figures absolument identiques ont été remarquées et même décrites. Au sein du tissu fibreux qui unit et sépare ces cordons nerveux, on trouve de nombreux capillaires et artérioles le sillonnant en tous sens et ne présentant aucun dispositif particulier. Un grand nombre sont gorgés de sang et par suite facilement reconnaissables; il en existe bien d'autres qui, par suite de la rétraction des tissus due à la fixation de la pièce, sont aplatis et n'apparaissent pas nettement.

En somme, deux faits sautent aux yeux dans ces préparations : c'est le développement anormal comme volume de ces troncs nerveux, qui étaient visibles même à l'œil nu, ce qui n'existe pas dans un derme normal, et en second lieu une hypertrophie totale du faisceau nerveux portant à la fois sur le tissu nerveux lui-même (les fibres amyéliniques), et sur le tissu fibreux engainant. Le développement considérable du tissu conjonctif de la gaine du nerf, l'hypertrophie considérable du tissu conjonctif environnant, pourraient à la rigueur faire considérer cette formation pathologique comme un fibrome des gaines nerveuses ou simplement même comme une hypertrophie, un éléphantiasis fibreux du derme; mais,

croyons-nous, il ne faut pas perdre de vue l'hypertrophie nerveuse vraie, ce qui nous permet de maintenir pour cette préparation pathologique le terme de névrome dans le sens histologique du mot.

Nous avons pratiqué des coupes de la masse sous-jacente à la peau du repli de la joue; nous l'avons trouvée constituée par un tissu conjonctif très dense parcouru de vaisseaux nombreux; même en certains points, il existe des masses constituées presque uniquement par des capillaires empelotonnés d'une façon inextricable rappelant la disposition de certains angiomes capillaires cutanés. Ces masses sont abordées par des artérioles plus ou moins sinueuses et gorgées de sang, mais qui ne présentent pas à leur pourtour une hypertrophie de leur adventice et du tissu conjonctif qui l'avoisine, pouvant faire croire à un point de départ vasculaire de cette formation fibreuse.

Le bourgeon conjonctival étudié sur plusieurs coupes se montre constitué par du tissu conjonctif fibreux, dont l'aspect général est modifié par la présence d'éléments dont la nature est difficile à déterminer; ces éléments sont disposés sous forme de faisceaux souvent parallèles pour un même plan considéré, qui se pénicillent, s'envoient des anastomoses d'une façon très élégante qui rappelle soit la disposition plexiforme des fibres de Remak, soit certains dispositifs réalisés par les muscles lisses dans les réservoirs contractiles; les fibres qui composent ces faisceaux ne sont pas des fibres conjonctives; elles tranchent nettement sur le tissu conjonctif ambiant; elles ont un éclat brillant tout spécial. Les noyaux placés sur leur trajet de faisceaux ont une forme allongée qui rappelle celle des muscles lisses.

En résumé, il s'agit d'un malade présentant des tumeurs diverses de la peau, et de l'éléphantiasis de la face. Les coupes de la peau ont révélé les lésions du névrome plexiforme, surtout caractérisées par l'hypertrophie de la gaine des nerfs; l'étude histologique des parties sous-jacentes a montré une hypertrophie conjonctive d'un type particulier, présentant un certain caractère angiomateux. Quelle relation peut exister entre un pareil cas et le névrome plexiforme? Si on prend pour point de comparaison un névrome plexiforme type, il est évident que les différences l'emportent de beaucoup sur les ressemblances; mais la clinique et l'anatomie nous ont appris qu'il existe une série de cas intermédiaires où les lésions éléphantiasiques priment l'hypertrophie du tissu nerveux. Verneuil, Virchow, Bruns, qui se sont les premiers occupés de la question, ont établi les rapports du névrome plexiforme et des pachydermies ou de certaines hypertrophies congénitales; cette opinion a été reprise et formulée à nouveau par Czerny. L'hypertrophie concomitante du tissu conjonctif est précisément un caractère tellement ordinaire de la lésion qu'elle avait absorbé l'attention des premiers observateurs au détriment de l'élément nerveux dont la lésion est cependant initiale. Frappés de l'énorme augmentation de volume de la gaine du nerf, ils avaient considéré la maladie comme un fibrome des gaines, c'est l'opinion de Marchand. Il est aisé de voir toutefois que l'élément nerveux persiste toujours au centre, sous la forme de fibres myéliniques, ou amyéliniques, ce qui rend alors leur constatation plus délicate.

Il est fort probable, et cette considération ne nous est pas seulement inspirée par l'étude du cas que nous rapportons ici, — que les névromes plexiformes doivent se présenter sous des aspects divers, aux diverses étapes de leur évolution. Il est possible qu'au début l'hypertrophie porte uniquement sur la fibre nerveuse; plus tard cette hypertrophie envahit secondairement le tissu conjonctif le plus voisin, celui de la gaine du nerf; plus tard encore elle se généralise au tissu conjonctif qui sépare les troncs nerveux; et tous les éléments qui parcourent ce tissu conjonctif peuvent participer, à différents degrés, à l'hypertrophie; ainsi s'explique la présence d'un tissu angiomateux ou d'un tissu conjonctif très dense dans les couches sous-jacentes à la peau.

L'hypertrophie n'est plus limitée aux petits troncs nerveux, elle s'est étendue partout : l'éléphantiasis est constitué. Nous pouvons ainsi nous rendre compte des divergences d'interprétation des auteurs qui suivant l'âge du néoplasme, suivant le point observé, ont décrit pour des cas d'origine identique des lésions différentes et les ont envisagés à des points de vue tout à fait opposés. Le groupe du névrome plexiforme a été démembré et souvent confondu avec d'autres affections parce qu'on a considéré comme *caractéristique* telle ou telle lésion, simplement prédominante dans un cas donné : fibrome des gaines dans le cas d'hypertrophie de la gaine lamelleuse, éléphantiasis dans le cas d'hypertrophie prépondérante du tissu conjonctif, etc., etc. On a de la sorte perdu de vue le fait primordial, la prolifération du tissu nerveux dont tout le reste n'est vraisemblablement que la suite ou la conséquence.

Tout, d'ailleurs, dans l'observation clinique de ce malade rappelle la symptomatologie connue du névrome plexiforme : origine congénitale ou du moins très reculée de l'affection; absence à peu près complète de pigmentation, ce qui est la règle pour les névromes plexiformes de la tête; déformation considérable des plans osseux sous-jacents, prédilection pour la région juxta-auriculaire antérieure; disposition en replis; présence d'autres tumeurs sur la peau en divers points du corps; indolence absolue et marche lente de l'affection.

La constatation de ces analogies cliniques est, croyons-nous, un argument de plus en faveur du rapprochement que nous nous proposions d'établir entre ce cas atypique et les cas types, bien décrits, de névromes plexiformes.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Traitement de l'aphonie hystérique (Die Behandlung der hysterischen Aphonie), par Seifert (*Berl. klin. Woch.*, 30 octobre 1893, n° 44, p. 1068). — La méthode préconisée, et que l'auteur emploie depuis plusieurs années, n'a rien de neuf dans ses détails, mais son ensemble et les résultats acquis motivent sa publication. Il s'agit d'une combinaison de massage du larynx, de compression du larynx et de gymnastique des cordes vocales. Les résultats seraient plus constants par ce procédé que par l'emploi de l'alcoolisation et de l'hypnotisation qui ont été recommandées.

Poliomyélite chez un homme de 45 ans (A case of poliomyelitis in a man aged of forty-five years), par Th. Diller (*Medical News*, 28 octobre 1893, n° 1085, p. 489). — L'histoire du sujet n'est pas accompagnée d'autopsie, de plus elle s'écarte par quelques particularités du tableau classique de la paralysie antérieure spinale. Ce fait, néanmoins intéressant, a trait à un homme âgé de 45 ans, alcoolique, qui fut pris un soir de faiblesse et de gonflement de la main droite. Ultérieurement le gonflement disparut, mais la faiblesse augmenta, s'accompagnant d'atrophie. L'examen, pratiqué neuf mois après, montre une atrophie portant sur la main (main de singe), l'avant-bras, enfin la partie scapulaire du deltoïde. Le bras et la partie trapézoïde sont notablement respectés, comme tous les autres groupes musculaires. La sensibilité est intacte, mais les réactions électriques font défaut. Le traitement par la strychnine et par l'électrisation entraîna dans la suite une certaine amélioration. L'auteur ne doute pas qu'il ne s'agisse dans ce cas de lésions des cellules ganglionnaires de la corne antérieure droite de la moelle épinière.

Problèmes d'intérêt public concernant l'aliénation mentale (Problems of public interest concerning the insane), par Orpheus Everts (*The Medical and Surgical Reporter*, 23 octobre 1893, n° 1913, p. 663). — Les rapports

actuels de la société avec les aliénés offrent des problèmes d'un grand intérêt public : ce qu'il importe de déterminer, c'est, d'une part, la curabilité de la folie — aspect restreint de la question, — d'autre part, la prévention de l'aliénation — point de vue égoïste. La curabilité de la folie est un fait maintenant établi ; ce n'est, du reste, nullement l'influence de médicaments mystérieux employés dans les asiles, mais l'ensemble des conditions favorables qu'on y peut réaliser, qui rend compte de ces guérisons. Quant à la prévention de la folie, elle est possible, en théorie mais pas en pratique, car il n'est guère permis de modifier les conditions de l'état social qui souvent tendent à la provoquer.

Une acromégalique, par Valat (*Gazette des hôpitaux*, 9 novembre 1893, n° 128, p. 1209). — Femme âgée de 51 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels ; voit ses règles se suspendre peu après un accouchement à l'âge de 22 ans. C'est dès ce temps, du reste, qu'a commencé l'accroissement de volume des extrémités, qui actuellement est considérable, et offre l'apparence caractéristique de l'acromégalie. Il n'existe aucun trouble des divers appareils : il n'y a en particulier ni céphalalgie ni matité rétro-sternale. Il y a, au contraire, à noter la présence d'un goître volumineux, phénomène exceptionnel dans la circonstance, ainsi qu'une dilatation excessive des veines de la moitié supérieure du corps.

MÉDECINE

Altérations des ganglions du cœur dans le cours de l'endocardite aiguë et subaiguë (Ueber die Veränderung der Herzganglien bei acuten und subacuten Endocarditiden), par M. Kusnezow (*Virchow's Arch.*, Bd 132, Ht 1). — L'auteur apporte une nouvelle contribution aux altérations ganglionnaires survenant dans le cours de l'endocardite et résume les travaux qui ont paru avant lui sur ces altérations dans les maladies du cœur, travaux dus surtout aux médecins russes.

Il a observé 23 cas d'endocardites aiguës, et ses conclusions sont les suivantes :

C'est que dans l'endocardite aiguë les ganglions sont le siège d'une infiltration granuleuse généralisée, et que les cellules nerveuses ont subi la dégénérescence albumineuse et graisseuse. On observe exceptionnellement l'état vacuolaire des éléments nerveux.

La pigmentation des cellules nerveuses des ganglions cardiaques n'est pas toujours un phénomène physiologique lié à l'âge, mais elle accompagne habituellement l'hypertrophie du cœur. Dans la majorité des cas, les altérations de la substance musculaire ne correspondent pas à celles des éléments nerveux.

Le diagnostic de ces altérations nerveuses est difficile et rarement fait pendant la vie.

Contribution à l'étude des néoplasmes primitifs du cœur. — Myxome de l'oreillette gauche (Zur Frage von der Diagnose primærer Neoplasmen des Herzens. Myxom der linken Vorhofes), par M. Berthenson (*Virchow's Arch.*, Bd 132, Ht 3, p. 390) — Il s'agit d'une femme de 55 ans qui entra à l'hôpital pour des accidents qui faisaient songer à un anévrysme de l'aorte : voussure thoracique, compression du poumon, dysphagie intermittente, embolies multiples, etc. A l'autopsie on trouva au niveau de l'oreillette gauche un néoplasme de forme conique multilobulé, ressemblant assez à une grappe de raisin, tenant par son pédicule à la paroi postérieure de l'oreillette. La grosseur des lobules variait de celle d'un grain de chanvre à celle d'un petit pois. La tumeur, longue de 8 centim. et large de 6, était recouverte dans ses deux tiers supérieurs d'une membrane fibrineuse. Sur une coupe verticale elle se prolongeait par l'orifice auriculo-ventriculaire gauche dans l'épaisseur de la paroi du ventricule gauche. La coupe montrait une surface jaunâtre, transparente, de consistance tremblotante.

L'examen montra qu'il s'agissait d'un myxome médullaire, d'après la nomenclature de Virchow.

L'étiologie du rhumatisme chronique (Untersuchungen über die Aetiologie der sogen. chronisch-rhumatischen Gelenkentzündungen), par M. Schueller (*Berliner klinische Wochenschr.*, 4 sept. 1893, n° 36). — En 1892, M. M. Schüller avait déjà signalé dans la synoviale et dans les franges synoviales hypertrophiées du rhumatisme chronique, la présence de bacilles. Cette constatation avait été faite par l'examen microscopique seul (Voyez *von Langenbeck's Arch.*, Bd 45, Ht 1).

Aujourd'hui il a pu retrouver et isoler ces microbes par les procédés habituels des cultures.

Ce sont des bacilles courts, terminés par deux pôles brillants, constitués par un amas de substance protoplasmique prenant fortement les matières colorantes. Entre eux il existe un léger étranglement médian du corps du bâtonnet. Ces bacilles sont parfois sporulés. Leur longueur est en moyenne de 2,62 μ, variant de 2,24 μ à 2,76 μ, leur largeur est de 0,75 à 0,995 μ et atteint rarement 1,02 μ.

Ils ne se colorent pas également par les matières colorantes ordinaires. Celle qui donne les meilleurs résultats est le réactif d'aniline phéniqué.

On ne peut également les confondre cependant avec le bacille tuberculeux dont ils se distinguent par l'aspect des cultures, par les réactions de décoloration, et surtout par leur forme et leur aspect microscopique.

Inoculés au pigeon et surtout au chien dans l'intérieur des articulations, les cultures ont déterminé des accidents articulaires et des désordres anatomiques analogues à ceux qu'on trouve dans les rhumatismes de l'homme. Jamais les articulations n'ont suppuré.

En inoculations sous-cutanées, jamais elles n'ont provoqué non plus la suppuration, mais du gonflement au point inoculé et de l'induration. Chez ces animaux, la contusion d'une articulation amenait le développement d'accidents articulaires semblables à ceux déterminés par l'inoculation intra-articulaire directe.

Comme lésions accessoires on a retrouvé des bacilles dans le sang, principalement dans la rate, et des lésions infectieuses diffuses des viscères. Jamais les animaux en expérience n'ont succombé.

Partant de ces résultats, M. Schüller pense qu'on ne saurait assimiler désormais l'infection dite rhumatisme chronique avec le rhumatisme articulaire aigu, dans lequel on a rencontré surtout le microbe de la suppuration.

CHIRURGIE

Kyste hydatique du rein (Ueber Nierenechinococcus), par Karewski (*Deuts. med. Woch.*, 1893, n° 44, p. 1071). — Il s'agit d'un homme de 35 ans, chez lequel s'était développée, depuis quelque temps, une tumeur dans l'hypochondre droit. Les régions abdominale et lombaire étaient à ce niveau saillantes, et à la palpation, on sentait une tumeur ronde, inégale, dont la limite supérieure se trouvait à 3 cm. au-dessus de l'ombilic et la limite inférieure à 6 cm. au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. La tumeur était distincte du foie, mobile, ballottante, et donnait à la percussion un son tympanique.

Il s'agissait évidemment d'une tumeur du rein droit. Les urines étaient normales et en quantité de 1500 gr. par 24 heures. Une ponction exploratrice donne un résultat négatif.

Incision lombo-abdominale. La partie supérieure du rein était occupée par une tumeur lisse, nacrée, adhérente de toutes parts aux parties voisines. Une ponction permit d'établir que la tumeur était un kyste hydatique. Comme une grande partie du parenchyme rénal était conservée, on sutura le kyste aux lèvres de la plaie, et on ne l'ouvrit qu'au bout de quatre jours. Guérison très lente, comme dans tous les cas de ce genre.

L'auteur trouve que la néphrectomie est contre-indiquée dans ces cas où, le plus souvent, une grande partie de parenchyme rénal reste normale.

Phlegmon gazeux par coli bacille (Ein Fall von Gasphlegmone unter Mitbetheiligung des Bacterium coli), par Dungern (*München med. Woch.*, 1893, n° 40, p. 747). — Il s'agit d'une femme de 50 ans, opérée d'un cancer haut situé du rectum.

La tumeur fut attaquée par une incision sacro-coccygienne et le rectum circulairement sectionné à 10 cm. de l'anus. On fut pourtant obligé d'ouvrir le péritoine à cause des prolongements que la tumeur envoyait plus haut, et de réséquer le sacrum pour avoir plus de jour. Pendant les tentatives d'abais-

sement du rectum, celui-ci se rompit. On fit alors, séance tenante, la laparotomie par une incision dans la fosse iliaque gauche, au-dessus du ligament de Poupart, et le bout central du rectum, retrouvé, fut suturé à la plaie abdominale.

Au troisième jour, la température monta à 38° et, en même temps, on vit se développer de l'emphysème sous-cutané dans toute la région comprise entre la 6e côte et la crête iliaque. Mort au bout de 2 jours.

A l'autopsie, on trouva une péritonite séro-purulente et un phlegmon gazeux de la région occupée par l'emphysème sous-cutané. L'examen microscopique et bactériologique des liquides du péritoine et du phlegmon montra la présence du streprocoque et d'un nombre considérable de coli bacilles. Les cultures faites avec ceux-ci ont donné naissance à deux espèces: une encapsulée, l'autre formant du gaz pendant son développement.

L'auteur ne pense pas que les coli bacilles aient pénétré dans les tissus seulement après la mort; il leur attribue au contraire une part très active dans la production du phlegmon.

BIBLIOGRAPHIE

L'inflammation, par le Dr M. LETULLE. Paris, chez G. Masson, 1893.

Au milieu des travaux multiples de compilation et de bibliographie qui semblent faire le fond de la littérature médicale actuelle, on est aise de trouver une œuvre qui affirme une personnalité. L'œuvre que M. le Dr Letulle offre aujourd'hui au public est de ce nombre.

Sous ce titre : l'Inflammation, M. Letulle a réuni une série de conférences faites par lui dans le courant de la dernière année. Ces leçons constituent une œuvre complète, à la fois critique et originale.

C'est naturellement par l'exposé de l'expérience de Conheim et de la théorie qui fut édifiée sur elle que l'auteur commence son travail. Cet exposé est fait sobrement, avec une grande clarté, et il est immédiatement suivi de la critique de cette expérience à laquelle Virchow opposa tout d'abord des objections si sérieuses. Il n'est plus difficile aujourd'hui de montrer en quelles limites étroites Conheim avait renfermé le processus inflammatoire. La diapédèse des leucocytes est un phénomène physiologique, l'hyperdiapédèse seule constitue un trouble pathologique, encore n'est-elle pas nécessaire et l'on voit tels cas où l'inflammation évolue en dehors de toute participation du système vasculaire. Bien plus intéressantes à étudier sont les altérations subies par les systèmes cellulaires, adhérations méconnues par Conheim et que Virchow réunit au premier plan. L'étude des altérations du système conjonctivo-vasculaire constitue la première partie du livre de M. Letulle. Successivement l'auteur passe en revue le rôle des cellules blanches ou cellules lymphatiques dans les actes physiologiques et pathologiques. L'action du molimen inflammatoire, sous l'influence d'un traumatisme septique ou aseptique, la réaction des cellules lymphatiques, leur rôle phagocytaire constituent les chapitres les plus intéressants de cette première partie. Les produits qui résultent des altérations du système conjonctivo-vasculaire sous l'influence de certaines inflammations, nécessitent une étude précise qui a peu tenté les auteurs. C'est à cette étude que M. Letulle a surtout apporté des recherches personnelles et l'on trouvera dans les chapitres où est exposé ce qui a trait à la suppuration et aux divers exsudats solides et liquides, des matériaux nouveaux et personnels à l'auteur.

Dans la deuxième partie de son livre, M. Letulle a abordé l'étude si longue et si délicate des altérations épithéliales sous l'influence de l'inflammation. Ces altérations peuvent aboutir à la mort même de l'élément cellulaire ou bien, après une souffrance plus ou moins prolongée, ou elles provoquent une réaction de nature variable suivant les cas, mais de durée transitoire, ou bien enfin, l'impression ayant été plus profonde, et surtout plus durable, l'élément épithélial devient le siège de lésions chroniques et persistantes. L'étude des dégénérescences épithéliales, des troubles réactionnels des épithéliums, troubles à marche aiguë ou chronique, constitue un chapitre important du livre de M. Letulle.

Après avoir passé ainsi en revue les éléments sur lesquels s'exerce l'inflammation, l'auteur nous fait assister aux modifications multiples que celle-ci fait subir aux tissus et aux organes au milieu desquels elle évolue. Nous voyons reparaître ici les altérations cellulaires, préalablement étudiées, mais nous voyons aussi comment elles aboutissent, grâce à leur hyperplasie ou à leur hypertrophie, à des remaniements des tissus que ces éléments constituent et à des modifications profondes des organes. C'est ici que l'auteur aborde l'étude de la sclérose au cours des inflammations chroniques, et à ce sujet il n'hésite pas à présenter une critique décidée de la théorie de l'artério-sclérose. Mot mauvais, dit-il, conception plus mauvaise encore. On ne peut isoler la sclérose des artères de la sclérose des tissus et organes qui les entourent et les soutiennent, on ne peut pas non plus admettre ce rôle dystrophique si longtemps dévolu à l'artério-sclérose. C'est aboutir à une conception étroite que les faits désavouent. L'étude des diverses dégénérescences des tissus termine cette troisième partie.

M. Letulle a adjoint à son livre une technique histologique sommaire et des figures nombreuses, tirées de ses recherches personnelles.

L'analyse que nous venons de tenter du traité de M. Letulle ne peut rendre compte de ses réelles qualités. Un choix judicieux des arguments, une grande honnêteté scientifique, une grosse somme de travail, des vues originales, voilà ce qui distingue ce livre. Avec le cours des temps les conceptions relatives à l'inflammation se modifieront, mais on ne pourra désormais traiter de ce sujet sans connaître ce qu'en a dit et pensé M. Letulle.

H. VAQUEZ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PRÉCIS D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE, par N. RUDINGER, professeur d'anatomie à l'Université de Munich; édition française avec notes et additions, par PAUL DELBET, interne des hôpitaux. Paris, J.-B. Baillière, 1894.

Le but de ce livre n'est pas, comme le dit le professeur Rudinger, « d'apprendre l'anatomie à ceux qui ne la savent pas, mais d'éviter aux élèves la peine de manier de volumineux traités à la table d'amphithéâtre et de faciliter aux praticiens la revision, en quelques secondes, de la région sur laquelle ils ont à opérer ».

Le livre de Rudinger est, en effet, un résumé, un précis d'anatomie topographique, un Tillaux en raccourci, et dégagé de toutes les considérations physiologiques, pathologiques et cliniques. C'est de l'anatomie topographique pure et simple, facile à lire, facile à comprendre surtout, grâce aux nombreuses figures très belles et très bien exécutées.

GUIDE ET QUESTIONNAIRE DE TOUS LES EXAMENS DE MÉDECINE (doctorat, internat, externat), par BERTON. Paris, F. Alcan, 1893. 1 vol. in-12, 4 francs.

Dans ce volume, qui peut servir aux étudiants, se trouvent réunis les questions usuelles des professeurs aux examens; les renseignements relatifs aux concours d'externat et d'internat; les questions posées à ces concours depuis quelques années; enfin, un programme des conférences d'internat.

LES KOLAS AFRICAINS, monographie botanique, chimique, thérapeutique et pharmacologique, par EDOUARD HECKEL. 1 vol. in-8 de 406 pages. Paris, 1893.

Volumineuse étude sur un sujet que l'auteur a cultivé avec prédilection depuis plusieurs années et dans laquelle il s'efforce de répondre, — quelquefois avec passion — aux objections qui lui ont été faites. Des attestations et des auto-observations, qui n'ont pas toujours un caractère suffisamment scientifique et rigoureux, viennent à l'appui du rôle, aujourd'hui bien connu, du kola chez les marcheurs, alpinistes ou soldats.

La profusion de réclames pour les spécialités pharmaceutiques à base de kola qui encadrent ce volume jusqu'après le faux titre est regrettable au point de vue de la bonne tenue et de l'apparence d'une œuvre de science.

VARIÉTÉS

Décret relatif aux expertises médico-légales. — Article premier. — Au commencement de chaque année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, les cours d'appel, en chambre du conseil, le procureur général entendu, désignent, sur des listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 2. — Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français, ayant au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale et demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel.

Art. 3. — En dehors des cas prévus aux articles 43, 44, 235 et 268 du Code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins experts résidant dans l'arrondissement, et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix.

Art. 4. — Chaque médecin requis par des officiers de justice ou de police judiciaire ou commis par ordonnance, dans les cas prévus par le Code d'instruction criminelle, reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite avec premier pansement, 8 fr. ;

2° Pour toute opération autre que l'autopsie, 10 fr. ;

3° Pour autopsie avant inhumation, 25 fr. ;

4° Pour autopsie après exhumation, 35 fr.

Au cas d'autopsie d'un nouveau-né, les honoraires sont de 15 et 25 fr., suivant que l'opération a eu lieu avant inhumation ou après exhumation.

Tout rapport écrit donne droit, au minimum, à une vacation de 5 fr.

Art. 5. — Le coût des fournitures reconnues nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense.

Art. 6. — Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

Art. 7. — En cas de transport à plus de 2 kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent par kilomètre parcouru, en allant et en revenant :

1° 20 centimes si le transport a été effectué en chemin de fer ;

2° 40 centimes si le transport a eu lieu autrement.

Art. 8. — Dans le cas où les médecins sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ils reçoivent une indemnité de 10 fr. par chaque journée de séjour forcé en route, à la condition de produire à l'appui de leur demande d'indemnité un certificat du juge de paix ou du maire de la localité constatant la cause du séjour forcé.

Art. 9. — Il est alloué aux médecins, outre les frais de transport, s'il y a lieu, une vacation de 5 fr. à raison de leurs dépositions soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur.

Si les médecins sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où siège soit le tribunal, soit le juge d'instruction devant lequel ils sont appelés, il leur est alloué, sur leur demande, une indemnité de 10 fr. par chaque journée de séjour forcé.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions du décret du 18 juin 1811 en ce qu'elles ont de contraire au présent chapitre.

Art. 11. — Les officiers de santé reçus antérieurement au 1er décembre 1893 et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892 peuvent être portés sur la liste d'experts près les tribunaux s'ils réunissent les conditions de nationalité, de durée d'exercice de leur profession et de résidence prévues à l'article 2 du présent décret.

Ils ont droit aux mêmes honoraires, vacations, frais de transport et de séjour que les docteurs en médecine.

Art. 12. — Le tarif prévu aux articles 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 du présent décret ne sera applicable qu'aux opérations requises postérieurement au 30 novembre 1893.

Stage hospitalier. — Par décret en date du 20 novembre 1893, le stage hospitalier et les cliniques annexes de la Faculté de médecine de Paris sont institués comme il suit :

Article premier. — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années.

Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études.

Pendant les deux premières années du stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie.

Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies nerveuses, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

Art. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

Art. 4. — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Art. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de ce stage sont :

1° Les services de clinique générale de la Faculté de Médecine ;

2° Des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont :

1° Les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de Médecine ;

2° Des services pris parmi ceux qui sont consacrés au accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers.

M. le Directeur de l'Assistance publique désignera, dans les différents hôpitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

Art. 6. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande, avant le 15 juin, à M. le Directeur de l'Assistance publique.

Celui-ci convoquera une commission composée : pour la Faculté de médecine, de quatre membres, le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté ; pour l'Assistance publique, de quatre membres, le Directeur et trois membres du Conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens.

Le Directeur présidera la commission ; en cas de partage, la voix du président sera prépondérante.

Le Directeur soumettra à la commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage.

La Commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible.

Cette liste sera adressée à M. le Ministre de l'Instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

Art. 7. — L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans.

Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie.

Le professeur donnera à la fin du cours des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises par les soins du Directeur de l'Assistance publique au doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 8. — Il recevra de l'Etat une indemnité annuelle de 3,000 francs.

Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission sera établie à la Faculté par son doyen.

Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés.

Les stagiaires de deuxième année seront de préférence répartis dans les hôpitaux du centre; les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques.

La liste de répartition sera transmise à M. le Directeur de l'Assistance publique, qui délivrera les cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchements, devront faire un stage dans un de ces services ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

Art. 11. — La Commission établira dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période de stage et les études de la cinquième année de médecine en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

Art. 12. — Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examens de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

Art. 13. — La discipline dans l'intérieur de l'hôpital appartient au directeur de l'établissement.

Assemblée générale du Syndicat médical de la Seine. — Dimanche dernier l'Association générale professionnelle des médecins de la Seine tenait sa troisième assemblée annuelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Bien que récemment fondée, cette association est des plus prospères. Ceux qui marchent à sa tête ont su, par leur conduite à la fois énergique et prudente, faire tomber les susceptibilités qu'éveillait chez un certain nombre de nos confrères le mot de *syndicat*. Ils ont su non seulement gagner à cette forme nouvelle de l'association les sympathies du corps médical, mais encore lui concilier la confiance et la considération des pouvoirs publics.

Le discours prononcé par son dévoué président et fondateur, le Dr Le Baron, prouve que l'année a été bonne pour le Syndidat médical de la Seine. Plus de 500 médecins sont maintenant groupés sous sa bannière. Cette année seule a amené plus de 200 adhérents nouveaux. Nous ne pouvons donner ici l'énumération de tous les travaux dont il a été rendu compte et de toutes les questions dont le Syndicat a entrepris et poursuivi l'étude. Un exposé très complet en a été donné, aux applaudissements de ses confrères, par M. le Dr Le Baron dans sa remarquable allocution.

Bornons-nous à rappeler que cette année le Syndicat a protesté devant le Sénat au sujet de la loi des patentes et de la loi relative à l'exercice de la pharmacie; qu'il a entrepris une campagne contre les faux pauvres traités dans les hôpitaux ou les cliniques ; que ses études sur la réorganisation de l'assistance médicale à domicile et l'appui qu'il a prêté aux médecins des Bureaux de bienfaisance atteints par le projet de réglementation à outrance préparé par le Conseil supérieur de l'Assistance publique n'ont pas été inutiles, non plus que les études sur le Service médical des Sociétés de secours mutuels, les pétitions pour la sauvegarde et le rachat par la ville de l'ancienne Ecole de médecine, l'organisation d'un service de remplacement pour les dimanches et la période des vacances; enfin les arbitrages qui règlent à l'amiable les contestations entre confrères ou entre médecins et clients, etc.

Cette énumération bien incomplète démontre que le Syndicat de la Seine a su se placer à la tête des syndicats médicaux français, non seulement par le nombre de ses membres, mais encore par l'importance de ses travaux.

Les membres sortants du Comité ont été réélus, à l'exception de MM. de Beurmann et Mibran qui ne se représentaient pas. En raison du développement pris par l'Association, le nombre des membres du Comité a été porté de 10 à 15.

Voici la composition du nouveau Comité pour l'année 1894 : Président, M. le Dr Le Baron; vice-président, M. le Dr Le Blond (Albert); secrétaire-général, M. le Dr Henri Peltier; secrétaire général adjoint, M. le Dr Meugy; trésorier, M. le Dr Savornin; membres, MM. Duchesne, Gourichon, Fissiaux, Pioger, Laloy, Birabeau, Philippeau et Thoumas.

Hôpital Saint-Antoine. — Le Dr Letulle commencera le lundi 4 décembre 1893, à 10 h. 1/2, ses conférences d'*anatomie pathologique pratique* et les continuera les lundis à la même heure.

Banquet de M. Potain. — Un certain nombre d'élèves et amis de M. le professeur Potain désirent lui offrir un banquet à l'occasion de son élection à l'Académie des sciences. Le banquet aura lieu le jeudi 14 décembre 1893, à l'Hôtel Continental, à 7 h. 1/2. Le prix de la cotisation est fixé à 20 fr.

Prière d'envoyer les adhésions avant le 10 décembre aux adresses suivantes: MM. H. Vaquez, 82, boul. Haussmann ; Clermont, 17, rue Saint-Dominique.

Livres déposés au Bureau du Journal

Paris, G. MASSON ; — Montpellier, C. COULET

Signalons à nos lecteurs une deuxième édition des *Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes*, du professeur Grasset, de Montpellier. Cette édition, revue et augmentée, aura le succès de la précédente. 1 vol. in-18, reliure souple, 4 fr., franco-poste 4 fr. 50.

Paris, G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

Précis des maladies blennorrhagiques, par le Dr Ch. Audry, chargé de la clinique de dermato-syphiligraphie à la Faculté de médecine de Toulouse. 1 vol. in-16, double couronne. 3 fr. 50

Paris, librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Les Déséquilibrés du ventre. L'Entéroptose ou maladie de Glénard, par le Dr A. Montenuis, de Dunkerque. Introduction par le docteur Fr. Glénard. 1 vol. in-18 de 344 pages (bibliothèque médicale variée). 3 fr. 50

Examens du doctorat en médecine. Programmes et questionnaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, comprenant toutes les questions posées au premier examen et recueillies par le docteur G. Hamonaic. 1 vol. in-18 de 60 pages. 1 fr.

Des méningites suppurées, non tuberculeuses, par Albert Vœudremer, docteur en médecine de la Faculté de Paris, 1893. Gr. in-18 de 198 pages. 4 fr.

De l'acuité visuelle, étude physique et clinique, par le Dr Henry Bordier, licencié ès sciences physiques. Paris, 1893, Gr. in-8, 162 pages avec 25 figures. 5 fr.

Librairie MALOINE, 91, boulevard Saint-Germain.

Neurasthénie et arthritisme, urologie, régime alimentaire, traitement, par le docteur R. Vigouroux, chef du service d'électrothérapie des hôpitaux (Salpêtrière), avec une introduction par le docteur F. Levillain, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, médecin consultant à Royat, médecin-directeur de l'établissement hydrothérapique de Nice.

Un vol. in-18 avec 23 tableaux et graphiques urologiques. Cart. toile. 2 fr. 50.

Librairie OCTAVE DOIN, place de l'Odéon, 8, Paris.

Travaux du laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon. recherches anatomiques sur la veine-porte et particulièrement sur ses anatomoses avec le système veineux général, par le Dr Al. Mariau. 1 vol. in-8 de 90 pages avec 7 figures dans le texte. 3 fr.

Travaux du laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon, recherches anthropologiques sur le plan horizontal de la tête, méthode pour le déterminer, par le Dr Eugène Hirtz. 1 vol. in-8 de 70 pages avec 3 planches hors texte. 3 fr.

Les bains froids dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses, par le Dr Harold Faure-Miller, ancien interne des hôpitaux de Paris. Gr. in-8 de 280 pages. 4 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS.

BULLETIN

Paris, 8 décembre 1893.

Assurances contre la maladie entre médecins.

Les quelques lignes que nous avons insérées (p. 564), pour rendre compte du banquet de l'*Association médicale mutuelle*, nous ont valu un si grand nombre de lettres qu'il nous paraît indispensable d'y répondre publiquement.

On veut bien nous demander si nous approuvons aujourd'hui, sans les réserves que nous avons dû faire dans nos rapports à l'Association générale, le principe et les statuts de l'œuvre fondée par le Dr Gallet-Lagoguey, et pourquoi nous hésiterions encore, si cette œuvre est prospère et viable, à « créer entre les membres de l'Association générale une caisse d'indemnité maladie qui, subventionnée par les sociétés locales, au prorata de leurs ressources, deviendrait bientôt florissante ».

Nous serons d'autant plus empressé à satisfaire au désir exprimé par nos correspondants que la publication faite par le *Concours médical*, du projet de création d'une nouvelle société dite : *Association amicale des médecins français*, nous permet de traiter à un point de vue général cette question toujours controversée de l'*Assurance-maladie*.

Malgré les objections, plus spécieuses que fondées, de nos contradicteurs, nous persistons, en effet, pour plus de clarté, à opposer le mot *assurance* au mot *indemnité*. Toutes les fois qu'une société quelconque affirmera, dans ses statuts, le *droit absolu* à une indemnité *fixe*, correspondant à un taux de cotisation également fixé à l'avance, nous assimilerons cette société à une *compagnie d'assurances* et nous soutiendrons que ses statuts et ses tarifs devront être établis par un actuaire et ne laisser prise à aucune objection financière. Alors, au contraire, que les cotisations d'une société de bienfaisance seront peu élevées; que, pour pouvoir répondre à toutes les demandes qui lui sont adressées, la société ou l'association devra tenir compte de la situation matérielle de ses membres et n'accorder ses allocations en cas de maladie ou ses pensions de retraite qu'à ceux qui en auront réellement besoin, nous emploierons le mot *indemnité* en opposition avec celui d'*assurance*. La question du droit à l'indemnité reste, en effet, en dehors de toute contestation. Nous affirmons et nous ne cesserons de soutenir que le jour où l'on voudra, comme nous l'avons demandé, créer, au sein de l'Association, des ressources disponibles pour venir en aide à tous les médecins qui en auront besoin, le droit de ceux-ci à l'assistance de leurs confrères ne devra jamais être contesté. Fondée sur des sentiments de solidarité, de bienveillance et de charité professionnelle, l'Association générale devra reconnaître à tous ses adhérents *le droit* de lui demander les secours dont ils ont besoin. Le jour où elle sera assez riche pour les donner plus largement que par le passé, elle tiendra à bien préciser qu'il ne s'agit pas d'une aumône, mais d'une subvention confraternelle, qui honore aussi bien celui qui la reçoit que l'association qui la donne. Là n'est donc point la question. Elle se réduit à ces termes : Annoncer que, moyennant une prime annuelle déterminée, on recevra une indemnité fixe en cas de maladie, c'est s'engager à ne jamais faire faillite et, par conséquent, à fonder une société sur des bases financières à peu près inattaquables.

Les sociétés existant jusqu'à ce jour remplissent-elles ces conditions? C'est parce que nous en doutions que nous avons exprimé les quelques réserves qu'on nous a si souvent reprochées.

L'*Association médicale mutuelle* vient cependant de reconnaître leur bien-fondé, puisqu'elle a jugé utile d'abaisser à 45 ans la limite d'âge à laquelle pourront désormais se recruter ses adhérents. Dans ces conditions nouvelles, nous la croyons à peu près certaine de prospérer si elle continue, comme nous le lui souhaitons, de se recruter parmi les jeunes médecins. Dans le cas, au contraire, où ses premiers statuts auraient été maintenus, l'obligation de continuer indéfiniment à tous ses sociétaires âgés et infirmes l'allocation de 10 francs par jour qu'elle leur alloue, eût très rapidement absorbé ses réserves. Avec une cotisation de 120 francs par an et des membres âgés de moins de 45 ans au moment de

leur admission, les inconvénients auxquels nous avons fait allusion dès la fondation de la société Lagoguey disparaissent, au contraire, presque tous et l'on ne peut qu'encourager les jeunes médecins du département de la Seine à s'y faire inscrire.

Nous avons fait, au sujet des statuts de la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français*, des observations analogues. Nous regrettons qu'elles aient paru désobligeantes à nos confrères MM. Lande et Verdalle, dont nous aimons à louer le zèle désintéressé et le dévouement professionnel. Mais nous devons maintenir qu'aucun de nos arguments n'a pu être réfuté. Nous croyons même savoir que, dans un avenir prochain, les chiffres qui ont servi de base aux calculs du conseil d'administration de cettte œuvre seront, eux aussi, revisés, conformément à nos indications. Nous n'aurons plus dès lors aucune objection à faire à une société qui mérite, elle aussi, le nom d'*assurance*, puisqu'elle admet que, moyennant une prime annuelle versée durant un nombre d'années déterminé, *tous* ses adhérents *ont droit* à une pension de 1200 francs, lorsqu'ils sont parvenus à l'âge de 60 ans.

Arrivons enfin au projet que M. le Dr Cézilly vient de faire adopter par la société civile du *Concours médical*. Ce projet est excellent et nous ne saurions trop féliciter ses promoteurs d'avoir renoncé à leurs idées anciennes. Il ne s'agit plus, en effet, dans la nouvelle organisation, de la cotisation annuelle, égale pour tous les membres, de 48 francs par an, que M. Cézilly affirmait suffisante, non plus que de la cotisation de 50 francs fixée par M. Gassot et proposée au Syndicat du Loiret. Il n'est plus question d'admettre des membres fondateurs quel que soit leur âge, ni de nier l'utilité d'une visite médicale au moment de l'admission, ni enfin de contester les difficultés d'administration d'une société de ce genre. Le projet publié par le *Concours médical* donne pleine et entière satisfaction aux objections que nous avions formulées contre les projets antérieurs. Nous n'essaierons donc pas de rappeler les articles qui nous ont valu, surtout au mois de juin dernier, de si bouillants anathèmes. Nous préférons louer très sincèrement M. le Dr Cézilly d'avoir consulté, comme nous l'avions fait nous-même depuis l'année 1889, un actuaire expérimenté et d'avoir pu, grâce à sa collaboration, établir que pour obtenir *pendant deux mois consécutifs* une indemnité de maladie de dix francs par jour, il faudra verser une prime annuelle variant entre 54 francs par an, si l'on a 25 ans, et 118 francs par an si l'on a 64 ans. La moyenne des versements, celle qui correspond à l'âge où l'on songe à s'assurer contre la maladie, c'est-à-dire à 40 ans, sera de 71 francs.

Nous ne pouvons qu'engager tous nos confrères à demander à M le Dr Cézilly communication des statuts de l'*Association amicale des médecins français*. Elle présente sur l'*Association médicale mutuelle* du département de la Seine les avantages suivants : 1° Elle est accessible à tous les médecins français ; 2° elle a un tarif moins élevé et variable avec l'âge des adhérents ; 3° elle reçoit des adhésions jusqu'à l'âge de 64 ans, ce qui est très important, puisque c'est de 45 à 60 ans que l'on songera surtout aux risques de maladie et par conséquent à l'utilité d'une assurance.

Par contre, tandis que l'*Association médicale mutuelle* garantit une indemnité de 3,600 francs par an aux médecins malades, âgés ou infirmes pendant toute la durée de leur existence, l'*Association amicale* n'alloue 10 francs par jour que pendant 60 jours consécutifs et remplace ensuite cette indemnité-maladie par une allocation de 100 francs par mois jusqu'au jour de la guérison.

On voit que les précautions les plus sérieuses ont été prises pour assurer la vitalité de cette nouvelle association. Elle réussira si les médecins français savent comprendre, comme les médecins anglais, l'utilité des œuvres de prévoyance, et s'ils ne reculent pas devant une prime un peu élevée pour être certains d'obtenir, quoi qu'il arrive, l'indemnité qui leur aura été promise.

Une œuvre de ce genre, si utile qu'elle soit, si sûre qu'elle puisse être au point de vue de son avenir financier, devait-elle être organisée par l'Association générale, le pouvait-elle? Nous n'hésitons pas à répondre que, *légalement*, nous nous serions toujours heurtés aux objections qui nous ont été faites, alors que la question indemnité-maladie a été discutée entre les hauts fonctionnaires du ministère de l'Intérieur et le rapporteur du conseil général; et que *pratiquement*, le conseil de l'Association n'était pas en mesure d'imposer aux Sociétés locales une œuvre que la majorité d'entre elles se refuse encore à adopter. On oublie trop souvent que, parmi nos sociétaires, il en est un très grand nombre qui, soit par leur situation de fortune, soit par leur âge, ne pourront jamais faire partie d'une association mutuelle contre la maladie; qu'il en est d'autres qui refusent de se soumettre à la visite médicale préalable à toute admission; qu'enfin les présidents et trésoriers des Sociétés locales n'accepteraient qu'avec répugnance la charge d'administrer l'œuvre nouvelle et que le trésorier général de l'Association n'a point voulu en gérer les fonds.

Pour tous ces motifs, nous demeurons convaincu que le projet de M. le docteur Cézilly n'eût pas été adopté, s'il avait été, par l'un de nous, présenté à l'une de nos assemblées générales. Mais cette réserve ne nous empêche pas d'en approuver l'économie. Nous faisons, au contraire, des vœux pour que M. le docteur Cézilly recueille des adhésions nombreuses parmi les médecins à qui l'indemnité en cas de maladie pourra être utile, et nous voudrions que, fidèle à son but tout à la fois charitable et confraternel, l'Association générale encourageât ses adhérents à s'inscrire au nombre des sociétaires de l'*Association amicale des médecins français*. Il est évident, en effet, que ceux de nos confrères qui auront pu économiser les fonds nécessaires pour faire partie de l'*Association amicale* n'auront plus besoin, si la maladie vient à les arrêter, des subsides que l'*Association générale* pourra leur offrir. Les ressources dont nous pouvons disposer s'adresseront dès lors, soit aux déshérités de la profession qui ne peuvent économiser, parce qu'ils ont à peine de quoi vivre, ou bien à leurs veuves et à leurs orphelins toujours dignes de notre sympathie, trop souvent laissés sans fortune et obligés de solliciter annuellement des secours que nous serions si heureux de leur offrir avec plus de libéralité.

Il y a donc place, en France, au sein du corps médical, pour toutes les œuvres que nous venons de citer. Elles devront s'entr'aider, se compléter les unes les autres. Souhaitons leur succès, applaudissons aux efforts tentés pour les faire réussir; exprimons surtout le vœu que

leur union, leur accord atténue d'abord et fasse disparaître ensuite les trop nombreuses misères dont souffre une partie du corps médical français.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

La tuberculose des amygdales dans ses rapports avec la tuberculose des ganglions cervicaux et des poumons.

I

Les travaux et observations publiés ces trois dernières années sur les adénopathies tuberculeuses primitives par Hutinel et Mirinescu (1), Legroux (2), Northrup (3), Aviraguet (4), Pascal (5), Couvreur (6), L. Guinon (7), Lesage et Pascal (8),)ont fait renaître la vieille question des rapports entre la tuberculose ganglionnaire et la tuberculose viscérale. Ce qui frappe dans la plupart de ces travaux, c'est le défaut de précision sur la question de l'étiologie de cette adénopathie primitive. Sur ce point on trouve la classique attaque contre la théorie de l'adénopathie similaire de Parrot et de ses élèves (Baréty, Hervouet, Hutinel); on trouve les expériences de Dobroklonski, Weigert, Cornet montrant que les bacilles tuberculeux peuvent traverser les muqueuses sans laisser de traces de leur passage ; on trouve les érythèmes fessiers, les ulcérations et les excoriations externes signalés comme portes d'entrée probables du virus tuberculeux.

C'est justement cette étiologie par trop théorique et choquant les notions courantes sur les rapports entre les lymphatiques et les viscères ou territoires qu'ils desservent qui fait qu'on ne devrait accepter l'adénopathie tuberculeuse primitive, générale ou localisée, que sous bénéfice d'inventaire. Le courant en faveur de la tuberculose ganglionnaire primitive est pourtant tellement fort que Couvreur, par exemple, en citant deux cas de tuberculose amygdalienne avec adénopathie cervicale de Caryophylis et Dadin, ne s'y arrête pas suffisamment dans son travail consacré spécialement à l'adénopathie cervicale tuberculeuse dans ses rapports avec la tuberculose des poumons, et continue à suivre les chemins battus.

Il existe pourtant actuellement un certain nombre de travaux relatifs à la tuberculose des amygdales que quelques auteurs ont même étudiée dans ses rapports avec l'adénopathie cervicale. Sans parler du cas rapporté par Cornil et Ranvier, nous pouvons citer le travail de Strassmann (9) qui, sur 21 cadavres examinés, trouva chez 13 de la tuberculose des amygdales, et tous ces 13 étaient justement des phthisiques. La proportion de la tuberculose amygdalienne serait encore plus grande d'après Durochowski (10) qui, sur 15 phthisiques qu'il a examinés, trouva 15 fois de la tuberculose des amygdales et 6 fois une tuberculeuse concomitante des follicules de la base de la langue. Durochowski a pu même trouver des bacilles tuberculeux dans les vaisseaux lymphatiques qui des amygdales se rendent aux

(1) Thèse de Paris, 1890.
(2) Congrès de la tuberculose, 1888.
(3) *N.-Y., med. Journ.*, 1891, n° du 21 février.
(4) Thèse de Paris, 1892.
(5) Thèse de Paris, 1892.
(6) Thèse de Paris, 1892.
(7) *Rev. mal. enf.*, 1893, t. XI, p. 259.
(8) *Arch. gén. de méd.*, 1893, n° 3, p. 270.
(9) *Arch. f. pathol. Anat. und Physiol.*, Bd XCVI.
(10) *Ziegler's Beitr. z. pathol. Anat.*, Bd X, p. 481.

ganglions lymphatiques du cou. Si nous ajoutons à ceci que Orth (1), puis Baumgarten (2) ont pu reproduire la tuberculose des amygdales avec adénopathie cervicale tuberculeuse, chez des animaux qu'ils nourrissaient avec des matières tuberculeuses, nous avons là une série de faits qui restreignent singulièrement le domaine de l'adénopathie cervicale tuberculeuse primitive et assignent à celle-ci une origine moins problématique que les érosions et ulcérations superficielles qu'on ne trouve plus juste au moment où leur présence serait si précieuse.

Cette question de la tuberculose des amygdales dans ses rapports avec la tuberculose des ganglions cervicaux et la phthisie pulmonaire vient d'être reprise et étudiée d'une façon extrêmement remarquable par Schlenker (3), ancien assistant de l'hôpital de Saint-Galle, dans le cours d'un travail sur la tuberculose chez l'homme. Travail d'anatomie pathologique pure, il possède en même temps une importance clinique capitale et jette, tel qu'il est — nous reviendrons plus loin sur son côté faible — un nouveau jour sur plusieurs points fort obscurs de la pathogénie des adénopathies tuberculeuses du cou.

II

Le travail de Schlenker est fondé sur l'examen anatomique de 25 cadavres, pour la plupart tuberculeux pulmonaires, présentant extérieurement les signes d'une tuberculose ganglionnaire. Chez presque tous ces phthisiques, Schlenker trouva une tuberculose des amygdales avec adénopathie tuberculeuse cervicale à type descendant; dans les cas où les poumons renfermaient des foyers tuberculeux récents et non ulcérés, minimes et cicatrisés, l'adénopathie cervicale faisait défaut de même que celle des amygdales, ou bien elle était nettement ascendante et les amygdales tuberculeuses ou intactes.

Présentés même en gros, comme nous venons de le faire, ces résultats font déjà pressentir un certain rapport entre la tuberculose des amygdales et des ganglions cervicaux d'un côté, et la tuberculose pulmonaire de l'autre.

Et quand on suit l'auteur dans l'étude détaillée de chaque groupe de cas, on constate que ce rapport est réellement constant et que les exceptions apparentes ne font que confirmer la règle. Etudions donc maintenant ces faits en détail et dans l'ordre où Schlenker les présente.

A. *Rapports entre la tuberculose des amygdales et celle des poumons.*

1° La *tuberculose des deux amygdales* existait chez huit phthisiques adultes et deux enfants. Sur ces deux enfants, un avait une ancienne phthisie peu étendue, l'autre une tuberculose typique dite par alimentation.

2° La *tuberculose d'une seule amygdale* fut trouvée chez deux phthisiques adultes, et deux enfants dont un de 8 ans présentait des lésions pulmonaires peu étendues, et l'autre de 2 ans, des foyers récents à côté d'une phthisie caverneuse.

3° Les *amygdales n'étaient pas tuberculeuses* chez sept adultes qui avaient des lésions pulmonaires anciennes et très peu étendues, et chez deux enfants qui présentaient, un de 5 ans, une phthisie récente, l'autre de 10 mois 1/2, une phthisie avec cavernes.

Les cas de ces trois catégories se divisent en somme en deux groupes bien distincts: l'un comprend les

(1) *Arch. f. pathol. Anat. und Physiol.*, Bd LXXVI, p. 217.
(2) *Centralb. f. klin. Med.*, 1884, n° 2.
(3) Beitræge zur Lehre von der menschlichen Tuberculose, in *Arch. f. pathol. Anat. und Physiol.*, 1893, Bd CXXXIV, Hft 1 et 2, p. 145 et 247.

phthisiques avancés chez lesquels on trouve la tuberculose de l'une ou des deux amygdales; l'autre les tuberculeux pulmonaires à lésions récentes ou peu étendues ou non ulcéreuses, chez lesquels la tuberculose amygdalienne fait défaut. Cette différence dans les lésions pulmonaires explique-t-elle la présence de la tuberculose amygdalienne dans le premier groupe, et son absence dans le second? Schlenker y répond affirmativement en faisant observer que les malades du premier grouge expectorent beaucoup et infectent continuellement leurs amygdales, tandis que ceux du second, à lésions pour ainsi dire sèches, ne crachent presque pas et ne mettent pas continuellement leurs amygdales en contact avec des crachats bacillifères. Autrement dit, pour Schlenker, chez les phthisiques, la tuberculose des amygdales relève d'une infection qui se fait à leur surface par les crachats tuberculeux.

Ce fait, qui pour Schlenker est la règle, peut encore être confirmé par l'étude critique des cas anormaux ou contradictoires.

Ainsi, dans les cas que nous venons d'étudier, s'en trouvent deux avec phthisie, mais sans tuberculose des amygdales, et deux autres avec tuberculose des amygdales, mais sans lésions ulcéreuses des poumons. Comment expliquer ces cas?

Il est tout d'abord à noter que tous ces quatre cas se rapportent à des enfants. Or, on sait que les enfants ne crachent pas, et par conséquent, en cas de tuberculose pulmonaire, ils sont moins exposés à infecter leurs amygdales. Ce fait explique donc déjà en partie l'absence de la tuberculose amygdalienne chez les deux enfants tuberculeux dont l'un n'avait que 10 mois 1/2 et l'autre, âgé de 5 ans, présentait une phthisie pulmonaire toute récente. Quant aux deux autres, qui présentaient de la tuberculose amygdalienne sans lésions ulcéreuses du poumon, l'un avait une tuberculose type par alimentation, l'autre, un enfant de 9 ans, avait une ancienne phthisie caséeuse, et l'occasion d'infecter les amygdales ne lui a certainement pas manqué pendant l'évolution de sa tuberculose pulmonaire.

L'absence d'expectoration n'est pourtant pas absolue chez les enfants. En effet, le petit phthisique de 10 mois 1/2 sans tuberculose amygdalienne, présentait des ulcérations intestinales qui existaient également chez un autre phthisique de 2 ans, chez lequel on a trouvé en même temps une tuberculose amygdalienne unilatérale. Chez les deux, les ulcérations intestinales provenaient, vu leur étendue, plutôt de l'ingestion des crachats que de l'absorption d'un aliment bacillifère. Mais pourquoi alors le phthisique de 2 ans avait-il une tuberculose des amygdales, tandis que celle-ci faisait défaut chez le phthisique de 10 mois 1/2? Pour expliquer cette contradiction, Schlenker suppose que chez les tout jeunes enfants, les mucosités passent peut-être directement du larynx dans le pharynx et l'œsophage (expectoration incomplète) et que, par conséquent, un enfant de 10 mois est moins exposé à infecter ses amygdales qu'un enfant de 2 ans.

Reste à expliquer les quatre cas de tuberculose amygdalienne unilatérale. Ces cas, sans être aussi démonstratifs pour la théorie de l'infection par les crachats que les cas de tuberculose amygdalienne bilatérale, ne sont pourtant pas en opposition avec la pathogénie que défend l'auteur. Ne pouvant attribuer la tuberculose unilatérale ni à l'infection par les voies lymphatiques, puisque dans les cas d'adénopathie cervicale ascendante les amygdales n'étaient pas touchées, ni à l'infection hématogène, puisque sur cinq cas de tuberculose miliaire, la tuberculose des amygdales était deux fois bilatérale, deux fois avait fait défaut et était unilatérale une seule fois, Schlenker fait intervenir le hasard qui a pu faire que dans certains cas l'infection des amygdales n'eût lieu que d'un seul côté. Ce qui montre du reste que les amygdales s'infectent par leur surface libre, c'est que dans les quinze cas de tuberculose amygdalienne uni- ou bilatérale, treize fois il existait des lésions pulmonaires plus ou moins étendues et deux fois une tuberculose par alimentation.

B. *Rapports entre la tuberculose des amydales et celle des ganglions cervicaux.*

1° Chez dix tuberculeux avec tuberculose bilatérale des amygdales, il existait neuf fois (huit phthisiques et un cas de tuberculose alimentaire) une tuberculose bilatérale plus ou moins étendue des ganglions lymphatiques du cou à type nettement descendant. Autrement dit, *dans tous ces cas l'adénopathie cervicale était consécutive, secondaire à la lésion des amygdales.* Dans le dixième cas, chez un individu qui a succombé à une tuberculose urinaire et présentait une lésion cicatrisée d'un sommet avec nodules calcifiés, on n'examina qu'une seule amygdale : elle fut trouvée tuberculeuse, de même que les ganglions cervicaux du même côté.

2° Chez un phthisique floride avec tuberculose bilatérale des amygdales, on a trouvé une adénopathie tuberculeuse cervicale d'un seul côté. Seulement il a été impossible d'établir d'une façon précise si l'adénopathie était ascendante ou si elle provenait de la tuberculose des amygdales dont la lésion paraissait plus ancienne.

3° Chez neuf tuberculeux avec tuberculose cervicale bilatérale à type nettement descendant, les amygdales étaient quatre fois tuberculeuses d'un seul côté et cinq fois saines, c'est-à-dire non tuberculeuses.

Ces faits sont donc, à première vue, en contradiction formelle avec les faits précédents. La contradiction n'est pourtant qu'apparente et peut s'expliquer de trois façons :

Les bacilles ont pu pénétrer dans les vaisseaux lymphatiques du cou en passant par un point autre que les amygdales. Mais pour soutenir cette hypothèse, il aurait fallu trouver cette autre porte d'entrée (nez, bouche, base de la langue, tégument externe), et l'on sait que les recherches faites antérieurement dans cette direction par d'autres auteurs, par Garré entre autres, ont presque toujours donné des résultats négatifs.

Les bacilles ont pu passer par les amygdales sans laisser de traces de leur passage. Cette hypothèse, très plausible et admissible pour certains cas, n'est pourtant pas celle qui sourit le plus à Schlenker : pour lui, dans les cas d'adénopathie cervicale descendante sans tuberculose des amygdales ou avec tuberculose unilatérale, il s'agirait plutôt d'une *tuberculose guérie des amygdales.* La présence de cicatrices sur les amygdales de ces individus pourrait être considérée comme une preuve à l'appui de l'hypothèse en question, si la fréquence des amygdalites banales ne leur enlevait toute valeur décisive.

4° Chez deux tuberculeux sans tuberculose des amygdales, l'adénopathie cervicale présentait nettement un type ascendant.

5° Chez un tuberculeux avec tuberculose des amygdales, l'adénopathie cervicale présentait un type mixte, c'est-à-dire qu'elle était à la fois ascendante et descendante.

6° Enfin, dans deux cas la tuberculose des amygdales et celle des ganglions cervicaux ont fait défaut. Un de ces individus, un tuberculeux urinaire, succomba à une tuberculose miliaire aiguë, et dans ses poumons on ne trouva que de petits foyers de péribronchite. Chez l'autre, atteint de coxo-spondylite tuberculeuse et ayant succombé à la dégénérescence amyloïde de la plupart des organes, on ne trouva qu'un nodule calcifié dans le sommet gauche.

Comme pour le groupe précédent (tuberculose pulmonaire et tuberculose amygdalienne), les faits que nous venons de citer montrent que la *tuberculose ganglionnaire descendante du cou* — la plus fréquente — *tient à une tuberculose amygdalienne, celle-ci relevant à son tour d'une tuberculose des poumons.*

C. *Rapports entre la tuberculose des ganglions cervicaux et celle des poumons et de l'intestin.*

1° Dans les 19 cas d'adénopathie cervicale tuberculeuse avec ou sans tuberculose des amygdales, il existait soit des lésions pulmonaires anciennes ou récentes (16 fois), soit de la tuberculose dite alimentaire (2 fois), soit la combinaison des deux (1 fois).

2° Dans deux cas de phthisie sans tuberculose des amygdales, l'adénopathie cervicale avait un caractère ascendant et son point de départ était dans les poumons.

3° Dans les deux cas où il n'y avait pas de tuberculose ganglionnaire ni de tuberculose des amygdales, les poumons renfermaient dans un cas des foyers de péri-bronchite, et dans l'autre un seul nodule calcifié.

Il s'ensuit que tous *les cas de tuberculose ganglionnaire cervicale descendante proviennent d'une infection probable des amygdales, le plus souvent par les crachats tuberculeux, quelquefois par les aliments bacillifères.*

III

Si le lecteur nous a attentivement suivi dans l'exposé de la partie anatomo-pathologique du travail de Schlenker, il s'est certainement aperçu que toutes les démonstrations de l'auteur tendent à mettre en lumière un fait fort important, à savoir que *toute adénopathie cervicale descendante relève d'un foyer tuberculeux pulmonaire dont l'action sur les ganglions cervicaux se manifeste par l'intermédiaire des amygdales.* Ce fait, que Schlenker tient pour définitivement démontré, serait pour lui vrai non seulement pour l'adénopathie cervicale des phthisiques notoires, mais encore pour celle des individus en apparence bien portants.

Il y a deux faits tout à fait propres à l'adénopathie cervicale des non-phthisiques, celle qui, le plus souvent, est du ressort de la chirurgie : c'est d'abord le volume considérable de la tumeur que forment les ganglions, ensuite la tendance à la récidive après l'extirpation.

Pour ce qui est du premier fait, Schlenker fait observer qu'à la table d'autopsie on trouve un rapport inverse entre l'étendue de la lésion pulmonaire et les dimensions de la tumeur cervicale. Plus la lésion pulmonaire est insignifiante, plus l'adénopathie cervicale est considérable, et par contre, chez les phthisiques à lésions énormes ayant rapidement évolué, on trouve un chapelet ganglionnaire à petits grains. N'est-il pas évident que, dans le premier cas, la lésion pulmonaire n'étant pas mortelle à bref délai, le foyer tuberculeux du poumon constitue une source d'infections journalières des amygdales et des vaisseaux lymphatiques du cou et que la tuberculose ganglionnaire a le temps de se développer tout à son aise? Au contraire, chez les tuberculeux pulmonaires à marche rapide, la mort surprend la tuberculose cervicale au début de son infection et de son développement.

D'où il suit que si *les adénopathies cervicales dites chirurgicales présentent toujours un volume considérable, c'est qu'elles relèvent d'un foyer pulmonaire, petit, caché, cliniquement inappréciable, mais agissant en tant que source d'infection continue et chronique.*

L'adénopathie cervicale, dite chirurgicale, étant presque toujours, pour ne pas dire toujours, descendante, c'est encore par l'existence d'un foyer pulmonaire caché qu'on peut expliquer la récidive si fréquente après la guérison. Comment, du reste, expliquer autrement l'infection ou la réinfection des ganglions cervicaux, si ce n'est par la tuberculisation des amygdales au contact avec des crachats tuberculeux? L'infection se ferait-elle par une tuberculisation alimentaire? Mais la tuberculose dite alimentaire est extrêmement rare. Par l'air chargé de germes tuberculeux venant se déposer dans une région de la cavité bucco-pharyngienne? Mais la respiration buccale est exceptionnelle et, du reste, l'air séjourne trop peu dans les voies respiratoires supérieures. On est donc forcé, en procédant par exclusion, à revenir à l'infection par les crachats dont les bacilles arrivent aux lymphatiques en passant par les amygdales.

Peut-on accepter sans réserve les déductions de Schlenker et le rôle qu'il fait jouer aux foyers pulmonaires dans la production des adénopathies cervicales chirurgicales? Il y a là, il nous semble, une contradiction avec la partie anatomique de son travail, là notamment où il insiste sur ce fait que tuberculose des amygdales et tuberculose des ganglions cervicaux font défaut, en cas de lésions pulmonaires « peu étendues », « caséeuses », « non ulcéreuses », qui sont loin de constituer un « petit foyer caché cliniquement inappréciable ».

Mais Schlenker va encore plus loin et se demande si certains lupus au niveau des lèvres et du nez, si certaines otites tuberculeuses, si certaines tuberculoses nasales ne relèvent pas de la même étiologie, c'est-à-dire d'une infection par les crachats venant d'un foyer pulmonaire, latent, caché? La réponse à ces questions ne peut certainement être donnée que par des recherches ultérieures faites dans la voie indiquée par Schlenker.

Comme nous l'avons dit tout à fait au début, le travail si curieux que nous venons d'analyser si longuement présente un point faible et très vulnérable : il lui manque la consécration bactériologique. Schlenker dit notamment que pour faire le diagnostic de tuberculose il s'est *souvent* contenté du tableau histologique des parties, sans chercher le bacille de Koch. C'est bien regrettable, car bien des bactériologistes lui appliqueront l'axiome : « Sans bacilles, pas de tuberculose. »

R. Romme.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude du chancre mou céphalique *(Chancre simple du menton démontré par l'inoculation et l'examen bactériologique)*, par E. Jeanselme.

La question du chancre mou céphalique est l'une de celles qui ont le plus divisé et le plus passionné les syphiligraphes. Les unicistes croyaient, en effet, trouver dans l'absence, ou tout au moins dans l'excessive rareté du chancre mou céphalique, un argument décisif en faveur de la doctrine qu'ils défendaient, celle de l'unicité du virus vénérien. Tout chancre, disaient-ils, reconnaît pour origine une seule et même cause spécifique : la syphilis; mais les caractères morphologiques et les conséquences immédiates ou lointaines de ce chancre dépendent du terrain sur lequel il germe et même de la région du corps sur laquelle il siège. A l'appui de cette hypothèse, ils citaient volontiers l'exemple du chancre céphalique et insistaient sur ce fait d'observation maintes fois vérifié, à savoir que ce chancre est presque toujours induré et s'accompagne ultérieurement d'accidents constitutionnels. Le fait est assurément exact, mais l'interprétation était erronée. Chaque fois que l'on inocule le pus d'un chancre

simple sur un point quelconque de l'extrémité céphalique, on obtient un chancre simple et non pas un chancre infectant, ainsi que l'ont établi les nombreuses expériences de Bassereau (1852), de Diday (1857), de Hübbevet (1858), de Puche et Nadau-des-Islets (1858), de Melchior Robert (1861), de Bœck (1862), etc.

Avec le triomphe définitif du dualisme, la question du chancre simple céphalique a perdu toute portée doctrinale, mais elle n'en offre pas moins encore aujourd'hui un très grand intérêt. Et tout d'abord, le chancre mou — j'entends le chancre contracté par *contagion* et non pas le chancre d'*inoculation* — peut-il occuper l'extrémité céphalique? A l'heure actuelle, on est encore en droit de poser cette interrogation ; le lecteur pourra s'en convaincre en lisant le court aperçu historique suivant.

C'est dans le *Traité des maladies vénériennes* de Ricord (1838) que se trouvent mentionnés les premiers cas de chancre mou céphalique. A cette époque, Ricord avait observé : 3 chancres mous des lèvres et 1 de la gorge chez l'homme, 4 chancres des lèvres et 2 de la gorge chez la femme. Ces 10 cas furent vérifiés par l'inoculation et l'on pourrait les considérer comme des exemples certains de chancre mou céphalique si Ricord n'avait écrit plus tard les passages suivants : « A quelques exceptions près, tous les chancres que j'ai eu l'occasion d'observer, pendant ma longue pratique, sur la face et sur le crâne appartenaient toujours et comme *fatalement* à une seule et même espèce de chancre, à l'espèce indurée, infectieuse... Les quelques exemples de chancre simple céphalique que j'ai rencontrés ou ceux qui sont contenus dans la science ne sont pas assez authentiques pour être pris en sérieuse considération et pour constituer une exception à cette règle qui, jusqu'à présent, semble être générale, à savoir l'induration constante, le caractère fatalement infectieux du chancre céphalique (1) ». — « Je ne nie pas cependant le chancre mou céphalique, je n'en conteste pas la possibilité... Mais je ne puis que vous parler d'*après les faits osbervés*, et je maintiens, en conséquence, cette proposition : c'est que, *jusqu'à ce jour, il n'existe pas un fait bien établi de chancre mou développé sur la face, ou, d'une façon plus générale, de chancre mou céphalique* » (2). Cullerier et Puche, collègues de Ricord à l'hôpital du Midi, professaient exactement la même opinion. L'école lyonnaise, représentée par Diday et Rollet, se montrait presque aussi affirmative. Enfin M. Fournier, en 1858, avait rassemblé 126 observations de chancres céphaliques; en 1867, il en possédait plus de 200; or, dans tous ces cas, le chancre était syphilitique *sans exception aucune* (3).

J'ai lu attentivement un certain nombre d'observations données par leurs auteurs comme des exemples de chancre mou céphalique. Une dizaine tout au plus me paraissent présenter de sérieuses garanties. Quelques-unes seulement sont à l'abri de toute critique.

Observation I. — Puche in A. Fournier, art. Chancre du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1867.

Jeune homme de 28 ans présentant, au voisinage de la ligne médiane de la lèvre inférieure, une ulcération chancreuse, circulaire, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, ayant, d'après Puche, tous les caractères d'un *chancre simple*. Cullerier porta un diagnostic opposé : *chancre infectant*. Puche eut recours à l'inoculation sur l'abdomen. Pendant l'opération, le malade voulant retenir la main de l'opérateur fut piqué par la lancette. Les jours suivants, un double chancre s'était produit sur l'abdomen et sur le doigt. Le chancre de la lèvre et les chancres d'inoculation guérirent dans l'espace d'un mois environ en laissant une cicatrice simple dépourvue de toute induration. Aucun accident constitutionnel ne s'était manifesté un mois et demi après le premier examen.

Obs. II. — Millet, *Etude statistique sur les maladies vénériennes*, Thèse de Paris, 1865.

Ulcération du sillon gingivo-labial inférieur, d'un centimètre de diamètre, arrondie, profonde, anfractueuse, à bords décollés, saillants et frangés, d'un rouge foncé. Sur la face cutanée de la lèvre inférieure, au milieu des poils de la barbe, deux petites ulcérations recouvertes d'une croûte, profondes, arrondies, taillées à pic, à fond grisâtre. Un ganglion sus-hyoïdien médian douloureux, gros comme un œuf de pigeon.

Inoculation avec le pus de l'ulcération gingivo-labiale à l'abdomen. Trois jours après, il existait au niveau de la piqûre un petit point rouge acuminé. Le cinquième jour, on observait une pustule de la grosseur d'un pois qui se flétrit le quinzième jour et laissa à sa place un petit noyau dur. Le dix-septième jour toutes les ulcérations étaient cicatrisées. Le malade sortit le vingtième jour; il ne fut pas revu.

Obs. III. — P. Labarthe, *Le Chancre simple*, Thèse de Paris, 1872.

Chez un homme de 29 ans ayant trois chancres, l'un au niveau du frein, les deux autres dans le sillon balano-préputial, un ganglion inguinal suppure et est incisé. Le malade porte à ses lèvres l'épingle de son pansement. Une ulcération longitudinale, profonde, à bords taillés à pic, un peu décollés, à fond grisâtre, sécrétant du pus, se développe sur la lèvre inférieure au point même où, depuis quelques jours, existait une gerçure insignifiante. L'inoculation faite à l'abdomen avec le pus de l'ulcération labiale donne lieu, le quatrième jour, à une petite vésicule pleine de sérosité et entourée d'une auréole inflammatoire.

Obs. IV. — V. Taylor (de New-York), *Brown-Sequard's Arch. of scientific and practical medicine*, 1873, n° 5.

Cinq ulcérations chancreuses du limbe préputial. Transport accidentel de pus sur une plaie contuse de la région sourcilière gauche. Ulcération très rapide, caractéristique. Inoculation positive sur l'abdomen.

Obs. V. — Giuseppe Profeta, *Ann. de derm.*, t. V, p. 197, 1873-1874. Sur le chancre mou infectant céphalique.

Chancre phagédénique, serpigineux, très vaste, occupant le front et la joue, durant depuis deux ans. Quelques mois avant l'examen, le malade s'était inoculé accidentellement un chancre à l'index gauche. Profeta se fit inoculer avec le pus du chancre céphalique. Il en résulta un chancre mou dont le pus inoculé de nouveau produisit un second chancre mou.

Obs. VI. — *Ibid.*

Barbier de 28 ans présentant trois ulcérations. L'une d'elles occupe la face externe de l'index gauche, elle est extrêmement douloureuse, elle a le diamètre d'une pièce de 5 centimes, elle sécrète un pus sanguinolent, ses bords sont décollés et le fond est grisâtre. Les deux autres ulcères ont le même aspect, ils occupent la partie moyenne des deux lèvres.

Deux mois auparavant, cet homme avait ouvert avec un rasoir un bubon inguinal suppuré symptomatique de chancres mous multiples et, ce faisant, il s'était blessé l'index gauche. Notre homme porta instinctivement à sa bouche son doigt souillé de sang et de pus. Il mit ainsi le pus du bubon en contact avec la lèvre supérieure sur le milieu de laquelle se trouvait une gerçure longitudinale. La blessure du doigt et la gerçure labiale devinrent ulcéreuses au bout de vingt-quatre heures et, après cinq à six jours, les chancres étaient formés. Un mois après environ, la partie de la lèvre inférieure qui se trouvait en contact perpétuel avec l'ulcère de la lèvre supérieure, devint le siège d'un chancre qui ne tarda pas à prendre tous les caractères de l'ulcère qui lui avait donné naissance. Refus de traitement. De nouveaux chancres se disséminèrent sur la figure.

Obs. VII. — *Ibid.*

Homme de 33 ans présentant un ulcère phagédénique non infectant qui avait ravagé la verge. Chancrelle typique de la grandeur d'une pièce de deux centimes sur le scrotum. L'aile droite du nez était entièrement recouverte par un

(1) Ricord, *Cliniques*, 1856.
(2) Ricord, *Leçons sur le chancre*, § II, p. 20.
(3) Fournier, Étude sur le chancre céphalique, *Union médicale*, 1858, p. 75 et Art. Chancre du *Dict. de méd. et de chirurgie prat.*, 1867.

ulcère non infectant, à bords taillés à pic. Dix mois auparavant, le malade avait contracté un chancre du scrotum qui s'inocula ensuite à la verge. Ce dernier, cinq mois après son apparition, s'inocula au scrotum et au nez. Ce dernier devint phagédénique.

Obs. VIII. — Venot, *Bordeaux médical*, n° 4, 4 avril 1875. Ulcération chancreuse labiale apparaissant chez un jeune homme sept jours après le coït. Forme sinueuse, bords enflammés, fond gris, ganglions parotidiens développés. Inoculation positive à la cuisse.

Obs. IX. — Horteloup, *Ann. de Dermat.*, 1880, p. 62. Un homme de 26 ans ayant une adénite suppurée de l'aine gauche consécutive à un chancre sous-préputial se fit une inoculation accidentelle au front avec le pus du bubon qui avait été incisé.

Obs. X. — Pellizari, Della transmissione accidentale della sifilide. Firenze, 1882, p. 9.
Contagion accidentelle à la face chez un infirmier du service des vénériens. Inoculation positive du pus de l'ulcération (1).

On remarquera que dans la plupart de ces observations le chancre céphalique est apparu *après* des chancres génitaux et s'est développé par un mécanisme presque identique à l'inoculation expérimentale. Le vecteur du pus a été, soit une piqûre involontaire, soit un doigt ou un objet quelconque souillé par le virus chancreux et mis en contact avec une gerçure, une érosion ou une plaie de l'extrémité céphalique.

Aux observations déjà publiées, nous pouvons ajouter un fait inédit que nous avons recueilli récemment à l'hôpital Saint-Louis. Il présente cette particularité assez rare que le chancre de la face paraît avoir été *contemporain* des chancres génitaux.

Un homme de 47 ans ressent pendant son sommeil, cinq jours après un coït suspect, une vive démangeaison au menton, ce qui lui fait penser qu'il a été piqué par un insecte. Le lendemain matin, il constate au point douloureux une saillie papuleuse, surmontée d'une petite ulcération. Quelques démangeaisons attirent également son attention vers ses organes génitaux et il remarque la présence de plusieurs ulcérations au niveau de la couronne du gland.

Le malade ne suit aucun traitement pendant un mois environ. Mais les ulcérations mentonnière et génitales prenant toujours de l'extension, notre homme se décide alors à entrer à Saint-Louis, le 3 septembre 1893.

A cette date, on reconnaît dans le sillon balano-préputial, au voisinage du frein, deux chancres arrondis ayant 5 mm. de diamètre environ et sécrétant beaucoup de pus. L'un d'eux repose sur une base un peu indurée bien que le malade n'ait fait aucune application irritante à ce niveau. Abstraction faite de cette légère induration, tous les autres caractères sont bien ceux du chancre mou. Il existe en outre sur la face interne du prépuce, près du sillon balano-préputial, une saillie papuleuse, ovalaire, surmontée de deux petites ulcérations à fond jaune, creusées à l'emporte-pièce et qui ont tous les caractères objectifs des chancres nains non indurés. L'adénopathie inguinale fait défaut.

L'ulcération du menton siège un peu à droite de la ligne médiane, immédiatement au-dessous du sillon qui sépare celui-ci de la lèvre inférieure. Elle est recouverte d'une croûte jaune, impétigineuse, qui se reproduit avec une extrême rapidité. L'ulcération mise à nu a la forme arrondie et le diamètre d'une pièce de 20 centimes; elle repose sur une plate-forme non indurée, indolente à la pression et un peu surélevée au-dessus des téguments. Elle est circonscrite par une zone d'un rose vif qui va en se dégradant insensiblement. Une mince collerette épidermique règne tout autour de l'ulcération. Le fond de celle-ci est inégal; dans sa moitié inférieure il est peu profond, tapissé de bourgeons charnus et en voie de cicatrisation; dans sa moitié supérieure l'ulcération est taillée à pic et baignée par un pus abondant et visqueux qui se concrète presque aussitôt en croûtes mellicériques. Le ganglion sous-mentonnier médian a le volume d'une noisette (1).

J'ai tenu ce malade en observation jusqu'au 15 octobre, soixante-quinzième jour depuis le coït suspect. Pendant ce laps de temps, j'ai fait un examen minutieux de ce malade tous les trois ou quatre jours et je n'ai jamais remarqué aucun symptôme (hormis la légère induration dont j'ai parlé) qui pût être rapporté à la syphilis. Je n'ai observé aucune des manifestations de la période secondaire, telles que roséole, plaques muqueuses buccales ou anales, adénopathie généralisée, céphalée, chute des cheveux, etc. D'ailleurs, c'est *cinq jours* seulement après l'unique coït suspect (au dire du malade) que toutes les ulcérations seraient apparues. Une si courte incubation n'est pas en faveur de la syphilis. Est-il besoin d'ajouter que rien n'autorisait à regarder les manifestations présentes comme des accidents tertiaires d'une syphilis ancienne restée ignorée du malade ?

Malgré ces considérations et constatations qui devaient faire écarter l'hypothèse de la syphilis, il pouvait subsister des doutes sur la nature de l'ulcération mentonnière, car elle était en voie de réparation, ce qui lui enlevait son aspect typique. Je dois ajouter que la *confrontation*, malgré ma demande, n'a pas été possible.

Il fallait donc recourir à *l'inoculation* pour établir rigoureusement le diagnostic de chancre mou du menton. Le 3 septembre, jour de l'entrée du malade à Saint-Louis, avec un scarificateur chargé d'un peu de pus pris au niveau du *chancre de la verge qui présentait une légère induration*, je fais une première inoculation à la face interne du *bras gauche* et je recouvre immédiatement la piqûre d'un verre de montre maintenu par une bande de diachylon. Aussitôt après, avec un autre scarificateur préablement flambé, je fais une seconde inoculation au *bras droit* avec du pus provenant de *l'ulcération mentonnière* et je protège également la petite plaie avec un verre de montre.

Le deuxième jour, au niveau des deux piqûres, je constate une petite tache rouge, peu saillante, au centre de laquelle existe un léger soulèvement épidermique. Le

(1) Nous considérons comme douteux les faits publiés par : Boys de Loury et Costilles (*Gaz. méd. de Paris*, 1845, 2 obs.). — Diday (*Lettre à A. Fournier*, Paris, 1858, 1 obs.). — Clerc (*Tr. des malad. vénér.*, p. 202, Paris, 1866, 1 obs.). — Venot (*Bordeaux médical*, 1875, obs. I du mémoire).
Ricord a représenté dans sa clinique iconographique de l'hôpital des vénériens (Paris, 1851, pl. XXI), une « ulcération primitive et non indurée de la gencive supérieure... contractée par le fait de l'application de la bouche sur les organes génitaux d'une femme affectée de chancres ». Mais dans une note ajoutée à l'étude sur le chancre céphalique de M. Fournier, Ricord revient sur cette observation et reconnaît que le diagnostic de chancre simple peut être contesté : 1° parce qu'il n'a pas visité la femme qui a communiqué l'ulcération gingivale; 2° parce qu'il n'a pas eu recours à l'inoculation artificielle.
Desprez (Labarthe, thèse de Paris 1872, communication orale) a observé chez une femme des chancres simples de la joue déterminés par les égratignures d'une autre femme qui avait volontairement imprégné ses doigts de pus. Malheureusement l'inoculation d'épreuve ne paraît pas avoir été faite et l'on ignore à quelle source le pus inséré sur la joue de la victime avait été puisé.
Tout récemment, M. de Coquet a publié un cas de « chancres mous de la verge, du scrotum, de l'anus et de la face » (*Ann. de la Policliniq. de Bordeaux*, mai 1893). Mais les inoculations faites avec du pus provenant d'une ulcération du front et avec du pus d'une ulcération de la verge étant restées sans résultat, il y a lieu de faire des réserves sur l'exactitude du diagnostic.

(1) Voir au Musée de l'hôpital Saint-Louis l'excellent moulage de l'ulcération mentonnière, par M. Baretta.

quatrième jour, chacune des piqûres est occupée par une pustule aplatie de la grosseur d'un grain de chènevis. Je déchire les pustules en prenant les précautions nécessaires pour ne pas contaminer l'une des piqûres avec le pus de l'autre piqûre, et je constate au-dessous de chaque pustule une ulcération en puits sécrétant beaucoup de pus. Après cet examen, les verres de montre sont réappliqués. Les ulcérations progressent en gardant un *aspect absolument identique*. Le neuvième jour, chaque inoculation est le siège d'un chancre à bords décollés qui a un demi-centimètre de diamètre et de profondeur. Le pus qui s'écoule en abondance de ces ulcérations s'accumule dans la partie inférieure des verres de montre, et comme celui du bras gauche a entamé l'épiderme par son arête vive, il se développe en ce point une ulcération chancreuse curviligne, en coup d'ongle. Jugeant les inoculations d'épreuve pleinement démonstratives, je cautérise au thermo-cautère les chancres des deux bras. La cicatrisation fut très rapide et il n'y eut aucun retentissement sur les ganglions axillaires.

Par surcroît de preuve, comme certains auteurs ont soutenu récemment que des lésions sans caractère spécifique pouvaient donner lieu par inoculation à une ulcération tout à fait analogue au chancre d'épreuve, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de faire *l'examen bactériologique* de toutes les lésions. M. Charles Nicolle, qui possède une compétence spéciale dans cet ordre de recherches (1), a bien volu m'aider dans cette partie de ce travail et *nous avons constaté que toutes les ulcérations, aussi bien les deux inoculations expérimentales faites aux bras que les chancres génitaux et mentonniers, contenaient le bacille pathognomonique du chancre mou.* C'est, je crois, la première fois que ce bacille est recherché et découvert dans un chancre simple de la face.

L'ulcération du menton, évoluant spontanément vers la guérison, a été abandonnée à elle-même. Elle fut seulement pansée à l'eau boriquée; elle était complètement fermée au commencement d'octobre. Le jour de la sortie du malade (15 octobre), le plateau qui supportait l'ulcération persistait encore et sa surface, complètement tapissée d'épiderme, était végétante. Le ganglion sous-maxillaire médian était encore hypertrophié.

Tel est le fait que j'ai observé. Il doit être compté, selon moi, parmi ceux qui établissent avec le plus de certitude que l'existence du chancre mou céphalique est réelle et non problématique.

Attitude à donner aux fractures des deux os de l'avant-bras et à celles de l'extrémité supérieure du tibia, par M. Jaboulay (de Lyon), agrégé, chef des travaux anatomiques, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu.

La plupart des traités sur les fractures conseillent de placer l'avant-bras, lorsque les deux os sont fracturés à la partie moyenne, dans l'attitude de la supination, mais en demi-flexion. Or nous croyons que si beaucoup de fractures peuvent guérir dans cette position, il en est d'autres, celles où le traumatisme a produit un déplacement des fragments, qui ne peuvent se consolider et aboutissent à la pseudarthrose.

Lorsqu'en effet l'avant-bras fracturé est en demi-flexion, les muscles fléchisseurs de la main et de l'avant-bras l'emportent en puissance considérablement sur les extenseurs. Or, la partie de l'avant-bras sous-jacente à la fracture doit être attirée en haut et en avant par un mouvement de bascule qui s'opère précisément dans le foyer de la fracture. De là la tendance au chevauchement des fragments, et pour peu que celui-ci existe déjà initialement de par le seul fait du coup qui a fracturé, il ne peut qu'être augmenté par la pose d'un appareil qui maintient l'avant-bras plié sur le bras. En mettant les choses au mieux, s'il ne l'augmente pas, il ne peut le corriger, et comme les muscles ont de la tendance à s'interposer entre les fragments écartés, c'est une absence de consolidation à peu près inévitable.

Si donc la fracture n'est pas sous-périostée et comme il est le plus souvent impossible d'affirmer qu'il n'y a pas au moins pour le cubitus un déplacement, nous dirons en présence des fractures des deux os de l'avant-bras à la partie moyenne, l'attitude classique expose aux pseudarthroses, elle est mauvaise.

Ces fractures doivent être traitées par l'*extension* et la *supination*. En voici une preuve : Un jeune homme qui avait reçu sur l'avant-bras gauche une énorme pierre qui avait cassé le radius et le cubitus à la jonction du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs, avait été maintenu immobilisé en demi-flexion et supination. Trois mois après, il venait à l'Hôtel-Dieu avec un avant-bras coudé, déjeté en avant et en dedans, et une pseudarthrose. Comme le cubitus était seul raccourci, le radius étant de ce côté aussi long que le radius sain, il devait y avoir dans le trait de fracture chevauchement des deux fragments. Et alors il était logique de songer à une interposition musculaire. C'est pour cela que je l'incisai soit sur la fracture du radius, soit sur celle du cubitus. Or, du côté du radius, il y avait simple retard de consolidation, les deux fragments étant bien en place l'un en face de l'autre et sous une enveloppe fibreuse commune. Ce retard devait être dû aux mouvements qui permettaient dans ce foyer la pseudarthrose véritable que l'on constatait du côté du cubitus. En effet, ici il y avait chevauchement des fragments, le fragment inférieur ayant passé en avant et en dedans du fragment supérieur, et des masses musculaires s'étant ici interposées. Après avoir décollé le périoste pour récliner en même temps les muscles ambiants, il fallut, pour réduire, faire passer le fragment inférieur sur le bord interne par rapport à l'axe de l'avant-bras, puis sur la face postérieure du fragment supérieur. Cette rotation véritable d'un fragment autour de l'autre ayant été faite, la réduction fut maintenue parfaite par l'attitude en extension et supination, et absolument solide sans faire de sutures métalliques. Le contact normal avait été rétabli, comme l'indiquait l'obliquité en bas et en dehors de l'avant-bras par rapport au bras, inverse de l'obliquité qui existait avant l'opération.

Une demi-attelle plâtrée maintint pendant un mois le membre dans cette attitude, après quoi la guérison était parfaite. Je connais d'autres cas de retard de consolidation pour des fractures analogues à la précédente qui furent guéris rapidement en une quinzaine de jours, par le changement de l'attitude classique, en attitude d'extension et de supination.

II

Inversement pour les fractures de l'extrémité supérieure, qui, on le sait, se consolident si lentement. L'immobilisation en extension produit un écartement des fragments, et un mouvement de bascule entre eux, le fragment supérieur étant attiré en haut et en arrière, par les muscles qui s'y insèrent, et le fragment inférieur plongeant du côté des masses masculaires du mollet d'autant plus facilement que l'élévation du talon le dirige encore mieux de ce côté. De là le coup de hache qui existe sur la face antérieure de la jambe, au niveau de la fracture. Il est évident que la coaptation est mauvaise. Aussi, pour rétablir la contignïté des surfaces, il

(1) Ch. Nicolle, Thèse de Paris, 1893.

faut faire une demi-flexion de la jambe sur la cuisse. Le fragment supérieur conservant l'attitude que lui impriment les muscles postérieurs de la cuisse, le fragment inférieur pourra être placé dans une direction qui continuera la sienne. Alors le coup de hache disparaît, et la forme de cette région fracturée redevient à peu près normale, témoignant ainsi de la perfection du contact des deux portions du tibia.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Prévention de l'extension de l'épilepsie par un diagnostic et un traitement précoces (To what extent can epilepsy be prevented by early recognition and treatment), par Græme M. Hammond (*Medical Record*, 20 mai 1893, n° 1176, p. 614). — Il est très important de reconnaître de bonne heure l'épilepsie ou les accès épileptiformes, surtout pendant l'enfance, car le développement de l'affection peut produire un retard dans le développement de l'esprit à l'état adulte, d'autant que d'après Gowers un tiers des épileptiques datent de l'enfance. Les crises chez les enfants n'ont pas de caractères spéciaux et se présentent sous forme de grand et de petit mal, celui-ci étant souvent méconnu par les parents. Il paraît certain que l'épilepsie est au début purement fonctionnelle, et que la répétition des accès peut entraîner à la longue des altérations structurales des cellules cérébrales. Souvent chez les enfants l'épilepsie est provoquée par des troubles généraux de la nutrition qu'il suffira de combattre pour empêcher son développement. Le régime alimentaire a une très grande importance dans le traitement de l'épilepsie.

Deux cas d'ophthalmoplégie externe avec paralysie de l'orbiculaire des paupières (Two cases of ophtalmoplegia externa with paresis of the orbicularis palpebrarum), par J. Hughlings Jackson (*The Lancet*, 1 juillet 1893, n° 3646, p. 128). — Mendel a émis l'hypothèse, confirmée depuis par Turner, que le nerf qui innerve l'orbiculaire, bien que provenant du tronc du facial, a son origine nucléaire au noyau de la troisième et non de la septième paire. L'auteur a observé des cas dans lesquels il existait de l'ophthalmoplégie externe, et en même temps de la parésie de l'orbiculaire des paupières. Ces cas sont une confirmation clinique de l'hypothèse de Mendel.

Amaurose hystérique guérie rapidement par impression mentale (How positive mental impression promptly cured a case of hysterical blindness), par Chrisolm (*Medical News*, 21 août 1893, n° 1074, p. 173). — Observation d'une enfant qui un jour se plaignit d'amaurose d'un œil. Son père, médecin, la soigna sans résultat par des toniques. Un oculiste, consulté, diagnostiqua l'hystérie. Enfin la malade fut conduite à l'auteur, qui en l'absence de troubles pupillaires, et d'altérations du fond de l'œil, pensa que la cécité était simulée, ou mieux était une amaurose hystérique. Il prescrivit un simple traitement tonique, en affirmant que la guérison aurait lieu au bout de trois jours. Son pronostic-suggestion fut réalisé.

Alcoolisme aigu chez les enfants (Acute alcoholic intoxication in children, and the abuse of alcohol in the gastro-intestinal disorders of infancy), par H. Koplik (*Medical News*, 28 octobre 1893, n° 1085, p. 481). — Dans ce travail l'auteur signale les abus véritables qui seraient faits chez les enfants de boissons alcooliques, en particulier dans le traitement des affections gastro-intestinales. On ne tient pas assez compte, à son avis, de l'extrême sensibilité du jeune âge à l'alcool, d'où, à cet égard, des prescriptions médicales insuffisantes et si mal appliquées par les parents qu'elles peuvent entraîner des accidents. En nombre d'affections de ce genre, il paraît probable que les graves accidents, la torpeur et le subcoma, relèvent peut-être plutôt de la médication alcoolique que de la maladie elle-même. Cette proscription de l'alcool ne saurait s'étendre aux maladies infectieuses, fièvre typhoïde, érysipèle, mais elle doit être rigoureuse en ce qui concerne les troubles digestifs.

Hérédité dans la maladie de Ménière (Hereditis in Meniere's Disease), par Ch. Simon (*The Johns Hopkins Hospital Bulletin*, septembre 1893, n° 33, p. 82). — L'auteur rapporte deux observations : dans l'une il s'agit d'un homme âgé de 62 ans atteint de vertige de Ménière authentique et dont le père, le frère et la sœur — en tout 4 personnes de la famille sur 5 — présentèrent également les symptômes de la même affection. Dans un second cas, seule la mère du malade offrait comme lui-même le syndrome de Ménière. Il est à remarquer en outre que dans tous ces cas l'amélioration parut surtout résulter d'un régime alimentaire strict d'où la viande était proscrite. Cette notion de l'étiologie héréditaire directe est nouvelle dans l'histoire de la maladie de Ménière.

Sur le crétinisme sporadique en Amérique (On sporadic cretinism in America), par M. Osler (*The american Journ. of the medical sciences*, novembre 1893, p 503). — En plus d'une étude sur la pathologie du crétinisme et de ses diverses variétés : congénital, acquis, opératoire, endémique, etc., dans laquelle les travaux français sont totalement oubliés, l'auteur rapporte les observations qu'il a pu rencontrer, et ayant trait presque toutes à des crétinismes ayant débuté dans les premières années de la vie ; ce crétinisme sporadique ne serait pas exceptionnel en Amérique, contrairement au goître endémique qui a été signalé à la vérité autrefois dans certains districts, mais dont on ne rapporte plus d'observations récentes.

MÉDECINE

Pseudoleucémie et leucémie (Beitrag zur Lehre der Aetiologie der Pseudoleukæmie und der Leukæmie, par C. Verdelli (*Centr. f. d. med. Wiss.*, 1893, n° 33). — Dans deux cas de pseudoleucémie et dans un cas de leucémie, l'auteur a observé différentes variétés de staphylocoque pyogène, au moyen de cultures de ganglions lymphatiques et du sang, et sur la coupe de différents organes : une fois le *staphylococcus aureus*, une fois le *staphylococcus albus* et une fois les deux ensemble. Dans un cas les cultures ont été obtenues avec des ganglions extirpés trois mois et demi avant la mort, dans un autre cas (leucémie), par l'ensemencement du sang six heures avant la mort.

Les inoculations faites à des chiens ont donné des lésions analogues à celles qu'on rencontre chez l'homme : hypertrophie des ganglions lymphatiques, de la rate, du foie ; lymphomes dans différents viscères, sclérose viscérale, altérations nécrobiotiques et atrophiques dans le parenchyme, entérite.

En se basant sur ces faits et sur l'absence de phénomènes suppuratifs dans ses expériences, M. Verdelli pense que la leucémie et la pseudoleucémie reconnaissent pour origine une infection due aux microbes pyogènes, mais ceux-ci n'ayant qu'une virulence atténuée.

Traitement de la diphthérie par la papaïotine et l'acide phénique (Combinirte Behandlung der Diphterie mit Papayotin und Carbolsæure), par Levy et Knopf (*Berl. klin. Woch.*, 1893, n° 32, p. 771). — Après avoir constaté que la papaïotine et l'acide phénique combinés atténuent considérablement la virulence des cultures diphthéritiques, les auteurs ont eu l'idée de traiter la diphthérie de la gorge par les badigeonnages avec un mélange comprenant 100 parties d'eau, 10 de papaïotine et 5 d'acide phénique. Les badigeonnages étaient faits toutes les dix minutes pendant les deux premières heures, puis toutes les deux heures, jour et nuit.

Les résultats de ce traitement essayé à la clinique de Strasbourg furent très remarquables. Les fausses membranes disparaissaient ordinairement au bout de 48 à 72 heures. Sur 51 enfants traités de cette façon, 36 guérirent, ce qui donne une mortalité de 29 0/0, dont 9 après trachéotomie.

Mais si l'on étudie de plus près les cas de mort, on trouve que peu ont succombé à la diphthérie elle-même. Il y a notamment dans ce nombre un cas de mort par pneumonie franche, un par tuberculose pulmonaire, trois par bronchopneumonie, un par hémorrhagies répétées par la plaie trachéale.

Transmission de la fièvre typhoïde au fœtus (Uebertragung des Typhus auf den Fœtus), par Janiszewski

(*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 38, p. 705). — Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, enceinte de 8 mois et entrée à la clinique de Freiburg avec tous les signes d'une fièvre typhoïde confirmée par l'examen bactériologique des selles qui renfermaient un grand nombre de bacilles typhiques. Quinze jours après son entrée, elle accoucha d'un enfant qui succomba cinq jours après sa naissance.

A l'autopsie de l'enfant on trouva un foyer de broncho-pneumonie, une hypertrophie de la rate et des hémorrhagies superficielles sur les reins. Les autres organes étaient normaux.

L'examen microscopique des poumons, de la rate, des reins et des ganglions mésentériques montra dans la plupart des préparations un grand nombre de bacilles typhiques. On fit alors l'ensemencement de la plupart des organes, et les résultats ne firent que confirmer le diagnostic microscopique, en ce sens que les cultures obtenues par l'ensemencement présentèrent tous les caractères du bacille typhique.

Examen anatomo-pathologique d'un cas de sclérodermie, par VANDERVELDE (*Journ. de médec., de chir. et de pharm. de Bruxelles*, 2 septembre 1893, p. 561). — Femme atteinte de sclérodermie occupant la face, les membres supérieurs et le haut des cuisses. Intégrité (constatée au microscope) de la moelle, du bulbe et de la protubérance ; névrite interstitielle des gros troncs nerveux des membres avec adhérences aux parties voisines et lésions secondaires de la myéline; lésions musculaires en rapport avec les lésions scléreuses du voisinage.

Etude clinique sur l'insuffisance fonctionnelle des valvules du cœur gauche, par DOMBROWSKI (*Revue de médecine*, sept. 1893, p. 757). — L'insuffisance fonctionnelle de la valvule mitrale se rencontre toutes les fois que la distension du ventricule gauche devient considérable : à la suite d'obstacles dans le système artériel (sténose de l'aorte, insuffisance aortique, néphrite interstitielle, surmenage du cœur par travail trop prolongé ou trop lourd, surtout athérome avec dilatation consécutive de l'aorte), dans les lésions du muscle cardiaque (myocardite, stéatose), dans les maladies nerveuses (chorée, hystérie), dans la chlorose où elle est due à une innervation vicieuse ou à des troubles de nutrition du myocarde, dans le cours des maladies infectieuses graves ; son diagnostic n'est pas toujours facile et ne peut souvent être établi qu'au bout d'un certain temps, lorsqu'on voit disparaître le souffle d'insuffisance ; parfois, cependant, dès le début, on peut la soupçonner lorsque le souffle n'a pas une intensité égale à chaque systole et surtout lorsqu'il disparaît de temps en temps, principalement à l'inspiration.

L'insuffisance fonctionnelle de la valvule aortique est plus rare que celle de la mitrale; on la rencontre dans l'athérome parvenu à sa période terminale. Elle diffère de la maladie de Corrigan par son apparition chez les sujets âgés de plus de 50 ans, sans rhumatisme antérieur, par les caractères du pouls qui est dur en même temps que bondissant, par la fréquence d'un souffle systolique dû à la dilatation de l'aorte ascendante; elle est due, contrairement à l'insuffisance fonctionnelle de la mitrale, à des lésions anatomiques stables et, par suite, indique une terminaison fatale plus ou moins imminente.

CHIRURGIE

Hernie du foie (Ein Fall von Leberhernie), par KUSMIN (de Moscou) (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 44, p. 1068). — Il s'agit d'une femme de 28 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires particuliers, venue pour une tumeur épigastrique développée depuis un an. La tumeur présentait cette particularité que, de temps en temps, elle augmentait de volume et revenait ensuite à ses dimensions habituelles, celles d'un œuf de poule.

A l'examen, on trouvait entre le sternum et l'ombilic une tumeur longue de 25 centimètres et large de 20. A l'exploration on a la sensation d'un corps dur, lisse, baignant dans du liquide, mobile, mat à la percussion, douloureux par explosion; on arrive au diagnostic de hernie du foie à travers les muscles droits, diagnostic confirmé par l'opération.

En effet, à l'ouverture de l'abdomen, on trouva un sac herniaire contenant un demi-verre de liquide et une partie du lobe gauche du foie légèrement étranglé par l'anneau. Après l'incision de ce dernier, le foie se porta de lui-même dans la cavité abdominale. L'auteur ne crut pas devoir faire l'hépatopexie, mais se contenta de lier et d'exciser le sac et de fermer le ventre. La malade guérit et sa guérison se maintient depuis sept mois.

Ce cas est donc à ajouter à ceux de Hacker, Tscherning, Riedel, Langenbuch et autres.

Ostéomalacie (Ueber Osteomalacie), par SEELIGMANN (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 44, p. 1077). — L'auteur publie l'observation d'une ostéomalacique de 37 ans, enceinte, qui fut guérie par l'opération de Porro (faite pour avoir un enfant vivant), suivie de castration.

L'examen du sang, fait pendant l'opération, puis trois et sept mois après, a donné les résultats suivants :

1er examen : 41 p. 100 d'hémoglobine; 2,100,000 hématies par millim. cube de sang; rapport entre leucocytes et hématies comme 1 à 170.

2e examen : 49 p. 100 d'hémoglobine, 3,100,000 hématies par millimètre cube de sang; rapport entre leucocytes et hématies comme 1 à 230.

3e examen : 72 p. 100 d'hémoglobine, 3,900,000 hématies par millimètre cube de sang; rapport entre leucocytes et hématies comme 1 à 320.

L'opération a donc pour résultat de modifier dans un sens favorable la composition du sang. Peut-être encore c'est en supprimant les règles et les hémorrhagies périodiques que la castration exerce un si bon effet sur l'ostéomalacie puerpérale.

Deux observations de hernies ombilicales congénitales de la période embryonnaire traitées avec succès par l'opération de la cure radicale le deuxième et le quatrième jour après la naissance, par P. BERGER (*Revue de chirurgie*, 10 octobre 1893, p. 797). — OBS. I. — Omphalocèle embryonnaire partiellement irréductible, avec adhérences du cæcum et du côlon aux enveloppes du cordon; cure radicale trente heures après la naissance.

Une petite fille venant de naître présentait une volumineuse hernie du cordon : l'implantation du cordon est occupée par une tumeur ayant le volume d'un petit œuf de poule ; le pédicule est gros comme le pouce et est recouvert par les téguments normaux ; au-delà la tumeur se renfle et n'est plus recouverte que par les enveloppes du cordon. Les vaisseaux du cordon, flexueux et thrombosés, sont appliqués sur la face supérieure de la tumeur. La tumeur se tend dans les cris et les efforts ; sa partie supérieure est résistante et dure, totalement irréductible ; la partie inférieure est réductible. Cure radicale le 2 mai 1893 ; la partie réductible de la tumeur est refoulée dans le ventre et le doigt d'un aide s'oppose à la sortie des viscères ; incision des enveloppes à la face inférieure de la tumeur, on ouvre ainsi une cavité dans laquelle on trouve le cæcum et son appendice. Le cæcum, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse adhérent à la paroi supérieure de la cavité. Les parois qui limitent la hernie sont formées de deux membranes : une superficielle se continuant avec les téguments et le revêtement du cordon, et constituée par l'amnios; l'autre, profonde, se continue avec le péritoine vasculaire qui revêt le collet de la hernie. L'intestin grêle étant bien réduit et le sac étant ouvert, on circonscrit l'adhérence du gros intestin par une incision au niveau de la ligne qui marque la continuation du péritoine avec la membrane amorphe de revêtement. Le gros intestin est complètement libéré, mais, pour le réduire avec la plaque d'adhérences fixée à sa paroi, il faut fendre verticalement la paroi abdominale sur la ligne blanche par en haut et par en bas. On détache ensuite le cordon et les membranes d'enveloppe de la hernie, on coupe le péritoine et on le réunit par une suture en surjet au catgut. La peau est réséquée largement et suturée au crin de Florence. Pansement occlusif au collodion, bandage ouaté compressif. Guérison.

OBS. II. — Omphalocèle embryonnaire irréductible datant de trois jours, avec adhérence du cæcum à la hernie. Cure radicale plus de 72 heures après la naissance.

Une enfant présentant une hernie ombilicale congénitale ne fut apportée au chirurgien que trois jours après sa naissance. La tumeur occupait la base et la partie latérale droite du cordon ; elle était recouverte par les enveloppes du cordon. L'état général est très mauvais et l'ouverture de la hernie

par le travail d'élimination de ses enveloppes est imminente. Incision des enveloppes de la hernie sur la ligne médiane, au niveau de sa face inférieure; on trouve le cæcum et son appendice avec le côlon ascendant; vers la face supérieure de la hernie cet intestin se continue avec une zone péritonéale très vasculaire sur laquelle se fait son insertion et qu'il faut détacher avec lui des enveloppes externes; on ouvre le sac d'où s'écoule beaucoup de sérosité; la partie terminale de l'intestin grêle sort, et pour terminer l'opération il faut faire une laparotomie véritable. On termine comme précédemment. Guérison.

De l'examen de ces deux cas, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Il reste acquis que, dans les hernies ombilicales de la période embryonnaire, la membrane d'enveloppe profonde qui se continue avec le péritoine pour tapisser la cavité herniaire n'est pas vasculaire ou n'est vasculaire que dans une partie de son étendue, et que, dans tout le reste de sa superficie, elle a conservé ses caractères de membrane embryonnaire, caractères tout à fait distincts de ceux du péritoine fœtal : elle n'est donc pas constituée par le péritoine.

Le cæcum et le côlon ascendant n'avaient pas été entraînés dans la hernie par un déplacement précoce, mais s'étaient primitivement développés hors de la cavité abdominale. Ces faits sont donc conformes à la théorie d'après laquelle les hernies ombilicales congénitales peuvent être dues à un arrêt de développement.

La présence du cæcum dans une hernie du cordon est rare.

Pour le choix opératoire, il faut rejeter les méthodes indirectes, aveugles, incomplètes; la ligature sous-cutanée du pédicule est infidèle et dangereuse. En règle générale, l'opération de l'exomphale du cordon doit être conduite comme une cure radicale de hernie ombilicale ordinaire.

BIBLIOGRAPHIE

Le somnambulisme provoqué et la fascination, par le Dr E. Mesnet, membre de l'Académie de médecine, Paris, Rueff et Cie, 1893.

Nous préférons ce titre général qui figure seul sur la couverture de l'ouvrage au sous-titre qui lui a été substitué sur la première page du livre très intéressant et très suggestif que vient de faire paraître notre savant collègue M. le Dr E. Mesnet. Si, en effet, il faut conclure des observations, qu'il rappelle et analyse avec une si convaincante lucidité, que des outrages à la pudeur et des violences sur les organes sexuels de la femme peuvent être commis dans le somnambulisme provoqué et la fascination, il n'en est pas moins vrai que les faits sur lesquels s'appuie l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu ne concernent presque toujours que des malades d'hôpital longuement exercés et savamment préparés aux états divers qui ont permis des expériences vraiment décisives au point de vue pathogénique et médico-légal. Le sujet apte à subir ces expériences et à prouver que la scission de la mémoire et l'abolition complète de la sensibilité des organes génitaux existe chez les hypnotisées est un malade, préparé par la débilité générale des fonctions organiques, par des perversions plus ou moins étendues dans l'ensemble des appareils de l'innervation cérébro-spinale et aussi par une longue et lente préparation aux phénomènes de l'hypnose, à subir inconscient et insensible les attouchements et les opérations les plus variés.

Il n'en reste pas moins établi que les faits les plus décisifs démontrent qu'un outrage public à la pudeur peut être commis inconsciemment par des malades en état de somnambulisme spontané; que le somnambulisme ayant été provoqué, l'abolition de la volonté et l'anesthésie des organes génitaux peuvent rendre possible et même facile un viol, une opération chirurgicale grave, un accouchement inconscient. Ce sont là des faits du plus haut intérêt psychologique et médical. Il appartenait au médecin éminent qui, l'un des premiers, en 1865, ont élucidé au point de vue médical ces questions si complexes, de réunir en un volume les résultats de quarante années d'une observation aussi judicieuse que savante.

En 1862, Tardieu se demandait si une femme peut être déflorée ou violée sans le savoir. Le livre de M. Mesnet répond affirmativement à cette question; mais il précise de plus, au point de vue médico-légal, les responsabilités dans le somnambulisme spontané et dans le somnambulisme provoqué et il montre de quelle discrétion et de quelle réserve doit faire preuve le médecin légiste lorsque, dans des conjonctures toujours délicates, il sera appelé à éclairer un tribunal.

Sans entrer dans l'analyse des chapitres de cet important ouvrage, nous pouvons en recommander la lecture. L'œuvre de M. E. Mesnet n'est pas seulement utile au point de vue scientifique; elle est très attachante en raison de l'intérêt du sujet et du style si élégant de l'auteur.

L. Lereboullet.

Maladies infectieuses et parasitaires des os, par Michel Gangolphe, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Paris, G. Masson, 1894, 1 vol. in-8, avec 49 figures, prix : 16 francs.

La prédilection avec laquelle, depuis Amédée Bonnet et Ollier, les chirurgiens lyonnais s'occupent de la chirurgie ostéo-articulaire, vient de se traduire, une fois de plus, par l'important volume que M. Michel Gangolphe a consacré à l'étude des maladies infectieuses et parasitaires des os.

Sous cette dénomination il comprend les affections du squelette généralement attribuées à l'action d'agents pathogènes, microbes ou parasites. La tuberculose, les diverses variétés d'ostéomyélites dites infectieuses, la lèpre, les kystes hydatiques, l'actinomycose en sont des types indiscutables. Il n'a pas hésité à décrire à leur côté les altérations syphilitiques des os, bien que la nature exacte de l'agent virulent soit encore ignorée; de même il a cru devoir signaler les déformations osseuses et articulaires observées dans le cours des suppurations chroniques pleuro-pulmonaires. Le premier chapitre est entièrement consacré à l'exposé des notions générales d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques indispensables à connaître. Les chapitres suivants ont trait : 1° à la tuberculose; 2° aux diverses variétés d'ostéomyélites dites infectieuses; 3° aux déformations osseuses et articulaires liées aux suppurations pleuro-pulmonaires; 4° aux lésions osseuses de la lèpre; 5° à l'ostéosyphilis; 6° au kyste hydatique; 7° à l'actinomycose.

Dans toutes ces pages, on sent en mainte place l'enseignement si remarquable, si original d'Ollier, dont M. Gangolphe est un des meilleurs élèves. Mais il serait injuste de ne pas ajouter immédiatement que, passé maître à son tour, M. Gangolphe a su tracer son sillon propre dans le champ défriché par Ollier. Déjà nous connaissions de lui de remarquables et personnelles recherches sur la syphilis osseuse, et dans le volume actuel nous reconnaissons les qualités d'originalité auxquelles il nous a habitués.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

L'Hiver dans les Alpes-Maritimes et dans la principauté de Monaco. *Climatologie et Hygiène*, par le Dr E. Onimus, lauréat de l'Institut. 1 vol. in-18 avec 56 figures. Paris, G. Masson. 4 fr.

Le livre de M. le Dr Onimus arrive à sa seconde édition. L'auteur, autrefois établi à Paris et bien connu par de nombreux travaux scientifiques, habite Monaco depuis quelques années et il a mis à profit ce changement de résidence pour étudier en médecin les différentes conditions climatériques de cette région privilégiée.

Cette seconde édition, au lieu d'être « revue et augmentée », est au contraire « revue et diminuée », car, pour être essentiellement pratique, l'auteur a supprimé tout ce qui ne se rapportait pas directement à la climatologie et à l'hygiène du littoral méditerranéen. Il a ajouté, il est vrai, des chapitres nouveaux sur les variations de température, sur la prévision du temps, sur l'acclimatement et sur les modifications thérapeutiques que le changement de climat nécessite dans la plupart des maladies. Il a, de plus, complété les chapitres qui ont fait le succès de la première édition, c'est-à-dire ceux qui expliquent le climat par la topographie, ceux qui se rapportent aux avantages et aux inconvénients de la région, et ceux qui traitent de la nourriture de l'habitation, de l'habillement,

entrant dans une foule de détails, voulant se conformer aux paroles de Littré, son maître et ami : « Il ne suffit pas de donner aux malades un meilleur climat, il faut encore leur enseigner les moyens journaliers d'en profiter. »

GUIDE PRATIQUE AUX EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER, par C. JAMES ET V. AUD'HOUI. 1 vol. in-18, de 428 pages. Paris, Blond et Barral, 1893.

Ce petit volume, où les eaux minérales sont étudiées non suivant leurs propriétés et leurs affinités, mais suivant leur siège géographique, a été remanié par M. Aud'houi. Cet auteur, dans une sorte de discours préliminaire, hérissé d'adhésions aux plus anciennes doctrines médicales, propose une série de réformes, dont les plus importantes au point de vue hydrologique sont le rejet de la suprématie accordée à la constitution chimique des eaux : l'eau est pour l'auteur le plus important des agents qui entrent dans la constitution des eaux minérales. L'auteur explique dans cette introduction — et cette explication n'est par places pas inutile — le sens détourné qu'il donne aux mots arthritis et goutte : avec Arétée, il fait du premier « un genre organo-pathologique, constitué par l'ensemble de toutes les maladies susceptibles d'affecter les parties extérieures du corps », par opposition aux névroses et aux « viscéroses ». Quant au mot goutte « dont l'origine est absurde », c'est une expression à ranger à côté de celle de fièvre, d hydropisie, d'inflammation; les maladies goutteuses ont pour symptôme commun ou générique la production en excès de l'acide urique, laquelle est non pas la cause, mais la conséquence de ces maladies.

RÉSECTION DE L'INTESTIN DANS LA HERNIE GANGRÉNÉE (Resection of the intestine in gangrenous hernia), par BECK (*Medical Record*, 8 avril 1893).

Quand on soupçonne que l'intestin est atteint de gangrène, il faut l'attirer au dehors et l'envelopper de compresses stérilisées pour pouvoir le surveiller pendant quelques jours, au bout desquels on le réséquera ou on le rentrera dans l'abdomen.

Si la gangrène est manifeste, on doit faire la résection d'emblée, qui ne sera pas contre-indiquée s'il y a une perforation, pourvu que le péritoine adjacent soit sain. Il faut que l'asepsie et l'antisepsie soient absolues. On ne doit faire la résection qu'en tissu sain; il faut sauvegarder la vascularisation en respectant le mésentère.

Pour l'entérorrhaphie il faut recourir à la suture de Czerny; on ne se servira pas des plaques de Senn. Je préfère la soie au catgut. On fera la désinfection au sublimé; par-dessus le pansement on mettra un sac rempli de glace. On ne donnera que des aliments liquides.

La technique de la résection de l'intestin est très difficile et n'est aucunement comparable à une laparotomie ordinaire.

Thèses de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'APPENDICITE, par Louis JACOB.

La perforation de l'appendice peut succéder, soit à des phénomènes gangréneux dus à des calculs stercoraux, à des brides, soit à des ulcérations débutant par les follicules clos, mais il semble que la position anormale de l'appendice y contribue.

Les symptômes analogues au début varient avec les formes et permettent souvent d'établir d'assez bonne heure un diagnostic qui conduit au traitement approprié.

En étudiant tous les cas d'un même hôpital, on voit que, chez l'enfant, les formes relativement bénignes sont plus fréquentes que les graves.

DU PTOSIS, SON TRAITEMENT CHIRURGICAL PARTICULIÈREMENT PAR LE PROCÉDÉ DE M. LE PROFESSEUR PANAS, par Gabriel PERTAT.

Le procédé de M. le professeur Panas, procédé reposant sur la fixation autoplastique de la paupière au muscle et à la peau du front, donne les résultats les plus satisfaisants dans les cas de ptosis complets ou très accentués.

Ce procédé permet de doser exactement le degré de relèvement du voile palpébral en lui conservant sa forme normale et sa fonction. Il permet, en outre, la réunion chirurgicale immédiate, en évitant la suppuration obligatoire pour la ligature immédiate.

Dans les cas de ptosis légers ou peu accentués, on pourrait faire un choix entre les différents procédés que nous avons passés en revue.

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LA PSEUDO-TUBERCULOSE ASPERGILLAIRE, par LOUIS RÉNON.

Il existe chez l'homme une pseudo-tuberculose produite par un champignon : l'Aspergillus Fumigatus.

Le champignon peut exister seul ou associé à d'autres agents pathogènes : l'infection qu'il produit peut être primitive ou secondaire et on peut admettre 3 variétés :

a. — Pseudo-tuberculose aspergillaire secondaire à une affection pulmonaire.

b. — Pseudo-tuberculose primitive.

c. — Pseudo-tuberculose aspergillaire mixte, associée au bacille de Koch.

La pseudo-tuberculose aspergillaire secondaire n'a pas encore d'histoire clinique.

La pseudo-tuberculose primitive et la pseudo-tuberculose aspergillaire mixte associée au bacille de Koch paraissent présenter des symptômes souvent quelque peu différents, parfois à prédominance hémoptoïque, parfois à prédominance dyspnéique (pseudo-asthme).

Ces deux variétés de pseudo-tuberculose aspergillaire se rencontrent chez les gaveurs de pigeons qui aspirent accidentellement les spores d'Aspergillus Fumigatus répandues quelquefois sur la surface des graines.

Le champignon se cultive bien sur les milieux acides, surtout sur le liquide de Raulin et sur le moût de bière : il est pathogène pour les animaux; parmi ceux-ci le pigeon et le lapin sont plus particulièrement sensibles aux inoculations.

Les lésions des trois variétés de pseudo-tuberculose aspergillaire, que nous avons pu reproduire chez les animaux, consistent essentiellement en des tubercules; dans les deux premières variétés, le tubercule est produit seulement par l'Aspergillus; dans la troisième variété, le tubercule est mixte, créé à la fois par le bacille de Koch et l'Aspergillus.

Le traitement de la pseudo-tuberculose aspergillaire ne diffère en rien de celui de la tuberculose de Koch.

Livres déposés au Bureau du Journal

Paris, G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

Manuel de pathologie interne, par le professeur G. Dieulafoy. 7e édition. 3 volumes in-18 diamant, d'ensemble 2.096 pages, cartonnés toile. Prix : 20 fr.

Précis de microbie, Technique et microbes pathogènes, par le Dr L.-H. Thoinot, auditeur au Comité consultatif d'hygiène de France, et E.-J. Masselin, médecin-vétérinaire. Ouvrage couronné par la Faculté de médecine (prix Jeunesse). Seconde édition, revue et augmentée, avec 89 figures dont 21 en couleurs. Un volume in-18 de 608 pages. Prix : 7 fr.

Maladies des pays chauds (*maladies de l'appareil digestif, des lymphatiques et de la peau*), par le Dr H. de Brun, professeur de clinique interne à la Faculté de Beyrouth, médecin sanitaire de France en Orient, correspondant de l'Académie de médecine. Un volume petit in-8 de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*. Broché, 2 fr. 50; cartonné : 3 fr.

Le Microscope; ses applications, par le Dr H. Beauregard, professeur agrégé de l'Ecole supérieure de pharmacie, assistant au Muséum. Un volume broché, 2 fr. 50; cartonné : 5 fr.

Paris, librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Précis d'anatomie topographique, par M. Rudinger, professeur d'anatomie à l'Université de Munich. Etude française avec notes et additions par Paul Delbet, interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine. Préface par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1894. Un volume grand in-8 de 254 pages avec 68 figures en partie imprimées en couleur. Cartonné : 8 fr.

L'Albuminurie dans le diabète, par le Dr J. Sallès, ex-interne des hôpitaux de Lyon. Paris, 1893, gr. in-8, 210 pages avec tableau. Prix : 5 fr.

Librairie OCTAVE DOIN, place de l'Odéon, 8, Paris.

Les nouvelles recherches sur les éléments nerveux, par J. Dagnonet, médecin adjoint de l'asile clinique (Sainte-Anne). Une brochure in-8 de 48 pages. Prix : 1 fr. 25

Traité clinique de dermatologie, par M. H. Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un volume grand in-8 de 512 pages. Prix : 10 fr.

Thérapeutique obstétricale, par le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un volume in-18 jésus de 225 pages, relié, avec 82 figures dans le texte. Prix : 4 fr.

Recherches expérimentales sur le choléra asiatique indo-chinois, par le Dr A. Calmettes, médecin de 1re classe des colonies. In-8 de 25 pages. Prix : 1 fr. 50

Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle, par le Dr A. Bourgeois, 2e édition revue et augmentée. Un volume in-18 de 85 pages. Prix : 1 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTIÈME ANNÉE — N° 50 — 16 DÉCEMBRE 1893

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 15 décembre 1893.

Le baccalauréat moderne et les études médicales.

Dans les nombreux articles que nous avons consacrés à l'examen des réformes qui préoccupent aujourd'hui les maîtres de l'enseignement médical, nous avons toujours insisté sur la nécessité d'imposer à tous les étudiants en médecine les études classiques si bien désignées sous le nom d'*humanités*. Avant de se spécialiser, disions-nous, il importe que ceux qui aspirent au titre de docteur en médecine aient acquis le fonds d'études commun qui fait l'homme bien élevé et lui apprend à écrire, l'éducation philosophique qui lui apprend à penser et les notions de science pure qui donnent à l'esprit la rectitude et la rigueur qui trop souvent lui font défaut.

Nous ne pouvons donc qu'applaudir aux conclusions du rapport que notre éminent maître M. le professeur Potain vient de présenter à la Faculté de médecine de Paris pour demander à M. le ministre de l'Instruction publique que le diplôme du baccalauréat moderne ne puisse permettre l'accès de nos facultés. C'est en excellents termes que M. Potain déclare que le programme de l'enseignement moderne « présente comme préparation aux études de médecine un vice radical... la suppression absolue de l'étude des langues anciennes. C'est une conviction profonde pour la plupart d'entre nous, ajoute-t-il, que la connaissance de ces langues est indispensable au médecin et que leur étude possède une vertu éducatrice qu'on ne saurait trouver à un degré semblable dans aucune des parties de l'enseignement qu'on y voudrait substituer ». Soit pour comprendre le sens et la portée des mots du langage médical, soit pour créer des mots nouveaux, soit enfin pour arriver à écrire correctement, il est nécessaire que le médecin ait passé plusieurs années à ces études classiques dont l'utilité est indéniable au point de vue de la culture de l'esprit.

Au point de vue de l'érudition médicale, de la nécessité de lire dans leur texte les ouvrages des médecins anciens, la question est plus discutable. Une élite de travailleurs pourra toujours se préparer spécialement à ces recherches qui sont peu accessibles à l'immense majorité des médecins et que l'on dédaigne trop aujourd'hui pour que les arguments qui s'appuient sur leur utilité aient quelque chance d'être écoutés.

Nous croyons, au contraire, qu'il serait dangereux de restreindre l'étude des sciences physiques et naturelles, voire même des sciences mathématiques. S'il est vrai, comme le dit M. Potain, que les applications de ces sciences à la médecine seront toujours en petit nombre et que l'esprit médical ne gagnera jamais à devenir plus spécialement géométrique, il ne nous paraît pas contestable que l'étude des problèmes mathématiques n'est pas indifférente au point de vue de l'éducation générale des étudiants en médecine.

La précision des sciences pures, la nécessité d'astreindre son esprit à suivre une méthode analytique rigoureuse ne sont pas indifférentes lorsqu'il s'agit non pas de poursuivre longuement des études ardues, mais de former de jeunes intelligences à une discipline pédagogique bien comprise.

L'utilité des études classiques complètes telles que les comprennent aujourd'hui les maîtres de l'enseignement secondaire ne résulte pas, en effet, on ne saurait trop le répéter, de la somme des connaissances acquises durant sept ou huit années, mais bien de la préparation intellectuelle des élèves. Et c'est pourquoi nous applaudissons aux conclusions du rapport de M. Potain : « Le médecin, dit-il, est, par sa profession, destiné à prescrire, à conseiller, à commander parfois au nom de l'hygiène. Il ne peut le faire avec autorité qu'en raison d'une instruction supérieure et il importe à tous qu'il puisse le faire. Tout ce qui paraîtra diminuer sa culture intellectuelle portera nécessairement atteinte à son autorité. C'est donc au nom de l'intérêt général que nous avons à demander qu'on n'abaisse pas, ne fût-ce qu'en apparence, le niveau intellectuel du corps médical futur. »

On ne pouvait mieux dire. Mais, nous devons ajouter qu'il ne suffit pas de légiférer en pareille matière ; qu'il faut surtout envisager ces questions au point de vue pratique. Pour que le corps médical futur reste à la

hauteur de sa mission, il importe qu'un temps matériel suffisant lui soit donné pour parfaire ses études classiques, pour consacrer à l'apprentissage des sciences physiques et naturelles une année tout entière, pour donner ensuite aux études médicales proprement dites au moins cinq années consécutives. Cela est-il désormais possible? Nous en doutons. Si donc, chaque année, à l'occasion de chacun des rapports qu'elles envoient au ministre, les facultés de médecine signalaient les impossibilités que crée la loi militaire actuelle ou tout au moins la manière absurde dont cette loi est interprétée, peut-être ce volumineux cahier des doléances médicales arriverait-il un jour à émouvoir l'autorité universitaire et après elle le Parlement. Rien ne sert, en effet, de maintenir ou de modifier les programmes. Il faut pouvoir appliquer les réformes votées. Nous maintenons que, dans l'état actuel de notre législation, un grand nombre de nos étudiants ne pourra pas arriver à satisfaire tout à la fois et à la loi militaire et à la loi universitaire. Il faudra donc bien qu'un jour ou l'autre les facultés le reconnaissent et que leur protestation devienne assez énergique pour pouvoir être écoutée.

L. Lereboullet.

La séance annuelle de l'Académie de médecine.
(*Eloge d'U. Trélat par M. Alph. Guérin*).

Mardi dernier a eu lieu, avec sa pompe accoutumée, dans une salle garnie de dames, selon l'usage, avec des académiciens en grande tenue, comme d'habitude, la séance annuelle de l'Académie de médecine. Et, selon la tradition toujours, nous avons entendu le rapport sur les prix par M. le secrétaire annuel, puis l'éloge de Trélat par M. Alph. Guérin, à qui M. le secrétaire général avait confié cette partie de ses fonctions.

Le rapport des prix est une véritable banquette irlandaise, car il n'est pas aisé d'exposer, surtout à un auditoire de profanes, le résultat des divers concours, les motifs qui ont fait décerner les récompenses aux lauréats. L'an dernier déjà, à « sa première », notre cher maître M. Cadet de Gassicourt avait prouvé qu'il possédait la finesse et la bonhomie nécessaires pour intéresser son auditoire en trouvant de temps à autre des occasions de s'échapper à côté de son sujet. Mardi il s'est de même tiré à son honneur de cette tâche où il serait si facile d'être monotone. Mais surtout chacun sait à quel point M. Cadet de Gassicourt est homme de cœur et de bien, et c'est avec ces qualités que l'on réussit, comme il l'a fait, les quelques lignes de nécrologie qu'il a consacrées à chacun des académiciens morts dans l'année.

L'Académie a été bien inspirée en choisissant Trélat comme sujet de l'éloge qui devait être prononcé cette année, et elle a eu une heureuse pensée en priant M. Alph. Guérin de prononcer ce discours. Après la Société de chirurgie, l'Académie a payé un juste tribut à celui qui savait si bien occuper sa tribune. Après les paroles émues de M. Ch. Monod, un des élèves préférés, nous avons aujourd'hui celles d'un collègue notablement plus ancien, mais lui aussi admirateur du chirurgien éminent, ami de l'homme que nous avons perdu si prématurément.

M. Alph. Guérin a conservé une verdeur remarquable d'idées et d'expressions. Il y a quelques semaines, nos lecteurs ont pu s'en rendre compte par le petit discours qu'il a prononcé à la Société de chirurgie et que nous avons publié *in extenso*. C'est un homme de libre discussion, qui reste tel malgré son grand âge, qui félicite Trélat, jeune chirurgien des hôpitaux, de n'avoir plus « à s'incliner aveuglément devant des opinions douteuses ou erronées de maîtres qui devront le juger » et qui, quoique chirurgien honoraire, reconnaît que « le plus beau jour de la carrière du médecin est celui où il est nommé au Bureau central des hôpitaux », parce que « c'est, pour le jeune savant, le bonheur d'un prisonnier qui vient de recouvrer la liberté. » Aphorismes qui sont monnaie courante pendant les 10 à 12 années qui suivent la nomination audit Bureau central, mais qui s'émoussent ensuite et que peu d'entre nous continuent à professer sur le tard.

Or, Trélat était, au plus haut degré, un de ceux qui en étaient capables. Jusqu'à sa mort, parvenu aux plus hautes situations scientifiques, il fut, lui aussi, homme de libre discussion, et c'est ce côté de son caractère que M. Alph. Guérin a cherché à mettre en lumière. Et nous avons vu revivre notre maître, dans ces leçons si remarquables où il avouait à son auditoire les erreurs qu'il avait pu commettre, pour bien faire comprendre à tous les enseignements que nous devions en tirer après lui; où il montrait par quelles étapes il avait passé avant de se faire sur une question l'opinion qu'il exposait et qu'il ne considérait jamais comme définitive. Il était toujours prêt, au contraire, à modifier ses jugements, à mettre à l'étude les procédés de ses contradicteurs. C'est ainsi que, élevé dans la chirurgie ancienne, il avait su se perfectionner peu à peu dans la chirurgie moderne; et jusqu'à son dernier jour il est resté apte à se modifier.

La rectitude de son esprit était, en effet, parfaite. On s'en rendait vite compte quand, dans une Société savante, il prenait la parole pour ramener sur son vrai terrain une discussion languissante ou déviée. « Toutes les fois que notre collègue prend la parole, dit M. Guérin, il fait preuve d'une dialectique puissante, ingénieuse, pleine de ressources; on dirait qu'il se plaît à trouver des objections à la thèse qu'il soutient, pour montrer avec quelle facilité il s'en débarrasse. C'est toujours l'expression la plus forte qui se présente à son esprit; sa parole chaude et imagée est intéressante..... »

« Il y avait dans Trélat deux hommes très différents : dans les questions scientifiques, il était toujours du côté de la raison et de l'expérience; dans le monde, quand il avait à prendre part à une discussion politique, philosophique ou littéraire, les opinions paradoxales ne lui déplaisaient pas, il n'était pas fâché de ne pas penser comme tout le monde. C'est que le paradoxe est la plateforme la plus ordinaire des hommes d'esprit. Ce n'est pas en émettant des idées de toute évidence que l'on peut provoquer une discussion, et les controverses, le champ clos, où brillent les hommes prompts à la répartie, ceux que rien n'embarrasse, et qui trouvent dans les ressources de leur esprit des réponses spirituelles et inattendues.

» Trélat était toujours prêt à la riposte; si parfois il hésitait, il ne tardait pas à reprendre l'offensive, et son contradicteur, pour employer une expression consacrée, ne perdait rien pour avoir attendu. »

On a dit déjà bien des fois, depuis la mort de Trélat, qu'il ne serait pas remplacé facilement dans les corps savants auxquels il a appartenu. A la Société de chirurgie, par exemple, il était resté assidu aux séances, ne s'effrayant d'aucun progrès, d'aucune audace, et faisant toutefois entendre aux « jeunes », pour qui sa bienveillance était extrême, les conseils d'un chirurgien instruit, d'un clinicien particulièrement expérimenté, d'un opérateur remarquablement habile.

Ce rôle important, il l'a rempli jusqu'à sa mort avec la même lucidité, et M. Alph. Guérin a eu raison de le mettre en relief dans une péroraison que nous sommes heureux de citer tout entière :

« C'est dans toute la force de sa vie intellectuelle que Trélat nous a quittés : il était destiné à garder dans un âge avancé la vigueur de l'esprit qui va droit au but et ne s'attarde pas aux détours de la pensée, écueil de la vieillesse. On peut dire qu'il est mort jeune, oui jeune, malgré ses 61 ans, sans avoir réalisé toutes ses espérances.

» Professeur à l'Ecole de médecine depuis une vingtaine d'années, trouvant à son foyer une grande intelligence répondant à la sienne, des enfants aimés, le culte des arts qui reposent l'esprit, élèvent l'âme et soulagent les cœurs ulcérés, il eût dû vivre heureux ; mais l'amour de la science reste inassouvi, et laisse en nous une tristesse qui se traduisait chez notre ami par des froncements de sourcils et des mouvements nerveux qui étaient en contradiction avec sa tendresse. Trélat était plus affectueux qu'il ne le laissait voir.

» Les hommes qui dissimulent ainsi ce qu'il y a de meilleur en eux, sont ordinairement moins entourés que les flatteurs qui, doués d'une magnifique indifférence pour autrui, se prodiguent en protestations d'affection et de dévouement. Ce n'est qu'après leur mort que, mettant dans la balance les manifestations nerveuses et les qualités, on se rend compte de ce qu'il y avait en eux d'affection et d'élévation d'âme.

» Un de ses amis a donné en quelques paroles la synthèse de son existence : « sa nature inquiète, toujours en » quête du mieux, lui avait refusé cette sereine philosophie » qui n'attend de la vie que ce qu'elle peut donner ; il » aimait la vie, et il n'en a pas joui. »

« Quand, par de longues méditations, on s'est initié aux pensées d'un homme que l'on a longtemps aimé et admiré ; à force de se remémorer ses travaux, son talent de parole, sa physionomie, sa voix, on finit par entrer avec lui en une sorte de communion dans l'infini, il se passe en nous quelque chose de semblable au phénomène assez fréquent des femmes pieuses qui, dans leur religieuse exaltation, se figurent qu'elles confèrent avec Dieu.

» A la fin de cette étude, je revois Trélat vivant. Je l'aperçois descendant les degrés qui conduisent à la place qu'il occupait : l'oreille tendue, la figure anxieuse, il cherche à comprendre ce qui est en discussion... il a compris, il demande la parole ; il va parler...

» Hélas! ce n'est qu'une illusion ! sa parole vibrante ne se fera plus entendre à cette tribune où il captivait son auditoire, et je suis impuissant à donner une idée de son éloquence à ceux d'entre nous qui ne l'ont pas entendu ici. »

A. Broca.

REVUE GÉNÉRALE

La pathologie cellulaire et les théories de l'immunité.

I. — L'immunité naturelle à l'égard de certaines maladies virulentes, de même que l'immunité acquise qui résulte d'une première atteinte pour la plupart d'entre elles, sont connues l'une et l'autre depuis fort longtemps, l'observation clinique ayant suffi à établir la réalité de leur existence ; mais ce n'est que depuis les transformations profondes que les recherches bactériologiques ont fait subir à cette partie de la pathologie générale, qu'on s'est préoccupé de pénétrer le mécanisme et la nature intime de cette immunité.

C'est presque exclusivement aux recherches expérimentales qu'on s'est adressé pour résoudre ce problème, les données de l'histologie et même celles de la physiologie générale n'ont joué là qu'un rôle très effacé. On ne saurait cependant méconnaître le rôle prédominant des cellules dans la physiologie normale et pathologique de l'organisme, et il importe de mettre d'accord les données de l'expérimentation avec celles de la pathologie cellulaire, telle que la clinique et l'anatomie pathologique nous permettent de la constituer et de la comprendre.

C'est à ce point de vue spécial que je me propose de résumer, dans cette Revue, les diverses théories qui ont été émises pour expliquer l'immunité ; leur énumération me conduira à en formuler une à mon tour, que je me permets de proposer, bien qu'elle n'ait aucune base expérimentale, et qu'elle ne repose que sur la manière personnelle dont je comprends la pathologie cellulaire elle-même.

A toute époque d'ailleurs, plus ou moins inconsciemment, la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, et les expérimentateurs eux-mêmes, n'ont pu se soustraire complètement aux doctrines régnantes en anatomie générale, et celles-ci ont toujours exercé une grande influence sur les théories émises.

C'est ainsi que la doctrine de la diapédèse de Cohnheim, de même que la notion généralement admise de l'indifférence cellulaire, et celle de l'équivalence des divers protoplasmas qui en est le corollaire naturel, se retrouvent à la base de toutes les théories qui accordent une place aux éléments anatomiques de l'organisme.

Cette notion domine encore aujourd'hui la pathologie cellulaire, comme elle domine l'histologie depuis son origine ; pour ma part, au contraire, et depuis longtemps déjà, j'oppose à l'indifférence cellulaire la notion de la spécificité étroite des éléments anatomiques ; j'ai la satisfaction de constater que, malgré le silence volontaire que la plupart des histologistes affectent à son égard dans leurs publications, la notion de la spécificité cellulaire a fait des progrès un peu lents, mais très réels, dans les esprits des nouvelles générations scientifiques. Sans rappeler ici les diverses données sur lesquelles repose cette manière de voir, je me contenterai d'examiner, au cours de cette Revue, comment cette notion de la spécificité cellulaire peut s'accorder avec les progrès réalisés ou les données admises dans la question de l'immunité, et de montrer en même temps quelle lumière elle peut apporter à son tour dans le débat.

J'ai déjà montré, dans une série de mémoires antérieurs, que la notion de la spécificité cellulaire n'avait pas un intérêt purement spéculatif, qu'elle était de nature à refondre la pathologie cellulaire sur de nouvelles bases, et à imposer de profondes modifications à bien des chapitres de l'anatomie pathologique générale et de la pathologie elle-même.

Cette notion est née pour moi de mes études sur les tumeurs, et elle m'a permis, comme premier résultat, de formuler, pour cet ordre de productions pathologiques, une conception et une classification générales, radicalement différentes de celles qui régnaient sans conteste dans la science. Je suis convaincu que cette même notion peut permettre de réaliser des progrès analogues dans la conception et dans le classement des maladies virulentes; elle peut apporter une aide efficace à l'observation clinique et à l'expérimentation elle-même; elle peut notamment mettre en garde contre certaines causes d'erreur de cette dernière et en corriger quelques conclusions hâtives ou injustifiées.

Dans un mémoire qui date déjà de sept ans (1), j'ai exposé les données générales qui me paraissent dominer l'anatomie pathologique des lésions virulentes; aujourd'hui, après cette période de temps, bien longue pour une pareille question, dont les transformations rapides au point de vue purement microbiologique et expérimental ont abouti à de véritables bouleversements, je n'ai rien à changer aux grandes lignes de cette première étude et je reste convaincu qu'elle répond à la réalité des faits d'observation.

Il est vrai qu'à côté de la spécificité des protoplasmas cellulaires, ma manière de voir proclame aussi la spécificité de nature et d'action des divers virus, spécificité que la microbiologie expérimentale s'efforce actuellement de détruire, après avoir paru en fournir dans ses premières années la démonstration définitive.

La clinique, l'épidémiologie, l'anatomie pathologique éclairée par la spécificité cellulaire, me paraissent justifier la fidélité à la doctrine de la spécificité des virus; l'avenir se chargera de mettre en lumière les causes d'erreur qui ont pu engendrer un désaccord, sur ce point, entre les données de l'observation clinique et anatomique et celles de l'expérimentation microbiologique.

La grande majorité des maladies infectieuses s'accompagnent de lésions anatomo-pathologiques qui leur sont propres, et qui permettent aux cliniciens de les reconnaître et de les classer. L'étude de ces lésions m'a permis de mettre en évidence en elles une spécificité étroite de localisation et d'évolution, qui ne peut s'expliquer que par la spécificité initiale de leurs causes productrices. Les notions, que la spécificité cellulaire peut introduire dans la question de l'immunité, découlent en grande partie de celles qu'elle a apportées dans l'étude des lésions virulentes; aussi est-il nécessaire de rappeler sommairement les conclusions qui ressortent de mes recherches sur ce point, et qui ont été exposées avec détails dans le mémoire cité plus haut.

Pour moi, et en se plaçant au point de vue anatomo-pathologique, il y a lieu de distinguer nettement deux classes de maladies infectieuses :

En premier lieu, les septicémies qui sont liées, comme le charbon, à la simple pullulation d'un microbe dans les humeurs de l'organisme, et dans lesquelles tous les symptômes sont le fait direct ou indirect de cette pullulation même, sans qu'il y ait production de lésions caractérisées des éléments solides.

En second lieu, les maladies virulentes proprement dites, comme par exemple la variole, infiniment plus complexes, plus nettement individualisées et dans lesquelles une lésion anatomique bien définie, très caractéristique, donne à l'affection une physionomie propre, très éloignée de la banalité des affections du premier groupe.

C'est de ce second groupe seul que je me suis occupé, parce que seul il relève de l'anatomie pathologique à laquelle le premier échappe par l'absence ou le peu d'importance de ses lésions anatomiques solidiennes. C'est lui seul que j'ai eu en vue dans mes recherches antérieures, c'est encore de lui seul que je me propose de m'occuper dans ce mémoire.

L'étude et l'interprétation générale des lésions anatomiques m'ont conduit à reconnaître que les virus de cette seconde série devaient être considérés comme des ferments des protoplasmas cellulaires. Le caractère essentiel de leur action pathogène est une sorte de décomposition chimique du protoplasma vivant, comparable de tous points aux décompositions analogues des substances organiques dans les fermentations étudiées en chimie. Comme dans ces dernières la fermentation virulente des protoplasmas donne naissance à deux ordres de produits : les uns relativement fixes, que l'observation anatomique retrouve et étudie en place au siège même de la lésion; les autres, diffusibles, qui pénètrent dans l'économie pour engendrer les symptômes morbides multiples, et les lésions secondaires banales, dont l'ensemble contribue à donner à la maladie sa physionomie propre; les premières substances sont comparables à l'alcool, les secondes à l'acide carbonique des fermentations alcooliques des matières sucrées.

La spécificité d'action de ces virus ferments protoplasmiques se révèle, en premier lieu, par les caractères très spéciaux du mode fermentatif qui est propre à chacun d'eux, et, en second lieu, donnée plus importante encore, par ce fait que chaque virus n'est apte à faire fermenter qu'une seule espèce cellulaire, tandis qu'il reste inoffensif pour toutes les autres, douées à son égard d'une sorte d'invulnérabilité naturelle. Dans le mémoire indiqué plus haut, j'ai exprimé cette double notion dans la formule suivante : « Pour chaque parasite considéré, la fermentation est non seulement typique dans son mode dégénératif, mais encore elle porte sur un élément cellulaire toujours le même, et cette spécificité d'action du parasite sur une espèce cellulaire est précisément la raison d'être et l'explication de la localisation clinique de la maladie dont il est l'agent. »

Par contre, les produits diffusibles de la fermentation, absorbés par la circulation, provoquent à distance des phénomènes morbides, des lésions anatomiques, plus ou moins spéciaux, mais qui ne possèdent plus ni la spécificité étroite, ni la localisation cellulaire restreinte des virus eux-mêmes.

Il importe de remarquer qu'au moment où ce mémoire a été écrit, les produits solubles microbiens n'étaient pas encore nés, et que, dans ma manière de voir, il n'y a pas de confusion à établir entre les produits nocifs nés du protoplasma sous l'influence de la fermentation, et les toxines dont on attribue la sécrétion aux microbes eux-mêmes. De même je n'ai pas eu à me demander quel est le mécanisme d'action des microbes pour produire la fermentation protoplasmique; la fermentation est-elle le fait de leur action personnelle, ou le ferment est-il sécrété par eux? Ces virus sont-ils même bien réellement tous de nature microbienne? Peu importe, il me suffit de savoir, et là se limite mon affirmation, que le mécanisme pathogénique de la maladie est une fermentation protoplasmique, spécifique dans les termes indiqués plus haut.

Cet exposé sommaire de ma manière de voir était nécessaire pour comprendre les considérations qui vont suivre.

II. — Dans l'interprétation du mécanisme de l'immunité, on retrouve aux prises, sous des formes seulement plus modernes, les vieilles tendances du solidisme et de l'humorisme anciens. Suivant les périodes, les théories rapportent l'influence prépondérante, ou même unique, tantôt aux liquides, tantôt aux tissus de l'organisme.

Au début des recherches microbiologiques, les éléments

(1) L. Bard. Des caractères anatomo-pathologiques généraux des lésions de cause microbienne, *Arch. de phys.*, 1887, p. 99.

solides, les cellules, ont paru des quantités négligeables, et c'est aux liquides de l'économie, sang, lymphe ou sérosités, que l'on accordait une importance exclusive. Peut-être ce point de vue un peu étroit est-il résulté tout naturellement de ce fait que la première maladie qui a été l'objet des études expérimentales rigoureuses, le charbon, était précisément une maladie du sang lui-même, sans localisation anatomique notable; de là une généralisation un peu hâtive aux maladies virulentes d'une tout autre catégorie. Peut-être faut-il aussi en accuser un peu ce fait que les premiers chefs de l'école expérimentale, Pasteur et Chauveau, étaient l'un un chimiste, l'autre un physiologiste, peu prédisposés par leurs études antérieures à faire une large part aux éléments cellulaires eux-mêmes.

Quoi qu'il en soit, les premières théories ont été purement liquidiennes, dominées par le point de vue chimique.

Au début on croyait à l'action pathogène directe des microbes; les théories de l'immunité ne visent alors que l'arrêt de leur développement.

Telle est la théorie de l'épuisement des substances nutritives, la première en date, due à Pasteur lui-même; plus tard on fait intervenir les substances sécrétées par les microbes, et l'influence empêchante de ces dernières; c'est d'abord la théorie dite de la substance ajoutée ou du contre-poison, proposée par Chauveau, et à laquelle, après une longue opposition, Pasteur a fini par se rallier.

Plus tard encore, quand le rôle des produits solubles s'est substitué dans la pathogénie à l'action directe des microbes, les théories liquidiennes de l'immunité leur font une place à leur tour; alors naît la théorie des antitoxines, due à Behring et Kitasato, dans laquelle on attribue l'immunité, non plus à l'existence d'une substance antiseptique capable de s'opposer au développement du microbe lui-même, mais à l'existence de substances capables de détruire les sécrétions toxiques de ce dernier, et par là de faire disparaître son action pathogène.

L'état bactéricide des humeurs, tel que l'admet aujourd'hui M. le professeur Bouchard, se rattache bien en quelque mesure aux théories chimiques de l'immunité, et en particulier à celle du contre-poison de Chauveau, mais il en diffère considérablement par ce double fait, d'une part, que Bouchard n'en fait qu'un des facteurs de l'immunité sans lui reconnaître une influence exclusive, et, d'autre part, qu'il subordonne à des fonctionnements cellulaires la production, et surtout le maintien, de cet état bactéricide des humeurs.

III. — Dès le début, en Allemagne, les recherches expérimentales se poursuivent surtout dans les laboratoires d'anatomie pathologique, aussi le rôle et l'importance des modifications cellulaires, méconnues en France, sont au contraire affirmées de bonne heure par les Allemands. Dans un discours au Congrès de Copenhague (1884), Virchow déclarait hautement que dans la nouvelle lutte engagée entre les microbes et les cellules, c'est à ces dernières que resterait la victoire; toutefois, il se borne à cette sorte de déclaration de principes, et ne formule pas de théorie de la guérison ni de l'immunité dans les maladies virulentes.

Nous retrouvons pour les théories cellulaires de l'immunité les mêmes phases que pour les théories chimiques, en rapport également avec les modifications de la doctrine pathogénique. Les premières théories cellulaires de l'immunité ne visent que la résistance des cellules aux microbes eux-mêmes, ce n'est que plus tard qu'elles tiendront compte des produits solubles.

Grawitz se contente d'invoquer l'augmentation de la vitalité des cellules, ce facteur incontestable des variations de la réceptivité individuelle, mais dont l'intervention ne se comprend guère pour expliquer l'immunité déjà acquise au déclin d'une maladie grave.

Toussaint avait déjà invoqué l'irritation des voies lymphatiques, créant des barrières sur les voies d'absorption, théorie acceptable tout au plus pour quelques cas particuliers d'immunité locale.

Büchner (1) invoque des modifications anatomiques des organes ou des tissus exposés à l'action des agents virulents, modifications de nature inflammatoire, qui empêchent ces derniers de s'implanter dans les tissus qui en sont atteints. Cette idée théorique le conduisait jusqu'à conseiller l'emploi, comme moyens prophylactiques contre les maladies infectieuses, de substances capables de produire sur les tissus des effets inflammatoires, comme l'arsenic, l'antimoine ou le phosphore.

Duclaux pense, au contraire, qu'il s'agit d'une modification physiologique des éléments vivants, héréditaire, et comparable aux modifications héréditaires de l'activité des agents virulents eux-mêmes.

Roger, sans se prononcer sur le mécanisme de cette résistance, démontre expérimentalement, à propos du charbon symptomatique, que, dans les corps des vaccinés, les éléments solides des tissus possèdent un état qui s'oppose à l'établissement des effets habituels du virus.

La plus célèbre et la plus à la mode des théories cellulaires de l'immunité est celle de Metchnikoff, qui attribue le rôle principal sinon exclusif à la phagocytose, c'est-à-dire à l'absorption et à la digestion des microbes par les globules blancs et quelques autres cellules auxiliaires; une première atteinte excite les phagocytes à la lutte, et ceux-ci gardent une plus grande efficacité contre les atteintes ultérieures.

Rodet, après une revue des théories chimiques et cellulaires (2), concluait en 1888 que « l'immunité naturelle est une résistance dont il faut chercher le mécanisme dans les éléments cellulaires »; mais il ne cherche pas à préciser davantage la nature de cette résistance.

Wolff (3), en 1891, émet l'hypothèse que chaque organisme ne possède qu'un nombre limité de cellules disposées à l'infection; les cellules disposées étant détruites par une première infection, l'affection ne peut plus récidiver, faute d'éléments sur lesquels elle puisse s'exercer; il peut y avoir des degrés dans la disposition des cellules à l'infection, d'où la possibilité de vaccinations successives dont les effets sont de plus en plus atténués. La théorie de Wolff n'est qu'une réédition de la théorie de l'épuisement, appliquée aux cellules au lieu de l'être aux humeurs.

Hankin et Kanthack (4) attribuent l'immunité à la présence dans les humeurs de substances antiseptiques, des alexines, sécrétées par certaines cellules, les alexocytes, qui ne seraient autres que les leucocytes à granulations éosinophiles; cette théorie descend en droite ligne de celle du contre-poison, et ne diffère de celle de Chauveau que par ce fait que le rôle sécrétoire du contre-poison est dévolu aux cellules de l'organisme, au lieu de l'être aux microbes eux-mêmes.

D'autres théories cellulaires accordent une place aux produits solubles sécrétés par les microbes. C'est d'abord la théorie dite de l'accoutumance, ou du mithridatisme, déjà ancienne, qui invoque l'absence de sensibilité des cellules à l'égard des produits toxiques microbiens, auxquels elles se sont accoutumées par une première atteinte.

(1) Eine neue Theorie zur Erziehung von Immanitæt, 1883.

(2) Rodet, L'atténuation des virus; les inoculations vaccinales, *Revue de médecine*, 1888.

(3) G. Wolff, Ein Erklærungsversuch der erworbenen Immunitæt gegen Infectionskrankheiten. *Centr. für path. Anat.* 1891. p. 44).

(4) Voir Metchnikoff, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1893, p. 50

Cette théorie est l'analogue pour les tissus solides à la théorie de l'antitoxine pour les humeurs.

La phagocytose elle-même s'est modifiée pour tenir compte des produits solubles; la chimiotaxie, soutenue par Massart et Bordet, vient à son aide, pour expliquer l'attraction et l'empressement des phagocytes dans certains cas, leur répulsion et leur impuissance dans certains autres; suivant les qualités des substances sécrétées qui possèdent des propriétés chimiotaxiques, tantôt positives, tantôt négatives, c'est-à-dire capables tantôt d'attirer tantôt de repousser les leucocytes.

IV. — Le conflit entre les théories solidiennes et les théories liquidiennes devrait ouvrir naturellement la porte à l'éclectisme. La conception actuellement régnante est, en effet, comme on pouvait s'y attendre, sagement éclectique; on y fait une part plus ou moins large à la fois aux éléments cellulaires et aux modifications de liquides.

Les auteurs qui accordent une place importante aux cellules sont aujourd'hui de beaucoup les plus nombreux; par contre, tous ne comprennent pas de la même manière le mécanisme des résistances cellulaires, et on ne s'accorde guère que pour reconnaître que la question est encore très obscure et n'est pas susceptible de conclusions rigoureuses. Ziegler (1) déclare nettement que le moment n'est pas encore venu de formuler une théorie générale, que l'on peut tout au plus expliquer quelques cas, et que le mécanisme de l'immunité doit être très complexe et variable suivant les cas.

Pour rendre compte des tendances qui dominent actuellement le débat, il me suffira de citer deux opinions, qui résument à peu près en elles toutes les autres, et qui participent de la haute autorité de ceux qui les ont émises :

Pour Arloing (2) « l'état de vacciné, ou l'immunité, résulte de la vaccination de chaque cellule de l'organisme; mais, à l'heure actuelle, nous ne saurions dire en quoi consiste la modification subie par les éléments vaccinés. Cette modification peut être nutritive ou dynamique; mais puisque les microbes ne pullulent pas chez les vaccinés, il faut que les éléments anatomiques modifiés retentissent à leur tour sur la composition du milieu intérieur. »

Il se peut encore que l'immunité naturelle résulte simplement de l'inaptitude naturelle des organismes à ressentir les effets des produits amorphes sécrétés par les microbes.

Pour lui, « l'hypothèse occupe encore une large place dans ces conclusions. »

Bouchard formule une conception un peu plus complexe, et qui tient compte des divers résultats acceptés par les expérimentateurs; Charrin la résume ainsi dans sa revue la plus récente (3) :

« L'imprégnation de l'organisme par les toxines modifie la nutrition; une des conséquences de cette modification aboutit à la formation par nos cellules de principes bactéricides. Lorsque le microbe pénètre à nouveau dans ces humeurs, ces principes l'affaiblissent, il ne donne pas naissance à la totalité de ses sécrétions ou, du moins, s'il les fabrique, il ne les engendre pas en quantité voulue. Parmi les toxines qui font défaut, il en est qui resserrent les capillaires; ces toxines absentes, les vaisseaux se dilatent, dès lors, les leucocytes sortent librement, les phagocytes accourent et la destruction commence. »

V. — Toutes les théories qui précèdent reposent sur des faits d'ordre microbiologique et expérimental; le procédé schématique d'études est le suivant : on vaccine un animal par une injection de cultures microbiennes ou de produits solubles, le plus souvent obtenus par filtration, et on étudie son immunité à l'égard de l'injection sous-cutanée des cultures virulentes.

Une pareille base peut paraître absolument inattaquable dans l'état actuel des croyances scientifiques, mais les conclusions basées sur ces faits expérimentaux ont-elles bien la portée générale qu'on veut leur donner? Il est encore permis d'en douter.

Un postulatum plus ou moins explicitement formulé, et accepté comme un axiome, est à la base de cette discussion, c'est celui de l'unité générale des affections virulentes et de leur nature microbienne univoque. La physiologie pathologique des maladies infectieuses actuellement admise est des plus simples; elle se résume dans la pullulation des microbes, dans la production par eux de produits solubles des plus variés et d'une richesse vraiment prodigieuse, et dans l'action pathogène de ces derniers sur l'organisme. On ne fait aucune distinction fondamentale entre les maladies à infection générale sans lésions anatomiques propres, et celles qui se révèlent par des lésions nettes et caractéristiques; pure question de degré dans la virulence, déclare-t-on.

L'anatomie pathologique et la clinique me paraissent, au contraire, imposer la séparation de ces deux groupes de maladies infectieuses; j'ai indiqué plus haut la conception particulière du mécanisme pathogénique des maladies virulentes, à laquelle j'ai été conduit, il y a longtemps déjà, par mes recherches anatomiques; ma manière de voir étant basée sur l'anatomie pathologique seule, n'a, d'ailleurs, guère réussi à attirer l'attention, uniquement absorbée par les recherches d'expérimentation pure.

La distinction fondamentale que je défends a été d'autant plus facilement méconnue par les expérimentateurs que la maladie type, celle qui a servi aux premiers travaux, et qui a permis d'obtenir les résultats si parfaits qui devaient emporter la conviction et fonder avec éclat la bactériologie, le charbon, appartenait précisément au groupe des septicémies sans lésions solidiennes fermentatives. Il paraît en être de même de presque toutes les maladies expérimentales, que l'on obtient chez les animaux avec les quelques espèces microbiennes qui servent de base aux travaux de tous les expérimentateurs.

Les affections du second groupe, jusqu'à présent tout au moins, ont échappé pour la plupart à l'expérimentation, soit par l'échec de toutes les recherches faites pour isoler leur agent pathogène, soit par le défaut de réceptivité à leur égard des espèces animales.

Les données de physiologie pathologique qui précèdent n'ont pas un simple intérêt théorique et spéculatif; il est facile de comprendre, sans qu'il y ait besoin d'y insister, qu'elles dominent les problèmes que soulèvent les maladies infectieuses, et, parmi eux, celui de la nature de l'immunité, qui est un des plus importants.

Les affections du premier groupe échappent aux déductions basées sur l'anatomie pathologique, par l'absence même de lésions qui leur soient propres; par suite la pathologie cellulaire n'apporte aucune contribution sérieuse à l'étude de leur immunité.

Par contre, l'expérimentation à son tour est un peu désarmée pour la solution des problèmes que soulèvent l'infection et l'immunité dans le groupe des maladies virulentes proprement dites, celles-ci ressortissent au domaine de la pathologie cellulaire et c'est pour elles que j'avais formulé la théorie pathogénique particulière que j'ai rappelée au début de cette revue.

(1) Ziegler, Uber die Ursache und das Wesen der Immunitæt der menschlichen Organismus gegen Infectionskrankheiten, *Beitr. zur path. Anat.*, 1890, p. 419.

(2) Arloing, Les Virus, 1891, p. 275.

(3) Charrin, L'Immunité, *Archives de physiologie*, 1893, p. 586.

Dans les affections virulentes à lésion anatomique spécifique, une seule espèce cellulaire subit les atteintes du virus, pendant que les autres espèces sont réfractaires, il en résulte que l'immunité acquise par une première atteinte doit être cherchée uniquement dans une modification de cette espèce cellulaire.

Sans doute, le problème n'est pas résolu pour cela, et il est nécessaire ensuite d'aller plus loin, et de chercher à déterminer la nature de cette modification cellulaire; il n'est pas indifférent cependant de pouvoir limiter le champ des recherches et de circonscrire le problème. Pour ce groupe particulier d'affections, l'immunité résulte, comme le veut Arloing, d'une vaccination cellulaire, non pas toutefois comme il le dit : « de la vaccination de chaque cellule de l'organisme », mais simplement de la vaccination de chaque cellule de l'espèce cellulaire susceptible par rapport au virus considéré.

La différence de ces deux manières de voir résulte d'ailleurs tout entière de la notion qu'on adopte sur la nature et le degré des différenciations cellulaires : simples adaptations d'un protoplasma unique suivant les classiques, différences radicales et spécifiques d'après mes recherches.

La variabilité de la réceptivité des cellules en regard des virus n'est qu'une des multiples conséquences de leur spécificité originelle et de leurs différences vitales essentielles. A tous les points de vue, il y a beaucoup plus de différences fondamentales entre les diverses espèces cellulaires d'un même organisme, qu'entre les variétés d'une même espèce cellulaire appartenant à des espèces animales différentes ; la réceptivité des cellules à l'égard des virus contribue à l'établir ; c'est ainsi, par exemple, que le virus variolique ne frappe chez l'homme que les cellules épidermiques, alors qu'il peut frapper les cellules épidermiques de plusieurs espèces animales.

On comprend ainsi qu'il est inutile, pour expliquer l'immunité contre la variole, de supposer une vaccination des autres espèces cellulaires, puisque celles-ci possédaient originellement une immunité naturelle; en d'autres termes, il suffit, dans l'exemple choisi, que les cellules épidermiques soient vaccinées pour que tout l'organisme le soit, puisque c'était là, à ce point de vue, son seul point vulnérable.

La même manière de voir s'applique à toutes les maladies offrant un caractère pathogénique analogue, c'est-à-dire constituées essentiellement par une fermentation spécifique et limitée à une espèce cellulaire.

VI. — Il est vrai, et je l'avoue, que cette conception ne repose que sur des déductions basées sur une loi anatomo-pathologique née de l'observation seule, appui bien modeste par le temps qui court; j'aurais voulu lui apporter la consécration expérimentale, seule capable dans la phase actuelle d'entraîner la conviction du plus grand nombre ; malheureusement, bien qu'il m'ait été facile de concevoir un plan expérimental propre à cette démonstration, j'ai rencontré des difficultés préalables qui en ont empêché la réalisation. D'autres pourraient être plus heureux en reprenant la question sur les mêmes bases, et c'est pourquoi je crois qu'il vaut la peine, malgré leur insuccès, d'exposer les tentatives que j'ai faites dans cette voie, il y a plus de trois ans déjà.

Les expériences que je voulais entreprendre m'obligeaient à choisir pour objet d'étude une affection qui réunît simultanément trois conditions : en premier lieu, de produire une fermentation typique et localisée à une seule espèce cellulaire; en second lieu, d'être transmissible aux animaux; et enfin, de porter sur une espèce cellulaire qui fût susceptible d'être greffée sur un animal similaire et d'y vivre après transplantation.

La vaccine répondait à ces trois désidérata ; restait à trouver un animal moins coûteux et plus maniable que le veau dont on se sert dans les instituts vaccinaux, ou que la chèvre que l'on sait aussi être facilement vaccinable. Dans ce but, je commençai d'abord quelques expériences sur le lapin, avec l'intention de vérifier la réceptivité de cet animal pour la vaccine (1) et, après avoir constaté son existence, d'étudier chez lui l'évolution de cette affection, pour pouvoir me servir de lui pour les expériences que j'avais projetées sur l'immunité vaccinale. La réceptivité du lapin pour la vaccine s'étant montrée, sinon parfaite, du moins suffisante pour le but que je poursuivais, j'entrepris la réalisation de mon plan expérimental.

Pour cela, je pratiquai une double autoplastie, en greffant sur un lapin vacciné un lambeau de peau de lapin indemne, et réciproquement. Je me proposais, les greffes une fois réussies, et les lambeaux bien vivants, d'étudier le degré d'immunité vis-à-vis de la vaccine de ces lambeaux cutanés eux-mêmes ; la greffe n'était entreprise que plusieurs semaines après la vaccination du sujet choisi, pour se trouver en présence de l'immunité seule, et non plus en présence du virus encore en évolution dans l'organisme. Si la vaccination était, comme je le crois, une vaccination localisée aux cellules épidermiques, transmissible par hérédité aux cellules nouvelles de ce tissu, mais indépendante des propriétés du sang ou des humeurs du sujet, il devait arriver que la peau du lambeau, emprunté à un sujet sain, devait conserver son aptitude à être vaccinée avec succès, malgré l'immunité de l'animal porte-greffe ; inversement, la peau du lambeau venu du sujet vacciné devait conserver son immunité malgré la réceptivité du porteur. On comprend que les résultats devaient être inverses si l'immunité était indépendante de la peau et liée aux propriétés des humeurs ou des leucocytes; dans cette seconde hypothèse, les lambeaux cutanés greffés devaient rapidement subir l'influence du porteur et participer à sa réceptivité ou à son immunité propre (2).

Malheureusement l'expérience exigeait le succès préalable des greffes cutanées, et, malgré tous nos efforts, elles ont échoué complètement. Mon collègue et ami M. Jaboulay avait bien voulu me prêter son concours opératoire, et, malgré son habileté chirurgicale bien connue, tous nos lambeaux ont succombé. Nous parvenions facilement à éviter le pus, à obtenir des réunions par première intention, mais le lambeau ne prenait aucune vitalité et ne tardait pas à subir une nécrose sèche. En vain nous avons choisi de jeunes sujets de la même portée ; nous les avons accouplés pour faire des greffes avec pédicules ; nous avons varié les régions, de nombreuses tentatives ont eu le même résultat.

Découragé, j'ai abandonné la partie, d'autant plus facilement que les résultats obtenus par Paul Bert, dans ses greffes cutanées, n'étaient pas plus encourageants. Cet auteur avait obtenu facilement le succès de greffes dermo-épidermiques au porteur, mais il avait toujours échoué dans les transplantations de sujet à sujet, sauf sur les rats blancs de quelques jours et à l'aide de ce

(1) BARD et LECLERC, De la réceptivité du lapin pour la vaccine (*Gazette hebdomadaire de Médecine*, 1891, p. 81).

(2) Rien ne prouve d'ailleurs, dans les faits expérimentaux actuellement connus, que la théorie de l'immunité par les modifications des humeurs soit applicable à la vaccine; bien au contraire. Chauveau d'abord, Straus plus tard n'ont pas réussi à vacciner par la transfusion du sang de vacciné. Janson a échoué dans ses tentatives pour donner l'immunité par des injections de sérosité vaccinale stérilisée ou de sérum d'animal vacciné. (Versuche zur Erlangung künstlicher Immunitæt bei Variola vaccina, *Centralblatt für Bacteriologie*, 1891, p. 40.) Il en a été de même dans les expériences plus récentes de Kramer et Boyce (*Bulletin médical*, 1893, p. 1003).

qu'il a appelé des greffes siamoises. Le rat blanc s'était montré réfractaire à la vaccine, et d'ailleurs la nécessité de vacciner un des sujets de l'expérience, et d'attendre sa guérison complète avant de la commencer, eût suffi à laisser échapper le moment propice et par suite à empêcher de recourir à ce procédé. Peut-être eussé-je été plus heureux avec un autre animal, et ai-je eu tort de me décourager trop vite ; quoi qu'il en soit, ces tentatives remontent à trois ans et je ne les ai pas recommencées depuis.

On sait que les greffes de lambeaux dermo-épidermiques réussissent assez bien chez l'homme ; c'est sans doute de ce côté que pourra venir la confirmation ou l'infirmation expérimentales de ma manière de voir ; je n'ai pas eu l'occasion de l'établir moi-même, mais je souhaite que cette occasion se présente un jour à mon observation, ou que quelque autre, ayant connaissance de cette idée, veuille bien entreprendre cette vérification, quand le hasard lui en fournira les éléments. Il suffirait de vacciner, assez longtemps avant l'opération, un seul des sujets, pour lui donner l'immunité, en épargnant celui qui paraîtrait avoir le plus de chances d'être indemne. L'idéal serait qu'un des sujets n'eût jamais été vacciné ; à défaut, dans certaines conditions, il pourrait suffire de rencontrer une greffe dermo-épidermique bien réussie, et de vacciner, d'une part le porteur, sur le lambeau et en dehors de lui, d'autre part le sujet qui a fourni la greffe, et de comparer les résultats. Aucune conclusion ne sera possible si les deux sujets sont également indemnes ou réceptifs, mais, si l'un d'eux possède l'immunité et l'autre non, on pourra voir si le lambeau a suivi le sort de celui qui le porte ou de celui qui l'a fourni.

Des expériences similaires pourraient peut-être être tentées avec l'une des affections virulentes propres aux animaux, si celle-ci réunissait d'autre part les trois conditions que j'ai indiquées plus haut ; je n'ai pas assez de connaissances vétérinaires pour savoir s'il en existe une qui soit dans ce cas, mais il me semble que, parmi les maladies de l'espèce humaine, la vaccine et la variole sont les seules qui remplissent avec certitude les trois conditions préalables nécessaires.

VII. — Les considérations qui précèdent amènent à localiser dans une espèce cellulaire définie la modification spéciale qui confère l'immunité contre une fermentation donnée ; mais elles ne permettent pas pour cela de dire en quoi consiste cette modification elle-même. Est-il possible d'aller plus loin ?

Un premier résultat frappe immédiatement, c'est qu'il est facile de comprendre, avec cette manière de voir, pourquoi l'immunité conférée par une première atteinte n'est acquise que contre la maladie causale seule, ou du moins contre une maladie à localisation cellulaire identique, et à caractère fermentatif très voisin, comme il arrive pour la variole et pour la vaccine.

Dans l'opinion générale par laquelle l'immunité résulte de la vaccination de toutes les cellules de l'organisme, on a peine à se figurer les innombrables modalités que devraient prendre ces modifications cellulaires, pour pouvoir réaliser des immunités spécialisées, vis-à-vis de chacune des maladies infectieuses non récidivantes. De même, dans la théorie de la phagocytose, on comprend mal comment les leucocytes ne réussissent à s'exercer que contre un seul microbe à la fois, et comment leur pouvoir phagocytaire arrive à s'exalter avec une pareille spécificité. Le fait capital de la spécialisation de l'immunité est au contraire des plus faciles à expliquer, et même à prévoir avec ma théorie, d'une part parce que le nombre des affections virulentes possédant la même localisation cellulaire est déjà très limité, et d'autre part parce que les différences de leur mode fermentatif séparent encore les divers virus qui possèdent la même localisation cellulaire.

S'il est difficile de préciser en quoi consiste la modification cellulaire qui constitue l'état d'immunité vaccinale, il est peut-être plus facile de dire ce qu'elle n'est pas. Tout d'abord, et malgré la mode, on ne saurait accorder aucun rôle aux phagocytes vulgaires, dont les leucocytes sont les représentants principaux et prédominants, tout au moins toutes les fois que, comme dans l'exemple choisi, il s'agit de fermentations protoplasmiques qui ne sont ni sanguines, ni conjonctives, ni lymphatiques.

Le problème a dû, à mon avis, une grande partie de sa confusion à ce qu'on a voulu identifier le mécanisme de l'immunité avec celui de la guérison d'une atteinte réalisée. La phagocytose, les produits solubles vaso-dilatateurs, la chimiotaxie, l'accoutumance aux toxines, etc., ont tous tiré leur origine de l'étude de la lutte de l'organisme contre une maladie dont il a commencé à subir l'influence. Est-on bien autorisé à ne voir dans l'immunité que la propriété du sujet de réaliser, en cas d'infection, une sorte de forme légère et extrêmement fruste de la maladie ? Je crois, pour ma part, qu'il n'en est absolument rien. Sans doute il y a en quelque sorte tous les degrés entre l'atteinte grave et mortelle, les atteintes sévères, les atteintes légères, et l'invulnérabilité des sujets possédant l'immunité complète ; mais est-ce suffisant pour assimiler les deux termes extrêmes ? Ce raisonnement ne rappelle-t-il pas un peu un sophisme scholastique célèbre ?

Au lieu d'assimiler l'immunité à la guérison de la maladie contractée, ne semble-t-il pas qu'il y ait là au contraire deux termes opposés; qui dit immunité suppose absence complète de maladie; les phénomènes de réaction, qui constituent la défense de l'organisme contre les virus qui ont altéré sa santé, sont d'autant plus intenses que la maladie est plus sévère et exige un effort plus grand pour la guérison ; par contre, ils sont d'autant plus faibles et plus réduits que l'atteinte a été plus légère. Ne doit-on pas en conclure qu'ils font complètement défaut quand l'immunité est parfaite ? En d'autres termes, plus il y a d'immunité, moins il y a de phénomènes morbides, moins la réaction de défense est accusée ; cette dernière explique la maladie, peut-être bien la guérison, mais elle ne peut expliquer l'immunité, puisqu'elle fait précisément défaut en pareil cas.

Ne sait-on pas, d'autre part, que celles des maladies virulentes, dont la première atteinte ne confère pas l'immunité, et il en existe, guérissent par le même mécanisme et avec les mêmes phénomènes que celles qui la créent? fait qui contribue à montrer pour sa part que la guérison d'une maladie, et l'immunité qui protège l'organisme contre ses atteintes, sont deux phénomènes d'ordre différent sinon complètement opposé. La guérison survient après une lutte active entre les cellules de l'organisme et les agents virulents; l'immunité résulte, au contraire, de l'invulnérabilité de ces mêmes cellules contre ces agents.

Sans doute il peut arriver, et il arrive d'ordinaire, que toutes les cellules d'un même tissu ne présentent pas le même degré de réceptivité vis-à-vis du virus, de là les degrés variables de gravité d'une même maladie, suivant les sujets, en rapport avec deux facteurs : d'une part, le degré de virulence des agents pathogènes, d'autre part, le degré de sensibilité des cellules à leur égard. Il en est des diverses cellules comme des divers individus; chacune d'elles possède une vulnérabilité propre vis-à-vis des virus, le degré de vulnérabilité de l'organisme tout entier est en rapport avec la moyenne des vulnérabilités individuelles des cellules du tissu susceptible; mais ce fait ne change rien à la ques-

tion et est au fond compatible avec toutes les théories.

Si la lutte des cellules contre les virus était le mécanisme réel de l'immunité, il faudrait supposer que cette lutte est perpétuelle et incessante, car, pris en bloc, les virus sont innombrables et nous assiègent en permanence; et on arriverait à cette conséquence singulière que l'organisme, loin d'être habituellement en santé comme nous le pensons *à priori*, serait au contraire le théâtre d'une lutte active, permanente et simultanée, contre les virus les plus divers, y compris ceux qui sont propres aux organismes des animaux et même des végétaux. Il est bien plus naturel d'admettre qu'il n'y a pas lutte, parce que l'un des combattants est impuissant et l'autre invulnérable.

Ce n'est que dans l'organisme même qui réalise une maladie virulente, pour laquelle il possédait la réceptivité, que nous assistons à la lutte du virus contre l'espèce ou les espèces cellulaires susceptibles; et, là encore, l'invulnérabilité entre en jeu pour préserver d'altérations les autres espèces cellulaires.

Quand on considère que les virus ferments des protoplasmas sont extrêmement nombreux, et que la vulnérabilité des cellules vivantes prises en masse est absolument exceptionnelle, comme le prouve l'immunité naturelle absolue à l'égard d'un virus donné de l'immense majorité des espèces cellulaires, ou même des espèces animales, on en arrive à penser que l'immunité cellulaire est l'état ordinaire et que c'est plutôt la réceptivité qu'il y aurait lieu d'expliquer.

Quoi qu'il en soit, l'immunité qu'un organisme possède naturellement vis-à-vis tel ou tel ferment des protoplasmas cellulaires, est donc constituée simplement par l'invulnérabilité de tous ses protoplasmas vis-à-vis de ce virus; l'immunité qu'il peut acquérir par une première atteinte contre tel ou tel autre virus est au fond du même ordre, mais elle exige pour se produire que les cellules naturellement susceptibles subissent des modifications particulières, qui leur confèrent cette invulnérabilité. Ces modifications ne doivent pas être d'ordre pathologique, puisqu'elles sont compatibles avec une santé parfaite; elles ne présentent pas un caractère superficiel et transitoire, puisqu'elles sont transmissibles par hérédité aux cellules de remplacement, qui maintiennent la perpétuité du tissu en renouvellement physiologique constant.

Il est vraisemblable que ces modifications sont de nature physiologique et vitale; il est légitime de supposer qu'elles doivent être du même ordre que les différences délicates du mode de vie des protoplasmas, qui séparent les unes des autres les diverses espèces cellulaires d'un même organisme, ou même que les différences plus légères encore qui séparent les diverses variétés d'une même espèce cellulaire, considérée sur des espèces animales différentes. C'est en effet en vertu de ces différences que toutes les cellules humaines, en dehors des cellules épidermiques, possèdent une immunité naturelle vis-à-vis du virus variolique, par exemple, et que, de même, les cellules épidermiques de l'immense majorité des espèces animales sont réfractaires à ce même virus.

Si la spécificité cellulaire ne permet pas de pousser le problème jusqu'à ses dernières limites, elle fait du moins entrevoir sa solution, en montrant, d'une part, que la réceptivité de l'organisme pour un virus donné se réduit, en l'analysant, à la vulnérabilité d'une de ses espèces cellulaires; et, d'autre part, que cette réceptivité cellulaire est elle-même bien facile à perdre, puisqu'elle fait défaut naturellement par l'effet de différences de propriétés vitales aussi minimes que celles qui séparent entre elles, non seulement les diverses espèces cellulaires, dans un même organisme animal, mais même les diverses variétés d'une même espèce dans des organismes différents.

Je rappellerai encore une fois, en terminant, et pour éviter toute extension de ma manière de voir en dehors de ses véritables limites, que j'admets une séparation radicale entre les virus ferments des protoplasmas, qu'ils soient ou non de nature microbienne, et les microbes ou les virus qui doivent simplement leur action pathogène à leur pullulation dans les humeurs de l'organisme, et à l'influence nocive qu'ils exercent sur lui, par leur nombre, par leur concurrence vitale, par leurs sécrétions ou même par les fermentations liquidiennes qu'ils déterminent dans les humeurs.

C'est à l'étude de ces derniers qu'appartiennent presque toutes les recherches expérimentales de ces dernières années, c'est à eux que l'on doit restreindre les théories ou les conclusions que ces recherches autorisent; les réflexions que contient ce travail ne s'adressent au contraire qu'aux maladies virulentes du groupe précédent.

Cette séparation, pour n'avoir pas encore été formulée, ne m'en paraît pas moins nécessaire et féconde; c'est elle qui explique les conclusions contradictoires actuelles de l'expérimentation et des observations épidémiologiques. Il est facile de comprendre qu'elle n'ait pas été reconnue, et on peut craindre qu'elle ne soit longue à s'imposer, parce qu'elle trouve sa base principale et sa démonstration dans la double notion de la spécificité cellulaire et de la spécificité d'action des virus ferments; double notion qui est loin de recueillir actuellement les suffrages contemporains, la première, parce qu'elle est jeune, d'humble origine et n'a pas encore acquis son droit de cité dans la science, la seconde, parce qu'elle est en train de perdre la popularité, dont elle jouissait depuis Bretonneau, sous les coups mal interprétés des recherches bactériologiques.

L. Bard.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude du mécanisme de l'étranglement herniaire, par le Dr R. Frœlich, chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Nancy.

« Les hernies s'étranglent presque toujours à l'occasion d'un effort qui les fait sortir et brusquement augmenter de volume » (1). C'est de cette forme d'étranglement survenant brusquement que nous allons exclusivement nous occuper : elle constitue, en effet, l'immense majorité des cas, et il ne nous semble pas démontré d'une façon indiscutable que les étranglements s'installant insidieusement et progressivement puissent être rangés réellement dans la même catégorie de lésions que l'étranglement brusque.

L'étranglement herniaire est défini, et avec raison, dans tous les ouvrages classiques : la constriction d'une anse intestinale dans un trajet herniaire, constriction qui arrête le passage des matières, entrave la circulation et menace, si elle persiste, de se terminer par gangrène de l'anse herniée. Il est non moins avéré et universellement reconnu que les symptômes qui constituent l'étranglement sont provoqués par deux sortes de phénomènes bien distincts : des phénomènes mécaniques, d'une part, les premiers en date, et des phénomènes physiologiques et pathologiques de l'autre, qui surviennent secondairement. Ces derniers sont bien connus, ce sont les modifi-

(1) Berger, in Duplay et Reclus, t. VI, p. 590.

cations anatomiques que subit l'anse enserrée : le gonflement œdémateux de ses parois par suite de la gêne de la circulation, la transsudation séreuse et surtout gazeuse, cette dernière gonflant l'anse jusqu'à son maximum de dilatabilité. Cette transsudation gazeuse se produit très rapidement, elle a été bien étudiée par Bronislaw (1), de Dorpat, dont les expériences sont d'ailleurs peu connues en France. Cet auteur, expérimentant sur des chiens, a ouvert l'abdomen, sorti une anse d'intestin, l'a vidée par pression, puis séparée par ligature du reste de l'intestin, enfin réduit l'anse et fermé l'abdomen. En sacrifiant ces animaux après quelques heures, il trouva les anses ainsi distraites par ligature de la circulation intestinale, remplies de gaz et d'un peu de liquide. Après la transsudation séreuse et gazeuse, la diminution de vitalité, enfin la mortification.

Tous ces processus anatomiques ou physiologiques qui constituent les phénomènes secondaires de l'étranglement, ne soulèvent plus guère de contestation, tout le monde les admet, et toutes les descriptions qui en ont été faites se ressemblent.

Il n'en est pas de même des phénomènes mécaniques des faits primordiaux cependant qui représentent la partie indispensable et essentielle de l'étranglement. Si l'on parcourt les auteurs, on les voit relater une série d'expériences, de faits, d'hypothèses, et sans se rallier à aucune d'elles, conclure qu'une partie de la vérité doit se trouver dans chacune de ces théories, et que chacune peut répondre à un certain nombre de cas. L'esprit est loin d'être satisfait d'une pareille conclusion. L'étranglement herniaire est constant dans sa manifestation clinique et anatomique, son mécanisme doit être unique et simple.

L'expérience si célèbre de O'Beirn ne s'appliquerait, en admettant même que les conclusions que l'on croit pouvoir en tirer fussent exactes, qu'à un petit nombre de faits, car elle suppose l'anse déjà sortie au moment où l'étranglement se produit, ce qui n'est pas dans la plupart des cas où la hernie s'étrangle au moment même où elle sort sous l'influence d'un effort.

L'étranglement par vive arête de Scarpa et de Chassaignac a besoin, pour être réalisé, d'une pression venue du dehors, extérieure au sac herniaire, qui coude le pédicule de l'anse, autrement cette expression d'étranglement par vive arête n'a aucun sens.

L'étranglement par suite d'obstruction de la lumière des extrémités de l'anse par invagination de la couche qui porte les valvules connivantes dans le feuillet musculaire et séreux de l'intestin (théorie émise par Rose et Kocher), ne repose que sur une hypothèse gratuite.

La compression du bout inférieur de l'anse herniée par le bout supérieur (Lossen) et la fermeture, à son tour, de ce bout supérieur par l'interposition consécutive du mésentère qui agirait comme un coin, selon Lossen, ou bien qui, entré en se déployant comme un éventail, dans le sac herniaire, essaierait d'en sortir en se plissant (c'est-à-dire en s'épaississant), suivant l'opinion de Berger, ne constitue encore que l'énoncé d'une théorie ; il ne s'agit là que d'une simple vue de l'esprit, encore manque-t-elle de clarté.

L'explication du mécanisme de l'étranglement herniaire que nous croyons pouvoir donner a pour point de départ des faits matériels qu'il est possible, sinon facile, de vérifier chaque fois que l'on aura l'occasion d'opérer un cas de hernie étranglée. Ces faits, nous ne sommes pas les premiers à les avoir constatés, d'autres auteurs, et des auteurs anciens les avaient signalés, mais d'une façon tout à fait accessoire ; au contraire, nous croyons pouvoir prouver leur fréquence extrême, leur constance même, et démontrer, en nous basant sur des observations cliniques et des constatations anatomiques, la cause de cette constance.

Mais avant d'énoncer le mécanisme de l'étranglement tel que nous le comprenons, il est rationnel d'indiquer les faits cliniques et anatomiques qui nous ont servi de prémisses. Ces faits se composent de cinq observations d'étranglement herniaire que nous avons opéré dans le service de notre maître M. le professeur Heydenreich, et d'un certain nombre de dissections de trajets herniaires.

Voici ces observations très rapidement résumées. Nous nous bornerons à signaler les points que nous croyons être en rapport plus spécial avec notre thèse.

OBSERVATION I. — *Hernie inguinale droite étranglée.* — Femme de 51 ans, entre à l'hôpital civil de Nancy le 5 avril 1889, dans le service de M. le professeur Heydenreich, après quatre jours pleins d'étranglement. La douleur était survenue brusquement au moment où la malade sautait en bas de son lit, elle ne se savait pas porteur d'une hernie. Je constate une hernie inguinale droite. Chloroforme, opération ; débridement en haut d'un premier anneau, la mobilisation de l'intestin est impossible. Débridement d'un deuxième anneau plus profondément situé. L'intestin se laisse attirer et je constate que au niveau d'un long pédicule les extrémités de l'anse herniée sont croisées, comme enroulées, et ne se laissent dérouler que par une légère traction ; elles sont de plus agglutinées. Le sillon est large de deux centimètres environ. Guérison.

Les points sur lesquels j'attire l'attention sont l'enroulement des extrémités de l'anse herniée et l'existence de deux anneaux constricteurs.

OBS. II. — *Hernie crurale droite étranglée.* — Femme de 76 ans est amenée le 10 janvier 1893, dans le service de M. Heydenreich, après quatre jours d'étranglement. Etat général mauvais. Je constate une hernie crurale droite étranglée.

Chloroforme, opération. Débridement en haut, le débridement sur le ligament de Gimbernat, en dedans, est impossible à cause de la présence d'une masse d'épiploon adhérent. Les extrémités de l'anse herniée sont croisées au niveau du pédicule. J'excise l'épiploon. Le lendemain congestion pulmonaire, puis bronchopneumonie. Mort le cinquième jour.

Autopsie. — Etat local excellent. Sur la muqueuse au niveau du pédicule existe cependant une ulcération perpendiculaire à l'axe de l'intestin occupant la demi-circonférence de l'anse et entamant la muqueuse et la musculaire.

La séreuse est intacte. — Je dissèque le trajet herniaire, et je trouve en arrière de l'anneau fibreux incisé, anneau qui n'est autre que le ligament de Gimbernat, un second anneau incomplet placé sur la paroi externe du trajet herniaire. Les deux anneaux se réunissent au niveau du ligament de Gimbernat. Ce dernier semble être dédoublé à sa partie supérieure et externe, le tout a la forme d'un Y dont la branche unique est fixée sur l'épine du pubis (ligament de Gimbernat) et dont les deux autres branches s'insèrent sur le pubis à un centimètre l'un en arrière de l'autre.

Le ligament de Gimbernat, c'est-à-dire la moitié interne de l'anneau constricteur, est située sur un plan plus profond que la moitié externe, celle qui est en rapport avec la veine fémorale. En d'autres termes et pour être plus explicite, le ligament de Gimbernat sur lequel on doit débrider est plus difficilement accessible que la partie de l'anneau qui, située sur le côté externe, est dangereuse à cause du voisinage de la veine fémorale.

Dans cette observation je note le pédicule croisé, l'existence dans le trajet herniaire de cordes fibreuses annulaires et hélicoïdales.

OBS. III. — *Hernie inguinale droite congénitale étranglée.* — Jeune homme de 25 ans, est amené de Blamont dans le service de M. Heydenreich le 19 janvier 1893. Etranglement depuis trois jours. La hernie n'existait pas avant l'étranglement, au dire du malade. Mauvais état général. Chloroforme, opération. Je trouve une grosse anse intestinale qui repose sur le testicule. Le pédicule ne semble pas croisé. Débride-

(1) ROSE, Ueber Brüchschnitt (*Deutsche Zeitsch. für Chirurgie*, Bd XXXV, Hft 1 et 2, p. 6).

ment en haut et en dedans; en attirant l'anse d'intestin, nous constatons avec la plus grande netteté que les extrémités de l'anse sont croisées. Réduction. En introduisant le doigt dans le trajet herniaire, je distingue en arrière de l'anneau constricteur qui est l'orifice extérieur du canal inguinal, deux saillies semi-lunaires sur la paroi externe du canal, et une saillie sur la paroi interne. Cure radicale, résection du sac qui est très mince et très adhérent, par petites portions, suture de l'orifice, restauration d'une vaginale. Guérison.

Ici encore croisement du pédicule, qui n'apparaît qu'après débridement, lorsque le pédicule tout entier est sous les yeux, et existence de cordes semi-lunaires sur les parois du trajet herniaire.

Obs. IV. — *Hernie crurale droite étranglée.* — Femme de 54 ans, cuisinière, est amenée, le 4 février 1893, dans le service de M. le professeur Heydenreich, à onze heures du matin; l'étranglement s'était produit au moment du lever à 6 heures du matin. La hernie datait de 25 ans; depuis deux ans, plus de bandage, la hernie était habituellement réduite.

Chloroforme; opération. — Petite anse intestinale portant déjà une érosion; le taxis avait été pratiqué avec violence pendant une demi-heure, en ville. Débridement en dedans sur le ligament de Gimbernat. Le pédicule est attiré, il est croisé, réduction. En introduisant le doigt je constate que l'anneau formant une arête très tranchante en dedans s'élargit du côté externe et forme un ruban large avec plusieurs saillies irrégulières. Guérison.

Remarque : pédicule croisé, et trajet herniaire avec saillies fibreuses multiples.

Obs. V. — *Hernie crurale gauche étranglée.* — Femme de 50 ans, envoyée dans le service de M. le professeur Heydenreich, avec le diagnostic : néoplasme de l'intestin, tumeur métastatique dans les ganglions de l'aine, occlusion intestinale. En discutant les symptômes, je constate qu'il s'agit, en réalité, de l'étranglement d'une hernie crurale gauche de date ancienne, chez une femme très grasse présentant, outre des troubles intestinaux anciens, un prolapsus utérin.

Chloroforme, opération; l'étranglement datait de 3 jours et demi. Le sac est épaissi, infiltré de sérosité louche et friable. Anse intestinale complète, débridement en dedans sur le ligament de Gimbernat. Sur la paroi externe du trajet herniaire se trouve adhérente une lanière étroite d'épiploon. L'anse est attirée, les pédicules sont croisés, le sillon est profond. L'anse étant suspecte, je la réduis néanmoins, mais je place à travers le trajet herniaire une mèche iodoformée. Le trajet présente nettement deux saillies en corde sur la paroi externe. Guérison.

Même remarque que pour l'observation précédente.

Dans les deux observations qui suivent, il ne s'agit plus de malades opérés de hernies étranglées, ni même de malades traités pour des hernies, mais simplement de sujets porteurs de hernies, morts dans le service de M. le professeur Heydenreich, d'affections qui n'ont rien à voir avec l'étranglement herniaire. Dans ces deux cas, nous avons examiné le trajet herniaire et constaté des dispositions analogues à celles que nous avons signalées dans nos observations cliniques.

La première observation a trait à un vieillard de 67 ans, pensionnaire de l'hospice Saint-Julien; il était monorchide et présentait dans l'aine gauche, du côté où le testicule était absent, un abcès froid en rapport avec une tuberculose de la colonne lombaire. Il mourut cachectique au mois de juin 1893. A l'autopsie je trouvai un trajet herniaire inguinal droit qui n'avait pas été constaté pendant la vie. L'anneau abdominal permet l'introduction du pouce. Le trajet est long de 4 centimètres. L'anneau abdominal est bordé du côté externe par une saillie semi-lunaire en rapport avec le fascia transversalis; dans le trajet, toujours du côté externe, existe une seconde saillie irrégulière constituée par un épaississement du tissu cellulaire qui entoure les éléments du cordon; enfin, tout à fait à l'extérieur, une nouvelle saillie qui n'est autre que le pilier externe de l'orifice inguinal extérieur. Du côté interne il n'existe que deux saillies, l'une, la plus extérieure, est le pilier interne; l'autre, plus profonde, aide à former l'orifice abdominal de la hernie et se continue avec la saillie semi-lunaire correspondante de la paroi externe.

Dans la deuxième observation il s'agit d'un homme de 60 ans, qui était tombé avec une charge de bois qu'il portait sur le dos dans une carrière; il y fut trouvé après 24 heures et transporté dans le service de M. Heydenreich où il succomba après 36 heures à une fracture de la colonne cervicale. A l'autopsie je trouvai une hernie inguinale gauche. En introduisant le doigt dans le trajet, on le sent comme blindé d'épaississements irréguliers, qui ne sont pas en rapport avec les anneaux formés par les aponévroses, mais semblent constitués par des condensations irrégulières du tissu cellulaire qui entoure le péritoine. Les parois sont composées de parties alternativement rigides et molles. L'orifice inguinal extérieur seul forme un anneau rigide complet.

Les opérations de hernies étranglées que nous avons relatées, et l'inspection de l'anneau herniaire que nons n'avons jamais négligée, l'autopsie d'une de nos opérées qui nous permit de disséquer avec soin le canal crural, les deux autopsies de sujets porteurs de hernies inguinales dont nous avons disséqué les canaux inguinaux, nous permettent d'affirmer que le trajet herniaire est un véritable canal (ce fait, Gosselin l'a mis en lumière dans ses cliniques de la Charité, et il semble admis), mais de plus, que ce canal n'est pas constitué par une paroi lisse, mais bien par une paroi qui présente de nombreuses saillies semi-lunaires et hélicoïdales, dont l'ensemble forme une figure qui peut être comparée à une hélice plus ou moins parfaite. Il s'agit, en un mot, d'un canal rayé.

Ceci étant admis, nous croyons être en possession des éléments nécessaires pour donner du mécanisme de l'étranglement herniaire une explication rationnelle.

Les deux faits matériels sur lesquels nous nous basons sont :

1° La constance du croisement des pédicules de l'anse herniée. Il est nécessaire quelquefois, pour trouver cet entre-croisement, de le rechercher avec soin. Il ne saute pas aux yeux, il faut suivre jusqu'à l'orifice herniaire les deux bouts de l'intestin, et encore alors l'entre-croisement peut paraître ne pas exister, comme dans un des cas que nous avons rapportés (observation III) et ce ne sera qu'après le débridement, lorsque l'on aura attiré le pédicule pour inspecter le sillon, que l'entre-croisement apparaîtra.

2° L'existence d'un trajet herniaire à parois rayées de saillies hélicoïdales plus ou moins régulières.

Ces deux points étant prouvés, comment l'étranglement se produit-il? A la suite d'un effort, l'intestin est soumis à une pression considérable; la force qui agit sur chaque anse en particulier, est, comme l'a démontré Willy Sachs (1), la somme de la pression du contenu intestinal et des pressions exercées par le diaphragme d'une part, et la paroi abdominale d'autre part. Cette force a pour effet de chasser l'intestin hors de la cavité péritonéale; l'anse la plus rapprochée de l'orifice herniaire s'y précipite avec violence en distendant légèrement l'anneau; mais rencontrant un canal, un tube si l'on préfère, qui présente des saillies hélicoïdales, elle obéit à la loi mécanique qui veut que tout corps animé d'une certaine vitesse, et traversant un tube dont les parois sont rayées même irrégulièrement, prenne un mouvement de rotation autour de son axe. L'anse intestinale tournant autour de son axe, aura nécessairement, après avoir traversé le trajet herniaire, ses deux bouts croisés. Ainsi se trouve démontrée la raison pour laquelle le croisement existe.

Cette explication, qui nous semble assez vraisemblable, n'a pas encore, croyons-nous, été donnée; le croisement des bouts de l'anse avait été constaté, mais sa raison d'être n'avait pas encore été établie.

Le croisement des extrémités de l'anse fait comprendre comment le contenu de l'anse herniée est séparé immédiatement du contenu du reste de l'intestin.

L'intestin resté dans l'abdomen exerce des tractions

(1) Willy Sachs, Versuch einen Darmwandbrüch zu erzenchen. *Centralblatt für Chirurgie*, 1890, n° 39.

sur l'anse herniée par les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques dont il est animé. Par ces tractions, le contenu gazeux de la hernie est de plus en plus comprimé, l'enclavement devient de plus en plus fort, et l'anse herniée s'étale en champignon sur les bords de l'anneau herniaire le plus rigide, et donne l'aspect de l'étranglement par vive arête. C'est alors seulement que surviennent les phénomènes secondaires de l'étranglement, la stase sanguine, l'exsudation gazeuse et séreuse, les modifications de la vitalité de l'anse herniée, qui peuvent amener la gangrène, en un mot, les phénomènes physiologiques et pathologiques de l'étranglement, phénomènes sur lesquels nous n'avons pas à insister.

Observation sur un cas d'audition colorée,
par Mlle N. Astier.

Le phénomène de l'audition colorée intéressant autant les psychologues que les otologistes, j'ai pensé que l'observation suivante pourrait avoir un certain intérêt, principalement par ce fait de la disparition lente mais complète du phénomène primitivement très intense.

Je devais avoir sept ou huit ans lorsque j'ai commencé à remarquer et à faire remarquer aux autres les associations existant pour moi entre certaines couleurs et certains sons ou certaines lettres. Dans mes livres d'enfant, tous les *o* et les *i* étaient peints, les premiers en rouge, les seconds en bleu; ces coloriages avaient pour but d'obliger mon entourage à voir les couleurs aperçues directement par moi soit en regardant la lettre imprimée, soit en entendant le son correspondant. Je n'ai jamais vu distinctement que trois lettres : l'*o* du rouge éclatant et lumineux d'un beau coquelicot, — l'*i* d'un bleu indigo terne, — l'*u* noir. Les autres voyelles et les consonnes n'avaient pas de couleurs spéciales. Dans un mot, elles empruntaient la teinte de la voyelle colorée la plus proche; les mots contenant à la fois *o* et *i* m'apparaissaient violets; cette couleur, que je ne pouvais souffrir, me rendait certains noms odieux; mon prénom entre autres, que je ne pouvais entendre sans ressentir le même genre de souffrance que celui produit par l'ouïe d'un accord faux. J'avais une impression très désagréable en voyant du bleu ou un *i*, et à l'âge de huit ou neuf ans, je me refusais à écrire cette lettre dans les noms des personnes que j'aimais, l'ajoutant au contraire au nom des personnes antipathiques. Lorsque je lisais, je voyais la couleur sur mon livre, très vive sur la voyelle et s'irradiant tout autour du mot ; lorsque j'entendais le mot, la teinte flottait devant mon regard, sans contours définis, semblable à un phosphène uniforme et fugace.

Les chiffres ne me semblaient pas colorés, à l'exception du 7 et du 8, le premier agréable et rouge comme l'*o*, le second désagréable et bleu.

Les couleurs s'associaient aussi à des sons musicaux et à des bruits; les sons pleins, étoffés de l'orgue, du violoncelle, de la voix dans le médium étaient rouges, brillants, chauds; les grincements, les sons aigus de la voix, de la clarinette, du violon étaient bleus; la teinte dépendait toujours de la hauteur du son, non de la note, mais était plus ou moins intense suivant l'instrument. La sensation colorée évoquée par un orchestre dépendait également de la hauteur de l'ensemble des sons. Les impressions causées par la vue de la couleur ou par l'audition du son étaient de même nature; une des sensations éveillait l'autre : le grincement de l'archet sur la chanterelle faisait apparaître une tache bleue devant mes yeux; la vue de ce bleu détesté me faisait entendre des sons aigus ou la lettre *i*. J'étendais ces associations à mes sentiments affectifs : certaines personnes étaient auréolées de bleu ou de rouge suivant l'antipathie ou la sympathie qu'elles m'inspiraient.

Ces sensations ont été extrêmement intenses de neuf à quatorze ans. J'étais alors très maladive, nerveuse à l'excès. Ma santé s'est remise, j'ai prêté beaucoup moins d'attention à ces phénomènes d'audition colorée, et lorsque je me suis observée de nouveau, il y a quelques années, je me suis aperçue que les voyelles lues ou entendues ne me donnaient plus de sensation de couleur. C'est chez moi un souvenir très net : lorsque j'entends certaines lettres ou certains sons, je pense parfois aux couleurs évoquées autrefois par eux et je puis quelquefois en faire réapparaître une image pâlie; mais la vision spontanée ne se produit plus depuis longtemps.

Je n'ai connu personne dans ma famille ayant l'audition colorée.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à la pathogénie de l'amyotaxie, par Rossolimo (*Revue Neurologique*, 15 novembre 1893, n° 21, p. 586). — L'auteur étudie dans ce travail les variétés de convulsions spontanées qui ont été parfois décrites au cours du tabes sous les noms de mouvements athétoïdes, choréiformes ou d'athétose. Deux cas qu'il a observés et où ces phénomènes convulsifs se montraient au cours d'un tableau clinique assimilable au pseudo-tabes par névrite multiple, permettent de supposer que ces convulsions sont probablement dues dans le tabes à l'immixtion de névrites périphériques. Il propose en conséquence de désigner sous un nouveau nom : l'amyotaxie, les contractions convulsives, involontaires et de caractère réflexe qui accompagnent parfois l'ataxie locomotrice et qui ont pour base aussi bien l'affection des régions sensitives que celles des régions motrices du système nerveux et, le plus souvent, des névrites multiples.

Paralysie labio-glosso-laryngée pseudo-bulbaire, par Sacaze (*Revue de médecine*, septembre 1893, n° 9, p. 840). — Malade âgé de 62 ans qui eut, il y a trois ans, une première attaque d'hémiplégie gauche; il y a 3 mois, à la suite d'abus, aphasie avec aphonie. Dysphagie, paralysie partielle de la langue et du voile du palais. Pas de cécité ni de surdité verbales. Pas d'agraphie. A l'autopsie, foyers de ramollissement dans chaque hémisphère ayant détruit une partie des noyaux caudés et testiculaire et le tiers postérieur de la partie antérieure de la capsule interne. Ce fait semble démontrer d'une façon évidente le voisinage étroit des fibres destinées aux muscles de la langue, du pharynx et du larynx; celles-ci occuperaient la région postérieure du segment antérieur de la capsule interne. Il résulte ainsi de cette observation qu'il existe un type de paralysie pseudo-bulbaire ayant comme caractères cliniques de l'aphonie, de la paralysie de la langue et du voile du palais.

Amnésie post-traumatique (Contributo allo studio delle amnesie post-convulsive post-traumatice), par d'Abundo, (*Rivista clinica e terapeutica*, septembre 1893, n° 9, p. 468). — L'auteur rapporte six observations personnelles de faits d'amnésie consécutifs à des attaques convulsives, et plus souvent encore à des traumatismes accidentels, ou dus à des tentatives de suicide. A son avis, la condition psychologique nécessaire pour expliquer normalement le processus mnémonique, c'est l'intégrité anatomique et fonctionnelle des éléments nerveux. Naturellement le trauma, en troublant transitoirement la nutrition du cerveau, doit altérer la conservation des états de conscience précédant immédiatement le trauma, et en rendre impossible la reproduction. L'étendue de la lacune mnémonique dépend non seulement de l'intensité du trauma, mais aussi de la solidité de l'organisation des associa-

tions psychiques du sujet. Ce mécanisme convient à l'amnésie rétrograde ; quant à l'amnésie antérograde, elle est due à ce que le trouble de la nutrition des éléments nerveux rend peu stables les associations, aussi ne peut-elle déterminer pour un long temps la conservation des états de conscience.

Ischurie hystérique permanente (Iscuria isterica permanente), par Toller (*Gazzetta medica lombarda*, 26 août 1893, n° 34, p. 413). — Le 12 octobre 1887, l'auteur est appelé chez une femme qui se plaint depuis deux jours de céphalées, de vomissements et d'œdèmes. Les urines sont en si petite abondance qu'elle ne remplit pas un petit pot par jour. L'examen montre : appareil visuel et pulmonaire sains ; dilatation du cœur, souffle systolique à la pointe, ventre météorisé. Pas de troubles de la sensibilité autres que du bourdonnement d'oreille, avec sensation de globe hystérique remontant de l'épigastre à la gorge. Urine : 50 grammes pour 24 heures, contenant de l'albumine. L'auteur pense qu'il s'agit d'ischurie hystérique chez une cardiaque albuminurique.

Les diplégies cérébrales de l'enfance, par Lannois (*Revue de médecine*, 10 octobre 1893, n° 10, p. 193). — L'auteur réunit dans une étude d'ensemble divers syndromes décrits jusque-là sous différents noms : la rigidité spasmodique généralisée ; la maladie de Little ; l'hémiplégie spasmodique bilatérale ; la chorée congénitale et l'athétose double, infantile. A son avis, et une opinion analogue a été défendue déjà par Freud, ces divers syndromes offrent une symptomatologie et une étiologie semblables qui méritent qu'on les réunisse sous le nom proposé de diplégie cérébrale. Il étudie successivement la symptomatologie de ces divers syndromes, il consacre ensuite des chapitres communs à l'étiologie, à l'anatomie pathologique, à la pathogénie, au diagnostic et au traitement.

MÉDECINE

Influence de l'extrait thyroïdien sur les échanges nutritifs, chez les myxœdémateux et les individus bien portants (Stoffwechseluntersuchungen nach Behandlung mit Glandula thyroïdea an Individuen mit und ohne Myxœdem), par Wermehren (*Deut. med. Wochenschr.*, 1893, n° 43, p. 1036). — Les recherches de l'auteur ont porté sur trois myxœdémateux traités par l'administration interne de glandes thyroïdes légèrement cuites. Le dosage de l'urée de l'urine et des matières fécales fait avant, pendant et après le traitement a permis de constater une augmentation de la quantité de l'urée sous l'influence du traitement en question.

Parmi les autres effets produits par les glandes thyroïdes, l'auteur note une augmentation de la diurèse, une élévation (jusqu'à la normale) de la température, une accélération du pouls.

Des expériences de contrôle faites sur trois enfants et trois vieillards ont mis en lumière un fait fort curieux : tandis que les vieillards se comportaient comme des myxœdémateux, les glandes thyroïdes n'ont exercé aucune influence sur des enfants, dans le sens des phénomènes indiqués plus haut : augmentation de la quantité d'urée, élévation de la température, etc.

L'auteur en conclut, en faisant des réserves, justifiées par le petit nombre d'expériences, que dans l'organisme des vieillards il doit se passer des modifications analogues à celles qui existent chez les myxœdémateux.

Mécanisme de la guérison de l'empyème (Die Heilung des Empyems), par Aufrecht (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1893, Bd LII, p. 1). — Pour l'auteur, le seul traitement efficace de l'empyème est, comme il a pu s'en convaincre, non pas la ponction, ni même l'incision d'un espace intercostal, mais la résection costale. Le procédé opératoire qu'il emploie est à peu près celui de tout le monde, à part quelques points assez importants peut-être : opération faite sur le malade couché sur le dos (afin d'éviter la compression du cœur), incision sous l'angle de l'omoplate, ou dans certains cas au niveau de la ligne axillaire antérieure, lavages quotidiens (au commencement) de la plèvre. Avec ce traitement, l'auteur aurait obtenu la guérison en 48 jours en moyenne.

Par quel mécanisme les plèvres arrivent-elles à se souder et le poumon à reprendre sa place ?

Pour Aufrecht, les théories formulées sur cette question jusqu'à présent sont fausses. Ce qu'il faut envisager dans cette question, ce sont deux points : 1° L'expansion du poumon comprimé est d'autant plus grande à chaque inspiration que la disproportion entre le diamètre de la bronche principale et l'ouverture pratiquée à la cage thoracique est plus en faveur du premier. Si les deux diamètres sont égaux, l'expansion du poumon est nulle ou du moins ne dépasse pas l'augmentation de l'espace par le jeu du diaphragme et des muscles thoraciques. Mais quand le diamètre de l'orifice pratiqué à la cage thoracique est moins grand que celui de la bronche principale, l'expansion du poumon gagne en étendue. 2° L'état de la plèvre. Quand la suppuration est une fois terminée, les plèvres se recouvrent de membranes fibrineuses qui contractent entre elles des adhérences empêchant le poumon de perdre pendant l'expiration ce qu'il a gagné pendant l'inspiration.

Etude d'un champignon pyogène parasite de l'homme, par A. Grasset (*Arch. de médec. expérimentale*, septembre 1893, p. 664). — Grasset a obtenu avec le pus d'un abcès gingival des cultures contenant des staphylocoques dorés et un champignon qui, isolé, a reproduit chez les animaux des abcès renfermant uniquement ce champignon ; le parasite offrait tous les caractères morphologiques du muguet ; l'auteur ne se croit pas autorisé à décider s'il s'agit d'un champignon d'une espèce particulière distincte à déterminer, ou d'un muguet ayant acquis des propriétés spéciales par suite d'un habitat anormal.

De la langue noire, par P. Masoin (*Gazette médicale de Paris*, 29 juillet 1893, p. 349). — L'hypertrophie épithéliale piliforme, qui donne à la langue une coloration d'abord jaune, puis brune et enfin noire, n'est pas due à la présence d'un microcoque, mais résulte d'un trouble kystique dont il n'est pas possible de déterminer la nature et qui est certainement indépendant de l'âge du sujet, de son état général et de la réaction du liquide buccal. Cette affection doit être rapprochée du groupe des affections néoplasiques bénignes et du papillome en particulier.

CHIRURGIE

Hyperostose du rocher dans l'otorrhée chronique et ses rapports avec les affections intra-crâniennes d'origine auriculaire (Ueber Hyperostose des Felsenbeims bei chronischer Ohreneiterung, etc.), par Lemcke (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1893, n°s 37 et 38). — Les affections chroniques de l'oreille qu'on peut considérer comme la cause de l'hyperostose de diverses parties du rocher, sont les suppurations chroniques de l'oreille moyenne et de ses annexes et les états pathologiques qu'elle provoque, c'est-à-dire la carie, la nécrose et le cholestéatome. Sous l'influence de ces processus qui entretiennent une congestion chronique dans la muqueuse de l'oreille moyenne, dans l'antre mastoïdien, les cellules mastoïdiennes et la peau qui recouvre la portion osseuse du conduit auditif, il peut survenir un épaississement plus ou moins diffus de ces parties et une hypertrophie circonscrite ou diffuse des parties osseuses sous-jacentes (ostéite condensante de Volkmann). Les cellules mastoïdiennes se rétrécissent et finissent même quelquefois par disparaître complètement, la cavité de la caisse du tympan et de l'antre mastoïdien deviennent moins grandes, et la portion osseuse du conduit auditif externe est frappée à son tour d'un rétrécissement concentrique — phénomènes qui permettent d'envisager le processus en question comme une ostéo-sclérose.

Sur 19 malades que l'auteur a eu l'occasion d'opérer pour diverses affections suppurées de l'oreille, l'ostéo-sclérose très prononcée fut trouvée 10 fois. Chez 7, la sclérose était localisée principalement ou exclusivement à l'apophyse mastoïde ; chez 3, il existait un rétrécissement considérable du conduit auditif ; 8 de ces malades présentaient en même temps des phénomènes graves, attribuables à une lésion intra-crânienne ou du labyrinthe.

Deux malades ont présenté une otorrhée chronique avec carie du rocher et ostéo-sclérose considérable de l'apophyse mastoïde. Plus tard, phénomènes centraux et formation d'un abcès en dehors de la dure-mère. Les deux malades (homme

de 36 ans et enfant de 8 ans), ont guéri après opération (trépanation de l'apophyse mastoïde).

Quatre malades ont présenté de l'otorrhée chronique, compliquée de cholestéatome avec ou sans carie. Chez deux, il existait une carie centrale du rocher. L'ostéo-sclérose était particulièrement accusée chez deux au niveau de l'apophyse mastoïde; chez deux autres, au niveau du conduit auditif. Sur ces 4 malades qui furent tous trépanés, un (garçon de 19 ans) succomba à la thrombose du sinus avec pyohémie, deux (femme de 41 ans et fille de 7 ans), à la méningite suppurée.

Une malade (une femme de 22 ans) présentait de l'otorrhée chronique avec carie centrale et ostéo-sclérose du rocher. La trépanation (toujours de l'apophyse mastoïde) n'amena pas la guérison des phénomènes cérébraux. L'auteur pense que dans ce cas il existait en même temps un abcès cérébral profond.

Un malade (homme de 27 ans) présentait une otorrhée chronique avec carie du limaçon et ostéo-sclérose considérable de l'apophyse mastoïde et du conduit auditif. Le limaçon s'élimina spontanément. Amélioration après opération.

Trois cas d'appendicite (Zur Kazuistik der Wurmfortsatzerkrankungen), par CASPERSOHN (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 43, p. 808). — 1° Une fillette de 5 ans est brusquement prise de phénomènes de péritonite avec localisation plus particulière dans la fosse iliaque droite. Incision à ce niveau et évacuation d'un demi-verre de pus. On ne trouve pas l'appendice. Drainage. La fièvre continue encore pendant trois semaines pendant lesquelles on voit se former un empâtement dans la fosse iliaque gauche. On se propose déjà d'ouvrir la collection, lorsqu'en explorant le trajet de l'ancienne incision, on rompt quelques adhérences et un nouveau flot de pus s'écoule au moment où l'on comprimait la fosse iliaque gauche. Guérison en 8 jours.

2° Un garçon de 7 ans est amené avec tous les signes de la péritonite par perforation de l'appendice vermiculaire. Mais comme les phénomènes paraissaient localisés dans la fosse iliaque gauche, on incise celle-ci et, en écartant les anses intestinales accolées, on tombe sur un foyer purulent. Seconde incision dans la fosse iliaque droite pour trouver l'appendice. Celui-ci était perforé à son sommet et baignait dans du pus. Drainage des deux foyers. Mort 4 heures après l'opération.

3° Homme de 36 ans, sujet, depuis 2 ans, à des attaques de coliques appendiculaires. Laparotomie par incision longitudinale sur le milieu de la fosse iliaque droite et extirpation de l'appendice épaissi et entouré d'adhérences. Guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de pathologie interne, par M. le professeur DIEULAFOY, 7e édition, 3 volumes. G. Masson, éditeur.

L'éloge n'est plus à faire du Manuel de pathologie de M. Dieulafoy. Ses tirages multipliés en disent plus que tous les discours. Dans ce livre on retrouve le maître avec toutes les qualités qui font de son enseignement un des plus suivis de notre école : l'éloquence dans la description, la clarté dans la concision, la précision dans un style qui sait rester original.

Depuis tantôt quinze ans, ce manuel aide à l'éducation des générations médicales; il est devenu le bréviaire de l'étudiant et le conseil du praticien. On n'aborde guère de concours, petits ou grands, sans l'avoir souvent feuilleté, et il est des pays où le livre est aussi populaire que dans le nôtre. Que d'efforts il a fallu à notre maître pour maintenir son Manuel au courant des progrès si rapides de la médecine! Que de signes nouveaux, en effet, acquis par la séméiotique depuis quelques années! Que de faits enregistrés par l'anatomie pathologique! Que de bouleversements apportés par la bactériologie dans la classification des maladies infectieuses! Voilà pourquoi, après avoir fait son tour du monde, le livre de M. Dieulafoy nous revient aujourd'hui, augmenté d'un troisième volume. Les chapitres nouveaux ont été conçus avec l'unité de vues qui avait présidé à la confection des anciens. Fidèle aux traditions de l'école française, M. Dieulafoy s'attache avant tout à la description clinique des maladies; il en donne des symptômes précis et un diagnostic serré. Curieux de tous les faits nouvellement acquis par l'histologie, l'expérimentation et la microbiologie, mais toujours en garde contre les enthousiasmes trop hâtifs et les déductions trop rapides, il n'enregistre que les découvertes dont la validité lui paraît dûment établie. Nombre de chapitres où sont exposées ses vues personnelles sur diverses questions, font de ce Manuel une œuvre vraiment doctrinale.

Nous nous bornerons à l'analyse de quelques pages nouvelles de cette septième édition.

Un chapitre nouveau est consacré à la syphilis nasale, dont on ne saurait trouver l'histoire aussi complète dans aucun livre de pathologie. On y trouve tous les éléments du diagnostic parfois si difficile entre les lésions syphilitiques et scrofulo-tuberculeuses du nez.

L'étude des maladies de la plèvre a toujours été un des sujets de prédilection pour M. Dieulafoy. Il avait trop contribué à leur histoire, pour ne pas leur consacrer de longs chapitres. La séméiologie de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë n'a guère changé en ces dernières années, mais une question doctrinale divise actuellement le monde médical, touchant la nature de cette affection. Les uns disent : il existe une pleurésie *a frigore*; les autres prétendent que le refroidissement n'est jamais qu'une cause secondaire et que la pleurésie dite *a frigore* est toujours une pleurésie tuberculeuse. Il appartenait à M. Dieulafoy de prêter à l'une ou l'autre de ces opinions l'appui de sa grande autorité. Après avoir examiné avec attention les arguments anatomiques, cliniques et bactériologiques, et serré de près la discussion, il conclut : « Je » suis le premier à reconnaître qu'un bon nombre de pleu» résies, franches en apparence, sont les unes bénignes et » curables, les autres suivies à échéance plus au moins éloi» gnée d'infection tuberculeuse, mais je ne peux faire dispa» raître d'un trait de plume les autres variétés de pleurésies » séro-fibrineuses, et la pleurésie simple, dite *a frigore*, pour » les remplacer par la pleurésie fatalement tuberculeuse. »

L'histoire des pleurésies hémorrhagiques a peu varié depuis la dernière édition, il n'en est pas de même de la pleurésie purulente. On décrivait autrefois, dit M. Dieulafoy, une *pleurésie purulente*, Ce sont les symptômes communs à toutes les variétés de pleurésies purulentes que M. Dieulafoy nous décrit tout d'abord. Mais, dans bon nombre de circonstances, c'est à tel ou tel agent pathogène que la pleurésie purulente doit sa physionomie propre, ses allures spéciales, et c'est là vraiment le côté nouveau et intéressant de la question. M. Dieulafoy étudie donc ensuite et à part les pleurésies purulentes à streptocoques, à pneumocoques, à staphylocoques, les pleurésies putrides et tuberculeuses; il nous montre la marche et le pronostic différent de chacune de ces variétés et la nécessité actuelle de compléter leur diagnostic par l'examen bactériologique.

L'histoire des maladies chroniques du cœur est restée fixée comme elle l'était en ces dernières années, mais la compréhension des maladies aiguës s'est singulièrement modifiée, grâce aux recherches bactériologiques; aussi les endocardites aiguës sont-elles traitées avec tous les développements que leur importance comporte.

M. Dieulafoy esquisse surtout le tableau des principales endocardites infectieuses et infectantes : la pneumonique, la pyohémique, la puerpérale, la typhique, la tuberculeuse, qui ressortissent à l'ancienne endocardite ulcéreuse ou maligne. Le pronostic de cette endocardite infectieuse est très grave; néanmoins, elle peut, par exception, guérir, et M. Dieulafoy rapporte un fait personnel d'endocardite puerpérale avec symptômes septicémiques et abcès multiples, terminé par guérison.

On sait qu'en ces dernières années les groupes des médicaments cardiaques se sont singulièrement multipliés. Or, en présence d'un malade qui est voisin de l'asystolie ou qui est même en pleine asystolie, à quel médicament faut-il donner la préférence et d'après quelles médications faut-il agir? C'est ce traitement des maladies du cœur que M. Dieulafoy indique dans toute sa simplicité, d'après les faits de sa pratique. Il montre que cette thérapeutique peut se faire en général sans l'intervention de tous les médicaments nouveaux dits toni-cardiaques ou diurétiques, qui sont mieux placés dans les mains des physiologistes que dans celles des médecins. Le cœur est un organe plus vaillant qu'on ne le pense; il est

presque toujours plus épuisé que dégénéré et le mal vient fréquemment des obstacles accumulés à la périphérie, de l'engorgement sanguin des organes et de la sérosité qui imprègne le tissu cellulaire superficiel ou profond. C'est donc contre les congestions et les œdèmes que M. Dieulafoy conseille tout d'abord d'agir, et d'une façon systématique. Suivent les indications de la digitale, de la caféine, de la morphine, des iodures, et la façon d'appliquer ces médicaments en dehors des périodes troublées de l'asystolie.

Dans les maladies de la moelle, trois chapitres nouveaux sont consacrés à la maladie de Friedreich, à la syringomyélie, aux myélites syphilitiques. Parmi les chapitres ayant trait aux maladies du cerveau, deux nous arrêteront, celui de l'aphasie et celui de la syphilis cérébrale. La question de l'aphasie, devenue si compliquée en ces dernières années, est traitée par M. Dieulafoy avec sa lucidité ordinaire. La localisation de l'agraphie est une question actuellement à l'ordre du jour. Il est peu probable, dit M. Dieulafoy, que cette localisation soit spéciale, comme on a voulu le prétendre; l'aphasie et l'agraphie font partie du même complexus, et il soutient avec M. Déjerine que Trousseau avait raison lorsqu'il affirmait que l'aphasique n'est pas plus apte à exprimer ses pensées par la parole que par l'écriture.

La syphilis cérébrale est l'objet d'une étude complète. Les artérites et les gommes cérébro-méningées sont décrites dans leurs diverses modalités. Les troubles intellectuels si divers, observés chez les syphilitiques, la pseudo-paralysie générale syphilitique sur laquelle les aliénistes et syphiliographiques discutent encore, sont étudiées ensuite, ainsi que la syphilis héréditaire tardive.

L'histoire des angines en général et de l'angine diphthéritique en particulier vient d'être renouvelée par la bactériologie ; aussi leur étude est-elle refaite complètement par M. Dieulafoy et le lecteur trouvera résumées dans son livre toutes les acquisitions nouvelles sur ce chapitre si important de la pathologie.

Il trouvera l'histoire des angines membraneuses à streptocoques, à staphylocoques, à pneumocoques, de l'angine herpétique, des angines membraneuses syphilitiques. Les membranes diphthériques, le bacille de Lœffler et ses toxines, les microbes qui lui sont associés dans les formes malignes de l'angine diphthéritique, sont l'objet de descriptions spéciales. Au diagnostic de l'angine dipththéritique et des angines blanches, M. Dieulafoy apporte tous ses soins.

Laissons dire à l'éminent clinicien l'importance qu'il reconnaît pour ce diagnostic à l'examen bactériologique :

« Je pense qu'après avoir lu les chapitres concernant l'an- » gine diphthéritique et les angines non diphthéritiques, on » sera bien pénétré de cette idée, que la clinique livrée à ses » propres ressources est souvent incapable de formuler un » diagnostic. C'était l'opinion de Trousseau. Mais aujourd'hui, » nous sommes armés de moyens qui ne permettent plus une » erreur. En face d'une angine couenneuse, il faut toujours » faire un examen bactériologique, *même quand on se croit* » *assuré du diagnostic*. Il est aussi simple, aussi facile de » faire un examen bactériologique d'angine, que de faire un » examen d'urine... Le diagnostic et le pronostic de l'angine » sont ainsi vérifiés et l'on ne s'expose pas à toutes les incer- » titudes, à tous les mécomptes dont il a été question dans le » courant de cette étude. »

Signalons un chapitre nouveau où sont étudiées toutes les formes anatomiques et cliniques de la tuberculose du foie, ainsi que le tubercule hépatique expérimental dont la pathogénie a fourni en ces dernières années de précieux éclaircissements sur l'histogénèse si controversée du tubercule.

Les maladies du rein comme les maladies de la plèvre font depuis quelques années l'objet des constantes préoccupations de M. Dieulafoy, aussi devions-nous nous attendre à trouver dans son livre des éclaircissements sur la pathogénie encore si controversée des néphrites aiguës et du mal de Bright et sur leur symptomatologie qu'il a tant contribué à enrichir. On peut dire que les chapitres consacrés à ces affections constituent à l'heure actuelle les meilleurs guides dans leur étude.

Le mal de Bright comprend les néphrites subaiguës et chroniques. Le mot de *brightisme* créé par M. Dieulafoy s'applique aux petits accidents de la maladie, à ses formes atténuées. Depuis plus de quinze ans, notre maître combat pour l'unité de ce mal de Bright et soutient que les néphrites chroniques à gros reins, comme les néphrites chroniques à petits reins, reconnaissent les mêmes causes. Les expressions de néphrite glandulaire, néphrite artérielle, néphrite interstitielle, sont pour lui inexactes ; l'un de ces processus n'est pas forcément subordonné à l'autre, mais ces différents processus marchent ensemble sous l'influence d'une même cause. Je passe sur les petits accidents du brightisme (pollakyurie, doigt mort, cryesthésie, etc.), sur la folie brightique que M. Dieulafoy a fait connaître depuis longtemps déjà, et j'arrive à une question qui touche au diagnostic de la maladie de Bright et que M. Dieulafoy s'est efforcé de mettre en relief en ces temps derniers, je veux parler de la *dissociation possible des actes morbides du rein*. L'albuminurie n'a qu'une valeur assez secondaire dans le diagnostic de la maladie de Bright; elle n'est qu'un témoin infidèle et trompeur; aussi les termes *albuminurique* et *brightique* ne sont-ils en rien synonymes. On peut être brightique et le rester longtemps avant d'être albuminurique ; par contre, on peut être albuminurique et rester albuminurique indéfiniment avant d'être brightique ou sans jamais le devenir. Les petits symptômes du brightisme, comme les grands symptômes de l'urémie, sont le fait d'une dépuration urinaire plus ou moins insuffisante ; leur apparition est indépendante de celle de l'albumine dans les urines. La connaissance du mal de Bright sans albuminurie, introduite dans la science par M. Dieulafoy, intéresse donc au plus haut point la pratique... Cette longue étude des néphrites se termine par un chapitre sur leur traitement dont la base est le régime lacté. On y trouvera toutes les indications thérapeutiques s'adressant aux grands symptômes de l'urémie.

Je signale encore une étude intéressante de la syphilis du rein et du chloro-brightisme, sur lequel M. Dieulafoy attirait encore récemment l'attention de l'Académie de médecine.

L'hémoglobinurie fait l'objet d'un chapitre spécial où M. Dieulafoy rapporte une autopsie personnelle unique dans la science, qui apporte à la théorie hémoglobinhémique une des preuves qui lui manquaient.

Les maladies infectieuses ont reçu les développements que comporte leur domaine, dont l'extension est constante. Les angines et les suppurations de la scarlatine, la néphrite scarlatineuse sont décrites avec le plus grand soin. Les complications de la rougeole et en particulier l'otite morbilleuse sont étudiées en détail.

Un chapitre important est consacré à la thérapeutique de la fièvre typhoïde. On y trouvera réunies en quelques pages toutes les indications qui doivent guider le traitement.

Pour M. Dieulafoy, le traitement spécifique, c'est le *bain froid*. Pour lui, le bain est aussi utile dans la fièvre typhoïde que la quinine dans le paludisme et le mercure dans la syphilis. Il formule nettement la technique de la balnéothérapie ; il en donne les rares contre-indications et n'oublie pas de préciser les règles de la thérapeutique symptomatique à appliquer contre la céphalalgie, la putridité intestinale, la faiblesse du cœur, l'adynamie, le collapsus, etc.

Des chapitres nouveaux traitent de la rubéole, de la dengue, de l'actinomycose, de la blennorrhagie, du chancre mou et du chancre induré, de l'obésité, de l'acromégalie, de la maladie de Thomsen, des intoxications par le phosphore, l'arsenic, l'opium, la morphine, la cocaïne, le tabac, l'oxyde de carbone.

En terminant, j'attire enfin l'attention sur le chapitre très documenté consacré au diabète.

Je n'ai fait qu'effleurer l'analyse des chapitres les plus nouveaux ou les plus remaniés, heureux si j'ai pu montrer que cette nouvelle édition constitue vraiment la mise au point de nos connaissances médicales, en cette fin de 1893. Ce livre n'a donc du manuel que le nom et la taille, et si, malgré son désir d'être court, M. Dieulafoy s'est vu contraint d'ajouter un troisième volume aux précédents, qu'il n'en prenne pas souci, car les progrès dans notre science sont si rapides, le succès de son livre si grand, que, les éditions se multipliant, nous prévoyons déjà un quatrième volume pour l'avenir.

Fernand Widal.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

THÉRAPEUTIQUE JOURNALIÈRE, par C.-J. SMITH, médecin-praticien à Moscou (maladies internes et maladies des enfants). Paris, J.-B. Baillière, 1893.

Petit formulaire dressé par ordre alphabétique des maladies à traiter, ce qui est un procédé très commode pour le praticien. L'auteur ne s'est pas borné à réunir un amas indigeste de formules, mais pour chaque maladie il a indiqué la voie générale que doit suivre la thérapeutique.

SUR LES FIÈVRES PALUSTRES PSEUDO-CONTINUES (RÉMITTENTES PSEUDO-CONTINUES), par V. NEGEL (Extrait du *Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy*). Broch. in-8° de 84 pages, 1893.

Etude intéressante, avec nombreuses observations et courbes thermométriques, sur une forme de paludisme à peu près inconnue en France, mais souvent observée dans d'autres contrées. L'auteur insiste sur le diagnostic de cette affection, qui est d'autant plus embarrassant que ces fièvres pseudo-continues peuvent s'accompagner de taches rosées lenticulaires semblables à celles de la fièvre typhoïde : les oscillations de la température sont cependant beaucoup plus étendues dans les fièvres rémittentes, et la marche n'est pas cyclique ; les résultats de l'emploi du sulfate de quinine et des douches froides, qui agissent rapidement dans les fièvres rémittentes, ont une grande valeur diagnostique.

L'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE ET LES NOUVELLES THÉORIES DU CRIME (deuxième édition), par le Dr EMILE LAURENT. Paris, 1893, *Société d'éditions scientifiques*.

Nous avons déjà rendu compte de cet ouvrage à l'apparition de sa première édition, et le succès qui lui a été fait a confirmé l'opinion que nous avions émise à son sujet. Cette deuxième édition n'est pas une simple réimpression, et l'auteur a complété en bien des points l'exposé parfois insuffisant de certaines des nouvelles doctrines. Malgré cela, toutes les théories scientifiques qui ont cours sur la criminologie n'ont pu encore y trouver place, et nous aurions désiré y voir mentionnées certaines doctrines originales exposées au dernier congrès de Bruxelles. Malgré ces réserves, ce volume n'en est pas moins une œuvre excellente de vulgarisation.

DE L'HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE (Railway-spine), par le Dr ALBERT BLUM, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, médecin en chef de la Compagnie P.-L.-M. Paris, 1893, Asselin et Houzeau, édit.

Les troubles nerveux survenus à la suite des accidents de chemin de fer ont provoqué des travaux extrêmement nombreux dans ces dernières années, néanmoins il a paru intéressant à l'auteur de réunir en un volume tous les documents qu'il a pu recueillir depuis une quinzaine d'années dans les Archives de la Compagnie P.-L.-M. Ces observations servent à illustrer une étude clinique de la maladie, au début de laquelle certain passage insinue que c'est la suggestion maladroite du médecin appelé auprès du malade traumatisé qui est la cause habituelle des accidents (?). « Le médecin appelé demande au malade s'il éprouve des congestions, des palpitations, des suffocations. Il l'examine au point de vue de l'hyperesthésie, de l'anesthésie, cherche s'il a des fourmillements... Lorsque aucun de ces phénomènes morbides n'est accusé par le malade, il attire son attention à cet égard, en lui disant de bien s'observer. *Bientôt on voit survenir un ou plusieurs de ces symptômes.*

Bien qu'il en soit, les cas nombreux reproduits dans cet ouvrage constituent une source documentaire du plus grand intérêt.

Thèses de Paris.

PLAIES DE LA VEINE FÉMORALE, par LUCIEN YON.

En présence d'une plaie complète de la veine fémorale, il faut :

1° Faire de la compression au-dessous de la plaie.

2° Aller à la recherche des deux bouts du vaisseau, et en faire la ligature au catgut.

3° La persistance de l'hémorrhagie devra faire penser à la possibilité d'une blessure d'une veine collatérale débouchant entre les deux ligatures. S'il y a lieu, lier cette collatérale.

4° En dernier ressort, on liera l'artère fémorale.

Les plaies incomplètes seront traitées par la suture ou la ligature latérale. Si ces opérations n'arrêtent pas l'écoulement sanguin, on suivra la même conduite que s'il s'agissait d'une plaie complète.

Quelle que soit la méthode employée, on prendra toujours les précautions suivantes :

1° Enveloppement ouaté de tout le membre et légère compression.

2° Élévation et immobilisation du membre.

3° Veiller à ce que rien ne gêne la circulation au-dessus de la plaie.

DES MÉNINGITES SUPPURÉES NON TUBERCULEUSES, par VAUDREMER.

Les méningites suppurées peuvent reconnaître comme éléments pathogènes les différents organismes capables de donner des maladies générales et surtout le pneumocoque. Le doute subsiste au sujet des méningites suppurées à bacterium coli commune et à bacille d'Eberth. Ces organismes peuvent pénétrer par des voies quelconques.

On peut macroscopiquement savoir si le pus est à pneumocoques ou non ; il n'en est pas de même pour les autres organismes.

La méningite à pneumocoques peut affecter des symptômes spéciaux. La marche est très rapide.

Le diagnostic des méningites suppurées est en général possible.

Comme traitement prophylactique, on fera l'antisepsie buccale. Quand on pourra penser à une localisation de l'épanchement purulent, on aura recours à la trépanation. Le procédé de la vaccination spéciale paraît devoir être un procédé de choix dans l'avenir.

VARIÉTÉS

Enregistrement des diplômes médicaux. — Nous croyons devoir reproduire l'avis suivant, en engageant tous nos confrères, anciens et nouveaux, à satisfaire aux prescriptions nouvelles de la loi sur l'exercice de la médecine.

Aux termes de la loi du 30 novembre 1892 renouvelant les dispositions de la législation antérieure du 19 ventôse an XI, les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sage-femmes sont tenus de faire enregistrer leur titre à la Préfecture de Police et au Greffe du Tribunal civil.

La loi du 30 novembre 1892 étant devenue exécutoire à partir du 1er de ce mois, le procureur de la République près le Tribunal de la Seine rappelle aux intéressés la prescription à laquelle ils doivent se conformer sous peine d'amende.

Un service spécial est organisé au Greffe du Tribunal civil pour recevoir leurs déclarations.

Les dangers de la bicyclette. — Au moment où le cyclisme est si en honneur dans le monde médical, il n'est pas sans intérêt de reproduire ce qu'en pense un de ses plus fervents adeptes, le Dr Benjamin Richardson :

« Il n'y a plus de doute actuellement, dit-il, sur les inconvénients que peut entraîner l'abus du cyclisme. L'attitude que prennent presque tous les cyclistes, à un degré plus ou moins marqué, — en se penchant en avant sur le guidon de leur machine, — est sûrement des plus préjudiciables à leur santé. Et, bien que je ne puisse m'expliquer la raison de cette attitude, je reconnais que pour maintenir la poitrine droite, je suis obligé à un grand effort sur moi-même et à une surveillance soutenue.

» La position courbée est plus nuisible qu'on ne s'imagine. Tout le monde reconnaît qu'elle est disgracieuse. Elle détruit les lignes naturelles de la colonne vertébrale. Le haut de la courbure antérieure se trouve projeté en avant, et je ne suis pas sûr que la courbure postérieure ne soit pas aussi modifiée, jusqu'à ce que l'épine prenne la forme d'un arc. Le squelette osseux de la poitrine est comme écrasé par la pression anormale qui s'exerce sur lui. La circulation se trouve gênée et sans aucun doute les poumons sont aussi entravés dans leurs mouvements. Il n'est pas possible que ces diverses modifications n'aient pas de conséquences nuisibles. »

Le 3e Congrès de Pirogoff. — On nous annonce qu'à la fin du mois de décembre va avoir lieu à Saint-Pétersbourg le 3e Congrès des médecins russes en mémoire de M. Pirogoff.

Les instituts antirabiques de Marseille et d'Alger. — L'institut de Marseille vient d'être inauguré. Il est installé au château du Pharo et placé sous la direction de M. le Dr Lion, directeur de l'École de médecine, avec MM. Gouret et Azaïs pour chefs de laboratoire. — On annonce aussi la création pour l'année prochaine d'une succursale de l'Institut Pasteur à Alger.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de la pelade.

I

Tour à tour considérée comme une affection parasitaire et comme un trouble trophique d'origine nerveuse, la pelade est à la fois l'un et l'autre, d'après la plupart des dermatologistes contemporains; plus exactement, elle est tantôt une maladie contagieuse et transmissible, dont le parasite est encore à trouver, tantôt elle relève d'une altération nerveuse, également mal déterminée, dont la céphalée est parfois la manifestation, ou dont on soupçonne l'existence parce qu'on voit apparaître l'alopécie à la suite d'une émotion ou d'un choc moral, ou dont la constatation de manifestations nerveuses diverses, le goître exophthalmique par exemple, ou le vitiligo, permet d'admettre l'existence.

En bonne logique, cependant, il semble difficile de faire rentrer dans un même cadre nosologique et de décrire sous un nom unique une dermatose parasitaire et une trophonévrose. Une telle confusion, si contraire aux règles de la terminologie médicale, paraît justifiée, il faut le reconnaître, par la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité de décider, dans la plupart des cas, à laquelle de ces causes doit être attribuée l'alopécie : les caractères cliniques, morphologiques et évolutifs propres à ces deux dermatoses sont actuellement à peine soupçonnés, pour ne pas dire inconnus; nous ne doutons pas cependant qu'une étude attentive, poursuivie parallèlement sur le terrain clinique et le terrain bactériologique, ne parvienne quelque jour à les établir définitivement et ne donne la clef du diagnostic entre la *pelade*, affection contagieuse et parasitaire, et la *pseudo-pelade* trophoneurotique (1).

Ce jour-là, la thérapeutique des alopécies en aires subira sans doute quelques modifications, et peut-être des modes de traitement, indistinctement appliqués aujourd'hui dans tous les cas, seront-ils réservés à l'une des séries.

Actuellement, la pratique se ressent des indécisions de la théorie; les auteurs qui admettent l'origine parasitaire de la pelade, cherchant leurs agents thérapeutiques dans la série des substances réputées parasiticides, tandis que ceux qui la rattachent à une cause nerveuse les empruntent surtout à la série des substances ou des moyens qui peuvent modifier les actions nerveuses.

Et pourtant, si on étudie de près les modes de traitement proposés, on est amené à reconnaître que, parasiticides ou nervins, tous les agents employés et recommandables jouissent, à quelques exceptions près, d'une même action, à savoir une action irritante ou excitante sur les téguments : sur le terrain thérapeutique, l'entente se fait, inconsciemment pour beaucoup.

Mon maître, M. Besnier, a montré, d'ailleurs, combien étaient trompeuses les espérances de la méthode antiparasitaire appliquée aux affections des poils : les agents de cette méthode auraient irrémédiablement détruit les tissus vivants avoisinants avant d'être parvenus, à dose parasiticide, aux parasites qu'ils doivent détruire; la grande majorité de ceux qu'on emploie dans ce but provoque non la mort du parasite, mais la chute des poils et de l'épiderme qui le renferment. Dans la pelade, il n'y a plus nécessité de provoquer la chute du poil malade, il tombe spontanément ou est facilement enlevé avec la pince; mais la papille pileuse, qui recèle sans doute encore des parasites, est trop profondément située pour être atteinte par les agents chimiques. Ne pouvant espérer agir directement sur elle, il faut tourner la difficulté, modifier sa nutrition en irritant les téguments, lui donner assez de résistance vitale pour éliminer ou détruire les parasites, assez de vigueur pour faire croître un poil robuste.

N'est-ce pas encore ce but qu'il faut poursuivre alors que l'alopécie est d'origine nerveuse? alors qu'elle dépend d'une altération des centres ou des nerfs périphériques, laquelle est trop profonde pour être atteinte par les moyens locaux, trop mal déterminée pour qu'on sache par quelle médication générale on peut y remédier?

Ce préambule était nécessaire avant d'exposer la série multiple des procédés de traitement applicables à la pelade et aux pseudo-pelades trophoneurotiques, et de dire ce qu'on doit attendre d'eux.

II

Les moyens locaux tiennent incontestablement le premier rang dans le traitement de la pelade et aucune médication générale ne saurait les remplacer.

(1) Nous croyons pour notre part que cette séparation doit être formellement affirmée; mais au point de vue thérapeutique, où nous nous plaçons dans cette revue, il n'y a pas encore lieu de distinguer entre la pelade et les pseudo-pelades trophoneurotiques.

Les injections de pilocarpine, vantées de temps à autre, n'ont jamais guéri une pelade.

L'arsenic, qui a été préconisé dans les diverses variétés d'alopécie en raison de son action bien connue sur le pelage des animaux, facilite peut-être la repousse, mais ne saurait suffire à la produire : il sera souvent cependant utile de le prescrire, et de préférence sous la forme de liqueur de Fowler à la dose de 6 à 8 gouttes par jour, chez les peladiques dont la nutrition générale laisse quelque peu à désirer.

Il est, en effet, nécessaire, dans cette affection comme dans la plupart des dermatoses, de rechercher et de suivre les indications thérapeutiques fournies par l'état général des malades : la nutrition des poils subit le contre-coup de tous les troubles morbides de l'économie et ne peut se faire régulièrement, à plus forte raison lorsqu'elle est déjà localement compromise, que si l'assimilation et les grandes fonctions organiques s'exécutent normalement.

Chez les sujets anémiques, les préparations ferrugineuses, l'hydrothérapie, les inhalations d'oxygène, les eaux d'Uriage et de la Bourboule seront d'utiles moyens adjuvants du traitement local.

Chez les sujets surmenés par un travail excessif, par des préoccupations de tous ordres, le séjour au grand air, l'exercice corporel, l'éloignement du milieu habituel auront la plus heureuse influence sur la maladie du cuir chevelu. Une cure aux eaux de Luchon, de Barèges, de Cauterets, d'Uriage, pendant laquelle on pourra utiliser localement en douches ou en pulvérisations les propriétés stimulantes de ces eaux, activera souvent d'une façon remarquable la repousse des cheveux et achèvera la guérison.

Chez les sujets nerveux de tous ordres, et dans tous les cas où on sera autorisé à croire que le système nerveux joue un rôle dans la production ou dans la persistance de la maladie, l'hydrothérapie, le séjour dans les stations thermales précédentes, les préparations de valériane trouveront leur emploi.

Nous ne pouvons insister plus longtemps sur ces indications : il suffit d'avoir montré, par les exemples les plus fréquents, comment on peut les remplir.

III

Le cuir chevelu des sujets atteints de pelade doit être soumis dans toute son étendue à une surveillance attentive, afin de découvrir et traiter le plus rapidement possible les plaques nouvelles qui se développeraient à sa surface.

Dans ce but et aussi dans celui de rendre plus faciles les applications de topiques, on doit, toutes les fois que cela est possible, couper les cheveux ras, ou tout au moins courts. Chez les enfants, cette prescription peut et doit être exécutée dans toute sa rigueur. Chez les hommes adultes, les nécessités sociales obligent à y apporter quelque tempérament : encore doit-on exiger que ces cheveux ne soient jamais longs, tout en permettant de leur laisser un peu plus de longueur à la partie supérieure des plaques afin de pouvoir cacher celles-ci avec les cheveux voisins ou dissimuler grâce à eux les postiches avec lesquels on les recouvre.

Dans les pelades à plaques multiples, envahissantes et surtout serpigineuses, il n'est plus possible de tolérer la présence de cheveux longs : l'impossibilité de les dissimuler amène d'ailleurs les malades à couper spontanément leurs cheveux, pour pouvoir appliquer un postiche recouvrant plus ou moins complètement le crâne.

Chez la femme, pour laquelle les exigences de la vie ordinaire sont encore plus grandes, il serait cruel de sacrifier la chevelure pour des plaques peu étendues, que la longueur de ses cheveux lui permet plus facilement encore de rendre invisibles; les soins locaux sont plus difficiles à exécuter, demandent un temps plus long, mais sont encore possibles ; si les plaques sont larges, nombreuses et extensives, la patiente n'hésitera pas, pour assurer sa guérison, à faire tomber sa chevelure, à l'absence de laquelle elle remédiera artificiellement

Dans tous les cas où on ne croira pas devoir sacrifier la chevelure, les cheveux devront, suivant la recommandation de M. Besnier, être coupés courts aux ciseaux au pourtour des plaques dénudées.

L'épilation joue, dans le traitement de la pelade, un rôle plus important que celui que lui accordent beaucoup d'auteurs. Il est évident que, suivant une boutade trop souvent reproduite, on n'épile pas un chauve, et que la pince ne trouve plus rien à extirper sur une plaque de pelade dénudée; mais la plaque alopécique n'est pas tout dans la pelade.

Tout d'abord, il n'est pas rare de voir sur une plaque de pelade au début ou en évolution quelques poils persistants, qui sont destinés à tomber à bref délai, qui peuvent aller inoculer les parties voisines: il est tout indiqué de les extirper, afin de faciliter les applications thérapeutiques et de débarrasser les follicules pileux de ces appendices cadavérisés. Dans la forme désignée par M. Besnier sous le nom de pelade à cheveux fragiles (pseudo-pelade de Bazin, pseudo-tondante de Lailler), il est tout particulièrement utile de débarrasser la plaque des fragments, souvent fort nombreux, de cheveux qui la parsèment.

Mais l'indication principale de l'épilation dans la pelade est celle qui a été particulièrement mise en lumière par M. Besnier : enlever à la périphérie de la plaque les cheveux mal adhérents, qui viennent facilement à la pince, qui sont déjà malades, qui doivent tomber spontanément à bref délai ; les enlever tous, jusqu'à ce que l'on rencontre des poils adhérents, former ainsi une *zone de protection*, et mieux encore continuer l'épilation en dehors de cette zone, en enlevant sur une largeur de 3 ou 4 millimètres les cheveux dont l'adhérence est normale : de la sorte, on fait pour ainsi dire le vide autour des plaques malades, et on en limite très certainement l'extension. Il est exceptionnel de voir une plaque ainsi bordée par une zone d'épilation continuer à s'agrandir, surtout si l'on a soin d'enlever à la pince tous les deux ou trois jours les poils qui repoussent sur cette zone tant que la guérison de la plaque dénudée n'est pas en bonne voie.

Il est nécessaire de surveiller de près la bordure des plaques et de l'épiler à nouveau si l'on vient à constater ultérieurement la présence de poils malades.

M. Besnier conseille également, lorsque les cheveux commencent à repousser, d'enlever les poils, généralement grêles et peu colorés, qui se montrent les premiers : l'épilation, on le sait en effet, augmente la vigueur des poils et il suffit pour s'en convaincre de se rappeler le volume que peuvent atteindre les poils à la suite d'épilations successives chez les femmes atteintes d'hypertrichose du visage. Ces poils de repousse peuvent être facilement extirpés par des personnes de l'entourage du malade et l'épilation doit être répétée tant que la repousse ne se fait pas sur la totalité de la plaque malade.

L'épilation n'est pas, quoi qu'on en ait dit, très douloureuse ; elle n'est pas non plus difficile à exécuter, surtout dans la pelade où les cheveux ne se rompent pas comme dans la trichophytie. Elle peut donc être pratiquée dans tous les cas et nous paraît à tous égards préférable à la rasure, qui a été conseillée par nombre d'auteurs pour la remplacer. Cependant, si on éprouvait quelque em-

barras à faire accepter ou pratiquer l'épilation, il conviendrait de faire raser la bordure des plaques, pour y établir une zone de protection et de surveillance et de faire raser les cheveux qui repoussent au niveau des plaques.

Le savonnage du cuir chevelu, fait chaque jour à l'eau chaude, permet d'enlever la graisse sécrétée par les glandes du cuir chevelu et permet aux autres préparations d'agir plus directement sur la peau.

On peut se servir dans ce but soit de décoction de bois de Panama, soit mieux encore de savon doux, et de préférence de savons médicamenteux (savons au sublimé, au naphthol, au solvéol, à l'acide phénique ou au soufre).

Les préparations excitantes employées dans le traitement de la pelade sont de deux ordres : les unes, douées d'une activité plus grande, sont appliquées uniquement sur les plaques malades; les autres, moins actives, servent à faire des lotions sur la totalité du cuir chevelu.

Nous énumérerons tout d'abord les substances qui entrent dans la composition des préparations de la première catégorie.

Les agents irritants qui constituent la base de la thérapeutique locale de la pelade doivent satisfaire à deux conditions : provoquer une irritation continue des surfaces malades, et, d'autre part, ne provoquer qu'une irritation modérée ou facile à réprimer. La première condition répond à la lenteur de la pousse des cheveux, qui demande à être activée d'une façon permanente, presque chronique. La seconde condition résulte de la fragilité des follicules pileux : une irritation trop violente, aboutissant à la suppuration, provoquerait leur destruction, et à une alopécie curable on substituerait une alopécie irrémédiable. Aussi doit-on proscrire certaines substances qui déterminent des folliculites suppurées, en particulier l'huile de croton, qui a joui cependant d'une certaine réputation. Quelques-unes des substances que nous énumérerons peuvent, lorsqu'elles sont appliquées à plusieurs reprises, ou lorsque les téguments sont particulièrement irritables — condition que l'on ne peut toujours prévoir, en raison de la variabilité des réactions chez les différents sujets — provoquer une irritation trop vive, la vésication ou même la suppuration du tégument : en pareil cas, il sera nécessaire d'interrompre leur emploi, d'appliquer pendant un ou plusieurs jours des préparations émollientes, en particulier des cataplasmes de fécule de pomme de terre, et de ne reprendre les applications irritantes que lorsque l'inflammation sera éteinte; et même, si les phénomènes d'irritation se reproduisent avec trop d'intensité, on devra recourir à des substances ou à des préparations moins actives.

D'ailleurs, on ne devra jamais oublier que le traitement de la pelade n'est pas un traitement *ne varietur* : il y aura très souvent avantage à en modifier la formule à plusieurs reprises, tantôt parce que la substance primitivement employée détermine une irritation trop intense, tantôt parce que son action s'épuise ou s'atténue au bout d'un certain temps. Il arrive souvent qu'une substance, dont les effets favorables se sont manifestés pendant quelques semaines, n'en produit plus aucun; une substance moins active, employée alors, provoque une poussée plus intense de cheveux, puis son action s'épuise à son tour, et la première, employée de nouveau, procure encore une fois une amélioration plus ou moins accusée. Ces alternances avancent singulièrement une guérison que l'emploi continu d'un même agent aurait mis plus de temps à mener à bonne fin.

L'acide acétique cristallisable a été expérimenté sur une très large échelle par M. Besnier, qui en a obtenu des résultats très remarquables. On peut, comme nous le lui avons vu faire, pratiquer sur les plaques malades un badigeonnage léger avec un pinceau trempé dans un mélange d'acide acétique cristallisable (1 partie) et de chloroforme (1 à 4 parties, suivant l'irritabilité du cuir chevelu); ces applications, un peu douloureuses et souvent suivies d'une vésication légère, doivent être faites par le médecin lui-même et répétées tous les 5 à 6 jours, aussitôt que l'irritation est calmée.

Il est préférable, suivant sa pratique plus récente, de faire chaque jour une friction sur les plaques avec une boulette de coton imprégnée du mélange suivant : Ether 25 grammes, hydrate de chloral 4 grammes, acide acétique cristallisable 1 à 5 grammes (le plus souvent 1 gramme) suivant l'âge des malades et l'irritabilité du tégument. Ces applications provoquent une douleur modérée et peu persistante et peuvent être faites par le malade ou par une personne de son entourage. La repousse des cheveux est assez rapide; de plus, l'acide acétique semble donner aux cheveux de repousse une coloration plus foncée que les autres substances : aussi est-ce à lui que nous donnons la préférence dans les cas assez fréquents où les poils nouveaux sont faiblement colorés ou même tout à fait blancs.

L'acide phénique a été vanté par la plupart des dermatologistes américains. Récemment encore, Bulkley, qui est partisan de l'origine trophoneurotique de la pelade, recommandait les badigeonnages avec un mélange de 95 parties d'acide phénique pur et de 5 parties d'alcool : ces applications doivent être faites sur une étendue de 2 à 3 pouces carrés (12 à 18 centimètres carrés) au plus; elles produisent une décoloration immédiate de la peau, suivie d'une inflammation légère et au bout de 7 à 10 jours de desquamation; Bulkley recommande de renouveler le badigeonnage au bout de 15 jours; deux ou trois de ces badigeonnages suffiraient à la guérison. Ohmann-Dumesnil, dans les pelades nerveuses, recommande des badigeonnages avec l'acide phénique pur et ne craint pas de les faire sur toute l'étendue des parties malades.

Nous avons fréquemment fait usage d'un mélange à parties égales d'acide phénique et d'alcool, que M. Hayem emploie dans la thérapeutique courante comme révulsif. Les applications sont faites, à intervalles de 3 ou 4 jours, au moyen d'un pinceau ou d'un tampon d'ouate que l'on exprime avec soin avant de l'appliquer sur la peau : cette précaution est indispensable, car le mélange est très fluide, et il faut éviter qu'il ne coule sur les parties saines. Les premières applications sont assez douloureuses, mais les suivantes sont beaucoup mieux supportées. L'irritation est cependant assez vive dans quelques cas pour obliger à recourir à l'emploi des émollients et à espacer les badigeonnages. Malgré ces inconvénients, faciles à parer, nous avons été généralement satisfait de ce mode de traitement.

Les préparations de cantharides ont été introduites dans la thérapeutique de la pelade par E. Vidal, qui les employait soit sous la forme de petits vésicatoires camphrés qu'il faisait appliquer sur chacune des plaques, en les enlevant dès que la vésication commençait à se produire, pour panser ensuite à la poudre d'amidon, soit surtout sous la forme de teinture acétique (vésicatoire liquide); il l'employait pure ou, lorsque le cuir chevelu était trop irritable, additionnée de chloroforme et en appliquait une couche, parfois deux lorsqu'une seule ne suffisait pas à provoquer un commencement de vésication. La crainte de voir survenir des accidents d'intoxication cantharidienne a sans doute empêché beaucoup de médecins de recourir à ce mode de traitement que Vidal recommandait d'ailleurs de ne jamais appliquer simultanément à des plaques de pelade trop nombreuses; mais la teinture de cantharides est fréquemment et utilement

employée à doses plus faibles, pour faire sur le cuir chevelu des lotions, dont nous donnerons plus loin quelques formules.

L'iode a été préconisé dans le traitement de la pelade, soit sous la forme de teinture employée en badigeonnages répétés pendant plusieurs jours de suite, soit sous la forme de collodion renfermant 1/50 à 1/30 d'iode métallique (Chatelain) : les résultats de son emploi nous ont toujours paru médiocres ; de plus, le collodion forme à la surface des plaques un enduit imperméable qui, s'il est utile dans un but prophylactique, a l'inconvénient de s'opposer à l'action des divers moyens adjuvants qui ne doivent pas être négligés.

L'essence de Wintergreen, employée depuis longtemps par Lailler dans la composition des lotions excitantes, a été préconisée récemment à doses plus élevées par M. Hallopeau (*Société de thérapeutique*, 22 mars 1893). Le mélange à parties égales d'essence de Wintergreen et d'éther, proposé par le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, a l'avantage de ne pas provoquer d'irritation vive des téguments : il est utile dans nombre de cas de pelade très étendue, mais son action nous a toujours paru lente ; de plus, l'odeur persistante de cette substance, tout en n'étant pas désagréable, rappelle trop celles de certaines préparations de parfumerie à bon marché, et nous avons entendu beaucoup de malades se plaindre de la transporter constamment avec eux.

M. Bousquet a été amené à essayer la cannelle de Chine (*Annales de Dermatologie*, 1892, p. 270) dans le traitement des teignes par des expériences sur les parasites végétaux, dont le développement est entravé ou arrêté par cette substance. Au moyen de badigeonnages quotidiens avec l'essence de cannelle de Chine additionnée de trois fois son poids d'éther, il aurait obtenu la guérison de la pelade au bout de trois à cinq semaines en moyenne. Les résultats que nous avons obtenus avec ce traitement sont de beaucoup inférieurs à ceux annoncés par son auteur.

R. Crocker, Robinson, P. Morrow ont vanté la chrysarobine. Cette substance provoque souvent une vive irritation des téguments ; par son contact avec la muqueuse oculaire, elle peut provoquer des conjonctivites assez intenses ; de plus, elle colore les cheveux en violet. Pour ces raisons, elle a été peu employée et ne nous semble pas recommandable.

L'électrisation a été employée de manières très différentes dans le traitement de la pelade. Les courants continus ne semblent pas avoir jamais donné de résultats appréciables, et ne doivent être employés qu'avec précaution, les courants trop intenses produisant souvent des eschares au pôle négatif.

Dans ces derniers temps, Blaschko, dans le but d'opposer à cette affection, à laquelle il attribue une origine nerveuse, un traitement qui agisse sur le système nerveux, a repris l'emploi des courants continus et en a obtenu des résultats très satisfaisants. Ehrmann s'est également servi avec avantage des courants interrompus chez plusieurs malades du service de Kaposi. Nous avons traité par ce procédé quelques cas de pelade très étendue ; la comparaison des résultats obtenus sur les parties soumises à l'électrisation et sur les plaques traitées par les procédés habituels nous a paru assez favorable à l'emploi de l'électrisation ; des essais plus répétés nous semblent néanmoins nécessaires pour nous prononcer définitivement sur la valeur de ce mode de traitement. Il a l'avantage d'être facilement supporté par les malades et de ne nécessiter que l'emploi d'un appareil dont tous les médecins sont pourvus : il suffit d'adapter à un des fils conducteurs des petits appareils médicaux une sorte de peigne métallique que l'on promène sur le cuir chevelu, tandis que l'autre fil se termine par une électrode munie d'une éponge imbibée d'eau salée ou par un tampon recouvert de peau de chamois, semblablement mouillé : on tire le tube de la bobine, pour augmenter l'intensité du courant, jusqu'à ce que le malade éprouve une sensation trop pénible, et on continue l'électrisation pendant cinq à dix minutes : la peau ne tarde pas à rougir sur toutes les parties électrisées et nous croyons que cette rubéfaction, analogue à celle obtenue par les divers agents irritants, suffit à expliquer l'efficacité de l'électrisation, sans qu'il faille y voir le résultat d'une action de l'électricité sur le système nerveux.

M. Moty a proposé récemment (*Société française de dermatologie*, 14 mai et 12 novembre 1891), les injections intradermiques de sublimé contre la pelade, dans l'espoir de faire agir plus efficacement cette substance et de mieux utiliser ses propriétés antiseptiques.

Il conseille d'enfoncer l'aiguille de la seringue un peu en dehors de la plaque dénudée et de pénétrer à un ou deux centimètres vers le centre sans traverser l'aponévrose épicrânienne, de multiplier les piqûres proportionnellement à l'étendue de la plaque (une pour les petites plaques, quatre ou cinq pour les grandes), en injectant chaque fois cinq à six gouttes d'une solution aqueuse de sublimé au 400e contenant une dose double de cocaïne ; la douleur, nulle au moment même de l'injection, augmente ensuite et persiste pendant trois ou quatre heures ; les injections sont répétées tous les quatre jours.

Cette méthode, bien qu'exempte de dangers au dire de l'auteur, nous a toujours paru très douloureuse dans les cas où nous l'avons vu employer et, au bout d'un petit nombre de séances, les malades ont cessé de venir s'y soumettre, sans que la guérison soit atteinte et sans même que la repousse soit bien accusée. Elle ne serait applicable, à notre avis, que dans des cas de pelade persistante, ayant résisté aux moyens habituels et plus doux de traitement, chez des malades particulièrement courageux et décidés à tout tenter pour guérir. C'est donc un traitement d'exception et même d'exception très rare, qui demande une grande prudence dans son application. Il en est de même des injections d'eau phéniquée au 1/80 employées dans quelques cas par M. Raymond (*Société française de dermatologie*, juillet 1892).

Nous rapprocherons du mode de traitement précédent les scarifications proposées dernièrement par M. Morel-Lavallée (*Société française de dermatologie*, juin 1892) qui les fait suivre d'applications de pommades antiseptiques. Ce procédé, qui nécessiterait les précautions rigoureuses d'asepsie, nous paraît absolument inapplicable aux pelades récentes et peu étendues que les procédés ordinaires de traitement suffisent à guérir rapidement sans le moindre danger ; dans les pelades étendues, nous n'osons non plus le recommander, en raison du nombre et de l'étendue des portes d'entrée qu'il offre aux infections si faciles à réaliser au cuir chevelu lorsque les solutions de continuité des téguments n'y sont pas soumises à l'antisepsie la plus rigoureuse.

Les différents agents que nous venons d'énumérer doivent être employés au niveau des surfaces dénudées : ils forment par excellence la base de la médication locale et suffisent sans doute à amener la guérison à eux seuls. Néanmoins, plusieurs raisons engagent à ne pas se borner à leur emploi. D'abord la nécessité de multiplier les excitants de la repousse des cheveux, dans l'impossibilité où l'on est de déterminer dans un cas donné la substance qui peut produire les effets les plus favorables. Ensuite l'utilité qu'il y a à activer la vitalité de tout le cuir chevelu : très fréquemment, chez les peladiques, on trouve sur toute la tête des poils peu adhérents, peut-être atteints déjà à un faible degré, en tout cas plus vulné-

rables que d'autres, et de plus on sait que la conservation de la vitalité des tissus est la condition la plus favorable pour résister à l'invasion des causes et des agents pathogènes. Enfin, l'emploi des antiseptiques sur la totalité du cuir chevelu ne peut que diminuer les chances de multiplication des lésions.

Pour tous ces motifs, il y a avantage à recourir à l'emploi de lotions à la fois parasiticides et excitantes.

Les lotions purement antiseptiques peuvent être faites avec du sublimé (liqueur de van Swieten pure ou coupée de moitié d'eau), avec une solution de phéno-salyl à 1 pour 500, avec une solution de créoline à 1 pour 100, avec de l'alcool salicylé, avec de l'alcool salolé, etc. Nous donnerons la préférence aux deux premières de ces substances. On peut d'ailleurs associer ces antiseptiques à des substances excitantes ou à des alcoolés divers (alcoolat de lavande, de romarin, etc.).

Des substances très nombreuses peuvent être employées, isolées ou associées dans la composition des lotions excitantes : alcoolats de lavande, de romarin, rhum, alcoolat de Fioravanti, alcool camphré, essence de Wintergreen, térébenthine, ammoniaque, teinture de cantharides, teinture de noix vomique, teinture de piment.

Ces lotions peuvent être faites avec un pinceau ou un tampon d'ouate hydrophile; M. P. Raymond recommande de les faire avec un pinceau un peu rude, la brosse des peintres de préférence.

Ces diverses substances peuvent être employées à des doses très variables, les plus actives entrant dans la composition des lotions à des doses inversement proportionnelles à l'irritabilité du cuir chevelu.

Chaque dermatologiste emploie de préférence certaines formules favorites et tout médecin peut en composer un grand nombre, dans lesquelles il peut varier les proportions suivant les indications propres à chaque cas, variant aussi la nature des alcoolats suivant les préférences des malades.

Voici, à titre d'exemple, quelques formules empruntées à divers auteurs :

Alcool camphré	100 grammes
Essence de térébenthine	25 —
Ammoniaque	5 —

(*Pharmacopée de l'hôpital Saint-Louis* : liniment n° 1.)

Alcool camphré	100 grammes
Essence de térébenthine	10 —
Ammoniaque	4 —

(*Pharmacopée de l'hôpital Saint-Louis* : liniment n° 2.)

Alcoolat de Fioravanti } Alcool camphré }	ââ 100 grammes
Teinture de cantharides } Teinture de romarin }	ââ 10 à 30 gr.

(Vidal.)

Salol ou acide salicylique	0,05 à 0,50
Alcoolat de lavande	125 grammes

(Besnier.)

Salicylate de mercure	0,05 à 0,25
Salol	1 à 5 gr.
Alcoolat de lavande ou de romarin	250 grammes

(Besnier.)

Sublimé	0 gr. 50
Teinture de cantharides	25 grammes
Baume de Fioravanti	50 —
Eau de Cologne	150 —

(P. Raymond.)

Acide phénique liquide	1 gr. 75
Alcool	50 grammes
Huile de ricin	7 —
Essence d'amandes amères	X gouttes

(Duhring.)

Acide acétique cristallisable	5 grammes
Teinture de cantharides } Teinture de romarin } Teinture de jaborandi }	ââ 25 grammes
Alcoolat de Fioravanti } Alcool camphré }	ââ 100 grammes

(Brocq.)

Les pommades et les préparations huileuses ont l'avantage de rester plus longtemps à la surface de la peau et de prolonger l'effet des agents thérapeutiques qui y sont incorporés; ces agents sont les mêmes que ceux employés en lotions; ils peuvent également être variés suivant les cas.

Voici quelques formules empruntées à divers auteurs :

Baume du Pérou } Acide salicylique } Résorcine }	ââ 1 gramme
Soufre précipité	10 grammes
Vaseline } Lanoline }	ââ 50 grammes

(Besnier.)

Acide salicylique	2 grammes
Naphthol β	10 —
Acide acétique cristallisable	15 —
Huile de ricin	100 —

(P. Raymond.)

Acide salicylique	1 à 5 gr.
Huile de camomille camphrée	100 grammes

(Besnier.)

Chlorhydrate de quinine	4 grammes
Chlorhydrate de pilocarpine	2 —
Soufre précipité	10 —
Baume du Pérou	20 —
Moelle de bœuf	100 —

(Lassar.)

La longue durée de la maladie, l'ennui qui en résulte pour le patient font au médecin un devoir de lui faciliter les moyens de la dissimuler. Si les plaques sont peu étendues, il suffit de ramener sur elles les cheveux voisins, tout en atténuant leur blancheur au moyen d'une substance colorée : les badigeonnages à l'encre de Chine sur toute la surface ou, pour la barbe, les ponctuations exécutées au moyen d'un pinceau seront très souvent suffisantes; le noir de fumée obtenu par la calcination d'un morceau de liège sera d'une application plus facile encore. Des emplâtres adhésifs dont la surface libre est recouverte de cheveux ou même simplement d'une peluche de la couleur des cheveux forment un postiche très souvent suffisant, d'un prix peu élevé.

Toutes les fois que les malades porteront une perruque, il sera nécessaire, comme le conseille M. Besnier, que celle-ci ne repose pas directement sur le cuir chevelu, mais sur un bonnet de linge fin qui sera changé fréquemment.

IV

Les divers traitements que nous venons de décrire s'appliquent surtout au cuir chevelu. Il convient d'indiquer ceux qui doivent plus spécialement être employés dans la pelade de la barbe.

Tout sujet atteint de pelade de cette région, à moins que celle-ci soit représentée par une plaque unique de minimes dimensions (celles d'une pièce de 50 centimes environ), doit faire le sacrifice de sa barbe : la maladie sera plus facile à traiter et aussi beaucoup plus facile à dissimuler. La moustache pourra cependant être conservée, à la condition qu'elle reste indemne. L'épilation établira au pourtour de la plaque une zone de protection. Le visage sera chaque jour savonné à l'eau chaude,

au moyen d'un savon antiseptique (à l'acide phénique, au sublimé, au naphthol, au solvéol ou autre); puis il sera fait sur toute l'étendue des régions pileuses de la barbe une lotion avec une des préparations excitantes précédemment indiquées. Chaque plaque de pelade sera, en outre, soumise à des applications locales plus actives; mais, en raison de l'irritabilité plus considérable du tégument de la face et de la rougeur que déterminent la plupart de ces préparations, rougeur impossible à dissimuler, le titre de ces préparations sera plus faible que lorsqu'elles sont destinées au cuir chevelu, et leur application sera faite avec plus de modération et à intervalles plus éloignés : on prescrira un badigeonnage tous les deux jours avec l'éther additionné de 1/50 d'acide acétique cristallisable et de 1/12 de chloral, ou bien un badigeonnage tous les cinq jours avec l'acide phénique étendu de deux tiers d'alcool; ou encore un badigeonnage quotidien avec l'essence de Wintergreen, étendu de son poids d'éther, etc. Ces préparations seront, comme pour le cuir chevelu, variées ou alternées; leur emploi sera suspendu pendant quelques jours si elles provoquent une irritation vive, caractérisée par une rougeur persistante, par une desquamation épidermique notable, à plus forte raison par la vésication. En outre, ces applications seront faites de préférence le soir, afin que leurs traces puissent s'atténuer pendant la nuit.

Quant aux pelades occupant les autres régions (région pubienne, région axillaire), qui ne s'observent guère que dans les cas où la maladie est généralisée et, croyons-nous, de nature nerveuse (pseudo-pelade trophoneurotique), leur traitement est plus simple : lavages savonneux, lotions excitantes avec frictions au gant de crin, bains sulfureux et excitants, en feront les frais.

V

Le traitement de la pelade serait incomplètement formulé, si on n'ajoutait aux prescriptions pharmaceutiques des recommandations propres à mettre les malades à l'abri des réinfections locales. Cette autoprophylaxie, comme l'appelle M. Besnier, découle des idées généralement admises aujourd'hui sur la contagion d'un certain nombre de cas de pelade. Elle sera d'autant plus rigoureuse que, dans un cas donné, on aura plus de raisons de croire que la maladie a une semblable origine; mais, jusqu'à preuve du contraire, elle ne devra jamais être négligée.

Les lavages répétés du cuir chevelu répondent déjà à cette indication.

La désinfection des coiffures et des objets de toilette en sera le complément : les coiffures qui portent sur le cuir chevelu seront doublées d'une coiffe de linge, laquelle sera changée chaque jour et lavée avant nouvel usage; la garniture de cuir des chapeaux sera nettoyée avec une solution de sublimé ; le malade portera la nuit un bonnet qui sera également changé chaque jour. Les brosses et peignes seront lavés à l'eau légèrement ammoniacale pour les dégraisser, puis désinfectés avec une solution de sublimé.

Il resterait encore à indiquer les mesures de prophylaxie à prescrire pour empêcher la propagation de la maladie, tant dans la vie ordinaire que dans les agglomérations (écoles, régiments, etc.); mais ce serait dépasser les bornes de cette revue consacrée au traitement de la maladie constituée. Il nous suffira de renvoyer pour ce point spécial au lumineux exposé que M. Besnier en a fait dans son rapport lu à l'Académie de médecine le 31 juillet 1888.

Georges Thibierge.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'un cas de maladie de Morvan (1), par MM. Leclerc, médecin des hôpitaux de Lyon, et P. Chapuis, interne des hôpitaux de Lyon.

Phil... Pierre-Louis, 46 ans, emballeur de soieries, né à Lyon, est admis à l'asile Sainte-Eugénie le 20 février 1893.

Pas d'antécédents héréditaires à retenir; personne, dans sa famille, n'a jamais présenté de lésions semblables à celles qui font tout l'intérêt de sa maladie. Né à Lyon, il n'a jamais quitté cette ville, si ce n'est pour faire les campagnes de 1870-71, pendant lesquelles il a eu beaucoup à souffrir, surtout du froid à Belfort.

Surmenage physique. Pas de syphilis (2).

En somme, Phil... s'était toujours bien porté jusqu'en 1879, époque à laquelle remonte le début des *panaris successifs* dont nous allons faire l'histoire :

C'est en cette année 1879 que, sans piqûre ni coupure, sans traumatisme d'aucune sorte, le pouce de la main droite est atteint d'une espèce de « mal blanc » sous-unguéal, qui ne tarde pas à envahir toute la phalangette, avec un gonflement très marqué du doigt tout entier. Ce panaris, né sans fracas, sans fièvre, dura plus de trois mois, avec une douleur d'une insignifiance surprenante vis-à-vis de l'intensité des lésions et de la suppuration. Celle-ci, en effet, ne dura pas moins de un mois et demi à deux mois, tout le temps très abondante. Un beau jour, pressant en arrière des parties malades pour faire sortir le pus, Phil... ne fut pas peu surpris de voir s'énucléer, sans douleur, un petit os triangulaire, la phalangette du pouce. — A partir de cet incident, la cicatrisation fut rapide.

L'histoire de ce premier panaris est racontée d'une façon fort précise par le malade, qui est d'une intelligence assez développée et s'analyse d'une façon remarquable. Aussi est-il très intéressant de l'entendre raconter les phénomènes qui ont précédé à plus ou moins grande distance les accidents suppuratifs, phénomènes précurseurs qu'il n'avait pas de lui-même rattachés à ses panaris, et qui sont ceux si nettement analysés par Morvan.

Depuis plus d'un an avant le panaris du pouce, cet homme souffrait de douleurs névralgiques, principalement vives au niveau des biceps, biceps droit surtout, et irradiées de là dans tout le membre supérieur. Ces souffrances passaient en un ou deux jours pour reparaître au bout d'un temps variable. Elles existaient seulement aux membres thoraciques.

Nous devons faire remarquer que le malade n'avait eu jusqu'alors, et qu'il n'a jamais eu depuis, aucune manifestation rhumatismale. Il nous paraît donc bien que ces douleurs constituent la première période de sa maladie, celle que Morvan a appelée « *Période des douleurs névralgiques* ».

(Nous verrons tout à l'heure que des phénomènes douloureux analogues ont été ressentis plus tard dans les membres inférieurs; mais il s'agit de faits bien plus complexes et plus difficiles à interpréter que les précédents.)

Bientôt, à côté des douleurs névralgiques, apparurent des troubles de la sensibilité — ou mieux des sensibilités — et du mouvement. C'est la deuxième période de

(1) Depuis l'âge de 25 ans, il abuse des boissons alcooliques, mais il convient de faire remarquer qu'il ne présente actuellement ni pituite, ni tremblement, ni aucun des signes ordinaires de l'alcoolisme chronique.

(2) Ce malade a été présenté par nous à la Société des Sciences médicales de Lyon, le 10 mai 1893.

Morvan, la « *Période de la parésie analgésique* ». En ce qui concerne la motilité, les troubles ne furent pas d'abord bien marqués. Cependant le malade se rappelle très nettement qu'il s'étonnait de voir « son petit doigt constamment écarté des autres, sans pouvoir le ramener contre l'annulaire ».

La *sensibilité tactile* ne présenta pas non plus, avant la suppuration du pouce, de troubles bien accusés : ils le furent sans doute moins en apparence qu'en réalité, et cela pour deux raisons que donne lui-même le malade, très observateur, comme nous l'avons déjà dit : 1° son attention sur ces phénomènes n'était pas éveillée comme elle le fut plus tard, lors de la prise du membre supérieur gauche ; 2° d'autre part, le travail grossier qui faisait le fond de ses occupations professionnelles n'était pas pour faire ressortir ces troubles sensitifs. En effet, cet homme était occupé à clouer et à charger des caisses de soies. Il tenait de la main gauche les pointes à enfoncer, et de la main droite le marteau. Ce dernier outil étant gros et remplissant bien la main, les troubles de sensibilité qui sûrement existaient dès cette époque du côté de cette main droite, la première envahie par les panaris, ne pouvaient être mis en évidence comme ils l'eussent été par des occupations plus délicates, celles par exemple de dessinateur, de peintre, de graveur, etc.

Les troubles les plus évidents furent ceux qui se montrèrent du côté de la sensibilité à la douleur, du côté de la vaso-motricité et de la trophicité. La main droite s'écorchait facilement, avec d'autant plus de facilité qu'elle était la plus exposée des deux aux traumatismes professionnels.

Un exemple : ayant à serrer ses caisses avec des cordes, Phil... faisait autour de sa main droite plusieurs tours de corde, pour la fixer et pouvoir plus efficacement tirer sur elle ; — le bord cubital, sur lequel portait la corde durant les tractions, s'écorchait très souvent, chose qui n'arrivait pas autrefois. — Il se faisait des cloques, l'épiderme s'enlevait bientôt, puis c'était le derme qui se « coupait » et saignait. Enfin, les *crevasses*, auxquelles cet ouvrier était sujet en hiver depuis longtemps, devinrent encore plus nombreuses, plus profondes et plus tenaces qu'autrefois, en même temps que beaucoup moins douloureuses.

Les deux mains transpiraient beaucoup, même au repos, le reste du corps restant sec. Pendant le travail, les sueurs devenaient extraordinairement abondantes et c'était sur le dos des mains « un véritable ruissellement ».

Telles sont les particularités prodromiques — sur lesquelles nous avons insisté à dessein — qui précédèrent chez cet homme le panaris du pouce. Environ un an après ce doigt-ci, le petit doigt de la main droite était pris à son tour d'une affection identique, caractérisée par une suppuration abondante, apyrétique, *indolore*, et terminée par l'élimination de la phalangette osseuse. Deux ou trois ans plus tard, l'annulaire du même côté subissait à son tour le même sort.

Nous ne répéterons pas que tous ces panaris sont arrivés sans blessure aucune du doigt intéressé.

De la même main droite, les deux autres doigts, index et médius, ont été jusqu'ici épargnés. Mais, avant le dernier panaris de la main droite, le membre supérieur gauche avait à son tour été envahi, et ce ne fut plus cette fois une suppuration limitée à un doigt, un simple panaris, ce fut un vrai phlegmon des gaines synoviales des fléchisseurs, à l'avant-bras.

Les troubles prodromiques furent de ce côté bien plus marqués et d'ailleurs bien mieux observés par le malade, dont l'attention se trouvait éveillée par ses affections antérieures. De ces troubles, semblables pour la plupart à ceux énoncés plus haut, nous ne retiendrons que les suivants qui sont des plus typiques : il était devenu très maladroit pour les objets de petites dimensions, parce que sa sensibilité tactile émoussée ne lui donnait plus que des renseignements insuffisants sur leur volume, leur forme, leur consistance, leur situation dans la main, etc., etc., et aussi parce que l'opposition des doigts, leur réunion en faisceau ne se faisaient que d'une façon très imparfaite. C'est ainsi que la préhension des objets de petit volume était devenue pour lui une grosse difficulté : « c'était toute une affaire » quand il fallait ramasser sur une table des pièces de monnaie. Finalement, le malade dut abandonner sa profession, incapable de pouvoir tenir entre ses doigts les pointes qu'il avait à clouer.

Ces troubles du côté de la sensibilité et de la force musculaire du membre supérieur gauche étaient apparus bien avant le phlegmon de l'avant-bras. Celui-ci éclata en 1883, c'est-à-dire au moment même où Morvan, ayant condensé son faisceau de remarquables observations, se préparait à révéler un syndrome morbide nouveau.

Un jour l'avant-bras gauche fut envahi, dans sa moitié inférieure, par une rougeur diffuse ; par un gonflement *indolore*. Il semble qu'il y ait eu en même temps un certain degré de fièvre, car le malade dit qu'il fut très énervé, très agité les premiers jours. Hier, encore une fois, il ne souffrait localement pas. Cependant, il s'établissait là, *spontanément*, un phlegmon des gaines des fléchisseurs, qui suppurait au bout d'une huitaine de jours, en s'ouvrant tout seul à la face antérieure du poignet. Le malade consulta à ce sujet M. Dron, chirurgien de l'Antiquaille, et M. le professeur Ollier. M. Dron avait soigné les panaris antérieurs ; mais, pas plus que M. Ollier, il ne put mettre sur ce singulier « mal » l'étiquette encore inédite de « Maladie de Morvan ». La suppuration dura trois bons mois, et la guérison n'arriva qu'au prix d'une impotence fonctionnelle et d'une difformité que nous présenterons bientôt en détail. Il n'y eut pas ici d'élimination d'os nécrosé. Pendant tout le temps que dura cette abondante suppuration, Phil... ne souffrit que d'une façon très insignifiante.

A la main gauche, aucun doigt ne fut atteint de panaris : ce phlegmon pur de l'avant-bras est même un fait assez remarquable et exceptionnel dans la maladie de Morvan. Dans sa deuxième observation, cet auteur l'a aussi rencontré : « Phlegmon de la paume de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras. ».

Telle est, dans l'histoire pathologique de Phil...,, la plus importante des manifestations aiguës de son affection. C'est bien des années plus tard, et pour des symptômes tout différents, qu'il a fait son premier séjour à l'hôpital. Depuis ses panaris, cet homme s'est mis à prendre un embonpoint qui est actuellement très accusé, on pourrait dire excessif (il pèse 92 kilog.). Depuis un an et demi ou deux ans, il était soumis à la nécessité de se lever au moins deux fois la nuit pour uriner, et les mictions diurnes étaient fréquentes. Ce n'était pas seulement du reste de la pollakiurie, mais aussi de la polyurie, avec des urines très aqueuses.

A ce moment-là, il avait aussi de la polydypsie, tandis que l'appétit pour les aliments solides n'était pas augmenté. Pour la première fois de sa vie, vers l'automne de 1891, il prit de l'enflure des chevilles, avec un état de malaise général vague et de grande lassitude. Cet œdème tout local ne dura qu'une huitaine de jours, disparaissant sous la simple influence du repos. Mais à partir de cet incident, se sont développés peu à peu une série de symptômes jusque-là étrangers au malade : lourdeurs de tête, brouillards devant les yeux, crampes et fourmillements dans les membres inférieurs, digestions pénibles,

le soir surtout, etc. Puis apparurent du côté des jambes des démangeaisons insupportables, si vives que le malade s'écorchait toute la peau avec ses ongles. Elles étaient limitées aux jambes; il n'y avait, pour les expliquer, ni « boutons » ni parasites. Ces démangeaisons durèrent jusqu'en août 1892, compliquées depuis le mois de juin par d'autres phénomènes plus véritablement *douloureux*, auxquels nous avons fait allusion plus haut. C'étaient des douleurs très vives et continuelles dans les membres inférieurs, les jambes principalement, douleurs exaspérées par la nuit, et qui paraissaient au malade profondes, comme osseuses. Elles n'avaient nullement les caractères des souffrances préataxiques. Était-ce une manifestation de son alcoolisme (il buvait à cette époque environ deux litres de vin et cinq à six verres de rhum par jour); doit-on les rattacher à son diabète encore inconnu de lui, mais déjà établi depuis longtemps, — ou à son albuminurie, qu'on lui découvrit peu de temps après? N'étaient-ce pas plutôt des douleurs névralgiques semblables à celles qui précédèrent de loin, aux membres supérieurs, les panaris successifs? — La réponse n'est pas facile. Quoi qu'il en soit, ces phénomènes douloureux ne demeurèrent pas longtemps isolés : il apparut peu à peu, du côté des membres inférieurs, une parésie qui ne fit qu'augmenter progressivement. La marche devint très difficile, le malade titubait à chaque pas et était obligé, pour ne pas tomber, de se retenir à un mur ou à un meuble. Il n'aurait pas pu porter un fardeau sur ses épaules, ses genoux fléchissaient aussitôt, et en vinrent même à fléchir spontanément dans les essais de marche. Finalement, il dut garder le lit, d'autant plus impotent que les membres inférieurs avaient été envahis par un œdème qui remontait, à la fin du mois d'août, jusqu'au-dessus des genoux. Alors les urines étaient devenues rares, très rouges et sédimenteuses; des étourdissements passagers revenaient fréquemment et il était survenu un peu de difficulté à respirer.

C'est avec cet état général grave que le malade est admis, le 30 août 1892, dans l'un des hôpitaux de Lyon. Là, on examine ses urines, on trouve une grande abondance d'albumine, et on le met immédiatement au régime lacté. Mais on néglige de rechercher autre chose que l'albumine. Sous l'influence du traitement, l'œdème disparaît en trois ou quatre semaines. En moins d'un mois et demi, le malade avait perdu onze kilos. Dans le service hospitalier où Phil... a été soigné avant de venir à l'asile Sainte-Eugénie, l'attention n'avait pas été attirée du côté des cicatrices de ses panaris : le diagnostic que comporte le titre de notre observation fut fait ici, par nous, pour la première fois, le 20 février 1893, c'est-à-dire le jour de son entrée à l'asile. En quelques lignes nous allons dire l'état général qu'il présentait à cette date, puis nous insisterons plus spécialement sur l'état local qui résulte de ses panaris et de son phlegmon antibrachial.

Depuis le 1er janvier, le régime lacté a été cessé, sans préjudice apparent pour le malade, qui ne conserve qu'un léger œdème au tiers inférieur de la jambe. Rien aux poumons. La respiration est aisée. Au cœur, bruits sourds, dont le maximum est un peu au-dessous et franchement en dehors du mamelon. (La vue ni la percussion ne renseignent sur la situation de la pointe et l'étendue de la matité). Il n'y a pas de souffle; mais, à la pointe, le premier bruit est traîné, et on a parfois à l'oreille la sensation d'un bruit de galop présystolique. Le rhythme est, à part cela, régulier; le pouls est petit, faible.

La langue est chargée, l'appétit ordinaire, les digestions se font assez bien, à part le repas du soir qui est suivi de pesanteur gastro-abdominale.

Il semble, autant que permet de l'apprécier l'épaisseur considérable des parois abdominales, que le le foie soit un peu gros; la palpation profonde au-dessous des fausses côtes est douloureuse.

L'analyse des urines, faite obligeamment par M. Wolff, pharmacien des hôpitaux, a donné les résultats que nous exposons dans le tableau ci-après :

	1er mars	12 avril	16 mai	24 octob.
	—	—	—	—
Volume......	2.200 cc.	3.000 cc.	2.450 cc.	3.100 cc.
Réaction....	Acide	Acide	Acide	Acide
Densité......	1.024	1.021	1.016	1.019
Urée.........	28.51	29.30	39.69	32.11
Glucose......	32.55	33.93	0	55.33
Albumine....	Traces	Traces	Traces	0.620

La disparition du sucre notée au mois de mai est survenue sous l'influence du régime antidiabétique.

Malgré les chiffres de la dernière analyse qui paraissent les moins favorables, Phil... présente, à l'heure actuelle, un état de santé générale qui ne laisse rien à désirer. Moins de six semaines après l'admission à Sainte-Eugénie, l'œdème malléolaire avait définitivement disparu. Et au jour où nous écrivons ces lignes, 30 novembre 1893, un examen complet de tous les viscères ne révèle absolument rien d'anormal.

(*A suivre.*)

Les causes et le diagnostic précoce des inflammations chroniques du rein, d'après une communication faite à la section de médecine interne de la 65e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS, tenue à Nuremberg en septembre 1893, par le professeur PENZOLDT.

L'étiologie de l'inflammation chronique des reins, de la néphrite parenchymateuse ou interstitielle chronique, est encore très obscure. Dans certains cas où la néphrite chronique succède à une inflammation aiguë des reins, c'est celle-ci que nous incriminons; dans d'autres cas, nous faisons intervenir les intoxications chroniques par l'alcool, le plomb, etc.; mais pour la grande majorité des cas, nous nous réfugions dans l'idée si vague de refroidissement. Cette incertitude pour ce qui est de l'étiologie tient principalement à ce que nous ne savons diagnostiquer le *premier début* de la néphrite chronique. Le plus souvent, le malade nous arrive avec une néphrite confirmée, avancée; le diagnostic est alors aussi facile que le pronostic grave.

D'un autre côté, il n'y a pas de médecin habitué à faire systématiquement l'examen des urines de ses malades, qui n'ait constaté des albuminuries passagères avec cylindres hyalins et éléments morphologiques en absence de tout autre symptôme de néphrite. Dans ces cas, on attribue l'état des urines à des causes nocives passagères. On a notamment montré qu'il existe toute une série de substances alimentaires ou de liquides qui sont irritants pour les reins, et personnellement j'ai montré qu'on peut produire une néphrite parenchymateuse avec albuminurie chez des chiens en les nourrissant avec du sucre de canne, des radis, en leur donnant certains alcools. Depuis cette époque, j'ai fréquemment observé des malades chez lesquels, pendant la saison des radis, l'urine renfermait un peu d'albumine et des éléments morphologiques. Ces malades venaient consulter pour un malaise vague, général, et disaient avoir depuis quelque temps mangé souvent et beaucoup de radis.

On peut donc se demander si ces albuminuries sont anodines, « physiologiques » ou si elles ne constituent pas déjà un état morbide d'où va partir la néphrite chronique? Remarquez que dans les cas dont il est question, l'albuminurie est décelée par les réactifs ordinaires

employés en clinique, et non pas par les fins procédés dont on se sert pour l'albuminurie dite physiologique.

On sait également qu'une albuminurie cliniquement appréciable apparaît quelquefois après des exercices physiques. Leube a trouvé que chez les soldats l'urine renferme souvent de l'albumine après les marches forcées. Personnellement, j'ai examiné l'urine de 41 soldats: elle ne contenait pas d'albumine; mais un jour, après une marche forcée, l'examen de l'urine de ces mêmes individus me fit voir de l'albumine chez 12 0/0 d'entre eux. Ici encore, on peut se demander s'il s'agit là d'un phénomène sans valeur, ou d'une faiblesse du parenchyme rénal qui sous l'influence de la répétition des mêmes causes sera un jour frappé de néphrite?

Pour élucider cette question fort importante au point de vue pratique, j'ai fait une série d'expériences sur 56 individus, dont 41 soldats. L'examen portait principalement sur les sédiments de l'urine soumise à la centrifugation, et les expériences faites par ce procédé m'ont donné les résultats suivants:

L'urine de ces 56 individus, qui, auparavant, n'avaient exécuté aucun exercice physique, ne contenait jamais de cylindres. Par contre, sur les 41 individus qui venaient d'exécuter un exercice physique fatigant, 14,6 0/0 présentaient dans l'urine des *cylindres hyalins* ou des *cylindres épithéliaux*. Les *hématies* ont toujours fait défaut avant comme après les exercices. Les *leucocytes* existaient dans 17 0/0 des cas avant les exercices, et dans 27 0/0 après les exercices. Les *cellules épithéliales*, que nous désignerons pour plus de brièveté sous le nom de rénales, existaient dans 50 0/0 des cas avant l'exercice et dans 70 0/0 après. C'étaient de petites cellules rondes, granuleuses, légèrement colorées en jaune et dépassant un peu, comme volume, les leucocytes. Il est certain que ces cellules ne viennent pas *toujours* des canaux du rein, mais les recherches histologiques faites sur des reins normaux ne m'ont pas permis de préciser très exaclement leur origine.

Ces expériences montrent donc que l'urine normale ne renferme jamais d'hématies, souvent de l'épithélium rénal et des leucocytes dont le nombre augmente après les exercices, et des cylindres qui font défaut avant les exercices, mais apparaissent après. Autrement dit, à la suite des exercices physiques violents les leucocytes et les cellules épithéliales qui se trouvent normalement dans l'urine deviennent plus abondants et plus nombreux, et les cylindres, qui font défaut dans l'urine normale, font leur apparition en nombre notable. Seulement je ne crois pas que ce phénomène tienne exclusivement aux exercices physiques. Pour ce qui est des soldats, par exemple, le médecin de la compagnie à laquelle appartenaient les hommes dont j'examinais l'urine, m'a fait observer que pendant les marches forcées les soldats buvaient beaucoup de bière. D'un autre côté, Glaser a montré qu'après l'ingestion des boissons alcooliques on constate dans l'urine une augmentation du nombre de leucocytes, de cylindres et de cellules épithéliales. Nous sommes donc ainsi ramené à la première question, celle qui est relative au rôle des boissons ou aliments irritants dans l'apparition des éléments pathologiques dans l'urine.

Cette question a été étudiée par nous expérimentalement sur un de mes élèves, un médecin qui a bien voulu s'y prêter. Son urine examinée par la centrifugation à plusieurs reprises se montra comme tout à fait normale, et dans ces conditions l'influence de certaines substances (asperges, radis, thé, café, moutarde) sur le rein pouvait être appréciée d'une façon particulièrement nette. Les expériences en question étaient conduites de telle façon que pendant quelques jours mon élève faisait un abus de chacune des substances citées, en ne passant d'une substance à l'autre que lorsque, dans l'intervalle, l'urine était redevenue normale.

Ces expériences ont montré d'une façon générale que, *sous l'influence des asperges, des radis, du thé, du cafe et de la moutarde, il se produit une desquamation des cellules épithéliales et de cylindres et un passage, dans l'urine, des leucocytes et des hématies.* Si nous nous rapportons aux expériences faites en premier lieu, nous sommes obligé de considérer l'apparition des leucocytes comme un phénomène pathologique. Quant à la présence des leucocytes et des cellules épithéliales qui n'existaient pas dans l'urine normale de mon élève, mais que dans nos expériences antérieures nous avons trouvés dans celle des individus bien portants, elle était aussi, dans ce cas particulier, un phénomène pathologique. J'ajoute encore que dans les expériences avec le café et la moutarde, la proportion des éléments figurés dépassait considérablement celle que nous avons trouvée dans l'urine des individus bien portants.

Nos expériences confirment donc celles de Glaser et montrent que les exercices physiques violents, mais surtout l'ingestion de certaines substances alimentaires (asperge, radis, thé, café, moutarde), provoquent une irritation du rein et des voies urinaires. La conclusion qu'on peut tirer de ce fait s'impose à l'esprit d'elle-même. En admettant même l'existence d'une disposition individuelle pour la néphrite comme pour la plupart d'autres maladies, il est évident que l'action régulièrement répétée des causes que nous venons de citer peut aboutir à une affection, non pas passagère, mais chronique du rein.

Au point de vue diagnostique, ces expériences mettent en lumière plusieurs faits qui méritent de nous arrêter un moment. La présence des hématies dans le sédiment obtenu par la centrifugation est toujours un phénomène pathologique; seulement, comme nous ne savons pas d'où viennent ces corpuscules rouges, le fait de leur existence dans l'urine a une valeur diagnostique assez limitée. Les leucocytes, les cellules épithéliales dites rénales et les cylindres apparaissent en petit nombre dans l'urine des individus bien portants, surtout après des fatigues musculaires ou l'ingestion de certaines substances. Cette constatation faite une seule fois ne doit pas faire diagnostiquer une affection rénale. Seulement, si le même fait se reproduit, on mettra alors le malade pour quelques jours au repos et à la diète, et on examinera de nouveau l'urine. Si on y retrouve les mêmes éléments, on peut alors diagnostiquer à coup sûr une inflammation des reins, quand même on ne trouverait pas d'albumine dans l'urine. C'est ainsi que par le procédé de centrifugation j'ai pu diagnostiquer le commencement de la néphrite chez des individus qui venaient se plaindre pour des malaises peu précis et au sujet desquels il était impossible de faire un diagnostic net. En les mettant ensuite à la diète et autant que possible au repos, j'ai pu, dans bien des cas, arrêter la marche de la néphrite ou même la faire disparaître.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur un cas de surdité verbale pure, par P. Sérieux (*Revue de médecine*, août 1893, n° 8, p. 733). — Surdité verbale pure partielle ayant débuté six ans auparavant. Absence complète de cécité verbale, d'aphasie motrice, d'agraphie. Otite droite ancienne, mais intégrité de l'ouïe à gauche. Perte de la compréhension du langage parlé avec persistance de la compréhension de certains mots. Amnésie musicale, impos-

sibilité de reconnaître et de chanter certains airs musicaux. Surdité psychique incomplète : difficulté de distinguer le sifflement, le chant des oiseaux, de la voix humaine. Écriture sous dictée défectueuse. Léger degré de paraphasie et d'amnésie verbale. Vision mentale et verbale normale. Intelligence et mémoire conservées. Ultérieurement : ictus cérébral, surdité verbale complète, écriture sous dictée inintelligible, lecture sans compréhension du texte lu. Langage et écriture spontanés plus incorrects. L'auteur est d'avis qu'il s'agit dans ce cas de surdité verbale pure par lésion sous-corticale, le centre auditif des mots lui-même restant indemne.

Epilepsie parasyphilitique, par Fournier (*Revue neurologique*, 30 novembre 1893, n° 22, p. 617). — On connaissait jusqu'ici, en tant que manifestations convulsives d'origine syphilitique, une épilepsie symptomatique liée aux lésions de la syphilis cérébrale, s'accompagnant ordinairement de divers troubles céphaliques, et le plus souvent justiciable du traitement spécifique. M. Fournier décrit une nouvelle forme d'épilepsie rappelant celle-ci trait pour trait, l'épilepsie dite idiopathique survenant à titre de complication syphilitique tertiaire. Il rapproche cette forme de ces curieuses affections auxquelles on a appliqué dans ces derniers temps le qualificatif d'affections parasyphilitiques, et propose de l'admettre dorénavant en nosographie sous le nom d'épilepsie parasyphilitique.

Syphilome cérébral (Cerebellar syphiloma), par C. Nammack (*Medical Record*, 4 novembre 1893, n° 1200, p. 585). — Un homme âgé de 44 ans se plaint de céphalée avec vomissements, incertitude de la marche et diplopie datant de un mois, tous symptômes allant en progressant ; le malade nie la syphilis, bien qu'il ait eu, quatorze ans auparavant, une ulcération de la verge. A l'examen on constate, outre de la diplopie, de la titubation dans la marche, et de la surdité à gauche. Les réflexes sont exagérés. Tous ces signes disparurent sous l'influence du traitement.

Diplégie faciale totale avec paralysie glosso-laryngo-cervicale, par Brissaud et Marie (*Bulletin médical*, 3 décembre 1893, n° 96, p. 1080). — Le malade dont l'histoire est rapportée a déjà fait l'objet de publications de Brissaud et de Charcot, et le cas du frère du même malade qui présente des symptômes analogues sera publié incessamment par Londe. Les deux frères, dont les antécédents héréditaires n'offrent rien de spécial, dont l'un est âgé de 8 ans, ont une paralysie faciale double et complète, intéressant le facial supérieur, le releveur de la paupière, la langue, les muscles du larynx et certains muscles du cou. Les auteurs rapportent les quelques observations plus ou moins similaires de paralysies bulbaires qu'ils ont trouvées dans la littérature, et pensent qu'il s'agit d'une maladie familiale frappant divers noyaux bulbaires ensemble d'une façon élective inspirée peut-être plus par les connexions physiologiques que par les relations anatomiques de ces noyaux.

Traitement des névralgies et des migraines par le percuteur (Some cases of nevralgia and migraine treated by the use of percuteur), par R. Néale et J. Bays (*The Lancet*, 4 novembre 1893, p. 1125). — L'auteur relate quatre observations de névralgies graves, rebelles à toutes les médications et qui ont cédé aux applications du percuteur. Cet instrument, qui est composé de disques mus rapidement par une machine électrique, produirait comme une sorte de massage du nerf. Il agirait également avec succès dans la neurasthénie en application sur la colonne vertébrale, et dans la calvitie, en le plaçant au niveau des aires d'alopécie.

Sur le goître exophthalmique; son étiologie (Clinical remarks on exophthalmic goitre; with special reference to its possible etiology), par George Johnston (*The Lancet*, 4 novembre 1893, n° 3662, p. 1121). — Quatre cas qu'il a eu l'occasion d'observer ont attiré l'attention de l'auteur sur la genèse du goître exophthalmique. Il a été notamment frappé de ce que les symptômes capitaux de cette maladie contrastent d'une façon saisissante avec les signes du myxœdème. Dès lors, il se demande, le myxœdème reconnaissant comme cause l'absence de la sécrétion thyroïdienne, si le goître exophthalmique ne serait pas causé, lui, par un excès de la même sécrétion. La suractivité fonctionnelle de cette glande, les effets sur la circulation d'une sécrétion excessive seraient les facteurs du goître exophthalmique et en détermineraient l'apparition principalement chez les sujets nerveux. La succession possible du myxœdème au goître exophthalmique, l'efficacité dans le goître des médicaments qui modifient les sécrétions glandulaires (belladone), le pouvoir du suc thyroïdien de provoquer des signes analogues à ceux du goître, sont autant d'arguments qui plaident en faveur de la théorie proposée.

MÉDECINE

Histogénèse du cancer primitif du poumon (Zur Histogenese des primæren Lungenkrebses), par Siegert (*Virch. Arch.*, 1893, Bd CXXXIV, p. 287). — L'étude basée sur un cas personnel et la littérature de la question aboutit aux conclusions suivantes :

1° Le cancer épithélial primitif du poumon peut se former aux dépens de l'épithélium alvéolaire on de l'épithélium de la muqueuse bronchique ou de l'épithélium des glandes bronchiques.

2° Le cancer endothélial primitif du poumon peut se former aux dépens de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques superficiels de la plèvre ou aux dépens de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques du poumon.

Rôle physiologique du thymus (Beitræge zur Physiologie der Brustdrüse), par Langerhans et Saweliew (*Virch. Arch*, 1893, Bd CXXXIV, p. 344). — Pour se rendre compte du rôle physiologique du thymus, les auteurs ont extirpé le thymus chez des lapins et observé ensuite les phénomènes qui survenaient. Les résultats furent absolument négatifs, en ce sens que si une partie des animaux ont succombé à des troubles gastro-intestinaux, les autres ont survécu ou sont morts d'une autre cause.

Chez les lapins le rapport entre le poids du thymus et celui de tout le corps est comme 1 à 578.

L'influence des bains salés sur l'excrétion d'azote chez l'homme (Ueber den Einfluss von Salzbædern auf die Stickstoffauscheidung beim Menschen), par Kœstlin (*Fortsch. der Med.*, 1893, vol. 11, n° 18, p. 727). — Les recherches de l'auteur faites à la clinique de Mehring suivant une méthode rigoureusement scientifique ont donné les résultats suivants :

1° Le bain chaud simple d'une durée de 60 minutes n'exerce aucune influence sur la transformation des substances albuminoïdes.

2° Un bain contenant 4 0/0 de sel de Stassfurt abaisse de 1 à 1 gr. 1/2 l'excrétion d'azote. Les bains contenant 20 0/0 de sel de Stassfurt agissent de la même façon.

3° Les bains contenant 4 ou 20 0/0 de sel de cuisine n'exercent aucune influence sur les échanges interstitiels.

Ankylostome duodénal chez les briquetiers des environs de Berlin (Beobachtungen über das Vorkommen von Anchylostomum duodenale bei Ziegelarbeitern in der Næhe von Berlin), par Grawitz (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 39, p. 939). — On sait que certains auteurs attribuent l'anémie pernicieuse à la présence dans l'intestin des ankylostomes. Grawitz ayant eu l'occasion d'examiner les selles d'un ouvrier briquetier, Italien d'origine, venu consulter pour angine, trouva dans les matières un nombre considérable d'œufs d'ankylostome. Il fit alors l'examen du sang de ce malade, et n'y trouva rien d'anormal.

L'auteur se transporta ensuite à la fabrique où travaillait son malade, et examina de la même façon 9 ouvriers italiens et 6 allemands. Les selles des Allemands ne contenaient pas d'ankylostomes; par contre, sur les 9 Italiens, 3 en avaient. L'examen du sang de ces Italiens donna aussi des résultats tout à fait négatifs.

Diabète sucré avec lésion du pancréas (Beitrag zur Kenntniss der Beziehungen der Erkrankung des Pankreas und seiner Gefæsse zum Diabetes mellitus), par Hoppe-Seyler (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1893, Bd LII, p. 171). — Une femme de 37 ans tombe malade avec des symptômes du côté de l'estomac (vomissements, crampes) et une faiblesse générale. Elle reste 15 jours au lit, et le jour même qu'elle se lève, on est frappé de la voir boire et manger beaucoup. Cinq jours après, attaque d'hémiplégie droite avec aphasie.

La malade entre à l'hôpital, et là on trouve une glycosurie avec pneumaturie; celle-ci disparaît après l'aseptisation de

la vessie. Huit jours après son entrée, on constate l'apparition d'une acétonémie et la malade est emportée en quelques jours par une pneumonie du sommet.

A l'autopsie, on trouva le pancréas atteint de dégénérescence graisseuse. Le parenchyme avait presque partout disparu et les cellules glandulaires conservées ne se coloraient plus. En même temps, cirrhose fibreuse autour des canaux excréteurs. Les artères étaient épaissies et leur lumière rétrécie; les veines, par contre, dilatées.

Du côté du cerveau, on trouva un foyer hémorrhagique au niveau de la fosse sylvienne droite.

L'auteur a trouvé au musée de l'hôpital de Kiel un autre pancréas venant d'un diabétique. Le pancréas était en partie détruit par la dégénérescence graisseuse; le tissu conjonctif était proliféré et renfermait des foyers hémorrhagiques; les artères étaient épaissies, rétrécies, par places thrombosées.

CHIRURGIE

Sarcome du larynx (Sarcom des Kehlkopfes), par Bruck (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1893, n° 37, p. 890). — L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 57 ans arrivé à la clinique du professeur Gluck avec un néoplasme du larynx datant déjà de 4 mois.

A l'examen on trouvait une tumeur occupant la moitié droite du larynx, et dans la région sous-maxillaire droite et cervicale du même côté une tumeur assez volumineuse formée par les ganglions cervicaux infiltrés. Après trachéotomie préalable on fit l'extirpation de la moitié droite du larynx et l'ablation du paquet ganglionnaire. Celle-ci fut particulièrement difficile, car la tumeur s'étendait en haut jusqu'à la base du crâne, et dehors jusqu'aux gros vaisseaux du cou, en dedans jusqu'au larynx.

Le lendemain de l'opération la température monta à 39°, et trois jours après le malade succombait dans le coma.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes. L'auteur attire l'attention sur cette structure particulière de la tumeur, vu que dans la plupart des sarcomes du larynx, le néoplasme est à cellules fusiformes.

Périchondrite aiguë de la cloison du nez (Ein Fall von sogenannter idiopathischer acuter Perichondritis der Nasenscheidewand), par Schrœder (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 46, p. 1123). — Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, prise un jour de tuméfaction du nez avec fièvre, frissons et mal de tête. La muqueuse de chaque côté formait des bourrelets saillants qui, une fois incisés, laissèrent écouler une forte quantité de pus. Le processus ne fut pourtant pas arrêté; d'autres abcès se formèrent alors, la cloison se gangréna en grande partie, le vomer fut dénudé. On fut obligé d'inciser à plusieurs reprises, de gratter le foyer et d'enlever un grand nombre de séquestres. Le malade finit pourtant par guérir.

L'étiologie de cette périchondrite fort rare, puisque l'auteur n'a trouvé que trois observations analogues (Wagner, Delavau, Gouguenheim), ne peut être élucidée : la malade n'était ni tuberculeuse, ni syphilitique, et le pus de son abcès ne contenait que des micro-organismes vulgaires.

Un autre cas de périchondrite aiguë de la cloison que M. Lublinski publie dans le même numéro du journal (p. 1123) évolua d'une façon plus légère. Il y eut simplement abcès faisant saillie du côté de la cloison. La collection ouverte, on trouva une perforation de la cloison, mais la muqueuse de l'autre côté était saine. Le malade guérit rapidement.

Ecrasement de l'astragale. Enucléation de l'os. Guérison, par Redon (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, octobre 1893, p. 322). — H..., 23 ans, est projeté de cheval par dessus le parapet d'un pont, dans un ravin d'environ 15 mètres de profondeur. Le cheval est aussi tombé dans le ravin et a roulé sur son cavalier. On diagnostique une fracture probable de la malléole externe avec plaie, hémorrhagie abondante et entorse violente de l'articulation tibio-tarsienne droite: il y a aussi une arthrite traumatique aiguë du genou droit, avec épanchement considérable et fracture sous-périostée du tiers externe de la clavicule droite. L'état de shock est très marqué. On fait un pansement sommaire. Deux jours après, on examine le malade sous le chloroforme, on trouve que le tibia, le péroné et le calcanéum sont intacts; l'articulation tibio-tarsienne offre une augmentation de volume surtout dans le sens bilatéral, mais ce gonflement disparaît en grande partie sous une pression soutenue et sans qu'on aperçoive de crépitation; il y a une projection sensible de la jambe sur l'avant-pied, une dépression notable du tendon d'Achille au-dessus du calcanéum. Lavage et application d'un pansement contentif et antiseptique.

Une deuxième exploration, faite deux jours après, fait diagnostiquer des fractures multiples et comminutives de l'astragale, avec intégrité probable de la mortaise tibio-péronière, du calcanéum, du cuboïde et du scaphoïde et avec arthrite suppurée au début de l'articulation tibio-tarsienne. On fait l'énucléation de l'astragale. Le malade guérit, mais le membre est raccourci de 2 cm. 1/2, et le malade sera pendant longtemps hors d'état d'utiliser suffisamment son pied pour subvenir à son existence matérielle.

BIBLIOGRAPHIE

I. — **La pratique de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie**, par Ed. Schwartz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin. Paris, J.-B. Baillière, 1894, un volume in-18 jésus de 380 pages avec 51 figures, cartonné, 6 francs.

II. — **Des pansements et de l'antisepsie dans la chirurgie lyonnaise**, par le Dr Thevenet, ancien externe des hôpitaux de Lyon. Paris, J.-B. Baillière, 1893, un volume gr. in-8° de 220 pages, 5 francs.

Déjà à plusieurs reprises, en rendant compte de diverses publications, nous avons montré comment les chirurgiens — guidés en France par F. Terrier surtout — tendent à remplacer, dans bien des cas, l'antisepsie par l'asepsie, pour supprimer autant que possible les antiseptiques qui font trop volontiers payer par des propriétés irritantes ou toxiques l'action bienfaisante dont ils sont susceptibles. M. Schwartz est, lui aussi, un de ceux aux yeux desquels l'asepsie est l'idéal ; mais, comme nous tous, il croit « impossible aussi que l'antisepsie perde jamais ses droits, au moins pour une grande catégorie de lésions et pour certaines désinfections. »

Son livre est divisé en quatre parties qui sont : 1° asepsie et antisepsie en général; leurs agents, leur technique; 2° asepsie et antisepsie opératoires; 3° pansements; 4° indication de l'asepsie et de l'antisepsie suivant les milieux, l'état du blessé ou de l'opéré, les régions, les âges. Cette partie se termine par un aperçu intéressant de l'asepsie et l'antisepsie en chirurgie de guerre et sur les diverses formations sanitaires.

Ouvrage clair et pratique dont nous sommes heureux de féliciter notre distingué collègue.

Nous signalerons en terminant la thèse de M. Thevenet, fort intéressante au point de vue historique.

A. B.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Le microscope et ses applications, par H. Beauregard. 1 vol. de l'*Encyclopédie des Aides-Mémoire*. G. Masson, 1893.

Dans ce manuel, l'auteur, après quelques pages consacrées à la description de l'instrument lui-même, de ses divers modèles, de ses accessoires, passe en revue ce qu'il sert à étudier. C'est ainsi qu'il donne d'abord quelques notions sur la cellule, sa constitution, son mode de division, et qu'il décrit ensuite l'ovule, les divers éléments qui en dérivent dans les tissus qu'ils forment; vient à la suite l'étude des différents organes, de leurs produits, enfin celle des principaux parasites animaux. L'auteur expose avec le même soin l'histologie végétale, en donnant un rapide aperçu de ses applications à la matière médicale.

La fin de l'ouvrage est consacrée aux déductions pratiques. En quelques pages sont résumées toutes les manipulations techniques, telles que fixation des éléments, décalcification, coloration, imprégnation par les diverses méthodes, notamment celles de Golgi et d'Ehrlich, manière de faire des coupes, de les monter, etc.

Cette énumération montre combien est vaste le programme de ce nouveau manuel; aussi ne faut-il y chercher ni considérations théo-

riques étendues, ni exposés techniques détaillés; cet aide-mémoire donne simplement un aperçu général qui a le mérite d'être clair et assez complet pour que le débutant y puisse facilement trouver les notions élémentaires dont il a besoin pour aborder avec fruit les études microscopiques.

The health resorts of the Canary Islands in their climatological and medical aspects, par Cleasby Taylor. 1 vol. in-8°. Londres, 1893, J. et A. Churchill.

Etude climatologique très complète sur les îles Canaries, dont la température douce et l'humidité très faible peuvent être utilement adaptées au traitement des affections nécessitant un changement de climat. L'auteur indique avec soin les localités de ces îles qui conviennent à chacune de ces maladies; il insiste sur la nécessité, pour les malades qui y vont l'hiver, de ne pas rentrer trop tôt dans leur pays. Il reconnaît que la cherté de la vie et, dans certains points, la rareté des habitations, ont jusqu'à présent empêché les îles Canaries de prendre dans le traitement climatérique la place qu'elles méritent.

Clinical notes of chancre of the tonsil with analysis of fifteen cases, par Duncan Bulkley (Extrait des *Transactions of the medical Society of the State of New-York*, 1893).

L'auteur place au point de vue de la fréquence le chancre de l'amygdale immédiatement après le chancre des lèvres (49 cas sur 111 cas de chancres extra-génitaux, sur 2000 cas de syphilis) et sur le même rang que le chancre du doigt (15 de chaque). Il l'a observé plus fréquemment à droite (9 fois) qu'à gauche (3 fois) et il a vu 3 fois les amygdales présenter chacune un chancre. Il insiste sur la difficulté du diagnostic et sur la gravité de la syphilis succédant aux chancres amygdaliens. Au point de vue de l'étiologie, il signale le développement du chancre amygdalien chez des sujets dont un parent est atteint de syphilis avec manifestations buccales; il a vu le chancre amygdalien chez 3 hommes jeunes qui avaient eu des rapports buccaux avec des sujets de leur sexe; dans deux cas, on ne pouvait invoquer d'autres causes que l'usage de verres à boire ayant peut-être servi à des syphilitiques.

VARIÉTÉS

Banquet offert à M. le professeur Potain. — Les deux cents médecins qui célébraient jeudi dernier à l'Hôtel Continental l'élection à l'Institut de M. le professeur Potain ont rapporté de cette brillante fête d'inoubliables souvenirs. On ne glorifiait pas seulement, en effet, le clinicien aussi éclairé qu'ingénieux dans ses procédés de recherche, le savant et érudit professeur, le médecin d'hôpital dont le dévouement et l'exactitude ont été souvent cités comme un enseignement et comme un exemple. Chacun comprenait qu'il fallait aussi et surtout rendre un solennel hommage à l'honnête homme qui a tout obtenu sans jamais avoir rien demandé, qui a toujours suivi la voie droite de la probité et de l'honneur professionnels, fidèle à ses amitiés, dédaigneux des compromis, des injustices et des intrigues au milieu desquels se débattent les ambitieux.

Ne pouvant reproduire les toasts portés dans ce banquet confraternel, nous voulons tout au moins reproduire les paroles par lesquelles, après avoir remercié ses anciens maîtres, ses collègues, ses élèves et ses amis, M. Potain a raconté en termes si touchants les premières années de sa vie.

Ces paroles, il ne nous appartient pas de les commenter. Nous ne voulons que faire partager à nos lecteurs l'émotion que nous avons éprouvée en les écoutant.

Messieurs, permettez-moi, je vous en supplie, de faire remonter encore plus haut ces souvenirs reconnaissants et de les reporter au maître qui m'a façonné à lui seul, jusqu'au jour où j'entrai dans la médecine, à un père auquel je dois plus de reconnaissance qu'aucun fils peut-être en ait pu devoir jamais. Il appartenait à une lignée qui, de temps immémoriaux, pratiquait la médecine et la chirurgie dans la bonne ville de Saint-Germain et dans la petite ville de Poissy. Je pense bien qu'à l'origine, il doit y avoir eu quelque barbier. Mais je n'ai pu le retrouver. C'était trop loin. Mon père qui, étant l'aîné, aurait dû, suivant la coutume familiale, suivre la carrière paternelle, se laissa rebuter par l'anatomie et, finalement, devint directeur de la Poste aux lettres dans sa ville natale, à Saint-Germain-en-Laye. Il voulait que son fils reprît le métier de son père. Par malheur, les maigres ressources de la famille n'eussent pas suffi aux frais du collège et à ceux qui devaient venir après. Il entreprit donc de faire à lui seul l'éducation de ce fils, et, dévouement prodigieux, pour cela il recommença la sienne. Pendant dix ans, il consacra à cette entreprise tous les loisirs que lui laissaient ses occupations. Chaque jour, le bureau fermé, il me faisait mettre les livres sous le bras et m'emmenait dans la forêt, l'hiver, l'été, par la pluie, par la neige, quelque temps qu'il fît. Là, il me donnait la leçon. Leçons de choses d'abord, puis de grammaire, puis de littérature, puis de tout enfin.

N'est-ce pas là une œuvre de dévouement peu commune, et ne m'en voudriez-vous pas de n'avoir point dit ce que je dois à un tel père? Il est vrai qu'il n'était pas seul à accomplir cette tâche, et qu'une mère, dont le souvenir me remplit de tendresse et de vénération, l'y aidait en m'enseignant l'allemand, que mon père ne savait pas.

Puisque me voilà en train de vous dire mes souvenirs reconnaissants les plus intimes, laissez-moi vous raconter encore comment un pauvre camarade, qui n'est plus, me sauva au moment où tout était perdu.

Mes humanités terminées à la façon que je viens de vous dire, mon père m'envoie à Paris, pour l'examen du baccalauréat ès lettres. Vous jugez de mes terreurs. Homme des bois, je ne m'imaginais pas capable de répondre tout haut à des messieurs assemblés pour m'interroger. Cependant, comme je n'avais d'autre alternative que de demeurer petit employé dans le bureau paternel ou de tenter la fortune de l'examen, je me décidai et me voilà parti. On me fit faire une version écrite, qui me parut facile et dont je crus m'acquitter convenablement. Pourtant, quand on proclama le nom des élèves admis à l'examen oral, le mien n'était point sur la liste. Je m'en allais assez confus prendre ma place de bureaucrate, quand, dans l'escalier de la Sorbonne, je rencontre un camarade qui connaissait très bien les êtres de la maison pour les avoir pratiqués. « Tu t'en vas? — Oui, je ne suis pas admis. — Pas possible! Attends, je vais aller trouver Joseph. » Joseph c'était le garçon de bureau de la Sorbonne. « Ma foi, dit Joseph, je ne sais pas. Il y a là des copies que M. Cousin a oubliées. Peut-être votre ami est-il dans le tas. » J'y étais. M. Cousin corrige. On m'appelle et je suis reçu.

Et voilà comment ce brave Blondeau a contribué à me faire entrer à l'Institut. Car je ne sache pas que l'administration des Postes soit une voie qui puisse aisément y conduire.

Messieurs, il y a un homme à qui ma reconnaissance doit aller entre tous. C'est celui qui m'a enseigné comment on apprend la médecine. A peine sorti du giron paternel, vous jugez si je me sentais dépaysé dans notre Ecole! Ma bonne étoile me conduisit dans le pavillon A de l'Ecole pratique, à une table où travaillait un élève plus avancé que moi d'un an. J'admirais sa studieuse activité. Il me donna des conseils. Nous fûmes bientôt bons amis. Puis, il organisa une conférence pour l'internat, dont faisaient partie le si regretté Axenfeld et mon bon collègue Labric, ici présent. Notre mentor arriva le premier à l'internat. Mais il avait ouvert le chemin. Je m'efforçai de marcher dans ses traces. Et je m'y efforce encore. Car ce camarade providentiel qui m'a mis dans la bonne voie et auquel je dois tant, il est ici pour m'enseigner encore mes devoirs nouveaux. C'est notre honorable président, le docteur de Lacaze-Duthiers, l'éminent zoologiste, qui souffre à peine qu'aujourd'hui l'on rappelle qu'il a été un des plus distingués parmi les internes du célèbre Trousseau.

Messieurs, en vous remerciant du fond du cœur, je bois à vous et je vous prie de porter avec moi la santé de mon premier maître, du docteur de Lacaze-Duthiers, président de l'Académie des sciences.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Laparotomie dans un cas de perforation d'un ulcère de l'estomac, par Kriege (1).

Je crois intéressant de publier en détail un cas de perforation d'un ulcère de l'estomac traité, avec succès pour la première fois, par la laparotomie.

Il s'agit d'un homme de 41 ans dont les premiers troubles digestifs remontaient à l'âge de 20 ans. Soigné pour un catarrhe de l'estomac, puis, après l'examen du contenu stomacal, pour une gastrite d'origine nerveuse, il fut pris, au commencement de juin 1891, d'hématémèses qui se reproduisirent trois fois dans le courant du mois, la dernière du 24 au 31 juin.

Le malade s'était rétabli et avait pu reprendre ses occupations, en suivant un régime spécial qui lui avait été ordonné. Un an après, dans la nuit du 18 au 19 mai 1892, après avoir éprouvé pendant plusieurs jours des douleurs légères dans l'épaule, il fut brusquement éveillé de son sommeil par des douleurs violentes dans le ventre, principalement dans la région épigastrique. La veille il avait pris, à 8 h. du soir, un peu de lait et un biscuit.

Je vis le malade à 4 heures du matin. Il y avait peu de collapsus. La température était normale, le pouls à 82, la respiration un peu accélérée. Pas de ballonnement du ventre, pas de vomissements, mais douleurs abdominales violentes. A la percussion le foie présente sa matité normale.

Piqûre de morphine et glace sur l'épigastre. Mais immédiatement après la piqûre le malade est pris de collapsus, dont il sort pourtant au bout de 5 minutes.

Le lendemain, à 10 h. du matin, comme je trouve le malade un peu fatigué, mais dans un état général satisfaisant, je lui permets de prendre toutes les demi-heures deux cuillerées à bouche de lait glacé. Deux heures après, il est pris d'une nouvelle crise de douleurs, et à l'examen je trouve maintenant le ventre rétracté, un peu tympanique à la percussion, avec disparition complète de la matité du foie. Il devient évident pour moi que je me trouve en face d'une péritonite par perforation de l'ulcération stomacale, et je propose la laparotomie, qui est acceptée.

Incision sur la ligne médiane, allant de l'apophyse xiphoïde à l'ombilic. L'ouverture du péritoine donne lieu à la sortie d'une certaine quantité de gaz inodores. Entre les anses intestinales à peine plus injectées qu'à l'état normal, on trouve une certaine quantité de contenu stomacal. La séreuse de la paroi antérieure de l'estomac est un peu injectée et couverte de dépôts fibrineux, seulement dans sa partie supérieure, vers la petite courbure. Nulle part on ne voit de perforation. Une incision transversale met à nu l'estomac jusqu'au pylore, mais ici non plus on ne trouve pas de perforation. On déchire alors le ligament gastro-hépatique pour examiner la paroi postérieure de l'organe qu'on trouve également intacte. On fait alors une incision transversale à gauche vers le cardia, et en soulevant avec force le rebord des fausses côtes on trouve enfin sur la paroi antérieure, sous le diaphragme, à 3 cm. du cardia, entre la grande et la petite courbure, une perforation grosse comme un pois. L'orifice est alors avivé et suturé non sans difficultés. Le sang et le contenu stomacal sont essuyés avec des tampons de gaze sublimée. Suture de la plaie abdominale jusqu'à son angle inférieur où l'on introduit une bande de gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent très simples, sauf un petit abcès de la paroi abdominale, et le malade a pu quitter son lit au bout de quinze jours. Mais quatre ou cinq jours après il fut pris d'une pleurésie purulente à gauche qui nécessita l'opération de l'empyème, dont il guérit assez rapidement.

La filiation des phénomènes est assez facile à rétablir. Le malade avait un ulcère de l'estomac depuis de longues années. Dans la nuit du 18 au 19 mai se produisit la perforation de l'estomac. Comme l'organe était à ce moment vide, l'air seul pénétra dans la cavité abdominale en provoquant des douleurs violentes qui réveillèrent le malade. Les douleurs se calmèrent sous l'influence de la morphine et, peut-être, sous l'influence du repos et de la vacuité de l'estomac, les bords de la perforation se recollèrent-ils. Mais lorsqu'à dix heures, le malade prit du lait, ce liquide de même qu'une nouvelle portion d'air passèrent dans la cavité abdominale en provoquant les phénomènes qui m'indiquèrent nettement l'existence d'une perforation suivie d'un commencement de péritonite.

Presque tous les auteurs sont d'accord que la perforation d'un ulcère de l'estomac est presque toujours mortelle quand cette perforation ne s'effectue pas dans un espace limité, encapsulé par des adhérences. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant qu'on ait songé à parer aux accidents par une intervention rapide, la laparotomie.

Cette intervention a été faite jusqu'à présent sept fois sans qu'on ait pu sauver un seul malade. En face de ces résultats, on peut donc se demander jusqu'à quel point l'intervention est alors justifiée. Mais si l'on analyse ces cas, on voit que les insuccès ont tenu à des causes indépendantes de l'opération elle-même.

Ainsi dans le premier cas de Steinthal et dans celui de Stelzner on ne trouva pas la perforation, et alors la situation est la même que si les malades n'eussent pas été opérés. Dans le second cas de Steinthal et dans ceux de Mikulicz, Stelzner et Heuser on opéra trop tard, en pleine péritonite. Et encore dans le premier cas de Stelzner, il y avait une seconde perforation qui échappa à l'opérateur et dans son second cas le malade succomba, dix jours après l'opération, à l'ouverture dans la plèvre d'un abcès sous-phrénique.

Au point de vue du diagnostic, plusieurs faits doivent être relevés. L'apparition brusque des phénomènes péritonitiques chez un malade soupçonné de porter un ulcère de l'estomac doit toujours faire penser à la perforation de l'ulcération. Sous ce rapport, la disparition rapide de la matité du foie de même que l'absence des vomissements sont très importantes.

Il faut intervenir le plus tôt possible. La recherche de la perforation est très difficile. Mais on se rappellera que, le plus souvent, comme l'ont montré les recherches de Brinton, la perforation siège sur la paroi antérieure de l'estomac au niveau du cardia. En effet, d'après Brinton, 85 0/0 des ulcères de la paroi antérieure, se terminent par la perforation, tandis que la perforation de la paroi postérieure n'a lieu, d'après Wohlmann que dans 2 0/0 des cas.

Après l'opération, le malade sera nourri les premiers jours exclusivement avec des lavements nutritifs. C'est par la même voie que sera calmée sa soif. Le repos de l'organe sera obtenu par les injections sous-cutanées de morphine et des suppositoires à l'opium.

---

(1) D'après *Berlin. klin. Wochensch.*, 1892, n°s 49 et 50.

Grossesse extra-utérine, Communication du Dr PAVLAKI FENERLY BEY, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de Constantinople, au *1er Congrès international de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, 16 septembre 1892.

Je demande à l'honorable assemblée la permission de l'entretenir de quelques cas de grossesse extra-utérine, dont quelques-uns offrent un certain intérêt.

Ces grossesses sont au nombre de cinq.

La première a été constatée chez une femme de 38 à 40 ans, multipare, qui, pendant sa grossesse, a éprouvé des symptômes tout à fait insolites. Le 9e mois accompli, tout à coup des accidents formidables d'une grave pelvipéritonite se déclarent, et mettent la malade en danger de mort. Pendant les premiers moments de la pelvipéritonite, on a constaté les mouvements très violents du fœtus; puis, peu à peu, ces accidents disparaissent, la malade revient un peu, mais la santé ne se rétablit pas tout à fait. Elle traîne une vie misérable pendant trois ans, au bout desquels elle meurt, conservant une tumeur considérable sur le côté gauche de l'abdomen.

Le 2e cas concerne une grossesse parvenue au 6-7e mois, c'est-à-dire qu'on avait constaté déjà depuis 2 mois les bruits du cœur et les mouvements du fœtus. La femme, âgée de 30 à 32 ans, a eu déjà deux enfants. Puis, sans aucune cause appréciable, elle a été très malade avec tous les symptomes d'une pelvipéritonite des plus intenses. Les mouvements du fœtus ont cessé; mais la tumeur persista plusieurs années, faisant souffrir la malade plusieurs fois par an, jusqu'au moment où je l'ai perdue de vue.

Les trois autres cas concernent des grossesses qu'on n'a pu diagnostiquer pendant leur cours et qu'on a prises pour d'autres maladies.

Ainsi le 3e cas a été observé sur une toute jeune femme mère d'un seul enfant. Elle a eu ses règles supprimées pendant plusieurs semaines, lorsqu'elle a été prise d'accidents insolites: nous avons cru avoir affaire a une pelvipéritonite très grave dont la cause principale nous était inconnue. Un mois après la disparition des accidents graves, un examen attentif nous fit constater une tumeur dans le cul-de-sac postérieur et gauche du vagin, tumeur douloureuse et qui tourmentait la malade. Nous avons pensé à une hématocèle périutérine, à une suppuration du petit bassin, etc. Or, en pratiquant une incision dans la partie la plus saillante, celle qui offrait aussi le plus de fluctuation, on a vu sortir une notable quantité de sang lie-de-vin et de caillots, au milieu desquels un fœtus comprimé de deux mois à peu près. La femme a été de nouveau très malade, mais elle a fini par se rétablir au bout de trois mois.

Le 4e cas a donné naissance à différents diagnostics: un tel a cru à une hématocèle, un autre à une suppuration, un dernier à une salpingite. Personne n'a soupçonné une grossesse extra-utérine. L'opération est venue montrer que c'était une grossesse ectopique. Une incision pratiquée dans la partie postérieure supérieure gauche du vagin, derrière le col, a livré issue à un amas compact presque en quelque sorte strié de caillots de sang assez durs; au milieu d'un de ces caillots se trouve un fœtus de 2 mois à peu près, aplati, ratatiné, momifié et comme incrusté dans le caillot dur. Les suites de cette opération, grâce aux moyens aseptiques, ont été très simples. La femme, au bout de 25 jours, était complètement rétablie. (J'ai l'honneur de vous montrer le fœtus momifié.)

Le 5e cas ressemble au 4e pour les symptômes, la marche et le diagnostic. Il en diffère sur ce point que la femme, âgée de 35 à 36 ans, a eu déjà 4 enfants et quelques fausses couches. Elle se croyait enceinte de 3 mois, lorsqu'à la suite d'un accident elle a une forte métrorrhagie avec issue de gros caillots, puis des douleurs très fortes avec fièvre intense, anxiété, vomissements et tout le cortège d'une grave pelvipéritonite. Tous ces accidents que la femme aussi bien que les médecins attribuèrent à un avortement s'amendèrent un peu, mais n'ont pas complètement disparu. Ainsi le malaise, les douleurs sourdes et quelquefois lancinantes du côté du petit bassin persistaient et faisaient croire à une suppuration du petit bassin, à une salpingite, à une hématocèle.

A l'examen par le vagin, on pouvait facilement constater que le cul-de-sac postérieur était tuméfié, proéminent et présentait une certaine fluctuation.

J'ai pratiqué sur ce point une incision de trois centimètres: une grande quantité de sang noir couleur café s'en est écoulée, au milieu duquel nous avons trouvé un fœtus de deux à trois mois. Les suites ont été très simples.

Je me borne ici à enregistrer les faits, tout en concluant que je suis de l'opinion de ceux qui croient qu'une des causes principales de l'hématocèle périutérine est le résultat de grossesses ectopiques.

En effet, une grossesse extra-utérine parvient rarement jusqu'à terme; à cette époque, le diagnostic est relativement facile: on perçoit les mouvements fœtaux, on entend les bruits du cœur. Mais les cas de ces grossesses avancées sont relativement rares. Ordinairement, elle ne vont pas au delà de trois à quatre mois, et alors, si elles ne sont pas utéro-interstitielles, mais tubaires, ovariques, etc., le produit de la conception, un certain moment, peut se détacher et tomber naturellement dans le cul-de-sac péritonéal; l'hémorrhagie qui suit cette chute produisant une hématocèle péri-utérine.

A mon humble opinion, je crois que c'est à cette hémorrhagie tubaire, soit idiopatique primitivement, soit qu'elle résulte de la présence dans cet organe du produit de la conception, qu'il convient d'attribuer la plupart des hématocèles péri-utérines.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE GYNÉCOLOGIE

Réunion des 20, 21 *et* 22 *septembre* 1892.

Douleur périodique intermenstruelle.

M. Palmer. — Depuis douze ans, j'ai soigné cinq ou six cas de douleurs périodiques intermenstruelles; c'est généralement vers le milieu de la période intermenstruelle que surviennent des crises douloureuses dans le bassin, au niveau de l'un des deux ovaires. Ces douleurs varient en intensité et en durée (de 2 à 9 jours). C'est une affection relativement rare, ovarienne et non utérine; c'est une oophorite ou une péri-oophorite ou même les deux; la cause de ces douleurs est un obstacle à la sortie du contenu des follicules de de Graaf. Le traitement consiste dans l'ovariotomie.

M. Baker. — Ces douleurs siègent en effet dans l'ovaire; dans des laparotomies pratiquées pour cette maladie, j'ai trouvé la trompe épaissie et transformée en une sorte de corde. J'ai obtenu quelquefois de bons effets de l'application de sangsues sur l'utérus.

M. Johnson. — Dans bien des cas il faut recourir à l'ablation des ovaires, mais il faut auparavant essayer tous les autres moyens et entre autres l'électricité.

M. Coe. — Il importe tout d'abord de localiser la douleur dans l'ovaire, la trompe, l'utérus ou dans une simple dépression générale du système nerveux. Dans les cas auxquels fait allusion M. Palmer, la douleur est un élément complexe; elle n'est pas due uniquement à une maladie de l'ovaire; souvent en effet on trouve la trompe épaissie, quelquefois adhérente, avec des signes de péri-oophorite.

J'ai vu un cas où l'ovaire, une fois enlevé, a présenté un nodule d'apparence osseuse qui était une vésicule de de Graaf calcifiée. Il est évident que dans ce cas la douleur était due à la compression.

M. Wilson. — Dans certains cas, la douleur est due à un reste de congestion des ovaires à la suite de la menstruation; aussi pourrait-on peut-être obtenir de bons résultats en cherchant à provoquer la déplétion de l'utérus.

M. Dudley. — Le meilleur moyen de faire le diagnostic est d'avoir recours au toucher rectal; en introduisant le doigt assez haut pour toucher l'ovaire, on se rendra compte de l'état de cet organe. Au lieu d'enlever les ovaires, je me contente d'exciser le follicule et je suture ensuite la plaie ovarienne; des femmes ayant subi cette opération sont devenues enceintes.

Complications opératoires de la chirurgie abdominale et pelvienne.

M. Wathen. — Dans un cas où le diagnostic avait été

difficile et où on avait soupçonné l'existence d'un abcès pelvien, on trouva l'épiploon épaissi avec les signes d'une péritonite chronique étendue, des adhérences et un kyste dans le ligament large; l'utérus était triplé de volume. La malade guérit. Chez une autre femme qui souffrait depuis six mois et chez laquelle on sentait des tumeurs de chaque côté de l'utérus, on fit la laparotomie exploratrice; on trouva une bande d'épiploon aussi large et aussi épaisse que la main et fixée au ligament large du côté droit ; on fit deux ligatures sur cette bride et on la sectionna. Dans les ligaments larges on trouva des tumeurs malignes qui emportèrent ultérieurement la malade. Un troisième cas présentait des adhérences de péritonite dues probablement à une chute antérieure. Dans un quatrième cas, on trouva un abcès extra-péritonéal dans la région inguinale droite et formé par l'appendice. La malade guérit. Chez une cinquième malade, à laquelle on avait enlevé l'utérus atteint de cancer, la garde fit par erreur une injection sublimée qui pénétra dans la cavité péritonéale. La malade guérit néanmoins.

M. Lusk — On fit chez une malade le diagnostic de grossesse extra-utérine. On fit une laparotomie et on trouva une grossesse normale et un fibrome relié à l'utérus gravide par un long pédicule. Le pédicule fut excisé, on sutura les bords de la plaie et on ramena le pédicule par-dessus. La malade guérit et accoucha à terme. Une autre malade avait eu 3 ans auparavant une péritonite, suivie de tympanisme, de coliques et de douleurs du côté droit. La palpation révéla l'existence d'un kyste se prolongeant derrière l'utérus; à l'autopsie on trouva un lithopédion relié au péritoine; son sac était calcaire et friable et contenait beaucoup de liquide ; une grande partie des membranes était aussi calcifiée. L'ablation de cette tumeur fut laborieuse, mais la malade guérit néanmoins. On apprit du reste que douze ans auparavant la malade avait présenté tous les signes de la grossesse; au bout de deux mois elle eut une perte, des douleurs très violentes. Au septième mois elle eut une hémorrhagie et des douleurs, qui disparurent progressivement.

M. Mann. — Une femme présenta tous les symptômes d'une grossesse extra-utérine, il y a huit ans. Elle refusa toute opération; arrivée à terme, elle présenta tous les signes du travail, mais tout rentra dans l'ordre. Elle eut depuis trois enfants, malgré cette tumeur qu'elle portait toujours dans l'abdomen. Récemment, elle rendit des matières fécales par la vessie. On opéra et on trouva un sac adhérent aux intestins et contenant un fœtus. Il y avait deux ouvertures dans l'intestin et une dans la vessie. On ferma tous ces orifices. La malade guérit. Le point intéressant de cette observation, c'est qu'il ne s'agissait pas d'une grossesse extra-utérine, mais d'un cas d'utérus bicorne; ce fœtus resta treize ans dans l'une des cornes utérines. Dans un autre cas, la grossesse dura de même plusieurs années, mais cette fois, lorsqu'on opéra, on retira un cadavre de fœtus aussi frais que s'il était mort de la veille.

Opération césarienne faite au temps d'élection.

M. Coe. — Sur 67 cas opérés par la méthode de Sænger dans la dernière décade, avec une mortalité de 40 0/0, 18 sont dus à neuf membres de cette Société avec une mortalité de 33 1/2 0/0 ; quatre de ces six cas mortels étaient particulièrement défavorables; de plus, il y eut une mort par manie puerpérale et non justiciable par suite de l'opération. Dix opérations ont été pratiquées depuis 1889; on les a pratiquées au temps d'élection pour prévenir l'embryotomie. Je pense avec Harris qu'on est dans de meilleures conditions en opérant avant le début du travail. J'ai eu ainsi un succès chez une primipare de 22 ans, rachitique et présentant une cyphose et une scoliose. J'ai réussi de même chez une multipare de 37 ans ayant un fibrome qui avait pour origine le segment inférieur de l'utérus et qui comprimait l'uretère droit, produisant de l'hydronéphrose. Six autres opérations césariennes ont été pratiquées par des chirurgiens américains avant le début du travail; il y a eu cinq guérisons; le cas mortel fut celui d'une femme atteinte de carcinome du col.

Intervention chirurgicale après l'accouchement.

M. Parish. — Quand il y a un abcès du tissu cellulaire du bassin, de la trompe ou de l'ovaire, quand il y a du pus enkysté dans le péritoine, il faut intervenir chirurgicalement pour ouvrir une voie au pus. Or, on croit encore trop communément que quand une suppuration abdominale se produit peu après l'accouchement, on ne doit pas opérer. L'hystérectomie vaginale n'est pas toujours nécessaire dans le cas d'abcès utérins puerpéraux.

REVUE DES JOURNAUX

Péritonite circonscrite guérie par la laparotomie (Ueber einen durch einfach Laparotomie geheilten Fall von Peritonitis circumscripta), par Ekstein (*Prag. med. Woch.*, 1892, n° 43, p. 507). — Il s'agit d'une femme qui, un jour, fut brusquement prise de phénomènes d'obstruction intestinale et de péritonitisme que l'auteur a cru pouvoir attribuer à la compression du gros intestin par une tumeur lisse, fluctuante, des dimensions d'une tête d'enfant, faisant saillie dans l'hypochondre droit et la région lombaire droite. Le diagnostic fut celui d'hydronéphrose du rein droit et l'intervention, décidée en principe, n'a dû être faite qu'après la disparition des phénomènes bruyants de la pression. La laparotomie ne fut, en effet, faite que trois semaines après le début des accidents. A l'ouverture de l'abdomen, on constata en effet qu'il s'agissait d'une tumeur du rein droit. Seulement, au lieu d'une hydronéphrose, on trouva une para-néphrite caractérisée par des exsudats fibrineux et des adhérences formant une masse compacte autour du rein. L'auteur se contenta alors de libérer quelques adhérences et on referma le ventre. L'intervention eut pour résultat la disparition progressive de la tumeur. Pour l'auteur, le cas serait comparable aux para-métrites guéries par la simple laparotomie exploratrice.

Chirurgie du poumon (Beitræge zur Lungenchirurgie), par Hofmokl (*Wien. med. Presse*, 1892, nos 48 et 49). — L'auteur rapporte deux cas d'abcès du poumon consécutifs l'un à la pleuro-pneumonie, l'autre à la bronchite putride, guéris par la pneumotomie. Dans les deux cas, on fit une résection costale à l'endroit présumé du foyer à la recherche duquel on est allé avec le thermo-cautère. Le foyer une fois trouvé, on fit le drainage avec des bandelettes iodoformées introduites dans la cavité sous forme d'un tampon peu serré. Chez un malade, on a eu une hémorrhagie sérieuse, par la plaie et par la bouche, au moment où l'on cherchait à dilater le trajet avec une pince à pansement. L'hémorrhagie s'arrêta pourtant sous l'influence du tamponnement de la cavité et des injections sous-cutanées d'ergotine.

Deux cas de tumeurs rares de la cuisse (Zwei Fælle seltener Tumoren des Oberschenkels), par Bœgel (*Centralb. f. Chir.*, 1892, n° 48, p. 1007). — Chez le premier malade, un homme de 43 ans, on trouva : 1° un névrome du sciatique des dimensions d'une tête d'enfant, allant du creux poplité au milieu de la cuisse, recouvert par les fibres aplaties du nerf et tellement adhérent à sa gaine que la libération de la tumeur a dû être faite au bistouri. L'examen microscopique du névrome montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome kystique; 2° un lipome pur des dimensions d'une tête d'enfant inséré sur la longue portion du biceps crural et adhérent par sa capsule à la tubérosité ischiatique.

Dans le second, il s'agit encore d'une tumeur de la face postérieure de la cuisse gauche chez une femme de 35 ans. Le point de départ de la tumeur, un fibro-myxome des dimensions d'une tête d'enfant et à développement très rapide, était la gaine du demi-tendineux. L'extirpation fut très facile.

Les deux malades guérirent.

Symphyséotomie (Zwei Symphyseotomien), par Torngren (*Centralb. f. Gynækol.*, 1892, n° 49, p. 953). — Deux nouveaux cas de symphyséotomie faite avec succès pour l'enfant chez deux femmes présentant un rétrécissement rachitique du bassin. La première opérée mourut le lendemain de l'opération dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence graisseuse avec hypertrophie du cœur, une néphrite chronique et de l'emphysème pulmonaire.

Ophthalmie purulente congénitale (Ein Fall von in utero erworbener Blennorrhoea neonatorum gonorrhoïca),

par Feis (*Centralblatt für Gynæk.*, 1892, n° 45, p. 873). — Le cas est intéressant en ce sens que l'enfant vint au monde avec une conjonctivite purulente des plus caractérisées et dont le pus contenait des gonocoques en grand nombre. Comme l'accouchement avait duré très longtemps et que l'enfant ne sortit que 57 heures après la rupture des membranes, l'auteur admet que, malgré la désinfection du vagin, le doigt de l'accoucheur déposa le virus soit dans le col de l'utérus, soit directement sur les yeux de l'enfant, qui se présentait la tête la première.

Les cas de ce genre sont encore assez fréquents, à en juger par la bibliographie que l'auteur rapporte dans son travail.

Hystérie à forme d'épilepsie partielle chez un jeune garçon, par Noguès (*Midi médical*, 1892, n° 36, p. 409, n° 37, p. 491). — L'attaque hystérique peut revêtir l'apparence de l'épilepsie partielle ; tout récemment M. Charcot a insisté sur l'intérêt pronostique, et les difficultés diagnostiques de ces cas relativement rares, dont l'auteur rapporte une observation remarquable ayant trait à un jeune garçon âgé de 13 ans. Les crises qui revenaient presque tous les jours se répétaient parfois jusqu'à 20 fois dans les 24 heures, ne se produisant pas la nuit : les mouvements convulsifs occupaient exclusivement le côté gauche, il y avait morsure de la langue ; il existe une zone vertébrale hystérogène. Le malade avoue qu'il simule des crises, en dehors de celles qu'il a spontanément. L'isolement et l'hydrothérapie déterminent la guérison. L'auteur indique, d'après Ballet et d'après ses propres remarques, les éléments du diagnostic différentiel. Absence d'élévation de température, absence de paralysie des membres convulsés, absence de coma, enfin phénomènes urinaires spéciaux, tels en sont les facteurs caractéristiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 janvier 1893.

Présidences successives de M. Regnauld et de M. Laboulbène.

Ténias.

M. Bérenger-Féraud. — La coexistence de diverses espèces de ténias chez un même individu est aujourd'hui un fait reconnu par tout le monde ; on a vu, sur un même sujet, coexister le ténia armé, le ténia inerme et le botriocéphale.

Quant au nombre des ténias de la même variété habitant l'intestin d'un malade, on a constaté qu'il peut être de 1 à 15 ténias armés, de 1 à 100 botriocéphales, de 1 à 60 ténias inermes. 87 fois sur 100 il n'y a qu'un seul ténia inerme dans l'intestin, 7 à 8 fois deux, 2 à 3 fois trois ; les chiffres supérieurs à 15 sont tout à fait exceptionnels.

La longueur des ténias, elle, a été très différemment appréciée ; on a parlé de chiffres extraordinaires, de 470 mètres ; c'est tout à fait exagéré. Sur 1597 observations que j'ai recueillies, 52 fois sur 100 le ténia même à moins de 5 mètres de longueur, 6 fois seulement de 11 à 15 mètres ; les longueurs supérieures sont exceptionnelles. J'ai trouvé chez un mécanicien de la marine, qui était devenu malade à Madagascar, trois inermes ayant ensemble 154 mètres de longueur et pesant 922 grammes ; malgré l'expulsion de ces ténias par la pelletiérine, il expulsait même quelques anneaux de temps en temps.

Traitement de la mort apparente.

M. Laborde communique un nouveau cas de mort apparente par asphyxie chez un enfant au voisinage de la naissance traité avec succès par le procédé de la langue. Ce fait est dû à M. le Dr Laborde (de Biarritz).

Rapport.

M. Cadet de Gassicourt lit un rapport sur un mémoire lu précédemment par **M. le Dr de Saint-Philippe** (de Bordeaux) sur quelques-unes des portes d'entrée de l'infection chez l'enfant nouveau-né.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 décembre 1892.

Elévations thermiques et toxines.

MM. Bouchard et Charrin. — La découverte de Koch, relative à la tuberculine, celle de Kalning, touchant la malléine, ont attiré l'attention sur la propriété que possèdent certaines sécrétions microbiennes d'élever la température chez des individus envahis par les germes pathogènes qui ont fabriqué ces sécrétions ; il y aurait là un excellent moyen de diagnostic.

On savait depuis Gaspard, Panum, Otto Weber, Chauveau, que les liquides putréfiés étaient pyrétogènes. Charrin et Ruffer pour le bacille pyocyanique, Serafini, pour le pneumocoque, Roussy, pour une levûre, ont mis en évidence les qualités thermogènes des produits solubles, Buchner, Rœhmer, Klemperer ont reconnu la part à réserver au protoplasma.

A propos de certaines indications thérapeutiques, à propos des influences vaso-motrices, dilatatrices ou constrictives, nous avons déjà indiqué les effets thermiques des toxines du microbe du pus bleu.

Ces recherches longtemps poursuivies nous amènent aux conclusions suivantes :

On peut élever la température à l'aide des produits solubles du bacille pyocyanique ;

Ces élévations sont plus marquées si la culture a un certain âge (quinze à vingt jours), si les doses sont plus abondantes, si le milieu de culture est plus riche en matières albuminoïdes, si le liquide injecté renferme les cadavres des microbes, etc.

En outre, ces hyperthermies sont plus vives chez les tuberculeux ; parfois, on voit survenir chez eux de la dyspnée, des râles, phénomènes rappelant la réaction de Koch.

La substance ou les substances qui agissent à la façon de la tuberculine supportent, sans être totalement détruites, la chaleur, quelques antiseptiques, etc.

Etude clinique et bactériologique sur la tricophytie humaine.

M. R. Sabouraud. — Les recherches que je poursuis sur ce sujet me permettent d'ajouter à ce que j'ai dit récemment à la Société de dermatologie (Voir *Merc. Méd.*, 1892, p. 554) quelques faits nouveaux. à savoir qu'un grand nombre de teignes animales (cheval, veau, chien, cobaye, coq) sont transmissibles à l'homme, plusieurs même avec des lésions assez spéciales pour que le diagnostic puisse en être fait à l'œil nu.

Ces parasites se distinguent facilement les uns des autres en culture sur les milieux artificiels, par des caractères très tranchés. Tous sont des champignons du groupe des *Mucédinées*, connu sous le nom de *Botrytis*, et parmi lesquels se range le champignon de la *Muscardine* du ver à soie.

De l'ensemble de ces faits, il résulte qu'on a confondu jusqu'ici, sous le même nom, des maladies distinctes, dont la gravité pronostique est très différente et qu'il faudra désormais distinguer.

Séance du 12 décembre 1892.

Excitation électrique et sécrétion salivaire.

M. Vedensky (de Saint-Pétersbourg). — Dans mes recherches antérieures j'ai démontré que le nerf moteur étant toujours excité par des courants induits, on n'obstient le tétanos musculaire le plus intense que lorsque les courants irritants présentent une certaine fréquence déterminée (*optimum de fréquence*). En augmentant la fréquence au delà de l'optimum, le tétanos diminue et l'on peut arriver à une telle fréquence que le muscle se relâche complètement (*pessimum de fréquence*). Ce relâchement ne résulte pas de la fatigue du muscle ; il ne dépend pas non plus de ce que des courants aussi fréquents ne peuvent pas être d'eux-mêmes suffisamment intenses. Au contraire, en les affaiblissant on peut obtenir de nouveau des contractions tétaniques très fortes. Il est justement caractéristique, pour toutes les irritations de fréquence plus grandes que celle de l'*optimum*, que leur optimum d'intensité correspond, non pas à leur maximum, mais à des courants d'une intensité moindre, tandis que les

courants forts produisent un certain relâchement du muscle (*pessimum d'intensité*). Lorsque le muscle passe à cet état de relâchement, les impulsions fortes et fréquentes traversent toujours le nerf, mais, au lieu d'être transmises aux fibres musculaires, elles exercent des actions inhibitrices sur les terminaisons nerveuses.

Aujourd'hui, de nouvelles recherches appliquées à la sécrétion salivaire m'ont démontré que, dans l'appareil sécrétoire, il se produit des phénomènes tout à fait analogues à ceux que j'ai observés sur l'appareil neuro-musculaire et que je viens de rapporter, sauf une différence quantitative. Celle-ci tient à ce que nous avons affaire ici à un appareil physiologique plus tardif, les réactions correspondantes s'exerçant moins rapidement et avec une fréquence moindre des courants. On obtient ainsi ce que l'on atteint dans l'appareil neuro-musculaire avec des courants plus fréquents.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 *décembre* 1892.

Présidence de M. Chauvel.

Prostatectomie par la voie sus-pubienne.

M. Tuffier. — J'ai observé cette année un malade de 52 ans, vigoureux, atteint depuis 1886 d'accidents de rétention d'origine prostatique, qui s'accentuèrent surtout l'année dernière et nécessitèrent le cathétérisme avec la sonde métallique, qui chaque fois fut difficile et amena une hématurie.

Quand je vis le malade, au mois de juillet 1892, la miction n'était possible que dans la situation accroupie, le siège fortement relevé, et elle n'était obtenue qu'au prix des efforts les plus violents. Par le toucher rectal on constatait une hypertrophie moyenne de la prostate occupant le lobe gauche et le cathétérisme montrait une hypertrophie considérable du lobe moyen surtout marquée sur la partie latérale gauche. Lorsqu'on introduisait une sonde dans la vessie en tension, le jet d'urine était projeté au loin jusqu'à vacuité complète, témoignant d'une musculature vésicale puissante.

Le traitement institué n'ayant eu aucun succès, le malade réclama une intervention et, le 16 septembre, je fis une incision sus-pubienne, et j'incisai au bistouri, sur une étendue de 3 travers de doigt, la vessie, qui était arrondie et dure comme une tumeur solide. Le lobe moyen de la prostate, du volume d'une grosse noix, faisait saillie au niveau du col maintenu par un pédicule légèrement rétréci qui s'insérait un peu à gauche de la prostate. J'enlevai ce lobe en faisant une incision en V circonscrivant le pédicule, et suturai au catgut les deux lèvres de l'incision non pas en les rapprochant transversalement, mais au contraire en affrontant la lèvre antérieure ou uréthrale à la lèvre postérieure ou vésicale; je donnai ainsi au canal un maximum de largeur transversale, en même temps que je prévins la formation de la barre prostatique. Je fis la suture de la vessie au catgut, en pratiquant par dessus une suture de Lembert à la soie, et je terminai enfin l'opération en fermant la cavité abdominale sans drainage et en plaçant dans l'urèthre une sonde à demeure que j'enlevai au sixième jour, mais que je dus replacer trois jours après, à la suite d'une hématurie, jusqu'au 3 octobre. Les résultats ont été excellents; le malade urine sans difficulté et sans douleur, et, le 8 décembre, lorsque j'ai revu le malade, j'ai pu constater, par le toucher rectal, que la prostate était extrêmement diminuée de volume.

Dans les cas où l'on a obtenu un semblable succès thérapeutique, il est à remarquer qu'il s'agissait, comme dans le fait que je viens de rapporter, d'hommes relativement jeunes, ne présentant pas de lésions appréciables d'athérome, et ayant une musculature vésicale puissante. Ce sont là, en effet, les indications favorables à la prostatectomie et à son résultat thérapeutique. Il y a également, dans le siège de l'hypertrophie, une condition importante, attendu que l'intervention sur les lobes latéraux est difficile et peut donner une récidive rapide, tandis que le lobe médian est facilement accessible; or c'est, de toutes les localisations de l'hypertrophie, celle qui conduit le plus rapidement à la rétention en faisant soupape sur le col vésical, et j'ai pu me rendre compte que la plupart des succès ont été obtenus dans des cas où l'obstacle était ainsi localisé.

On peut se demander si le syndrome constitué par l'association de ces trois facteurs, âge peu avancé, hypertrophie du lobe médian, intégrité ou hypertrophie du muscle vésical, correspond toujours à des faits qui doivent être rangés dans le cadre du prostatisme, et s'il n'y a pas des cas où il s'agit plutôt de fibromes du lobe médian. Chez mon malade, le microscope a montré qu'il s'agissait bien d'une hypertrophie.

M. Terrier. — Etant donnée la rapidité avec laquelle se résorbe le catgut, on peut émettre des doutes sur la réunion par première intention.

M. Tuffier. — Chez les chiens, j'ai pu constater, après prostatectomie, que la réunion se produisait très facilement avec le catgut. La soie employée pour les sutures dans les opérations qu'on peut pratiquer sur les différentes parties de l'arbre urinaire, peut, au contact de l'urine, devenir le centre d'incrustations, tandis qu'on n'observe pas cela avec le catgut.

M. Lucas-Championnière. — J'ai toujours eu à me louer de l'emploi du catgut, dans les cas où j'ai eu l'occasion de suturer l'urèthre et la vessie.

Oblitération du canal cholédoque par un calcul; rétraction de la vésicule biliaire.

M. Terrier communique une observation de M. Stutsgardt (de Copenhague), se rapportant à un cas d'intervention pour une obstruction du canal cholédoque par un calcul. Comme dans les faits signalés par Courvoisier et par M. Terrier, la vésicule était rétractée et présentait à peine le volume d'une noix. Le calcul put être facilement enlevé après l'ouverture du canal cholédoque qui fut ensuite suturé. Le malade a guéri.

Rupture des voies biliaires; intervention tardive; guérison.

M. Michaux. — Un charretier, âgé de 36 ans, est précipité de son tombereau et les roues lui passent sur le corps au au niveau de la partie inférieure du thorax. Je le vois le lendemain, dans le service de M. Labbé, à l'hôpital Beaujon. La région hépatique et la partie inférieure du thorax étaient le siège d'une vive douleur, il y avait un léger ballonnement du ventre, un pouls petit et fréquent, quelques envies de vomir; le facies était pâle, anxieux, altéré. Les jours suivants, le ballonnement du ventre augmenta considérablement et me fit penser à une rupture des voies biliaires, mais, en même temps, se développait une broncho-pneumonie intense de la base du poumon droit, et l'état général était si grave que je ne pus intervenir.

Au 17e jour, une amélioration s'étant produite, je fis, sans chloroforme, une incision sous-ombilicale de six centimètres, sur la ligne médiane, au niveau d'une saillie considérable que formait le ventre dans cette région; il s'écoula 300 grammes de bile, mélangée à quelques fausses membranes colorées par ce liquide. Tout le péritoine était recouvert de ces productions membraneuses, et en raison de l'état du malade je dus me borner à conduire sous la vésicule un gros drain par lequel je fis une injection boriquée.

Au bout de 3 mois, la fistule, qui avait continué à donner issue à de la bile, s'est fermée spontanément et l'état du malade s'est considérablement amélioré.

M. Monod présente un malade, qui avait une double ectopie inguinale du testicule, et qu'il a opéré d'un côté. Le testicule, qui a été fixé au fond des bourses par un point de catgut, s'est maintenu dans une situation très satisfaisante.

M. Marchant et **M. Tuffier** citent des cas dans lesquels ils ont obtenu un résultat analogue.

M. Reclus demande si, chez le malade de M. Monod, on a fait l'examen du sperme.

M. Picqué montre un malade qu'il a opéré d'une tumeur solide du petit bassin, faisant saillie au-dessus du pubis. Il y a actuellement une généralisation dans les ganglions du cou et dans la rate; l'examen histologique n'a pas encore été fait, mais il est probable qu'il s'agissait d'un lymphadénome, développé dans un testicule en ectopie.

M. Lucas-Championnière présente des pièces provenant d'une résection du genou qu'il a pratiquée chez une jeune femme, pour une ankylose, avec luxation du genou en arrière, consécutivement à une arthrite de grossesse. Il montre également un calcul vésical, qu'il a enlevé chez une jeune fille adonnée à la masturbation et qui s'était développé autour d'une épingle.

M. Moty présente un malade atteint de varices lymphatiques de l'aine.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 30 *décembre* 1892.

Ankylose de l'articulation du genou.

M. Dufour. — Cette ankylose s'est développée il y a quarante ans chez le malade, mort dans ces derniers temps de lésions pleuro-pulmonaires.

L'autopsie révéla d'abord une tuberculose pulmonaire et une pleurésie de même nature.

Quant à la lésion osseuse, elle présente des caractères très particuliers; ce sont des cavernes osseuses remplies de matière d'aspect caséeux; il y a enkystement complet des lésions et pas de fistules, ni anciennes, ni récentes.

S'agit-il vraiment de tuberculose osseuse, ainsi qu'on l'avait pensé ? L'aspect observé ici, l'absence de fistule, etc., pourrait aussi être rapproché des kystes hydatiques des os, à tel point qu'un examen histologique sera nécessaire avant de se prononcer.

Cancer du rectum.

M. Maurice Cazin présente des préparations relatives à deux cancers colloïdes du rectum, qu'il a eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Duplay. Dans les deux cas, le néoplasme s'était développé chez des jeunes gens, de 22 et 24 ans.

Laissant de côté l'infiltration muqueuse du stroma conjonctif, qui peut exister ou manquer dans les cancers colloïdes, et que l'on a cherché à expliquer au moyen de diverses hypothèses, M. Cazin insiste surtout sur les causes de la transformation muqueuse des cellules, qui donne à celles-ci une véritable spécificité, la cellule néoplasique ayant comme point de départ une surface épithéliale qui présente normalement des cellules à mucus, et conservant la fonction originelle qui lui permet de sécréter du mucus dès qu'elle a acquis un certain développement, de même que les cellules des bourgeons épithéliomateux dans des surfaces cutanées peuvent emporter avec elles, dans l'envahissement néoplasique, la faculté de produire de la matière cornée, sous la forme de globes épidermiques.

Tumeur kystique du maxillaire inférieur.

M. Pilliet. — Il s'agit d'une femme de 35 ans, opérée il y a deux ans pour une tumeur du maxillaire. Il y eut récidive. L'examen histologique a démontré qu'on était en présence d'un épithélioma kystique avec dégénérescence graisseuse des portions centrales.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 *décembre* 1892.

Présidence de M. Desnos.

Néphrite infectieuse par coli-bacille. Complication de la fièvre typhoïde.

MM. Chantemesse et Widal. — Dans une note présentée l'année dernière à la Société médicale des hôpitaux, nous avons étudié quelques-unes des formes cliniques, provoquées par l'invasion du coli-bacille et nous avons montré que, dans ces cas, on ne trouvait ni la lésion anatomique des plaques de Peyer, ni la symptomatologie précise de la fièvre typhoïde.

Les observations très intéressantes de MM. Fernet et Papillon et de M. Rendu viennent à l'appui de notre dire.

Ce qui complique la question, c'est que le coli-bacille intervient quelquefois sous forme d'infection secondaire dans le cours de la dothiénentérie et il peut même, par sa présence, provoquer des complications directes qui défigurent plus ou moins l'image de la maladie. On trouvera en pareil cas chez le typhique le coli-bacille avec ses caractères essentiels, ce qui prouve bien que le fait de vivre dans l'organisme d'un malade atteint de dothiénentérie ne suffit pas à faire d'un coli-bacille un bacille d'Eberth.

Nous avons observé un fait dans lequel, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, était survenue une néphrite suppurée due au coli-bacille.

Une femme de 42 ans, vigoureuse, s'était surmenée beaucoup pour soigner sa fille atteinte de fièvre typhoïde. Quand la jeune fille fut guérie, la mère ressentit les premières atteintes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité qui aboutit à la convalescence vers le vingtième jour.

A ce moment sont survenues des douleurs assez vives dans la région des reins. L'urine, qui pendant tout le cours de la maladie avait été de coloration normale et sans albumine, devint brusquement rare et de coloration foncée et chargée d'albumine. Le jour suivant, la malade est prise de frissons, de fièvre, de vomissements et d'un peu de délire. La température atteint le matin 39°2 et le soir 39°6. Bientôt se montre un peu d'œdème aux malléoles et un léger empâtement de la région lombaire, au niveau du rein gauche.

L'urine recueillie avec les précautions nécessaires renferme à l'état de pureté le coli-bacille faisant fermenter énergiquement la lactose.

Le jour suivant, la fièvre se maintient entre 38°5 et 40°, de grands frissons se montrent irrégulièrement, suivis de sueurs abondantes ; l'albuminurie (2 gr. par litre), les vomissements, la douleur rénale spontanée persistent. La quantité d'urine émise quotidiennement atteint 3 litres et renferme du pus. L'intelligence s'affaiblit, le ventre se ballonne, les selles et les mictions sont involontaires. La malade dans le décubitus dorsal présente une prostration complète, les lèvres et les mains sont agitées d'un tremblement assez marqué. Peu à peu la malade tombe dans le coma avec une température dépassant 40° et elle succombe. L'autopsie n'a pas été faite.

Les symptômes cliniques présentés par la malade montrent que les accidents auxquels elle a succombé n'appartiennent pas à l'infection typhique pure. Il s'est agi d'une complication de néphrite et de périnéphrite suppurée due au coli-bacille. Ce germe n'est pas celui de la fièvre typhoïde. Capable de provoquer des affections diverses, il a sa pathogénie propre, ainsi que viennent de l'établir des travaux récents ; il peut favoriser l'invasion du bacille d'Eberth et aggraver l'infection typhique.

M. Sanarelli a démontré la réalité de ce fait par l'action des produits solubles du coli-bacille, comme nous l'avons fait pour ceux du streptocoque.

Il est donc plus que jamais nécessaire de faire une distinction précise entre le coli-bacille et le bacille d'Eberth. Cette distinction ne doit pas être fondée sur un seul caractère, mais sur l'ensemble de toutes les propriétés indiquées dans les livres classiques et deux autres que nous avons fait connaître : l'impossibilité de fertiliser avec du bacille typhique un milieu de culture dans lequel ce microbe a déjà vécu, l'impossibilité absolue de faire fermenter la lactose qui appartient au bacille typhique quel que soit son degré de virulence.

Parfois le coli-bacille, comme nous l'avons établi les premiers, peut présenter sous diverses influences une diminution de son pouvoir fermentatif, mais cette diminution est momentanée et la possibilité de décomposer la lactose reparaît quand on rend au microbe sa virulence perdue. Enfin un autre signe distinctif auquel, dans des travaux récents, on a eu le tort de ne prêter aucune attention consiste dans une différence morphologique. Chaque élément jeune du bacille d'Eberth présente 12 à 16 flagella, tandis que les cellules isolées du coli-bacille n'en comptent que 4 à 8.

Tendon aberrant du cœur.

M. Huchard présente les pièces provenant d'un malade ayant présenté pendant la vie des symptômes dyspnéiques d'une maladie cardio-rénale, bruit de galop, souffle d'insuffi-

sance mitrale, puis un bruit de piaulement, au niveau de l'appendice xiphoïde. La main percevait un thrill très évident.

On pensa à un certain nombre de diagnostics. Je me suis demandé s'il ne s'agissait pas d'une rupture d'un pilier de la mitrale, ou s'il ne s'agissait pas d'un tendon aberrant, tendu d'une paroi à une autre. Je me suis arrêté à ce dernier diagnostic. A l'autopsie, j'ai pu constater l'existence d'un cordage tendu en travers de la cavité ventriculaire, qui produisait sans aucun doute le bruit perçu pendant la vie.

Endocardite infectieuse droite de nature pyohémique, consécutive à une otite suppurée.

MM. Huchard et **Lieffring** présentent des pièces provenant d'un cas d'endocardite infectieuse droite consécutive à une otite moyenne. Pendant la vie, eu égard à des symptômes pulmonaires évidents et à la coïncidence d'une otite moyenne, on avait fait le diagnostic de méningite tuberculeuse ; à l'autopsie on trouva des lésions cérébrales avec coïncidence d'abcès dans l'endocarde et le myocarde.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séance du 21 décembre 1892.

Présidence de M. Mayet.

Fœtus hydrocéphale.

M. Villard, interne des hôpitaux, présente un fœtus hydrocéphale provenant du service de M. Vinay (maternité de l'Hôtel-Dieu). Après trois applications de forceps non suivies de résultats (l'instrument ayant dérapé chaque fois), M. Vinay fit une ponction qui donna issue à 600 gr. de liquide rougeâtre, puis eut recours à la version pour extraire le fœtus. La mère n'était ni alcoolique, ni syphilitique. C'est une femme de 34 ans qui avait eu huit ans auparavant une grossesse et un accouchement normaux.

Cure radicale de hernie.

M. Petureau, interne des hôpitaux, présente un enfant de 12 ans opéré avec succès d'une hernie inguinale gauche par le procédé de Lucas-Championnière, dans le service de M. Vincent à la Charité.

Diabète maigre avec intégrité du pancréas.

M. Lépine met sous les yeux des membres de la Société des coupes faites par M. Bret du pancréas d'un diabétique qui avait présenté pendant sa vie un type de la forme dite « pancréatique » par M. Lancereaux. Ce pancréas était histologiquement sain. C'est un nouveau fait montrant le peu d'exactitude des symptômes attribués par cet auteur à cette forme de diabète.

M. Lépine réfute ensuite les objections faites par Minkowski et Kraus à la proposition qu'il soutient, à savoir que le ferment glycolytique est diminué chez les diabétiques. Ces observateurs n'ont pas pris garde à ce fait, sur lequel il a plusieurs fois insisté, à savoir que la *quantité de sucre étant augmentée dans le sang du diabétique, la quantité de sucre détruit est, ipso facto, augmentée*. Il en résulte, que, même avec une diminution très notable du ferment glycolytique, grâce à l'abondance relative du matériel sucré, la quantité de sucre détruite *in vitro*, en une heure, à 39°, peut être sensiblement égale à la normale. Si l'on pouvait priver le sang d'un diabétique de la quantité surabondante de sucre qu'il renferme, on verrait que la perte en sucre est très diminuée. Mais s'il est impossible de diminuer la teneur du sang diabétique en sucre, on peut, et on tourne ainsi la difficulté, sucrer du sang normal et comparer la perte du sang normal non additionné de sucre et du sang sucré. On constate alors, qu'à égalité de ferment, le sang sucré perd bien davantage de sucre (Lépine et Barral). Si on compare la perte absolue d'un sang diabétique et celle d'un sang normal additionné d'une quantité de sucre suffisante pour que sa teneur en sucre soit égale à celle du sang diabétique, on constate aussi que la perte absolue en sucre d'un sang pauvre en ferment peut atteindre celle d'un sang moins sucré et plus riche en ferment. Les objections de MM. Minkowski et Kraus n'ont donc pas de valeur.

M. Lépine a étudié récemment un autre ferment saccharifiant qu'il appelle provisoirement *pepto-saccharifiant* parce qu'il transforme la peptone en sucre, et dont l'action explique que le sang qui ne renferme qu'une proportion de glycogène négligeable, et certains organes, notamment le pancréas, qui n'en renferme pas (Cl. Bernard) à une température convenable, font du sucre *in vitro*.

Pathogénie des contractures du tétanos.

MM. Courmont et Doyon communiquent sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

1° Les contractures tétaniques ne reconnaissent pas pour cause essentielle une action directe du poison tétanique sur la fibre musculaire, ou sur les nerfs moteurs, ou sur les centres nerveux médullaires.

3° Elles sont le fait d'un réflexe produit par l'action du poison tétanique sur les extrémités périphériques des nerfs sensitifs.

2° Chez les mammifères, certains muscles, en état de contracture *depuis un temps suffisant*, peuvent subir des altérations qui leur font conserver cet état après la neutralisation de l'influence nerveuse.

4° Ce phénomène, qui pourrait induire en erreur pour l'interprétation des phénomènes tétaniques, ne s'observe pas chez la grenouille.

Dr P. Lacour.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MEDECINE BERLINOISE

Séance du 21 décembre 1892.

Symptômes tétaniques dans la diphthérie.

M. Baginski. — Le petit malade en question, âgé de quatre ans, entra à l'hôpital le 20 mai dernier avec des attaques fréquentes de tétanos. Quelques jours avant son entrée, il accusait de la douleur dans les mâchoires, les jambes et les bras. A chaque tentative d'ouverture de la bouche survenait une attaque violente de trismus avec congestion de la face, troubles respiratoires et contracture des muscles de la nuque et du dos. L'examen de la bouche, quoique difficile, permit de constater, sur le bord droit de la langue, une ulcération à fond gris-blanchâtre pseudo-membraneuse. L'haleine était fétide. L'exploration du pharynx fut absolument impossible. Dès qu'on obligeait l'enfant à prendre quelque aliment, survenait aussitôt une forte attaque. En présence de ces manifestations, on pensa à une infection, sans pouvoir toutefois déceler rien de particulier dans les fausses membranes. Bien qu'on ne trouvât pas alors de bacilles de la diphthérie ni autres, M. Behring institua un traitement sérothérapeutique. Immédiatement, les symptômes s'amendèrent. Au cinquième jour de la médication se manifesta un exanthème scarlatiniforme. A la suite d'une nouvelle injection antitétanique, les contractures commencèrent à céder. Aux points d'injection se développèrent des abcès profonds. Le 10 juin, se déclara une ophthalmie diphthéritique en même temps que l'ulcère de la langue se cicatrisait et que les attaques devenaient plus rares. Les inoculations restèrent négatives. Cependant, différents enfants malades avoisinants contractèrent la diphthérie. Il s'agissait, en effet, de cette affection, car, dès qu'on put mieux ouvrir la bouche, l'examen des mucosités recueillies y démontra l'existence du bacille de Lœffler. D'ailleurs, l'enfant présenta toutes les complications paralytiques les plus graves, dont il ne guérit qu'au bout de trois mois.

Il est douteux qu'il se soit agi ici d'un véritable tétanos. M. Behring observa chez un enfant atteint de rougeole et de diphthérie du trismus, de la contracture dans les extrémités supérieures et de la paralysie faciale droite. M. Rose a décrit des cas analogues.

Fragmentation du myocarde.

M. Virchow présente des préparations provenant d'un jeune ouvrier mort subitement au sortir d'une consultation médicale. Il se plaignait de douleurs dans la gorge et de dyspnée. L'autopsie révéla un léger œdème du larynx et un peu d'hypertrophie de la rate. Le cœur, d'aspect normal à l'œil, offre au microscope une fragmentation complète de la fibre cardiaque dans tout le myocarde.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 19 *décembre* 1892.

Choléra.

M. Litten continue l'exposé de ses vues sur les infarctus hémorrhagiques du rein au cours du choléra.

D'après Virchow, ils seraient d'origine embolique. En réalité, il n'en est rien, autant qu'il résulte des recherches expérimentales et anatomo-pathologiques de l'auteur.

Il n'existe dans le rein qu'une nécrose blanche embolique, qui, blanche dès le début, est entourée presque toujours de foyers hémorrhagiques de dimensions variables, provenant par stase sanguine.

Les infarctus du rein dans le choléra ne sont donc pas d'origine embolique, comme les infarctus ordinaires.

Du traitement du choléra.

M. P. Guttmann préfère les injections hypodermiques de sérum artificiel aux injections intra-veineuses, en raison des accidents (entrée de l'air dans les veines, septicémie) qui surviennent au cours de ces dernières. Une statistique de Michael montre en effet l'infériorité de celles-ci. L'injection hypodermique donne une guérison de 18.2 0/0 seulement, tandis que l'autre en donne une de 42.7 0/0. Il recommande particulièrement les bains chauds, d'après la méthode de Bamberger. L'immunisation par la sérothérapie sera appelée ultérieurement à jouer un rôle important.

M. Heyse a traité, sans succès, sept cholériques avec des cultures atténuées à 70°, provenant de M. Klemperer et avec de l'anticholérine de Klebs. Il n'a eu qu'à se plaindre de ces essais. Il préconise les injectations intra-veineuses surtout dans les cas aigus où elles sont bien supérieures à la méthode hypodermique. L'opium est en général nuisible.

Nombre de cas de choléra à Hambourg se sont caractérisés par des exanthèmes polymorphes.

M. Leyden rappelle que pendant l'épidémie meurtrière à Kœnigsberg de 1866, les moyens thérapeutiques avaient beaucoup d'analogie avec ceux d'aujourd'hui. Le calomel était en honneur et faisait merveille. Sur 108 malades, il n'aurait constaté que 24 morts.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ DE BERLIN

Pyo-pneumothorax sous-phrénique.

M. Leyden a le premier décrit le pyo-pneumothorax sous-diaphragmatique et, avant de rapporter le cas qu'il a récemment observé, il désire rappeler sommairement les traits principaux de cette affection. Cliniquement, le malade se présente, quand l'affection est bien dessinée, avec tous les signes d'un pyo-pneumothorax : matité en bas, respiration amphorique, bruit de succussion, etc. Quand on fait la ponction, on retire du pus, ce qui paraît encore confirmer le diagnostic. Seulement, quand le malade succombe — et c'était le cas du premier malade observé par M. Leyden — on trouve que la collection purulente est logée non pas dans la plèvre, mais dans la cavité abdominale, *sous le diaphragme*. L'abcès a tout simplement repoussé en haut le diaphragme et est venu se loger sous lui, dans la cavité thoracique. D'où les signes d'un pyo-pneumothorax classique.

On peut pourtant arriver à faire le diagnostic sur le vivant, quand on prend en considération les points suivants. Le foie (quand la collection siège à droite) est très abaissé, le cœur est peu déplacé et, enfin, immédiatement au-dessus du diaphragme, c'est-à-dire au-dessus de la collection gazeuse, on entend, à l'auscultation, un murmure vésiculaire normal, pur.

L'opération de l'empyème, indiquée dans le pyo-pneumothorax vrai, n'est pas toujours le procédé de choix dans le pyo-pneumothorax sous-diaphragmatique. En effet, ces malades sont très affaiblis; ensuite la collection se trouve en somme dans l'abdomen ; enfin, en faisant l'opération un peu hardiment on peut fort bien blesser le diaphragme et transformer le pyo-pneumothorax sous-diaphragmatique en pyo-pneumothorax vrai.

Le pyo-pneumothorax sous-diaphragmatique est toujours consécutif à une affection du tube digestif, presque toujours à une perforation qui siège tantôt sur l'estomac, tantôt sur le duodénum, tantôt sur l'appendice vermiculaire. Dans le premier cas on a un pyo-pneumothorax gauche, dans les deux autres il siégera à droite. Quelquefois il n'existe qu'une seule collection, sous-diaphragmatique ; mais dans d'autres cas, — et M. Leyden en a observé un — à côté de la collection principale, le pyo-pneumothorax, on en observe d'autres, disséminées dans la cavité abdominale.

D'où vient l'air qu'on trouve dans le pyo-pneumothorax ? La source principale est le tube digestif : après la perforation l'air s'échappe du tube digestif et se porte sous le diaphragme où il provoque une péritonite adhésive qui aide à l'enkystement ultérieur de la collection purulente. Mais l'air ou les gaz proviennent peut-être aussi de la décomposition du pus.

La guérison spontanée est possible, car la collection purulente après avoir perforé le diaphragme s'ouvre soit dans la plèvre, si les deux feuillets ne sont pas soudés, soit dans le poumon quand des adhérences pleurales ont eu le temps de se former. C'est la seconde éventualité qui est la plus fréquente. Seulement la guérison est bien rare : l'abcès se vide mal, le malade, déjà très affaibli, périclite à vue d'œil et ne tarde pas à être emporté par la consomption.

Dans le cas récent observé par M. Leyden il s'agit d'une jeune fille arrivée à la clinique de M. Renvers avec un état fébrile et les signes d'une congestion de la base. L'état général était bon, et la malade disait que son affection, qui datait de quelques jours, est survenue après qu'elle avait mangé des zestes d'oranges qu'elle vomit très rapidement en éprouvant une douleur violente dans le côté droit de l'abdomen.

Les jours suivants, la fièvre tomba, mais le pouls restait rapide et le ventre un peu tuméfié. Un jour, en l'examinant attentivement, M. Renvers découvrit les signes d'un pyo-pneumo-thorax à droite et pria M. Leyden de voir la malade. Le diagnostic était certain et par la ponction on retira du pus qui contenait quelques parcelles alimentaires et 2 œufs d'ascaride. L'origine intestinale de la collection était donc démontrée et tout faisait croire qu'il s'agissait de la perforation de l'appendice vermiculaire. On fit la laparotomie et on draina la cavité abdominale. Mais quelques jours après, le pus se fit jour à travers le poumon, et la malade succomba quelque temps après, épuisée par la suppuration.

A l'autopsie on trouva une perforation cicatrisée de l'appendice vermiculaire entourée d'un abcès stercoral qui avait remonté le long du côlon et était venu se loger au-dessus du foie, sous le diaphragme, en formant le pyo-pneumothorax sous-diaphragmatique. En temps même il existait deux autres foyers : un dans le petit bassin, l'autre au-dessus de l'estomac, également sous le diaphragme et entourant de toutes parts la rate. Cet abcès s'était ouvert dans le poumon gauche.

M. Renvers. — Les suppurations sous-diaphragmatiques sont plus fréquentes qu'on ne le croit et Nowack a pu dernièrement réunir cinquante-huit cas de ce genre.

Cliniquement, les cas peuvent se diviser en deux groupes suivant que les abcès renferment des gaz ou non. Les premiers provoquent les symptômes du pyo-pneumothorax vrai ; ils sont au nombre de trente-cinq et ont donné trois guérisons spontanées et trois guérisons consécutives à une intervention chirurgicale faite dans dix cas. A noter que pendant la vie ou avant l'opération le diagnostic n'a été fait que trois fois.

Récemment, M. Renvers a observé un cas de ce genre, d'autant plus intéressant que le diagnostic a été fait pendant la vie et que la malade a guéri.

Il s'agit d'une femme de 33 ans dans les antécédents de laquelle on relevait l'existence d'un ulcère de l'estomac. Un jour, en allaitant son enfant, elle est prise d'une douleur violente dans l'hypogastre gauche et tombe sans connaissance.

Pendant trois semaines elle fut soignée à la maison, et quand on l'apporta à la Clinique, elle était dans un état voisin du collapsus avec une température de 40°.

L'examen permit de constater l'existence d'un pyo-pneumothorax reconnu pour sous-diaphragmatique d'après les antécédents de la malade et la respiration qui était normale immédiatement au-dessus de la matité. On fit une ponction exploratrice qui donna issue à du pus qui ne contenait pourtant pas de parcelles alimentaires. Comme la collection ne paraissait pas très rapprochée de la paroi thoracique, on décida de vider la collection par le drainage à siphon. Sur un trocart poussé dans le septième espace intercostal, entre la ligne mammaire et la ligne axillaire antérieure, on glissa une sonde de Nélaton et l'on retira le trocart qui avait perforé le diaphragme sans infecter la plèvre. L'abcès se vida peu à peu, la sécrétion se tarit et la malade était guérie après un séjour de six semaines à l'hôpital.

C'est le drainage à siphon qui donne les meilleurs résultats dans ces cas. Les chirurgiens de profession trouveront peut-être ce traitement insuffisamment chirurgical. Mais il ne faut pas oublier que la ponction avec drainage est à la portée de tout le monde et n'exige pas de connaissances chirurgicales spéciales.

M. A. Fraenkel. — Il faudrait diviser les abcès sous-diaphragmatiques en deux catégories : en abcès intra-péritonéaux et abcès rétro-péritonéaux. Les premiers comportent un pronostic bien plus sombre que les seconds, à la condition que ceux-ci soient reconnus et ouverts de bonne heure. Les symptômes sont à peu près les mêmes dans les deux cas; peut-être existe-t-il plus de gaz quand la collection est intra-péritonéale.

Le traitement est bien plus difficile dans les abcès intra-péritonéaux. Pour que l'intervention soit efficace, il faut que la perforation soit fermée d'une façon ou d'une autre afin d'empêcher l'infection continue de la cavité. Or, c'est quelquefois absolument impossible, ce dont on se rend compte à l'autopsie où l'on a sous les yeux et les dimensions de la perforation et sa situation profonde.

Dans les abcès rétro-péritonéaux les conditions sont plus favorables, car le plus souvent il s'agit de perforations de l'appendice vermiculaire. Dans l'espace des deux dernières années, M. Renvers en a observé 62 cas, avec six abcès rétro-péritonéaux ayant remonté jusqu'au diaphragme. Ces six malades furent opérés par M. Kœrte et ont tous guéri.

Les abcès rétro-péritonéaux peuvent encore provenir d'une para ou péri-néphrite. L'ascension du diaphragme est dans ces cas due à la perte de sa tonicité, à son relâchement survenant sous l'influence de l'action du pus accumulé en bas.

Au point de vue du diagnostic, M. Renvers attire l'attention sur la matité à la partie postéro-inférieure du thorax. Quand on trouve cette matité chez un malade dont l'état général est mauvais, qui a de la fièvre et des crachats non-caractéristiques; quand par la ponction on évacue du pus ou qu'on n'en trouve pas, il faut penser à une suppuration abdominale.

M. Ewald ne pense pas que des gaz puissent se former spontanément dans une collection purulente, comme l'a supposé M. Leyden.

M. Senator ne croit pas que dans le pyothorax les gaz se développent spontanément aux dépens du pus. Mais dans la cavité abdominale les conditions sont tout autres, et l'on peut admettre que des saprophytes passent à travers la perforation ou même les parois modifiées de l'intestin et provoquent une fermentation du pus.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NÉVROLOGIE DE BERLIN

Séance du 12 *décembre* 1892.

Broiement total de la moelle cervicale.

M. Bruns. — Il s'agit d'un homme qui, ayant fait une chute d'un échafaudage, au mois d'octobre de l'année précédente, fut relevé avec une paralysie des deux membres inférieurs. A l'hôpital de Hanovre on lui réséqua les arcs vertébraux des vertèbres cervicales inférieures et dorsales supérieurs et le malade vécut encore quatre mois. Les paraplégies et la paralysie flasque des bras et des mains ne se modifièrent pas. Il survint encore une paralysie des fléchisseurs et, peut-être, des extenseurs des bras.

Le malade accusait des douleurs vives dans les membres supérieurs. La sensibilité était abolie jusqu'à la sixième côte et sur les bras, la vessie et le rectum paralysé, l'urine trouble. Tous les quatre ou cinq jours le malade avait une selle; les matières dures, moulées (car le malade avait un appétit extraordinaire et mangeait beaucoup), sortaient probablement sous l'influence de la pression exercée par les matières accumulées plus haut. Le pénis se trouvait constamment en état d'érection incomplète. Les réflexes rotuliens étaient abolis de même que les réflexes cutanés. Il y avait en plus un rétrécissement des pupilles et un élargissement des fentes palpébrales. Le décubitus n'était pas très accusé, contrairement à l'œdème qui, lui, était très marqué. La réaction électrique faisait défaut dans les muscles des membres inférieurs. Les muscles interosseux présentaient la réaction de dégénérescence.

A l'autopsie on trouva une dégénérescence traumatique totale de la moelle remontant de la deuxième vertèbre dorsale à la huitième cervicale, puis une dégénérescence secondaire, mais qui n'existait pas au-dessous de la lésion. En plus il existait des foyers de myélite dans les cordons postérieurs jusqu'au niveau de la moelle lombaire; foyers qui siégeaient dans le voisinage des cornes postérieures et des racines. Les cellules ganglionnaires paraissaient aussi touchées.

L'absence des réflexes rotuliens dans les lésions de la moelle cervicale a déjà été constatée par Bastian et plusieurs autres auteurs (voy. *Mercredi*, 1890, p. 107).

Paralysie isolée du grand dentelé.

M. Bruns présente un malade atteint de paralysie isolée du grand dentelé du côté droit. Du côté gauche les dentelures sont normales, du côté droit elles sont effacées.

L'affection débuta sous forme de douleurs violentes et le malade ne pouvait lever son bras. Au bout de six mois, il pouvait de nouveau lever le bras. L'examen de la sensibilité, fait à ce moment, ne révéla rien d'anormal, mais on constatait une perte totale de l'excitabilité électrique.

Il s'agit probablement d'une névrite périphérique, et actuellement le malade ne peut lever son bras au-dessus de l'horizontale.

Le mécanisme de l'élévation du bras dans le plan vertical est assez compliqué. L'élévation du bras jusqu'au plan horizontal s'effectue par la contraction du deltoïde, des sus et sous-épineux. L'omoplate doit subir ensuite un mouvement de bascule qui s'effectue par la contraction des parties inférieure et moyenne du trapèze. Mais tandis qu'à l'état normal, aussitôt que ce mouvement a lieu, le dentelé se contracte, chez le malade en question, la rotation de l'omoplate manque.

M. Remak constate que la paralysie isolée du grand dentelé est très rare. Sur les 22 cas qu'il a pu réunir, l'omoplate était déplacée d'une façon ou d'une autre. Neuf fois le dentelé seul était paralysé, cinq fois il existait en même temps une paralysie du trapèze.

Dans les cas purs, le bord interne de l'omoplate du côté malade était parallèle à la colonne vertébrale, l'angle inférieur plus élevé de 2 à 3 centimètres et le bord intérieur plus rapproché (de 2 à 3 cent.) de la ligne médiane.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 12 *décembre* 1892.

Fracture de la colonne vertébrale.

M. Kœrte a fait dernièrement une trépanation de la colonne vertébrale pour fracture avec compression de la moelle. A l'ouverture du canal rachidien, la moelle fut trouvée entièrement broyée.

La grande difficulté dans ces cas est de savoir exactement l'état de la moelle. Nos connaissances actuelles ne nous permettent pas de dire dans un cas particulier si la moelle est

broyée ou simplement comprimée. L'état des réflexes peut fournir quelques renseignements sur ce sujet. En effet, dans tous les broiements de la moelle cervicale et dorsale, les réflexes profonds manquent, tandis que les superficiels peuvent persister. Si la moelle est blessée sans être comprimée, ou seulement divisée dans sa continuité, les réflexes sont conservés et même exagérés, bien que même dans ces conditions les réflexes puissent faire défaut.

Le tableau de la commotion médullaire ressemble à celui de la fracture de la colonne vertébrale avec lésion de la moelle et le diagnostic différentiel entre les deux peut parfois être fort difficile. Il faut donc examiner toujours le malade au point de vue de la présence d'une fracture. Cette recherche est plus facile au cou qu'au dos ou à la région lombaire. On ne se décidera à intervenir qu'à la condition de trouver une douleur localisée ou un déplacement des arcs vertébraux. *L'opération est indiquée d'une façon formelle dans la frac ure.*

La situation est encore plus difficile dans les fractures des corps vertébraux qui sont les plus fréquentes. Quand le corps vertébral est en même temps luxé ou écrasé et forme une saillie en dedans, le canal vertébral présente à ce niveau un rétrécissement qui provoque rapidement dans la moelle une stase lymphatique donnant lieu à des phénomènes graves. On peut parer à ces accidents en enlevant les arcs vertébraux, opération en somme facile et qui, certainement, n'aggrave pas l'état du malade.

Dans le cas rapporté par M. Kœrte il s'agit d'un homme qui fut apporté avec une fracture de la colonne vertébrale et des phénomènes de compression médullaire. Il existait une paraplégie complète, l'abolition de tous les réflexes et une paralysie des sphincters.

A l'examen, on trouvait un déplacement entre la 11e et la 12e apophyse épineuse. On fit une incision qui mit à nu les muscles qui étaient tellement déchirés qu'on ne pouvait guère songer à faire un lambeau ostéoplastique. On réséqua les arcs vertébraux et après l'ablation des fragments la moelle aplatie, ramollie. En même temps luxation des apophyses articulaires de la 12e dorsale fut trouvée, luxation qui, facile à réduire, se reproduisait aussitôt par le fait de la destruction complète de l'appareil ligamenteux.

L'opération ne modifia en rien la paraplégie, des troubles trophiques apparurent et le malade succomba dix jours après l'intervention.

Au point de vue technique, M. Kœrte fait observer que la méthode ostéoplastique est indiquée dans les cas anciens plutôt que dans les cas récents.

M. Nasse n'est pas grand partisan de l'intervention dans les fractures de la colonne vertébrale. Les cas où l'on peut réussir sont rares et il est impossible encore de les différencier des cas nombreux où l'échec est certain.

Il existe une autre raison pour laquelle l'intervention ne s'impose pas. Quand il existe une fracture avec dislocation des fragments, la moelle est comprimée ou broyée au moment de l'accident. Mais grâce à l'élasticité de la colonne vertébrale, les parties reprennent leur place presque normale, de sorte que — et M. Nasse en cite deux cas — à l'autopsie même il est presque impossible de reconnaître la place de la dislocation.

M. Sonnenburg est du même avis.

Traitement chirurgical du goître exophthalmique.

M. Determayer présente une malade de 35 ans à laquelle M. Rotter fit la thyroïdectomie partielle (ablation de la moitié droite du goître) pour un goître exophthalmique type développé depuis le mois de février 1890, consécutivement à une atteinte d'influenza.

Huit jours après l'opération on pouvait déjà constater une amélioration considérable : le tremblement, les palpitations, la rapidité du pouls ont disparu. La diminution du goître ne fut constatée qu'un mois après l'opération.

Aujourd'hui le malade a gagné 35 livres. Il persiste encore un peu d'exophthalmie et une légère hypertrophie du lobe gauche de la glande.

M. J. Wolff a fait cette opération cinq fois : un malade succomba pendant l'opération. Sur les quatre autres, trois sont guéris depuis quatre à cinq ans, et une a présenté une récidive.

M. Israël ne considère pas comme entièrement guérie la malade de M. Determayer, puisqu'on trouve encore chez elle de l'exophthalmie, un léger goître et une dilatation du ventricule gauche.

M. Rotter trouve que si la malade n'est gas guérie, elle est du moins notablement améliorée.

M. Wolff trouve aussi que si l'opération a guéri, elle améliore énormément la situation du malade.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 20 décembre 1892.

Lésions des capsules surrénales chez un enfant.

M. Wainwright. — Un enfant chétif mourut de bronchopneumonie. A l'autopsie, on trouva çà et là des lésions tuberculeuses. La couche corticale des capsules surrénales était normale; mais au centre il y avait une masse caséeuse colorée par un pigment orangé. On ne trouva aucun tubercule autour de la masse dégénérée. Il n'y avait eu aucun des symptômes de la maladie d'Addison. Le plus jeune sujet qu'on ait cité comme atteint de la maladie d'Addison est un enfant de 11 ans, dont l'histoire a été rapportée par M. Risdon Bennett.

M. Wheaton. — Je crois qu'il s'agit là d'une calcification d'un ancien foyer hémorrhagique ; j'ai vu chez un nouveau-né des kystes sanguins des capsules surrénales, dus peut-être à une congestion provoquée par le travail de l'accouchement.

Papillome ulcéreux du pénis.

M. Lane. — Chez un homme de 39 ans, il se produisit un ulcère d'apparence phagédénique au niveau du pénis, qui devint très gonflé. La surface était finement papillomateuse; on opéra et on s'aperçut que cette production pénétrait dans les tissus. Je crois que ce papillome avait pour point de départ l'urèthre. Enlevé, il ne récidiva pas.

Rupture de l'aorte dans le péricarde.

M. Rolleston. — J'ai trouvé une rupture spontanée des tuniques interne et moyenne de l'aorte. Le sang avait dû s'écouler lentement, car j'en ai trouvé une très grande quantité dans le péricarde. Les veines de la base du cœur étaient très dilatées, ce qui s'explique par la compression exercée par le sang sur les oreillettes.

Sarcome du rein.

M. Penrose. — Un malade rendit par l'urèthre une petite masse sarcomateuse; d'autres symptômes aidant, on diagnostiqua une tumeur du rein gauche, ce qui fut vérifié à l'autopsie ; dans la vessie on trouva aussi une petite masse sarcomateuse; les ganglions rétropéritonéaux étaient envahis.

M. Sheild. — La tumeur vésicale était probablement due à une greffe de fragments sarcomateux provenant du rein.

Epithélioma de la cloison du nez.

M. Clarke. — J'ai trouvé dans un cas d'épithélioma du nez des psorospermies et je les considère comme la cause du cancer. L'étude histologique de la tumeur m'a montré des cellules kystiques analogues à celles qu'on trouve dans les reins des lapins atteints de psorospermie. Quant aux cellules ovales qu'on a considérées comme des cellules dégénérées, ce sont des psorospermies. Ce qui prouve bien que ce ne sont pas des cellules dégénérées, c'est qu'elles sont nucléées et qu'elles sont le siège de processus biologiques. A une certaine époque on voit dans ces grosses cellules une extension du réseau nucléaire qui remplit toute la cellule. La membrane d'enveloppe de la cellule ne tarde pas à se rompre et à mettre en liberté un très grand nombre de petites amibes. Beaucoup de ces organismes sont contenus dans des cellules, qui leur constituent une membrane d'enveloppe. Sur des préparations colorées au picro-carmin et montées dans la glycérine, on voit que ces sortes de capsules sont striées. Dans plusieurs cas j'ai pu

observer les processus suivants : 1° Un psorosperme unique, ou résultant de la conjugaison de 2 ou plusieurs autres, devient très réfringent dans toute l'étendue de son protoplasma et est envahi dans sa totalité par le réticulum nucléaire. 2° La masse réticulaire (généralement entourée par la capsule amincie constituée par les cadavres des cellules de l'hôte) se fragmente en petites masses arrondies qui ont la structure réticulaire et que colore faiblement l'hématoxyline. 3° Dans ces cellules filles on voit apparaître de fins filaments de chromatine qui se réunissent en un noyau bien net, pendant que le reste de la cellule perd sa structure réticulaire. Ces cellules filles sont mises en liberté par rupture des restes de la cellule de l'hôte qui les contient. Elles ne tardent pas à se reproduire par division et sont aisées à distinguer des leucocytes et des hématies. Ces parasites amiboïdes cheminent à travers les cellules épithéliales et arrivent dans les espaces conjonctifs. Cette invasion est accompagnée d'une inflammation énorme qui entraîne une multiplication exagérée de cellules épithéliales et une formation de néo-capillaires. La plupart des corps amiboïdes disparaissent et l'inflammation semble disparaître. Quelques corps amiboïdes peu nombreux pénètrent dans des cellules épithéliales; il se produit alors une nouvelle multiplication des éléments épithéliaux. Tous ces faits, je les ai trouvés si clairement sur des cas de cancer, que je n'hésite pas à y voir la cause de cette affection.

M. Shattock. — Pour que les faits deviennent tout à fait probants, il faut cultiver isolément ces micro-organismes et reproduire la maladie avec ces cultures. Je ne crois pas en effet que M. Clarke ait décrit le cycle évolutif complet de ce microbe, car il n'a pas vu de vraies formes encapsulées. Mes efforts pour greffer du cancer ont toujours échoué, ce qui serait en accord avec la théorie de Metschnikoff, d'après laquelle une partie du cycle évolutif du microbe se passerait en dehors de l'organisme envahi.

M. Galloway. — Je crois que M. Clarke a été un peu loin en décrivant tout ce qu'il a vu comme d'origine microbienne. Dans le cancer de la langue, par exemple, il existe une foule d'apparences qui peuvent prêter à confusion.

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE DU ROYAUME-UNI

Séance du 8 *décembre* 1892.

Kérato-malacie chez les enfants.

M. Spicer. — Les enfants sont, plus que les adultes, prédisposés a la gangrène de la cornée, dès que leur vitalité est atteinte. Cette gangrène peut être spontanée, secondaire à de petites attaques de conjonctivite. Cet accident survient dans les périodes tardives de la méningite tuberculeuse et de la diarrhée infantile. Des ulcérations de la cornée sont loin d'être rares à la suite de la rougeole, de la coqueluche, de la varicelle. La dénutrition peut s'accompagner de gangrène spontanée de la cornée. Cette affection frappe en général les deux yeux; elle se montre chez les enfants qui ont entre 4 et 9 ans; elle débute par de la sécheresse de la conjonctive; la cornée devient opaque, puis se perfore. Dans le traitement on devra surtout insister sur une alimentation azotée. Localement on ordonnera de l'ésérine.

M. Drake-Brockmann. — J'ai souvent vu la kératomalacie aux Indes, dans les époques de famine, pendant les épidémies de choléra et celles de dysenterie chronique. Je la crois souvent associée à la syphilis congénitale.

M. Smith. — Chez les enfants affaiblis par une maladie antérieure, la protection de l'œil par un bandage peut souvent empêcher cette complication. Il faut même quelquefois réunir les bords des paupières comme dans la blépharoplastie.

Panophthalmie à la suite d'un abcès lacrymal.

M. Rockliffe. — Un homme de 63 ans avait depuis 30 ans une obstruction du canal lacrymal. Finalement il eut un abcès du sac lacrymal suivi d'une conjonctivite, de chémosis, de kératite avec hypopion et finalement une panophthalmie se déclara. J'ai vu un homme ayant reçu un coup de pied de cheval qui coupa la paupière inférieure et la joue. La cicatrice produisit un ectropion. On fit l'opération de Tweedy, et le résultat fut très satisfaisant.

Rupture probable du nerf optique.

M. Taylor. — Un jeune homme en se baissant se heurta violemment la paupière inférieure droite sur l'extrémité d'un bout de bois enfoncé obliquement dans le sol. Il se produisit immédiatement une cécité de l'œil droit, cécité qui persista. Seule la peau de la paupière avait été entamée. Il n'y eut aucun gonflement de la paupière ou de la conjonctive. Pas de céphalée, pas de vomissements. Le blessé continua à travailler pendant plusieurs heures. Il ne consulta un médecin qu'au bout de 5 jours. On ne trouva rien à l'examen à l'ophthalmoscope. Il est probable que le nerf optique a été rompu par la violence du choc avec rotation exagérée de l'œil.

M. Frost. — J'ai vu un tuyau de pipe perforer l'orbite et rompre le nerf optique. La papille se montra nettement atrophiée, au bout d'un mois.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 14 *décembre* 1892.

Action physiologique du massage.

M. Bum a voulu contrôler les recherches de Zabludowski, Gopads et Keller sur l'action physiologique des massages, les résultats obtenus par ces auteurs n'étant pas tout à fait concordants.

Les recherches de M. Bum ont principalement porté sur les modifications de la diurèse et de l'urine sous l'influence du massage. Le massage des pattes de derrière fait à des chiens curarisés dont l'urine était recueillie directement dans les uretères, a montré une augmentation notable de la diurèse. Cet effet, M. Bum croit devoir l'attribuer à la pénétration dans le sang des substances contenues dans les muscles et chassées par le massage.

L'action du massage fut ensuite étudiée sur deux malades, une femme atteinte de sciatique et un homme soigné pour de l'atonie intestinale. Ici encore on a constaté une augmentation de la diurèse et une augmentation de la quantité d'urée dans les urines.

M. Goldstern demande ce que devient la diurèse quand le massage est fait pendant une période de plus de trois jours. Une fois que le malade a été massé pendant une période de plus de six jours, on a constaté une diminution de la diurèse.

M. Bum. — Dans ces cas, on donné au malade moins de liquides.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 23 *décembre* 1892.

Laxité de la peau.

M. Kaposi présente un jeune homme dont la peau est tellement lâche qu'on peut former avec elle de gros plis sur toute la surface du corps. Avec la peau de son thorax, le malade peut se couvrir la figure comme avec un voile.

L'examen histologique d'une parcelle a montré l'absence du tissu conjonctif fibrillaire remplacé partout par du tissu muco-angiomateux.

Traitement des plaies du cerveau.

M. Adamkiewicz a étudié le degré de concentration des substances employées pour le pansement des plaies du cerveau. La sensibilité spéciale de cet organe fait que ses plaies ne doivent pas être pansées de la même façon que celles d'autres organes. Ainsi l'acide phénique doit être employé en

solution à 0,5 0/0. L'acide borique est très bien supporté par le cerveau, le sublimé très mal.

Influence de la température sur l'excitabilité de l'intestin.

M. Pal a étudié l'action du bain chaud sur la contractibilité de l'intestin du chien. Si après la section du splanchnique on excise le pneumogastrique du chien, on constate que l'excitabilité de l'intestin baisse dans un bain de 38°5 et disparaît entièrement à 39°5. Quand l'animal est retiré du bain, l'excitabilité de l'intestin revient.

La respiration dans les maladies et l'anémie en particulier.

M. Kraus a fait des recherches sur la chimie de la respiration chez treize malades différents, mais ayant de commun une anémie très accusée. A l'état de veille, de repas et de digestion le chimisme était le même que chez les personnes *adultes* bien portantes. Pendant le travail, on constatait chez les malades une augmentation des échanges respiratoires, mais cette augmentation n'était pas comparable à celle qu'on trouvait chez des individus bien portants. C'était le coefficient respiratoire qui était le plus changé chez les malades chez lesquels il présentait une tendance manifeste à l'abaissement.

L'étude des maladies constitutionnelles telles que le diabète, la leucémie, les intoxications, etc., pour lesquelles on admet une diminution de l'hématose, a montré que le chimisme respiratoire est, à peu de chose près, le même qu'à l'état de santé.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PEST

Séance du 26 novembre 1892.

Infection syphilitique chez l'enfant.

M. Erœss rapporte un cas d'infection syphilitique chez un garçon de 10 mois chez lequel il existait un chancre induré au scrotum et une adénopathie inguinale gauche. La mère de l'enfant, chez laquelle logeait un jeune homme atteint d'une « maladie secrète », a dit que son locataire avait l'habitude de jouer le matin avec l'enfant qu'il prenait dans son lit.

L'influenza de 1889-1890 en Hongrie.

M. Augyan présente un rapport sur l'influenza de 1889-1890, fait d'après les renseignements fournis par plus de 2500 médecins hongrois qui ont répondu au questionnaire spécial.

L'épidémie a débuté à Buda-Pest au commencement de décembre 1889. Son maximum d'intensité pour la Hongrie s'étend du milieu de janvier au milieu de février 1890. La fin eut lieu en mars-avril.

La morbidité dans les familles a été en moyenne de 40 à 50 0/0, et de 40 0/0 chez les personnes habitant ensemble. Nulle part on n'a pu constater d'immunité relative. L'âge le plus éprouvé fut de 21 à 50 ans.

L'anticholérine de Klebs.

M. Augyan a traité 19 cholériques avec l'anticholérine de Klebs (liquide extrait des cultures cholériques), sous forme d'injections sous-cutanées à la dose de 1 cm.c., répétées au besoin toutes les 2 heures.

Ce traitement, appliqué exclusivement aux cas graves, a donné des résultats satisfaisants. La diarrhée et les vomissements s'arrêtaient au bout de 24 à 48 heures, la cyanose disparaissait, la diurèse augmentait. Sur ces 19 malades 10 ont succombé, ce qui donne une mortalité de 52 0/0.

Ostéome du bras.

M. Reich présente un malade qui à la suite d'une luxation du bras a vu se développer progressivement au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus une tumeur qui actuellement atteint les dimensions d'une tête d'enfant. La tumeur, qui est irrégulière et n'occasionne pas de douleurs, est probablement un ostéome ou plutôt un cal volumineux. On peut en effet supposer que la luxation était compliquée d'une fracture transversale de la tête de l'humérus.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séance du 2 décembre 1892.

Intoxication par le phosphore.

M. Münzer a étudié les échanges nutritifs dans les affections du foie (ictère grave et intoxications par le foie) dont le rôle dans la formation de l'urée a été mis en évidence par un grand nombre d'auteurs. Ces recherches ont donné les résultats suivants:

La totalité d'azote est diminuée dès le premier jour de l'intoxication expérimentale, et cette diminution dure pendant deux jours pour faire ensuite place à une augmentation.

L'ammoniaque est un peu augmentée chez le chien phosphorisé, et bien plus chez l'homme.

L'urée est diminuée en proportion avec l'augmentation de la sécrétion d'ammoniaque ; quant à l'acide urique, il était à peine augmenté de quantité.

Le phosphore, qui normalement est excrété dans une proportion de 7 à 8 0/0, monte dans l'intoxication à 30 0/0. Mais il est difficile de dire jusqu'à quel point cette augmentation est produite par l'introduction du phosphore ou par la destruction des hématies, du foie, de la cervelle, des os ou de la substance osseuse. L'intégrité des hématies dans les cas d'intoxication par le phosphore permet de supposer que le phosphore ne provient pas des corpuscules rouges du sang. Par contre la diminution de la lécithine du foie doit faire penser que l'état particulier du foie intervient dans l'augmentation de l'excrétion de phosphore.

L'acide sulfurique augmente dans l'urine, les chlorures diminuent. Tous ces acides sont neutralisés par l'ammoniaque excrétée en grande quantité. Pourtant l'urine présente une réaction acide, et avec la plupart des auteurs, M. Münzer pense que l'acide qui se forme en plus est l'acide carno-lactique.

En somme, l'intoxication par le phosphore donne lieu à une destruction exagérée et modifiée des substances albuminoïdes avec formation de produits anormaux.

Comme traitement, on peut préconiser l'emploi des carbonates alcalins à haute dose destinés à neutraliser les acides qui se forment en grande quantité.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution a l'étude du traitement de la pneumonie par les injections d'essence de térébenthine, par Mossé, professeur à la Faculté de Toulouse.

La méthode du professeur Fochier de Lyon a donné jusqu'ici des résultats encourageants dans l'infection puerpérale. Quant à la pneumonie, l'inconstance des résultats obtenus commande la plus plus grande réserve. En tout cas, c'est une méthode d'exception qui doit être appliquée seulement aux cas graves, lorsque l'hépatisation grise est imminente.

L'Antipyrine (Leçons tirées du *Cours de thérapeutique* professé à la Faculté de médecine de Bordeaux), par E. Bondot. Paris, O. Doin, 1892.

Etude complète de l'antipyrine au point de vue de son action physiologique, de ses propriétés thérapeutiques, comme analgésique, anti-spasmodique, antipyrétique et antiseptique. Les accidents dus à l'antipyrine (antipyrinisme) forment un chapitre à part.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

A propos de l'aseptisation des fils, un modèle de dévidoir stérilisateur pour fils à sutures et à ligatures, par le Dr Emile Forgue, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de Montpellier.

Importance de l'aseptisation des fils. — La stérilisation des fils constitue un point dominant dans l'asepsie chirurgicale. Alors que les mains et les instruments n'ont avec le foyer opératoire qu'un contact temporaire, les points et les surjets des sutures profondes, les anses nouées des ligatures perdues, les chaînes d'étreinte des pédicules, font une quantité de fil, parfois considérable, abandonnée en pleins tissus : partant, les risques d'infection se prolongent et durent, pour le catgut jusqu'à la résorption complète, pour la soie jusqu'à l'enkystement parfait.

Choix du fil et du mode de stérilisation. — Le catgut, de résorption très inégale, de ténacité variable suivant la fabrique d'origine, facilement altérable, est, en dépit des procédés nouveaux, d'une aseptisation délicate. Le crin de Florence se recommande, pour les sutures cutanées, par la facilité de sa stérilisation : à cet égard, il partage, avec les sutures métalliques, l'avantage d'être un fil plein et de ne point exposer, comme le font les cordonnets de soie à brins tressés, à cette imbibition de proche en proche, à cette aspiration par capillarité, comparable à l'action d'une mèche, capable d'inoculer secondairement, par filtration de voisinage, un point de couture primitivement aseptique et de créer ainsi un véritable « séton infectant ». Nous avons plusieurs fois observé ce mécanisme de contamination tardive des fils, aux environs de surfaces non réunies et livrées à la granulation, par exemple après l'ablation large de tumeurs mammaires, alors qu'une partie seulement de la plaie peut être traitée par la réunion immédiate, ou bien au voisinage de régions difficiles à désinfecter, bouche, vulve, anus. Aussi, dans ces régions et pour les sutures superficielles, le fil d'argent, le fil de fer recuit, conservent-ils leurs avantages.

En dehors de cet emploi aux coutures des téguments, on peut reprocher au crin de Florence son manque de souplesse, qui le rend peu utilisable pour les nœuds profonds ayant besoin d'être étroitement ajustés; au surplus, la brièveté de ses bouts, sa non-continuité en pelotons dévidables, sont, en pratique courante, des incommodités. Ces raisons justifient la vogue croissante de la soie tressée que recommandent sa solidité et sa souplesse : Tedenat et nous l'employons presque exclusivement, ainsi que la plupart des chirurgiens parisiens.

La chaleur est évidemment l'agent d'aseptisation préférable : et le bouillissage en constitue le mode d'application le plus pratique. Après trente minutes d'ébullition dans l'eau ou mieux dans la solution à 1 0/0 de carbonate de soude, les fils ont toutes chances d'être stériles : le travail de Maljean nous montre les spores du vibrion septique détruites en quinze minutes de bouillissage dans la solution alcaline, celles du tétanos tuées en dix-huit minutes. L'expérience clinique est là pour confirmer la valeur de cette aseptisation : après une demi-heure d'ébullition dans mon appareil, j'ai vu constamment les réunions immédiates réussir, les ligatures perdues s'enkyster.

Description de l'appareil. — Il ne suffit pas que le fil soit aseptique, il faut qu'il le reste. Toute manipulation est cause de souillure : de là, l'importance pratique d'un appareil qui puisse à la fois servir à la stérilisation des fils, à leur conservation aseptique et à leur dévidement. L'instrument ingénieux de Schimmelbusch a eu le mérite de réaliser cette triple indication; mais il comporte des critiques de détails : l'essorage en est difficile; la boîte se sèche mal, se dénickelle et s'oxyde vite; les tiges qui portent les bobines gênent son nettoyage, la forme carrée de la boîte comporte des soins de nettoyage malaisé et augmente inutilement le volume de l'instrument.

L'appareil que nous proposons est tout entier construit en cuivre nickelé (1). Une gaine tubulaire, ouverte à ses deux bouts, contient un jeu de trois bobines à claire-voie, du modèle de Schimmelbusch : ces bobines sont simplement constituées par quatre barrettes, que réunissent deux plaques perforées; cette disposition assure l'imbibition parfaite des spires de fil. La gaine est ouverte, sur presque toute sa longueur, par une fente étroite destinée, lors de l'introduction des bobines, au passage du bout du

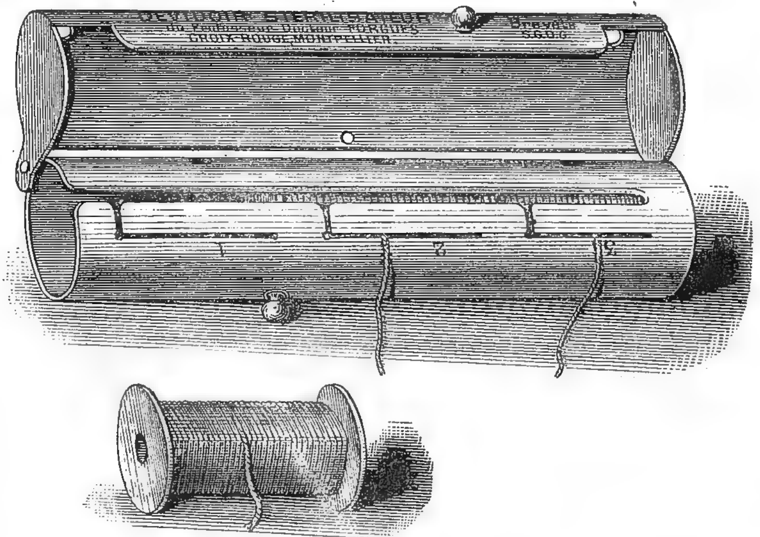


Fig. 1

fil qui les commence. Une rainure de dévidement correspond à chacune des trois bobines : elle a une forme en |________ ; à l'origine, nous nous étions contenté d'une simple incisure perpendiculaire à la fente médiane, mais le dévidement subissait des arrêts quand on arrivait aux tours extrêmes de la bobine ; la disposition actuelle supprime cet inconvénient, grâce à la portion d'incisure parallèle à l'axe de la bobine. La gaine est encore percée de trois trous destinés à compléter la facilité de pénétration de l'eau bouillante et la rapidité de l'essorage. — L'appareil se ferme par une valve demi-cylindrique, perforée de deux trous, pivotant sur une double charnière, et munie à ses deux extrémités de plaques circulaires qui obturent hermétiquement les deux bouts de la gaine tubulaire. La valve s'applique à frottement doux sur cette dernière : la fermeture est solide. L'instrument s'ouvre par l'écartement de deux boutons métalliques, ainsi qu'on le fait pour certains modèles de porte-monnaie.

Mode d'emploi. — Les trois bobines sont garnies de fil, dont on superpose les spires avec le plus de régularité possible, pour en augmenter la quantité enroulable, et pour faciliter le dévidement. Le choix des numéros de soie tressée se subordonne à l'hypothèse opératoire : une

(1) L'appareil est en vente à Montpellier, aux magasins de la Croix-Rouge; à Paris, chez Collin.

bobine de fil fin pour les sutures délicates, une de calibre moyen, une de grosse tresse pour les pédicules, constituent une réserve permettant de parer même à une forte dépense de fil. Une bobine se charge de plus de 12 mèt. de soie fine, de 10 mèt. de numéro moyen, de 5 mèt. de forte tresse; nous avons fait, sans épuisement de la provision de fil, des ovariotomies, des cures radicales de hernies, des amputations de sein avec ligatures et points multiples. — Les bobines chargées sont poussées dans la gaine tubulaire, conduites grâce à leur bout de fil terminal qui glisse dans la fente axile de l'appareil et qu'on engage dans la coulisse de dévidement correspondante; elles se juxtaposent ainsi bout à bout dans la gaine. Il

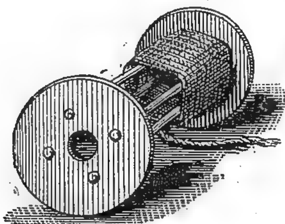


Fig. 2

est très important pour la régularité du déroulement d'introduire les bobines de telle façon qu'elles se dévident « sinistrorsum » de droite à gauche, *sens inverse* des mécaniciens : le schema ci-joint (fig. 2) le représente.

La disposition suivante assure, d'une part l'introduction et la sortie faciles des bobines pour le chargement, d'autre part leur maintien exact une fois l'appareil chargé. Quand la valve de couverture est à demi ouverte, le contour de sa plaque de droite se superpose au bord correspondant de la gaine suivant un cercle parfait, ainsi que le montre le dessin ci-contre (fig. 3) : dans cette

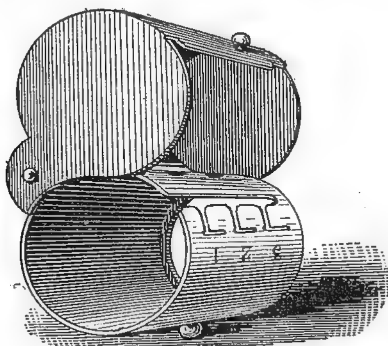


Fig. 3

position l'entrée et l'issue des bobines sont libres. Lorsque l'appareil est complètement ouvert, un petit crochet qui termine cette plaque vient, comme nous le figurons ici, (fig. 4), former un « butoir » qui arrête et maintient les bobines.

L'appareil, ouvert et garni de ses bobines chargées, est immergé dans un récipient quelconque rempli de solution de carbonate de soude à 1 0/0 ou de naphtholate de soude, ou, à défaut, d'eau simple : il y reste soumis à 20 ou 30 minutes d'ébullition. Pour l'extraire, on le saisit, avec une pince flambée, par un bord de son couvercle. Il s'égoutte et s'essore rapidement, grâce aux trous dont est fenêtrée la valve formant couverture et au libre écoulement qui s'établit à travers les bobines à claire-voie et leur gaine tubulaire. Cette dernière disposition assure l'immersion totale des tours de fils et leur bain complet dans l'eau d'ébullition. L'appareil, une fois égoutté, est fermé de telle façon que les bouts de fil, sortant des rainures de dévidement, soient bien couverts par la valve : son médiocre volume le rend très transportable, son occlusion parfaite le garantit contre toute souillure; par surcroît de précautions, on pourrait l'en-

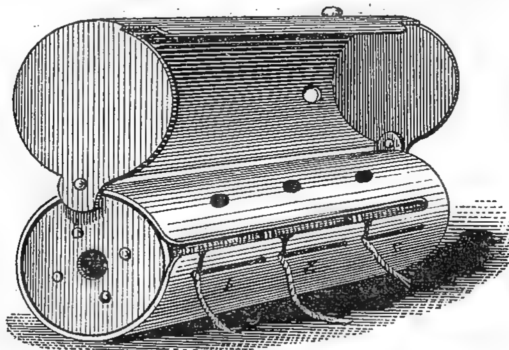


Fig. 4

velopper dans une compresse aseptique. La simplicité de cette désinfection, qui n'exige aucun bouilleur spécial, permet d'ailleurs de la réaliser et de la renouveler partout : avant l'opération, on peut encore ébouillanter l'appareil pendant 10 à 15 minutes; mais il ne faut point que la somme des bouillages successifs dépasse trois quarts d'heure à une heure; sinon, la ténacité du fil s'altère fortement.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Nouvelles recherches sur la vaccination anticholérique, par Klemperer (1).

Dans mes recherches antérieures (v. *Gaz. hebd.* 1892, p. 399, je suis arrivé à montrer que l'injection sous-cutanée ou intraveineuse des cultures chauffées ou virulentes ou la vaccination avec le sérum du sang des animaux et de l'homme ainsi traités conférait l'immunité contre le choléra. Les recherches de M. Lazarus sur la vaccination des animaux avec le sérum de deux individus ayant subi une atteinte de choléra ont confirmé mes expériences en montrant que le sérum des cholériques possédait à un haut degré des propriétés immunisantes pour les animaux.

Dernièrement, j'ai eu l'occasion de refaire les expériences de M. Lazarus avec le sérum de deux individus qui ont eu le choléra, et suis arrivé aux mêmes résultats. Il y a pourtant cette différence que la dose de sérum nécessaire pour conférer l'immunité aux animaux a été plus élevée dans mes expériences que dans celles de M. Lazarus (0,5 au lieu de 0,0001 gr. de sérum). Et j'explique cette différence en admettant que l'atteinte de choléra subie par les malades de M. Lazarus était peut-être plus intense que celle de mes individus.

J'ai continué mes expériences en essayant, cette fois, d'obtenir le maximum d'immunité par trois procédés :
1° L'injection sous-cutanée des cultures virulentes;
2° L'introduction dans l'estomac des cultures chauffées;
3° L'injection du lait des chèvres immunisées.

I. *Injection sous-cutanée des cultures virulentes.*

Dans mes expériences antérieures, j'ai trouvé que l'injection de 0.25 centim. c. de cultures virulentes sous la peau d'un individu lui confère une immunité telle que 1 cent. c. de son sérum suffit pour rendre un cobaye réfractaire à l'infection et l'intoxication cholérique. Le même résultat a pu être obtenu avec 0,5 centim. c. de sérum d'un autre individu qui avait reçu sous la peau non pas 0,25, mais 0,35 centim. c. de cultures virulentes.

(1) D'après la *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1892, n° 50, p. 1265.

Cette fois mes expériences ont été faites de telle façon qu'un étudiant qui a voulu se prêter à ces vaccinations a commencé par recevoir en injection sous-cutanée 0,5 cent. c. de cultures pour arriver graduellement à la dose de 1 cent. c. Pendant la durée de l'expérience, il a reçu en tout 3,1 cent. c. de cultures virulentes et 0,5 centim. c. de cultures atténuées. Les expériences parallèles d'injection de son sérum à des cobayes ont montré que le pouvoir immunisant de son sang s'est graduellement accru, de sorte que la dose immunisante de 1,5 gr. de sérum du début, est descendue à la fin de l'expérience à 0,005 gr.

Comme le pouvoir immunisant de son sérum était bien plus élevé que celui de deux individus ayant subi une légère atteinte de choléra, on est en droit de conclure que l'étudiant qui s'est prêté à mes expériences est actuellement plus réfractaire au choléra que les deux individus qui ont subi une atteinte de cette affection.

Cette expérience montre encore que les injections répétées, l'incorporation progressive du virus, produisent une augmentation rapide du degré d'immunité.

II. *Ingestion des cultures chauffées.*

Au point de vue pratique, les injections sous-cutanées des cultures virulentes perdent de leur valeur à cause de la douleur et des phénomènes réactionnels qu'elles provoquent. Je me suis donc demandé si les mêmes effets ne pouvaient être obtenus par l'ingestion des cultures stérilisées. Une série de recherches m'ont montré que ces cultures perdaient leurs propriétés immunisantes quand elles étaient conservées à l'étuve pendant 24 heures avec une solution d'acide chlorhydrique à 2 0/0 et de la pepsine. L'acide chlorhydrique seul ou la pepsine additionnée d'une solution de bicarbonate de soude à 2 0/0 ne détruisent pas ces propriétés. Il fallait donc, quand on prenait ces cultures par la bouche, pour leur conserver leur efficacité, neutraliser l'acidité du suc gastrique par le bicarbonate de soude.

J'ai fait ces expériences sur moi-même en prenant 2 gr. de bicarbonate avant l'ingestion des cultures délayées dans du café noir afin de masquer leur goût désagréable. Dans l'espace de six semaines (du 28 septembre au 13 novembre), j'ai pris en tout, en augmentant chaque fois la dose, 503 c. c. de cultures chauffées pendant deux heures à 70°. Les expériences parallèles faites avec mon sérum ont montré que j'ai acquis une immunité relativement assez élevée, puisque 0,01 gr. de mon sérum suffisait pour conférer l'immunité au cobaye. Lorsqu'au mois de septembre, je me suis soumis à des injections sous-cutanées de cultures virulentes, il fallait 0,25 centim. c. de mon sérum pour immuniser un cobaye. L'ingestion d'un demi-litre de cultures chauffées a donc augmenté de vingt-cinq fois le pouvoir immunisant de mon sérum.

III. *Injection du lait des chèvres immunisées.*

Les expériences ont été faites avec le lait de deux chèvres préalablement immunisées par des injections intra-péritonéales de cultures chauffées ou virulentes. Le lait à la dose de 2,5 centim. c. était injecté sous la peau de la cuisse d'un de mes amis. Les expériences faites avec son sérum sur des cobayes ont ensuite montré que par l'injection sous-cutanée de 5 centim. c. de lait de chèvre immunisé, le sérum de mon ami avait acquis des propriétés immunisantes telles que 0,25 centim. c. de son sérum suffisaient pour conférer l'immunité à un cobaye.

On peut espérer qu'en exagérant le degré d'immunité des chèvres, on arrivera à conférer l'immunité à l'homme avec l'injection sous-cutanée de 1 centim. c. de lait.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Antisepsie du tube digestif.

La *Société de thérapeutique* poursuit en ce moment une intéressante discussion sur le traitement des affections du tube digestif. Les dernières séances ont été consacrées en grande partie aux diverses méthodes d'antisepsie. Celles-ci doivent s'adresser, suivant les indications, à la bouche, à l'estomac ou à l'intestin.

Parmi les agents capables de réaliser l'antisepsie buccale, M. C. Paul n'en connaît pas de supérieur à la saccharine.

L'antisepsie gastrique, peu pratiquée encore jusqu'ici, trouve son indication la plus pressante dans les gastrites accompagnées de dilatation stomacale avec fermentations putrides, de vomissements fréquents, parfois incoercibles, et d'un état cachectique très accentué. Souvent les malades de cette catégorie sont considérés comme des cancéreux : un traitement approprié amène la guérison. Il n'est pas toujours nécessaire d'avoir recours aux antiseptiques énergiques communément employés (salol, naphtol). Dans un cas de ce genre, M. C. Paul a obtenu un succès complet au moyen d'infusions de plantes aromatiques, de la thériaque du Codex séchée, durcie et pulvérisée, enfin du chloral. Les mêmes moyens mis en usage chez les cancéreux semblent capables de ralentir la marche du mal.

Dans le traitement de la dyspepsie hyperchlorhydrique (maladie de Reichmann), l'antisepsie gastrique a sa place ; M. Bardet donne la préférence au benzonaphtol et au salicytate de bismuth à ce point de vue. Mais le régime alimentaire a la plus grande importance. Ici deux opinions opposées sont en présence.

M. Bardet se prononce pour la suppression de la viande, en faveur d'un régime azoté mixte, c'est-à-dire végétarien, comprenant des œufs et du lait. Telle est également la méthode de M. Dujardin-Beaumetz. La suppression de la viande est rationnelle, puisque celle-ci exagère la sécrétion du suc gastrique. Tout autre est l'opinion de M. Huchard : le traitement de la dyspepsie hyperchlorhydrique, suivant lui, se résume en ces deux indications fondamentales : 1° donner les alcalins à hautes doses (jusqu'à 20 et 30 gr. dans les cas extrêmes) ; 2° prescrire au malade les aliments qu'il digère le mieux et le plus vite, c'est-à-dire les viandes blanches, les œufs, le lait. L'usage d'une alimentation herbacée, des féculents, va à l'encontre du but qu'on se propose, en favorisant l'encombrement gastrique, en exposant le malade à la dilatation et aux complications qui en résultent. Il y a là, on le voit, une divergence d'opinions radicale : elle ne peut s'expliquer que par la grande variété de types actuellement compris dans les dyspepsies hyperchlorhydriques, que les actives recherches actuellement poursuivies dans cette voie nous permettront, il faut l'espérer, de distinguer bientôt.

Les règles de l'antisepsie intestinale sont beaucoup plus nettement formulées que celles de l'antisepsie gastrique d'une façon générale. Quelques considérations nouvelles méritent cependant d'attirer l'attention. M. Dujardin-Beaumetz est d'avis que le traitement médical des cancers de l'intestin est capable de procurer aux malades une survie au moins aussi longue, dans certains cas, que les opérations chirurgicales. Ce traitement a pour objet principal l'antisepsie du tube digestif, au moyen de grands lavements naphtolés et de cachets administrés par la voie stomacale (salol, benzo-naphtol, bicarbonate de soude, parties égales). A cette thérapeutique il faut joindre un régime alimentaire qui favorise aussi peu que possible les fermentations putrides.

L'antisepsie a rendu également des services dans l'entérite pseudo-membraneuse. C'est au salol qu'il convient ici de faire la première place.

Sur cette discussion générale s'en est greffée une autre, connexe à certains égards et relative à la dyspepsie hyperchlorhydrique. Nos lecteurs ont eu sous les yeux il y a quinze jours la communication initiale de M. Huchard. Ils trouveront plus loin la discussion dont elle a été l'objet à la séance suivante.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ HELVÉTIQUE DES SCIENCES NATURELLES

75e Réunion annuelle à Bâle, du 5 au 8 septembre.

Sur l'ostéomalacie.

M. Fehling (Bâle). — Bâle forme le centre d'un foyer où l'ostéomalacie se rencontre fréquemment. Nous avons pour

ainsi dire constamment un ou plusieurs cas de cette affection dans nos salles, et les occasions de l'étudier ne nous manquent pas. L'ostéomalacie virginale ne se distingue en rien, au point de vue clinique, de l'ostéomalacie puerpérale, beaucoup plus fréquente, tandis que l'ostéomalacie virile est, d'après v. Rechlinghausen, plutôt de l'ostéoporose.

Les causes de l'affection nous sont encore inconnues; mais nous avons probablement affaire à des troubles trophiques dépendant d'une affection des vaso-moteurs. Il est plus que probable qu'il existe une relation entre l'irritation des vaso-moteurs et les troubles fonctionnels des ovaires. Hanau a constaté, chez vingt femmes enceintes, des altérations des os identiques à celles que l'on rencontre dans l'ostéomalacie, de sorte qu'il arrive à la conclusion qu'il existe une ostéomalacie physiologique plus ou moins prononcée chez toutes les femmes enceintes. Jusqu'à présent, toutes les méthodes de traitement interne préconisées contre l'ostéomalacie, n'ont donné aucun résultat; le seul traitement sérieux de cette affection consiste dans la castration. M. Fehling a lui-même fait cette opération dans une vingtaine de cas, et M. Kummer, de Genève, cite dans son travail 38 cas, dans lesquels l'opération a chaque fois amené la guérison.

Sur l'augmentation des corpuscules sanguins sous l'influence des attitudes élevées.

M. Egger, d'Arosa (Grisons), a fait, pour la station alpestre d'Arosa, la même constatation que Viault. Celui-ci avait vu s'élever le nombre des corpuscules sanguins d'une façon notable après un certain temps de séjour sur les hauts plateaux. Après deux à trois semaines de séjour à une altitude de 1,890 mètres, M. Egger a constaté, sur un grand nombre d'individus, une augmentation des globules rouges pouvant aller jusqu'à 1,500,000 par milimètre cube. Cette augmentation n'est pas apparente, elle persiste, si l'on examine non seulement le sang des capillaires, mais celui des gros vaisseaux artériels; elle n'est pas le fait, ainsi que M. Egger a pu s'en assurer, d'une dessiccation des tissus sous l'influence de l'atmosphère très sèche de la montagne. La quantité de globules rouges diminue de nouveau au bout d'un certain temps de séjour dans la plaine. M. Egger croit qu'une des causes du mal de montagne réside dans une anémie relative de l'organisme, qui doit s'adapter à son nouveau milieu.

Sur les oxydations dans les tissus.

M. Jaquet (Bâle) étudie l'action du sang et des tissus sur l'oxydation de l'alcool benzylique et de l'aldéhyde salicylique. Le sang seul n'oxyde pas; le sang et les tissus d'organe isolés sur lesquels on pratique la circulation artificielle oxydent facilement. Les organes sans le sang oxydent avec la même facilité en présence de l'oxygène de l'air. Les tissus traités par les poisons protoplastiques, quinine, acide phénique, alcool, conservent leurs propriétés oxydantes. Les organes réduits en bouillie et traités par l'alcool oxydent encore, de même qu'un extrait aqueux et filtré de cette bouillie. La propriété oxydante n'est détruite que par l'ébullition. Conclusion : Il existe dans les tissus une substance chimique présidant aux oxydations. Cette substance a les propriétés d'une diastase.

Sur l'action des muscles du genou.

M. Bugnion (Lausanne) développe le mécanisme de l'articulation du genou, à laquelle il donne le nom de ginglyme tournant, à cause de la rotation qui accompagne nécessairement la flexion, puis il étudie l'action des différents muscles agissant sur le genou au moyen d'un appareil ingénieux à l'aide duquel il arrive à déterminer le rôle respectif de chacun des principaux groupes de muscles dans la station et dans la marche.

Cholestéatome.

M. Siebemann (Bâle) présente cinq cas de cholestéatome de l'oreille moyenne guéris par la méthode opératoire. Le danger dans le cholestéatome de l'oreille moyenne réside dans la tendance que présente cette affection à se développer aux dépens des parois environnantes et à perforer dans les autres cavités du crâne, devenant ainsi le point de départ de méningites purulentes, d'abcès du cerveau, de thromboses des sinus, etc. L'ancienne méthode de traitement de cette affection (insufflations d'acide borique ou d'acide boro-salicylique) ne réussit que dans un petit nombre de cas. Au bout d'un temps plus ou moins long, on voit apparaître des récidives. Pour empêcher cela, on n'a pas d'autre ressource que d'ouvrir largement la cavité malade. L'opération de Schwartz, qui consiste à perforer l'apophyse mastoïde, ne peut se faire que lorsque la cavité du cholestéatome est très grande. L'opération de Kister, ablation de la paroi postérieure du conduit auditif, et surtout la combinaison de cette méthode avec la formation d'un lambeau postérieur et inférieur pris sur le conduit auditif cartilagineux (procédé de Stacke), constituent un grand progrès dans le traitement chirurgical du cholestéatome, en ce qu'ils mettent la cavité à nu, permettent de la tenir constamment propre et d'empêcher la macération des produits de desquamation.

Les voies de conduction sensitive dans la moelle épinière.

M. v. Lenhossek (Bâle). — Les travaux récents de Golgi, Ramon y Cajal et autres, ont complètement bouleversé nos connaissances sur l'histologie du système nerveux central. A l'aide des nouvelles méthodes et s'appuyant sur de nombreuses reproductions de préparations microscopiques, M. Lenhossek démontre d'abord le mode de développement des racines postérieures et des ganglions rachidiens; il suit la fibre sensitive après son entrée dans la moelle, la montre au moment de sa division en deux branches, une inférieure et une supérieure, et développe ainsi la constitution des cordons postérieurs. Il fait voir ensuite, en s'appuyant sur ses recherches sur le ver de terre, que l'on est dès maintenant obligé d'abandonner la représentation d'une conduite ininterrompue reliant l'organe sensitif périphérique au système nerveux central. Cette conduite est formée de plusieurs pièces reliées entre elles par une substance intermédiaire.

Enseignement de l'anatomie.

M. Kollmann (Bâle) a étudié en Angleterre la méthode pratiquée là-bas dans l'*enseignement de l'anatomie*. Cette méthode consiste à mettre à la disposition des élèves, dans des locaux spéciaux, le plus grand nombre possible de pièces anatomiques toutes préparées. Ces pièces sont disposées de telle façon que l'élève peut se rendre compte à première vue des rapports existant entre les différentes parties; chaque partie, chaque muscle, artère ou nerf, porte son nom imprimé, de sorte que l'on évite à l'élève une perte de temps considérable tout en donnant plus de sûreté à ses études. Ces pièces anatomiques n'empêchent pas l'élève de disséquer lui-même; elles ne servent qu'à mieux fixer dans sa mémoire ce qu'il a vu en disséquant, en lui permettant de faire des répétitions rapides et fréquentes.

Sur les anesthésiques à la policlinique.

M. Heigler (Bâle). — Le chloroforme exige certains préparatifs et des précautions entraînant à une grande perte de temps; cependant, il est des cas où l'on ne peut s'en passer. Dans ces cas M. Heigler emploie la « Fropp méthode » qui consiste à verser le chloroforme goutte à goutte sur le masque. L'anesthésie est plus lente, mais les accidents sont aussi moins fréquents. M. Heigler préconise beaucoup le bromure d'éthyle pour toutes les opérations de courte durée. Il n'a jamais observé d'accident, tandis qu'il met en garde contre l'emploi d'un nouvel anesthésique, le pental, qui a déjà donné lieu à des accidents sérieux.

Expériences physiologiques sur le cœur embryonnaire.

M. His (Leipzig). — Les ganglions du cœur provenant du grand sympathique n'arrivent au cœur qu'à un certain moment du développement embryonnaire. Mais longtemps avant cette période, le cœur présente déjà des battements rhythmiques automatiques. MM. His et Romberg ont expérimenté sur des cœurs d'embryons de mammifères privés de nerfs et ont constaté qu'on pouvait pratiquer sur ces cœurs l'expérience de Staniuns exactement sur un cœur de grenouille. En outre, comme si l'on fait agir des poisons cardiaques, on observe la même réaction que pour des cœurs adultes pourvus de tout leur système nerveux. Ils ne considèrent pas les ganglions cardiaques comme éléments moteurs, mais comme éléments de sensibilité, servant de point de départ aux excitations présidant aux mouvements du cœur.

REVUE DES JOURNAUX

Fracture du bassin (Eine ihrem Ausgange nach einzig dastehende Beobachtung von frakturærer Spaltung des Beckenringes), par Neugebauer (*Centralb. f. Gynæk.*, 1892, n° 47, p. 913). — Une femme de 20 ans tombe d'une voiture emportée si malheureusement que les roues lui passent sur le ventre. Elle est rapportée sans connaissance à la maison et est soignée par un officier de santé d'une façon très primitive. Elle resta pendant quatre semaines au lit sans pouvoir remuer les jambes ni se lever; puis tout s'arrangea un peu et la malade put quitter la chambre au bout de six semaines. Pendant ce temps elle est devenue enceinte.

L'auteur ne vit donc la malade que quatorze semaines après l'accident, quand elle était déjà au 3e mois de sa grossesse.

Au toucher vaginal on trouvait à gauche une diastase de la paroi antérieure du bassin, notamment une fracture de la branche descendante du pubis juste en avant de la branche ascendante de l'ischion. La diastase entre les deux fragments mesurait près de 1 centimètre. A droite se trouvait une fracture presque symétrique, mais de ce côté les fragments étaient réunis par un cal volumineux. A gauche, la réunion des tissus s'était faite en bas à l'aide d'un tissu fibreux qui se tendait fortement quand les membres inférieurs étaient mis dans une certaine position; en haut on ne sentait pas la réunion fibreuse et par la palpation bidigitale on avait l'impression comme si l'on rapprochait directement la muqueuse des parties molles. Quand la malade marchait ou levait les jambes, on voyait et on sentait le fragment gauche monter et descendre; quand elle était debout, la distance entre la crête iliaque et le col était de 85 centim. à gauche et de 83 centim. à droite.

Il s'agissait donc d'une fracture verticale double du bassin. Quant à l'existence d'une lésion concomitante du sacrum ou de la symphyse sacro-iliaque, l'auteur n'a pu la constater directement, craignant, vu la grossesse de la malade, de pousser trop loin le toucher rectal. Mais cette lésion, voire même une fracture, devait exister comme permettait de le supposer l'ascension et la descente alternatives du fragment gauche.

Symphyséotomie (Zur wissenschaftlichen Begründung der Symphyseotomie), par Biermer (*Centralb. f. Gynæk.*, 1892, n° 51, p. 993). — L'auteur a fait des expériences sur trois bassins de femmes pour voir jusqu'où va l'agrandissement des diamètres principaux quand les pubis sont écartés à une distance variable. Les résultats de ces recherches sont consignés dans le tableau suivant :

Ecart du pubis.	Aug. du diam. antéro-postér.	Augm. du diam. transverse	Aug. du diam. oblique.
de 1 cm.	de 0.25 cm.	0.75 cm.	0.50 cm.
— 2 —	— 0.25 —	1.00 —	0.75 —
— 3 —	— 0.50 —	1.50 —	1.10 —
— 4 —	— 0.65 —	2.00 —	1.75 —
— 5 —	— 0.83 —	2.25 —	2.20 —
— 6 —	— 1.10 —	3.00 —	2.90 —
— 7 —	— 1.40 —	3.10 —	3.50 —

Le bacille de l'éclampsie (Zur Frage « Eklampsie bacillus » Gerdes), par Haegler (*Centralb. f. Gynækol.*, 1892, n° 51, p. 996). — On sait que le bacille de l'éclampsie, découvert par Gerdes, fut reconnu par Hofmeister pour le *proteus vulgaris*. L'auteur rapporte à son tour six observations où le bacille de Gerdes ne fut trouvé ni dans le sang ni dans les urines des malades. Une seule fois l'urine renfermait le pneumo-bacille qui, à l'autopsie, fut retrouvé dans les reins et le cœur.

Grossesse extra-utérine (Zur Laparotomie bei Extrauterin Schwangerschaft), par Rein (*Centralb. f. Gynækol.*, 1892, n° 60, p. 969). — L'auteur rapporte sept observations de grossesse extra-utérine traitées par la laparotomie, qui lui servent pour faire une étude résumée de la grossesse extra-utérine au point de vue clinique, anatomo-pathologique et diagnostique. Comme traitement, l'auteur préconise la laparotomie qui donne des résultats plus satisfaisants depuis qu'on sait faire le diagnostic de bonne heure et opérer avec plus de sûreté grâce à l'antisepsie ou l'asepsie.

Traitement de l'iléus post-opératoire (Behandlung der Ileus post-operationem), par Klotz (*Centralb. f. Gynækol.*, 1892, n° 50, p. 977). — Ayant remarqué que dans sept cas de laparotomie pour iléus survenu après une opération abdominale, il s'agissait d'adhérences entre l'anse intestinale et le moignon ou la surface de la plaie abdominale, l'auteur préconise le lavage abondant de l'estomac suivi d'introduction de 50 grammes d'huile de ricin, dès l'apparition des phénomènes de l'iléus post-opératoire. Il croit notamment qu'au commencement les adhérences sont très lâches et, par conséquent, très faciles à détruire en provoquant, par le lavage de l'estomac et l'huile de ricin, un péristaltisme exagéré de l'intestin.

Gastrostomie (Beitrag zur Technik der Gastrostomie bei Œsophagusstenosen), par Noorden (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 1, p. 6). — L'auteur rapporte cinq cas de gastrostomie pour rétrécissements cicatriciels ou néoplasiques de l'œsophage, opérés d'après la méthode de Witzel.

Le procédé en question, qui paraît à l'auteur supérieur à tous les autres au point de vue de la rétention des aliments par l'estomac gastrostomisé, présente les temps suivants : 1° Incision parallèle aux fausses côtes et division des muscles droit et transverse de l'abdomen, *parallèlement* à leurs fibres; 2° formation d'une bouche étroite sur le côté externe de la paroi stomacale attirée au dehors et introduction d'un drain caoutchouc durci; 3° formation avec la paroi stomacale de deux plis transversaux qu'on suture par dessus du drain qui se trouve ainsi élargi dans un canal; 4° suture en rosette au péritoine pariétal autour du canal logeant le drain; 5° suture en étages de la plaie abdominale.

Le drain peut être laissé en permanence ou placé seulement pour les repas. Dans ce cas le péritoine pariétal suturé en rosette autour du canal qui loge le drain forme au niveau de la bouche stomacale une sorte de valvule qui s'oppose à la sortie des aliments.

Laparotomie pour adhérences péritonéales (Ueber Peritonealadhæsioner; drei Laparatomien), par Tipjakoff (*Central. f. Gynækol.*, 1892, n° 52, p. 1824). — L'auteur rapporte trois observations de laparotomie pour adhérences péritonéales entre l'utérus et ses annexes d'un côté et l'intestin de l'autre. La section des adhérences fut suivie dans les trois cas de disparition des troubles fonctionnels et généraux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *janvier* 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Déclarations de vacances.

Des vacances sont déclarées dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale en remplacement de M. Henri Gueneau de Mussy, décédé, et dans la section de pathologie médicale, par suite du décès de M. Villemin.

Ischio-pubotomie.

M. Pinard a eu à soigner une femme de 38 ans, non rachitique, mais atteinte d'un bassin oblique ovalaire consécutif sans doute à une maladie datant de la première enfance. En 1887, une première grossesse se termina par une basiotripsie tête dernière faite par M. Bouilly. En 1888, M. Pinard, ayant diagnostiqué un bassin oblique ovalaire avec ankylose sacro-iliaque droite, provoqua l'accouchement prématuré après avoir fait la version par manœuvres externes pour engager l'occiput dans le côté large du bassin. Mais à la fin la tête tourna en mauvaise position et elle fut dégagée, dernière, avec beaucoup de peine, par la manœuvre de Champetier de Ribes : et par malheur l'enfant mourut quelques mois après. Nouvelle grossesse en 1890, terminée par un accouchement à terme : enfant mort; amené par des tractions extraordinaires. En 1891, accouchement prématuré à huit mois : malheureusement procidence de cordon et enfant mort.

Dans ces conditions, la malade vint retrouver M. Pinard en septembre dernier, voulant à tout prix un enfant. L'accouchement prématuré avait déjà donné deux échecs; la césarienne eût fait courir à la mère des risques réels; la symphyséotomie, dans ce bassin où un seul volet se fût ouvert, aurait dû être combinée à l'accouchement prématuré, aléatoire dans les bassins de ce genre. Cela étant, M. Pinard s'adressa à M. Farabeuf qui après quatre semaines de calculs et de recherches conclut que par la section des deux branches pubiennes à 5 centimètres de la ligne médiane la tête devait passer à merveille. C'est ce que M. Pinard fit, au début du travail naturel, et l'enfant vint, au forceps, sans traction. Cette opération, d'une grande simplicité, se fit par deux incisions, avec la scie à chaîne et la réunion immédiate fut obtenue. La malade marche parfaitement.

En terminant, M. Pinard remet une brochure où « l'opération de Farabeuf » est décrite par l'auteur au point de vue anatomique.

Kyste de l'ovaire énorme.

M. Maritan (Marseille) présente une femme à laquelle il a enlevé avec succès un kyste de l'ovaire adhérent contenant 60 litres 1/2 de liquide et pesant 80 kilog. Circonférence du ventre 198 cent. Le choc fut très grave, mais l'opérée s'en remit.

Mort apparente et procédé de la langue.

M. le Dr Christoyanski lit un mémoire sur un cas de rappel à la vie, par le procédé de M. Laborde, d'un enfant nouveau-né en état de mort apparente.

Obstétrique.

M. Charpentier commence la lecture d'un mémoire sur le traitement de l'éclampsie. (Sera résumée après achèvement dans la prochaine séance.)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 2 janvier 1893.

Irido-choroïdite.

M. Meyer présente un malade qui vint le trouver avec une violente irido-choroïdite consécutive à une opération de cataracte par extraction. Malgré l'emploi d'injections sous-conjonctivales de sublimé, l'affection avait continué d'évoluer et elle paraissait se compliquer de choroïdite purulente avec décollement rétinien, l'œil avait perdu toute perception lumineuse. Les paupières étaient très tuméfiées, le chémosis considérable, la cornée trouble, la chambre antérieure occupée par un exsudat blanchâtre qui couvrait l'iris et la pupille, paraissant descendre des lèvres de la plaie cornéenne et surtout de son angle interne qui laissait passage à une hernie de l'iris.

M. Meyer prescrivit des frictions mercurielles, le calomel à doses fractionnées, l'application presque constante sur l'œil de compresses imbibées d'une solution de sublimé, tout cela après une énergique cautérisation au galvano-cautère du prolapsus irien et des lèvres de la plaie de la cornée. Cette cautérisation fut renouvelée à plusieurs reprises à quelques jours d'intervalle; après chacune d'elles, l'affection semblait être enrayée, les symptômes inflammatoires diminuaient ainsi que l'épanchement dans la chambre antérieure. Mais comme au bout de vingt-quatre heures, on voyait reparaître chaque fois de nouvelles coulées de matière purulente, M. Meyer se décida finalement à recouvrir de conjonctive la plaie ancienne qu'il considérait comme la porte d'entrée des infections récidivantes. Dans la conjonctive enflammée, les sutures tinrent difficilement, cependant la muqueuse décollée put être fixée en bonne place et à partir de cette intervention, l'état de l'œil s'améliora progressivement; finalement, la guérison peut être tenue pour complète. La cornée a repris toute sa transparence, l'exsudat contenu dans la chambre antérieure s'est résorbé et le malade, au bout de seize jours, lisait les gros caractères.

Au total, M. Meyer a appliqué dans un cas de chorio-rétinite purulente le procédé de protection conjonctivale qu'il a préconisé dans les cas de cicatrice vicieuse en vue de prévenir l'infection. Il croit que cette pratique permettra désormais de ne pas se hâter d'avoir recours à l'énucléation dans des cas en apparence désespérés.

M. Valude remarque que chez le malade de M. Meyer la cautérisation de la plaie cornéenne et de la hernie de l'iris a été insuffisante; dans des cas analogues il a préconisé comme protection de la porte d'entrée offerte aux agents infectieux un simple pansement occlusif.

M. Galezowski, lui aussi, est partisan de fermer la plaie cornéenne. Chez un opéré de cataracte atteint au septième jour d'iritis suppurative avec prolapsus irien, il pratiqua l'excision de la hernie, l'évacuation de la chambre antérieure et la suture au catgut de l'incision de la cornée. Le malade guérit et, après une division, récupéra une acuité visuelle satisfaisante.

M. Sulzer a donné des soins à un jeune homme opéré d'iridectomie pour une cataracte zonulaire compliquant une myopie de 20 dioptries. L'opacification des cristallins s'étant complétée, M. Sulzer tenta l'extraction dans un œil, mais le cristallin très volumineux ne put sortir en totalité; l'humeur vitrée liquéfiée s'échappant, l'opération resta incomplète. Quinze jours plus tard, la tension oculaire augmenta, et, au bout de quatre semaines, en même temps qu'une poussée d'impétigo sur la figure, survinrent des douleurs oculaires, du larmoiement, de l'infiltration sous-conjonctivale, des exsudats puriformes dans la chambre antérieure.

M. Dufour vit alors le malade et à quelques jours d'intervalle il lui fit quatre injections sous-conjonctivales. Les résultats furent relativement heureux; au bout de trois semaines la cornée avait récupéré sa transparence, mais une membrane masquait la pupille et la tension oculaire était diminuée.

M. Parent dans des cas d'irido-choroïdite avec exsudats purulents a obtenu des succès par l'ouverture de la plaie cornéenne, l'évacuation de la chambre antérieure et des instillations répétées dans l'œil d'un collyre au sublimé à 1/2000.

M. Darier, en pareil cas, juge les injections sous-conjonctivales de sublimé comme le remède le plus sûr.

M. Parent craint qu'elles ne soient douloureuses lorsqu'elles sont poussées sous une conjonctive enflammée. **M. Sulzer** chez son malade a été frappé du peu de réaction locale qu'elles provoquaient.

Processus infectieux de l'œil.

M. Valude, chez un malade dont le cristallin après un traumatisme s'était résorbé, pratiqua la section d'une petite adhérence capsulaire à la cornée. Malgré la petitesse de l'incision cornéenne, comme il arrive souvent à la suite d'interventions sur la capsule ou le corps vitré, la plaie de la cornée suppura et il se produisit de l'hypopyon. Malgré la cautérisation de la plaie et l'évacuation du contenu de la chambre antérieure, l'infection progressait; aussi M. Valude eut recours au pansement sec occlusif et en quelques jours la guérison était obtenue. L'examen bactériologique du pus permit de constater l'existence du seul staphylocoque blanc qui provoque des infections limitées.

Intoxication mercurielle.

M. Darier rapporte un cas d'intoxication mercurielle après une injection sous-cutanée de un centigramme de cyanure de mercure; il en conclut qu'on doit débuter par la dose de cinq milligrammes et n'arriver que progressivement à un centigramme.

M. Parent, il y a une quinzaine d'années, a fait à la clinique de M. Galezowski avec M. Despagnet nombre d'injections de cyanure de mercure sans aucun accident. Il insiste sur la nécessité d'injecter des doses progressivement croissantes et surtout de se servir d'un médicament chimiquement pur.

M. Gorecki, lui aussi, réclame une pureté absolue du sel de mercure; il a observé quelques accidents qu'il attribue à l'acide cyanhydrique plutôt qu'au mercure.

H. Nimier.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 décembre 1892.

Evolution des fonctions de l'estomac.

M. J. Winter. — En faisant cette nouvelle communication, je crois devoir rappeler les résultats auxquels M. Hayem et moi avons été conduits antérieurement dans l'étude du chimisme gastrique, à savoir que :

1° A l'état de jeûne, l'estomac ne renferme ni acide chlorhydrique libre, ni cellules spéciales où cet acide se trouverait constamment préformé ;

2° L'acide chlorhydrique que l'on rencontre dans les liquides de digestion, libre ou combiné aux matières organiques, est un produit réactionnel né sur place au moment de l'excitation alimentaire ou de toute autre excitation artificielle, et qui résulte de l'action des éléments glandulaires en dissolution digestive sur certains chlorures métalliques déversés là par le sang ;

3° La forme libre de l'acide chlorhydrique apparaît toujours ultérieurement à la forme combinée organique ;

4° La dissolution *artificielle* des cellules de certaines portions de la muqueuse gastrique fraîche donne naissance à un liquide *acide* ne renfermant pas trace d'acide chlorhydrique libre ; mais cette acidité est dans un rapport remarquable avec la quantité de phosphore total du liquide ;

5° Tous les éléments que l'on peut doser dans le liquide gastrique varient constamment aux divers moments de la digestion, sans que nous connaissions en quoi que ce soit les influences qui déterminent ces variations, si elles sont régulières et continues, ou bien si, au contraire, elles sont désordonnées et irrégulières.

Aujourd'hui, mes nouvelles recherches ont pour but de démontrer : *a*) que les faits révélés par l'analyse évoluent d'après des *lois mathématiques* ; *b*) que les faits de la digestion, de la sécrétion, de la dissolution cellulaire constituent des fonctions indépendantes les unes des autres, mais reliées entre elles par des relations chimiques, mécaniques et physiques ; *c*) qu'un des principaux facteurs de cette liaison est la concentration qui s'accomplit dans l'estomac, c'est-à-dire les phénomènes osmotiques dont cet organe est le siège.

En effet, l'analyse d'une expérience sur le chien montre que le chlore total se concentre d'une façon régulière ; le tracé graphique de la courbe représentative de cette concentration est une *parabole ordinaire*. Elle montre aussi que l'acide chlorhydrique combiné décrit une ligne droite, c'est-à-dire qu'il croît comme le temps, d'où il suit que ces deux fonctions (chlore total et chlore combiné) sont parfaitement *distinctes* et régulières. Elle montre enfin que le calcul permet de démontrer et que l'expérience confirme la théorie sur ce point que les *vitesses d'accroissement* de ces deux fonctions, différentes au début, convergent ensemble vers une limite commune à partir de laquelle elles restent égales et constantes. Le calcul permet encore de fixer le moment précis de cette égalité des deux vitesses : c'est le moment où la droite décrite par le chlore organique devient parallèle à la tangente à la parabole du chlore total. Ce moment est celui où les *chlorures fixes* ont atteint un taux de concentration qui ne variera plus jusqu'aux derniers moments de la digestion. Cette constatation est des plus remarquables et les résultats obtenus, absolument identiques, conduisent à la conclusion suivante : la stabilité des chlorures fixes, à partir d'un certain moment *calculable*, est une première et formelle preuve des phénomènes d'*équilibre* qui tendent à se produire et qui sont vraisemblablement sous la dépendance de la concentration.

Séance du 19 décembre 1892.

Séparation des micro-organismes par la force centrifuge.

M. R. Lezé. — Les micro-organismes comprennent, en majeure partie, des substances plus lourdes que l'eau. Si donc des microbes vivants flottent dans des liquides (vin, cidre, lait) dont la densité est voisine de l'unité, c'est que probablement ils contiennent des gaz et que la force qui les sollicite à monter ou à descendre est extrêmement faible. Mais on peut accentuer cette tendance à la séparation en soumettant les vases contenant des liquides fermentescibles et des organisme à un mouvement rapide de rotation.

La rotation éclaircit les liquides en fermentation et détermine la formation d'un dépôt gluant ou gélatineux, composé en grande partie d'un amas d'organismes vivants. Le liquide ainsi centrifugé n'est plus fermentescible.

Afin d'opérer une séparation plus facile, en diminuant la densité, on peut, soit chauffer le liquide à centrifuger, soit l'additionner d'autres liquides plus légers que l'eau (alcool, ammoniaque).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 janvier 1893.

Présidence de M. Chauvel.

Orchidopexie.

M. Terrillon. — J'ai pratiqué l'orchidopexie chez six enfants âgés de 9 à 15 ans ; la plus récente de ces opérations date de 13 mois environ et la plus ancienne remonte à 3 ans. Dans deux de ces cas le testicule était enkysté, sans hernie concomitante ; dans les quatre autres cas il existait une hernie, en même temps que l'ectopie du testicule.

Les résultats ont été satisfaisants chez trois de mes opérés, le testicule s'étant maintenu en bonne position et ayant augmenté de volume ; dans ces trois cas, l'opération date de trois ans, 18 et 13 mois.

Dans un quatrième cas, le testicule est remonté, sans qu'on puisse le faire redescendre, mais il a toutefois subi une augmentation de volume.

Enfin chez mes deux autres opérés, l'ascension du testicule s'est produite, et la glande est restée petite.

M. Berger. — J'ai eu, un certain nombre de fois, l'occasion d'opérer des ectopies du testicule accompagnant des hernies congénitales. Dans la plupart des cas, la hernie était manifeste. Lorsqu'il existe une malformation du conduit vagino-péritonéal avec oblitération incomplète, on trouve en haut et en bas un infundibulum, et l'infundibulum supérieur facilite la formation de la hernie.

Les difficultés que l'on peut avoir, dans l'orchidopexie, à abaisser le testicule, résultent tantôt de la brièveté du revêtement séreux, qu'il faut alors sectionner en collerette pour faire une vaginale avec sa portion inférieure, tantôt d'insertions vicieuses du gubernaculum testis, qu'on doit sectionner, pour obtenir la descente de la glande. En tout cas, il est bon de décoller suffisamment haut les éléments du cordon, de façon à les rendre indépendants.

Dans les cas où le testicule est intra-abdominal, il est enveloppé par le péritoine, fixé aux plans profonds, et on ne peut arriver à le faire descendre dans le scrotum ; il est alors préférable de faire la castration, d'autant plus que la glande est, le plus souvent, très atrophiée.

M. Lucas-Championnière. — Les difficultés opératoires de l'orchidopexie disparaissent quand, au lieu de procéder de bas en haut, on ouvre au contraire largement, dès le début, toute l'étendue du trajet inguinal.

Le canal déférent est généralement entouré d'un tissu dur très adhérent ; il faut alors faire une dissection minutieuse, et si, malgré cela, on n'arrive pas à faire descendre le testicule, on doit se résoudre à pratiquer la castration.

La libération du cordon constitue, en effet, bien plus que la fixation du testicule au fond des bourses, la condition essentielle du maintien ultérieur de la glande dans la situation où l'on a réussi à la placer.

M. Félizet. — Chez les enfants, on doit chercher à provoquer le développement d'une hernie, derrière un testicule ectopié, lorsqu'elle n'existe pas déjà, car la hernie entraîne le testicule dans le scrotum et rien n'est plus facile ensuite que de faire la cure radicale de la hernie.

M. Tuffier. — J'ai vu, chez un enfant de six ans, un cas d'insertion vicieuse du gubernaculum, qui allait se fixer en plein centre du périnée, et un autre cas, dans lequel le gubernaculum s'insérait à l'épine iliaque.

La libération complète du testicule est indispensable pour

obtenir un bon résultat; quant à la fixation au fond du scrotum, elle est nécessaire pour empêcher la glande de contracter des adhérences au niveau de l'anneau inguinal externe.

M. Routier. — J'ai opéré un malade de 22 ans, pour une ectopie testiculaire, occasionnant des accès très douloureux, et coïncidant avec une hernie congénitale, qui se traduisait de temps à autre par une tuméfaction du scrotum. Le cordon ne descendait pas au delà de l'anneau inguinal externe, et, n'ayant pu abaisser le testicule, j'ai dû pratiquer la castration. Dans ce cas, comme on le voit, l'existence d'une hernie n'avait pas amené la descente du testicule.

Résection trochléiforme du coude pour ostéo-arthrite tuberculeuse.

M. Kirmisson. — M. Denucé (Bordeaux), opérant une petite fille de 10 ans, pour une tumeur blanche du coude, s'est borné à réséquer l'extrémité de l'olécrâne et de l'apophyse coronoïde, et a fait une résection trochléiforme, qui laissait à peu près sa forme à l'articulation, de sorte qu'on lui a conservé de cette façon des mouvements assez étendus.

Luxation congénitale de la hanche; opération de Hoffa.

M. Kirmisson. — J'aurai prochainement l'occasion, à propos d'un travail de M. Broca, d'étudier plus longuement l'opération de Hoffa, et je veux simplement aujourd'hui résumer une observation de M. Denucé, relative à un cas de luxation congénitale de la hanche, traité par l'opération de Hoffa, chez une petite fille de cinq ans, qui présentait, avant l'opération, un raccourcissement total de 5 centimètres et demi, sur lesquels on pouvait attribuer 2 centimètres et demi à l'arrêt du développement du membre. Il existait chez la malade une lordose très marquée et une scoliose à convexité lombaire du côté de la luxation.

L'opération de Hoffa fut pratiquée le 9 septembre 1891. La capsule incisée, les muscles trochantériens, qui s'opposaient à l'abaissement, furent désinsérés au moyen de l'ablation d'une mince lamelle cartilagineuse sur laquelle ils s'inséraient. La cavité cotyloïde était petite, en grande partie comblée par du tissu fibreux qu'il fallait décoller en formant un lambeau qu'on laissa inséré au niveau de la partie supérieure de la cavité, et celle-ci fut, en outre, élargie et excavée à la gouge, pour lui permettre de recevoir la tête fémorale. Il n'y avait pas de ligament rond, comme cela a été constaté dans beaucoup de cas.

La réduction obtenue, M. Denucé rabattit et sutura le lambeau fibro-périostique décollé de la cavité cotyloïde ainsi que la languette d'insertion des muscles; puis il mit un drain et immobilisa le bassin et la jambe au moyen d'un appareil plâtré.

Le drain ayant été enlevé le 2 octobre, la cicatrisation fut complète et l'on imprima alors des mouvements à l'articulation, en même temps que l'on commença à mettre en œuvre le massage et l'électrisation. Le 10 novembre la malade sortait de l'hôpital.

Un an après l'opération, la lordose avait complètement disparu; la scoliose était notablement atténuée, la réduction s'était maintenue, mais il existait encore un raccourcissement de 3 centimètres, que M. Denucé attribue surtout à l'absence à peu près complète du col du fémur, constatée pendant l'opération, et aussi, dans une certaine mesure, à l'atrophie du membre.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 janvier 1893.

Sarcomatose généralisée.

M. Darier a observé une femme de trente ans qui présentait, il y a deux ans, une tumeur de la région parotidienne; peu à peu apparurent près de là de petites tumeurs souscutanées qui envahirent les régions cervicale, puis thoracique, et de là gagnèrent l'abdomen et les membres. La région mammaire était plus particulièrement riche en noyaux dont les plus gros avaient le volume d'une noix. Il y avait des pléiades dans l'aisselle, mais on ne pouvait affirmer qu'elles étaient de nature ganglionnaire, puisque ces petites tumeurs se généralisaient en tous lieux. C'est ainsi qu'on en avait senti dans le biceps, dans le grand pectoral. Aucune tumeur n'était nettement cutanée; on pouvait faire un pli à la peau sur chacun des noyaux sous-cutanés. L'état général de la malade resta longtemps normal malgré cet envahissement progressif; puis elle s'amaigrit, devint cachectique et mourut dans le marasme.

A l'autopsie, on trouva dans le péritoine quatre litres d'ascite séreuse, dans les plèvres deux litres de liquide citrin. Le foie, volumineux, remplissait le tiers de la cavité abdominale. On le trouva infiltré de gros noyaux dont quelques-uns sont saillants à la surface. Certains sont caséeux, d'autres présentent des foyers hémorrhagiques. Il en est de même aux reins, à l'ovaire, à l'utérus, aux poumons surtout, au péricarde, au myocarde et même à l'endocarde de l'oreillette droite. Au lobe frontal droit on trouva deux petits noyaux gros comme des grains de millet. Malgré la présence de tumeurs multiples sur le grand épiploon, il n'y avait aucune adhérence de cette membrane aux viscères; on ne constatait donc aucune réaction de tissus. Des préparations histologiques ont démontré qu'on se trouvait en présence de sarcome.

Syphilis. Carie de l'axis. Luxation de l'atlas sur l'axis. Mort.

M. Darier raconte l'histoire clinique d'une femme âgée de 32 ans, qui vint à l'hôpital pour tumeur de la région postérieure du crâne. Elle avait eu la syphilis à l'âge de 20 ans, et depuis de fréquents accidents; elle avait suivi son traitement avec négligence.

Comme la malade tournait sa tête avec raideur, on pensa à une arthrite des vertèbres du cou. Peu à peu on assista à des phénomènes de parésie du côté des membres supérieurs, et la malade mourut presque subitement, sans fièvre, sans crise épileptiforme.

A l'autopsie, on trouva de la cirrhose hépatique avec gommes; il n'existait rien de particulier du côté des autres viscères. L'os frontal présentait une plaque nécrotique. La cavité buccale, qui n'avait pu être examinée pendant la vie, à cause de trismus, présentait les lésions suivantes : le voile du palais était fixé à la paroi postérieure du pharynx; au-dessous se trouvait un large orifice laissant passer le doigt et communiquant par un trajet assez court avec un foyer purulent formé aux dépens de l'axis nécrosée. L'apophyse odontoïde était séparée du corps de l'axis; la troisième et la quatrième vertèbres cervicales étaient pareillement malades. La dure-mère rachidienne présentait une pachy-méningite gommeuse avec couches surajoutées (épaisseur 6 à 7 millim.) avec taches jaunes et ecchymotiques. C'est cette dure-mère qui comprimait les racines nerveuses. La pachy-méningite n'existait qu'à la face externe.

M. Dagron objecte que la lésion de l'apophyse odontoïde pourrait ne pas être de nature syphilitique. La gomme du pharynx a produit des désordres très marqués du côté de l'arrière-bouche; son orifice maintenu béant peut être considéré comme un point de départ d'infection secondaire, qui a envahi la région supérieure de la colonne cervicale.

M. Darier pense que derrière le pharynx et au-devant de la colonne vertébrale, il n'y a pas d'épaississement de tissus qui pourrait incriminer une infection secondaire.

M. Cornil fait remarquer la rareté de ce siège des lésions dans la syphilis; il conseille de bien vérifier s'il n'existe pas de cellules géantes en îlots pour rejeter toute idée de tuberculose.

Maladie kystique de la mamelle.

M. Delbet a examiné les deux seins d'une femme opérée par M. Reclus après le diagnostic posé de maladie kystique. Macroscopiquement, on ne découvrit aucun kyste, si ce n'est dans le sein gauche où l'examen en révéla deux gros comme une noisette.

Au microscope, on constate des lésions de mammite chronique. Les lésions sont glandulaires ou canaliculaires. Du côté des acini, on trouve un tissu cellulaire épaissi, fibreux,

avec des dispositions concentriques. L'épithélium a considérablement proliféré : les cellules sont informes, petites, à gros noyaux. Dans certains points, les cellules ont joui d'une vitalité manifeste, d'où dilatation d'un acinus et petit kyste; dans d'autres, il y a diminution notable des éléments qui sont étouffés : il ne reste plus que du tissu fibreux. Autour des canaux excréteurs, on trouve des déformations, et la coupe donne des figures en dents de scie; le tissu conjonctif s'est épaissi par places.

L'histoire de la maladie kystique a passé par différentes phases. On en fit d'abord un épithélioma (Brissaud) et on conseilla l'amputation du sein malade. On pensa ensuite (Toupet) que la maladie kystique était un syndrome clinique qui ne correspondait à aucun type anatomique. Enfin, la troisième opinion (Tillaux, Phocas) considérait cette affection comme une maladie bénigne de forme inflammatoire, et qu'on y retrouvait la cirrhose décrite dans les autres organes glandulaires.

Or, les pièces présentées par M. Delbet démontrent qu'il s'agit d'une affection inflammatoire; on ne peut soutenir la nature néoplasique. La réaction fibreuse se voit souvent autour des inflammations chroniques; dans la mammite chronique des vaches laitières, il y a ainsi augmentation du système fibreux; on a pu recueillir le microbe pathogène et inoculer la maladie.

On peut se demander par où passe l'agent irritatif. On ne saurait parler de la voie vasculaire, alors que la glande mammaire, en dehors de la lactation, est si peu riche en vaisseaux; il est plus probable que c'est par les canaux excréteurs; d'ailleurs, ceux-ci participent toujours au processus fibreux.

Les lésions qu'on trouve dans les adéno-fibromes sont semblables : on est donc conduit à se demander si ces tumeurs bénignes ne sont pas des maladies inflammatoires. On pourrait objecter que ces tumeurs sont encapsulées; mais cet encapsulement pourrait s'expliquer par la localisation à un seul lobule glandulaire du processus fibreux; or le tissu conjonctif périlobulaire est toujours lâche.

En résumé, M. Delbet pense que la maladie kystique est une véritable cirrhose glandulaire siégeant ou bien autour des canaux excréteurs (fibromes canaliculaires des Allemands) ou bien autour des canaux et des acini (maladie kystique) ou bien n'ayant envahi qu'un seul lobule (adéno-fibrome). Dans tous ces cas, il pense que l'intervention est inutile.

Syphilis cérébrale.

M. Pactet présente le cerveau d'un homme âgé de 35 ans, mort à l'asile Sainte-Anne.

Il s'agissait d'un ancien syphilitique qui présentait depuis quelque temps des bizarreries de caractère, de la diminution de la mémoire, des maux de tête violents avec insomnie, et même agitation nocturne vers la fin. On pensa à de la paralysie générale, mais on changea bientôt de diagnostic, les lésions devenant mieux définies. Il y avait plutôt aphasie qu'embarras de la parole, maladresse dans l'écriture, puis ce fut de l'affaiblissement dans le membre supérieur gauche, strabisme et enfin état comateux terminé par la mort.

L'autopsie révéla une infiltration diffuse occupant la totalité du lobe temporo-sphénoïdal et une partie du lobe occipital; les circonvolutions présentaient une teinte jaunâtre. A la coupe on ne trouva de liquide dans aucun point, la surface de section donna parfois l'aspect caséeux. On ne trouva rien dans les autres viscères. Le traitement spécifique donné dès le début n'avait pas été efficace.

Ossification de la dure-mère.

M. Dupasquier a trouvé, à l'autopsie d'un malade mort, après attaque apoplectiforme et hémiplégie, une dure-mère présentant à sa face interne une plaque osseuse, véritable exostose avec vaisseaux très nombreux. Le malade avait déjà présenté une première attaque d'hémiplégie; sous l'effet de la congestion la dure-mère avait sans doute repris son pouvoir ostéogénétique.

Oblitération du canal thoracique.

M. Thiroloix a trouvé à l'autopsie d'un malade mort tuberculeux une dilatation du canal thoracique et des chylifères du jéjunum et de l'iléon. Un des vaisseaux s'était rompu dans l'intestin et avait déterminé une diarrhée chyleuse vers la fin de sa vie.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 janvier 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Action des courants électriques sur le cerveau et la moelle.

M. Danion. — On a récemment contesté la possibilité d'une pénétration du courant électrique à travers la substance encéphalo-médullaire; le courant suivrait la voie tégumentaire ou le liquide céphalo-rachidien, bon conducteur. Or, il y a des raisons multiples d'admettre la pénétration. On connaît les phosphènes, vertiges, mouvements conjugués des yeux qui se produisent pendant l'électrisation. D'autre part, on peut démontrer la pénétration d'une manière directe. En admettant que les conditions physiques du cerveau restent sensiblement les mêmes après la mort, il est facile, après trépanation, de faire pénétrer profondément dans les hémisphères des aiguilles isolées en communication avec un circuit galvanométrique. Dans ces conditions, l'électrisation extérieure bitemporale est immédiatement suivie d'une déviation galvanométrique proportionnelle à l'intensité du courant. La pénétration existe donc, elle peut être démontrée également pour la moelle, et on peut l'utiliser en thérapeutique.

Je l'ai employée récemment chez un malade atteint d'une affection médullaire ancienne avec phénomènes d'éréthisme génital pénible. L'hydrothérapie, le massage, les pointes de feu, les bromures, la glace, etc., avaient échoué. Après quelques séances d'électrisation voltaïque puis faradique, les signes morbides se sont rapidement atténués et le malade a retrouvé un calme depuis longtemps inconnu.

Physiologie du frisson.

M. Richet. — Chez un chien chloralisé jusqu'à état anesthésique, la température s'abaisse de 39° à 32° ou même au-dessous. En même temps, les échanges nutritifs se ralentissent et l'excrétion de CO^2 tombe à 1/8 de la normale.

A mesure que l'animal sort de cet état, on voit se développer le frisson qui marque la tendance au réchauffement spontané. Tout d'abord la température reste stationnaire, alors que les échanges sont suractivés et l'excrétion de CO^2 notablement augmentée. Puis la température remonte vers la normale, en même temps que CO^2 dépasse le niveau physiologique. Le réchauffement ne commence à devenir véritablement effectif qu'au moment où le frisson est violent et général. Si l'apport d'oxygène est insuffisant, et si la respiration est déficiente, le frisson n'apparaît pas, ou n'existe que sous forme de courtes ébauches coïncidant avec l'oxygénation inspiratoire.

Hémorrhagies dans la fièvre typhoïde.

M. Chrétien. — Il y a plusieurs années que M. Bouchard a indiqué l'exagération du dicrotisme comme un phénomène précurseur de cet accident. J'ai eu l'occasion d'en observer récemment plusieurs exemples.

Ordinairement le dicrotisme du pouls est plus marqué dans les premières phases de la maladie et tend à s'atténuer vers la période qui est considérée comme dangereuse pour la production d'hémorrhagies. Or, dans les cas que j'ai en vue, le dicrotisme reparaît ou s'exagère pendant plusieurs heures ou jours avant l'accident. Et la constatation de ce caractère doit tenir le médecin en éveil. Il semble que ces modifications soient en rapport avec un relèvement de la tension artérielle, qui correspond à un certain éréthisme pathologique du cœur, prélude de l'affaiblissement par myocardite. Il n'y a malheureusement pas à espérer qu'on puisse modifier cette tension artérielle ni influencer ses rapports avec l'extravasation du sang.

M. Laborde. — A côté de ces conditions physiques, il est probable qu'il faut faire une place importante aux altérations de la crase du sang.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 *décembre* 1892.

Présidence de M. E. Labbée.

La dyspepsie hyperchlorhydrique et son traitement.

M. Bovet. — La douleur périodique après les repas, chez les dyspeptiques, n'est pas, comme l'a dit à la dernière séance M. Huchard (v. *Mercredi Médical*, 1892, p. 611), un des signes pathognomoniques de l'hyperchlorhydrie ; ce symptôme se retrouve aussi chez les hypochlorhydriques où l'analyse décèle souvent une fausse hyperacidité due en grande partie aux acides secondaires, lactique, acétique et autres. Le bicarbonate de soude, calmant momentanément la douleur, ne serait donc pas, comme on l'a signalé, la pierre de touche infaillible de la maladie hyperchlorhydrique. De là, la nécessité de se rendre compte, par l'examen analytique du suc stomacal, de la nature de la sécrétion gastrique, afin d'établir nettement, d'abord s'il y a hyperchlorhydrie d'emblée ou tardive, ensuite quel en est le degré, car le traitement et surtout le régime n'est pas le même à toutes les phases de la maladie.

Je suis très partisan du traitement par les alcalins, mais je n'oserais pousser les doses au delà de 8 à 10 gr. par vingt-quatre heures, de peur de provoquer chez l'hyperpeptique-chlorhydrique une secrétion permanente de l'acide chlorhydrique pouvant aboutir à l'atrophie glandulaire, maladie autrement grave que l'hyperchlorhydrie que l'on a voulu combattre.

En ce qui concerne le régime, j'ai vu la viande crue très bien tolérée chez les malades sécrétant 1 gr. à 1 gr. 50 °/₀₀ d'acide chlorhydrique, beaucoup mieux même que les féculents dont la proportion en eau est considérable. Toutefois, le pain, le vin et les graisses forment, selon moi, une trinité néfaste dans la thérapeutique des maladies d'estomac. Relativement au pain, j'ai reconnu, par de nombreuses analyses de suc gastrique, que le pain grillé seul pouvait être permis, et tout particulièrement le pain grillé diastasé de légumine, à cause de sa composition essentiellement azotée et phosphorée. A tous les degrés de l'hyperchlorhydrie, le vin quel qu'il soit, blanc ou rouge, produit une excitation qui, en congestionnant la muqueuse, favorise l'hypersécrétion gastrique. Le mieux est de donner l'eau franche et pure ou les eaux alcalines de Pougues, Vichy. Quant aux corps gras, qui produisent des fermentations butyriques, il y a lieu de les remplacer, pour accommoder les aliments, par la crème et le lait.

J'insiste pour que l'on ne porte jamais le diagnostic d'hyperchlorhydrie ou de toute autre dysepsie sans avoir préalablement fait l'analyse du suc gastrique, comme on le fait pour l'urine du diabétique, de l'albuminurique. La méthode analytique, dite du chimisme stomacal, due à la collaboration de MM. Hayem et Winter, répond à tous les cas pathologiques connus.

La technique qui repose sur le dosage du chlore d'abord total, puis à l'état d'acide chlorhydrique et de chlorures, tant organiques que minéraux, n'est ni longue ni difficile ; elle constitue un grand progrès, dû tout entier à la science française, qui n'en est plus à compter les découvertes dans l'art médical.

M. Dujardin-Beaumetz. — Je ne crois pas qu'on puisse être sûr de son diagnostic, tant qu'on n'a pas fait l'examen du suc gastrique. Lui seul peut révéler si l'acidité exagérée est due à l'acide chlorhydrique ou à l'acide lactique, ou à des fermentations locales. On peut de même présenter les symptômes de l'albuminurie, sans avoir d'albumine dans les urines ; il s'agit de les analyser pour être fixé, et je réclame instamment le contrôle chimique.

Je ne pense pas non plus que M. Huchard soit autorisé à baser absolument son diagnostic sur les résultats du traitement, car il est incontestable que le bicarbonate de soude augmente la sécrétion du suc gastrique acide. Le signe de la douleur, quelques heures après les repas, qu'il invoque pour asseoir son opinion, ne saurait nous éclairer davantage, car il apparaît aussi dans la dyspepsie hépatique, liée à la lithiase biliaire. On peut, dès lors, être induit en erreur.

En résumé, le public scientifique a le droit de répondre à notre collègue : Vos observations ne comptent pas, puisqu'elles n'ont pas été sanctionnées par l'analyse.

Je suis grand partisan de l'antisepsie intestinale ; mais il importe d'agir différemment selon que l'on vise le petit ou le gros intestin. Dans le premier cas, il ne faut pas exagérer les doses, de façon à ne pas arrêter la digestion intestinale. Qui dit diastase, dit microbes, et il y en a d'utiles, dont il ne faut pas entraver l'action. Si on rendait l'intestin grêle complètement aseptique, on s'exposerait à troubler son fonctionnement naturel. La perfection consiste donc à n'employer qu'un médicament qui ne produise que peu à peu ses effets ; le salicylate de bismuth, qui est vraiment basique, réalise ce résultat d'une façon parfaite. Il ne se décompose que lentement, et le bol alimentaire reste encore imprégné du principe antiseptique, lorsqu'il parvient enfin dans le gros intestin. Ici, nous n'avons plus autant de ménagements à garder et on peut agir plus énergiquement. En résumé, le salol, qui se décompose vite dans l'intestin grêle, doit être employé à dose moindre que les composés de bismuth.

M. Henri Huchard. — Il n'est en aucune façon prouvé que la médication alcaline intensive puisse, à la longue, déterminer « l'atrophie glandulaire » de l'estomac ; et je me demande comment une affirmation semblable peut être produite en l'absence d'autopsies. Il est plus juste et plus conforme à la clinique de dire que cette « atrophie glandulaire » est une suite naturelle de la maladie. Celle-ci commence par un trouble fonctionnel sécrétoire (l'hyperchlorhydrie), lequel peut aboutir et aboutit souvent au catarrhe gastrique et à l'hyperchlorhydrie consécutive.

Au sujet de l'examen du suc gastrique, pour formuler désormais le diagnostic d'une gastropathie, pour mon compte j'ai pratiqué cet examen, mais je crois que le diagnostic peut et doit être établi d'après la symptomatologie si spéciale à cette affection.

Dans la dernière séance, M. Dujardin-Beaumetz m'objectait que la maladie que j'avais observée n'était sans doute pas celle de Reichmann, puisque ce dernier auteur, et avec lui M. Bouveret, avaient insisté sur l'incurabilité de l'affection. Or, la première observation de Reichmann concerne précisément un jeune homme de vingt-sept ans, malade depuis six ans et chez lequel, « sous l'influence du traitement, la guérison survint rapidement ». D'un autre côté, Bouveret dit que la maladie peut guérir à son premier degré (j'ajoute, dans ses premières périodes et malgré son intensité), et sur dix observations d'hypersécrétion gastrique permanente, il y en a qui concernent des malades souffrant de leur estomac depuis douze, quinze, vingt et même quarante ans, c'est-à-dire à une période où les lésions gastriques provoquées par la gastrosucchorrhée sont irrémédiables. Or, la médication alcaline intensive a précisément pour but d'empêcher le développement de ces lésions.

D'un autre côté, les malades ne guérissent pas parce que la thérapeutique employée a été insuffisante. C'est ainsi qu'en Allemagne, Reichmann, Riegel, Gluzinski et Javorski se bornent aux lavages de l'estomac et à l'eau de Carlsbad. Seul, Boas a cherché à administrer des alcalins d'après le degré de la maladie : 8 à 10 gr. de bicarbonate de soude quand HCl dépasse 2,5 pour 1000 ; 12 gr. quand HCl atteint 3 pour 1000. Mais, ces doses sont encore insuffisantes, et tout dernièrement (*France médicale*, 23 décembre 1892), M. Alibert relatait l'observation d'un homme de quarante-cinq ans, malade depuis deux ans, et si gravement atteint que l'on pouvait croire à un cancer de l'estomac. Sous l'influence de ma médication, une amélioration considérable survint rapidement. Je demande que l'on fasse les mêmes expériences avant de me combattre.

Enfin, la dilatation de l'estomac dans la maladie de Reichmann n'a pas un caractère univoque, et il y en a trois sortes, les deux premières étant curables, et la dernière étant seule incurable :

1° Dilatation gastrique, contemporaine de l'hyperacidité et due vraisemblablement à un état de contraction pylorique (elle disparait assez rapidement par l'emploi de la médication alcaline intensive) ;

2° Dilatation gastrique due à la rétention et à l'accumulation des matières alimentaires dans l'estomac, accumulation et rétention qui sont certainement favorisées par le régime végétarien ; la preuve en est dans l'histoire d'un de mes malades chez lequel je fis disparaître rapidement la distension stomacale en substituant au régime végétarien, qui lui avait été à tort prescrit, le régime mixte que je propose ;

3° Dilatation gastrique incurable — celle de Bouchard — et qui résulte des lésions profondes des tuniques muqueuse et musculeuse de l'estomac par suite de l'irritation incessante due à l'état d'hyperacidité gastrique. Cette distinction clinique entre les différentes variétés de distension ou de dilatation gastrique est importante, si l'on veut bien se rendre compte du degré de curabilité de la maladie.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 28 décembre 1892.

Présidence de M. Mayet.

Kératose congénitale.

M. Augagneur présente une malade de son service de l'Antiquaille. C'est une petite fille âgée de 10 ans, atteinte d'une affection congénitale de la peau. Au point de vue de la forme élémentaire de la lésion, l'affection dont il s'agit peut se comparer à de petites verrues. Celles-ci sont disposées sans ordre apparent sur la moitié droite du corps. La face est indemne. On constate des groupes de verrues dans les régions suivantes : aisselle, pli du coude, face antérieure du grand pectoral, partie externe du pouce, creux poplité. Une de ces productions a été excisée et examinée histologiquement. Il s'agit d'une kératose. Cette affection est peu commune. Il y a cependant dans la littérature médicale un certain nombre de cas semblables : ces petites tumeurs siègent en général sur le trajet des nerfs.

Fracture du crâne. Monoplégie. Trépanation. Guérison.

M. Artaud, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. Aug. Pollosson. Voici l'observation résumée.

Un jeune homme de 20 ans reçut, le 11 décembre 1892, un coup violent dans la région fronto-pariétale. Aussitôt après l'accident, il y eut des troubles de la parole, mais le malade put rentrer chez lui et se déshabiller. Le 12, le bras gauche était absolument inerte. Le 13, le malade entra à l'Hôtel-Dieu. A l'entrée on constate sur le cuir chevelu, à droite, au niveau du sillon de Rolando une plaie de la dimension d'une pièce de un franc. L'exploration de celle-ci permet de sentir un léger enfoncement de la boîte crânienne à ce niveau. Bouche légèrement déviée; membre supérieur gauche absolument inerte; anesthésie complète de ce membre limitée à la racine. Membre supérieur droit et membres inférieurs intacts. Le 15 décembre, M. Pollosson décide l'intervention : large incision cruciale au niveau de la plaie, ablation des fragments osseux sur une large surface à la gouge et au maillet. Les méninges paraissent tendues. Incision de la dure-mère. Par l'incision il s'échappe un peu plus d'une cuillerée à café d'une bouillie grise et rougeâtre; c'est de la substance cérébrale. Cette partie nettoyée, le reste de la circonvolution se montre rougeâtre et recouvert d'un abondant piqueté hémorrhagique. Les suites de l'opération furent très simples. Le 24 le malade est complètement guéri. Le bras gauche n'offre aucune trace de paralysie et donne le même degré au dynamomètre que le bras droit.

Péritonite enkystée. Laparotomie. Guérison.

M. J. Rendu présente une femme de 27 ans qu'il a opérée le 5 octobre dernier par la laparotomie pour une énorme suppuration péritonéale enkystée (3 litres). Il ne s'agissait pas d'une péritonite tuberculeuse, mais d'une péritonite franche datant de 6 mois, survenue chez une femme de la campagne au troisième jour de ses couches.

Tuberculose chirurgicale. Maladie bronzée. Greffe de capsules surrénales.

M. Bérard, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un malade du service de M. Augagneur. Enfant de 14 ans ayant eu autrefois une coxalgie, puis récemment une synovite fongueuse de la gaine des extenseurs. Simultanément s'était produite une pigmentation de tout le tégument. M. Augagneur a pratiqué chez le malade des greffes de capsules surrénales de chien. Celles-ci ont été insérées dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen. La mort est survenue le 3e jour : elle fut précédée de fièvre, de convulsions, puis de coma. A l'autopsie on a trouvé un semis de granulations très récentes sur tous les organes abdominaux et sur la face inférieure du diaphragme. La capsule surrénale droite présente un point caséeux; la capsule gauche est entièrement caséeuse; quelques tubercules aux sommets des poumons.

Dr P. Lacour.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION DES MÉDECINS DE HALLE

Séances de novembre 1892.

Opération césarienne et symphyséotomie.

M. Kaltenbach. — Les indications absolues de l'opération césarienne persisteront à bon droit, mais les indications relatives disparaîtront complètement en raison des résultats heureux de la symphyséotomie. L'auteur présente une journalière avec son enfant à qui il fit, il y a trois semaines, pour un bassin rétréci dans tous ses diamètres, une incision césarienne conservatrice. Cette femme avait déjà eu six couches accidentées se terminant le plus souvent par l'embryotomie. Ce fut sur son désir formel d'avoir un enfant vivant que lui fut pratiquée l'opération césarienne.

L'auteur présente une pièce provenant d'une opération de Porro.

Sur la paroi postérieure de l'utérus amputé se trouvait inséré un myome de la grosseur d'une tête d'enfant qui remplissait entièrement le petit bassin et y contractait de solides adhérences.

L'opération césarienne sauva la mère et l'enfant qui pesait 8 livres à sa naissance.

Cholestéatome du temporal.

M. Grunert. — Il s'agit d'une question qui présente plus d'un point d'intérêt pratique; c'est une affection fréquente, relativement facile à diagnostiquer, enfin comportant un pronostic favorable si on intervient chirurgicalement.

Le cholestéatome primitif du temporal, en raison même de sa rareté, ne présente pas d'intérêt; il en est tout autrement du cholestéatome secondaire qui survient si souvent à titre de complication des suppurations chroniques de l'oreille moyenne.

Le cholestéatome du temporal est une tumeur atteignant jusqu'au volume d'une noix, siégeant habituellement dans l'oreille moyenne et surtout dans l' « antrum mastoïdeum ». Macroscopiquement la tumeur offre un aspect glanduleux, et se trouve constituée par des couches lamelleuses stratifiées, concentriques, faciles à isoler. Le noyau central est souvent suppuré. Au microscope chaque lamelle est formée de cellules épithéliales polygonales, plates, à gros noyau, entre lesquelles on observe des granulations graisseuses, des microbes et souvent des cristaux de cholestérine. La présence de ces derniers a fait donner par J. Müller le nom de cette affection.

Au point de vue pathogénique, la tumeur est formée par une membrane génératrice qui ne rappelle en rien la structure de la muqueuse de l'oreille moyenne, mais qui présente les caractères de la zone de Malpighi, du derme de la peau.

S'agit-il d'une propagation des éléments de la peau à l'oreille moyenne, ou d'une métaplasie, d'ordre irritatif, c'est là un point difficile à élucider.

La tumeur augmentant, envahit par action mécanique la région mastoïdienne et la tempe. Elle progresse en usant les éléments qu'elle rencontre et ne présente aucun caractère de malignité; d'ailleurs jamais on n'a observé de métastase.

Lorsqu'elle perfore le temporal, il peut survenir les complications habituelles, méningite, abcès cérébral, thrombose suppurée du sinus, etc.

La fréquence du cholestéatome est de 17 0/0 des affections de l'oreille, il s'observe de 15 à 30 ans.

On le voit, il y a lieu de faire un diagnostic précis; un point important est la qualité des sécrétions de l'oreille. Si l'on y rencontre les lamelles épidermiques nacrées décrites, on aura de fortes présomptions pour le cholestéatome.

L'otoscopie ne rend pas toujours des services appréciables; il est cependant un cas où l'on peut voir directement la production épidermique à travers une rupture partielle ou totale du tympan.

La température ne présente rien de particulier, à moins de complications cérébrales. La région mastoïdienne ne révèle également rien de typique; elle n'offre des symptômes inflammatoires que quand la paroi osseuse est usée, perforée.

Le pronostic est très grave en raison des complications cérébrales. On comprend facilement que l'affection ne puisse guérir spontanément en raison même de sa nature.

L'ouverture peut se faire au dehors au niveau de l'apophyse mastoïde, et du tympan; la voie habituelle est celle que se fait la tumeur dans la fosse temporale, et les points de perforation de prédilection sont le tympan, le tegmen antri et le sulcus transversus. En thèse générale l'ouverture se fait aux points de moindre résistance.

Le traitement doit être chirurgical et aussi radical que possible; il faut détruire soit par la curette ou le fer rouge la zone génératrice, aussi complètement que possible, pour éviter toute récidive.

SOCIÉTÉ DE HUFELAND DE BERLIN

Séance du 15 décembre 1892.

Maladie de Thomsen.

M. Mendel présente un individu de 28 ans atteint de maladie de Thomsen (myotomie congénitale) dont les premiers symptômes remontent à l'enfance. Peu à peu la maladie se dessina et aujourd'hui on trouve chez le malade le tableau clinique complet de cette affection.

Quand le malade regarde un objet, il ne lui est pas facile d'imprimer à ses yeux une autre direction; il en est de même de l'ouverture des paupières fermées. La mastication est pénible, de sorte que le malade prend presque toujours une nourriture liquide. La parole n'est pas toujours facile à cause d'une ataxie de la langue.

Quand le malade a le bras étendu, il ne peut le plier qu'au bout d'un certain moment. Du côté des membres inférieurs, on constate le même phénomène, de sorte que la marche est très difficile, le malade craignant tout le temps de tomber.

Le malade a été exempté du service militaire après avoir été longtemps tenu pour un simulateur. Pourtant les symptômes qu'il présente sont bien ceux de la myotomie congénitale.

Cette affection est très rare. Dans la littérature, il n'existe qu'une cinquantaine d'observations. M. Mendel, qui voit tous les ans à sa clinique plus de 3,000 malades nerveux, n'a vu cette affection que trois fois.

Un malade de M. Mendel se plaignait encore de sueurs profuses et de faiblesse d'érection. La réaction électrique des muscles se distingue chez ces malades par sa lenteur. Ainsi la contraction musculaire continue encore après l'impulsion de la volonté ou après la cessation du courant électrique. En somme, ces malades présentent une hypertrophie particulière du système musculaire.

Le pronostic est mauvais, en ce sens que la guérison n'a jamais été obtenue. Mais par l'exercice, les malades peuvent arriver à améliorer leur situation. Le massage n'est pas d'une grande utilité.

Physiologie des habitants sous-tropicaux.

M. Lehmann, qui est resté longtemps aux Indes hollandaises, a étudié plusieurs points de physiologie des habitants de ces pays.

La température des indigènes est en moyenne d'un demi-degré inférieure à celle des Européens. Elle atteint son maximum le matin, descend ensuite pour présenter un second maximum vers l'après-midi.

La transpiration présente chez les Malais la même intensité et les mêmes caractères que chez les Européens. Par contre, l'acuité visuelle est plus grande chez les premiers que chez les seconds.

Chez les Européens qui vivent longtemps sous les tropiques on constate un affaiblissement des muscles, une diminution du poids, une tendance plus grande de la peau à la transpiration et une diminution à la diurèse. La peau est ordinairement pâle, mais il n'existe pas d'anémie proprement dite.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE GREIFSWALD

Séance du 3 décembre 1892.

Fièvre typhoïde.

M. Jahn a soigné à la Clinique médicale 46 hommes et 32 femmes atteints de la fièvre typhoïde. Le traitement par les bains progressivement refroidis lui a surtout bien réussi. Dans les cas de diarrhée trop intense, il administrait des infusions intestinales au tannin. L'exposition des malades à l'air libre sous une véranda couverte a eu une action particulièrement bienfaisante sur l'état général.

Gonocoques.

M. Abel. — On sait que le gonocoque ne se cultive que sur le sérum sanguin humain; on peut cependant aussi l'ensemencer avec succès sur l'agar-agar, pourvu qu'on imprègne préalablement la surface de la gelée avec quelques gouttes de sang humain.

Myosarcome du rein.

M. Heidemann. — Il s'agit d'une tumeur rénale rencontrée chez un enfant d'un an 1/2, présentant les caractères d'un sarcome avec nombreuses fibres musculaires striées. Les tumeurs de ce genre sont très rares, et s'observent le plus souvent dans le rein ou le testicule. L'auteur pense qu'il s'agit dans ce cas d'une transposition d'éléments embryonnaires ou d'une anomalie de développement antérieure à la différenciation complète du blastoderme. L'auteur se fonde dans son opinion sur l'existence d'une capsule épaisse enveloppant entièrement la tumeur; celle-ci est incluse dans le parenchyme rénal qui constitue autour d'elle une couche de 2 cent. d'épaisseur. La tumeur, de 24, 12, 8 cent. dans ses différents diamètres, présente dans son tissu homogène gris-blanchâtre des tractus fibroïdes nombreux de 3/4 de cent. de large, en parties rouge comme du muscle, en partie blanchâtres. Ces tractus sont formés de fibres musculaires nettement striées, ayant l'aspect de fibres embryonnaires.

Livres déposés au Bureau du Journal

Librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Leçons de thérapeutique, par le Dr G. Hayem, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine.

Les Médications, quatrième et dernière série. 1 fort vol. in-8°. 12 fr.

Chacun de ces 3 premiers volumes est vendu séparément: 8 fr.

Manuel technique de massage, par le Dr J. Brousses, médecin-major de 2e classe, répétiteur de pathologie chirurgicale à l'Ecole du Service de santé militaire, lauréat de l'Académie de médecine. 1 vol. petit in-18, avec figures dans le texte. 2 fr.

Librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

Manuel de pathologie et de clinique médicales infantiles, par le Dr Pierre-J. Mercier, médecin-consultant aux eaux de Bourbonne-les-Bains. Paris, 1892. 1 vol. in-8°. 8 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès périamygdaliens, par le Dr A. Ruault.

On sait, et c'est là une notion banale, qu'en cas de phlegmon périamygdalien l'évacuation spontanée ou opératoire du foyer purulent est constamment suivie d'un soulagement considérable. Quand l'abcès se vide d'un seul jet, l'amélioration est telle qu'elle équivaut presque, pour le malade, à une guérison immédiate et absolue. Aussitôt donc qu'en pareil cas le pus est collecté, l'indication est formelle : il faut lui donner issue. Attendre l'évacuation spontanée, c'est condamner le malade à un ou plusieurs jours de souffrances qu'on peut lui épargner en intervenant de suite. Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord sur ce point, mais tous aussi reconnaissent que la constatation des signes indiquant que l'abcès est formé, et quel est son siège exact, n'est pas toujours facile. Quand le volume de la collection est médiocre, ce qui est le cas le plus ordinaire, la recherche de la fluctuation ne donne dans beaucoup de cas que des résultats douteux, d'autant mieux que la difficulté qu'éprouve le malade à ouvrir la bouche et la douleur résultant de l'exploration digitale rendent l'examen plus ou moins laborieux. Le médecin reste donc assez souvent indécis : il hésite à recourir au chloroforme pour tenter une exploration plus complète ; il n'ose pas intervenir parce qu'il n'est pas certain de trouver du pus en foyer ; et il remet l'opération au lendemain. C'est ainsi que, dans un grand nombre de cas, l'évacuation spontanée a lieu avant que la constatation des signes de certitude ait pu être faite.

A la vérité, l'exploration donnerait dans beaucoup de cas des résultats plus précis si le médecin la pratiquait méthodiquement, et se conformait aux règles qui ont été indiquées récemment par M. J. Lemaistre (de Limoges). Dans une communication (1) trop peu connue encore, ce judicieux observateur a conseillé de rechercher la fluctuation à un demi-centimètre environ du bord interne du pilier antérieur, au niveau de l'union du tiers supérieur de ce pilier (portion oblique) et des deux tiers inférieurs (portion verticale). En appliquant sur ce point l'extrémité de l'index en extension dans la direction antéro-postérieure, on a, dès que l'abcès est collecté, la sensation d'une dépression en forme de boutonnière à peu près verticale, formée par l'écartement des faisceaux musculaires. Si alors on exerce une pression brusque et qu'on retire ensuite le doigt pour le maintenir à la place qu'il occupait d'abord, on sent un choc en retour parfois très net. Je n'ai jamais négligé, depuis la publication de la note de M. J. Lemaistre, de rechercher le signe qu'il a fait connaître, et j'ai pu me convaincre de l'exactitude de ses assertions. Toutefois je ne pense pas que le siège de la boutonnière du pilier antérieur soit aussi constant que l'a dit le chirurgien de Limoges. Je l'ai parfois trouvé plus bas, près de la partie moyenne de la portion verticale du pilier, alors que l'exploration des régions situées au-dessus avait été négative. Parfois aussi j'ai constaté la présence de la boutonnière sans pouvoir percevoir nettement la fluctuation à son niveau, bien que l'abaissement de la température ou du moins la rémission matinale de la fièvre, ainsi que la diminution de la céphalalgie, coïncidant avec la persistance de la douleur locale un peu plus circonscrite, m'eussent porté à penser que l'abcès devait être formé. Ces différences dans les résultats de l'exploration tiennent évidemment au siège de l'abcès, qui se collecte tantôt plus haut, tantôt plus bas ; tantôt immédiatement derrière le pilier, tantôt plus en arrière au niveau de la face externe de l'amygdale.

Pour M. Lemaistre, le lieu d'élection de l'incision est précisément la boutonnière intra-musculaire qu'il a signalée. Comme M. Verneuil(1) et la plupart des auteurs, il recommande d'inciser à travers le pilier antérieur, et d'aller, d'avant en arrière, à la recherche du foyer purulent. Je crois au contraire, pour ma part, que la voie que doit suivre l'instrument pour aller atteindre ce foyer est plutôt celle que suit le plus souvent la collection purulente lorsqu'elle s'évacue spontanément, l'expérience ayant montré que cette évacuation spontanée est suivie de guérison complète, sans fistules persistantes, dans la très grande majorité des cas. Or jamais l'abcès ne s'ouvre seul à travers le pilier antérieur, mais bien, entre celui-ci et la tonsille, le plus souvent au niveau de la partie supérieure de l'amygdale près de la fossette sus-amygdalienne, ou bien encore à travers la tonsille elle-même, par un ou plusieurs orifices cryptiques. C'est donc en passant entre le pilier et l'amygdale, pour gagner au besoin la face profonde de celle-ci, qu'il faut aller à la recherche du pus.

Bien entendu, ce n'est pas à l'aide du bistouri droit ordinaire que cette manœuvre peut être exécutée. Il faut se servir, pour contourner l'amygdale et atteindre sa face adhérente, d'un stylet rigide et résistant fixé à un manche, et dont l'extrémité mousse est coudée, à angle droit au moins, pour former une petite branche d'un centimètre et demi de longueur environ. C'est le crochet mousse que les laryngologistes emploient aujourd'hui à chaque instant pour rechercher les adhérences entre les tonsilles et les piliers, explorer les cryptes amygdaliennes, et débrider celles-ci en cas d'amygdalite lacunaire caséeuse chronique. On introduit, de haut en bas, l'extrémité de l'instrument au niveau de l'angle antérieur de la fossette sus-amygdalienne, et on la pousse entre le pilier et la tonsille. On tire ensuite à soi, obliquement en dedans, de façon à détacher l'amygdale de la face postérieure du pilier où presque toujours elle est soudée, et lorsque ces adhérences ont été libérées, on contourne la région antéro-externe de la glande avec le crochet en dissociant le tissu cellulaire, de façon à atteindre le foyer purulent. Cette dernière partie de la manœuvre n'offre aucune difficulté, tandis que la libération des adhérences de l'amygdale avec la face profonde du pilier est assez pénible. Le crochet mousse n'y suffit pas dans la grande majorité des cas, et il faut recourir à un crochet coupant en serpette de même forme, que j'ai fait construire à cet usage par M. Raoul Matthieu. Les adhérences une fois sectionnées, on reprend le crochet mousse pour dissocier le tissu cellulaire périamygdalien. Il est important de se maintenir toujours à la surface de la glande, ce qui exige quelque attention, parce que la tonsille enflammée étant le plus souvent friable et se laissant déchirer avec facilité, il peut arriver qu'on introduise par mégarde le crochet dans son tissu propre, et qu'on reste alors en dedans du foyer qu'on veut atteindre.

En suivant ce procédé opératoire, que j'ai adopté depuis deux ans déjà, on arrive presque toujours à vider l'abcès assez vite, sans que le malade se plaigne de douleurs exagérées si l'on a pris soin d'émousser la sensibilité locale, autant que faire se peut, par l'application préalable d'une solution forte de cocaïne. On n'éprouve de difficultés que dans les cas, très rares du reste, où le pus se collecte tout à fait en arrière. Dans ces conditions

(1) J. Lemaistre. *Association française pour l'avancement des Sciences.* Congrès de Limoges, 1890.

(1) Verneuil. *Gazette des hôpitaux,* 1879, page 162.

(qu'on peut d'ailleurs soupçonner à l'inspection de la gorge en constatant que l'amygdale est refoulée en avant et tordue sur son axe de façon à ce que sa face interne devienne presque antérieure), il faut, pour atteindre l'abcès, passer le crochet entre le pilier postérieur et l'amygdale, après avoir libéré les adhérences entre la face antérieure du premier et le bord postérieur de la seconde.

L'abcès une fois évacué, il est avantageux de faire pénétrer dans sa cavité un topique antiseptique (liqueur de Van Swieten, solution iodo-iodurée, phénol sulforiciné), dont on imbibe un tampon de coton hydrophile fixé à l'extrémité recourbée d'un stylet porte-ouate. On fait faire ensuite, pendant quelques jours, des gargarismes antiseptiques, jusqu'à ce que la guérison soit confirmée.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur le rôle des associations microbiennes dans la fièvre typhoïde (1), par M. H. VINCENT, médecin aide-major de 1re classe.

(Laboratoire de Bactériologie de l'hôpital militaire du Dey, à Alger.)

Parmi les facteurs de gravité de la fièvre typhoïde, les plus puissants et les plus habituels sont, d'une part, la réceptivité particulière de l'individu infecté, d'autre part l'intensité de la virulence du germe typhique. Il existe cependant encore un élément qui paraît exercer, dans la léthalité qui pèse sur cette maladie, un rôle sinon aussi fréquent, du moins tout à fait imprévu. Je veux parler d'associations bactériennes primitives ou surajoutées dont l'influence ne se traduit pas toujours par des manifestations cliniques retentissantes ou par des localisations morbides qui puissent donner l'éveil sur leur intervention, mais dont l'examen bactériologique peut fournir aisément la preuve.

Lorsqu'on pratique, en effet, à une période aussi rapprochée que possible de la mort et en prenant les précautions les plus strictes pour éviter la souillure, l'ensemencement des tissus, des viscères, du sang, du système nerveux prélevés chez les sujets qui ont succombé au cours de la dothiénentérie, les cultures dénoncent souvent, à côté du bacille d'Eberth, la présence concomitante d'autres microbes pathogènes plus ou moins généralisés qui réclament, avec le bacille typhique, leur part de responsabilité dans la mort du malade.

Tantôt on les rencontre dans un ou plusieurs organes, tantôt ils se sont multipliés au point d'envahir toute l'économie et d'être retrouvés dans le sang. Ils ont donc, par l'apport de leur contingent spécifique et morbide, empoisonné l'organisme, de concert avec le microbe de la fièvre typhoïde.

Dans une communication présentée, en 1891, à la Société médicale des hôpitaux, j'ai appelé l'attention sur la fréquence relative de l'infection mixte par le streptocoque et le bacille typhique et sur la gravité souvent considérable de cette symbiose microbienne. Or, le streptocoque ne possède pas seul le privilège de s'allier au bacille d'Eberth : il existe d'autres bactéries susceptibles, elles aussi, d'entrer en scène pendant le cours ou même au début de la propathie typhoïdique et d'amener une infection généralisée parallèle à celle du bacille typhique.

C'est en dirigeant particulièrement les investigations dans ce sens que nous avons eu l'occasion de pratiquer 19 autopsies nouvelles de fièvre typhoïde accompagnées chaque fois de l'examen bactériologique *précoce* des viscères et du sang.

Le mode de recherche le plus simple et le plus favorable consiste à ensemencer directement les parcelles viscérales ou le sang, recueillis avec pureté, dans le bouillon de bœuf porté à l'étuve à 38° et à la surface de tubes ou de plaques de gélose placés à la même température.

Lorsque le bouillon, examiné après 24, 36 heures, renferme une culture mixte, on sépare les germes qui l'ont fécondé simultanément à l'aide des procédés habituels.

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 17 janvier 1893.

Sur les 19 autopsies dans lesquelles a été faite la recherche spéciale de ces microbes d'infection adventice, le bacille typhique a été trouvé dans 8 cas absolument seul. (Je n'ai pu cependant rechercher s'il existait des microbes anaérobies.) Dans les autres cas, les ensemencements ont fourni, en même temps que le bacille d'Eberth, d'autres bactéries pathogènes :

Dans la rate	1 fois.
Dans la rate et les ganglions mésentériques	2 —
Dans la rate, le foie et les ganglions	2 —
Dans tous ou presque tous les viscères ou dans le sang du cœur	6 —

Nous ne voulons retenir ici que ces deux derniers cas d'infection mixte généralisée : ils sont au nombre de six. Leur fréquence témoigne donc hautement du rôle des associations bactériennes dans la pathogénie de la mort par la fièvre typhoïde. On ne saurait en être surpris quand on songe à la détérioration profonde qu'entraîne par lui-même chez le malade l'empoisonnement typhoïdique, et aux causes multiples qui ouvrent si facilement la porte aux germes pathogènes des infections deutéropathiques : ulcérations intestinales, angines, otites, lésions de l'appareil aérien, etc.

Une première preuve de la spécificité d'action de ces microbes satellites résulte déjà de leur généralisation même. Une deuxième, plus importante encore, découle de leur virulence dont on peut faire l'essai par l'inoculation expérimentale aux animaux : cette virulence s'est, le plus souvent, montrée d'une activité extrême.

Les espèces bactériennes qui ont été rencontrées dans ces cas d'infection mixte sont, en effet, les suivantes :

Streptocoque	2 fois.
Bacterium coli commune	1 —
Proteus vulgaris	1 —
Microbes indéterminés	2 —

Nous avons eu affaire, dans deux de ces cas, à une septicémie polymicrobienne. En même temps que le *proteus vulgaris*, le sang et la rate renfermaient, dans une des autopsies, le *staphylococcus pyogenes aureus*. Celui-ci fut également trouvé dans un autre cas d'infection mixte.

Les propriétés pathogènes du streptocoque, celles du *bacterium coli commune* sont bien connues et l'on s'explique que, par leur association avec le bacille d'Eberth, ces microbes aient entraîné rapidement la mort des malades.

L'exemple d'infection protéo-typhique se rapporte à un soldat vigoureux qui présenta, au début de son affection, des frissons répétés et irréguliers, bientôt suivis d'une fièvre arythmique avec type inverse de la température, amaigrissement aigu, délire et hallucination. Cet homme succomba au bout du quinzième jour.

Chez deux autres malades, nous avons rencontré dans les viscères et dans le sang deux bacilles indéterminés : l'un ressemblait au coli-bacille, à l'examen microscopique et dans les cultures sur pomme de terre, mais il liquéfiait la gélatine et se colorait par le procédé de Gram. L'autre bacille sécrétait dans le bouillon une substance très visqueuse. Ces deux microbes se sont montrés très virulents. Inoculés seuls, ils tuent en effet le lapin en 30 heures, le cobaye en 9 heures, le rat blanc en 6-8 heures. L'injection combinée de ces micro-organismes et du bacille d'Eberth provoque des effets plus prompts encore, presque foudroyants.

Dans un autre cas, nous avons retiré de la rate d'un sujet mort au septième jour de la fièvre typhoïde, outre le bacille d'Eberth, un bacille très peu actif lorsqu'on l'inoculait seul soit au cobaye, soit au lapin. Mais, associé à une dose non mortelle de bacille typhique, il tuait l'animal en quelques jours, après des symptômes d'abattement, de la diarrhée et de la fièvre. Le malade chez lequel ce microbe avait été isolé, avait présenté, pendant son affection, une fièvre de moyenne intensité; mais les pulsations du cœur avaient offert dès le début le caractère embryocardique.

A part une intensité anormale des phénomènes nerveux, et, le plus souvent, de la fièvre, la plupart des associations microbiennes précitées ne se sont, par conséquent, traduites par aucun signe particulier qui pût les faire soupçonner. A défaut de l'examen bactériologique, on eût donc imputé la marche fatale de la maladie à l'infection typhoïdique pure :

en réalité, la mort relevait d'infections surajustées, auxquelles le bacille d'Eberth avait préparé la voie.

Ces exemples peuvent donner l'interprétation d'un certain nombre de cas de dothiénentérie interrompus à bref délai par la mort, et dans lesquels celle-ci ne se trouve pas justifiée par les lésions constatées à la table d'autopsie.

Il est une autre particularité empruntée à l'histoire clinique de cette affection, dont cette étude permettra, dans une certaine mesure, d'apporter l'explication. Nous faisons allusion aux suppurations si fréquentes qui surviennent dans le cours et surtout au déclin de la fièvre synoque. Nous avons, en effet, rencontré souvent dans la rate des typhoïdiques, les staphylocoques pyogènes blanc et doré, ce dernier surtout. Parfois même, on a pu les retrouver en même temps dans les glandes mésentériques et dans le foie. Il est évident que la localisation restreinte de ces germes pyogènes ne permet pas de leur attribuer quelque rôle dans la pathogénie des accidents qui ont amené la mort. Mais il n'est pas davantage douteux que l'on ne puisse tirer un enseignement utile de leur présence dans le parenchyme splénique des malades, à une période parfois très rapprochée du début de l'affection. Transportés dans la rate après avoir pénétré le plus souvent à la faveur des lésions intestinales, les pyocoques se conservent dans cet organe par une sorte de parasitisme latent jusqu'au jour où, mobilisés par l'activité de la circulation lymphatique, ils vont coloniser en un point de l'économie.

De la fréquence relative des associations bactériennes dans la dothiénentérie et du rôle si grave, si important qu'elles remplissent dans la mortalité de cette maladie, ressort une conclusion applicable au traitement de la fièvre typhoïde. M. le professeur Bouchard a établi que ce traitement ne doit pas seulement remplir les indications symptomatiques ou morbides de l'affection, mais qu'il doit encore viser l'hygiène du tube digestif. Dans plusieurs cas, nous avons pu constater que l'infection secondaire généralisée reconnaissait pour genèse une lésion locale en apparence minime : angine, otite, etc... Ces faits semblent donc commander, avec plus d'énergie encore, s'il est possible, la désinfection minutieuse, répétée, des téguments, des cavités nasales, buccale, pharyngée du typhoïdique, non moins que l'antisepsie intestinale régulièrement instituée. En détruisant les germes infectieux étrangers que le malade recèle en lui et sur lui, ne peut-on pas espérer prévenir nombre de complications, ou, du moins, en atténuer la portée et, par la suppression d'un élément important de la gravité de la dothiénentérie, abaisser encore le taux de sa mortalité ? Telle est la sanction pratique que ces recherches paraissent comporter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 janvier 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Traitement de l'éclampsie.

M. Charpentier. — Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie, et contre l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines de toutes les femmes enceintes, et si l'on y constate la présence de l'albumine, si minime que soit la quantité de cette albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le *traitement préventif par excellence de l'éclampsie.*

Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclamptique, débuter, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée, par une saignée de 4 à 500 grammes. Puis administrer la médication chloralique en suivant les préceptes que nous avons donnés et en faisant prendre du lait aussitôt que cela sera possible.

Si la femme est plus délicate, si les phénomènes de cyanose sont peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique.

Attendre que le travail se déclare spontanément, et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible.

Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles, terminer l'accouchement par une application de forceps ou une version, si l'enfant est vivant; par une céphalotripsie, une basiotripsie, une cranioclasie, si l'enfant est mort.

Attendre, pour intervenir ainsi, que l'état des parties maternelles soit tel (dilatation complète, ou dilatabilité du col) que l'on puisse le faire impunément, c'est-à-dire sans violence et par suite sans danger pour la mère.

Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels, où le traitement médical aura échoué complètement.

Rejeter absolument l'opération césarienne et l'accouchement forcé, surtout l'accouchement forcé par les incisions profondes du col, c'est-à-dire la méthode sanglante.

M. Guéniot. — Les statistiques m'inspirent une médiocre confiance, car elles réunissent des faits en réalité disparates. L'éclampsie, en effet, n'est pas une maladie toujours semblable à elle-même, mais elle se compose de deux éléments, une intoxication et une superexcitabilité des réflexes médullaires qui s'associent en proportions très variées. Les cas où la toxémie est légère guérissent seuls, ou à peu près ; ceux où elle est intense sont mortels même quand on fait cesser les attaques; entre les deux la série est ininterrompue.

Nous sommes à peu près impuissants contre la toxémie que nous ne combattons guère que par la saignée; mais pour l'attaque convulsive, nous pouvons la faire cesser à volonté par le chloroforme ou le chloral. Le chloroforme est excellent, à condition d'être employé jusqu'à résolution, pendant 5, 6, 8 heures, en en redonnant au moindre réveil des réflexes et non pas, comme on le fait souvent, en attendant le début de l'attaque suivante.

Au bout d'une séance de ce genre, quelquefois après une deuxième, la malade est guérie si elle n'est pas trop empoisonnée. Mais c'est un moyen difficile à employer. Le chloral en lavement agit d'une manière analogue et est d'un emploi plus facile.

L'évacuation utérine doit être faite si elle est très facile, mais je repousse, avec M. Charpentier, l'accouchement forcé, l'opération césarienne, tous les actes capables d'exagérer les réflexes. C'est pour le même motif que je suis opposé aux sangsues, aux vésicatoires. La malade sera en outre loin de tout bruit, dans la demi-obscurité.

Dans les formes hypertoxiques, il n'y a rien à faire. Malheureusement leur diagnostic ne peut être que soupçonné et non point affirmé.

M. Tarnier. — Je pense avec M. Charpentier que le fait capital est le traitement préventif par le régime lacté *absolu* (et aujourd'hui j'ajoute, d'emblée absolu) continué pendant une semaine chez toute femme enceinte albuminurique. De la sorte, je n'ai plus eu depuis plusieurs années à l'hôpital de cas intérieur, sauf un tout récent, chez une femme non albuminurique, — et pour moi cette absence d'albuminurie n'est qu'apparente, elle tient à l'imperfection de nos réactifs; je suis disposé à admettre qu'il n'y a peut-être pas d'éclampsie sans albuminurie. En tout cas, l'efficacité absolue du traitement préventif doit être hautement affirmée.

M. Guéniot a dit qu'il n'y avait pas de moyen de reconnaître le degré de toxicité de la maladie. C'est vrai si on ne fait que regarder la malade, mais non si on pratique, comme je l'ai fait avec M. Chambrelent (Voy. *Mercredi*, 1892, p. 479), des injections de sérum des éclamptiques au lapin.

Une fois l'éclampsie déclarée — et elle donne alors environ 1/4 de mortalité — j'ai pendant longtemps donné le chloroforme comme l'a dit M. Guéniot; j'ai aussi fait la saignée. Actuellement j'essaie, après avoir fait une saignée pour diminuer le poison, de diluer le sang en faisant prendre du lait en grande quantité, à la sonde œsophagienne; je ne sais pas ce que cela donnera.

Je suis, comme MM. Charpentier et Guéniot, opposé à l'accouchement forcé, à l'opération césarienne.

M. A. Robin. — A la notion d'insuffisance des réactifs pour déceler l'albumine, j'ajouterai cette notion que pour faire cette recherche il faut prendre l'urine rendue après le repas ; souvent celle-là seule en contient, et si on prend l'urine des 24 heures le produit pathologique est trop dilué pour être facilement trouvé.

M. Albarran présente un cas de symphyséotomie pour réséquer une tumeur de la vessie (sera publié *in extenso*).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 *janvier* 1893.

Présidence de M. Dareste

Sur la chloralose.

MM. Richet et **Hanriot**. — Nous avons obtenu ce corps en chauffant à sec du chloral anhydre et du glucose. La substance est cristallisable, et se rapproche des sucres; elle est volatile, comme la tréhalose. Elle ne réduit pas la liqueur de Fehling et ne donne pas de chloral quand on la chauffe avec de la potasse.

En faisant ingérer au chien la chloralose à la dose de 0,5 par kilogramme, on obtient une anesthésie à la douleur, en même temps qu'un état de strychnisation qui se manifeste surtout pour la succussion. A la fin, l'animal devient comme automate; il semblerait qu'on l'a privé de ses lobes cérébraux. Puis il se réveille frissonnant et tendant à se réchauffer. Il est remarquable que, pendant toute la durée de ce profond sommeil, la tension artérielle n'est pas modifiée et garde son niveau habituel, comme chez les animaux curarisés, ce qui est très différent de l'action du chloral lui-même.

La dose toxique est très variable suivant les espèces animales. Chez le chat elle ne dépasse pas 0,1 par kilogramme et 0,06 chez les oiseaux. Au contraire les chiens supportent bien 0,5 par kilogramme.

Chez l'homme où la substance se prend bien en cachets, on peut donner 0,20 à 0,75 centigrammes. On obtient un sommeil calme à la suite duquel il n'y a ni vertiges, ni céphalalgie, ni troubles dyspeptiques. Des doses de 0,50 centigrammes ont pu être continuées un mois sans inconvénient. On a parfois observé au réveil un léger tremblement. L'effet soporifique peut manquer en cas d'agitation alcoolique; on a même vu quelques effets d'excitation chez des sujets profondément hystériques ou neurasthéniques. Mais en somme les insuccès sont rares et des cliniciens tels que MM. Landouzy, Moutard-Martin et Marie ont employé la chloralose avec grand bénéfice.

M. Laborde. — Il y a dans ces effets une certaine analogie avec l'action de la quinine à hautes doses. On observe de la stupeur avec un certain degré de permanence d'excitabilité réflexe.

M. Richet. — Il est regrettable qu'on ne puisse expérimentalement procéder par injection intra-veineuse. Cependant les chats absorbent aisément la substance dans du lait, et les chiens avec de la viande hachée. En injections hypodermiques, il faudrait des quantités trop considérables.

Sur la bilharzia hæmatobia.

M. Moty. — Le parasite séjourne dans les grosses veines de l'abdomen, et ses œufs s'éliminent par les urines. Or, l'éperon de ces derniers est indifféremment orienté dans un sens ou dans l'autre au sein des filaments fibrineux qui les renferment. L'éperon ne doit donc jouer aucun rôle dans l'émigration des embryons : ceux-ci sont expulsés du système vasculaire par la femelle elle-même au moment de la ponte, et probablement avec le concours du mâle. Ainsi s'expliquent la forme et la constitution des amas fibrineux des urines, et l'absence d'embryons dans le sang. Quand on en trouve dans le rein, le foie ou le poumon, ils y ont été déposés directement et par amas au voisinage des veineuses, les parties qui ne reçoivent que des capillaires restant au contraire indemnes. Les tentatives pour faire absorber les embryons par des mouches ordinaires sont restées sans résultat.

Microbes et cellules végétales.

MM. d'Arsonval et Charrin. — Nous avons fait réagir une culture du bacille pyocyanique sur la levure de bière en milieu sucré. A la température de 37°, qui est favorable au développement du bacille pyocyanique, la levure de bière n'attaque pas le sucre, et il ne se produit que quelques bulles de gaz. Au contraire, les vases qui ne contiennent que la levure et l'eau sucrée fermentent rapidement. A 10° le bacille pyocyanique ne se développe pas, et dans ces conditions la levure agit bien et indépendamment. Il est vraisemblable que cette action prématurée est plutôt due au bacille qu'à sa toxine.

Urines graisseuses.

M. Chabrié. — J'ai fait la recherche des graisses de l'urine dans un cas d'hémato-chylurie parasitaire. La graisse augmentait quand l'albumine diminuait, et inversement. Du reste l'élimination urinaire se faisait normalement en ce qui concerne les composants habituels.

J'ai trouvé aussi de la graisse dans les urines d'un brightique, d'ailleurs obèse. La graisse urinaire était très peu abondante.

J'ai vu la graisse urinaire augmenter chez le cobaye après 24 heures de ligature du rectum, non chez le chien. Dans un cas de hernie étranglée humaine, la proportion de graisse de l'urine atteignait 0,32 par litre, pour s'abaisser rapidement après la kélotomie.

SOCIETE DE CHIRURGIE

Séance du 11 *janvier* 1893.

Présidence de M. Chauvel.

Orchidopexie.

M. Marc Sée. — J'ai opéré, en 1891, un cas d'ectopie testiculaire accompagnée de hernie. Le cordon présentait une brièveté telle que, malgré la libération complète du testicule, je n'ai pu faire descendre celui-ci dans les bourses et j'ai dû faire la castration.

Luxation congénitale de la hanche; opération de Hoffa.

M. Quénu. — J'ai eu l'occasion d'opérer un enfant de quatre ans et demi, atteint d'une double luxation congénitale de la hanche. Je pratiquai d'abord l'opération en juin 1891, sur le côté droit et, malgré tous les efforts que je fis, après avoir désinséré les muscles trochantériens et mis à nu la cavité cotyloïde, je ne pus réduire la luxation et je dus me borner à enlever la tête fémorale, qui présentait un allongement notable en même temps qu'il y avait une exagération de l'angle du col avec le corps du fémur, disposition qui m'a paru contribuer à reporter la tête au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde.

J'ai opéré le côté gauche un an plus tard, c'est-à-dire en février 1892, et, malgre la désinsertion des muscles adducteurs et des muscles trochantériens, je ne pus pas davantage placer la tête dans la cavité cotyloïde, et je fus obligé d'en pratiquer l'ablation; je notai, comme de l'autre côté, un allongement de la tête fémorale et une exagération de l'angle du col avec le corps du fémur.

Le résultat de cette double intervention fut simplement une amélioration de l'ensellure qui existait chez le malade à un degré assez prononcé.

Abcès intra-cérébral consécutif à une suppuration ancienne de l'oreille; trépanation, ouverture de l'abcès, guérison.

M. Terrillon. — J'ai observé, en 1891, un malade, âgé de 46 ans, présentant, depuis dix ans, un écoulement chronique de l'oreille droite consécutif à la grippe. L'année précédente, il avait commencé à accuser quelques symptômes cérébraux tels que tournoiement, tendance à la syncope, ainsi que des phénomènes douloureux assez nettement localisés au niveau de la partie postérieure de la région temporale droite. Lorsque je le vis pour la première fois, il était dans un état de coma presque complet; quelques jours auparavant, il avait été pris brusquement de douleurs plus violentes que d'habitude, en même temps que sa température s'élevait à 40°. Je soupçonnai l'existence d'un abcès cérébral et, guidé par le siège du maximum de la douleur, j'appliquai une couronne de trépan assez large, à 3 centimètres environ au-dessus et un peu en avant du conduit auditif externe; après plusieurs ponctions successives, avec une aiguille moyenne de l'aspirateur Potain, je finis par rencontrer une poche purulente intra-cérébrale du côté de la partie postérieure de la plaie, à peu près au niveau de la première circonvolution temporale. Ayant appliqué une deuxième couronne de trépan en arrière de la première et détruit le pont osseux intermédiaire, j'ouvris largement la cavité de l'abcès en sectionnant

la substance cérébrale et, après l'avoir soigneusement nettoyée, je bourrai la poche avec de la gaze iodoformée.

La fièvre tomba immédiatement; le coma diminua seulement vers le troisième jour et disparut progressivement; au huitième jour, le malade eut une attaque de contracture du côté gauche qui fut, d'ailleurs, de courte durée. La cicatrisation de la plaie était complète vingt-cinq jours après l'opération, mais la convalescence dura trois ou quatre mois.

Je n'ai pas publié plus tôt cette observation, parce que l'état local de l'oreille avait persisté et que l'on pouvait craindre de nouveaux accidents du côté du cerveau.

M. Lucas Championnière. — La longue durée de l'évolution des accidents de cet ordre est importante à connaître, ainsi que les périodes de rémission trompeuse qu'on peut observer. Depuis plusieurs mois, j'ai l'occasion de suivre un malade qui paraît menacé d'accidents de ce genre, et, jusqu'à présent, rien ne m'a autorisé à intervenir.

M. Delorme présente un malade amputé de tous les doigts de la main droite, sauf le pouce, et porteur d'un appareil à doigts activement mobiles.

M. Quénu présente une pièce de grossesse extra-utérine.

M. Ménard (Berck) envoie une note sur deux cas d'intoxication par le naphtol camphré.

Élections :

Sont élus :

Associés étrangers : MM. Cheever (Boston); Saxtorph (Copenhague); Socin (Bâle).

Correspondants étrangers : MM. Martin (Genève); Sylvester Saxtorph (Copenhague); Vlaccos (Mitylène); Wier (Université de Colombie).

Correspondants nationaux : MM. Février (Nancy); Denucé (Bordeaux); Gellé (Provins); Vincent (Alger); Etienne Toulouse); Leclerc (Saint-Lô).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 janvier 1892.

Présidence de M. Fernet.

La séance est levée en signe de deuil en raison de la mort de M. Desnos.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 13 janvier 1893.

Tumeur intra-utérine.

M. Hartmann présente une tumeur intra-utérine provenant d'une malade à qui M. Terrier a fait une hystérectomie abdominale. Cette femme avait été opérée autrefois pour une lésion du col ayant les apparences d'un fibrome. Il n'y avait plus eu de métrorrhagies depuis la première opération : mais il y a quatre mois des phénomènes douloureux apparurent et l'on constata une augmentation de volume de l'organe. La tumeur se composait de kystes juxtaposés : les fibres musculaires faisaient saillie dans la cavité de ces kystes.

M. Cornil a fait l'examen histologique de cette pièce. En aucun point on ne trouvait de muqueuse utérine et il semblait bien que la tumeur se fût développée aux dépens de la muqueuse dégénérée. Les fibres musculaires étaient hypertrophiées comme au cours de la grossesse. La paroi de la néoformation kystique était extrêmement vascularisée et les parois des vaisseaux étaient hypertrophiées. Entre ces vaisseaux remplis de sang, communiquant en conséquence avec la circulation générale, il y avait des cellules nucléées parfaitement vivantes. Il semblait donc s'agir d'un sarcome, mais d'un sarcome à caractères un peu particuliers. La membrane interne des kystes présentait des granulations graisseuses disposées en îlots, ainsi que cela s'observe dans la membrane interne des artères atteintes d'athérome. Ces kystes résultaient probablement d'épanchements sanguins qui s'étaient produits dans un tissu sarcomateux ou embryonnaire. M. Cornil fait remarquer toutefois que, contrairement à ce qu'on voit d'ordinaire dans le sarcome de la muqueuse utérine, il n'y avait pas de noyaux entre les fibres musculaires. Il se demande enfin si une autre hypothèse ne pourrait pas être soulevée, celle d'un reliquat de môle hydatiforme incomplètement enlevée lors de la première opération.

Reins tuberculeux et kystiques

M. Klippel rapporte l'histoire d'un malade âgé de vingt ans, ayant depuis trois ans présenté de l'albuminurie. On constatait chez lui des symptômes de tuberculose pulmonaire, arrivée dans ces derniers temps à la période de cavernes. L'autopsie montra les lésions de la phthisie dans les deux poumons et de plus des lésions tuberculeuses des reins. Le *rein droit* était énorme, doublé de volume. A la coupe, on constatait une série de cavernes creusées dans le parenchyme, cavernes dont les parois, assez épaisses, étaient formées de substance jaune, sèche et très friable. Dans chaque moitié du rein on comptait cinq cavernes se correspondant. La substance corticale était cependant épaisse et avait subi une hypertrophie fonctionnelle en raison de la destruction complète du rein du côté opposé.

Le *rein gauche* offrait une lésion d'apparence toute différente. Extérieurement, il se présentait comme un rein kystique formé de grosses poches remplies de liquide. A la coupe, on voyait que l'ensemble du parenchyme était composé de poches fibreuses. Il était impossible d'y voir la moindre trace de tissu rénal, soit de la substance corticale soit de la substance médullaire. Le parenchyme avait subi la nécrose caséeuse en masse et avait été complètement éliminé, le rein étant réduit à sa capsule fibreuse et à des cloisonnements fibreux. Sur la paroi des poches kystiques on trouvait encore une incrustation de matière caséeuse en couche très mince. Il y avait de plus deux petites cavités ne communiquant pas avec le bassinet et remplies de matières caséeuses liquides. Ces deux dernières lésions montraient que, malgré l'apparence du rein, on n'avait pas là un rein kystique proprement dit, mais une fonte complète avec élimination du parenchyme, ayant réduit le rein à son tissu fibreux. Le bassinet n'était pas dilaté.

La tuberculose rénale peut donc se présenter sous la forme d'une nécrose massive avec élimination complète d'un côté, ne laissant que la charpente fibreuse de l'organe avec l'apparence d'une transformation kystique complète.

La vessie présentait de la tuberculose caséeuse ulcérée. Le malade avait eu des douleurs et de l'incontinence d'urine.

M. Tuffier a vu bien des faits de ce genre. Ces reins répondent aux deux formes qu'il a décrites dans le *Traité de chirurgie*. Le rein gauche, atrophié, offre les lésions de l'hydronéphrose résultant de l'oblitération de l'uretère. Le rein droit présente les altérations de la pyélo-néphrite tuberculeuse vulgaire. Ce qui domine dans l'histoire des néphrites tuberculeuses, c'est l'état de perméabilité ou d'imperméabilité de l'uretère.

M. Cornil croit que l'oblitération de l'uretère n'est pas indispensable pour expliquer la production de ces cavités. Elle peut exister, mais non d'une façon nécessaire. L'imperméabilité peut ne venir que tardivement. D'autre part, dans le cancer de l'utérus, lorsqu'il y a oblitération de l'uretère, on trouve parfois les reins gros, hypertrophiés, œdématiés, et il n'y a pas toujours de dilatation des calices.

Lymphadénome primitif de la rate.

M. Tison relate l'observation d'un malade qui présentait une tumeur paraissant siéger au niveau de la petite courbure de l'estomac. A l'autopsie, on trouva une masse énorme comprenant la rate hypertrophiée, l'estomac dont les parois adhérentes à la rate étaient considérablement augmentées de volume. Cette tumeur ne donnait pas de suc. Elle pesait 3 k. 350. Elle adhérait au diaphragme. Le foie était petit.

M. Cornil a fait l'examen histologique de la pièce. Dans la rate, il y avait des portions rouges et des points blancs. Au niveau des portions rouges, on trouvait un tissu réticulé d'apparence normale. Mais les zones blanches présentaient, entre le tissu réticulé, de petites cellules rondes en grande abondance. Il n'y avait nulle part d'éléments épithéliaux. Sur la muqueuse stomacale, et dans les points où le péritoine épaissi montrait des nodules blanchâtres en grand nombre, on retrouva la même structure. Le diagnostic est difficile. S'agit-

il d'un sarcome à petites cellules ou d'un lymphadénome ? La néoplasie ayant débuté par la rate, M. Cornil croit plus volontiers à un lymphadénome primitif de la rate.

Tumeur mixte de la parotide.

M. Juvara montre les coupes d'une tumeur de la parotide enlevée par M. Poirier. On voit sur les parois du canal excréteur une prolifération épithéliale nette. Le reste de la tumeur est formé par du myxome, dans lequel on peut suivre les différentes formes de la dégénérescence myxomateuse. On a remarqué certaines cellules épithéliales ressemblant à celles du corps muqueux de Malpighi.

M. Cornil insiste sur les caractères des cellules des cavités glandulaires ou pseudo-glandulaires. Il y avait là des cellules offrant toutes les apparences des cellules qu'on trouve dans le corps muqueux de Malpighi. S'agissait-il donc ici d'un épithélioma ou d'une autre tumeur ? Or, le reste de la tumeur était bien du myxome; d'autre part, la production épithéliale était bien limitée. M. Cornil ne pense pas en somme que cette tumeur soit un épithélioma. C'est plutôt une de ces tumeurs mixtes où le tissu conjonctif devient myxomateux, tandis que certains éléments glandulaires s'atrophient, ou deviennent embryonnaires ou bien encore prennent la forme de l'épithélium du corps muqueux. Il y a place à une nouvelle classification des tumeurs de la parotide.

Lithiase rénale expérimentale.

M. Tuffier présente les reins d'animaux auxquels il a administré de l'oxamide, substance qui se précipite dans le rein. Il ne fait qu'indiquer quelques faits, parmi lesquels les suivants :

1° Une hydronéphrose par calcul. On a introduit une sonde septique, et on a vu que c'est autour de cette sonde que la précipitation s'est faite;

2° Un rein atrophié à la suite de l'oblitération complète de l'uretère;

3° D'autres reins avec uretère également oblitérés;

4° Dans un de ces reins on a introduit un fil de soie. Ce fil s'infiltre de sels, malgré son état aseptique. Le catgut est donc la substance d'élection à employer dans les opérations qui portent sur ces organes.

Les calculs sont formés d'oxamide pur.

A l'orifice des papilles, on fait sortir des concrétions analogues aux infarctus erratiques de la goutte. Il n'y a rien dans les autres viscères.

Kyste hydatique du foie.

M. Halipré montre un kyste hydatique du foie. Il y avait de nombreux kystes dans le bassin et sur le péritoine ; l'utérus était complètement englobé. A la partie inférieure du kyste du foie, et en d'autres points, existaient plusieurs orifices que M. Halipré croit être des canaux biliaires. Suivant lui, ce kyste se serait donc développé aux dépens des voies biliaires.

M. Delbet fait remarquer que le kyste a pu s'ouvrir secondairement dans les voies d'excrétion de la bile.

T. Legry.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Présidence de M. Ernest Besnier.

Séance du 12 janvier 1893.

Hyperkératose cornée généralisée coïncidant avec des arthrites blennorrhagiques.

M. Vidal présente un malade âgé de 26 ans qui, pour la deuxième fois, à l'occasion d'une blennorrhagie, a été atteint d'accidents tout à fait insolites. Ce malade en est à sa troisième blennorrhagie; la première s'est terminée sans complications. C'est pendant la deuxième, en mai 1891, qu'il fut atteint pour la première fois d'accidents semblables à ceux qu'il présente actuellement. Il a été pris, huit jours après le début de sa blenhorrhagie, de conjonctivite, de douleurs généralisées, d'arthropathies, puis d'une éruption bizarre dispersée sur tout le tégument, mais occupant surtout les extrémités inférieures sous forme d'éléments cornés saillants, formant par places de véritables cornes et dans d'autres points, paume des mains, par exemple, ayant l'aspect de syphilides cornées. Ces lésions guérissent sans laisser de trace, ce dont on a pu se convaincre par la marche qu'elles ont suivie en 1891.

M. Besnier compare cette éruption aux toxidermies iodopotassiques; ce sont des lésions d'origine toxique; on pourrait émettre un doute sur la synergie de l'infection blennorrhagique s'il n'y avait pas eu similitude chaque fois dans les accidents observés.

Herpes vacciniforme; gangrène vulvaire; mort.

M. A. Fournier relate l'histoire d'une petite fillette de son service qui présentait à la vulve des lésions d'aspect syphiloïde auxquelles on a donné le nom d'herpès vacciniforme. L'enfant paraissait en parfaite santé, mais en deux jours survint de la gangrène qui gagna le pli inguinal et, malgré la conservation apparente d'un bon état général, l'enfant mourut. L'autopsie ne révéla aucune lésion importante ; seulement quelques petites hémorrhagies pulmonaires. Ce cas est donc le premier qui se soit terminé par la mort d'une maladie que nous considérions jusque-là comme bénigne et dont la marche a été celle d'une véritable maladie infectieuse.

Morphée à évolution rétrograde.

M. Hallopeau. — Les plaques de morphée peuvent atteindre des proportions très considérables et former par exemple une large ceinture embrassant plus de la moitié du tronc ou un grand collier au devant du cou; leur régression se caractérise d'abord par la substitution d'un érythème à la plaque indurée et décolorée; elles finissent ainsi comme elles avaient commencé; cette substitution se fait le plus souvent de la périphérie vers le centre de la plaque; elle peut commencer également par sa partie médiane; à cet érythème succède une pigmentation d'un brun foncé qui pâlit très lentement et peut finir par s'effacer entièrement; les plaques de morphée s'excorient et s'ulcèrent avec une grande facilité sous l'influence de causes accidentelles insignifiantes; elles laissent à leur suite un amincissement très notable des téguments; quand il y a ulcération, c'est une cicatrice pigmentée et indélébile qui se produit; le traitement par les bains électriques et la faradisation paraît contribuer efficacement à produire la réduction des plaques. Les résultats de l'examen bactériologique seront publiés ultérieurement.

Clou de Biskra.

M. Moty présente un soldat, revenant d'Algérie et atteint de clous de Biskra ; il rappelle qu'il a autrefois expérimenté sur lui-même l'inoculation de cette maladie et qu'il a pu faire éclore sur son bras un clou qui inoculé lui-même à une autre personne a reproduit la maladie. Il s'est de nouveau inoculé avec la lésion de ce malade pour obtenir ici même et loin du pays d'origine la reproduction de la lésion, mettant ainsi l'inoculabilité hors de discussion.

Lichen plan de la cavité buccale.

M. Feulard présente une dame âgée de 38 ans et atteinte depuis six mois de lichen plan typique de la langue et de la face interne des joues; malgré que l'affection dure depuis ce temps, la peau est restée indemne. A peine peut-on distinguer à la face antérieure des poignets 3 ou 4 papules très discrètes de lichen corné apparues seulement depuis 15 jours; en tout cas, chose remarquable, il n'y a pas de démangeaisons à la peau. La cavité buccale est le siège d'assez vives cuissons : la malade est une femme de tempérament nerveux, mais d'un état général excellent.

Nourrice contagionnée par un nourrisson syphilitique et contagionnant son propre enfant.

M. Feulard présente une petite fille âgée de 18 mois, en pleine éclosion de syphilis secondaire (roséole, syphilide labiale, gutturale, vulvaire, alopécie), chez laquelle la porte d'entrée a été un chancre de la *lèvre supérieure* dont la trace est encore visible et dont on retrouve dans les régions sous-maxillaires les bubons satellites.

En recherchant comment la contagion s'était produite, on

trouve que la mère de l'enfant est, elle aussi, en état de syphilis secondaire et en l'examinant avec soin on trouve sur l'aréole du sein droit une cicatrice rosée s'accompagnant d'un ganglion de la grosseur d'un marron, situé dans l'aisselle droite; cette femme a donc contracté la syphilis par le sein et son enfant l'a prise elle-même par allaitement. Le point de départ de cette double contagion a été un nourrisson que cette femme a gardé et allaité de juin à août 1892 et qui présentait, paraît-il, de nombreux boutons; cette femme l'a renvoyé malheureusement trop tard et suppose même que ce nourrisson a été porté ensuite à un bureau de nourrices : les recherches faites pour retrouver cet enfant ou ses parents ont été infructueuses.

Lésions syphiloïdes de la bouche et de la langue; difficultés de diagnostic.

M. Morel-Lavallée a observé chez une jeune femme des érosions des lèvres simulant absolument des lésions syphilitiques et qui étaient en rapport avec une intoxication par l'antipyrine. La même personne présenta d'ailleurs plus tard de nouvelles lésions labiales qui pouvaient cette fois être prises pour de l'herpès (la malade avait en même temps une angine herpétique) et qui furent bel et bien deux chancres syphilitiques : la difficulté de diagnostic s'impose à chaque instant dans la pratique à propos de ces dépapillations de la langue qu'on observe souvent chez les sujets syphilitiques et sur la nature syphilitique et contagieuse desquelles on peut être appelé à se prononcer.

M. Barthélemy a observé un jeune homme qui pendant six années a présenté des lésions de cette nature ; il a refusé à ce jeune homme la permission de se marier, et cependant la maîtresse avec laquelle vivait ce jeune homme n'a pas été contagionnée.

M. Besnier estime qu'il faut en effet se montrer très prudent, car il a vu un syphilitique, se mariant après sept ans de maladie, contaminer sa femme un an après par une de ces érosions.

M. Sébileau présente une jeune fille atteinte d'une *ulcération de la jambe gauche* avec allongement considérable du tibia paraissant d'origine congénitale; lésions trophiques provoquées par un *anévrysme cirsoïde de la région du genou.*

M. Gaucher présente une jeune femme habitant Paris et n'ayant jamais quitté la région parisienne, sur laquelle existent en divers points du corps de grandes *taches pigmentées annulaires* simulant absolument la *lèpre macu'euse*; la sensibilité est intacte.

MM. Couillaud et Darier montrent un malade atteint d'une *maladie de Paget* occupant la région périnéale et le scrotum.

Dr H. Feulard.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 *janvier* 1893.

Présidence de M. Hallopeau.

Nouveaux traitements de la fièvre paludéenne dans l'enfance.

M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro). — J'ai expérimenté deux nouveaux modes de traitement : l'un par l'*hélianthus annuus*, l'autre par le bleu de méthylène.

L'*hélianthus annuus* n'est autre que le tournesol ou grand soleil. Les paysans russes connaissent de longue date ses propriétés fébrifuges que Maninof a expérimentées avec un certain succès. J'ai employé la teinture alcoolique à la dose journalière de 1 à 10 grammes dans une potion administrée en quatre ou cinq fois toutes les deux heures; j'ai fini par lui préférer l'extrait alcoolique, à la dose de 1 à 6 grammes, également en potion. Le remède a été presque sans exception toléré par les enfants même les plus jeunes. Je l'ai employé sur soixante et un enfants, dont vingt-trois garçons et vingt-huit fillettes. Dans la majorité des cas, la guérison a été aussi prompte qu'avec la quinine, souvent dans un cas d'une gravité évidente.

Après divers expérimentateurs, Guttmann et Ehrlich, Laveran, etc., j'ai employé le bleu de méthylène pur, chez trente-six enfants, de vingt-trois jours à quatorze ans : j'ai obtenu dix guérisons et trois améliorations : quatorze autres cas ne m'ont pas fourni de résultats bien probants, en raison de l'irrégularité ou même de l'interruption momentanée du traitement : j'ai donné le médicament à la dose de 20 à 40 centigrammes, dans une potion administrée en quatre fois, toutes les deux heures. Dans les cas de guérison, la fièvre disparaît entre vingt-quatre heures et quelques jours, selon la gravité. Le médicament a toujours été bien toléré : jamais de diarrhée, de polyurie, ni d'albuminurie, comme Guttmann et Galliard en ont observé; une seule fois il y a eu un peu de ténesme vésical, de courte durée. L'insipidité du médicament en rend l'usage chez les enfants infiniment plus facile que celui de la quinine. L'examen du sang et la recherche des hématozoaires ne m'ont pas donné des résultats bien nets.

Sur le lait humanisé, stérilisé.

M. F. Vigier. — M. St-Yves Ménard nous a démontré, à la dernière séance, que le lait de vache, bien qu'arrivant en quatrième ligne, au point de vue de l'alimentation du premier âge, est le seul pratiquement acceptable, à condition de prendre le lait mélangé de plusieurs vaches et de le faire boire quand il est encore chaud; cela est à peu près impraticable à Paris, et j'en suis arrivé, comme M. Gautrelet, a recommandé le lait stérilisé coupé d'eau stérilisée et additionné de sucre dans des proportions déterminées. Ce lait reste toujours un mélange artificiel souvent mal accepté, provoquant de la diarrhée, des indigestions ou même de la dilatation de l'estomac.

Depuis trois ans, j'emploie une préparation déjà connue depuis plusieurs années en Angleterre, le lait *décaséiné*, que j'appelle lait humanisé, stérilisé. Ce lait est du lait de vache de bonne qualité, dont on a enlevé la proportion de caséine excédant celle du lait de femme, par les procédés ordinaires de la fabrication du fromage. Après quelques essais, on obtient les proportions correspondant à celles du lait de femme et l'on stérilise le produit à l'étuve, à 118°. Au-dessous le lait risque de s'altérer; au-dessus, le lait se colore et prend un goût plus prononcé.

Les enfants acceptent très bien ce lait, et depuis plus de trois ans nombre d'observations ont prouvé qu'il ne donnait ni diarrhée verte, ni indigestion.

L'expérience nous a prouvé que, dans l'estomac des jeunes enfants, ce lait laissait précipiter sa caséine en caillots beaucoup plus fins que le lait ordinaire, presque semblables à ceux que donne le lait de femme.

Sur la médication alcaline intensive.

M. Henri Huchard. — La médication alcaline intensive (20 à 30 gr. au moins d'alcalins par jour) n'expose à aucun danger, et la « cachexie alcaline » de Trousseau n'existe pas. Je le prouve par plusieurs exemples et surtout par celui d'un malade qui prit pendant dix ans, d'une façon continue, tous les jours, 20 à 25 gr. de bicarbonate de soude. L'alcalinisation, au contraire, est une médication reconstituante, comme on l'a prouvé ; de plus, elle favorise les oxydations et les combustions organiques, elle augmente l'excrétion de l'urée et diminue celle de l'acide urique, elle active encore la sécrétion biliaire et réalise ainsi indirectement l'antisepsie intestinale.

Dire encore, comme certains le prétendent, qu'elle est capable de produire l'atrophie glandulaire de l'estomac, c'est commettre une erreur, et attribuer à la médication ce qui doit être mis sur le compte de la marche naturelle de la maladie. Car il ne faut pas oublier que les hyperchlorhydriques peuvent aboutir à l'hypochlorhydrie par suite des lésions souvent consécutives à l'hyperacidité gastrique et à la gastro-succhorrée (catarrhe et dilatation de l'estomac). Dans ces conditions, la dilatation gastrique n'est pas une maladie, à proprement parler; elle est le résultat d'une maladie de l'estomac, ce que l'asystolie est au cœur.

La médication alcaline doit être toujours employée dans le diabète; elle peut être ainsi préventive de cette grave et le plus souvent mortelle complication : le coma diabétique, dû à une intoxication du sang par les acides (acidémie). Dès que les signes précurseurs de cette intoxication se montrent,

il ne faut pas hésiter à élever jusqu'à 60, 80 et même 100 gr. la dose quotidienne du bicarbonate de soude (en ingestion stomacale et en lavement). Il ne faut pas attendre que le coma diabétique soit constitué, car alors la maladie est incurable, comme le prouvent les insuccès des injections intraveineuses d'alcalins pratiquées par Stadelman et Lépine.

La médication alcaline intensive trouve également son emploi dans les maladies du foie, la lithiase biliaire, et peut-être aussi dans les affections cutanées arthritiques. Bazin les utilisait dans ces cas, mais à des doses le plus souvent insuffisantes.

M. F. Labbé. — J'ai déjà fait remarquer ici même, il y a deux ans, l'innocuité du traitement alcalin longtemps continué, mais je ne partage plus l'avis de M. Huchard quand il fait de cette méthode un traitement systématique de toutes les hyperchlorhydries. Gmelin a montré que le bicarbonate de soude provoquait la sécrétion du suc gastrique, résultat précisément opposé à celui que l'on veut obtenir. D'ailleurs, l'hypoacidité se rencontre bien moins souvent que ne le croit M. Huchard. Actuellement, la tendance est de voir de l'hyperacidité un peu partout, et l'on n'entend plus parler que de maladie de Reichmann.

Je n'ai à invoquer, moi aussi, que des observations cliniques, car le dosage et l'analyse du suc gastrique, si précieux à l'hôpital, sont impraticables dans la clientèle civile : mais dans tous les cas où j'ai pu faire faire cette analyse, j'ai trouvé l'hyperacidité très peu souvent, et ordinairement accusée par des chiffres très faibles.

Or, j'ai remarqué que les effets du bicarbonate de soude sont très différents, selon qu'on l'administre à jeun ou après le repas.

Donné à jeun, il favorise la sécrétion du suc gastrique. Après le repas, il sature, je le suppose, l'excès d'acidité, mais cet excès est d'origine très variable et peut très bien provenir des produits secondaires d'une digestion incomplète ou viciée. C'est pourquoi la médication systématique par le bicarbonate de soude me paraît irrationnelle et aveugle. Maintenant, je ne fais aucune difficulté de reconnaître qu'elle est inoffensive.

Pour le traitement du diabète, je m'en trouve également très bien, sans recourir aux hautes doses de M. Huchard, et d'habitude les doses ordinaires de 8 à 10 grammes me suffisent parfaitement. J'ai des diabétiques, qui, à chaque attaque, voient leur sucre diminuer, avec cette médication, dans des proportions considérables, de 60 à 30 ou même de 30 à 2 ou à 0 : ce qui ne veut pas dire que j'entende traiter systématiquement tous les diabètes par le bicarbonate de soude. Avec les méthodes systématiques, il est impossible de faire de bonne thérapeutique.

M. Bardet. — Je tiens à affirmer, avec M. Dujardin-Beaumetz, que nous n'avons jamais voulu incriminer la fameuse cachexie alcaline, dans le traitement par le bicarbonate de soude. Les alcalins peuvent, au contraire, j'en suis convaincu, amener d'excellents effets au point de vue de la reconstitution du sang chez les sujets exposés à la déglobulisation. Dans le diabète, les alcalins favorisent en particulier l'oxydation du sucre.

Il n'y a pour moi qu'une contre-indication à l'emploi du bicarbonate de soude : ce sont les cas où il est dangereux de dégager trop de gaz dans l'estomac. Mais je ne vois pas l'utilité des alcalins contre les crises dyspeptiques, quand l'acidité est exagérée : il serait absurde de soutenir le contraire.

Mais je préfère diriger le traitement de manière à éviter de me trouver en présence d'une production exagérée d'acide. Je m'adresse pour cela à l'hygiène, celle de l'alimentation, d'abord, puis celle de la peau, des mouvements, etc.

Ce qui amène la dilatation, c'est le nombre des crises, c'est l'épuisement du tonus musculaire : de là l'intérêt qu'il y a à diminuer celles-ci.

Est-il utile d'employer de si hautes doses de bicarbonate de soude ? Je ne le crois pas ; l'acidité du suc gastrique est promptement saturée, et avec 30 grammes de bicarbonate de soude vous créerez dans l'estomac un milieu parfaitement alcalin, impropre à la digestion pepsique. C'est alors que la muqueuse sécrétera à nouveau l'acide pour se défendre et lutter contre cette immunisation intempestive. Le mieux est donc de ne pas créer cette lutte qui se fait toujours aux dépens de l'organe, et de donner un régime qui permette, comme l'a si bien spécifié M. Dujardin-Beaumetz, le repos de l'organe.

M. Bovet. — M. Huchard m'a reproché de mettre sur le compte des alcalins l'atrophie glandulaire. A ce point de vue, la preuve anatomo-pathologique pourrait, sans doute, trancher le débat, mais elle nous manque de part et d'autre.

Quant à la comparaison établie par M. Huchard entre la dilatation de l'estomac et l'asystolie, je ne saurais l'accepter. Il y a des dilatés qui vivent jusqu'à soixante-quinze à quatre-vingts ans ; je ne sache pas qu'il puisse nous citer des asystoliques d'un âge aussi vénérable.

M. Huchard. — Je répondrai simplement à M. Labbé que je suis loin de voir des hyperchlorhydries chez tous mes malades. Je ne parle que de ce que j'ai vu.

A M. Bardet, je répondrai que je ne nie pas l'utilité du préventif, mais que lorsque nous en sommes à lutter contre le mal installé dans la place, il n'y a plus à discuter sur ce qu'il eût fallu faire pour le prévenir : il faut lutter de son mieux contre lui, et c'est ce que je crois faire.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 4 janvier 1893.

Présidence de M. Mayet.

Kyste du cerveau, trépanation.

M. Pauly, interne des hôpitaux, présente le cerveau d'un malade du service de M. Leclerc ayant été trépané par M. Jaboulay. Il s'agit d'un malade atteint de crises subintrantes d'épilepsie jacksonienne. En arrière du sillon de Rolando, M. Jaboulay trouva un kyste énucléable contenant un liquide clair dans lequel on ne trouva pas de crochets. La tumeur avait le volume d'une petite noix. Après une amélioration très notable, le malade succomba à une broncho-pneumonie.

Tuberculose rénale.

M. Lathuray, interne des hôpitaux, présente deux reins tuberculeux provenant d'un malade du service de M. Maurice Pollosson. Ce cas est intéressant surtout au point de vue de son évolution clinique. A l'âge de 20 ans le malade avait fait une chute à la suite de laquelle il eut des hématuries. Pendant huit ans il ne ressentit plus aucun malaise, et jouissait d'une excellente santé. Dans l'espace de deux mois il a dépéri et est mort après avoir présenté une polyurie trouble abondante qu'aucun traitement ne put modifier. A l'autopsie il n'existait de lésions tuberculeuses confluentes que dans les reins ; quelques tubercules dans la vessie, un noyau dans la queue de l'épididyme, et des lésions légères et anciennes aux poumons.

Astragale du pied-bot et tarsoclasie.

M. Delore présente un nouvel appareil destiné au redressement par tarsoclasie du pied-bot varus équin ; cet appareil est une modification de celui de Redard.

A la suite de cette communication, une discussion fort intéressante s'engage entre **M. Delore** et **M. Robin** au sujet du principe des appareils de ce genre. M. Robin établit une distinction entre les arthroclastes et les ostéoclastes, ces derniers destinés à fracturer un os solidement immobilisé au préalable, et il reproche à l'appareil de M. Delore d'être un vulgaire arthroclaste.

Cette discussion, à la suite de laquelle chacun des deux chirurgiens conserve son opinion première, se termine par une phrase de M. Delore qui est frappé de voir combien certaines audaces chirurgicales sont différemment envisagées : « Quelques chirurgiens, dit-il, coupent des calcanéennes, enlèvent des portions d'astragale, et ont peur de faire des fractures ! »

Dr L. Dor.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 2 janvier 1893.

Malformation du cœur.

M. Guttmann. — La pièce anatomique que je vous soumets provient d'un enfant âgé de deux ans ayant présenté les symptômes caractéristiques de la maladie bleue : cyanose accentuée des parties périphériques du corps, œdème et déformation en baguette de tambour des doigts et des orteils. Hypertrophie cardiaque et souffle systolique prolongé à la carotide. En présence de ces manifestations, il y avait lieu de penser à la malformation du cœur suivante : perforation de la cloison inter-ventriculaire avec rétrécissement de l'orifice pulmonaire, et transposition probable de l'origine des gros vaisseaux.

A l'autopsie, pratiquée le 22 décembre, je constatai les particularités intéressantes que vous révèle cette pièce : 1° la cloison interventriculaire fait défaut dans une grande partie de son étendue, dans ses deux tiers supérieurs; — 2° l'orifice pulmonaire présente un rétrécissement des plus marqués, tel qu'il admet à peine une petite sonde ; — 3° l'origine des gros vaisseaux est transposée ; — 4° les valvules tricuspidiennes font absolument défaut; — 5° le trou de Botal est encore persistant; — 6° le cœur, très hypertrophié, pèse 92 grammes alors que ce même organe ne devrait avoir qu'un poids de 57 gr.

En raison de ces anomalies, le fonctionnement du cœur pouvait se comprendre ainsi : Le ventricule droit chassait le sang dans trois directions : dans le ventricule gauche par l'ouverture du septum, dans l'oreillette droite, enfin dans l'aorte. Le ventricule gauche lançait le sang dans le ventricule droit et dans l'artère pulmonaire rétrécie. Trois facteurs expliquaient la cyanose : la perforation interventriculaire, l'irruption du sang du ventricule droit dans l'oreillette droite par l'orifice tricuspidien insuffisant, et l'anomalie d'origine de l'aorte. Le souffle systolique était probablement la conséquence de l'absence de la tricuspide.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire.

M. A. Frænkel. — Ce cœur, qui provient d'une femme de 80 ans, offre un rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire. Pendant son séjour à l'hôpital, la malade présenta une cyanose très accentuée. Dans une série de cas de sténose pulmonaire, le second bruit de l'artère pulmonaire, loin d'être affaibli, était renforcé.

Abcès du foie.

M. A. Frænkel. — Il y a quelque temps j'ai attiré votre attention sur la difficulté de diagnostiquer les abcès sous-diaphragmatiques. Le cas que je veux vous rapporter aujourd'hui est le pendant de celui que vous signalais alors. Les symptômes cliniques étaient ceux d'un abcès sous-diaphragmatique. Le malade, âgé de 53 ans, tomba souffrant il y a trois semaines et présenta d'abord des vomissements et de la douleur à la région épigastrique, puis des accès de fièvre. A sa rentrée j'observai de la fièvre et du gonflement de la région hypogastrique droite.

En avant il était impossible de constater l'augmentation du foie. En arrière existait de la matité. La fièvre me fit conclure à l'existence d'une collection purulente, et je pratiquai plusieurs ponctions sur la ligne axillaire et retirai du pus putride. L'absence de matité hépatique en avant pouvait faire penser à une collection purulente sous-diaphragmatique. Je fis immédiatement opérer le malade. M. Kœrte réséqua la huitième côte et à travers la plèvre et le diaphragme ponctionna le foie ; il en retira du pus fétide. L'incision de la poche laissa échapper un flot d'hydatides suppurées. Le malade mourut une heure après l'opération, par hémorrhagie, par suite de la lésion d'un vaisseau porte.

Myxœdème.

M. P. Guttmann. — M. Napier a obtenu une amélioration évidente après 16 injections de liquide thyroïdien ; à chaque injection s'est manifestée de la fièvre, ce qui démontre que ce mode d'intervention n'est pas sans inconvénients.

M. Ewald. — Les auteurs qui ont observé un mouvement fébrile après l'injection le rapportent au manque de stérilisation du liquide.

M. Mendel. — Chez un malade que j'ai injecté, je n'ai jamais eu de fièvre grâce à la stérilisation parfaite de l'extrait thyroïdien. L'amélioration de mon malade est évidente.

Poliomyélite antérieure.

M. Goldscheider. — Mon premier cas concerne un jeune homme de 20 ans atteint de poliomyélite depuis son enfance.

J'ai examiné une autre malade douze jours après le début de la paralysie. Il s'agissait d'une fillette de 2 ans 1/2, prise subitement de fièvre avec paralysie des jambes. Elle mourut de broncho-pneumonie.

A l'autopsie, en dehors des lésions pulmonaires, il y avait du gonflement de la rate. La moelle fraîche présentait des modifications manifestes au niveau du renflement lombaire ; on y observait une hyperhémie marquée. Au microscope, on notait de nombreuses cellules inflammatoires et de nombreuses granulations. Les cellules ganglionnaires étaient fortement gonflées. C'est là un fait rare.

Des modifications semblables se trouvaient dans le renflement cervical. Les coupes microscopiques présentent une dilatation très accentuée des vaisseaux, surtout au niveau des cornes antérieures. Autour de ces vaisseaux existe un manteau de cellules embryonnaires extravasées, les cellules ganglionnaires sont fortement gonflées en ces points. Elles ont perdu leur prolongement et se présentent sous forme d'éléments arrondis déformés. En dehors de ces lésions cellulaires on relève des altérations marquées dans les cordons latéraux. La pie-mère est légèrement infiltrée, ainsi que les cordons postérieurs.

Dans la poliomyélite antérieure il s'agit probablement d'un processus myélitique diffus inflammatoire, qui ne limite pas son action seulement sur les cornes antérieures de la moelle.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 9 janvier 1893.

Affections syphilitiques du système nerveux.

M. Bristowe. — On connaît l'histoire clinique de la syphilis : les accidents primitifs consistent dans l'apparition du chancre et de l'adénite. Généralement au bout de 6 à 8 semaines, les symptômes constitutionnels apparaissent : il y a un peu de fièvre, une éruption. Cette période peut durer de 1 à 2 semaines à quelques mois ; elle peut récidiver pendant plusieurs années. C'est là la syphilis secondaire. La maladie peut s'arrêter là ; souvent aussi après une période plus ou moins longue on peut voir apparaître les signes de la syphilis tertiaire, laquelle produit des destructions irréparables de tissus. Enfin un des parents ou les deux peuvent transmettre la syphilis à leurs descendants et on a alors la syphilis congénitale.

La syphilis peut être rapprochée de la variole, de la tuberculose et du cancer. La syphilis peut être comparée à la variole et surtout à la variole inoculée ; dans ces 2 affections des lésions syphilitiques apparaissent au point d'inoculation, et il se produit de l'engorgement ganglionnaire ; dans les 2 cas apparaissent des symptômes constitutionnels caractéristiques, puis, sauf accident mortel, ces symptômes disparaissent et le malade revient à la santé. Ces 2 maladies confèrent l'immunité et peuvent être transmises de la mère au fœtus. Mais, tandis que la variole guérit complètement, la syphilis a des récidives fréquentes qui sont dues à ce que le virus syphilitique peut rester à l'état latent dans l'organisme, puis reprendre brus-

quement son intensité dans des conditions encore inconnues.

Il y a aussi des ressemblances entre la syphilis et le cancer. Le cancer est une affection spécifique, ayant la marche d'une maladie infectieuse; les ganglions lymphatiques situés au-dessus de la tumeur primitive s'engorgent et plus tard l'affection se généralise et le malade succombe. Il y a aussi des différences : la généralisation cancéreuse n'est pas fébrile et rappelle plutôt la période tertiaire de la syphilis.

Enfin dans la syphilis et dans la tuberculose, les lésions consistent en des granulomes très analogues; par exemple, les gommes syphilitiques et les tubercules du cerveau se ressemblent beaucoup. La tuberculose, comme la syphilis, est inoculable, peut se généraliser, peut demeurer à l'état latent en certains points de l'organisme et peut ensuite se manifester brusquement. La contagion de la tuberculose est prouvée et elle peut être suivie de généralisation (tuberculose miliaire). Il est vrai que cette généralisation est exceptionnelle et que le plus souvent la tuberculose reste une maladie locale, comme dans le lupus, les engorgements ganglionnaires scrofuleux, et même la phthisie pulmonaire et la péritonite tuberculeuse. Cependant, sous toutes ces formes, la tuberculose peut se généraliser.

On voit que la syphilis tout en se rapprochant de certaines maladies infectieuses, s'en différencie cependant très nettement. La syphilis a une sorte de préférence pour certains tissus, et les différences entre les accidents tertiaires et secondaires sont justement dues à des changements survenus dans cette préférence.

La syphilis peut se compliquer d'accidents spéciaux, non syphilitiques, et qui ne sont que des épiphénomènes au cours de cette maladie : tels sont l'érysipèle, le phagédénisme, la pourriture d'hôpital. De pareils accidents peuvent venir compliquer le cow-pox naturel chez la vache.

La syphilis n'est contagieuse que par inoculation directe ; peut-être cependant peut-elle tout à fait exceptionnellement se communiquer par l'air.

En raisonnant par analogie, on peut admettre que le virus syphilitique s'accumule non seulement dans la lésion primitive et dans l'adénite, mais encore dans les lésions secondaires et tertiaires. Au moment de la généralisation, le sang, lui aussi, doit être virulent à un faible degré. Je ne saurais admettre, malgré l'opinion courante, que la syphilis n'est pas contagieuse à la période tertiaire. J'ai vu des exemples indéniables de contagion à cette période.

La syphilis artérielle constitue une affection bien connue, qui peut frapper toutes les artères. Elle débute par la tunique interne ou l'externe et peut envahir toute la paroi du vaisseau. Je crois que le début par la tunique interne est dû à une inoculation directe du virus; le début par la tunique externe indique un envahissement du vaisseau par contiguité avec des tissus voisins infectés. Ces lésions produisent d'une part des dilatations anévrysmales et des ruptures, et d'autre part des sténoses et des thromboses vasculaires.

En 1856, j'ai montré à la Société pathologique un cas d'anévrysme des artères coronaires du cœur; le sujet mourut paraplégique. Il est probable que si on avait examiné sa moelle, on y aurait trouvé des lésions vasculaires.

En 1857, nous avons, M. Peacock et moi, relaté l'observation suivante : on ponctionna une hydrocèle chez un homme de 35 ans ; au bout de 3 ou 4 jours il y eut de la paralysie du bras droit et un peu d'aphasie. Six mois auparavant il avait eu une sorte d'attaque avec paralysie et troubles de la vue; puis il avait guéri. Vingt jours après la ponction survint une attaque suivie de coma et de mort. On enleva le cerveau et on trouva le tronc basilaire occupé par un caillot solide se prolongeant dans l'origine des 2 vertébrales. Les artères cérébrales étaient très diminuées de volume. Je ne doute pas qu'il se soit agi là de lésions syphilitiques.

J'ai encore vu un malade, chez lequel du reste on n'avait noté aucun accident syphilitique, et qui avait eu 2 attaques, entrer à l'hôpital pour la 3e, qui fut suivie d'hémiplégie et d'aphasie partielles, avec disparition de l'intelligence. Il devint bientôt comateux et mourut. A l'autopsie on remarqua dans les aînes des bubons ulcérés. La dure-mère du lobe cérébral antérieur gauche était épaissie et adhérait au cerveau par un tissu fibroïde dans lequel on trouva 2 ou 3 petites masses blanchâtres. Dans la partie antérieure du corps strié gauche, on trouva un kyste sanguin; la carotide gauche et ses branches paraissaient athéromateuses. Il s'agit évidemment de lésions artérielles syphilitiques.

J'ai publié un autre cas dans le 16e volume des *Transactions*. J. C., 27 ans, ayant contracté la syphilis 4 ans auparavant, vint me trouver, le 2 mai 1863, pour une céphalée intense, des vertiges, une parésie du bras et de la jambe du côté droit, avec un léger degré d'aphasie; il y avait aussi de la paralysie faciale droite. Pas de troubles de la sensibilité générale ou spéciale. Il devint somnolent et tomba dans le coma. Il eut quelques mouvements convulsifs et mourut le 28 mai. L'artère cérébrale moyenne droite était complètement obstruée par un caillot décoloré. Le lobe moyen de l'hémisphère droit était ramolli. Le corps strié gauche était creusé d'une cavité. Les capsules du foie et de la rate étaient épaissies. C'est encore là un cas de syphilis artérielle des centres nerveux.

Un homme de 33 ans, ayant contracté manifestement la syphilis 6 mois auparavant et encore atteint de symptômes secondaires, fut pris de céphalée occipitale, de vomissements, de paralysie de la paupière supérieure gauche, de troubles intellectuels et enfin d'hémiplégie gauche. Tous les muscles de l'œil gauche, à l'exception du grand oblique, étaient paralysés. Le malade mourut dans le coma. A l'autopsie, on trouva une thrombose syphilitique de l'artère cérébrale droite postérieure, avec ramollissement de la région cérébrale correspondante.

Un homme de 27 ans, ayant contracté la syphilis 2 ans auparavant, entra à l'hôpital en décembre 1881, pour de la céphalée frontale; il fut bientôt pris d'une hémiplégie gauche, avec aphasie et paralysie du nerf de la 3e paire du côté gauche. Il y eut de la rétention d'urine, de la fièvre, du coma et la mort survint. A l'autopsie on trouva des lésions vasculaires du lobe cérébral postérieur.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 4 janvier 1893.

Rétroversion utérine.

M. Herman. — La rétroversion utérine s'accompagne de douleur chronique dans les 9/10 des cas. Cette douleur siège le plus souvent dans la région sacrée; elle est quelquefois unilatérale, dans la région ovarienne. Rarement il y a des troubles de la locomotion. Dans un peu moins de la moitié des cas, la défécation s'accompagne de douleurs. Il y a souvent de l'irritation vésicale. La leucorrhée n'est pas déterminée par le déplacement de l'utérus.

M. Champneys. — Les douleurs intestinales sont généralement dues à des lésions des intestins. Pour ma part, j'ai toujours trouvé le catarrhe très fréquent dans les déplacements de l'utérus. Je viens d'en voir récemment deux exemples bien nets. Le renversement de l'utérus en arrière n'est que le premier stade d'un prolapsus utérin.

M. Gervis. — Je n'admets pas cette dernière proposition. Les flexions simples de l'utérus sont peu importantes. Elles prennent, au contraire, une grande importance quand elles s'associent à une sténose cervicale ou à une endométrite. Souvent aussi, il y a une douleur qui est due à un léger degré d'ovarite.

M. Herman. — La rétroversion ou la rétroflexion de l'utérus non compliquée ne produit aucun symptôme.

Hystérectomie vaginale.

M. Cullingworth. — Trois malades dont on a déjà parlé ici le 2 avril 1890 et qui ont subi l'hystérectomie vaginale ont eu une survie, l'une de deux ans et deux mois, l'autre de près de deux ans et la troisième de plus de dix-sept mois. Deux moururent avec des phénomènes d'occlusion intestinale; la troisième eut une récidive englobant les organes urinaires.

M. Playfair. — On ne peut encore se prononcer pour le traitement du cancer utérin ; ni l'extirpation totale, ni l'amputation sus-vaginale ne donnent de chances sérieuses de guérison. L'extirpation totale, comme le montrent les statistiques, n'est guère plus dangereuse que la seconde opération, aussi doit-elle être préférée. On admet généralement, il est

vrai, que l'épithéliome du col a des tendances à s'étendre latéralement et non en profondeur. Mais c'est là une doctrine dangereuse, car si à l'œil nu le reste de l'utérus paraît sain, il n'en est pas moins vrai que l'examen microscopique y révèle l'infiltration cancéreuse.

M. Lewers. — Les résultats de M. Cullingworth montrent que l'hystérectomie vaginale peut se compliquer tardivement d'occlusion intestinale. J'ai opéré 19 malades par l'amputation sus-vaginale et je n'ai pas un cas de mort; chez 6 de ces malades, il n'y avait pas de récidive au bout de deux ans. Quand le corps de l'utérus est envahi, le tissu péri-cervical est aussi infiltré, ce qui rend l'hystérectomie vaginale aussi impraticable que l'amputation sus-vaginale. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'hystérectomie vaginale est applicable.

M. Duncan. — Actuellement, il n'existe pas de statistiques suffisantes pour comparer l'hystérectomie vaginale et l'amputation sus-vaginale. La meilleure statistique est celle de M. Sinclair qui, pour l'extirpation, a obtenu une mortalité qui ne dépasse pas celle de l'amputation sus-vaginale des meilleurs auteurs. Je crois qu'actuellement, c'est l'extirpation totale qui constitue le procédé vraiment scientifique.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 7 janvier 1893.

Effets des iodures sur la tension artérielle et sur l'excrétion des urates.

M. Haig. — Les iodures diminuent l'excrétion des urates. D'autre part la tension artérielle varie avec la quantité d'acide urique qui est contenue dans le sang; elle varie par conséquent avec la quantité d'acide urique excrétée par l'urine. L'augmentation de tension artérielle est produite par la contraction des artérioles; ces artérioles étant contractées, les principes fluides ont de la peine à les traverser au niveau des reins, aussi la quantité d'urine est-elle en raison inverse de la quantité d'acide urique. Les iodures produisent de la diurèse, en diminuant l'excrétion des urates.

M. Harley. — Chez les goutteux qui ne peuvent supporter le colchique, l'iodure de potassium rend de grands services.

M. Robert. — Je suis arrivé à des conclusions opposées à celles de M. Haig. Je crois en effet que dans l'urine la quantité d'acide urique varie proportionnellement à la quantité d'eau Je crois qu'on ne peut pas regarder la goutte comme étant simplement fonction de l'acide urique.

M. Sansom. — Il est incontestable que les iodures diminuent la tension artérielle. Mais je crois qu'ils n'exercent cette action que par l'intermédiaire du système nerveux.

Empoisonnement par le sulfonal.

M. Waymouth Reid a dit, le 23 décembre, à l'Association médicale de Forfarshire, que l'hémato-porphyrinurie n'est pas rare à la suite de l'administration du sulfonal. Une femme ayant dépassé la période moyenne de la vie, prit des doses assez élevées de sulfonal : l'urine présenta la couleur rouge-cerise caractéristique. Le pigment extrait de cette urine présenta le spectre de l'hémato-porphyrine. La malade mourut. Des expériences ont montré que le sulfonal n'a pas une action directe et qu'il ne peut avoir qu'une action indirecte. On peut en donner deux explications : l'hémato-porphyrine est peut-être produite normalement et transformée ensuite par certains organes en un corps analogue à l'urobiline (Nencki et Lieber); le sulfonal lésant ces organes permettra à l'hémato-porphyrine d'apparaître dans l'urine. Une autre explication consisterait en ce fait que l'hémato-porphyrine serait un isomère de la bilirubine. Il serait possible que l'action constipante du sulfonal entraînât une absorption considérable de bilirubine par l'intestin. Cette bilirubine absorbée apparaîtrait dans l'urine sous forme d'hémato-porphyrine.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 13 janvier 1893.

Paraplégie brachiale.

M. Krafft Ebbing présente un cas de paraplégie brachiale avec intégrité des membres inférieurs. Il s'agit d'une femme de 38 ans chez qui ce symptôme s'est développé à la suite d'une pneumonie et s'est accompagné au début d'anesthésie, de dyspnée, de dysphagie, de douleurs dans la nuque et dans les membres supérieurs. Il y a atrophie musculaire, à gauche surtout, et les réactions électriques sont troublées; on observe aussi des tremblements fibrillaires. La sensibilité est actuellement intacte. Il s'agit ici, sans doute, d'une polynévrite bilatérale et non d'une poliomyélite antérieure, névrite analogue à celles qu'on observe après diverses maladies infectieuses.

Crâniotomie pour microcéphalie.

M. Rie montre un enfant de 13 mois à qui M. Gersuny a fait, à l'âge de 8 mois, une crâniotomie pour microcéphalie. Il rappelle les récentes discussions françaises sur ce point et ajoute que dans son cas il y avait réellement soudure prématurée des sutures. Jusqu'à l'âge de trois mois, l'enfant avait été normal. A cette époque, sa fontanelle se ferma et à quatre mois il eut des convulsions. Après l'opération, les convulsions augmentèrent, puis cessèrent au 4e jour, pour revenir ensuite, mais plus légères. L'état intellectuel semble réellement amélioré.

M. Gersuny a entrepris l'opération sans grand enthousiasme, mais a estimé néanmoins que le cas s'y prêtait à peu près. Il a fait une série d'incisions radiées au fond desquelles il a fendu le crâne avec un ciseau très mince, en deux séances, les 9 et 25 octobre. Les fentes peuvent encore être senties.

M. Kundrat fait remarquer que dans ce cas il ne s'agit évidemment pas d'une microcéphalie vraie, par arrêt de développement du cerveau.

Extirpation de l'utérus.

M. Herzfeld a décrit dès 1888 une méthode d'hystérectomie analogue à l'extirpation du rectum par voie sacrée de Kraske et Hochenegg. Presque en même temps a paru la publication de Hochenegg sur le même sujet. C'est seulement il y a peu de temps que M. Herzfeld a eu l'occasion d'appliquer ses idées sur le vivant. Par une incision médiane allant jusqu'auprès de l'anus, le coccyx est réséqué, au besoin avec la pointe du sacrum, puis le péritoine est ouvert entre le rectum récliné à droite et le vagin situé à gauche. L'utérus est alors attiré en avant, et à ce moment vient un temps opératoire fort important. Pour éviter l'infection du péritoine par le carcinome, on incise transversalement le cul-de-sac vésico-utérin; puis on suture le péritoine, et alors on fait l'extirpation, en somme extra-péritonéale, de l'utérus. Sur 6 cas opérés de la sorte par M. Herzfeld et M. Schauta, il y a eu 4 guérisons et 2 morts, une dans le collapsus, une par péritonite suppurée, chez une femme ayant en même temps une pyosalpingite.

Les indications de cette méthode sont : 1° le volume considérable du corps utérin; 2° les carcinomes du corps; 3° les carcinomes ayant envahi le vagin et les ligaments larges.

AMÉRIQUE

ASSOCIATION DE CHIRURGIE ET DE GYNÉCOLOGIE DU SUD

Cinquième réunion annuelle à Louisville.

Séances des 15, 16 et 17 novembre 1892.

Chirurgie pelvienne.

M. Brokaw. — Les lésions abdominales et pelviennes sont très difficiles à diagnostiquer. Dans un cas, par exemple,

j'ai diagnostiqué une pyosalpingite et j'ai trouvé une grossesse extra-utérine; une autre fois, j'ai fait l'erreur inverse. J'ai diagnostiqué des lésions ovariennes et j'ai trouvé des lésions des trompes et *vice versa*. Il est donc souvent bien utile de faire des laparotomies exploratrices.

Crâniotomie.

M. Kollock. — La crâniotomie est une opération qu'on ne doit pratiquer que sur un fœtus mort; du reste, elle entraîne souvent de graves lésions du côté des organes maternels. Dans le cas de rétrécissement du bassin, une opération césarienne faite en temps opportun peut donner de très bons résultats. En Allemagne, sur 149 cas de rétrécissement pelvien, 109 mères et 136 enfants ont été sauvés. Si on avait fait la crâniotomie, 149 enfants seraient morts et on aurait perdu probablement 50 mères, ce qui aurait supprimé 199 existences. Je crois qu'on pourrait sauver 85 à 90 0/0 des femmes à bassin vicié par une opération césarienne pratiquée à temps.

M. Mc Guire. — Je ne suis pas partisan de l'opération césarienne; mais je crois qu'il ne faut pas attirer l'utérus hors de la cavité abdominale pour l'ouvrir ensuite.

M. Mc Murtry. — Dans ces derniers mois, on s'est occupé de la symphyséotomie qu'on a opposée à l'opération césarienne; mais on n'est pas encore fixé sur l'avenir de cette dernière opération.

M. Dixon. — J'ai vu dans un cas la famille exiger la crâniotomie; malgré toutes les précautions prises, la mère mourut de péritonite septique. Je crois qu'une opération de Porro eût sauvé la vie de la mère et peut-être celle de l'enfant.

Hématocèle par rupture d'une grossesse tubaire.

M. Haggard. — La malade avait eu probablement une blennorrhagie. Son accident survint au moment où elle sautait d'une voiture; il y eut des douleurs paroxystiques et tous les signes de l'hématocèle; il se forma une tumeur au-dessus du pubis. Elle se refusa toujours à un examen digital, craignant probablement qu'on ne découvrît qu'elle était enceinte. Elle mourut et, à l'autopsie, on trouva l'utérus mou; la trompe de Fallope gauche était très élargie.

Fibrome utérin et grossesse.

M. Hogan. — Chez une femme de 28 ans, j'ai diagnostiqué une rupture de l'œuf au 4e mois. Je suis convaincu que le fœtus a continué à vivre dans sa nouvelle situation. Je crois que si j'avais opéré aussitôt après la rupture, j'aurais sauvé la malade. Dans ces cas de rupture, je conseille l'opération de Porro. Quand l'utérus contient en outre une tumeur volumineuse, on aura encore recours à cette opération.

Cure radicale de hernie inguinale.

M. Baxter. — Je traite le sac et je le ligature comme on le fait d'ordinaire; puis je prolonge mon incision à travers l'anneau interne, faisant ainsi une sorte de laparotomie; je relève le col du sac dans l'ouverture abdominale et je le fixe en ce point par des sutures profondes; puis je coupe le sac au niveau du péritoine et je le ferme par des sutures perdues; enfin je suture la paroi abdominale. Je suture profondément le canal inguinal.

Chirurgie des uretères.

M. Reed. — Les moyens de diagnostiquer les lésions des uretères que nous avons à notre disposition sont les suivants: 1° exploration de l'extrémité inférieure de l'uretère par l'examen digital pratiqué par le vagin, le rectum ou la vessie; 2° exploration de l'extrémité inférieure par la sonde introduite dans la vessie; 3° exploration de la portion moyenne des uretères par la palpation lombaire; 4° exploration de l'extrémité supérieure par la néphrotomie exploratrice.

L'exploration digitale à travers l'urèthre et la vessie est facile, mais n'est pas exempte de dangers; il peut persister de l'incontinence d'urine pendant un temps plus ou moins long.

Morphologie de l'abdomen contenant des tumeurs ovariennes ou des myomes.

M. Kelly. — L'abdomen contenant un gros kyste ovarien a une forme globulaire ou ovoïde; la portion sous-ombilicale est bien plus proéminente que la portion sus-ombilicale. Cette augmentation de volume est uniforme dans les kystes paro-variens et les tumeurs polykystiques peu bosselées. Les myomes nodulaires donnent à la partie inférieure de l'abdomen un aspect bosselé.

Ovariotomie chez des femmes âgées.

M. Johnson. — Chez une malade de 67 ans, j'ai enlevé une tumeur de 52 livres. Chez une autre, âgée de 68 ans, j'ai enlevé un kyste ovarien multiloculaire pesant 64 livres. Enfin le 10 octobre, j'ai enlevé un kyste ovarien, pesant 56 livres, chez une femme de 67 ans, très déprimée. Les méthodes perfectionnées, les opérations plus rapidement faites, l'antisepsie ont ainsi permis sur 38 opérations, pratiquées chez des femmes ayant entre 67 ans et 82 ans, de n'avoir que deux morts.

Une statistique d'il y a 20 ans portant sur 34 sujets dont l'âge variait entre 60 et 67 ans a donné six morts.

Trachélite utérine.

M. Brown. — La trachélite simple n'est jamais d'origine infectieuse. Pendant longtemps je n'appliquai les remèdes que j'employais (nitrate d'argent, sulfate de cuivre, acide phénique, teinture d'iode) qu'à l'intérieur du col. La trachélite septique provient toujours d'une infection septique et devient un centre d'infection pour les tissus environnants. Le contact avec l'orifice utérin de fragments de placenta, de membranes, de coagulums, est la cause ordinaire de cette infection. Il faut alors recourir à des mesures antiseptiques. La trachélite traumatique consiste simplement en une inflammation et une congestion du col provoquées par des traumatismes obstétricaux. Je traite cette forme par le nitrate d'argent. La blennorrhagie ou la syphilis peuvent donner une trachélite spécifique.

Corps étranger de la vessie.

M. Ross. — Une femme souffrit pendant sept ans de douleurs horribles causées par un ténesme presque continu. On trouva dans sa vessie une masse formée par un petit cône de coton imbibé autrefois de teinture d'iode et incrusté de sels calcaires. La malade dit qu'il avait dû être introduit autrefois par un médecin qui avait cru placer ce petit tampon dans le col utérin.

Cholécystotomie.

M. Ricketts. — Une femme de 34 ans, n'ayant jamais eu ni jaunisse ni grandes coliques hépatiques, ne présentant aucune tumeur dans la région du foie, vint me consulter. La région du foie était un peu sensible. La malade s'amaigrissait et les selles étaient décolorées. J'ai conseillé de placer un drain en verre jusqu'à ce que le canal cholédoque fût ouvert et de faire ensuite, s'il y avait nécessité, une anastamose entre la vésicule et le duodénum.

Livres déposés au Bureau du Journal

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Guide pratique pour l'analyse des urines, procédés de dosage des éléments de l'urine, tables d'analyses, recherches des médicaments éliminés par l'urine, par Gustave Mercier, pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. Paris, 1892, 1 vol. in-18 jésus de 192 pages avec 36 figures et 4 planches en couleurs, cartonné. 4 fr.

Traité des maladies des voies urinaires de l'homme et de la femme. Hygiène et traitement pratique des maladies de l'urèthre, de la vessie, des reins, calculs, spermatorrhée, diabète, etc., par le Dr Henri Picard. Paris, 1892. 1 vol. in-18 jésus de 360 pages avec figures, cartonné. 5 fr.

La thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, à la chirurgie, à l'obstétrique et à la pédagogie, par le Dr A. Cullerre, directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon. Paris, 1893. 1 vol. in-16 de 318 pages (Bibliothèque scientifique contemporaine). 3 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Note sur un cas de symphyséotomie chez l'homme,

par J. Albarran, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

L'Académie de Médecine a été saisie de la question de la symphyséotomie par les communications de MM. les professeurs Pinard et Tarnier, par celles de MM. Charpentier et Porak. Elle écoutait dans sa dernière séance la relation d'une remarquable opération que les succès de la symphyséotomie ont inspirée et que M. le professeur Pinard, qui l'a pratiquée, a proposé d'appeler opération de Farabeuf.

Ayant eu l'occasion de faire une symphyséotomie chez l'homme, j'ai pensé que je devais apporter à cette tribune la modeste contribution qu'il m'est donné de joindre à celle des maîtres dont je viens de rappeler les noms et les succès.

La symphyséotomie que j'ai pratiquée a été faite dans le service de mon maître M. le professeur Guyon; elle constituait le temps préliminaire d'une large résection de la vessie nécessitée par un épithélioma de cet organe, et s'est terminée par la guérison complète du malade que j'ai l'honneur de vous présenter.

Cet homme est âgé de 31 ans. Lorsque M. Rigal nous l'adressa en avril 1890, il se plaignait déjà depuis trois ans de phénomènes de cystite intense et d'hématurie qui avaient fait penser à M. Rigal que ce malade, très anémié et amaigri, pouvait être atteint de tuberculose urinaire. L'examen cystoscopique nous permit de diagnostiquer un néoplasme pédiculé implanté en dehors de l'uretère gauche, que mon maître M. le professeur Guyon extirpa par la taille hypogastrique le 28 août 1890. Quoique la tumeur fût assez considérable (elle pesait 64 grammes), la guérison survint sans encombre et si rapidement que la plaie vésicale, sur laquelle on avait pratiqué la suture partielle, se ferma le 14e jour. L'examen histologique nous montra un épithélioma papillaire pavimenteux et nous gardâmes quelques doutes au sujet de la guérison définitive.

Un an après cette première opération, ayant dans l'intervalle bénéficié d'un état local et général parfait, le malade vint nous consulter pour une nouvelle hématurie et l'examen cystoscopique nous permit de constater l'existence d'une petite tumeur siégeant sur le côté gauche de la vessie, entre le col et l'uretère correspondant. M. Guyon et moi, nous engageâmes le malade à se faire opérer de nouveau, mais il ne se décida à une nouvelle intervention que 2 ans et 5 mois après la première opération, lorsque la fréquence et l'abondance des hématuries l'eurent effrayé. C'était en septembre 1892, alors que, pendant les vacances, je suppléais mon maître.

Je fis un nouvel examen au cystoscope et je pus constater le développement considérable acquis par la tumeur. En avant, la masse néoplasique touchait presque le col; en arrière elle cachait l'orifice uretéral, impossible à découvrir; en dedans le néoplasme atteignait le bord du trigone et il paraissait s'étendre en dehors dans une étendue de 3 à 4 centimètres. La tumeur présentait l'aspect des épithéliomas sessiles et, autant que le palper combiné pouvait me renseigner sur ce point, la paroi vésicale n'était pas profondément envahie.

Je soumis le cas à M. le professeur Guyon, et, comme il s'agissait d'un homme de 31 ans, ayant conservé au point de vue de l'état général le bénéfice complet de la première opération, il fut convenu que je pratiquerais une large ablation à l'aide de la symphyséotomie pour mettre le malade à l'abri des récidives. Il fallait pour cela extirper complètement le néoplasme et la portion de la paroi vésicale sur laquelle il s'implantait; il fallait même prévoir la nécessité de greffer l'uretère gauche sur un point de la paroi vésicale; or, étant donné le siège de la tumeur, il était évident que la taille suspubienne longitudinale ou transversale ne pourrait donner qu'une voie insuffisante pour pratiquer le plan conçu.

Ces raisons me conduisirent à pratiquer la symphyséotomie en suivant le plan opératoire que j'avais décrit (1) d'après mes expériences cadavériques et que je n'avais pas encore appliqué, n'ayant pas trouvé chez mes malades les indications nettes qui justifient l'opération. Mon collègue M. Varnier, élève de M. Pinard à qui l'on doit la renaissance de la symphyséotomie en France, me prêta son obligeant concours.

L'opération fut pratiquée le 9 septembre 1892. Je commençai, comme nous le faisons d'habitude, par bien laver la vessie, d'abord avec de l'eau boriquée au 4 0/0, puis avec une solution de sublimé au 1 pour 3000; je retirai alors la sonde qui avait servi pour le lavage, en laissant dans la vessie 300 grammes de la solution de sublimé et je fis introduire dans le rectum un ballon de Petersen.

L'incision, longitudinale, commença à 3 travers de doigt au-dessus du pubis pour se terminer sur le pénis à un centimètre en deçà de sa racine; sur l'extrémité inférieure de cette incision je fis tomber deux autres petites incisions d'un centimètre de longueur représentant les deux branches d'un Y renversé, dans le but d'éviter la déchirure de la peau lorsque la symphyse serait écartée. Ayant sectionné le tissu fibreux de l'ancienne cicatrice jusqu'à l'aponévrose et toutes les parties molles au devant du pubis, je séparai soigneusement le pénis jusqu'à bien sentir avec mon doigt le bord inférieur de la symphyse. Je sectionnai alors, comme à l'ordinaire, la paroi abdominale et je dégageai la face antérieure de la vessie sans que la cicatrice de l'ancienne taille me gênât en rien; l'index de la main gauche étant enfoncé derrière le pubis jusqu'à bien sentir son bord inférieur, je glissai sur lui un écarteur à courte branche qui se trouva ainsi placé entre la symphyse et la vessie et protégeait cet organe. Je sectionnai alors avec un fort bistouri, de haut en bas et d'avant en arrière, le fibro-cartilage de l'articulation, mais il ne me fut possible de terminer la section qu'avec l'aide du ciseau et du marteau. Les cuisses du malade furent en ce moment placées dans la flexion et on commença à les écarter graduellement, pendant que le bistouri sectionnait les quelques brides qui résistaient. Très facilement on obtint ainsi, entre les deux pubis, un écartement de 42 millimètres, toute la face antérieure de la vessie se trouva largement découverte et je pus faire avec une très grande facilité la résection de la vessie.

dique et j'i d'abord longitudinalement la vessie, commençant mon incision, placée à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane, un peu au-dessus du bord du pubis, pour la terminer auprès du col. Les bords de la plaie écartés, je vis le néoplasme formant une masse de la grosseur d'une mandarine saillante dans la cavité vésicale; la masse du néoplasme m'empêchait de bien voir son point d'implantation, mais je savais par expérience que les tumeurs papillaires saillantes dans la vessie ne saignent guère lorsqu'on ne s'attaque pas à leur pédicule, et, suivant en cela la pratique de M. Guyon, je sectionnai toute la portion saillante de la tumeur pour me donner du jour.

Cette abrasion de la plus grande partie de la masse néoplasique me permit de constater qu'il y avait deux tumeurs : l'une pédiculée venait s'insérer à 1 cent. 1/2 du col de la vessie, sur sa partie latérale gauche; séparée

(1) *Les Tumeurs de la vessie*, Paris, 1892, p. 373.

de cette première tumeur par un pont fort étroit de tissus sains se voyait la large implantation du néoplasme principal. Celle-ci s'avançait en arrière, passant à 2 cent. en dehors de l'uretère, dans une étendue de 3 cent. et venait, en avant et en dedans, contourner la paroi latérale de la vessie pour affleurer, à quelques millimètres près, l'incision longitudinale que j'avais faite au réservoir.

En m'aidant du bistouri et des ciseaux je réséquai alors dans toute son épaisseur la portion de la vessie sur laquelle s'implantaient les tumeurs, en ayant grand soin de passer à un centimètre au delà des néoplasmes. J'enlevai ainsi un segment trapézoïdal de la vessie ayant 6 centimètres de longueur et 4 cent. en largeur; le grand côté du trapèze correspondait à l'incision primitive de la vessie, son petit côté effleurait le trigone et son bord antérieur se trouvait à 1 centimètre en arrière du col. Je procédai alors à la suture complète de la vessie en commençant près du trigone pour finir vers la partie antérieure; partout je pratiquai deux plans de sutures, un profond au catgut et un autre plan, superficiel, à la manière de Lembert, avec du fil de soie. Pour les premiers points, les plus postérieurs, je fus obligé de nouer les fils de catgut dans l'intérieur de la vessie, mais, une fois la suture commencée, il me fut facile de nouer tous les points en dehors, du côté de la couche musculaire de l'organe. Avant de fermer complètement la vessie, je m'assurai qu'il n'y avait plus de saignement et je plaçai à demeure une sonde de Pezzer.

Lorsque la vessie fut complètement fermée, je fis étendre et placer dans l'adduction les cuisses du malade; les deux pubis revinrent alors presqu'au contact, faisant disparaître la large brèche de la symphyséotomie. En ce moment survint une hémorrhagie veineuse due au plexus de Santorini dont je me rendis aisément maître avec une mèche de gaze iodoformée placée entre le pubis et la vessie. Je mis aussi une autre lanière de la même gaze en avant du pubis et je procédai aux sutures de la paroi abdominale: la plaie cutanée fut ensuite réunie en laissant deux orifices pour le passage des deux lanières de gaze pré et rétropubiennes.

Le pansement fut maintenu par un bandage de corps fortement serré et le malade placé dans une gouttière de Bonnet.

Les suites opératoires furent au début très simples; la température resta normale et, lorsque le 2e jour j'enlevai les mèches de gaze iodoformée, la plaie était dans un état parfait. Huit jours après l'opération, le pansement se trouva un peu mouillé par l'urine et comme la sonde à demeure ne fonctionnait plus très bien, je fus obligé de la retirer en la remplaçant par une sonde de Nélaton : dans ce pansement je fis de petits lavages vésicaux et je constatai que le liquide revenait, quoiqu'en petite quantité, par l'orifice qui avait donné passage à la mèche de gaze prépubienne. Dix-sept jours après l'opération la gouttière de Bonnet fut supprimée et à ce moment la vessie paraissait complètement fermée, mais, six jours après, la sonde s'étant bouchée, le pansement fut de nouveau mouillé et il persista une petite fistule qui se ferma définitivement le 28 octobre, un mois et demi après l'opération. A partir de ce moment la plaie bourgeonna bien et se cicatrisa en laissant la petite cicatrice déprimée qu'on peut constater aujourd'hui.

Plus de 4 mois se sont écoulés depuis l'acte opératoire et, comme on peut le constater, le malade se trouve dans d'excellentes conditions d'état général; il a engraissé et a pu reprendre ses occupations sans éprouver aucune gêne lorsqu'il marche. Au point de vue local, l'état n'est pas moins satisfaisant, puisque le malade n'éprouve aucune souffrance et qu'il peut retenir son urine jusqu'à 3 heures de suite. L'examen cystoscopique de la vessie pratiqué aujourd'hui même nous a fait voir la cicatrice opératoire sans qu'il y ait trace de récidive.

J'ajouterai que l'examen histologique de la pièce m'a démontré qu'il s'agit, comme la première fois, d'un épithélioma pavimenteux limité à la muqueuse, sans envahissement de la couche musculaire, ce qui permet d'espérer une guérison définitive.

Je n'entrerai pas dans de longues considérations au sujet de mon malade et je me bornerai à constater, malgré le succès que j'ai eu, la gravité incontestable d'une semblable opération et à indiquer les circonstances qui, à mon avis, peuvent la justifier.

Chez la femme en couches la symphyséotomie est une opération simple qui par elle-même atteint le but opératoire en élargissant les diamètres du bassin. Chez l'homme, au contraire, la symphyséotomie, déjà plus difficile comme technique opératoire, ne constitue que le premier temps d'une opération plus grave.

Sans discuter ici les indications des différentes variétés de taille antérieure dans les tumeurs de la vessie, je me bornerai à dire : 1° que la taille longitudinale est parfaitement suffisante pour les opérations, résection y compris, qui se pratiquent dans les deux tiers supérieurs de la vessie; 2° que la taille transversale permet d'aborder facilement, de dedans en dehors, toutes les portions de la vessie, excepté la partie inférieure de la face antérieure; 3° que la symphyséotomie seule permet de pratiquer avec aisance les résections, comprenant toute l'épaisseur de la paroi, dans la portion de la vessie qui est masquée par l'auvent pubien.

Il ne faut pas perdre de vue que la symphyséotomie, opération préliminaire, augmente le traumatisme, allonge l'acte opératoire en le rendant plus grave et que la guérison du malade doit être, même dans les cas les plus favorables, notablement plus longue que dans les tailles ordinaires (1). Pour ces raisons la symphyséotomie ne me paraît indiquée, dans les tumeurs de la vessie, que lorsqu'on se propose de tenter une cure vraiment radicale par la résection large de la partie inférieure, rétropubienne de la vessie et lorsque cette résection se trouve indiquée par les conditions générales du malade et une précision absolue du diagnostic local. Si le diagnostic ne peut être poussé assez loin pour s'adresser d'emblée à la section pubienne, il vaudrait mieux commencer la taille comme à l'ordinaire, ouvrir la vessie, constater *de visu* les lésions et faire alors, s'il y a lieu, la symphyséotomie.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Note sur le rôle du bacterium coli commune dans certaines affections de l'anus, par Henri Hartmann et Emile Lieffring (2).

Les préparations que nous avons l'honneur de vous présenter, ont pour but d'établir le rôle encore peu connu du *bacterium coli* dans la pathogénie de la phlébite hémorrhoïdaire et de certains abcès périanaux.

Vous connaissez tous l'affection connue sous le nom d'*hémorrhoïde externe turgescente*. Sous l'influence de causes mal déterminées, une ou plusieurs hémorrhoïdes augmentent de

(1) Sans doute il ne faudrait pas mettre sur le compte de la symphyséotomie la gravité de l'acte opératoire dont elle n'est qu'un temps et il sera nécessaire d'étudier soigneusement les observations. Pour le moment nous manquons de documents au sujet de la symphyséotomie chez l'homme, car, dans le seul cas mentionné par M. Tuffier, l'observation n'a pas été publiée et le résultat opératoire est inconnu.

(2) Communication à Société anatomique, séance du 20 janvier, 1893.

volume. Arrondie, lisse, tendue, rénitente, un peu douloureuse, la tumeur atteint rapidement son maximum de développement en déterminant, dans quelques cas, un léger mouvement fébrile. Au bout de peu de jours, la tumeur régresse, s'affaisse; plus rarement elle se crève, donnant lieu à un léger écoulement sanguin qui soulage le malade ; plus rarement encore elle s'abcède, donnant lieu à l'abcès phlébitique de Chassaignac. Comme l'avaient déjà dit nombre d'auteurs, comme l'a en particulier nettement spécifié Gosselin, il y a, dans ces cas, plénitude prolongée des veines et coagulation du sang dans leur intérieur. Il y a là plus qu'une fluxion ; il y a phlébite et coagulation sous l'influence de la phlegmasie de la paroi veineuse. « Mais, écrivait Gosselin, pourquoi cette phlébite ? Pourquoi sa venue à un moment donné ? Nous ne savons rien de précis à cet égard. » Depuis Gosselin, la question n'a pas fait un pas en avant. Les travaux les plus récents de Charles B. Ball, d'H. Cripps, d'Allingham, en Angleterre, de Potherat et d'Ozenne en France, nous laissent dans la même incertitude. Les cultures que nous vous présentons, et les coupes histologiques que nous vous montrons, nous permettront, croyons-nous, d'établir que cette phlébite, car il y a bien phlébite, survient à la suite de la pénétration dans l'hémorrhoïde de cet agent pathogène, dont le rôle varié a déjà été établi dans nombre d'affections, le *bacterium coli*. La phlébite hémorrhoïdaire rentre donc dans le cadre général des phlébites et, comme la phlegmatia, succède à l'introduction dans la veine d'un agent infectieux.

Ces cultures proviennent d'un malade que nous avons opéré dans le service de notre maître, M. F. Terrier.

Entré le 22 décembre dernier à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, ce malade, âgé de 43 ans, n'avait jamais rien éprouvé de spécial au niveau de la région anale, si ce n'est un léger prurit. De plus, il avait depuis longtemps remarqué à diverses reprises la présence de petites taches de sang sur la chemise.

La veille de son entrée, au matin, il avait ressenti un prurit un peu plus vif que de coutume et vers le soir, en se couchant, avait constaté la présence au niveau de la région anale d'une petite tumeur arrondie, dure et douloureuse. Cette tumeur, au dire du malade, s'était développée, pour ainsi dire, d'une manière aiguë et avait atteint son volume presque d'emblée.

Comme le lendemain elle ne s'était nullement modifiée, le malade vient consulter à l'hôpital. Nous le voyons à ce moment.

Il existe sur la partie latérale droite de l'anus une tumeur arrondie, du volume d'une noisette, d'aspect cutané sur sa face externe, bleuâtre, lisse sur sa face interne, regardant le canal anal. La peau est violacée, tendue, amincie sur son sommet. La tumeur est dure et douloureuse au toucher. Il n'y a pas la moindre rougeur, pas le moindre empâtement périphérique.

Le canal anal est libre; il n'y a pas de contracture du sphincter. En un mot, il s'agit bien évidemment de la lésion connue sous le nom d'*hémorrhoïde externe turgescente*. A travers une petite eschare faite par le thermocautère, nous ponctionnons la tumeur, mais ne pouvons en aspirer que difficilement quelques gouttes de sang. Comme toujours, en pareil cas, la tumeur est remplie par un caillot.

Nous excisons ensuite au bistouri l'hémorrhoïde et réunissons par trois points de suture au crin. Pendant cette excision, nous pouvons constater que le caillot qui remplit la tumeur se continue plus haut dans des veines qui en partent, le fond de la plaie nous montrant deux veines thrombosées. Pansement iodoformé. Les douleurs cessent immédiatement et le malade sort quelques jours après guéri, la réunion s'étant faite dans toute l'étendue de la petite plaie opératoire.

Nous vous montrons ici des cultures faites avec le sang retiré par la ponction, en même temps que nous vous présentons des coupes du caillot, mis dans l'alcool et durci immédiatement après l'opération. Comme il est facile de vous en assurer en regardant ces divers tubes et en examinant les préparations, il s'agit là de cultures pures de *B. coli*.

Sur les coupes du caillot, traitées par la méthode de Kühne, vous voyez de plus qu'il existe disséminés des bacilles le plus souvent groupés. Ces bacilles occupent tantôt la partie périphérique, tantôt la partie centrale du caillot.

Au contraire, des cultures de sang pris dans les vaisseaux de prolapsus hémorrhoïdaire non enflammé ne nous ont rien donné et sont restées stériles. Il semble donc que la pénétration du *bacterium coli* soit la cause de l'inflammation de l'hémorrhoïde. De nouvelles recherches sont toutefois nécessaires pour établir que nous ne nous sommes pas trouvés en présence d'un cas isolé.

Les autres tubes que nous vous présentons ont trait à des cultures du pus d'une suppuration développée autour d'un rétrécissement syphilitique ano-rectal. Recueilli dans une pipette stérilisée et ensemencé, après dilution préalable, sur gélatine dans des boîtes de Pétri, afin de séparer, le cas échéant, les espèces microbiennes, ce pus ne nous a donné qu'un seul et même microbe dont les réactions vis-à-vis des méthodes colorantes et des divers milieux de culture sont, comme vous pouvez le voir, celles du *bacterium coli*.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE L'HOPITAL BELLEVUE

Réunion du 2 décembre 1892.

Purpura hémorrhagique.

M. Haynes. — Un homme de 27 ans eut, en octobre 1889, des sueurs nocturnes, avec quelques frissons et de la fièvre ; au bout de trois semaines il eut des hémorrhagies gingivales, linguales et une éruption de purpura sur le tronc et les extrémités supérieures. Il eut aussi des épistaxis. Il eut une deuxième attaque semblable le mois suivant. L'année suivante, il eut des douleurs dans le dos et les jambes et ces dernières se couvrirent d'une éruption de purpura, qui dura deux semaines et s'accompagna d'hémorrhagie buccale légère. Le 16 janvier, nouvelle hémorrhagie buccale arrêtée par la glycérine et l'alun, et l'ergotine à l'intérieur. Le 19 janvier, épistaxis abondante. On ajouta à l'ergotine de la morphine. Ce malade avait un ténia dont on le débarrassa. Il avait habité assez longtemps Alexandrie.

M. Le Fèvre. — J'ai vu beaucoup de cas analogues chez des sujets revenant de Panama. Les deux tiers de ces cas se rapportent à des femmes et se sont accompagnés d'hémorrhagies intestinales et de métrorrhagies. Je crois que le cas rapporté par M. Haynes doit être mis sur le compte de la malaria. Il y a aussi des accidents analogues chez des ouvriers exposés aux vapeurs de plomb. J'ai vu aussi des hématuries chez une femme venue de Panama. Le bromure d'arsenic a bien agi contre ces accidents.

Paralysie spasmodique.

M. Sayre. — Une petite fille était atteinte de paralysie spasmodique principalement des membres inférieurs. Aux membres supérieurs on ne constatait que de l'incoordination des mouvements. Lors de sa naissance on avait fait la version ; elle avait été presque asphyxiée. Cette paralysie spasmodique existait depuis la naissance. Il est probable que les manœuvres obstétricales ont entraîné un épanchement sanguin, d'où formation d'un caillot comprimant les centres moteurs des jambes. Je la traite depuis six semaines par l'électricité faradique et le massage. Elle va un peu mieux. Dans des cas analogues j'ai souvent pratiqué la ténotomie et j'en ai obtenu de bons résultats.

Vice de conformation de l'urèthre et difformité acquise de la hanche.

M. Sayre. — J'ai vu une jeune fille de 17 ans avec un vice de conformation de l'urèthre, entraînant un écoulement fréquent de l'urine ; le clitoris était bifide, le vagin très petit, et la menstruation se faisait par la vessie. On peut introduire le doigt dans la vessie. Il y a cinq ans elle a reçu un coup de pied dans la hanche gauche ; la douleur fut assez peu vive, mais la région se déforma et je pus constater dernièrement qu'il y avait une luxation de la hanche. Pour ma part, je crois que cette luxation a pour cause la contraction musculaire, car cette malade avait pris l'habitude de maintenir toujours sa cuisse fléchie et en adduction, seul moyen qu'elle eût de s'opposer à l'écoulement de l'urine. J'ai fait une opération pour remettre la jambe droite ; la malade a guéri, mais la déformation se reproduit. Je crois qu'on ne pourra main-

tenir la jambe droite qu'en opérant l'urèthre pour empêcher l'écoulement de l'urine.

Cancer de l'utérus.

M. Porter. — Il faut bien connaître les apparences macroscopiques et microscopiques des tumeurs malignes de l'utérus pour les diagnostiquer et les opérer. Tout médecin praticien doit connaître à fond leur symptomatologie surtout au début, et dès qu'il existe la plus petite trace de carcinome, il doit appeler le chirurgien en consultation. Il faut faire un examen microscopique de tout tissu simulant un cancer. Il faut faire l'extirpation totale de l'utérus dans tous les cas de cancer limité à cet organe et il faut opérer le plus tôt possible. On aura recours à l'hystérectomie vaginale toutes les fois que l'utérus sera assez petit pour sortir par le vagin. Quand on enlève de grosses tumeurs par l'hystérectomie abdominale, il faut se servir de l'écraseur et enlever la masse de la tumeur avant d'appliquer les ligatures. On fera l'hystérectomie laparo-vaginale quand il y aura de sérieuses complications produites par des inflammations ou des adhérences. On n'aura recours aux formidables opérations de Zuckerkandl et de Kraske que dans des cas exceptionnels. Quand les tissus voisins de l'utérus ou le vagin sont envahis, on ne fera pas l'hystérectomie. L'amputation n'est qu'une méthode palliative. Quand on fait le curettage d'un utérus cancéreux, il faut employer la curette tranchante. Après toutes les opérations pour cancer, on doit garder les malades en observation aussi longtemps que possible.

M. Currier. — C'est avec raison que M. Porter insiste sur la nécessité de faire le diagnostic de bonne heure. Les hémorrhagies doivent toujours donner l'éveil. Les cancers peuvent coexister avec des tumeurs bénignes, comme des polypes. Quand le cancer est absolument limité au col, je me contente d'amputer le col utérin, opération facile et dépourvue de tout danger. Dans les cas plus avancés, on doit extirper l'utérus. L'amputation élevée est plus difficile que l'extirpation totale et expose à laisser des tissus malades. En Allemagne la mortalité moyenne de l'hystérectomie vaginale est de 8,4 p. 100. La plus faible mortalité obtenue est celle de Kaltenbach; elle est de 3,3 p. 100. Souvent cette opération donne une survie de 2 à 5 ans et plus. Baker a eu des survies variant de 3 à 10 ans, ce qui semblerait prouver cette opinion avancée par Virchow et par Waldeyer, que le cancer est primitivement une affection locale.

Je crois à l'utilité d'une opération palliative dans les cas avancés. Pour les opérations, on emploiera la curette tranchante et en plus le thermo-cautère ou une solution de chlorure de zinc. Il ne faut pas laisser de pinces en place.

M. Barrows. — Je suis partisan de l'extirpation totale dès que le cancer est diagnostiqué. Je crois que dans certains cas les pinces peuvent rendre de grands services; notamment les pinces de Greig Smith n'exposent à aucun danger.

M. Morris. — Je suis aussi partisan de l'extirpation totale. Si on avait plus fréquemment recours à la ponction de Trendelenburg, on opérerait plus souvent par la voie abdominale. Dans les conditions ordinaires, l'ablation d'un cancer de l'utérus ne retentit que fort peu sur le sympathique; aussi est-il inutile de soumettre ensuite la malade à la diète.

M. Syms. — Il faut opérer de très bonne heure et faire l'extirpation totale. Je crois que les pinces peuvent rendre des services. L'opération ostéo-plastique de Kraske est appelée à rendre de grands services, dans les cas où le cancer a envahi la paroi postérieure du vagin et le rectum.

REVUE DES JOURNAUX

Intervention chirurgicale dans les hémorrhagies cérébrales non traumatiques (Operative interference in cases of cerebral hæmorrhage not due to traumatism), par Dennis (*N.-Y. med. Jour.*, 24 décembre 1892, p. 701). — L'auteur fait surtout allusion aux hémorrhagies non traumatiques qui se produisent entre la dure-mère et la pie-mère. Parmi ces accidents il en est où l'application du trépan est parfaitement indiquée. Il s'agit là d'un accident qui, rare à Londres, est très fréquent à New-York. L'auteur rappelle les symptômes très connus de cette affection et montre ainsi qu'on n'a qu'à opérer comme dans les cas d'hémorrhagies traumatiques ordinaires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

M. le Président annonce la mort de M. Hardy. La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 janvier 1893.

Présidence de M. Cha veau.

Lésions cutanées chez les dégénérés.

M. Féré. — J'ai constaté assez souvent que les sujets présentant des marques certaines de dégénérescence présentaient des lésions assez variables de la peau. Le plus souvent il s'agit de dyschromies, qui siègent surtout au membre supérieur : il y a des taches pigmentaires au segment anti-brachial et surtout brachial. On peut observer dans les mêmes conditions des nævi, le molluscum, ainsi que cela a été noté par M. Hallopeau. Le membre inférieur et surtout la jambe sont rarement atteints.

Pannicule adipeux sous-cutané.

M. Féré. — La mesure de son épaisseur m'a amené à constater certains faits intéressants, concernant par exemple le rôle de la compression temporaire produite par les vêtements et chaussures. Sous l'influence de cette compression, on peut observer des différences régionales atteignant près de un centimètre. On sait d'ailleurs comment la pression d'un bandage herniaire est susceptible de produire des épaississements sous-dermiques considérables.

M. Déjerine. — On pourrait rapprocher de ces observations le rôle de la jarretière, qui, suivant son type ou son point d'application, peut engendrer des variations analogues.

Muscles extenseurs dans la station.

M. P. Richer. — J'ai essayé de fixer par l'étude du nu le rôle des muscles triceps crural et fessiers dans l'attitude debout. Dans ces conditions, l'axe du membre inférieur présente une légère obliquité en bas et en arrière, et il se forme au-dessus et en dedans de l'articulation du genou un bourrelet qui marque nettement le relâchement du triceps. Les oscillations du tronc en avant et en arrière influencent la production de ce bourrelet en mettant ou non en action la contraction du triceps. Une étude analogue au repos ou dans les oscillations du tronc montre que les fessiers sont également relâchés dans la station simple. Il s'ensuit donc que la théorie mécanique de la station a raison contre la théorie musculaire.

Levure de bière et bacille pyocyanique.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — Nous avons montré précédemment que le mélange d'une culture de bacille pyocyanique à de la levure de bière en milieu sucré à température favorable (37°) empêche la fermentation alcoolique. Il était important de savoir si l'action empêchante était due au bacille ou à sa toxine. L'expérience a été renouvelée en mélangeant à la levure une culture pyocyanique filtrée ou stérilisée par l'acide carbonique. Dans ces conditions la fermentation, loin d'être retardée, est au contraire activée, ce qui tient sans doute à ce que les cultures ajoutées contenaient une certaine proportion de matériaux nutritifs utilisables.

M. Dastre. — Il serait intéressant, dans les cas où la fermentation alcoolique manque, de rechercher s'il y a eu néanmoins diminution de la proportion de sucre au début.

Mort par les courants électriques.

M. d'Arsonval. — Je présente un important travail analytique et critique dans lequel M. Birant a cherché à fixer comment se produit la mort dans les cas d'accidents produits par les puissantes machines industrielles, à haut potentiel. Ce sont les courants alternatifs qui sont les plus dangereux.

Comme je l'avais déjà montré, il n'y a pas de destruction de tissus, exception faite pour les brûlures susceptibles d'être observées au point d'application du courant. La mort est due à des phénomènes d'inhibition du côté des centres respiratoires ou du cœur. Dans ces cas, la respiration artificielle peut ramener les sujets à la vie. Ces remarques sont applicables à l'électrocution.

Défibrination totale.

M. Dastre. — Lorsque le sang, à la suite de saignées successives, est arrivé à la limite de la coagulabilité, il est encore capable de provoquer la coagulation d'un transsudat pathologique auquel on le mélange. C'est qu'on lui a fourni le fibrinogène qui lui manquait.

La réapparition de la fibrine et de la coagulabilité est variable. Chez un chien, 45 minutes après l'état de défibrination totale, on trouve déjà le sang coagulable et une proportion dosable de fibrine. Le lendemain, la proportion est d'un tiers plus élevée que la normale.

Péritonites infectieuses dans la variole.

M. Coyne. — Les deux faits suivants ont été étudiés par **M. Auché**. Au treizième jour d'une variole, il se développe les symptômes d'une péritonite généralisée purulente que des examens appropriés ont montré être due à l'association du streptocoque et de l'aureus. L'appareil génital était sain.

Dans un autre cas, la péritonite fut plus tardive, surtout pelvienne, et due à l'aureus seul. L'ovaire était englobé dans la suppuration ; mais le reste de l'appareil génital ne semblait pas altéré, et n'a pas paru pouvoir être le départ de ces accidents.

M. Arthaud a trouvé le bacille pyocyanique dans un œuf frais de la poule, qui est, on le sait, sensible à ce microbe et peut fournir des œufs infectés d'où naissent des embryons difformes. Dans un autre œuf, il y avait de l'actinomyces, probablement inoculé secondairement par le contact de la paille.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 *janvier* 1893.

Recherches microscopiques sur la contractilité des vaisseaux sanguins.

M. L. Ranvier. — Lorsque l'on veut observer l'effet des excitants sur les vaisseaux sanguins, on place sur la platine du microscope, dans des conditions déterminées, un organe vivant, vasculaire et transparent, et on le soumet à des excitations mécaniques, physiques ou chimiques. J'ai répété ces expériences, et elles m'ont toujours laissé subsister des doutes dans l'esprit.

Je pensai qu'il fallait faire l'expérience dans des conditions différentes de celles où l'on s'était placé jusqu'ici. Il fallait soumettre à l'expérience électrique une membrane vasculaire vivante encore, mais entièrement détachée de l'animal, afin d'y supprimer la circulation. Il fallait, en un mot, agir sur les vaisseaux sanguins comme on agit sur les fibres musculaires lorsque l'on veut étudier les modifications qu'elles subissent sous l'influence des secousses d'induction.

Je choisis la membrane péri-œsophagienne de la grenouille, dont les seuls éléments musculaires sont ceux qui, sous la forme de fibres-cellules, sont annexés aux vaisseaux sanguins. Cette dernière membrane a encore l'avantage d'être d'une minceur extrême et de posséder un riche réseau vasculaire. En outre, il me semblait que l'abondance des nerfs de toute sorte qu'elle contient devait être une condition favorable à la production des phénomènes que je recherchais.

Voici les détails de l'expérience: la membrane péri-œsophagienne est placée sur le disque de la chambre humide dans une ou deux gouttes de sérosité péritonéale. Après l'avoir régulièrement étendue, on la maintient en extension au moyen d'un anneau de platine ; puis on dispose des électrodes de papier d'étain et l'on recouvre d'une lamelle de verre, que l'on fixe avec de la paraffine.

Examinons d'abord une artériole. A l'état vivant, dans son propre plasma, elle montre d'une manière fort nette certains de ses éléments, entre autres ses fibres musculaires lisses et sa lame élastique interne.

La petite machine d'induction est alors mise en communication avec les électrodes, et, rapprochant l'une de l'autre les bobines de la machine, on cherche le courant suffisant pour faire contracter les fibres musculaires. Elles se contractent, et leur contraction peut être assez forte pour faire disparaître la lumière du vaisseau. Au moment où la contraction se produit, les plis de la lame élastique interne deviennent plus prononcés. Ils arrivent à se toucher ; c'est ainsi que s'efface le calibre de l'artériole. Si l'on coupe le courant, l'artère revient peu à peu à son diamètre primitif. On peut répéter l'expérience un grand nombre de fois et la montrer successivement à plusieurs personnes.

Lorsque l'on fait agir un courant faible quoique suffisant, la tunique musculaire de l'artériole ne se contracte pas également. Certains de ses segments sont à l'état de contraction, tandis que les autres ne sont pas sortis de l'état de repos. Pour les faire contracter, il faut faire agir un courant plus fort.

Lorsque, sous l'influence d'un courant de moyenne intensité, il se produit sur une artériole une zone de contraction, celle-ci ne se déplace pas, et si, après un instant de repos, on fait passer le même courant, la zone de contraction se reproduit au même point.

On ne peut, à l'aide de l'excitation électrique directe, rien produire dans les artères qui puisse être comparé à un mouvement péristaltique. Des mouvements de ce genre ont été admis dans l'appareil vasculaire par quelques-uns ; mais cette opinion ne semble reposer sur aucune expérience.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 *janvier* 1893.

Présidence de M. Fernet.

Choléra et fièvre typhoïde.

M. Galliard. — Pendant l'épidémie cholérique de 1892, j'ai pu observer, parmi les deux cents malades qui ont passé au Bastion 36, deux cas particuliers présentant un état typhique assez net et assez différent des manifestations propres au second septénaire et des complications du choléra pour que le cas d'une dothiénentérie secondaire pût être supposé. Et les deux malades n'étant pas encore convalescents, cette dothiénentérie fut supposée subintrante.

Or, on sait que lorsque le choléra apparaît, l'endémie typhoïde s'exaspère sous l'influence de la constitution médicale régnante ; que le choléra survenant chez des typhiques peut arrêter l'évolution de la dothiénentérie qui, elle, reprendra son cours, après la disparition du choléra.

J'admettrai donc que si le choléra survient chez des typhiques à la période d'incubation au lieu de survenir à la période d'état, l'infection cholérique retardera l'évolution de l'infection typhique latente et qu'alors la fièvre typhoïde qu'on observera au déclin du choléra sera, au point de vue symptomatique, une fièvre typhoïde qu'on pourra appeler subintrante.

J'ajoute qu'une fièvre typhoïde antérieure ne modifie pas d'une manière sensible les caractères du choléra.

M. Netter. — Malgré l'intensité de la dernière épidémie cholérique, aucun cas de choléra et de fièvre typhoïde existant simultanément chez le même sujet n'a été signalé, pas même à Sarcelles, où les décès ont donné la moyenne énorme de 240 morts sur 10.000 habitants. Si dans cette localité, comme dans la plupart des communes de la banlieue de Paris, on a observé des cas de fièvre typhoïde, ils étaient absolument indépendants, et cette coïncidence des deux épidémies sévissant à la fois pourrait s'expliquer par l'action d'une eau impure.

M. Chantemesse. — D'après les courbes de température de M. Galliard, il semblerait que la fièvre typhoïde ne s'est véritablement manifestée qu'après le choléra, dont le bacille a pu, d'ailleurs, favoriser l'action du bacille d'Eberth.

M. Rendu. — On pourrait donc conclure à l'action réciproque des deux microbes, ainsi qu'on l'a déjà démontré pour les fièvres éruptives.

Rétrécissements multiples des orifices du cœur sans troubles cardiaques sérieux.

M. Barth. — Je vous présente le cœur d'une femme de mon service morte d'une broncho-pneumonie et n'ayant jamais, durant sa vie, manifesté de troubles cardiaques bien marqués. Dans les derniers temps seulement, on entendait un bruit de souffle à tous les orifices et on observait de l'œdème des membres inférieurs et un peu d'albumine dans les urines.

Or, l'autopsie nous révéla un rétrécissement considérable de l'orifice aortique doublé d'une insuffisance, un rétrécissement des deux orifices mitral et tricuspide et une hypertrophie très marquée de tout le muscle cardiaque. L'orifice pulmonaire était normal, les deux ventricules très réduits et les deux oreillettes très dilatées.

Il résulterait de ce fait que les rétrécissements des divers orifices s'étaient produits parallèlement et qu'ils s'équilibraient entre eux.

Influence néfaste de l'érysipèle sur l'évolution de la fièvre typhoïde.

M. Comby. — Dernièrement, un jeune homme atteint de tuberculose au début entrait dans mon service ; c'était une forme lente localisée au sommet droit.

Au bout de quinze jours, le malade contracte un érysipèle grave qui guérit en deux semaines, mais qui semble avoir aggravé la tuberculose, car la phthisie qui semblait chronique se déclare d'une façon aiguë et emporte le malade en peu de temps.

Il me semble donc que dans ce cas l'influence néfaste de l'érysipèle est indéniable et que l'antagonisme du streptocoque et du bacille de Koch expliqué par certains auteurs ne peut être admis. Je ne me rangerai pas plus à l'opinion de ces auteurs qui soutiennent aussi l'antagonisme du streptocoque et du bacille de Klebs et Lœffler, non plus que de celui du bacterium termo de Cantani et du microbe de la tuberculose, et pour moi la rencontre des microbes dans l'organisme est plutôt défavorable à l'homme.

M. Richardière. — J'ai observé dans mon service deux cas d'érysipèle survenant chez des tuberculeux et je n'ai eu à signaler aucune aggravation dans leur état.

M. Catrin. — Il en est de même pour un cas que je suis actuellement au Val-de-Grâce.

M. Legendre. — A Saint-Antoine j'ai vu plusieurs faits qui viendraient à l'appui de celui de M. Comby.

M. Comby. — Il est probable que les cas observés par MM. Richardière et Catrin étaient des cas bénins, alors que dans le cas que j'ai signalé il s'agissait d'un érysipèle grave, gagné par contagion. Peut-être faut-il chercher là l'explication de la différence relative à l'aggravation de la tuberculose pulmonaire.

Les arthrites rhumatismales dans l'érysipèle.

M. Richardière. — Trois cas de rhumatisme articulaire post-érysipélateux observés à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers et que l'on trouvera dans les Bulletins de la Société me font diviser les manifestations articulaires de l'érysipèle en trois variétés :

D'abord une variété d'arthrite infectieuse ordinairement unique, suppurée, se déclare dans une articulation plus ou moins éloignée de la plaque érysipélateuse.

Secondement, l'arthrite qui est une complication locale de l'érysipèle ; arthropathie, considérée comme étant de beaucoup la plus fréquente.

Troisièmement, on a affaire à des arthrites multiples, mobiles et instables, presque toujours bénignes et cédant rapidement au salicylate de soude.

Les arthrites de ce troisième groupe sont ordinairement sous la dépendance de la diathèse rhumatismale, car elles surviennent généralement chez des malades qui ont déjà eu des manifestations articulaires aiguës. Elles n'ont avec l'érysipèle que des rapports occasionnels qui agissent sur elles comme le ferait un refroidissement ou un traumatisme. On l'a vue cependant quelquefois occasionner la première manifestation et même, chez certains malades, elle ne peut avoir lieu sans lui.

Dans ces trois cas que j'ai signalés, le rhumatisme s'est déclaré au moment de la dégénérescence de l'érysipèle et s'est manifesté avec tous les symptômes du rhumatisme articulaire aigu généralisé, mais dans deux cas seulement on a pu observer une complication cardiaque.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 20 janvier 1893.

Ramollissement du lobe occipital.

M. Collinet présente le cerveau d'une femme morte dans le service de M. Roger à l'Hôtel-Dieu (annexe). La malade était entrée avec des symptômes d'emphysème pulmonaire, de myocardite, avec légère asystolie. Peu après, elle présenta de l'hémiplégie gauche flasque complète avec intégrité du facial supérieur. Il y avait déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. Il n'y eut aucun trouble sensitif apparent.

L'autopsie ne révéla aucune lésion dans la zone psychomotrice droite ; on ne trouva qu'un ramollissement blanc de la partie inféro-interne du lobe occipital droit. Dans les autres organes on ne remarqua que de la dilatation du sinus aortique, de l'athérome de la crosse et de l'épaississement des valvules sygmoïdes.

Reins polykystiques.

M. Michel a observé un homme de 59 ans, malade depuis le mois de mars de l'année dernière, qui était entré à l'hôpital pour suffocations et œdème des jambes. On diagnostiqua une néphrite mixte ; l'examen de l'abdomen avait révélé une tumeur dans la région de l'hypochondre droit et on avait pensé que toute la zone de matité répondait au foie hypertrophié. La région lombaire, fortement œdématiée, était difficile à explorer : d'ailleurs on doit ajouter qu'on ne soupçonna pas une augmentation de volume des reins. Le malade mourut avec des symptômes d'urémie à forme dyspnéique. L'autopsie révéla des reins polykystiques énormes : chaque kyste contient un liquide différent d'aspect, depuis la coloration citrine et transparente, jusqu'au liquide puriforme et sanguinolent : les reins sont entièrement transformés, il n'existe plus de tissu rénal.

Kyste dermoïde cervico-presternal.

M. Genouville présente la photographie d'une malade opérée par M. Le Dentu à l'hôpital Necker ; on constata que cette femme portait à la région cervico-presternale une tumeur longue de 14 centim., large de 15 centim., assez régulière, lisse, arrondie. Après ablation, on constata (M. Fabre-Dommergue) qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde sans poils, comme M. Lannelongue l'a noté dans tous les kystes de la ligne médiane du cou. Les suites opératoires n'ont présenté aucun accident ; la malade, qui nourrissait, a repris l'allaitement le soir même de l'opération.

Infection généralisée par pneumocoques.

M. Pineaud présente le cœur d'une femme morte dans le service de M. Jaccoud à la Pitié. Cette malade était entrée quatre jours avant sa mort ; elle était malade depuis trois mois et se plaignait de toux et de points de côté. Quelque temps avant son entrée, elle avait souffert de violentes douleurs abdominales.

Le cœur présenté par M. Pineaud est légèrement hypertrophié ; il existe des végétations au niveau de la valvule mitrale et des valvules sygmoïdes. L'orifice aortique est rétréci : l'orifice tricuspidien est insuffisant (118 millim.).

Outre des lésions d'endocardite ancienne avec lésions secondaires (foie cardiaque, reins scléreux, hypertrophie du cœur, etc.), on constate que les végétations récentes sont riches en amas de pneumocoques. De plus, on a noté dans toutes les séreuses un épanchement plus ou moins abondant avec fausses membranes.

Dans le péritoine on trouva un litre d'ascite et des adhérences spléniques. Il y avait du liquide dans la plèvre, dans le péricarde. Les fausses membranes contenaient des pneumocoques. La rate et le poumon présentaient des infarctus. On a fait des injections de cultures à des souris, et celles-ci sont

mortes, présentant dans leur sang des pneumocoques en très grande abondance. Ces agents infectieux devaient être doués d'une grande virulence, car la souris est assez réfractaire à ces inoculations. Il s'agit donc là d'une infection pneumococcique généralisée.

Anévrysme de la crosse de l'aorte.

M. Collet présente un double anévrysme de la crosse de l'aorte trouvé à l'autopsie d'un malade mort dans le service de M. Guérin-Rose. Cet homme, âgé de 45 ans, était entré à l'hôpital avec de la toux et des hémoptysies. A cause de la matité de la fosse sus-claviculaire, de l'amaigrissement, de la dyspnée et de ses crachats sanguinolents, on en fit un tuberculeux. Puis on nota de la paralysie de la corde vocale gauche et quelques jours après le malade succombait à une hémorrhagie foudroyante.

L'autopsie révéla : 1° un volumineux anévrysme de la crosse au niveau de l'origine des vaisseaux de la base du cou, avec ouverture dans la trachée : le nerf récurrent gauche est comprimé par la poche; 2° un anévrysme plus petit siégeant au niveau de la 5e vertèbre dorsale qui est excavée à sa partie antérieure.

Les poches anévrysmatiques ne contenaient pas de caillots. L'auscultation pendant la vie n'avait révélé aucun symptôme du côté du cœur ou de l'aorte, si ce n'est du frémissement perceptible à la partie supérieure du sternum.

M. Thibierge s'étonne qu'après l'apparition de la paralysie de la corde vocale gauche et du frémissement, on n'ait pas fait un diagnostic précis.

M. Cornil fait remarquer que la vertèbre usée a une surface absolument lisse; à ce niveau l'artère malade ne se compose que de tissu fibreux; rien ne rappelle plus la structure artérielle.

Ostéite de l'omoplate. Résection complète de l'os.

M. Thévenard présente une omoplate réséquée par M. Duplay à la Charité. Il existe au niveau du bord spinal, à l'union de l'épine et de ce bord, une perforation, laissant passer l'index, causée par une ostéite bien localisée dans cette région. Le malade présentait un abcès en bissac situé sous la peau de la région dorsale et dans la fosse sous-scapulaire, d'où la difficulté de découvrir la lésion osseuse. Aussi fit-on trois opérations : 1° une ouverture de l'abcès avec grattage; 2° un raclage des fongosités; 3° découverte de la lésion osseuse et résection de l'omoplate. Le malade aujourd'hui est en bonne santé.

M. Hartmann pense que la résection complète de l'os a été excessive, puisque la lésion osseuse est nettement limitée à une partie du bord spinal.

Hémorrhoïdes enflammées.

MM. Hartmann et **Lieffring** présentent des cultures obtenues avec du liquide extrait d'hémorrhoïdes enflammées. (Voir plus haut.)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 11 janvier 1893.

Présidence de M. Poncet.

Plaie de la face par balle de revolver.

M. Hassler, répétiteur à l'Ecole de santé militaire, présente un malade qui a tenté de se suicider avec un revolver d'ordonnance. La balle avait intéressé le plancher buccal, la langue, la voûte palatine, le sinus maxillaire et le nerf optique gauche. L'orifice d'entrée siégeait à la région sus-hyoïdienne, et l'on ne voyait pas d'orifice de sortie. En raison de l'exorbitisme on soupçonnait que la balle était dans l'orbite, et on pratiqua l'énucléation, ce qui était d'autant plus faisable que la vision était complètement abolie. On trouva en effet la balle que l'on reconnut avec l'aiguille de Trouvé; celle-ci était déformée et ne pesait plus que 9 grammes au lieu de 11.

Actuellement la guérison est complète; on a placé un œil artificiel qui est bien toléré, mais l'occlusion de l'œil est impossible.

M. H. Dor dit que si l'occlusion des paupières est impossible, cela tient à ce que l'œil artificiel est trop volumineux. Chez ce malade le releveur de la paupière est paralysé, de sorte qu'en l'absence d'appareil prothétique l'œil se ferme, mais ne s'ouvre pas. Pour maintenir les paupières ouvertes, on a mis intentionnellement un œil artificiel trop gros et dès lors l'occlusion des paupières est devenue impossible.

Monstre anidien.

M. Guinard présente un monstre constitué par une simple masse ovoïde molle et recouverte de poils, du poids de 2 kil. 190.

Il s'agit d'un fœtus de la race bovine, produit d'une gestation gémellaire. Le frère jumeau de ce monstre qui lui envoyait le sang nécessaire à son développement est absolument normal. Lavocat a proposé de réunir ces monstres aux zoomyles dont font partie les môles, mais l'existence d'un cordon ombilical, et les relations qu'offrent ces monstres avec leur frère jumeau, permettent au contraire de les considérer comme faisant partie du groupe des omphalosites et d'en faire une famille spéciale, la famille des anidiens.

Monstre pseudencéphale.

M. Villard, interne des hôpitaux, présente un monstre pseudencéphale né dans le service de M. Vinay. Le placenta pesait 4 kil. 300 grammes. Il existe un spina bifida cervical et lombaire. Au moment où la malade est entrée à l'Hôtel-Dieu, on avait été frappé de l'abondance du liquide amniotique. D'ailleurs la mère avait remarqué que dès le début de sa grossesse son ventre était plus volumineux qu'il ne l'avait été dans deux grossesses antérieures normales.

M. Guinard remarque que l'aplatissement du nez est bien en faveur d'une compression énergique de la part de l'amnios, ce qui est conforme aux idées de Dareste.

M. Condamin rappelle qu'il a présenté à la Société un monstre analogue l'année dernière. Dans son cas il n'existait pas de spina bifida.

Déformations du tronc dans la sciatique.

M. A. Françon (d'Aix-les-Bains) fait une communication sur les déformations du tronc dans la sciatique. Il rapporte les observations de six malades, et à ce propos il a rassemblé à peu près tous les cas publiés jusqu'à ce jour et dont le nombre s'élève à 67 environ.

Adoptant la division proposée par Brissaud, il les classe dans les trois catégories :

1° Sciatiques avec inclinaison du tronc du côté sain ou sciatiques scoliotiques;

2° Sciatiques avec inclinaison du tronc du côté malade ou sciatiques avec scoliose homologue;

3° Sciatiques avec scoliose alternante.

Il expose la pathogénie de ces diverses formes, et après avoir indiqué le diagnostic et le pronostic de la sciatique scoliotique, il rappelle rapidement les moyens qu'il a employés pour obtenir une guérison complète chez ses malades.

Il présente plusieurs photographies qui démontrent les heureux résultats du traitement.

M. Poncet demande si dans les déformations observées par M. Françon il y a quelque chose de pathognomonique qui permette de faire le diagnostic de sciatique et d'éliminer par exemple la coxalgie.

M. Françon répond qu'il ne croit pas que les déformations soient pathognomoniques.

L. Dor.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 9 janvier 1893.

Ectrodactylie.

M. Chaleix présente un enfant de 13 ans dont la main gauche présente le type parfait de la pince de homard. On ne trouve rien d'analogue dans les antécédents héréditaires;

seulement la mère a éprouvé une émotion pendant sa grossesse à la vue d'une difformité semblable, mais, comme cela se passait au 5e mois de sa grossesse, il est difficile d'attribuer quelque importance à cet incident.

Ostéome des cavaliers.

M. Sourris présente un hussard âgé de 20 ans, qui en montant à cheval le 10 novembre 1892, pour la première fois de sa vie, éprouva une douleur dans la partie interne de la cuisse gauche. Cette gêne a toujours persisté depuis, et l'on trouve actuellement dans cette région deux tumeurs distinctes, allongées, assez volumineuses, siégeant l'une dans le pectiné, l'autre dans le moyen adducteur. Il est tout à fait exceptionnel de voir les tumeurs doubles et rare de les voir se développer aussi rapidement.

M. Villar rapporte un cas qu'il a observé l'année dernière, où le malade présentait de la façon la plus nette tous les signes d'un ostéome des cavaliers. En réalité, il s'agissait d'un sarcome qui emporta le malade en se généralisant quelques mois après.

Extirpation totale de l'omoplate.

MM. Faguet et **Aunis** montrent un jeune homme à qui le professeur Lannelongue a enlevé en deux fois l'omoplate gauche tout entière avec un fragment de la clavicule, pour un sarcome alvéolaire, suivi de récidive. Le malade a conservé la plupart des mouvements de son bras, seules l'abduction et l'élévation du bras sont abolies.

Membrane pupillaire persistante.

M. Fromaget présente une jeune femme avec une membrane pupillaire persistante dans l'œil droit. Cette membrane, triangulaire, s'insère par sa base au milieu de la base antérieure de l'iris et par son sommet au centre de la cristalloïde.

Fibromes multiples symétriques.

M. W. Dubreuilh. — Le malade, âgé de 52 ans, employé de commerce, a vu apparaître depuis trois ans une tumeur à la face postérieure du cubitus gauche, un peu au-dessous du coude. Depuis lors, ces tumeurs se sont multipliées, il y en a une à chaque coude, symétriquement placées, une à la pointe de la rotule gauche, et d'autres plus petites dans la gouttière du cubital à gauche, à la base du médius gauche (face palmaire), dans le premier espace interdigital droit; les plus grosses ont le volume d'une noisette à une noix; les plus petites, celui d'un pois. Elles sont libres sous la peau, mais lâchement adhérentes aux os ou aux aponévroses sous-jacents; elles sont très dures, un peu lobulées et tout à fait indolentes.

Sphacèle du côlon ascendant.

M. Ferron a observé un jeune soldat qui, brusquement, sans traumatisme, fut pris de douleurs vives dans l'abdomen et de symptômes de péritonite généralisée. La laparotomie fut faite, mais on ne put achever l'opération. A l'autopsie on trouva un sphacèle de tout le côlon ascendant. M. Ferron pense qu'il s'agissait d'une thrombose de l'artère mésentérique, mais le fait n'a pu être vérifié.

Favus de l'homme et des animaux.

M. Sabrazès. — Le champignon du favus humain est toujours identique à lui-même; il n'en existe qu'une seule espèce et il n'est nullement modifié par son passage sur la souris. Les teignes de la poule et du chien sont de véritables favus, ainsi que le démontre l'examen microscopique des coupes des lésions produites par leur inoculation à la poule et à la souris d'une part, au chien et à la souris d'autre part. Ces trois champignons sont très différents et les deux derniers, favus du chien et de la poule, ne donnent sur la peau de l'homme que des lésions squameuses de favus épidermique circiné.

Séance du 16 *janvier* 1893.

Calcul du rein droit. Pyélo-néphrite suppurée. Périhépatite ouverte dans les bronches. Empyème. Mort.

M. Lafarelle présente les pièces provenant de l'autopsie d'une femme morte dans le service de M. le professeur Arnozan. L'examen clinique avait révélé tous les signes d'une pleurésie purulente, y compris la succussion hippocratique. Seul le bruit d'airain manquait. L'empyème fut pratiqué dans le septième espace intercostal; un drain de 20 centimètres introduit dans la plaie donna issue à du pus, ce qui sembla confirmer le diagnostic. La nécropsie révéla l'existence d'un calcul du rein droit, accompagné de pyélonéphrite et de périnéphrite chronique. Le foie était, de plus, entouré d'une collection suppurée qui avait dû s'ouvrir dans la plaie et les bronches, bien qu'on n'ait pu découvrir le point de communication.

M. Arnozan insiste sur la présence du bruit de flot, signe exceptionnel; il regrette n'avoir pas remarqué, après l'empyème, si le niveau du liquide dans le drain suivait les mouvements d'inspiration et d'expiration, ce qui eût éclairé le diagnostic. Il rappelle que tous les signes de la pleurésie existaient, notamment le déplacement de la matité avec les variations de position de la malade.

M. Pitres. — Le clapotement n'a pas été signalé dans les abcès périhépatiques. Mais ne venait-il pas de l'intestin?

M. Arnozan croit qu'il venait de la cavité de l'abcès, l'empyème ayant donné issue à de l'air.

M. Sabrazès. — Le diagnostic de pleurésie purulente était d'autant plus logique que l'examen bactériologique du liquide avait décelé la présence exclusive de streptocoques, ce qui est le fait de la pleurésie purulente, tandis que, à quelques exceptions près notées dans la thèse d'Albarran, on n'a trouvé dans les suppurations d'origine rénale que le coli-bacille.

Hématocèle vaginale prise pour tumeur solide du testicule.

M. Chavannaz, interne des hôpitaux, présente, au nom de M. Pousson, une hématocèle en ayant imposé pour une tumeur solide du testicule. Les parois de la vaginale sont très épaissies, mais non infiltrées de produits calcaires.

Quant au testicule, son atrophie et son aplatissement sont tels qu'il n'a pu être reconnu qu'à la coupe.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 9 *janvier* 1893.

Traitement des tumeurs malignes de la face.

M. Lindner a traité avec succès, par les injections de bleu de méthylène, un sarcome malin, ayant envahi la tempe gauche, la nuque et une partie de la joue. Les injections faites d'après la méthode de Mosetig donnèrent un résultat étonnant. Depuis la mi-octobre la tumeur a diminué des trois quarts de son étendue, et les points ulcérés se sont cicatrisés. Les injections furent faites tous les deux jours en divers points de la périphérie du néoplasme, elles étaient suivies de gonflement et d'œdème; il survint une fois un abcès. Au bout de quatre semaines la tumeur avait diminué du tiers. Actuellement elle est réduite au quart de son volume primitif et continue à regresser. Ce traitement se recommande dans les cas inopérables.

Kyste hydatique du cou.

M. Güterbock. — Il s'agit d'un malade de 19 ans, opéré pour une tumeur ganglionnaire au niveau de l'angle gauche de la mâchoire, alors qu'en réalité il existait un kyste hydatique, reconnu au cours de l'intervention. L'évacuation avec l'excision de la poche amena une guérison complète. Les kystes hydatiques du cou sont rares, on en compte 26 cas dans la littérature; souvent ils sont confondus avec les kystes séreux et les abcès. Dans ces 26 cas, on perçut une fois le frémissement hydatique, et la transparence de la tumeur Bergmann a attiré l'attention sur la rapidité du développement de la tumeur. Sa localisation sur le bord externe du

muscle sterno-cléido-mastoïdien est assez caractéristique, il arrive parfois qu'elle est comme lobulée, grâce à la présence de ce muscle; dans les 2/5 des cas cet accroissement aigu particulier n'a pas lieu, quoiqu'il soit tel qu'il donne lieu à des lésions secondaires comme la luxation des vertèbres cervicales, etc.

Dans les autres cas, le plus souvent grâce aux anamnestiques, on arrive à porter un diagnostic probable; il y a cependant difficulté quand la tumeur adhère au corps thyroïde sans en dériver ou quand il s'agit de kystes hydatiques musculaires.

Au point de vue thérapeutique, la ponction a rarement été employée seule, le plus souvent elle a été suivie de l'incision. Sur quatorze opérés de cette façon, dix sont guéris et trois sont morts d'hémorrhagie, par ulcération des gros vaisseaux. Dans les classiques on conseille de ne point exciser la poche du kyste, cette conduite est souvent suivie de complications longues entravant la marche de la guérison. Dans les six cas où l'on a pratiqué l'extirpation complète, une guérison complète s'en est suivie.

La ponction a été faite dans quatre cas. Deux fois Péan a employé les injections iodoformées et le drainage. De tous les cas connus, 24 ont été opérés, 18 ont guéri. Trois fois la mort survint et trois fois le résultat est demeuré inconnu.

Maladie de Basedow.

M. Neumann. — Il s'agit d'une malade de 40 ans qui présenta tous les symptômes les plus caractéristiques du goître exophthalmique. Après un traitement médical infructueux on pratiqua, le 20 mai dernier, la thyroïdectomie. La glande malade fut enlevée entièrement (60 gr.). Les suites opératoires évoluèrent régulièrement. Au troisième jour le pouls était retombé à 80 pulsations, alors que précédemment on en comptait jusqu'à 180.

A la sortie de la malade, le pouls variait de 60 à 72. La dyspnée et les palpitations avaient disparu; on n'observait plus le signe de Graefe. L'état général était parfait, la malade avait repris son activité habituelle; et aujourd'hui il n'y a plus trace d'exophthalmie, de goître, et de palpitations.

M. Hahn. — Dans un cas où l'on fit seulement l'ablation de la moitié de la glande, les symptômes ne disparurent que d'un côté.

Thyroïdectomie.

M. Speyer. — Le malade, âgé de 21 ans, était porteur d'un goître, développé aux dépens du lobe gauche du corps thyroïde, et donnant lieu à des symptômes fonctionnels rappelant ceux de la maladie de Basedow. Le 8 janvier dernier, on fit la thyroïdectomie. La tumeur fut enlevée aussi complètement que possible. Les suites opératoires ne furent pas heureuses. Il survint de la fièvre à marche rémittente; au bout de 4 semaines se manifestèrent des symptômes pleuropulmonaires. La ponction donna 1300 ccm. de liquide hémorrhagique. La mort survint dans le collapsus onze semaines après l'intervention. A l'autopsie il fut facile de voir qu'il s'était agi d'un néoplasme malin, d'un sarcome ayant récidivé dans la trachée, et ayant donné lieu à des lésions métastatiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 11 *janvier* 1893.

Tumeurs de l'encéphale.

M. Strœbe montre un sarcome de l'hémisphère droit du cervelet, recueilli à l'autopsie d'un homme de 30 ans, qui avait présenté trois mois avant de mourir, les symptômes classiques d'une tumeur cérébelleuse : titubation, stase papillaire bilatérale, diminution considérable du sensorium. A l'autopsie, les circonvolutions de la convexité étaient très aplaties, le ventricule latéral était distendu par un liquide clair. Le lobe droit du cervelet est rempli par une tumeur gris-rougeâtre, molle, translucide; au voisinage, le tissu cérébral proprement dit est ramolli. L'examen histologique démontre un sarcome à petites cellules rondes.

Une seconde pièce est un papillome du plexus choroïde du ventricule gauche chez un enfant de 1 an 1/2, mort avec des symptômes aigus (fièvre, vomissements). A l'autopsie, aplatissement des circonvolutions, sous lesquelles le ventricule latéral est distendu par un liquide clair. Sur le plexus choroïde est une tumeur grosse comme une noisette, formée d'une grande quantité de petits lobules. La structure est conjonctive, avec de nombreux vaisseaux ; en quelques points il y a dégénérescence muqueuse.

M. Stœbe présente enfin un cholestéatome du cervelet chez une femme de 76 ans. La tumeur siège entre la corne inférieure et le bulbe.

M. A. Frænkel. — Chez le premier malade il y a eu un symptôme indiquant une compression du bulbe, c'est-à-dire une hémiparésie droite, portant sur les membres et sur la face. En outre, le pouls était ralenti à 50. Il est à remarquer que la langue était déviée à droite et non à gauche, quoique la tumeur siégeât à droite, ce qui est probablement dû à une irritation de l'hypoglosse droit.

Cancer et syphilis du larynx.

M. B. Baginsky. — En juillet 1888 le malade, syphilitique depuis trois ans, vint me consulter pour une raucité de la voix avec dyspnée intense. L'examen laryngoscopique révéla une soudure de la commissure des cordes vocales, avec infiltration considérable de la partie sus-glottique. Un traitement mercuriel énergique étant resté sans effet, le rétrécissement fut traité par l'intubation : mais quatre semaines plus tard il fallut faire la trachéotomie, après quoi la dilatation fut entreprise de bas en haut. De là une amélioration notable. Mais au bout d'un an et demi se développa au-dessus de la plaie trachéale une tumeur, puis une seconde, prises d'abord pour des lésions syphilitiques. Mais malgré l'iodure elles devinrent dures et très grosses et finalement le malade mourut asphyxié ; en outre il se forma trois jours avant la mort une fistule trachéo-œsophagienne. A l'autopsie, on trouva le larynx détruit par un cancer étendu. Je me demande si le cancer s'est greffé sur les lésions syphilitiques ou a été provoqué par l'irritation due à la canule.

Présentation de pièces diverses.

M. Virchow a présenté :

1° Un cancer du sternum et du rachis, ce dernier ayant produit une cyphose;

2° Un cancer de l'estomac avec une infiltration ganglionnaire considérable jusque dans le médiastin postérieur et avec un cancer primitif du poumon;

3° Un cas de syphilis du larynx avec lésions syphilitiques très accentuées du foie et avec noyaux gommeux ramollis dans le poumon;

4° Une métrite septique avec phlébite et avec embolies pulmonaires gangréneuses.

M. Israel montre un anévrysme de l'aorte provenant d'une malade présentée l'été dernier par M. Litten.

M. Treitel montre un malade traité depuis cinq mois pour de la tuberculose du larynx et spontanément guéri d'un ulcère tuberculeux de la langue.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 16 *janvier* 1893.

Outre une présentation de *kyste hydatique de la paroi abdominale*, par **M. Litten**, la séance a été occupée par une communication, d'ordre tout à fait technique, de **M. Senator** sur les *cylindres urinaires dans les néphrites*, sur leur structure, sur la coloration de leurs éléments cellulaires, et surtout sur la nature des leucocytes qu'ils contiennent, sur la manière dont ces leucocytes se comportent vis-à-vis des réactifs colorants.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 13 janvier 1893.

Rhinolithes.

M. de Havilland Hall. — Une jeune fille de 16 ans présentait depuis l'âge de 2 ans 1/2 un écoulement fétide par la narine gauche. Cette narine était presque complètement obstruée par une masse pierreuse occupant le méat inférieur et envoyant des prolongements dans le méat moyen. On enleva le calcul par fragments en plusieurs séances, à l'aide d'une pince et sous l'influence de la cocaïne. Ce calcul était constitué par 26,4 0/0 de matières organiques et 73,6 de phosphate de calcium. Ces rhinolithes sont excessivement rares.

M. Parker. — Le rhinolithe refoulé de bas en haut tomberait probablement dans l'œsophage et non dans le larynx.

M. de Havilland Hall. — Si par ozène on entend la rhinite atrophique, les rhinolithes sont défavorables à son apparition, car ils augmentent la capacité des fosses nasales; mais la seule présence d'un rhinolithe donne un écoulement fétide.

Goutte héréditaire.

M. Dyce Duckworth. — Un jeune homme de 18 ans, boulanger, entra à l'hôpital pour de la goutte subaigüe des mains et des pieds. Il avait déjà eu d'autres crises semblables depuis une période de 9 ans. Il y avait des antécédents héréditaires goutteux. Il y avait des tophus sur les deux oreilles. Ce malade n'avait aucune habitude d'intempérance. Les tophus à cet âge sont extrêmement rares.

Dépôts uratiques dans la conjonctive.

M. Dyce Duckworth. — Un homme de 73 ans, présentant des accidents de goutte articulaire, notamment au niveau des articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes, des tophus sur les deux oreilles et ayant des antécédents alcooliques, eut au niveau de la conjonctive de chaque œil des dépôts calcaires. Ces dépôts d'urates étaient surtout disposés en traînées le long des vaisseaux; il en existait aussi au niveau de la caroncule. La cornée n'en présentait aucune trace. Pas de lésions de la rétine.

M. Hadden. — Le plus jeune sujet chez lequel j'aie trouvé un dépôt goutteux au niveau du gros orteil, avait 20 ans.

Ulcère de l'estomac.

MM. Penrose et Lee Dickinson. — Dans 10 cas nous avons vu la perforation de l'estomac donner lieu à la formation d'un abcès à la partie supérieure de la cavité abdominale. On peut constater dans ces cas les signes du pneumothorax : hyper-résonnance à la percussion, respiration amphorique, bruit d'airain dans une région plus ou moins nettement confinée dans l'épigastre et l'hypochondre gauche. Il y a des signes de compression à la base du poumon gauche avec ou sans épanchement pleural. La pointe du cœur est souvent déplacée. Il y a quelquefois des frottements péricardiques ou pleurétiques. Il peut survenir des complications thoraciques : empyème, pyo-pneumothorax, abcès pulmonaire. L'abcès sous-diaphragmatique a généralement pour limites : en haut le diaphragme, à droite le ligament falciforme du foie, en avant la paroi abdominale; en arrière et en bas le lobe gauche du foie adhérent à la paroi abdominale antérieure; à gauche le cardia, la rate et le diaphragme; un long cul-de-sac de l'abcès se prolonge en arrière entre ces organes. Nous désirons provoquer la discussion des deux points suivants : 1° Comment drainer ce cul-de-sac profond? 2° peut-on fermer la perforation gastrique, en même temps qu'on opère l'abcès?

M. Haward. — Une femme de 26 ans entra à l'hôpital en état de collapsus pour une perforation de l'estomac; je fis la laparotomie; sur la partie de la face postérieure de l'estomac voisine du grand cul-de-sac je trouvai une ulcération; les parois gastriques étant très enflammées, je dus me contenter de fixer la partie ulcérée de l'estomac à la paroi abdominale et j'y insérai un tube à drainage. La malade vit, mais ne va pas très bien. Le grand danger de ces cas consiste dans un drainage insuffisant de la cavité; aussi, toutes les fois que la chose est possible, il serait bon de faire une contre-ouverture dans la région lombaire.

M. Spencer. — J'ai vu dans un cas un abcès de cette espèce former une tumeur fluctuante au niveau des cartilages des fausses-côtes gauches, tumeur qui se gonflait sous l'influence de la toux. L'incision conduisit à travers une sorte de fistule dans une large cavité dans la région de la rate. On draina et on obtint la guérison. On doit inciser immédiatement au-dessous du sternum, car le drainage est plus facile et on risque moins d'ouvrir la cavité péritonéale générale.

M. West. — Je ne crois pas que la localisation de l'abcès soit aussi constante que l'admettent MM. Penrose et Dickinson. Le diagnostic est souvent difficile; j'ai vu un cas d'abcès abdominal par ulcère gastrique n'entraîner que des symptômes thoraciques. Je suis un peu sceptique quant à la possibilité de fermer ces ulcères.

M. Pearce Gould. — Ces abcès peuvent siéger à droite, comme l'ont montré Coupland et Leyden. Ils ont une grande tendance à traverser le diaphragme.

M. Dickinson. — Tous les abcès que j'ai vus siégeaient à gauche; ceux que j'ai trouvés mentionnés dans la littérature médicale comme siégant à droite n'avaient pas pour origine un ulcère de l'estomac.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 17 janvier 1893.

Papillomes multiples du côlon et du rectum.

M. Dalton. — Une femme de 28 ans avait des douleurs rectales et des écoulements muqueux et sanguinolents par l'anus depuis deux ans. On lui enleva plusieurs polypes du rectum, mais les hémorrhagies continuèrent et la malade mourut. A l'autopsie, on trouva quelques-unes de ces tumeurs qu'on n'avait pu enlever du rectum et on en trouva beaucoup dans le côlon et le cæcum. Les surfaces de ces polypes étaient toutes saignantes; ces tumeurs avaient toutes pour unique origine la muqueuse intestinale. Ces tumeurs étaient en partie papillomateuses et en partie adénomateuses. Ces tumeurs peuvent occasionnellement devenir malignes. Ce développement si grand de tumeurs peut avoir pour cause la présence de parasites ; mais il est probable que la malade présentait aussi une prédisposition congénitale. Peut-être aussi faut-il accuser un vice de développement.

M. Paget. — J'ai vu un jeune garçon atteint de polypes multiples du rectum mourir d'hémorrhagie. Il avait deux sœurs atteintes de la même affection : l'une d'entre elles mourut d'un cancer colloïde de l'intestin.

M. Makins. — J'ai vu une jeune fille de 18 ans à laquelle on enleva plusieurs de ces polypes. Au bout de deux ans elle mourut avec des phénomènes d'occlusion intestinale et à l'autopsie on trouva un épithélioma.

Cancer et psorospermies.

M. Clarke. — Je crois plus que jamais que les psorospermies causent le cancer. Outre la capsule qui paraît sécrétée par la cellule envahie, le parasite possède quelquefois une capsule propre par suite d'une condensation des centres externes de l'ectosarque. On a ainsi dans certains cas l'aspect de deux couches concentriques reliées par des barres radiales. Dans un cancer de la vessie consécutif à un cancer du col de l'utérus, j'ai vu la sporulation se faire au centre des tubes épithéliaux de nouvelle formation et j'ai vu les plasmodies et les spores se frayer un chemin entre les cellules épithéliales dans le tissu cellulaire sous-jacent où elles digèrent des fibres et des cellules. Dans certains cas les spores apparaissent à la périphérie de la psorospermie mûre et dans ce cas on peut prendre ces spores pour des phagocytes. M. Owen a enlevé un kyste non cancéreux de la mamelle chez une femme de 50 ans ; beaucoup des cellules épithéliales tapissant la paroi du kyste contenaient de grosses psorospermies ; dans le contenu du kyste on trouva des plasmodies et des psorospermies. Un papillome du sein enlevé par M. Pepper chez

une fille de 14 ans contenait des multitudes de psorospermies. Il en fut de même d'un adénome du rein, d'un adénome encapsulé du corps thyroïde, de deux adénochondromes des testicules. Les sarcomes reconnaissent les mêmes causes ; dans les aires inter-vasculaires on trouve de grandes quantités de parasites.

M. Spencer. — Je crois que beaucoup de ces apparences sont dues à des altérations des cellules.

M. Galloway. — Je crois qu'on n'est pas encore autorisé à dire que ces micro-organismes constituent la cause des cancers.

M. Woodhead. — Si M. Clarke avance des conclusions qui ne sont pas toutes justifiées, M. Spencer va aussi beaucoup trop loin en disant que toutes ces apparences sont dues à des altérations des cellules. Il y a certainement dans les cellules observées des parasites et il n'y a rien d'invraisemblable à ce que ces derniers soient la cause du cancer. Je n'ai jamais vu de spores.

M. Shattock. — Il faut compléter la démonstration de M. Clarke en produisant la maladie chez les animaux, à l'aide de ces parasites.

Tumeur sanguine chez un hémophilique.

M. Makins. — J'ai vu un cas d'hémophilie dans lequel il se développa une énorme tumeur sanguine au niveau d'une plaie à la partie antérieure de l'épaule. Le malade mourut d'hémorrhagie interne et d'épuisement. La tumeur s'étendait verticalement d'un point situé au-dessus de la clavicule jusqu'à l'avant-bras, et dans le sens transversal depuis le bras jusqu'à mi-chemin du sternum. Cette tumeur se développa en dix-sept jours.

M. J. G. Corkhill publie (*Brit. med. Journ.*, 1893, January 7, p. 8) un nouveau cas de myxœdème traité avec succès par les injections sous-cutanées de suc thyroïdien.

Il s'agit dans cette observation d'une femme de 32 ans chez laquelle le tableau clinique du myxœdème est survenu à la suite d'émotions répétées liées à un surmenage physique. Trois mois après le début des premiers symptômes, le tableau du myxœdème était complet.

On commença le traitement par des injections de suc thyroïdien, une injection tous les deux jours. Au bout d'un mois la tuméfaction avait disparu, la peau avait recouvré sa souplesse habituelle et la glande thyroïde diminué de moitié, de sorte que la malade pouvait être considérée comme entièrement guérie.

Un cas analogue, mais avec cette différence qu'au lieu des injections, le malade prenait des glandes thyroïdes fraîches de mouton préparées avec une sauce d'anchois et du cognac, est publié par **Creswell Baber** (*Ibid.*, p. 10). Le malade, chez lequel le myxœdème existait depuis 1886, a pris en tout cinq glandes crues, à trois semaines d'intervalle. L'ingestion de la glande était accompagnée chaque fois de certains phénomènes, tels que maux de tête, douleurs dans le dos et les membres inférieurs assez intenses pour faire garder le lit pendant trois jours.

Au bout de deux mois de ce traitement, l'amélioration était des plus manifestes: la tuméfaction des paupières et des mains avait diminué, la peau était devenue plus souple, la glande thyroïde ne pouvait plus être sentie. Mais en même temps le malade disait qu'il se sentait plus faible, avait des vertiges et une sensation de vide dans la tête.

Dans un cas de myxœdème type chez une femme de 54 ans chez laquelle, malgré l'amélioration provoquée par les injections de suc thyroïdien, on dut abandonner la seringue de Pravaz à cause des douleurs et des abcès que provoquaient les piqûres, l'auteur (*Brit. med. Journ.*, 1893, 14 janvier, p. 64) eut l'idée de remplacer les injections par l'ingestion des glandes fraîches de mouton. L'amélioration continua et la malade finit par guérir,comme on peut s'en convaincre en regardant les deux photographies de la malade faites « avant » et « après » le traitement.

Le cas publié par M. **Holman** (*Brit. med. Journ.*, 1893, 21 janvier, p. 114) est encore un succès thérapeutique par l'ingestion des glandes thyroïdes fraîches de mouton. A noter ici que le médicament provoquait des palpitations et des insomnies. Pendant le traitement, l'urine était plus abondante que d'habitude et renfermait de petites quantités de sang, de pus, d'albumine et une assez forte proportion de mucus.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 20 janvier 1893.

Etiologie de la malaria.

M. Mannaberg a observé 130 cas de malaria, représentant toutes les formes, sauf les plus graves, mortelles. Il a étudié en particulier les cas sporadiques qu'on rencontre à Vienne et qui, dans leur simplicité, ne sont pas indifférents pour étudier les formes compliquées.

Après avoir résumé les travaux récents sur les parasites de la malaria, M. Mannaberg s'occupe des corps en croissant de Laveran. Pour lui ils sont rares, mais existent, et sont dus à la coalescence de deux ou plusieurs amibes; il en donne comme preuve la disposition du pigment en deux groupes et la segmentation transversale de ces corps. On ne saurait admettre avec Laveran que les corps en croissant sont en relation avec la cachexie paludique, car M. Mannaberg a constaté leur présence chez des sujets non cachectiques et au contraire leur absence chez des sujets cachectiques.

Passant à l'étude de la fièvre tierce, M. Mannaberg dit en avoir observé des cas sans le parasite spécial de Golgi, mais avec un petit corps en croissant, qu'il a vu dès l'été de 1891, avant la communication préliminaire de Marchiafava. Ce parasite est pour lui caractéristique des fièvres tierces graves.

Au total M. Mannaberg divise les parasites de la malaria en :

I. Parasites à sporulation directe, sans flagella :
1° Le parasite de la fièvre quarte;
2° — tierce.
II. Parasites à sporulation directe avec flagella.
1° Le parasite pigmenté de la fièvre quotidienne;
2° non —
3° Le parasite de la fièvre tierce maligne.

Les formes jeunes de ces parasites sont extra-globulaires, puis a lieu la pénétration dans les globules et les parasites les plus grands sont intra-globulaires.

Ces études sont fort importantes en pratique, car un examen du sang suffit pour faire porter avec précision le diagnostic et le pronostic.

M. Hofmokl présente un cas de *pneumotomie* que nous avons déjà analysé. (Voyez *Mercredi*, 1893, p. 3).

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séance du 9 décembre 1892.

Rupture spontanée de l'estomac.

M. Wunscheim rapporte un cas de rupture de l'estomac survenue dans les conditions suivantes :

Il s'agit d'un homme entré à la clinique pour de la dysphagie que l'examen et le cathétérisme permirent d'attribuer à un carcinome de l'œsophage. La sonde exploratrice s'arrêta pendant le premier et le seul examen à 27 cm. du rebord dentaire. Trois heures après l'exploration il fut pris de syncope par anémie aiguë et succombait peu de temps après.

A l'autopsie on trouva deux cancers superposés de l'œsophage, un au tiers supérieur de l'organe, l'autre à 2 cm. plus bas, presque circulaire, haut de 9 cm. Ce second néoplasme, situé à 27 cm. du rebord dentaire, était perforé et s'ouvrait dans l'aorte. L'estomac était distendu par un litre de sang et présentait deux déchirures longitudinales au niveau de la petite courbure portant seulement sur la muqueuse.

La perforation de l'aorte expliquait suffisamment la mort du malade. Mais il existait chez lui un autre point intéressant, c'était la déchirure de la muqueuse. Cette déchirure était produite par la distension brusque de l'estomac depuis longtemps vide, par le sang qui s'échappait de l'aorte. En tous les cas la déchirure n'était pas de nature cadavérique.

BIBLIOGRAPHIE

L'inversion sexuelle, par J. Chevalier. Lyon, 1893, Storck, éditeur.

La question a déjà sa littérature, aussi, pour justifier ce nouvel essai, l'auteur nous prévient-il que si, jusqu'à présent, l'inversion sexuelle a été traitée à divers points de vue, en particulier par les sociologues, les moralistes, les anthropologues, les légistes, etc., il s'est proposé, lui, de réunir en un tout ces travaux d'ordre différent, de faire, en un mot, une œuvre d'ensemble, envisageant dans un ordre logique tous les côtés de la question.

L'actualité de cette tentative est légitimée, d'autre part, par ce fait que jamais plus qu'aujourd'hui la psychologie et la psychopathologie de la vie sexuelle n'ont été en honneur.

Sa méthode consistera à s'en tenir à la seule description des faits, sans appréciation d'ordre moral ni de critique.

Le livre comprend cinq parties : La première traite de l'instinct sexuel normal et inverti, considéré aux points de vue de la physiologie et de la psychologie. La seconde partie est consacrée à l'historique de l'inversion. L'étude clinique descriptive des diverses formes de l'inversion fait l'objet de la troisième partie. La quatrième partie a trait à la pathogénie des origines de cette forme de l'instinct. Enfin la cinquième partie concerne le côté pratique, la médecine légale, ou autrement la prophylaxie et la thérapeutique sociales de l'inversion.

M. Chevalier pose tout d'abord en loi que la sexualité résulte d'une conformation spéciale des organes génitaux à laquelle correspond un centre nerveux cortical approprié, substratum organique de l'instinct sexuel. La seconde partie de cette proposition est incomplète et hypothétique. Incomplète en ce que l'auteur ne mentionne pas le centre génito-spinal; hypothétique en ce que l'existence d'un centre génital cortical reste, au contraire, encore à établir, du moins en tant que répondant à une localisation, soit au sens que lui attribue l'auteur. Il définit ensuite l'inversion. S'il arrive, dit-il, qu'un individu se trouve sous le rapport des organes appartenir à un sexe, et, sous le rapport des impulsions, au sexe opposé, si un être morphologiquement mâle, par exemple, est psychiquement femelle, il y a renversement de l'instinct sexuel et de la mentalité, ou inversion. La personnalité de l'individu subit une profonde atteinte par cette sorte d'hermaphrodisme immatériel; l'unité du moi est détruite. Cette formule très générale ne nous semble pas indiscutable. Bien qu'il en soit, l'inversion consiste pour M. Chevalier dans l'amour plus ou moins exclusif et invincible d'un individu pour les individus du même sexe que celui dont il fait partie, avec indifférence, antipathie ou répulsion profonde pour les individus du sexe opposé au sien, quelle que soit, d'ailleurs, la cause de cet état.

Cette cause est, en effet, variable et résulterait soit d'un vice congénital ou acquis, soit d'un état de dégénérescence, d'une malformation organique, d'une maladie mentale, soit même de la perversité. Nous ne suivrons pas l'auteur dans son exposé historique, d'où résulte que l'inversion a été de tous les temps et de tous les pays, car il nous paraît plus intéressant de nous en tenir à son étude descriptive, basée qu'est celle-ci sur une nouvelle classification étiologique.

Il distingue, en effet, entre l'inversion acquise par perversité, due aux facteurs sociologiques et où prennent place la pédérastie et le saphisme par luxure, par nécessité et par peur ; l'inversion secondaire par viciation du type sexuel, due à une malformation des organes ou à une maladie mentale; et enfin l'inversion proprement dite, instinctive, due à la dégénérescence mentale. Il établit ensuite un type correspondant à chacune de ces catégories. Types et catégories, pour artificiels qu'ils soient — et cette faiblesse de la systématisation proposée ressort avec évidence de la description sincère de l'auteur — n'en sont pas moins présentés avec une précision de détails et un sens de l'observation auxquels nous nous plaisons à rendre hommage. Entre temps, M. Chevalier pousse une charge à fond contre les tentatives d'émancipation de la femme, contre ses revendications d'égalité qui se manifestent par tant de signes de nos jours, et n'hésite pas à attribuer à cette tendance le développement croissant du lesbosisme ! Les romanciers ne sont pas épargnés, les œuvres de nos contemporains seraient parmi les agents les plus actifs de contamination et de propagation du mal, au point qu'il y aurait lieu de différencier une modalité de saphisme, « le saphisme par littérature »! Cette accusation n'est pas formulée en de vagues assertions et l'auteur défère à l'indignation publique « C. Mendès, le poète obsédé par l'androgyne, le trop prestigieux conteur de Jô, Zô et Lô », puis « Péladan le mage et même le Sâr hanté par l'hermaphrodite » ; enfin « Verlaine, le chantre acrobatique des Amies ». Il n'est pas jusqu'au roman à la mode, au roman psychologique, auquel il ne dise son fait. « Oh ! psychologie, quelles petites et grosses obscénités on commet en ton nom ! ».

Quelle est la raison d'être de la perversion? Après avoir passé en revue les interprétations de Schopenhauer — dont il dit avec mépris : « Voilà la trouvaille issue de la méditation du génie de l'espèce ! » — d'Ulrichs, de Mantegazza, de Krafft-Ebing, de Binet, de Ribot, de Sérieux, M. Chevalier expose une théorie basée sur une appropriation personnelle de la doctrine de l'évolution. Etant donné qu'à l'origine les sexes étaient confondus, et ne se sont différenciés que progressivement à la suite, pense l'auteur, d'une lutte entre l'élément mâle et femelle (la séparation existait donc déjà ?), il suppose que cette phase de dualité peut avoir laissé une trace de son passage. Il en résulterait une double imprégnation, à la fois ancestrale et individuelle. En d'autres termes, l'aptitude à l'inversion proviendrait d'une sorte d'innéité due à l'hermaphrodisme de l'état antérieur (souvenir de l'hermaphrodisme de la série). Bien que cette manière de voir nous paraisse peut-être plus obscure encore, dans son apparent simplisme, que la théorie si malmenée de Schopenhauer, nous consentons à nous y rallier, mais pour demander à l'auteur ce que devient dans ce cas cette *perversité acquise*, cette influence saphique de la *littérature*..., etc., à propos desquelles il s'est départi, à notre regret, de l'attitude d'observateur impassible qu'il s'était vanté de conserver.

Après une partie médico-légale où se trouvent condensées en peu de pages les données très complètes qui se rapportent à ce sujet, cet intéressant ouvrage se termine par quelques considérations thérapeutiques et prophylactiques, où l'aide d'une éducation mieux entendue est surtout requise pour atténuer le développement du vice (1).

Paul Blocq.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Cinquantième anniversaire de la fondation de l'Académie royale de médecine de Belgique. *Rapports sur les travaux de l'Académie pour la période* 1886-1891. Bruxelles, 1891.

Tous les 25 ans, l'Académie de Belgique confie à six de ses membres le soin d'établir, pour chacune des sections qui la composent, un rapport jubilaire mentionnant les principaux travaux qu'elle a su mener à bien. On comprend qu'il soit impossible d'analyser une œuvre de ce genre. On nous permettra cependant de signaler les rapports relatifs à la médecine, à la chirurgie et à l'hygiène. Les discussions relatives à la prophylaxie de la syphilis et à la question si controversée de l'hypnotisme sont aussi résumées dans ce livre avec assez de détails pour qu'on puisse toujours les consulter avec fruit.

(1) A propos de ce livre, citons un mémoire où Irving (*The journal of nervous and mental disease*, novembre 1892, n° 11, p. 795) recherche chez les animaux des traces d'inversion génésique, et rapporte, à cette occasion, qu'on a vu ces instincts pervertis chez les chiens et les dindons : il signale la masturbation chez le cheval, et l'amitié suspecte de deux éléphants mâles du jardin zoologique : ces proboscidiens, après diverses caresses, eurent en même temps des érections, qui se terminèrent par des pratiques osculaires où leurs trompes jouèrent un rôle condamnable. Il accuse Paris de se distinguer par la fréquence du coït rectal entre homme et femme, et par la coutume de plus en plus répandue chez les jeunes gens de préférer le coït buccal. Il trouve enfin un reflet de notre immoralité dans notre littérature, où Zola et Belot sont pris à partie.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par M. le prof. A. Poncet.

(Communication et présentation de malades faites à la Société de médecine de Lyon le 5 décembre 1892.)

Le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse est encore de date trop récente pour que toutes les observations où la laparotomie a été pratiquée ne soient pas recueillies et publiées avec soin. A en juger par les travaux les plus importants parus dans ces trois dernières années (1) et tout particulièrement par la remarquable thèse inaugurale, aujourd'hui classique, d'Adrien Pic (2), dans laquelle se trouvent consignées sept de mes observations, l'incision sous-ombilicale est, à n'en pas douter, le traitement de choix du plus grand nombre des péritonites tuberculeuses.

La simplicité constante des suites opératoires immédiates, sous le couvert d'une asepsie parfaite, lui assure la confiance des chirurgiens. Mais ce n'est là qu'un des côtés de la question : la laparotomie guérit complètement un grand nombre des opérés. C'est ainsi que dans la statistique de Kœnig (3) 30 opérés sont restés guéris pendant plus de deux ans (16 observés pendant plus de deux ans et 14 pendant plus de trois ans). En d'autres termes, ces tuberculeux péritonéaux revus longtemps après l'opération ont été complètement guéris par l'intervention chirurgicale.

Des observations de ce genre n'ont pas été réunies en grand nombre. Aussi m'a-t-il paru intéressant de faire rechercher ce qu'étaient devenus mes anciens opérés. J'ai engagé M. Beaussenat, élève à l'École du service de santé militaire, à se charger de cette enquête et à choisir comme sujet de sa thèse inaugurale : *Les résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.* Mon intention n'est pas de vous donner les conclusions anticipées de cette thèse qui sera soutenue bientôt à la Faculté (4), mais j'ai tenu à profiter de la présence de trois anciens laparotomisés revenus ces jours-ci dans mon service pour vous faire juges des résultats merveilleux obtenus chez eux par l'incision abdominale.

La première de ces malades est une jeune fille de 20 ans, à laquelle j'ai fait une laparotomie sous-ombilicale le 13 octobre 1890 (5).

Il s'agissait d'une péritonite ascitique très nettement tuberculeuse remontant à neuf ou dix mois. Les anses intestinales, le péritoine pariétal étaient semés de granulations du volume d'une lentille à celui d'un petit pois. Du reste des inoculations pratiquées chez un cobaye par M. le professeur agrégé Courmont, avec un fragment du péritoine enlevé, ont rendu cet animal tuberculeux.

Quelques semaines après l'opération, la malade est retournée chez elle. A diverses reprises nous avions eu de ses nouvelles par M. le docteur Brun (d'Artemare) qui la considérait comme complètement guérie, lorsque, sur la demande de M. Beaussenat, elle est entrée dans notre service pour se faire examiner. Nous l'avons trouvée grasse, fraîche, se disant bien portante et présentant, en effet, toutes les apparences d'une parfaite santé. Localement le ventre était souple, absolument indolent, et si ce n'eût été une éventration assez marquée au niveau de la cicatrice sous-ombilicale, on n'aurait pu se douter qu'elle avait été atteinte autrefois d'une affection abdominale.

Suivant son désir j'ai pratiqué le 21 octobre de cette année une restauration de la ligne blanche. J'ai dû, dans cette opération, inciser le péritoine pariétal suivant toute la longueur de la cicatrice. Il m'a été possible d'examiner alors attentivement la séreuse péritonéale. Le péritoine ne contenait pas de trace de liquide, et nulle part on n'apercevait de granulations tuberculeuses.

Au voisinage de la cicatrice le péritoine pariétal était seulement un peu épaissi, gris blanchâtre, d'apparence fibroïde, présentant en miniature, comme dans certains hygromas, un état plus ou moins cloisonné. Le péritoine intestinal était d'apparence dépoli, très légèrement villeux, d'une teinte rosée plus marquée qu'à l'état normal.

En aucun point de brides, d'adhérences, de fausses membranes.

La malade, guérie de son éventration, retourne demain dans son pays, mais j'ai tenu à vous la présenter avant son départ.

Une deuxième opérée que voici n'est pas moins intéressante.

Chez elle, il est vrai, l'opération ne remonte qu'à sept mois, elle date du 30 avril dernier. Mais nous nous trouvions en présence d'une péritonite tuberculeuse à forme granulo-ulcéreuse sèche, et l'on sait que dans cette variété de péritonite l'incision abdominale a pu paraître à quelques auteurs contre-indiquée.

Chez cette jeune femme, âgée de 23 ans, le début des accidents abdominaux remontait à un an environ.

A l'ouverture du ventre, il s'écoula un demi-verre environ d'un liquide sanguinolent et je trouvai de grosses masses dures dont la principale était représentée par un gâteau épiploïque de trois à quatre travers de doigt de largeur, et qui était farci de tubercules.

Opérée le 30 avril, cette femme a quitté l'Hôtel-Dieu le 10 mai. Elle a passé quatre mois au grand air, à la campagne.

Aujourd'hui 5 décembre, elle se dit complètement guérie.

Depuis quatre mois elle n'éprouve plus ni douleurs, ni malaises, ni sensation de pesanteur dans le ventre.

La palpation, le toucher vaginal ne révèlent aucune particularité. Le ventre est souple, indolent. La malade est grasse, fraîche. Depuis l'opération, son état général est devenu excellent. Elle a augmenté comme poids de 10 kilog.

Le troisième laparotomisé est un enfant de neuf ans et demi qui fut apporté mourant dans mon service au commencement de juillet dernier. Son état général était si mauvais que j'hésitai pendant plusieurs jours avant d'intervenir, il paraissait devoir succomber d'un moment à l'autre. La respiration était anxieuse, saccadée, la température rectale oscillait entre 39° et 40°.

Le ventre, très douloureux à la moindre pression, était dur, tendu et par cela même d'un examen difficile.

Je pratiquai la laparotomie le 19 juillet, et quelques jours après le petit malade, qui était devenu apyrétique, fut emmené en Bugey par sa mère qui, pendant le voyage, craignit à diverses reprises, nous dit-elle plus tard, de le voir succomber.

Aujourd'hui, il est gros, bien portant, comme un campagnard de son âge, indemne de toute lésion bacillaire.

Le changement survenu dans son état général depuis

(1) Truc : *Du traitement chirurgical de la péritonite.* Thèse d'agrég., Paris, 1886. — Maurange : *De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse.* Th. de Paris, 1889. — Kœnig : De la péritonite tuberculeuse et de sa guérison par l'incision abdominale. *Centralblatt für Chirurg.*, 1890. — Jalaguier : *Traité de chirurgie*, VI. — A. Aldibert : *De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.* Thèse de Paris, 1892.

(2) A. Pic : *Essai sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses généralisées.* Th. de Lyon, 1890.

(3) Kœnig : *Congrès de Berlin*, 1890, et *Centralblatt*, loc. cit.

(4) M. Beaussenat a soutenu sa thèse le 14 janvier dernier. Dans cet excellent travail se trouvent 23 observations inédites d'anciennes péritonites tuberculeuses traitées par la laparotomie.

(5) Voir thèse de Pic, *loc. cit.* p. 152.

l'opération était tel, que personne dans notre service ne voulait le reconnaître.

L'enfant a un excellent appétit, il dort bien, et n'accuse aucun malaise du côté de son ventre qui est encore un peu gros, mais qui est souple, indolent.

Vous pouvez constater chez ces trois opérés la réalité des signes sur lesquels je viens d'appeler votre attention. Voici du reste leurs observations complètes (1).

Ces trois observations se passent de commentaires. Elles contribuent à établir la valeur curative de l'incision abdominale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. Peu importe le mode d'action de la laparotomie. Elle guérit des péritonites bacillaires, réfractaires la plupart du temps à toute espèce de traitement. Voilà le fait thérapeutique qu'il ne faut pas oublier et qui domine aujourd'hui le traitement de cette affection.

Ici encore l'intervention chirurgicale aura d'autant plus de chances d'être vraiment efficace qu'elle sera plus précoce. Je crois bien qu'en laparotomisant de bonne heure, ainsi que M. Beaussenat a, du reste, cherché à l'établir, les contre-indications de l'incision abdominale dans le traitement des diverses variétés de péritonite tuberculeuse deviendront plus rares.

J'insisterai en terminant sur un dernier point : l'expérimentation a démontré qu'il ne s'agissait pas de *fausses tuberculoses*. Enfin, dans notre première observation, nous avons pu, par une sorte de nécropsie sur le vivant, deux ans après la laparotomie, constater le retour complet *ad integrum* de la séreuse péritonéale.

REVUE DES JOURNAUX

Immunité. — Dans une note parue en 1890 dans la *Berliner klinische Wochenschrift*, Hankin et Westbrook, étudiant les albuminoses et les toxalbumines sécrétées par le bacille charbonneux, arrivaient aux conclusions suivantes :

a) Le charbon virulent est atténué pendant quelques jours dans une solution d'extrait de viande de Liebig à 1 0/00 à laquelle on a ajouté de la fibrine. Le liquide est ensuite filtré et saturé par le sulfate d'ammoniaque. Par ce procédé, on précipite une albuminose qui est purifiée autant que possible par une méthode très simple ;

b) Aucun symptôme d'empoisonnement n'est produit par cette albuminose chez les souris, les lapins et les cobayes ;

c) Cette albuminose, injectée à la dose de 1/1000000 du poids de l'animal aux souris et 1/10000000 du poids de l'animal aux lapins, donne à ces animaux une immunité immédiate contre le charbon ;

d) Une dose un peu plus grande, au contraire, ne produit aucune immunité immédiate ; en effet, l'animal qui a reçu ces fortes doses d'albuminose et qui est en même temps inoculé du charbon, meurt souvent plus vite que le témoin.

Or, M. Petermann, ayant répété ces expériences, n'est pas arrivé aux mêmes résultats (2).

Aussi les auteurs ont-ils cru devoir reprendre la question, et d'après eux la raison de l'insuccès de Petermann réside dans ce fait (3) qu'il a fait ses cultures à une trop haute température.

Si on fait les cultures du charbon à une température de 37° centigrades, il se forme des albuminoses et des peptones, mais les dernières ne possèdent aucune propriété immunisante.

Si, au contraire, les cultures sont faites à la température de la chambre, des albuminoses différentes seront produites, correspondant par leurs propriétés à celles décrites originairement par Hankin. Une dose infinitésimale de ces substances injectée à la souris donnera une résistance plus grande contre le charbon virulent. Un nombre variant entre 10 et 50 0/0 des animaux résistent à une infection virulente subséquente.

Sur 12 animaux qui avaient survécu à une première inoculation, 11 succombèrent à une seconde et le douzième ne put résister à une troisième inoculation. La protection que donne ces toxalbuminoses n'est donc que temporaire.

Voici au total les conclusions auxquelles leur dernière recherche les conduit :

1° La bactéridie charbonneuse forme, comme un résultat de son développement, une diastase protéolytique qui est capable de former des albuminoses des matières protéiques, mais ne possède aucun pouvoir immunisant; 2° le bacille produit directement une autre albuminose qui peut être obtenue à un état de pureté presque complet, si la culture est faite sur un milieu de peptone pure. Cette albuminose possède des propriétés immunisantes très nettes; 3° à des doses ordinaires cette albuminose n'a pas d'effet toxique chez les animaux qui peuvent contracter le charbon, mais, chez les animaux qui sont comparativement résistants, elle agit comme une toxine énergique; 4° chez les jeunes rats l'albuminose ne donne naissance à aucun effet toxique, quoique chez les rats plus âgés elle produise un empoisonnement aigu.

Le bacille de l'éclampsie (Zur Frage der « Eklampsiebacillen »), par Dœderlein (*Centralbl. f. Gynæk.*, 1893, n° 1, p. 1). — L'auteur à son tour a cherché le bacille de Gerdes dans l'urine, le sang et le placenta de 8 éclamptiques, de même que dans le sang et l'urine de plusieurs nouveau-nés, et n'a rien trouvé. Il en conclut avec un certain nombre d'autres auteurs que le bacille « éclamptique » de Gerdes n'est pas la cause de l'éclampsie.

Névrome plexiforme (Beitrag zur Kentniss der Rankenneuroms), par Tietze (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 326). — L'auteur publie un cas de névrome plexiforme remarquable par la composition de la tumeur qui était constituée, au lieu d'un plexus de fibres épaissies, par une substance fondamentale abondante entourant un seul tronc nerveux épaissi, mais normal, et portant une série de fibromes. Il s'agissait pourtant d'un vrai névrome plexiforme, la substance fondamentale renfermant un grand nombre de fibres nerveuses ayant subi la dégénérescence fibreuse.

Maladie kystique de la mamelle (Mastitis chronica cystica), par Kœnig (*Centralb. f. Chirurg.*, 1893, n° 3, p. 49). — L'auteur nous donne une étude sur la maladie kystique de la mamelle, « maladie de Reclus », comme on la désigne en France et en Allemagne. Il insiste dans ce travail sur deux points : la description qu'il en a donnée dans la première édition de son traité sous le nom de mastite interstitielle ; la fréquence très grande de cette affection après la puberté à tout âge.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 janvier 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Election.

M. Arloing (de Lyon) est élu associé national par 53 voix sur 55 votants.

Monstre xypophage.

M. A. Guérin présente le monstre xypophage, âgé de trois ans et demi, dont la description a été faite récemment devant l'Académie des sciences par M. Marcel Baudouin.

Ischio-pubiotomie.

M. Pinard. — En réponse à la revendication faite à l'avant-dernière séance par M. Charpentier, je ferai remar-

(1) On trouvera ces observations *in extenso* dans le *Lyon médical*, 29 janvier 1893, n° 5, p. 150 et suivantes.

(2) Petermann, *Ann. de l'Institut Pasteur*, t. II, p. 32.

(3) Hankin et Westbrook, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 25 septembre 1892.

quer que M. Stoltz a simplement proposé de scier l'un des pubis à côté de la jointure au moyen d'une scie à chaîne et cela comme une modification à la symphyséotomie ordinaire. L'ischio-pubiotomie que j'ai pratiquée sur les indications de M. Farabeuf est une opération bien différente, puisqu'elle a eu pour but et pour résultat de rendre possible l'accouchement à terme dans le bassin oblique ovalaire, bassin qui était resté jusqu'ici le *noli me tangere* des symphyséotomistes. En donnant à cette opération le nom de M. Farabeuf, j'ai donc fait simplement acte de justice et je n'ai pu déposséder personne.

Opération césarienne et rachitisme congénital.

M. Guéniot présente, avec son enfant, une femme qu'il a opérée de la césarienne le 17 décembre dernier.

Cette femme est une primipare de 19 ans, à la fois naine et rachitique, ayant 1 m. 15, le front proéminent, les membres incurvés. Le diamètre promonto-sous-pubien n'atteint guère que 55 millimètres.

Exécutée au terme de la grossesse et dans les premières heures du travail, l'opération offrit, comme incident, trois rencontres désagréables : d'abord celle de la vessie qui, à défaut de place dans le bassin, occupait l'hypogastre jusqu'à proximité de l'ombilic ; puis celle du placenta qu'il fallut traverser vivement pour arriver au fœtus ; enfin celle d'une présentation de l'épaule qui nécessita une version podalique à travers la plaie utérine. Les suites de l'opération furent des plus simples.

L'enfant est une petite fille du poids initial de 3150 grammes; sa conformation générale rappelle assez bien la conformation pathologique de sa mère, sauf les incurvations des membres; c'est une rachitique de naissance ; ne pourrait-on pas dire qu'il s'agit aussi d'un rachitisme héréditaire?

Traitement de l'éclampsie.

M. Pinard. — Nous ne considérons plus l'éclampsie ni l'albuminurie comme des maladies, comme des entités morbides, mais bien comme des manifestations de l'auto-intoxication gravidique, par rétention ou plutôt par insuffisance des organes chargés de détruire ou d'éliminer ces poisons. Quant au traitement, M. Tarnier, dès 1873, a montré quelle heureuse action avait le régime lacté au point de vue préventif ; de 1889 à aujourd'hui, un peu plus de 5,000 femmes enceintes sont venues à la consultation de la clinique Baudelocque ; 61 ont pu être considérées comme de grandes albuminuriques ; elles furent soumises au régime lacté absolu ; aucune de ces femmes n'a eu d'accès éclamptique. Depuis, les expériences de M. Bouchard ont confirmé la valeur de cette médication, si bien qu'on est en droit de dire que le régime lacté est à l'auto-intoxication gravidique ce que les antiseptiques sont aux infections puerpérales.

D'autre part, le traitement dit curatif des accès éclamptiques, traitement symptomatique ou épisodique, quoi qu'on ait dit, depuis bien des années il n'a guère varié, au moins en France; on ne doit jamais recourir à l'accouchement forcé; ce serait folie d'agir ainsi si l'on admet l'auto-intoxication gravidique.

Quant à l'hyperexcitabilité, je ne connais rien de supérieur aux anesthésiques, chloroforme et chloral. De 1883 à aujourd'hui, j'ai traité 79 femmes apportées en puissance d'accès éclamptiques; j'ai eu 13 morts et 66 guérisons. Quelques-unes de ces femmes ne sont pas mortes dans le coma, mais à la suite d'accidents hémorrhagiques ou septicémiques; d'où la nécessité d'un traitement antiseptique consécutif, car l'on sait aujourd'hui combien les intoxications favorisent les infections.

M. Guéniot. — Sans doute l'éclampsie est produite par une auto-intoxication; mais l'hyperexcitabilité de la moelle joue le plus souvent un rôle prépondérant. Il suffit souvent de délivrer une femme éclamptique pour voir cesser ses accès; en pareil cas cependant, on n'a pas remédié à la toxémie, mais on a supprimé la cause de l'hyperexcitabilité médullaire.

Sans doute, lorsque l'albumine manque dans l'urine, on est prévenu ordinairement de l'imminence des accès éclamptiques par des symptômes précurseurs tels que céphalalgie violente, vomissements, cécité, etc.; mais il est alors presque toujours trop tard pour arriver à un résultat utile. Je reconnais néanmoins que le régime lacté n'est pas sans avantage ; de plus, chaque fois que les accès sont pour ainsi dire chroniques, il ne faut pas hésiter à provoquer l'accouchement.

M. Lancereaux. — Dans l'éclampsie, la lésion rénale à la suite de laquelle diminuent certains principes excrémentitiels constitue le fait primordial contre lequel il faut agir en fin de compte. L'excitabilité de la moelle, mise en jeu et accrue par le travail de l'accouchement et par la plaie qui lui succède, est un phénomène secondaire. Aussi si le régime lacté et les anesthésiques trouvent une indication réelle, y a-t-il un très grand avantage à administrer dès le début des accidents des purgatifs drastiques. J'ai traité ainsi beaucoup de femmes qui, au cours de leur grossesse, avaient de l'albuminurie, quelquefois en assez grande quantité dans l'urine; l'accouchement survenait sans éclampsie.

M. Albert Robin. — Si nous sommes tous d'accord sur la nécessité du régime lacté comme traitement préventif de l'éclampsie, nous divergeons sur le traitement curatif.

L'excitabilité médullaire n'est qu'un phénomène secondaire, qui ne saurait constituer la base d'une intervention thérapeutique rationnelle. C'est l'intoxication qu'il faut surtout combattre, comme dans l'urémie.

J. Renaut (Lyon) a démontré que dans cette dernière affection la moitié au moins des glomérules est absolument saine et que si l'élimination ne se fait pas, c'est qu'il se produit un raptus, sorte de coup d'œdème aigu, qui annihile la fonction de l'organe. M. Renaut a, en outre, démontré qu'entre les veines de la capsule du rein et les veines sous-cutanées qui sont situées au niveau du triangle de J.-L. Petit, existaient des communications considérables. Il en résulte qu'on obtient aisément la déplétion de l'organe malade en pratiquant des saignées locales abondantes au niveau de cette région.

D'autre part, les poisons qui circulent alors dans l'organisme sont des produits de dédoublement et d'hydratation, produits peu solubles et difficilement assimilables; d'où la nécessité d'activer les oxydations par l'usage d'inhalations d'oxygène aussi multipliées que possible.

Enfin, il y a lieu de solubiliser ces poisons, à l'aide de ces nombreux produits ternaires, au premier rang desquels doivent être placés l'acide benzoïque et l'acide salicylique, qui se transforment si aisément dans l'organisme en produits quaternaires et sont, par suite, absolument indiqués en pareil cas.

M. Tarnier. — Si l'on en croyait M. Guéniot, lorsque des femmes présentent des phénomènes éclamptiques sans albuminurie, le régime lacté aurait presque toujours une action inutile, parce qu'elle serait exposée à être trop tardive. J'ai maintes fois observé cependant des cas dans lesquels le régime lacté a aussitôt amendé tous ces accidents, tels que la céphalalgie, la cécité, la douleur épigastrique. Bien loin de penser que ce régime puisse être quelquefois trop tardif, je ne puis que recommander d'en user toujours et j'affirme qu'on en obtiendra toujours des résultats utiles.

M. Guéniot. — Je ne me refuse pas à employer le régime lacté, dans tous les cas ; mais je ne saurais partager à cet égard la confiance absolue de M. Tarnier.

M. Tarnier. — Il y a quelques mois j'ai vu, sous l'influence de ce régime, une cécité presque complète s'amender en 48 heures.

Sans doute l'accouchement a, par son excitation médullaire une influence sur l'éclampsie, comme le fait observer M. Lancereaux, néanmoins celle-ci précède presque toujours le travail, c'est une maladie de la grossesse.

Rappellerai-je à M. Robin qu'il y a longtemps que les accoucheurs emploient en pareil cas les inhalations d'oxygène ?

M. Guéniot. — Il ne faut pas oublier que l'excitabilité de la moelle est, vu la rapidité fréquente de la maladie, le seul élément contre lequel nous puissions agir avec succès, en abattant les réflexes, lorsque l'éclampsie est déclarée.

M. Charpentier. — Si les orateurs ont adopté, dans leur essence, les traitements préventif et curatif que j'ai énumérés, je dois reconnaître qu'ils n'ont pas répondu à la question que j'avais aussi posée, à savoir s'il faut en cas d'éclampsie provoquer ou non l'accouchement, et dans quelles circonstances?

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 25 janvier 1893.

Présidence de M. Hallopeau.

Absorption par la voie stomacale et par la voie rectale.

MM. Lemanski et Main. — Nous présentons à la Société le résultat des recherches comparatives que nous avons entreprises sur l'absorption par la voie stomacale et par la voie rectale. Nos essais ont porté sur le salicylate de soude, l'antipyrine, le salol, l'iodure de potassium, la térébenthine, le bleu de méthylène.

Pris par la bouche, le salicylate de soude s'est montré dans les urines au bout de 35 minutes et au bout de 25 pris par le rectum.

L'antipyrine a mis 40 minutes avec l'ingestion stomacale et 30 minutes avec l'absorption rectale.

Nous avons retrouvé l'iodure de potassium dans la salive au bout de 15 minutes en le donnant par la bouche et de 10 minutes par le rectum. Le bleu de méthylène s'est montré après 40 minutes par la bouche, après 1 h. 15 par le rectum. Le salol pris par l'estomac est apparu après 30 minutes et au bout de 4 heures pris par le rectum. Nous attribuons ce fait à ce que le salol se décompose sous l'influence alcaline du suc pancréatique.

Quant à la térébenthine, elle a mis 45 minutes à donner l'odeur de violette aux urines, administrée par voie stomacale. Par voie rectale elle n'a jamais manifesté son odeur caractéristique.

De ces expériences nous concluons que toutes les substances en général, sauf certains produits, tels que la térébenthine et le santal, peuvent être donnés par le rectum. Parmi les produits directement solubles, la plupart passent plus vite par le rectum. C'est là une confirmation des expériences de Demarquay.

M. Patein. — Le salol se décompose non seulement sous l'influence du suc pancréatique, mais aussi dans la circulation.

M. Catillon. — J'ai recherché si le rectum était acide ou alcalin, et j'ai trouvé très fréquemment qu'il était acide.

Procédé pour décaséiner le lait.

M. Vigier. — On peut employer, pour décaséiner le lait, soit les acides, soit la présure. C'est ce dernier moyen que je préfère. On peut agir sur la totalité du lait et arrêter instantanément l'action de la présure, soit par une température élevée, soit par un froid brusque; mais je trouve plus pratique, pour les grandes quantités, de faire des dosages préalables et de ne décaséiner qu'une partie du lait qu'on aura préalablement écrémé, de façon à ne laisser que la proportion de caséine correspondante à celle d'un bon lait de femme. Puis on stérilise à une température de 118°.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 janvier 1893.

Présidence de M. Galippe.

Sur le cerveau des ataxiques.

M. Nageotte. — Dans le courant de l'année dernière M. Raymond a attiré l'attention sur certains faits de paralysie générale qui, survenant au cours du tabès, présentent une symptomatologie si effacée qu'ils pourraient facilement passer inaperçus; l'examen macroscopique du cerveau peut d'ailleurs ne donner que des renseignements insuffisants, aussi faut-il « examiner histologiquement et minutieusement le cerveau de tous les tabétiques ».

D'autre part les auteurs qui étudient avec soin à l'œil nu le cerveau des ataxiques y mentionnent la présence très fréquente de lésions qui, sans être pathognomoniques de la paralysie générale, y font néanmoins penser. Voulant savoir ce qui se cache sous ces apparences, j'ai eu recours à l'obligeance de M. Déjerine qui m'a confié trois écorces de tabétiques morts dans son service sans avoir présenté aucun symptôme qui attirât l'attention sur leur état mental. Or sur ces trois cerveaux, l'un, qui appartenait à un homme de 53 ans, est le siège, dans son lobe frontal, de lésions indiscutables de paralysie générale (lésions vasculaires spéciales, atrophie des fibres à myéline tangentielles).

Je crois pouvoir conclure de ce fait, isolé il est vrai, mais recherché par suite d'idées théoriques préconçues, que la paralysie générale peut échapper complètement chez les tabétiques, soit lorsqu'elle évolue chez des cachectiques, soit lorsque ces lésions n'ont pas encore envahi toute l'écorce.

Bactériologie des oreillons.

MM. Laveran et Catrin. — Nous avons eu l'occasion d'étudier une épidémie qui a atteint la garnison de Paris, et nos examens ont porté sur 28 cas; exploration du sang du doigt, du contenu parotidien obtenu par ponction, du liquide recueilli dans le canal de Sténon, enfin du produit prélevé au niveau du testicule atteint d'orchite ourlienne. Les ensemencements ont été négatifs onze fois. Dans les dix-sept autres cas, les milieux se sont peuplés du même micro-organisme qui présente les caractères suivants. C'est un microcoque le plus souvent en double point, qui prend aisément les couleurs d'aniline et se colore par le Gram. Il cultive bien dans le bouillon qu'il trouble en 24 heures. La gélatine est liquéfiée lentement. Sur pomme de terre, il se forme un léger dépôt blanchâtre. L'uniformité des résultats obtenus dans ces différents cas donne à ces faits une grande signification. Nous aurons à fixer ultérieurement quelle peut être la signification pathologique du coccus que nous avons rencontré.

Tension artérielle des membres paralysés.

M. Féré. — J'ai poursuivi quelques recherches sur ce point avec le sphygmomètre de M. Bloch, et j'ai vu qu'au cours de l'hémiplégie la tension artérielle est considérablement abaissée dans les membres paralysés. Le même abaissement se retrouve, quoique un peu moins fort, dans les membres atteints de paralysie infantile. Enfin dans les cas de paralysie ou d'angosthénie hystériques, le même symptôme est à noter, et pourrait servir, le cas échéant, à dépister la simulation. D'une manière générale, le relèvement de la tension artérielle se fait parallèlement à l'amélioration de la paralysie.

Poison microbien et fonction cardiaque.

M. Roger. — J'ai décrit antérieurement un bacille trouvé dans une septicémie post-cholérique. Il m'a semblé intéressant d'étudier l'action de ses cultures sur le cœur de la grenouille. En employant un bouillon privé de germes, mais contenant les toxines, j'ai vu que le cœur de cet animal était hautement influencé. Les battements sont ralentis progressivement jusque vers l'arrêt, qui a lieu en diastole. Les systoles rares sont en même temps allongées, et marquées sur le tracé cardiographique par un plateau étendu. J'ai pu m'assurer que l'action cardiaque était due aux poisons insolubles dans l'alcool, les extraits alcooliques n'agissant qu'à doses beaucoup plus élevées.

M. Gley. — Nous avions fait avec **Charrin** la même remarque au sujet des toxines pyocyaniques susceptibles d'agir sur le cœur. Il est remarquable que le poison étudié par M. Roger amène l'arrêt du cœur en diastole : c'est là un état que ne produisent que de rares poisons, la muscarine, par exemple. M. Roger a encore constaté ce fait étrange que, pendant l'empoisonnement, les excitations physiques et mécaniques ne font plus rien sur le cœur et n'en modifient pas le rhythme pathologique.

Action du chloralose.

MM. Richet et Hanriot. — Si l'on donne à un chien une dose de ce corps insuffisante pour produire le sommeil et l'anesthésie (par exemple 0.2 par kil.), il ne se produit pas de trouble moteur, mais on observe des désordres intellectuels particuliers. L'ouïe et l'odorat sont intacts; la sensibilité tactile est exagérée et il y a une analgésie absolue. La modification du tact est traduite par la production d'un soubresaut au moindre choc. En même temps, on observe de la cécité psychique; l'abaissement de la tête et le clignement à la menace sont supprimés; le clignement réflexe par attouchement de la conjonctive est exagéré. Un animal habituellement vorace devient insensible en présence d'une proie. Et

cependant la vision elle-même est intacte. Il y a là un état très voisin du somnambulisme.

Il est encore à remarquer qu'après l'ablation de l'écorce, la couche blanche sous-jacente présente une excitabilité qui lui est tout à fait inconnue à l'état normal.

Sur la transformation de l'amidon végétal en sucre par le bacille du charbon.

M. l'abbé Maumus. — Des recherches faites au laboratoire de M. le professeur Straus, il résulte que : 1° le bacille du charbon est susceptible de transformer l'amidon en glucose;

2° Le glucose ainsi formé est utilisé comme aliment par le bacille. Pour mettre le premier fait en évidence, on sème le bacillus anthracis sur pomme de terre, en mettant au fond des tubes de l'eau stérilisée de façon que la partie inférieure de la pomme de terre baigne dans le liquide. Si, au bout d'une douzaine de jours, on traite ce liquide par le réactif de Fehling, on obtient un précipité franchement rouge d'oxydule de cuivre, décelant la présence du glucose dans ce milieu. Les tubes témoins ne donnent pas la moindre réduction.

On peut varier l'expérience en se servant d'empois d'amidon très dilué et stérilisé. Le charbon cultivé dans ce milieu donne également, au bout de six jours, la réduction de la liqueur cupro-potassique.

Si on continue à laisser à l'étuve les tubes où tout l'amidon a été transformé en glucose, le bacille continue à végéter; mais le glucose disparaît graduellement.

M. Maumus en conclut que, dans ces conditions, le bacillus anthracis utilise comme aliment le glucose qu'il a formé aux dépens de l'amidon végétal.

M. G. Marinesco présente une série de photographies de préparations histologiques d'altérations du système nerveux. La technique mise en œuvre a été la suivante : on a fait usage du grand appareil de Zeiss auquel ont été adaptés les objectifs de Ross pour les faibles et les apochromatiques de Zeiss, pour les forts grossissements. Pour l'éclairage, la lumière de Zircon et la lumière oxhydrique ont été employées, modifiées à l'occasion par le filtre Tchenow, etc. Les résultats obtenus sont très satisfaisants et font prévoir les avantages réels que l'histologie pathologique du système nerveux pourrait tirer de la microphotographie. Celle-ci avait déjà donné de bons résultats entre les mains de M. Luys et MM. Blocq et Londe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 janvier 1893.

Présidence de M. Fernet.

Essai de séro-thérapie appliquée à la fièvre typhoïde humaine.

MM. Chantemesse et **Widal.** — Les essais de thérapeutique tentés sur l'homme contre le tétanos avec le sérum d'animaux immunisés n'a pas donné encore de résultats certains. Ceux tentés contre la pneumonie demandent encore à être répétés. Nous nous sommes demandé si contre la dothiénentérie dont l'évolution est plus lente, un sérum actif n'aurait pas plus de temps pour agir, et pour amener une modification dans la marche de la maladie.

Nous avons au préalable établi (*Annales de l'Institut Pasteur*, novembre 1892) que les animaux (cobayes et lapins) immunisés contre le virus typhique possédaient un sérum doué de propriétés prophylactiques et thérapeutiques. Inoculé à des animaux sains, même à faible dose, ce sérum leur donne en quelques heures le pouvoir de résister à un virus typhique qui tue invariablement les animaux témoins.

Ce même sérum inoculé dans un but thérapeutique à un animal infecté depuis quelques heures par le bacille d'Eberth suffit pour le guérir, pourvu que l'inoculation soit faite à une période suffisamment rapprochée du début de l'infection. Cependant les animaux immunisés restent très sensibles aux toxines solubles fabriquées par le bacille d'Eberth.

Nous avons établi encore que le sérum d'hommes au déclin, en convalescence, ou guéris de la fièvre typhoïde depuis des semaines, des mois, depuis 4 ans (l'un de nous), et même depuis 22 ans, possédait vis-à-vis des animaux les mêmes qualités prophylactiques et thérapeutiques.

L'action du sérum humain sur l'infection typhique conférée aux animaux devait donc nous engager à rechercher si réciproquement le sérum d'animaux immunisés n'aurait pas une action sur l'infection typhique humaine.

Nous avons inoculé du sérum d'animaux immunisés à 2 malades arrivés au 10e et au 11e jour de la fièvre typhoïde.

Une jeune femme de 28 ans atteinte de fièvre typhoïde de moyenne intensité et légèrement adynamique, présente une première éruption de taches roses lenticulaires le 13 septembre 1892, qui paraît être le 10e jour de la maladie. Cette femme, le 16 septembre, reçoit sous la peau 10 centimètres cubes de sérum de cobayes immunisés. Le lendemain, elle reçoit de nouveau 15 centimètres cubes du même sérum. La température, prise d'heure en heure, montre que 9 heures après la première injection, la température tombe de 40 à 37°5. Malgré la seconde injection de 15 centimètres cubes, la température remonte et reste oscillante entre 39 et 40 degrés, s'y maintient et la maladie continue son cycle sans être impressionnée autrement par les deux inoculations.

Nous pouvions nous demander si ce premier insuccès était attribuable à la faible dose du sérum inoculé, étant donné que pour guérir un cobaye de 600 grammes, dont le sang est infecté depuis un temps par le bacille d'Eberth, il faut 2 centimètres cubes de sérum. On devrait, en prenant ce poids comme terme de comparaison, employer 180 centimètres cubes de sérum thérapeutique.

Chez un malade de M. Faisans, arrivé au onzième jour de la maladie, et présentant des taches lenticulaires, nous avons inoculé cette dose en 2 jours. Les injections ont été bien supportées localement. La température qui avait baissé le matin après les inoculations du premier jour a remonté le soir du second jour et la maladie n'a pas été arrêtée.

Ces deux insuccès ne suffisent peut-être pas à prouver l'impuissance de la méthode séro-thérapeutique appliquée au traitement de la fièvre typhoïde. Ils montrent, en tout cas, que pour la fièvre typhoïde comme pour le tétanos, en se plaçant dans les conditions de la pratique journalière, l'inoculation de sérum d'animaux immunisés n'entrave pas la marche de la maladie. C'est peut-être parce que, chez l'homme, nous arrivons trop tard. Pour arriver à temps chez l'animal, nous avons un élément qui nous fera toujours défaut chez l'homme, la connaissance de la date exacte de la pénétration du virus.

Erysipèle et arthropathies. Influence de l'érysipèle sur le rhumatisme.

MM. Legendre et **Beaussenat.** — Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Antoine, en l'espace de six mois, environ quatre cents cas d'érysipèle dont six seulement furent suivis d'arthropathies résultant de l'infection.

Dans un des cas, chez un sujet alcoolique qui avait eu du delirium tremens, nous avons eu à signaler des douleurs dans les articulations des genoux et des poignets, douleurs ayant apparu au dixième jour d'un érysipèle de la face; dans un autre cas, des douleurs survenues en pleine période fébrile se manifestèrent dans plusieurs articulations et disparurent deux jours après par le traitement au salicylate de soude.

Ces arthralgies survenant chez des sujets n'ayant eu aucun accident rhumatismal antérieur peuvent ne pas être de nature essentiellement rhumatismale, pas plus que celles de deux cas avec myalgies dont un avec œdème des membres inférieurs et purpura (sans albuminurie) ayant cédé au salicylate de soude; cependant chez des sujets ayant des antécédents rhumatismaux, il est intéressant de remarquer que l'érysipèle suit son cours sans que les accidents rhumatismaux apparaissent.

Au nombre de ces arthralgies, nous avons eu à observer quatre arthrites suppurées, dont deux étaient dues aux streptocoques, une au staphylocoque, une quatrième aux streptocoque et staphylocoque réunis; trois de ces cas furent suivis de mort; le seul cas suivi de guérison fut celui d'une arthrite radio-carpienne avec synovite suppurée des gaines du poignet qui céda à de larges incisions, au curetage et au drainage. Dans les trois premiers cas, chez un malade, l'intervention avait été trop tardive sans doute; chez un autre, il y avait des phlegmons très étendus de la cuisse et de la jambe; enfin,

chez le troisième sujet, alcoolique, la mort survint à la suite de complications suppuratives dans la région dorsale et de complications viscérales tardives. Deux arthrotomies successives du genou avaient cependant amené une amélioration générale et la guérison des arthrites.

D'après ces faits observés, nous arrivons à conclure que les arthropathies sont rarement dépendantes de l'érysipèle de la face et de l'érysipèle ambulant, mais qu'alors il s'agit d'arthropathies graves qui nécessitent l'intervention chirurgicale dès que la ponction a révélé l'arthrite suppurée.

D'après notre statistique, nous ne pensons pas que l'érysipèle réveille ordinairement les accidents rhumatismaux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 *janvier* 1893.

Tumeurs épithéliales de la peau.

M. Cornil a examiné deux tumeurs cutanées qui présentent un grand intérêt.

La première a été enlevée par M. Schwartz. Il s'agissait d'un nævus pigmenté qui, depuis la naissance, formait une tumeur assez volumineuse, et à la surface duquel s'était développée une petite néoplasie. M. Schwartz avait fait le diagnostic d'épithélioma né sur sur un nævus.

L'examen histologique fait par M. Cornil a confirmé ce diagnostic. Sur les coupes, on voyait les papilles arborisées dont les vaisseaux et le tissu conjonctif étaient remplis de pigment noir. Ce même pigment se retrouvait dans l'épiderme superficiel. Dans la partie centrale de la tumeur, se continuant par un pédicule vasculaire avec les vaisseaux profonds, il n'y avait pas le moindre grain de pigment. On y constatait l'existence d'alvéoles et de traînées d'épithélium pavimenteux. Ainsi la tumeur s'était développée aux dépens du corps muqueux de Malpighi et cet épithéliome ne s'était infiltré en aucun point du pigment qui existait dans les parties superficielles de l'épiderme. On ne peut savoir toutefois si, en cas de récidive, la nouvelle tumeur ne contiendra point de pigment.

La seconde tumeur a été enlevée par M. Berger. Il s'agissait d'un gros champignon à pédicule épais partant de la peau. L'examen histologique a démontré que c'était un épithéliome mélanique, fait rare, car généralement les tumeurs mélaniques sont des sarcomes. La surface épidermique était amincie au niveau de la partie saillante de la néoplasie. Au-dessous, on voyait des îlots d'épithélioma tubulé séparés par des faisceaux conjonctifs. Il n'y avait pas de globes épidermiques. Dans certaines cellules épithéliales, on trouvait de temps à autre des granulations pigmentaires. Quelques-unes en étaient remplies. Il y avait aussi du pigment dans le tissu conjonctif de la tumeur jusqu'au-dessous de l'épiderme.

Atrophie du poumon et pleurésie chronique.

M. Dufournier relate l'observation d'un homme qui succomba à des accidents de néphrite interstitielle. A l'autopsie, on trouva des reins granuleux, un cœur très volumineux, un liquide abondant dans le péritoine et les plèvres. Le poumon gauche offrait le volume du poing. Sa forme était singulière : il présentait deux prolongements en forme de mamelons très développés. L'un d'eux était adhérent à la paroi interne du thorax.

Ulcère de l'estomac.

M. Jayle montre, au nom de M. Thiercelin et au sien, l'estomac d'un malade qui avait eu deux hématémèses et qui dernièrement avait offert des symptômes évidents de cachexie. On fit le diagnostic de gastrite alcoolique ulcérée avec sténose pylorique. Une tentative chirurgicale fut faite et l'on unit l'estomac à la première portion du jéjunum. Le malade mourut peu après l'opération. A l'autopsie, on vit l'estomac très dilaté. Près du pylore existait une sorte de plaque blanchâtre ulcérée, adhérente extérieurement au foie. Il n'y avait pas de sténose pylorique, mais vraisemblablement le rebord de l'ulcère devait former un obstacle important au passage des matières alimentaires. Il n'y a pas ici de cancer : le microscope a montré qu'il s'agissait uniquement d'un ulcère.

Cancer du poumon.

M. Walch présente un cancer du poumon qui a été une trouvaille d'autopsie. On ne constata pendant la vie qu'une pleurésie purulente pour laquelle on fit la thoracentèse, puis l'empyème. Les ensemencements faits avec le liquide pleural n'avaient donné que du pneumocoque.

Il n'y avait aucun signe de compression du côté du médiastin. La tumeur se présente sous forme de masse dure, lardacée, adhérente aux côtes. Il y avait généralisation au foie, au péricarde et au poumon du côté opposé, au sommet duquel se trouvaient quelques noyaux disséminés.

Hernie inguinale, trompe de Fallope et ovaire.

M. Dudefoy montre une trompe de Fallope et un ovaire qui ont été retirés d'une hernie inguinale par M. Guinard. La trompe est grosse, enflammée ; c'est elle qui a entraîné à sa suite l'ovaire, lequel se trouvait à l'orifice interne du trajet inguinal. Le diagnostic avait été fait avant l'opération à cause de la douleur très vive que provoquait la pression et de la tuméfaction qui se produisait au moment des règles. Cette hernie était à gauche; or dans les cas relevés jusqu'ici de faits semblables, il s'agissait le plus souvent de hernies du côté droit.

M. Broca fait observer que cette plus grande fréquence à droite s'explique aisément, puisque ces hernies sont congénitales et que le canal de Nück reste plus souvent ouvert du côté droit.

Il ajoute, d'autre part, qu'il ne faudrait pas croire ces hernies tout à fait exceptionnelles. Lucas-Championnière a raison de dire qu'elles sont encore assez fréquentes. Pour sa part, M. Broca en a opéré deux.

Cancer de l'utérus.

M. Auclair présente une tumeur provenant de l'autopsie d'une malade qui était entrée dans le service de M. Thibierge avec de la paraplégie. Il s'agit très probablement d'un cancer de l'utérus. La forme de la tumeur et son aspect font cependant émettre quelques doutes que l'examen histologique seul pourra lever.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 *janvier* 1893.

Sur le pouvoir « pepto-saccharifiant » du sang et des organes.

M. R. Lépine. — J'ai déjà signalé le fait qu'en laissant *in vitro* à la température de 56-58° C. du sang en contact avec 1 0/0 environ de son poids de peptone pure, il se produit au bout d'un temps très court (beaucoup moins d'une heure) une certaine proportion de sucre aux dépens de la peptone (environ 1/10e du poids de cette dernière). Ce sucre peut être caractérisé par les moyens ordinaires, notamment par la fermentation, après précipitation des matières albuminoïdes du sang et concentration de la liqueur sucrée. L'expérience réussit soit avec du sang préalablement défibriné, soit avec du sang tombé directement de l'artère dans un ballon renfermant du sable, immergé dans le bain-marie, et que l'on défibrine par l'agitation. Elle réussit aussi à toute température inférieure à 60° C., même à une température voisine de 0°, mais on n'obtient pas alors le maximum de sucre parce que la saccharification est moins active à basse température, et surtout parce que, au-dessous de 55° C., la glycolyse intervient d'autant plus activement que la température est plus élevée.

Si on fait tomber du sang dans plusieurs parties d'eau à 56-58° C., on trouve qu'il se fait en peu d'instants une notable production de sucre qui se continue, en s'affaiblissant, pendant un temps variable (une heure environ), de telle sorte qu'au bout de ce temps il s'est produit *au moins* 1 gramme de sucre par kilogramme de sang. Si on fait tomber le sang dans de l'eau froide ou tiède, il se produit aussi du sucre, mais avec une température *tiède* cette production est compensée en grande partie par la glycolyse.

Il me paraît très vraisemblable que la production du sucre

dans le sang en présence de l'eau est précédée de la production de peptone — on sait déjà que l'eau chaude peptonifie certains corps albuminoïdes — et cela me paraît d'autant plus probable que dans le sang hydrémique d'un animal ayant préalablement subi d'abondantes saignées et renfermant, comme on sait, pour cette raison, beaucoup de peptones, il se produit *in vitro*, sans addition d'eau, plus de 0 gr. 35 centigr. de sucre 0/00, en moins d'une heure, à 58° C.

Si on fait macérer un certain temps (une heure par exemple) dans trois ou quatre parties d'eau même très froide, un organe ne renfermant pas de glycogène en quantité appréciable (rate, reins, par exemple), retiré aseptiquement du corps de l'animal et aussitôt haché à basse température, l'extrait aqueux ne renferme qu'en petite quantité des matières réduisant la liqueur de Fehling et qui, pour la plus grande part, *ne sont pas du sucre*. Si alors à cet extrait aqueux on ajoute une petite proportion de peptone et qu'on le porte à 58° C. pendant une heure, il se produit une certaine quantité de sucre, variable suivant les organes, etc. La réalité de la production du sucre est démontrée par la fermentation et l'épreuve de la phényl-hydrazine. Ainsi l'extrait aqueux (et glycérique) des organes renferme un ferment qu'on peut nommer *pepto-saccharifiant*.

Il est fort possible qu'au lieu d'être exclusivement localisée dans le foie, comme on a généralement de la tendance à le croire, la production du sucre dans l'économie se fasse dans beaucoup d'organes. On aurait la preuve absolue de la diffusion de ce processus si le dosage du sucre dans le sang des vaisseaux efférents (veines et lymphatiques) de certains organes y décelait, au moins à certains moments, une proportion de sucre supérieure à celle du sang artériel. J'ajoute qu'il n'est point prouvé que le glycogène soit un intermédiaire *nécessaire* entre les matières albuminoïdes et le glucose.

La pression artérielle et les toxines pyocyaniques.

MM. Charrin et Teissier. — On sait que les sécrétions du microbe de la suppuration bleue influencent les vasomoteurs. Cette notion fondamentale, due à MM. Bouchard, Gley et Charrin, a été confirmée en France et à l'étranger.

De cette donnée est née la pensée de rechercher dans ces sécrétions des substances capables d'intervenir à titre thérapeutique.

Au cours d'études dirigées dans ce sens, nous avons remarqué que la pression artérielle subissait des élévations.

Nous avons poursuivi ces études, en faisant porter nos observations sur des tuberculeux ou des convalescents de fièvre typhoïde, c'est-à-dire chez des sujets dont la pression artérielle est au-dessous de la moyenne.

L'observation répétée, avec le sphygmomanomètre de M. Potain, un grand nombre de fois, à des heures identiques, en indiquant l'arrêt de l'onde sans pouvoir lire le cadran, autrement dit sans pouvoir être influencé par cette vue, en se plaçant dans des conditions toujours absolument semblables, a permis de formuler des conclusions que nous résumons ici :

Les toxines pyocyaniques, injectées sous la peau, peuvent, chez l'homme, relever la pression artérielle d'un demi à deux degrés, la faire passer de 10 à 11, 12, 13. Ces élévations sont plus marquées, si le bacille a fonctionné dans le bouillon de bœuf, dans des milieux assez riches en albuminoïdes; si la culture a duré un certain temps, quinze à vingt jours ; si la dose est plus forte (1 à 2 c. c. au lieu d'un quart de c. c.) ; si on introduit le protoplasma microbien; si on stérilise sans le secours de la chaleur ni de la filtration sur porcelaine (contact prolongé avec des antiseptiques insolubles, pression, etc.) ; si les malades sont tuberculeux, etc.

Avec l'eau stérilisée, on ne voit pas le phénomène se produire. Une élévation thermique s'opère en même temps, en général proportionnellement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 19 *janvier* 1893

Présidence de M. de Beauvais

Discussion sur les qualités du lait propre à l'alimentation des enfants du premier âge.

M. Jolly. — Il a été avancé différentes opinions sur la différence des albuminoïdes qui entrent dans la composition des laits divers. On devrait tenir grand compte du temps pris par l'élaboration des matériaux du lait. Le lait de femme est consommé par l'enfant toutes les deux heures environ; le lait de vache, au contraire, est trait toutes les 12 heures. De là une grande différence dans l'état des albumines; il faudrait faire intervenir ces conditions dans l'étude de la chimie du lait.

M. Weber. — Cette question de la manière dont le lait est élaboré est secondaire, car elle n'est pas connue ; ce qui est réel, c'est que, comme l'a montré M. Béchamp, les laits se divisent en *laits à caséine* et en *laits à albumine* ; les laits de chèvre et de vache appartiennent au premier groupe, le lait de femme au second. La caséine, en présence d'acides, se coagule, c'est-à-dire se prend en masse ; l'albumine ne coagule pas, elle précipite en légers flocons, en sorte que le lait de femme ne peut faire de fromage. C'est, on l'a admis, cette condition qui rend le lait de femme plus digestible. Or M. Vigier, dans un travail antérieur, a proposé de décaséiner le lait, c'est-à-dire de transformer la caséine en une albumine qui ne coagulerait plus. Ce serait là un perfectionnement.

M. Bardet. — Il s'agit de l'alimentation de l'enfance, or tous les procédés industriels m'inspirent une médiocre confiance. Une expérience séculaire démontre qu'à défaut d'allaitement maternel on peut faire avec avantage l'alimentation avec du lait de vache pris dans de bonnes et naturelles conditions. Aussi me paraît-il important de tâcher de perfectionner les moyens d'avoir du lait naturel, et ce n'est qu'à son défaut que je comprends l'usage des laits stérilisés; quant au lait décaséiné, jusqu'à ce que l'on l'on ait expérimenté longuement ses propriétés chimiques et alimentaires, je m'en défierai.

M. Delthil. — La meilleure condition de l'allaitement artificiel, c'est d'avoir du lait naturel en effet, or le lait le meilleur est toujours le lait de la campagne. Dans les villes, les vaches sont dans de mauvaises conditions de production ; aussi est-il dangereux de dire, comme on l'a avancé, qu'on a avantage à utiliser les laits des grandes villes. Le mieux serait de chercher à amener, dans de meilleures conditions, le lait des étables rurales ; ce lait, il serait toujours temps de le stériliser à domicile par l'ébullition, comme on l'a toujours fait, sans avoir besoin de recourir au lait stérilisé industriel qui souvent s'altère et n'offre pas plus de garantie qu'un autre. Il y aurait aussi à rechercher si l'on n'aurait pas avantage à diriger l'alimentation des vaches de manière à augmenter la richesse de leur lait en phosphates.

M. Saint-Yves-Ménard. — Tout le monde est d'accord sur l'utilité qu'il y a à consommer le lait dès sa traite ; donc les vacheries sont utiles. Il faut dire très haut que le lait des vacheries bien dirigées, et grâce à la surveillance administrative, c'est la majorité à Paris, est excellent et supérieur à bien des laits ruraux. Or un lait de campagne, une fois transporté, est fatalement altéré; aussi, pour l'allaitement artificiel de l'enfant, on ne saurait trop recommander le lait frais des bonnes vacheries et, à son défaut, préférer au lait transporté le lait stérilisé.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 18 *janvier* 1893.

Présidence de M. Poncet.

Amputation de cuisse pour ostéomyélite.

M. Collet, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant d'une amputation de cuisse pratiquée par M. Poncet dans les circonstances suivantes :

Un enfant de 14 ans, atteint d'une ostéomyélite aiguë remontant à quinze jours, avait été traité par de larges débridements allant jusqu'à l'os; mais on avait cru pouvoir éviter

la trépanation du fémur. Or, quelques jours plus tard, il survint une arthrite purulente du genou et on allait se décider à faire une résection, quand on constata l'existence d'un décollement épiphysaire complet; on enleva cette épiphyse décollée et on trouva de telles lésions de la diaphyse qu'on se décida à pratiquer l'amputation de cuisse, pensant qu'il valait mieux pour le malade avoir un bon pilon qu'un membre inutile; d'ailleurs l'état général était grave et il était à craindre que le malade ne succombât si l'on avait voulu faire une tentative de conservation du membre.

Une discussion s'élève au sujet de ce cas entre **MM. Poncet, Fochier** et **Augagneur**.

Tandis que **M. Poncet** regrette de n'avoir pas fait une trépanation précoce avant même qu'il fût certain qu'il y eût une suppuration intra-osseuse, **M. Fochier** déclare qu'il met une sourdine au chant de triomphe des chirurgiens qui suivent les errements de M. Lannelongue. Chez les enfants au-dessous de dix ans au moins, la trépanation de l'os ne lui paraît pas un progrès sérieux dans le traitement de l'ostéomyélite; il croit également qu'on peut enlever de grands fragments de fémur chez les enfants, à condition de maintenir le membre dans l'extension continue. **M. Poncet** a en vue surtout des enfants un peu plus âgés, et il ne peut pas admettre que l'on traite les phlegmons intra-osseux autrement que les phlegmons sous-cutanés, c'est-à-dire autrement que par de larges ouvertures. **M. Augagneur** appelle l'attention sur les cas où l'état général est très grave sans que l'état local le soit autant, et dans lesquels la trépanation est inefficace.

Maladie d'Addison sans lésion apparente des capsules surrénales.

M. Roux, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans le service de M. Drivon à la suite d'une cachexie d'Addison. A l'autopsie on trouva le ganglion semi-lunaire gauche englobé dans des adhérences d'ancienne péritonite tuberculeuse, mais les capsules surrénales paraissaient normales à un examen macroscopique, sauf peut-être un peu de diminution de la substance médullaire.

Présence du streptocoque de l'érysipèle dans l'air des salles de malades.

M. Gabriel Roux présente un appareil au moyen duquel il a trouvé dans l'air d'une salle de l'Hôtel-Dieu le streptocoque de l'érysipèle.

Cet appareil consiste en une double batterie de récipients, les uns destinés à recevoir des milieux liquides variés, les autres appropriés aux milieux solides, tous reliés par l'intermédiaire d'un tube cylindrique à un aspirateur.

Dans chacun des récipients on met un liquide de culture différent; dans ceux qui contenaient une décoction de touraillon acide il s'est développé une culture pure de streptocoques, laquelle inoculée à un cobaye lui a donné un érysipèle.

Dr L. Dor.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 16 janvier 1893.

Réaction colorante des sédiments urinaires.

M. Senator présente des préparations concernant ses recherches sur les réactions colorantes des sédiments urinaires dans la néphrite. Jusqu'à ce jour on considère les leucocytes qui se trouvent dans les sédiments urinaires comme des corpuscules purulents ou plutôt comme des corpuscules sanguins extravasés. Ce sont des cellules polynucléées dont le protoplasma ne se colore pas uniformément et dont les noyaux sont plus ou moins racornis. Ehrlich a donné à ces éléments le nom de cellules polynucléées.

A l'aide de la solution neutrophile d'Ehrlich, M. Senator a remarqué qu'il s'agissait le plus souvent de cellules non polynucléées, mais uninucléées. Souvent le protoplasma est à peine appréciable. Le nucléole est acidophile et par suite se colore non en bleu mais en rouge. On peut donc conclure que les leucocytes sont de véritables lymphocytes et non des corpuscules purulents extravasés. D'après Neumann il ne s'échappe du sang par diapédèse que des cellules polynucléées et non les lymphocytes mononucléés. Baumgarten admet cependant la diapédèse de ces derniers. D'autres auteurs font dériver ces éléments des cellules fixes du tissu conjonctif.

M. Israël pense que ces cellules proviennent de la lymphe. Elles apparaissent dans l'urine quand les épithéliums rénaux ont souffert; quoi qu'il en soit, c'est un point encore très obscur.

Kyste hydatique du foie.

M. Litten rapporte un cas de kyste hydatique du foie où l'on ne percevait ni tumeur ni fluctuation. A chaque mouvement de toux on sentait du frémissement, d'autant plus facilement qu'il existait dans la région une éventration.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NÉVROLOGIE DE BERLIN

Séance du 9 janvier 1893.

Paralysie saturnine?

M. Ascher. — Il s'agit d'un imprimeur âgé de 50 ans, employé à son métier depuis 25 ans. Ces trois dernières années il était surveillant. Il y a quelques mois survint une paralysie de différents groupes musculaires. Elle s'annonça par des fourmillements dans certains doigts, avec amyotrophie de l'avant-bras, du bras et de l'épaule gauches. En quatre mois l'affection a fait son évolution : les pupilles réagissent bien; il n'y a rien à noter du côté de la sensibilité; on observe un léger liséré plombique. Les réflexes sont conservés. Le cœur et les poumons sont normaux. L'avant-bras droit est notablement amaigri. A gauche, le long supinateur est atrophié; à droite, l'extenseur commun est paralysé et la main moins nourrie. Du côté gauche, le bras est ballant. Les fosses sus et sous-épineuses sont très marquées; le bras est très diminué et ne peut être levé par le malade. La flexion est impossible et la supination difficile. Les mouvements des doigts sont conservés contrairement au côté droit. L'examen électrique a donné les résultats suivants : le radial droit ne répond plus à l'excitation du courant faradique; l'extenseur commun donne la réaction de dégénérescence, celle-ci existe pour le deltoïde et le long supinateur gauches.

Il s'agit, en un mot, d'une paralysie de l'avant-bras droit et de l'épaule gauche, qui n'est pas typique de l'intoxication saturnine. La paralysie saturnine commence dans la zone du radial, respecte le long supinateur, passe au bras et évolue généralement d'une façon symétrique.

Dans le cas présent, on a à droite le type de la paralysie de l'avant-bras, à gauche celui de la paralysie scapulo-humérale.

Cette localisation spéciale n'a pas encore été relatée dans la littérature médicale, aussi peut-on se demander s'il s'agit d'un cas de paralysie saturnine. On doit exclure la myopathie et la marche de l'affection est contraire à l'existence d'une poliomyélite antérieure.

M. Senator se demande s'il ne faut pas penser à une névrite chronique en raison de la sensibilité de certains troncs nerveux.

Méningite spinale syphilitique chez un paralytique.

M. Richter. — Le malade dont proviennent les préparations présentées par l'auteur fut atteint à l'âge de 20 ans de syphilis suivie ultérieurement de paralysie progressive. Il mourut subitement en février 1890. A l'autopsie on constata une hypertrophie du cœur, une bronchite interstitielle spécifique. Les lésions cérébrales étaient celles qu'on observe habituellement chez les paralytiques.

La moelle épinière était particulièrement amincie dans sa partie dorsale. Des coupes transverses pratiquées à ce niveau

montrent un épaississement considérable de la pie-mère. La moitié gauche de la moelle, dans une hauteur qui correspond aux 7e et 8e vertèbres dorsales, est très diminuée de dimensions et la moitié droite est fortement altérée dans ses éléments. Il est étonnant qu'avec une lésion semblable le malade ne soit pas mort plus tôt.

Le processus pathologique ne s'est pas propagé au cerveau, car les lésions des méninges cérébrales ne sont pas celles de la syphilis.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 18 *janvier* 1893.

Cancer du rein.

M. James Israël rapporte l'observation d'un carcinome du rein. C'est le troisième cas qu'il présente à la Société. Le premier remonte à l'an 1887; le deuxième à l'année dernière; le troisième, dont il s'agit, est peut-être le premier des cas connus où le diagnostic et l'intervention ont été aussi précoces.

Il s'agit d'une jeune fille de 6 ans qui, en septembre 1892, présenta pour la première fois de l'hématurie. Celle-ci se reproduisit 4 fois avec une durée de plusieurs jours. L'urine était claire sans albumine. A l'aide du cystoscope on vit nettement que le sang provenait du rein gauche. Il était impossible à ce moment de poser affirmativement le diagnostic de tumeur maligne. Deux mois plus tard le rein gauche, appréciable au palper, était plus gros que le droit, présentait à la partie moyenne de sa face antérieure une bosselure, de consistance particulière. Le 13 janvier on sentait dans la région du hile un autre point résistant.

En présence de ces signes, il était vraisemblable qu'il s'agissait d'une tumeur rénale. L'organe fut enlevé et le diagnostic confirmé. A la limite de la substance corticale et médullaire il existait un sarcome du diamètre d'une pièce de 50 pfennigs. La malade a complètement guéri.

Traitement du cancroïde.

M. Lassar présente des malades guéris de cancer de la peau, par un traitement arsenical. Une malade portait en octobre 1892 une tumeur cancéreuse de la face, grosse comme une noix. Grâce au traitement par l'arsenic, en potions ou en injections, elle est aujourd'hui entièrement guérie.

Forme pseudo-lobaire de la pneumonie caséeuse aiguë.

M. P. Guttmann. — Il n'existe qu'un seul symptôme caractéristique de cette affection. C'est l'existence du bacille de Koch dans les crachats. Tous les autres symptômes ne sont pas décisifs pour nettement la différencier de la pneumonie fibrineuse. Les signes physiques dans toutes les affections respiratoires sont susceptibles de varier. La coloration spéciale des crachats de la pneumonie caséeuse n'est pas toujours telle, on la retrouve toutes les fois que le pigment sanguin est resté mélangé un certain temps aux sécrétions. La diazoréaction n'est constante dans aucune maladie sauf la fièvre typhoïde. Elle peut d'ailleurs exister dans la pneumonie franche.

M. Fürbringer a observé 25 cas environ de pneumonie caséeuse aiguë. Souvent le diagnostic différentiel est difficile; toutefois il partage les opinions de M. Frænkel.

M. Rothmann fait observer que dans un cas il n'existait pas de bacilles au début, que plus tard seulement ils apparurent dans les expectorations.

SOCIÉTÉ DERMATOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 10 *janvier* 1893.

Exanthème syphilitique.

M. Lewin présente une syphilitique chez laquelle l'éruption syphilitique, au niveau du dos, affecte la forme d'un papillon. La figure était tout d'abord composée de papules caractéristiques, mais, sous l'influence du traitement, celles-ci ont disparu en laissant à leur place une pigmentation brunâtre de la peau.

Diabète insipide après la syphilis.

M. Lewin présente une malade qui a déjà été montrée à la Société pour une phalangite syphilitique qui constitue, comme on sait, une manifestation très rare de la syphilis.

Dans le cours de sa syphilis, la malade fut prise d'une adénopathie cervicale tellement intense qu'on crût nécessaire de faire l'extirpation des ganglions. Quelque temps après l'opération, au mois de mars 1892, la malade fut prise d'une polyurie (3 à 5 litres par jour) avec urine ne contenant ni sucre ni albumine. Malgré un grand nombre d'essais thérapeutiques, la polyurie persiste sans se modifier.

La syphilis comme cause du diabète insipide a été notée cinq fois. Dans le cas de Mosler on trouva à l'autopsie un foyer de ramollissement dans le cerveau et la moitié gauche du bulbe; chez le malade de Paraut il existait une tumeur du 4e ventricule. Demme guérit son malade par un traitement mercuriel. Les deux autres cas, sans autopsie ni guérison, appartiennent à Hoskin et à Obolensky.

Lichen syphilitique.

M. Isaac présente un jeune homme soigné il y a 18 mois à l'hôpital de la Charité pour une syphilis. L'affection, caractérisée par une série de nodules brillants, brunâtres, fut tout d'abord prise pour le lichen ruber, mais, comme le malade n'éprouvait pas de démangeaisons et que l'arsenic à haute dose ne produisait aucun effet, on modifia le diagnostic dans le sens du lichen syphilitique, d'autant plus qu'on trouvait encore d'autres signes permettant de supposer l'existence de la syphilis.

Il est encore possible que l'éruption soit mixte et se compose de lichen ruber et de lichen syphilitique. Il s'agirait alors d'un lichen ruber syphilitique.

M. Lewin, qui a vu un grand nombre de lichens syphilitiques, trouve le diagnostic difficile, d'autant plus que, comme coloration, le lichen ruber est identique au syphilitique. Ordinairement le lichen syphilitique provoque des démangeaisons qui font défaut dans le lichen ruber.

M. Blaschko rappelle la théorie de Brocq d'après laquelle le lichen surviendrait sous l'influence du grattage et ne serait qu'une manifestation d'une névrose cutanée. Chez le malade de M. Isaac qui, comme forgeron, doit travailler devant le feu, on pourrait peut-être faire intervenir l'influence de la température.

L'hygiène des officines de coiffeurs.

M. Kœbner trouve que les propositions faites au sujet des moyens antiseptiques à prendre par les coiffeurs ne sont guère pratiques. Il est impossible de remplacer la serviette actuelle par des serviettes en papier ne devant servir qu'une fois, à cause du prix élevé du papier hydrophile. Il en est de même du pinceau ne devant servir qu'une seule fois. Le mieux serait que les coiffeurs savonnent leurs clients simplement avec les doigts. Le pompon à poudre peut être avantageusement remplacé par un insufflateur. Quant à la désinfection des brosses et des peignes, c'est impossible à obtenir et le plus simple serait encore que les clients apportent avec eux la brosse et le peigne qui leur servent journellement.

M. Rosenthal est d'avis que le nombre d'affections qu'on peut prendre chez les coiffeurs a été exagéré. Pour la transmission de l'impétigo contagieux, de l'acné variolique et de la trichorrhexis, les preuves manquent encore. Quant à l'affection du cuir chevelu que provoque le schampooing, c'est une simple dermatite artificielle.

M. Ledermann a fait sur cette question des recherches expérimentales au laboratoire de M. Frænkel. Pour être plus ou moins propres et inoffensifs, les ciseaux et les rasoirs doivent être enveloppés dans des compresses trempées dans l'alcool; les peignes peuvent se conserver dans de l'ammoniaque, enfin les brosses, après avoir servi, doivent être plongées dans une solution de salutol.

Fistules péniennes congénitales.

M. Posner considère cette affection comme très rare et n'a pu en trouver dans la littérature que neuf observations.

Chez le malade qu'il a eu dernièrement l'occasion d'opérer, l'orifice externe de la fistule se trouvait à 3 mm. au-dessus de l'orifice uréthral et conduisait dans un canal long de 14 cm. 1/2. La fistule était congénitale et, à l'occasion d'une blennorrhagie contractée par le malade, s'infecta à son tour et résista à tous les traitements, on décida à faire la cure radicale de la fistule.

Le conduit fut alors fendu jusqu'à la symphyse, et comme il se continuait sous celle-ci en aboutissant à un cul-de-sac en ampoule, on fit une incision transversale pour mettre à nu le ligament suspenseur du pénis et les corps caverneux. L'ampoule fut alors extirpée et cautérisée au thermocautère, et la plaie suturée. Guérison par seconde intention sans complications.

Molluscum contagiosum.

M. Rieder a communiqué à la Société de morphologie et de physiologie de Munich un cas de *molluscum contagiosum*.

Il s'agit d'un homme de 24 ans, compositeur d'imprimerie, chez lequel parut sur le cuir chevelu, au-dessus du front, une petite tumeur qui atteignit assez vite les dimensions d'une noix. Au bout de quelque temps, des productions analogues se développèrent sur le cuir chevelu en assez grand nombre.

A l'examen du malade on trouve, sur le cuir chevelu préalablement rasé, une série de nodules disséminés. Sur la ligne médiane, à la limite du cuir chevelu et de la peau du front se trouve la tumeur principale à surface anfractueuse, couverte de nodules des dimensions d'une lentille. Ces nodules sont ombiliqués, de couleur jaune-rougeâtre, sauf le sommet qui est d'un blanc-jaune à reflets brillants. En les comprimant on fait sortir des espèces de bouchons sébacés composés de corpuscules molluscoïdes. Des bouchons analogues mélangés à du pus peuvent être exprimées des tumeurs plus volumineuses.

Le point intéressant, chez ce malade, est la dissémination rayonnée des nodules partis de la tumeur principale — ce qui indique bien la nature infectieuse et parasitaire du molluscum — et la localisation de l'affection au cuir chevelu.

Le pronostic n'est pas mauvais. Comme traitement on peut faire le curettage des nodules.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES
Séance du 23 *janvier* 1893.

Affections syphilitiques du système nerveux.

M. Bristowe. — Un charretier vint me consulter en novembre 1889. Il n'avoue aucun antécédent syphilitique héréditaire ou personnel. Depuis le mois de juillet il souffrait de céphalée avec insomnie et affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, tremblement des mains et des lèvres; sa parole est lente et hésitante. Il y a aussi des tremblements de la langue; les pupilles sont inégales, mais réagissent à la lumière et à l'accommodation aux distances. La marche est normale et le malade peut fermer les yeux et tourner sans tomber. Conservation des réflexes. En décembre le malade devient plus somnolent; sa parole devient inintelligible et il perd ses matières fécales et ses urines. Enfin il tombe dans une sorte de coma. Puis son état s'améliora progressivement et il put quitter l'hôpital le 20 janvier. Il faut ajouter que pendant son séjour à l'hôpital on lui avait donné du mercure et de l'iodure de potassium.

Au bout de trois mois les mêmes symptômes se montrèrent de nouveau et le 15 mars 1890 le malade rentrait à l'hôpital dans un état de semi-coma. On le soumit au traitement, mais il survint une hémiplégie gauche et du strabisme divergent. Puis survint un coma complet et le malade mourut.

Ce cas, qui rappelle une paralysie générale, avait déjà pendant la vie été considéré comme dû à une syphilis. A l'autopsie on trouva un épaississement osseux au niveau de la scissure de Rolando du côté droit; la cavité crânienne contenait beaucoup de liquide : la moitié postérieure de la 1re circonvolution frontale et de la 2e frontale, les deux tiers supérieurs de la frontale ascendante et le tiers supérieur de la pariétale ascendante étaient en quelque sorte atrophiés. Il y avait de l'œdème de la base du cerveau. A l'extrémité antérieure du thalamus du côté droit, il y avait une petite hémorrhagie récente; on en trouva une semblable sous la substance grise près de l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius du côté droit. L'artère basilaire était malade; ses parois étaient épaissies, fibreuses. L'origine des deux cérébrales moyennes présentait les mêmes lésions.

Un autre cas que je veux vous citer est celui d'une femme de 46 ans, mariée, qui vint me consulter en février 1887. Depuis deux ans elle souffrait de la tête; elle eut vers le début de 1888 une sorte de crise épileptique qui se renouvela environ sept semaines avant son entrée à l'hôpital : ces crises, qui s'accompagnaient de coma assez prolongé, la laissèrent très affaiblie physiquement et intellectuellement; elle eut une hémiplégie droite assez prononcée et une amblyopie progressive; sa parole est lente et hésitante; sa mémoire a en partie disparu. Il n'y avait pas de paralysie faciale, mais la tête était tournée vers la droite et il y avait une déviation conjuguée des yeux dans la même direction. Il y avait aussi de temps à autre du nystagmus rotatoire et de l'inégalité des pupilles. Les deux papilles optiques étaient atrophiées. Il n'y a pas d'anesthésie et les réflexes sont bien conservés. Le soir de son entrée à l'hôpital, la malade eut une crise convulsive. Du 12 au 24 mars elle fut agitée, son bras droit fut pris de tremblement et le bras gauche s'affaiblit. La somnolence et l'affaiblissement intellectuel augmentèrent. A la fin de mars survint un coma complet et la malade mourut le 29 mars.

A l'autopsie on trouva les artères du cerveau athéromateuses et rétrécies, surtout au niveau des artères cérébrales moyennes et postérieures. Le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante droite était ramolli; il y avait aussi du ramollissement de la partie interne du lobe occipital droit; la couche optique droite était décolorée, mais non ramollie. On trouva aussi une aire de ramollissement dans le lobe occipital gauche, deux points ramollis dans la circonvolution pariétale ascendante gauche. Il y avait un ramollissement superficiel de la partie gauche du cervelet.

On pourrait croire dans ces deux cas à de l'athérome simple; mais dans les deux cas les lésions siégeaient exclusivement au niveau des artères du cerveau; de plus la durée de ces affections fut trop courte pour permettre de porter le diagnostic de paralysie générale ordinaire.

On admet généralement que quand une des artères cérébrales est obstruée, le district qu'elle irrigue se ramollit et est irrémédiablement perdu, à moins qu'il n'ait qu'une étendue très restreinte. Cette règle comporte des exceptions, car dans un cas (cité dans mon dernier article) les portions intra-crâniennes des deux carotides internes et de leurs branches ainsi que le tronc basilaire étaient obstrués par des caillots et cependant on ne trouva aucune trace de ramollissement. Du reste j'ai vu des malades guérir complètement d'une obstruction des artères cérébrales par embolie. Il est intéressant d'autre part de noter que si le ramollissement ou l'hémorrhagie sont généralement dus à une obstruction artérielle, ces lésions peuvent aussi apparaître dans des territoires dont le système artériel paraît sain; ce que je crois dû à ce que, au point de vue qui nous occupe, les lésions des petits vaisseaux ont plus d'importance que celles des gros troncs. En 1852, j'ai fait l'autopsie d'un homme mort de pyohémie et n'ayant présenté aucun symptôme d'origine cérébrale : j'ai trouvé les artérioles du cervelet et des corps striés presque complètement calcifiées; je me suis bien souvent demandé s'il s'agissait là d'une ancienne lésion syphilitique.

On s'est peu occupé des lésions veineuses de la syphilis. Hutchinson parle de la périphlébite syphilitique. Chez un homme de 40 à 50 ans, syphilitique depuis 25 ans, j'ai vu se développer ainsi une sorte de périphlébite syphilitique. J'ai vu aussi un homme présentant des symptômes de tumeur du médiastin avec obstruction de la veine cave supérieure et des deux troncs veineux brachio-céphaliques, avec congestion et œdème de la tête et du cou et une dyspnée intense. Ces accidents disparurent rapidement grâce au traitement antisyphi-

litique. Les sinus crâniens sont souvent envahis par les gommes de la dure-mère.

On sait que les gommes se développent très souvent au niveau des méninges et tendent à envahir la base du cerveau, les nerfs qui en partent, les sinus veineux et les artères. Elles forment des tumeurs dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une tête de pigeon; elles s'accompagnent souvent d'un processus inflammatoire, dont il est difficile de faire la part exacte.

En 1890, j'ai soigné un homme ayant eu déjà des accidents syphilitiques; il avait eu depuis quelque temps des crises convulsives, une céphalée vive, des troubles psychiques et des troubles de langage. Il avait de l'inégalité pupillaire (pupille droite plus dilatée et ne réagissant plus) et de la paralysie des muscles oculaires, puis survint une hémiplégie droite et le malade mourut. A l'autopsie on trouva plusieurs gommes à la face inférieure du cerveau : l'une était voisine du trou optique droit; une autre entourait sans l'oblitérer l'artère sylvienne gauche; une troisième siégeait au voisinage du crochet de l'hippocampe du côté gauche; une quatrième était près de l'extrémité postérieure du lobe occipital gauche; une cinquième plongeait jusqu'aux pédoncules cérébraux à leur émergence de la protubérance, les nerfs de la troisième paire semblaient provenir de cette gomme.

J'ai traité en 1884 une femme de 49 ans, mariée, sourde depuis 7 ans et présentant sur le dos d'une de ses mains une éruption certainement syphilitique. Elle avait de la dysphagie et on lui trouva de la paralysie des abducteurs de la corde vocale gauche; elle eut ensuite du ptosis de la paupière supérieure gauche, puis elle maigrit beaucoup et eut un strabisme interne de l'œil gauche; elle présenta une diminution de la sensibilité dans l'aire de distribution de la cinquième paire du côté gauche; il y avait aussi un peu de parésie faciale du même côté; l'odorat était aboli dans la narine gauche et le goût aboli dans la moitié gauche de la langue; la corde vocale gauche était paralysée et la voix réduite à un murmure. Surdité très grande des deux côtés. Pas de paralysie du tronc ou des membres. La malade a des douleurs au niveau du vertex et du côté gauche de la face. Le traitement anti-syphilitique améliora la malade et elle quitta l'hôpital. Mais au bout de deux mois elle eut des crises convulsives avec perte de connaissance. La malade s'affaiblit progressivement et mourut.

A l'autopsie, je trouvai la dure-mère très épaissie dans les fosses cérébrales moyennes, la selle turcique et l'apophyse basilaire; cet épaississement était considérable au niveau du sinus caverneux gauche et avait envahi les nerfs de la 3e paire, de la 4e, de la 5e et de la 6e. Les mêmes nerfs du côté droit étaient aussi compris dans un épaississement de la dure-mère, mais ils étaient sains. Il y avait un épaississement considérable au niveau des trous ovales. Le vague, le glosso-pharyngien et le spinal du côté gauche étaient compris dans une masse fibreuse; il en était de même de ceux du côté gauche, mais à un moindre degré.

En 1875 j'ai vu un ouvrier d'une scierie, syphilitique, ayant depuis quatre ans de la céphalée, de la surdité de l'oreille gauche et finalement une paralysie faciale gauche et de l'affaiblissement de la vue. Il mourut en décembre. A l'autopsie on trouva des gommes de la dure-mère, une diminution de calibre du sinus latéral gauche et une gomme de l'extrémité postérieure de l'hémisphère droit.

Enfin en 1878 j'ai vu une femme de 25 ans qui avait présenté une éruption à la suite de la naissance de son enfant. Ce dernier présenta des lésions syphilitiques et mourut à l'âge de 7 mois. Six mois avant son entrée à l'hôpital, elle tomba, se heurta la tête et resta sans connaissance pendant deux heures. Mais elle revint complètement à elle. Le 1er janvier 1878 elle s'éveilla avec une violente céphalée et une tuméfaction au niveau du vertex. Une incision faite à ce niveau ne donna qu'un peu de sang. Les douleurs continuèrent; ses paupières se gonflèrent, le front et les parties latérales de la tête devinrent extrêmement douloureuses. Il y avait de la névrite optique double; il y avait de l'œdème, surtout au voisinage de l'arcade zygomatique. De plus, une tuméfaction apparut à la partie postérieure de la tête; il survint de la diplopie; il y eut de la paralysie faciale gauche, qui ensuite disparut graduellement ainsi que l'œdème. En juillet la malade se plaignit de douleur et de raideur de la partie postérieure de la tête et du cou, puis elle devint sourde et eut bientôt un écoulement par les deux oreilles. Dès lors une amélioration générale survint et la malade semblait guérie. Cependant la surdité avait persisté. Mais elle fut plus tard reprise d'accidents avec une hémiparésie droite; la paralysie faciale du côté gauche était complète. Le traitement agit encore et la malade quitta l'hopital bien portante, mais la paralysie faciale persista.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 24 janvier 1893.

Torticolis et hématome du sterno-mastoïdien.

M. d'Arcy Power attire l'attention sur les faits d'hématome du sterno-mastoïdien qu'il a observés en 5 ans à l'hôpital Victoria pour enfants; ces faits sont bien connus en France et en Allemagne, mais on les néglige trop en Angleterre, où on les désigne sous les noms trop vagues de « tumeur, d'induration chronique ». Il faut employer le mot hématome. En Angleterre, la seule observation où l'on ait constaté un rapport avec le torticolis congénital est celle de Clutton.

M. Tom Smith a publié un mémoire sur des cas de ce genre il y a 10 ans : mais jamais il n'a fait d'autopsie, et jamais il n'a observé de torticolis consécutif. Quand il y a torticolis vrai, il y a presque toujours hémiatrophie du côté correspondant; mieux vaut dire « rupture du sterno-mastoïdien ». Il serait remarquable qu'ici la rupture eût pour conséquence une rétraction du muscle, alors que partout ailleurs, au biceps par exemple, elle cause l'allongement.

M. Parker non plus n'a jamais vu une de ces tumeurs suivie de torticolis. D'ailleurs la plupart du temps il ne faut pas faire la ténotomie du sterno-mastoïdien seul, mais de plusieurs muscles du cou, également rétractés. Le torticolis semble être dû à une position intra-utérine vicieuse. La tumeur peut exister après un accouchement tout à fait simple, et mieux vaut dire « tumeur » que de préciser « hématome » ou « rupture ».

M. Salomon Smith. — Même si on constatait un torticolis consécutif à la tumeur, il faudrait plutôt lui attribuer comme cause une lésion des nerfs.

M. Spencer. — Il existe des torticolis réellement congénitaux, mais ils sont fort rares; Guyon n'en a pas constaté un seul sur 23.000 nouveau-nés, et il n'y a guère que les faits de M. Schmidt et d'Heusinger. On a attribué à la syphilis la tumeur du sterno-mastoïdien, ce qui est erroné; c'est en réalité une rupture, que l'on observe surtout dans la présentation du siège. Witzel, dans un travail que vient de citer M. Power, a vu 6 fois cette lésion suivie de torticolis. Quant à M. Spencer, il en a observé depuis deux ans 8 cas, dont aucun ne fut suivi de torticolis. Il n'y a que rupture partielle du muscle.

M. R. Johnson a vu quatre hématomes de ce genre et aucun ne fut suivi de torticolis. Il a cependant soigné une fille de 9 ans chez laquelle le torticolis, qui débuta à l'âge d'un mois, avait été, au dire de la mère, précédé d'une tumeur du cou. Dans un cas, l'hématome fut associé à une parésie du membre supérieur du même côté; guérison.

M. d'Arcy Power. — Il est vrai que dans ces cas le torticolis n'est pas très accentué, mais il l'est assez pour exiger la ténotomie. Les pièces de M. H. R. Spencer démontrent qu'il s'agit bien d'une rupture partielle avec hématome.

SOCIÉTÉ HARVEYENNE DE LONDRES

Séance du 5 janvier 1893.

Occlusion intestinale.

M. Jackson Clarke montre un volumineux lipome sous-muqueux du côlon ascendant, un volvulus de l'S iliaque et un ulcère étendu à la totalité du gros intestin.

M. Harrison Cripps. — Dans les cas d'occlusion intestinale, à moins que cette occlusion puisse être sentie par le rectum, ou qu'on puisse percevoir nettement une tumeur

dans l'abdomen, le siège exact de l'occlusion ne peut être déterminé. On commencera par donner de grands lavements et, si ce moyen échoue, on a recours à la laparotomie. Le plus souvent, on devra faire l'incision à gauche. Dans deux cas, j'ai fait cette incision à gauche et, ne trouvant rien de ce côté, je fermai la plaie et fis une incision droite au niveau du cæcum; j'ouvris le cæcum et formai une fistule à ce niveau; au bout d'une douzaine de jours, le cours des matières reprit sa marche ordinaire et la fistule se ferma. Cette typhlotomie est indiquée toutes les fois que l'occlusion siège en amont du côlon descendant.

M. Greig Smith.—Je préfère l'incision sur la ligne médiane, incision qui permet d'amener au dehors soit le cæcum, soit l'S iliaque. J'ai pratiqué la colotomie médiane, du côlon transverse et je n'ai qu'à me louer de cette opération. Je ne suture jamais l'intestin à la peau, je le suture à des bandes de taffetas adhésif et je passe en dessous une baguette.

M. Treves. — Le diagnostic du siège de l'occlusion au niveau du gros intestin ou de l'intestin grêle est difficile. Dans le cas de tumeur stercorale, il y a de la sensibilité à la pression, ce qui n'existe pas dans le cas de tumeur maligne. Dans le premier cas, il y a souvent des phénomènes d'empoisonnement par résorption d'hydrogène sulfuré. Il est impossible d'introduire une sonde jusque dans l'S iliaque.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 11 janvier 1893.

Mécanisme psychique des phénomènes hystériques.

M. Freud a étudié avec M. Breuer le mécanisme psychique intime de diverses manifestations hystériques en apparence spontanées.

Cette étude n'est pas toujours facile et pour arriver à connaître la cause efficiente du phénomène hystérique, on est quelquefois obligé d'endormir le malade pour savoir les conditions exactes dans lesquelles le symptôme hystérique s'est manifesté pour la première fois.

Les recherches faites dans cette direction ont montré que l'apparition des phénomènes hystériques de n'importe quelle nature, analgésie, contracture, convulsions, paralysies, etc., est toujours provoquée par une cause appréciable, dont voici quelques exemples.

Une jeune fille en mangeant éprouve une douleur dans l'estomac et est prise de vomissements qui durent pendant des mois.

Un homme assiste au redressement d'une jointure ankylosée et, au moment où il entend le craquement caractéristique, il est pris d'une vive douleur dans la hanche, douleur qui persiste pendant une année.

Une jeune fille qui veillait un malade, s'endort, son bras pendant sur la chaise. Elle se réveille avec une monoplégie et de l'aphasie. Elle veut prier, mais elle ne se rappelle qu'une prière en anglais, et dès lors oublie sa langue maternelle et ne parle plus qu'anglais pendant plusieurs mois.

On peut guérir ces états par le rappel de l'événement qui a été le point de départ, la cause efficiente du phénomène hystérique. Mais pour cela il faut avoir recours à l'hypnose.

La cause efficiente , un événement enregistré dans la mémoire de l'hystérique, agit probablement à la façon d'un corps étranger qui pénètre et reste dans un point de l'organisme. Tant qu'il n'est pas extrait, il continue à agir, et il en est de même d'un événement qui, s'il n'est pas effacé de la mémoire, exerce son influence sur l'état psychique de l'hystérique.

La double conscience des auteurs modernes existe à l'état rudimentaire chez tous les hystériques et conduit à des états de conscience pouvant être désignés sous le nom d'hypnoïdes. A la proposition : l'hypnose est de l'hystérie artificielle, on peut en opposer une autre: l'existence des états hypnoïdes est la base et la condition essentielle de l'hystérie. Les états hypnoïdes ont de commun avec l'hypnose l'intensité des représentations mentales évoquées (souvenirs).

Le mécanisme psychique des attaques hystériques ou hystéro-épileptiques est le même que celui des phénomènes hystériques permanents.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 27 janvier 1893.

Guérison spontanée du cancer.

M. Billroth présente un cas de carcinome spontanément cicatrisé chez une femme de 50 ans, atteinte sept ans auparavant d'un noyau mammaire parvenu peu à peu au volume d'une pomme. Le mamelon est devenu noir, sec, puis s'est éliminé, momifié. Depuis deux ans la tumeur a diminué et actuellement il reste seulement un bord dur autour de la cicatrice. M. Billroth a vu une série de cas où des néoplasmes ont subi des rétractions de ce genre, mais cela ne s'observe jamais dans les sarcomes.

M. Stœrk a vu un épithéliome de l'amygdale disparaître spontanément, mais un an après il y a eu une récidive qui a nécessité la résection de la mâchoire.

M. Kundrat dit que les lymphosarcomes subissent souvent des rétractions de ce genre, et rien ne prouve que la tumeur dont vient de parler M. Stœrk n'ait pas été de cette nature.

M. v. Schrœtter a, d'ailleurs, traité le malade pendant un an et demi et l'a soumis à un traitement arsenical auquel il faut sans doute faire jouer un rôle dans cette évolution.

M. Kaposi fait remarquer que la cicatrisation des épithéliomes cutanés est assez souvent observée par les dermatologistes.

Angiome de la langue.

M. Riehl présente un angiome occupant toute la moitié gauche de la langue chez un sujet de vingt-deux ans. La tumeur remonte à la naissance. Elle est actuellement assez dure, ce qui tient sans doute à des thromboses profonds. L'examen histologique d'un fragment excisé a révélé un angiome simple.

Infection mixte dans la tuberculose pulmonaire.

M. Ortner a examiné à ce point de vue 61 cas qui se répartissent en : 31 broncho-pneumonies récentes ou anciennes de tuberculose chronique; 5 pneumonies caséeuses, une pneumonie lobaire avec tuberculose chronique du sommet; 15 tuberculoses chroniques simples et 9 tuberculoses miliaires aiguës ou subaiguës.

L'examen histologique a prouvé que toutes les pneumonies étaient franches, fibrineuses et, d'autre part, dans la tuberculose chronique aussi bien que dans la tuberculose miliaire, il y avait autour des noyaux des lésions inflammatoires.

A l'examen bactériologique, on trouve un *micrococcus pneumoniæ* qui semble être une variété intermédiaire au diplocoque de la pneumonie et au streptocoque pyogène.

Dans la broncho-pneumonie, ce microbe existait dans les tissus enflammés; le bacille de Koch, dans les noyaux tuberculeux et les foyers caséeux. Le bacille n'est pas la cause des foyers inflammatoires qui sont produits par le *micrococcus pneumoniæ*, mais c'est son action qui les amène à la caséification.

En somme, dans tous les cas, il y avait infection mixte.

Livres déposés au Bureau du Journal

De la tuberculose chez les enfants, par le D E. C. Aviragnet, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1892, Félix Alcan, éditeur, 1 volume in-8°. 4 fr. »

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Quelques faits de kélotomie.

De nos jours l'opération de la kélotomie pour hernie étranglée est devenue, comme la cure radicale des hernies non étranglées, d'une bénignité parfaite, et on peut dire que, grâce à l'antisepsie, son pronostic dépend *exclusivement* de l'état de l'intestin au moment de l'opération C'est là une vérité aujourd'hui banale, et sur laquelle je me garderai bien d'insister, tant sa démonstration est faite aux yeux de tous. Ma pratique personnelle est fort nette à cet égard : sur trente-neuf hernies étranglées que j'ai opérées depuis juin 1890, j'ai compté quatre décès, tous liés à des lésions intestinales, et parmi mes opérés guéris je compte des vieillards ayant jusqu'à 79 ans et par contre un enfant de 3 mois et un de 17 jours.

Je fais abstraction, en effet, d'un décès survenu chez une femme de 77 ans que j'ai opérée en février 1892 à l'hôpital Bichat. Cette femme, entrée le 25 janvier dans le service de M. Lacombe pour des accidents asystoliques légers, fut prise de fièvre le 28 janvier et le 31 on percevait un petit foyer de pneumonie dans l'aisselle droite. Dans la nuit du 3 février la malade, qui la veille avait eu une selle abondante, fut prise de vomissement mucoso-bilieux très fétides, les matières et les gaz s'arrêtèrent, et le 3 février au matin M. Frey, interne du service, constata une hernie crurale droite, petite et irréductible.

La malade fut donc envoyée d'urgence dans le service de M. Terrier. Sa température n'était que de 36°6, mais la veille encore elle avait été soir et matin à 38°, les deux jours précédents elle avait varié de 38°6 à 39°2; le 30 janvier, elle avait atteint 39°8. Une pneumonie, à cet âge, ne pardonnant guère, je ne me souciais pas d'opérer la hernie et, contrairement à toutes mes habitudes, j'essayai le taxis. Il fut infructueux et dès lors je pratiquai la kélotomie aussi rapidement que je pus, suivie de cure radicale par dissection du sac. Le tout dura, comme de coutume, environ vingt minutes. Le soir et le lendemain, la malade était apyrétique, mais sa langue restait sèche; le surlendemain elle dépassait 38°, pour atteindre 39°2 le 6 février matin. Elle mourut dans la journée et à l'autopsie on trouva, le péritoine et la plaie n'ayant pas trace d'inflammation, une pneumonie massive du côté droit avec exsudat d'une couenne purulente épaisse de 1 cent. entre la plèvre viscérale et la plèvre pariétale, dans toute leur étendue. C'est là le seul décès que j'aie eu à enregistrer après une kélotomie précoce, l'intestin étant parfaitement sain. D'autre part, j'ai vu mourir, toutes deux dans le collapsus, en quelques heures, deux vieilles femmes auxquelles j'avais établi un anus contre nature pour hernie crurale gangrenée. Il est inutile de publier ces observations, d'une parfaite banalité.

Les deux cas sur lesquels je désire attirer l'attention sont relatifs à deux femmes qui sont mortes de par leur anse étranglée que j'avais cru devoir réduire parce qu'elle ne présentait extérieurement aucun signe, aucune menace même de sphacèle. Or, il y a eu une fois un volumineux abcès intra-abdominal, l'autre fois une perforation survenue à la troisième semaine.

La première de ces observations concerne une femme de 69 ans qui fut apportée à l'hôpital Bichat le 27 mars 1892, porteuse d'une hernie crurale droite, étranglée depuis quarante-huit heures. La tumeur, grosse comme une pomme d'api, avait tous les caractères classiques et je l'opérai sans tenter le taxis. Je trouvai dans le sac un liquide séreux très fétide et une anse d'intestin grêle qu'en raison de cette fétidité j'examinai avec le plus grand soin. Je lavai d'abord avec une solution tiède de sublimé à 1/1000 le sac et l'anse herniée, puis je débridai d'un coup de pointe, sur l'ongle, en bas et en dedans; cela fait, je pus attirer l'intestin au dehors de façon à avoir bien sous les yeux le contour de la partie serrée. L'anse était congestionnée, cela va de soi, mais nulle part elle ne présentait le moindre point suspect de gangrène, nulle part même elle n'avait une séreuse dépolie, recouverte d'exsudat couenneux.

Dans ces conditions, je réduisis, puis je fis la cure radicale et, après ligature du collet du sac, je terminai en drainant la plaie extérieure. La malade, le lendemain, n'allait pas mal, mais elle eut un peu de fièvre, aux environs de 38°, sa langue resta sèche et elle succomba le 30 mars, dans le cours du quatrième jour. Pendant la vie, je n'avais noté aucune réaction du côté de la plaie, pansée au troisième jour en présence du mauvais état de l'opérée; il n'y avait pas eu de vomissements, mais le ventre était un peu ballonné. Or à l'autopsie, la plaie extérieure fut trouvée normale, et il n'y avait pas d'exsudat dans la grande séreuse péritonéale ; mais dans la fosse iliaque droite existait un assez vaste foyer de péritonite enkystée, contenant du pus verdâtre. Ce foyer était limité par des adhérences entourant le cæcum, l'appendice dur, résistant, noirâtre mais non perforé, l'anse herniée (la dernière de l'intestin grêle) rouge, congestionnée, recouverte d'exsudat purulent, mais non perforée et même sans aucune plaque de sphacèle. Il est à noter qu'au cours de mon opération je n'avais vu ni le cæcum ni l'appendice.

Pour déterminer la cause de l'abcès, pour savoir de façon certaine s'il était dû ou non à une infection d'origine opératoire, son pus fut recueilli et mis en culture par mon externe M. Lieffring : il donna naissance à peu près exclusivement à du *bacterium coli commune*, avec quelques colonies de streptocoque. L'origine intestinale de l'infection était d'ailleurs rendue *a priori* presque certaine par l'intégrité parfaite des parties molles extérieures.

La mort a donc été causée par l'intestin réduit; je l'eusse peut-être évitée si le foyer purulent s'était manifesté d'une manière assez nette pour avoir été incisé et drainé à temps, et le succès eût été plus probable encore si, au lieu de faire la cure radicale avec ligature du collet, j'avais drainé le péritoine. De laisser l'intestin au dehors, en effet, il ne pouvait guère être question; c'est une conduite parfois préconisée pour l'intestin suspect de gangrène mais ici, je le répète, à l'inspection et à la palpation la paroi intestinale ne paraissait nullement compromise. D'ailleurs, elle ne s'est pas perforée; mais elle a laissé faire à travers elle des migrations microbiennes funestes. Le seul phénomène qui eût dû me donner l'éveil était la fétidité de la sérosité herniaire. Mais cette sérosité n'était même pas louche; il n'en a pas été prélevé pour examen bactériologique, et au point de vue scientifique je le regrette. Au point de vue pratique, il est vrai, l'inconvénient est médiocre, car le chirurgien ne peut pas attendre les données de l'examen bactériologique avant de terminer une opération, et — sans vouloir entrer dans la discussion sur la fréquence avec laquelle la sérosité herniaire est infectée — il est certain que le plus souvent la réduction suivie de cure radicale est heureuse dans des cas où la sérosité herniaire n'est pas stérile, où, par conséquent, la paroi intestinale avait déjà laissé passer des microbes. Mais je conclus que si jamais je me retrouve en face d'une hernie étranglée avec sérosité fétide sans menace de sphacèle sur l'anse, je ferai la kélotomie à la la mode ancienne, c'est-à-dire sans extirpation du sac et avec un drain allant jusque dans le péritoine, près de l'anse réduite.

Dans le cas précédent, il y avait un fait matériel qui aurait pu me servir de guide et c'est peut-être pour n'avoir pas su en tirer une indication pratique que j'ai perdu mon opérée. Dans le suivant, il n'en est pas de même.

Une ménagère, âgée de 68 ans, entra le 9 mai 1892 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit n° 19. Sa mère, morte à 58 ans, de cause inconnue, a toujours été en bonne santé. Son père est mort à 46 ans, à la suite d'excès alcooliques. La famille se composait de 8 enfants, dont deux vivent encore; pas de renseignements sur les causes de mort des autres, sauf quelques-uns qui sont morts d'accident. Pas de hernieux connus dans la famille.

Toujours bien portante, mariée à 21 ans, cette femme a eu six enfants, dont quatre sont morts presque aussitôt après la naissance; les deux autres sont en bonne santé. La patiente affirme n'avoir eu aucune maladie l'ayant forcée à interrompre son travail. Depuis cinq ans, elle est atteinte à gauche d'une hernie, d'abord grosse comme une noisette, pas gênante, rentrant facilement, mais qui peu à peu grossit jusqu'à atteindre le volume d'un œuf de poule. Jamais elle n'a porté de bandage.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise subitement, pendant qu'elle travaillait, d'une vive douleur dans le bas-ventre. Elle essaya en vain de faire rentrer sa hernie. Aussitôt elle fut prise de vomissements, alimentaires d'abord, bilieux ensuite. Constipation et arrêt des gaz. Les accidents semblent avoir été brusquement graves, car la malade, apportée assez abattue, est incapable de donner aucun renseignement sur ce qui s'est passé pendant les deux jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital.

Je la vis le 9 mai, à trois heures de l'après-midi, et trouvai une tumeur oblongue, parallèle à l'arcade de Fallope, mais un peu bas pour une hernie inguinale; ne descendant pas dans la grande lèvre et présentant à sa partie externe une bosselure arrondie. La peau est un peu rouge, mais on a fait du taxis en ville. La tumeur est tendue, mate, douloureuse à la pression. L'état général est mauvais, la malade urine à peine; la langue est sèche ; un pli fait à la peau persiste.

Séance tenante, je fis une incision parallèle à l'arcade de Fallope, et sous une couche de tissu adipeux infiltré de sang je trouvai le sac, situé devant l'aponévrose du grand oblique et ne descendant pas dans la grande lèvre. Son incision donna issue à une assez grande quantité de liquide fortement sanglant et je vis alors de l'épiploon, très infiltré de sang et une anse d'intestin grêle très livide. Le doigt étant engagé dans le canal inguinal, je sentis l'étranglement à l'anneau interne et le débridai sur l'ongle avec la pointe du bistouri, en dehors. Cela fait, je pus attirer l'épiploon, le réséquer sous un nœud de Tait et réduire le moignon. Puis j'attirai l'intestin, livide, mais non dépoli, et je ne trouvai surtout rien de suspect aux deux contours de la portion serrée. Je terminai par l'extirpation du sac, disséqué avec l'ongle jusqu'à voir la graisse souspéritonéale et l'artère épigastrique au côté interne du collet. Il avait été inutile, pour attirer le sac, de fendre le canal inguinal, que j'oblitérai par des sutures en capiton, à la soie. Un drain à l'angle externe de la plaie.

Dans ma dissection du sac, je n'ai pas vu le ligament rond.

Le soir à cinq heures, la malade avait 37°8, et le lendemain matin 38°4. Le 11 mai, je la pansai et retirai le drain. Le 12 mai, elle urinait et rendait des gaz, mais n'avait pas encore été à la selle, en sorte qu'il lui fut donné un lavement, qui amena une évacuation abondante. L'urine contenait de l'albumine. A partir du 10 mai au soir, la température fut normale, oscillant entre 36°8 et 37°2. Les fils furent retirés au huitième jour, et la réunion était parfaite.

A partir du 15e jour, la malade voulait se lever, et j'eus toutes les peines du monde à la forcer à rester couchée jusqu'au 21e jour, et elle devait se lever, lorsque le matin du 21e jour, je la trouvai dans un état alarmant. Elle avait été prise brusquement dans la nuit de vomissements répétés et de diarrhée profuse, le ventre n'était ni ballonné ni douloureux, et la température n'était que de 37°6; mais l'affaissement était grand et la peau avait perdu sa rétractilité. Le soir, la température monta à 38°8. Le lendemain, 31 mai, elle fut le matin à 38°, le soir à 38°5; le 1er juin à 38°6 le matin et à 39° le soir, et la malade succomba à 7 heures du soir, avec tous les signes d'une péritonite suraiguë.

Comme la malade portait une hernie ombilicale qui était un peu douloureuse à la pression, j'hésitais à rapporter la péritonite à une perforation tardive de l'anse réduite ou à une inflammation de la hernie ombilicale. L'autopsie prouva qu'il y avait sur l'anse réduite, siégeant à plus d'un mètre du cæcum et adhérente à la fosse iliaque gauche, une perforation grande comme une pièce de un franc, avec effusion des matières dans la cavité abdominale. Du côté de l'incision, tout était en excellent état. Le canal inguinal, oblitéré par les sutures, était parfaitement résistant. Le péritoine passait derrière lui sans trace de dépression.

Si, dans ma première observation, je n'ai pas hésité à m'accuser d'une faute, dans celle-ci je déclare que, réellement, je n'ai relevé ni pendant l'opération, ni à la réflexion ultérieure, aucune contre-indication à la réduction franche suivie de cure radicale, et j'ajouterai que, précisément, cette opération a été faite de jour, dans une salle très bien éclairée, en sorte que rien ne m'a troublé dans l'inspection attentive de l'intestin. Aussi bien l'événement m'a-t-il, en somme, presque donné raison, puisque toute la réaction inflammatoire locale s'est bornée à une adhérence entre l'anse étranglée et le péritoine pariétal. Mais cette adhérence répondait à un point faible qui, un jour, s'est rompu, sans même que cela pût être expliqué par une purgation ayant provoqué des contractions intestinales. Il y avait là, bien évidemment, une ulcération qui, de la muqueuse, a peu à peu perforé la paroi. Etait-ce ou non au niveau du contour de la portion serrée, il va sans dire que je n'en sais rien. Le fait à retenir est la possibilité de ces perforations tardives — au 21e jour, je le répète — que rien ne fait prévoir. Elles sont heureusement rares — et dès lors peu connues — mais doivent faire réserver pendant assez longtemps le pronostic de kélotomies même simples au premier abord.

A. Broca.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 février 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Traitement de l'albuminurie gravidique.

M. Jaccoud. — Depuis nombre d'années, dès la constatation de l'albuminurie chez une femme enceinte, j'institue le régime lacté exclusif et je le maintiens jusqu'après l'accouchement. Si, sous cette influence, l'albumine disparaît de l'urine, il faut persister avec la même rigueur. Dans l'espèce, en effet, l'albuminurie n'est pas le danger, elle est seulement le signal du danger, lequel réside dans l'auto-intoxication possible du sang par insuffisance urinaire ; or, le signal peut disparaître sans que le péril soit passé ; il ne faut donc pas désarmer.

C'est pour cette raison que l'analyse complète de l'urine rapportée, non pas au litre, mais à la période de 24 heures, est absolument nécessaire et doit être répétée au moins de semaine en semaine. Voilà pour le lait.

Depuis 1880 j'y ai ajouté l'emploi systématique des inhalations d'oxygène. Si l'examen de l'urine ne révèle pas d'autre altération que la présence d'une quantité x d'albumine, je donne 30 litres d'oxygène par 24 heures, c'est le minimum constant; si l'analyse révèle l'abaissement de la dépuration au-dessous du minimum physiologique, je double, je triple cette dose, au moins temporairement.

Ce n'est pas tout. Je tiens pour indispensable de soustraire la femme enceinte albuminurique à toute chance de refroidissement, surtout à partir de la fin du sixième mois. En effet, si le refroidissement survient, au sens pathologique du mot, ce sont les reins qui seront souillés, de par la prédisposition locale issue de la stase, et l'on peut voir survenir avec une terrifiante rapidité les accidents formidables de l'obstruction rénale.

Il n'est plus alors question ni de lait, ni d'oxygène ni même de drastiques, et la saignée, répétée au besoin, est le seul moyen suffisamment rapide pour rétablir la perméabilité de l'organe.

Eclairé par mes succès dans la scarlatine, je prescris et je conseille expressément de prescrire l'usage méthodique du

lait chez toutes les femmes enceintes indistinctement, dans le but de prévenir l'albuminurie. Un litre, puis un litre et demi de lait en 24 heures jusqu'à la fin du 6e mois, deux litres jusqu'au terme avec décroissance graduelle pendant les six semaines qui suivent l'accouchement; voilà ma méthode. Je crois le succès certain s'il s'agit de femmes n'ayant jamais présenté d'albumine, pouvant éviter toute fatigue, et si l'on peut intervenir de bonne heure.

Le nombre de mes cas est fort restreint, je n'en ai que cinq; dans deux il n'y avait vraiment aucune raison spéciale de craindre l'albumine au cours de la gestation, et conséquemment l'absence de symptômes n'a rien de probant, mais chez les trois autres femmes il y avait une grave lésion organique du cœur, mitrale dans deux cas, aortique dans le troisième; or, chez toutes les trois la grossesse est arrivée à son terme et l'accouchement s'est fait sans vestige d'albumine dans l'urine.

Le choléra en 1892.

M. Proust. — Si l'on se contentait de jeter un coup d'œil superficiel sur les noms des villes atteintes de choléra en 1892, et sur la date de l'apparition de la maladie dans chacune de ces villes, on méconnaîtrait le lien de causalité qui a réuni ces différentes manifestations, et on arriverait à des conclusions absolument erronées. Comme le choléra s'est montré dans la vallée de la Seine au commencement d'avril, le 4, et qu'il n'a paru à Bakou, sur la mer Caspienne, que le 4 juin, on pourrait s'imaginer que le second n'a été que la suite du premier.

Un examen plus attentif montre qu'il y a eu deux courants épidémiques absolument distincts : L'un, né le 4 avril dans la banlieue de Paris, a mis, malgré des communications incessantes, trois mois à gagner cette ville, a rayonné dans diverses parties de la France surtout au Nord et à l'Ouest. C'est à lui qu'il semble que l'on doit faire remonter le plus grand nombre, sinon la totalité des cas observés en Belgique, et peut-être quelque cas des Pays-Bas, où un foyer paraît s'être développé à la suite d'une importation d'Anvers par Dordrecht.

L'autre, venant du Turkestan et ayant suivi le chemin de fer transcaspien, se montra à Bakou, le 4 juin et, avec une rapidité foudroyante, a envahi la Transcaucasie, le sud de la Russie, a poussé plusieurs expansions, dont celle de Hambourg a été la plus redoutable. Il semble avoir été la cause des diverses manifestations observées en Allemagne, des cas isolés de l'Angleterre, de la Norvège, du Danemark, de l'Italie, et du plus grand nombre de ceux qui ont été observés en Hollande. C'est dans ce pays que les épidémies parisienne et russe semblent se rejoindre. Les premiers cas de la Galicie et de la Hongrie ont succédé à l'arrivée de malades ou d'objets venus de Hambourg, où le fléau a fait 8.575 décès sur 19.647 malades. Les cas observés à Vienne, dans diverses parties de l'Autriche, en Serbie, ont eu à leur tour pour origine des sujets venus de Hongrie.

L'épidémie n'est pas restée confinée en Europe; des importations venues de Russie ont été constatées en Sibérie et dans l'Asie Mineure. Enfin des navires d'émigrants partis de Hambourg ont importé le choléra ou, du moins, des cas isolés de choléra jusqu'aux Etats-Unis.

Quelle a été la marche de ces deux courants épidémiques, et quels ont été leurs caractères différentiels ?

Le choléra de Bakou a tous les caractères du choléra d'importation : brusquerie d'expansion; ascension rapide de la courbe de la mortalité dès qu'il apparaît dans une ville; rapidité de dissémination.

Le choléra de la banlieue parisienne a plutôt offert les caractères du choléra de reviviscence : lenteur d'expansion; lenteur de l'ascension de la courbe de la mortalité à Paris; lenteur de dissémination.

Quoi qu'il en soit, l'épidémie de choléra de 1892, considérée dans son ensemble, a offert des caractères que n'avaient jamais présentés les épidémies précédentes. On avait vu, en 1832, le choléra venir à Paris de Bakou ; il en avait été de même en 1849. On avait assisté, en 1854-1855, à des manifestations cholériques reviviscentes de l'épidémie de 1849, mais jamais on n'avait vu, à la même époque, des manifestations cholériques ayant deux points de départ aussi distincts, aussi éloignés, ayant une marche aussi différente. Rapidité dans un cas, lenteur dans l'autre, et arrivant enfin à se rencontrer et à se rejoindre.

Aujourd'hui, tous les foyers, sans être partout absolument éteints, subissent les effets des froids rigoureux. Mais il sera intéressant, au printemps et pendant l'été, si des foyers viennent à renaître, de constater celle des deux épidémies, russe ou française, qui donnera lieu aux réveils les plus fréquents et les plus graves.

Il eût peut-être été prudent d'attendre cette époque pour faire l'histoire de l'épidémie de choléra de 1892. J'ai pensé toutefois qu'il y avait intérêt, dès aujourd'hui, à constater et à enregistrer dès maintenant les faits auxquels nous avons assisté l'an dernier à l'étranger et en France.

Le choléra, en 1892, a sévi sur un grand nombre de pays. Quelques-uns sont restés absolument indemnes. Je citerai, pour l'Europe, la péninsule ibérique, la Suisse, la Suède, la Turquie d'Europe et la Grèce. D'autres n'ont été qu'effleurés : la Norvège, qui n'a eu qu'un cas, à Christiansund, l'Italie 2 cas, à Capri ; le Danemark 4 cas, l'Angleterre où quelques cas, importés dans seize villes au moins, sont restés stériles. La Roumanie et la Serbie paraissent aussi avoir été relativement très peu touchées. Ce n'est que pour d'autres pays que l'on peut prononcer le nom d'épidémie ; même alors la maladie n'a pas présenté partout la même intensité ni la même dissémination. Quelques-uns ont été frappés sur presque toute l'étendue de leur territoire. Ce sont la Russie et la Perse, et, à un degré beaucoup moindre, la Belgique et la Hollande. Ailleurs, le fléau s'est localisé dans certaines provinces. A ce groupe appartiennent l'Allemagne, la France et l'Autriche.

Altérations anatomiques des myomes utérins pendant la grossesse.

M. Cornil. — Une femme, dont on ignorait la grossesse, avait présenté une tumeur utérine qui s'était développée très rapidement en trois mois, de façon à atteindre la dimension d'une tête d'adulte. Après son ablation par M. Péan, on reconnut un myome très volumineux situé dans la paroi utérine au-dessus du corps de l'utérus dont la cavité renfermait un œuf de quatre mois.

La tumeur, ramollie, avec des géodes pleins d'un liquide un peu opaque et muqueux, présentait, soit sur la paroi des petites cavités, soit parsemés dans le tissu musculaire, des îlots mortifiés de myome, semi-transparents et anémiques. Le liquide contenu dans les géodes montre des globules blancs contenant des granulations graisseuses, des corps granuleux et des fibres musculaires lisses très hypertrophiées, en dégénérescence graisseuse ou mortifiées, dont le noyau ne se colorait plus par le carmin. Sur le corps, il était très facile de distinguer les îlots mortifiés au milieu du myome vivant. Les premiers montraient des fibres musculaires petites, sans noyau colorable et des vaisseaux privés de sang; le myome vivant présentait des fibres musculaires hypertrophiées et des vaisseaux pleins de sang. A la limite de ces deux parties, il existait un grand nombre de cellules rondes qui jouaient le rôle de phagocytes.

Ces mortifications partielles de la tumeur suivies de ramollissement par places sont dues à la compression exercée par les faisceaux hypertrophiés du myome et elles peuvent avoir comme conséquence l'atrophie très notable et même la disparition d'une portion plus ou moins grande du myome après l'accouchement.

M. Ch. Monod lit une observation de cholécystectomie à sutures perdues (cholécystectomie idéale) dans un cas d'hydropisie de la vésicule biliaire contenant 233 calculs, avec présentation du malade guéri 25 jours après l'opération. (Sera publié *in extenso*.)

M. Kelsch lit un mémoire sur la pathogénie des affections tuberculeuses. (Sera publié.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 4 février 1893

Résection de la veine saphène pour varices volumineuses.

M. Reynier. — Je désire présenter à la Société un malade auquel j'ai réséqué une partie de la veine saphène pour des varices volumineuses.

Cette opération n'est pas nouvelle, tant s'en faut, mais elle entraînait, avant l'antisepsie, des complications graves, et on y renonça. Depuis l'antisepsie, certains chirurgiens y sont

revenus, presque sans danger, et souvent avec avantage; mon opéré en est un exemple.

C'est Trendelenburg qui a remis cette intervention en honneur en la faisant pratiquer sur lui-même pour des varices énormes qui lui rendaient presque impossible l'exercice de la chirurgie. Il avait remarqué que lorsqu'on tient élevé un membre variqueux, les veines se dégonflent, et que si, à ce moment, on fait un peu de compression méthodique, on peut, ensuite, laisser retomber le membre sans que la tuméfaction veineuse se reproduise immédiatement.

La constatation de ces faits a servi de base au procédé opératoire qu'il a indiqué et qu'il a expérimenté tout d'abord sur lui-même. Après élévation et compression de la jambe variqueuse, on lui réséqua cinq à six centimètres de la veine saphène. Le résultat fut excellent. C'est, du reste, de son assistant que je tiens les détails du fait.

Depuis, un certain nombre de résections de ce genre ont été pratiquées par Quénu, Remy, Schwartz. J'en ai fait, de mon côté, quatre ou cinq, et avec de bons résultats. Chez le malade que je présente, ces résultats ont été relativement si bons que, six mois après la première opération, il m'a demandé de lui en faire une seconde sur l'autre jambe. Et cependant, il n'avait pas eu les moyens de se procurer un bas élastique. Or, je conseille toujours le port consécutif d'un bas élastique, attendu que l'opération ne donne pas une cure radicale, mais simplement une cure relative.

M. Ricard. — Dans le courant de 1890-1891, j'ai fait, à l'hôpital Saint-Antoine, une dizaine de résections de la saphène pour varices volumineuses. Comme l'a dit M. Reynier, l'antisepsie a rendu absolument innocente cette opération jadis très dangereuse, mais je n'ai pas eu autant de satisfaction que lui au point de vue du rendement.

L'amélioration, dans bien des cas, m'a paru devoir être reportée, pour une large part, au repos au lit. Bref, je serais beaucoup plus réservé aujourd'hui qu'à l'origine, et je limiterais strictement l'indication aux varices extrêmement volumineuses et, de plus très douloureuses. Dans ce dernier cas, en effet, le résultat est plus satisfaisant parce qu'on supprime, avec un tronçon de la veine, quelques filets nerveux comprimés. Quénu et Schwartz, du reste, ont abouti aux conclusions que je viens d'indiquer.

M. Reynier. — Je demanderai à M. Ricard s'il a revu ses malades cinq ou six mois après l'opération.

M. Ricard. — Je les ai perdus de vue beaucoup plus tôt.

M. Reynier. — C'est précisément parce que j'ai revu les miens cinq à six mois après l'intervention que j'en suis, jusqu'à nouvel ordre, très partisan. Sans cela, les résultats immédiats ne m'ont pas semblé plus merveilleux qu'à M. Ricard. Comme à lui, ils me paraissaient pouvoir s'expliquer en grande partie par le repos au lit qu'entraîne l'opération; mais ce qui m'a frappé, ce sont les résultats éloignés. Néanmoins, il va de soi que je ne conseille pas l'opération pour des cas légers.

M. Diamantberger. — A l'appui de ce que vient de dire M. Reynier des résultats tardifs de la résection veineuse, j'ajouterai qu'une de mes clientes a été opérée il y a un an par M. Remy pour des varices qui avaient abouti à un gros ulcère variqueux. Or, jusqu'à ce jour, l'ulcère n'a pas reparu et la malade va très bien.

Avantages climatériques du littoral de la Bretagne.

M. Bardet a étudié minutieusement le littoral de la Bretagne au point de vue de la climatologie et de la climatothérapie. Il présente à la Société des tableaux et des graphiques donnant, année par année, et depuis douze ans, pour trois stations du littoral nord-ouest de la Bretagne — Brest, à l'ouest; Saint-Malo, au nord; le Val-André, entre les deux, dans la baie de Saint-Brieuc — la température moyenne de chaque mois, les moyennes annuelles et saisonnières, les températures maxima et minima, la hauteur de l'eau tombée, le nombre des jours de pluie et de gelée. Comme éléments de comparaison il a pris Nice, Arcachon, Dunkerque et Paris. Pour toutes ces constatations, pour toutes ces localités, et pour la période de temps sus-indiquée, les chiffres ont été empruntés aux annuaires officiels du Bureau central météorologique de France.

Or, de ces tableaux et graphiques, M. Bardet déduit les conclusions suivantes :

Le Midi, grâce à son soleil, sera toujours le lieu d'élection comme station d'hiver, mais il est inhabitable l'été;

Arcachon et le littoral du sud-ouest n'ont aucune supériorité sur la Bretagne ; il y fait plus froid l'hiver et plus chaud l'été ; il y pleut beaucoup plus que dans les régions bien exposées du sud-est et du nord de la Bretagne;

De Brest à Saint-Malo et à Vannes, il existe une grande quantité d'anses, où des rochers élevés défendent la terre contre les vents du large et où le climat est d'une douceur remarquable. La Bretagne est par excellence un pays tempéré; la nature y est magnifique, la vie facile et peu coûteuse; l'air du littoral y est tonique, sans avoir l'excitant qu'on rencontre sur les rives du nord de la Manche;

Donc, c'est en Bretagne, mieux que partout ailleurs, qu'on devrait songer à établir des sanatoria, soit qu'il s'agisse d'hôpitaux maritimes, soit que l'on veuille enfin se décider à doter la France de maisons de santé où les malades de la simple bourgeoisie puissent être sûrs de trouver de bonnes conditions hygiéniques pour recouvrer la santé.

Séance du 26 janvier 1892.

Action de l'iode dans le traitement de la tuberculose.

M. Cadier a traité, à l'asile de Villepinte, un certain nombre de tuberculeux par l'iode, à raison de 10 à 40 centigrammes par jour. Ces malades étaient atteints d'une façon plus ou moins sérieuse, mais correspondant aux premier et deuxième degrés des auteurs. Sous l'influence de l'iode on put constater, au début, une période congestive où les signes pulmonaires, toux et expectoration, s'exaspérèrent, mais après 4 ou 5 jours les symptômes s'amendaient et l'on pouvait trouver les effets généraux de l'iode sur la nutrition. L'appétit se relevait avec les forces et les sujets jeunes engraissaient, tandis que les malades adipeux maigrissaient. Cette contradiction est d'apparence paradoxale, mais elle est facilement expliquée par ce que l'on connaît de la pharmaco-dynamique de l'iode. On sait, en effet, que ce médicament favorise les oxydations, d'où sa tendance à faire disparaître la graisse; par contre, cette même action excitante de la nutrition favorise la vie cellulaire, d'où augmentation de poids chez les sujets jeunes qui n'ont pas encore de tissu adipeux.

De la fréquence de la rougeole chez un même sujet.

M. Duchesne cite l'observation d'un homme de 42 ans qui, en deux ans, a eu trois attaques de rougeole bien caractérisée. Tous les phénomènes typiques de cette maladie ont été relevés chez ce malade. C'est là certainement un cas exceptionnel qui n'a pas dû être relevé bien souvent ; il est à remarquer que divers auteurs, entre autres M. G. Sée, se sont refusés à admettre la possibilité de la récidive pour la rougeole.

M. Carron de la Carrière. — On a certainement raison de ne pas accepter facilement les cas de récidive, surtout pour la rougeole, car la *rubéole* risque souvent d'être confondue avec la première, comme chacun le sait. Mais c'est surtout quand on note un aussi court intervalle entre les attaques qu'il faut être réservé. Il est à remarquer qu'on cite moins souvent la fréquence des récidives de la scarlatine, en raison sans doute de la plus grande netteté des symptômes de cette dernière affection.

M. Dignat. — La scarlatine, comme toutes les maladies éruptives, peut se montrer plusieurs fois et je puis citer plusieurs cas très nets. Quant à la rougeole, je puis confirmer le cas de M. Duchesne en citant l'observation d'un enfant qui, à onze mois d'intervalle, a eu deux attaques de rougeole et dont l'ensemble caractéristique de cette maladie a été relevé : troubles oculaires, fièvre, signes pulmonaires, éruption. Il est trop facile de venir avancer que l'on fait une erreur dans l'appréciation des récidives des maladies infectieuses, car, pour la scarlatine et la rougeole, par exemple, le doute ne peut être permis que quand il s'agit de cas frustes. Ceux dont je viens de parler étaient au contraire des plus nets.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 février 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Actions anti-fermentatives.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — Nous avons montré antérieurement qu'en ajoutant à de la levure en milieu sucré une culture pyocyanique filtrée, on observait une fermentation plus active. Il était important de fixer si cette suractivité tenait au bouillon employé, ou à la toxine pyocyanique. Or, en mélangeant au liquide sucré pourvu de levure du bouillon ordinaire frais, on observe que la fermentation subit un certain retard. Donc c'était bien la toxine pyocyanique qui dans l'expérience précédente favorisait la fermentation.

Quand on opère avec une culture pyocyanique active, il arrive un moment où le bacille a consommé toute la provision d'oxygène et ne se développe plus; à ce moment, la fermentation subit une recrudescence. Mais si l'on vient à aérer le milieu, le bacille aérobie se développe à nouveau et la fermentation s'arrête.

Le but de ces recherches a été de fixer le mode d'action du bacille sur la cellule vivante : ne pouvant expérimenter sur la cellule animale, nous nous sommes adressés à la cellule végétale dans sa forme élémentaire. Ultérieurement nous rechercherons comment les microbes peuvent influencer les fonctions respiratoire et chromogène des végétaux.

Infection pneumococcique chronique.

MM. Lesage et **Pineau.** — Une femme adulte entre à l'hôpital avec une souffrance générale et un aspect cachectique évoquant un cancer viscéral, teint pâle, œdèmes, apyrexie; il y eut vers la fin une diarrhée verdâtre dont la teinte était en rapport avec un développement abondant du bacille pyocyanique. A l'autopsie on trouvait greffées sur une endocardite ancienne des lésions de rétrécissement aortique et d'insuffisance mitrale avec des végétations. Il y avait une insuffisance tricuspidienne terminale. Les plèvres, le péricarde et le péritoine contenaient un léger épanchement sérofibrineux. Dans ces séreuses enflammées, il existait une grande abondance de pneumocoques mis en relief par l'examen microscopique, la culture et l'inoculation. C'était un pneumocoque peu virulent, et dont la virulence n'a pu être restituée par passages successifs. Les organes renfermaient de plus le bacterium coli commune : c'était le type virulent, ayant envahi l'organisme pendant la vie, et il ne s'agissait point d'une simple dissémination cadavérique.

Toxicité du chloralose.

MM. Richet et **Hanriot.** — Les animaux se montrent beaucoup plus sensibles à l'injection intra-veineuse ou intra-péritonéale qu'à l'ingestion stomacale. D'ailleurs la susceptibilité varie beaucoup suivant les espèces animales. Le chien résiste à une ingestion de 0,60 centigrammes; au contraire une dose de 0,06 est déjà toxique pour le chat. Le chloralose ne semble pas faire d'accumulation; un chien de 8 kilogrammes a pu prendre sans dommage 0 g. 25 par jour depuis deux semaines. Il semble qu'en thérapeutique humaine, il faille se défier du médicament chez les hystériques, qui paraissent exceptionnellement sensibles à ce corps : les doses de 0,20 à 0,40 qui sont généralement bien tolérées pourraient entraîner des accidents chez les hystériques.

M. Féré. — J'ai donné hier 0,40 centigrammes de chloralose à un hystérique en état de mal avec crises violentes. Le médicament a été bien supporté.

M. Magnan. — J'ai essayé ce corps chez des maniaques et donné par exemple 0,40 centigrammes en deux doses à un quart d'heure d'intervalle. Une femme de 30 ans, vigoureuse, a eu une période de sommeil calme, à la suite duquel il restait seulement un peu de faiblesse musculaire.

La formule chimique de l'attaque d'hystérie.

MM. Gilles de la Tourette et **Cathelineau.** — Dans une précédente séance, M. F. Royer, se basant sur un total de douze analyses, rejette la formule chimique que nous avons établie pour l'attaque d'hystérie. M. Royer ayant expérimenté sur les malades du service de Bicêtre recevant des *aliénés* de l'asile Sainte-Anne, ne peut conclure de ses recherches aux nôtres, qui ont été faites sur des malades indemnes d'associations morbides qui à l'instar de l'aliénation sont susceptibles, ainsi que cela a été péremptoirement démontré, d'influencer la nutrition dans un sens particulier, où l'hystérie perd ses droits.

Peptonurie dans la scarlatine.

M. Harslon Evan. — J'ai examiné à ce point de vue vingt-deux scarlatineux, et j'ai trouvé que la peptonurie est un symptôme fréquent. Sa valeur pronostique est d'ordinaire fâcheuse. La peptonurie n'a aucun rapport avec l'albuminurie, l'état du pouls et de la température. Quand il y a des troubles gastro-intestinaux, on note en même temps de l'indicanurie.

Muscles de l'iris.

M. Durand. — Je me suis attaché à l'étude du muscle dilatateur, et avant de poursuivre son examen chez les mammifères, j'ai fixé mon attention sur l'œil des oiseaux. Ici le muscle dilatateur de l'iris existe. Les fibres forment deux plans radiés, dont le postérieur est à éléments plus grêles; les fibres radiées s'infléchissent parfois pour se continuer avec les fibres du sphincter.

Tubercule morveux.

MM. Leclainche et **Montané.** — Dans la morve pulmonaire chronique du cheval le tubercule peut prendre une forme atypique et se développer, par exemple, suivant l'aspect d'un lymphadénome. Au voisinage et dans le sens de l'envahissement existe une pneumonie épithéliale avec zone périphérique hémorrhagique.

M. d'Arsonval a constaté que les courants de haute fréquence ont des propriétés particulières. On peut leur faire traverser un organisme vivant, le corps humain, par exemple, sans aucun dommage, et cela en employant des intensités de courants qui suffiraient à désorganiser la matière vivante, si l'on avait employé les courants continus, ou à interruptions lentes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1893.

Calcul du canal cholédoque.

M. Tuffier, à l'appui de l'atrophie ordinaire de la vésicule après les obstructions calculeuses du cholédoque, relate l'observation d'une femme de 31 ans qu'il a opérée le 26 décembre dernier, un mois après le début d'un ictère persistant, très foncé ; l'atteinte de coliques datait du 22 octobre et il y en avait déjà eu une dix ans auparavant. A l'examen clinique, on sentait dans la région de la vésicule une tumeur ballottante qui semblait être la vésicule distendue et était formée en réalité par des adhérences épiploïques autour de la vésicule rétractée. Le calcul occupait le cholédoque, mais put être refoulé avec le doigt jusque dans la vésicule, d'où il put être extrait après fragmentation avec une pince. Une cholécystostomie fut faite, et il persiste aujourd'hui une fistulette. Cette observation prouve qu'il ne faut pas, pour juger la question en litige, se fier trop aux observations où l'examen a été purement clinique.

Corps étranger du genou.

M. Chauvel lit un rapport sur une opération de M. Hassler : taille articulaire pour un corps étranger exclusivement cartilagineux du genou. L'auteur, constatant une légère hydarthrose, a fait un lavage au sublimé, ce dont M. Chauvel conteste l'utilité. Quoiqu'il ait, à cette occasion, pénétré de l'air dans la jointure, il a réuni sans drainage et n'a pas eu à s'en repentir; mais il avait peur de cette entrée d'air. Il croit, enfin, qu'une entorse a été la cause du mal. M. Chauvel se demande si elle n'en est pas plutôt l'effet.

M. Lucas Championnière ne comprend pas l'utilité du lavage ; et ajoute qu'après une taille articulaire l'entrée de l'air dans la jointure est inévitable et ne signifie rien du tout. Observations auxquelles s'associent **M. Terrier** et aussi **M. Chauvel.**

Suture secondaire du radial.

M. Guelliot (Reims) a pratiqué il y a dix mois, deux mois après l'accident, la suture secondaire du radial au bras. Les deux bouts restant écartés de 8 cm. 1/2, il les a réunis par une tresse de catgut et a entouré le tout d'un drain en os décalcifié. Peu après, la sensibilité s'est assez bien rétablie, mais la motilité restait abolie. Le malade étant mort d'un kyste hydatique du foie, le nerf put être examiné et dans le cordon fibreux qui remplaçait la tresse de catgut et le drain d'os décalcifié, M. Hache a constaté par l'examen histologique que la régénération était très nette sur 4 cm. de long, et était amorcée sur 2 cm. plus loin à l'aide de quelques rares fibres sans myéline. Ce fait prouve que le retour de la sensibilité est indépendant de la régénération nerveuse. Avec le temps, les fibres du bout supérieur eussent-elles trouvé leur voie? C'est possible; mais peut-être eût-il mieux valu à cet égard employer comme conducteur une substance moins résorbable que le catgut.

Hernie de la trompe ou de l'ovaire.

M. Turgis (Falaise) a soigné en novembre 1886 une femme atteinte d'une tumeur inguinale mate, peu douloureuse, irréductible, qu'il protégea d'abord avec une pelote creuse et qu'il dut ensuite inciser parce qu'il s'y fit un abcès. Au huitième jour le pansement (un cataplasme) fut trouvé plein de sang, la femme ayant ses règles, et pendant neuf mois cela se répéta à chaque période menstruelle. Finalement la malade guérit sans fistule.

M. Lejars présente un malade auquel il a fait avec plein succès l'hémi-résection du coude (os de l'avant-bras) pour une *ankylose rectiligne* consécutive à une luxation non réduite.

M. Routier présente un fœtus de 3 mois 1/2 extrait d'une poche de grossesse extra-utérine.

M. Monod montre une pièce de gastro-entérostomie (Voy. *Mercredi médical*, p. 54).

M. Chervin lit un travail sur l'éducation orthophonique des sujets atteints de division palatine, et conclut en faveur de l'opération de préférence à la prothèse.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 3 février 1893.

Corps étranger de la vessie.

M. Guinard a été appelé pour extraire de la vessie un corps étranger. Il s'agissait d'une fille de 13 ans, en paraissant une vingtaine, qui présentait des organes génitaux externes déformés par l'onanisme : le canal de l'urèthre laissait passer le petit doigt : elle avoua, avant le chloroforme seulement, qu'elle avait introduit une épingle à cheveux par l'orifice de l'urèthre. Ignorant la forme de l'objet, M. Guinard n'avait pu se prémunir d'instruments *ad hoc*; aussi eut-il beaucoup de peine pour extraire cette épingle. A bout de ressources, il se servit d'un simple tire-bouton, et il put alors accrocher l'épingle et l'extraire. Il recommande cet instrument, qu'on se procurera facilement, dans des cas analogues.

Sarcome de la jambe.

M. Chapt présente la jambe d'un homme de 43 ans qu'on a amputé la veille pour une volumineuse tumeur. Celle-ci était apparue à la surface des téguments, il y a environ quatre mois : un médecin, la prenant pour un abcès, fit une longue incision, mais il ne sortit qu'un liquide sanguinolent. Cette opération activa l'évolution de la tumeur qui en quatre mois envahit toute la région postérieure. Les lèvres de l'incision présentaient des bourgeons charnus mous saignant au moindre contact.

La pièce, disséquée, montra que la tumeur n'avait envahi que les parties molles, muscles et tissu cellulaire : la tête du péroné, l'extrémité supérieure du tibia ne présentent aucun point douteux. Cette tumeur molle est parsemée de nombreux îlots hémorrhagiques.

Large fistule rectale, abcès prérectal, ayant simulé un cancer du rectum.

MM. Leguen et Reblaub ont observé à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon, une femme âgée de 49 ans, malade depuis quatre ans environ. Cette femme, qui était dans un état de cachexie très avancé, était entrée pour des diarrhées fétides incurables. A l'examen, par le toucher rectal, on constata en avant un large orifice, dont les bords irréguliers donnaient dans un cloaque prérectal. On pensa à un cancer du rectum avec perte de substance de la face antérieure de cette partie du gros intestin; ce n'est que son état de cachexie qui servit de contre-indication à une intervention chirurgicale. Elle mourut, d'ailleurs, quelques jours après.

A l'autopsie, on retrouva la fistule rectale, mais on reconnut l'absence de cancer. Il s'agissait d'une vaste poche rétro-utérine fermée en bas par la partie supérieure du vagin, en arrière par le rectum, en haut par l'intestin grêle adhérent; mais deux fistules, l'une intestinale et l'autre rectale, en faisaient un cloaque qui contenait des matières fécales. Au niveau de la fistule du petit intestin, il existait des brides multiples, indiquant un travail inflammatoire ancien. Enfin dans la poche existait une petite tumeur demi-molle, caséeuse au centre. Les ovaires et les trompes étaient normaux. Rien dans l'histoire de la malade ne peut expliquer la formation de cette poche rétro-utérine.

Dysentérie chronique.

M. Marie présente l'intestin d'un vieillard de 64 ans chez lequel on avait porté, dans un service de chirurgie, le diagnostic de cancer du rectum et qu'on ne voulut pas opérer à cause de son âge et de son état cachectique. Cet homme est mort peu de temps après son passage dans un service de médecine. L'autopsie révéla la présence d'ulcérations dans l'S iliaque, le côlon descendant et le côlon transverse. Ces ulcérations sont irrégulières de forme, les unes sont allongées, les autres arrondies, quelques-unes sont étalées. Le fond est noirâtre, pigmenté; les bords sont nets, la muqueuse est saine alentour. Il existe par places des taches brunâtres, traces d'ulcérations anciennes.

M. Cornil montre que le simple examen de ces cicatrices suffit pour faire le diagnostic. Il insiste sur le siège des ulcérations. La région anale est riche en hémorrhoïdes, mais ne présente pas d'ulcérations, puis sur le rectum on trouve des traces de rectite sans ulcération, puis l'S iliaque est riche en pertes de substance muqueuses et on en retrouve jusqu'au côlon transverse. Là s'arrêtent les lésions : le cæcum et l'intestin grêle sont indemnes. Ces ulcérations sont en plus irrégulières; les unes sont en voie de cicatrisation, les autres sont au début de leur évolution; il existe même des cicatrices anciennes.

L'autopsie de ce vieillard nous a encore révélé quelques particularités, entre autres une prostate volumineuse, blanchâtre à la coupe et, sur la surface de section, on peut récolter un liquide laiteux; mais il ne faudrait pas croire à du cancer; il s'agit d'une hypertrophie de l'organe n'ayant porté que sur sa partie glandulaire.

Cancer de l'intestin.

M. Vanverts présente l'intestin d'un homme de 54 ans, mort dans le service de M. Roger. Ce malade ne présentait comme symptômes qu'une diarrhée fétide liée à un état cachectique très avancé. Il n'existait aucun phénomène douloureux. Cependant l'autopsie démontra qu'il existait un cancer du cæcum et de la fin de l'intestin grêle, et qu'une ulcération intestinale présentait à son centre une perforation bien visible qui avait déterminé une péritonite mortelle.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 février 1893.

Présidence de M. Fernet.

Hypochondrie à forme anginophobique terminée par le suicide.

M. Huchard. — J'ai vu, au commencement de décembre dernier, un notaire d'une de nos grandes villes qui avait vu, quelques années avant, son prédécesseur mourir brusquement d'une angine de poitrine. Il était persuadé depuis lors qu'il

avait la même maladie et qu'il finirait de la même manière. Certains médecins de sa ville firent le même diagnostic que lui; affirmèrent, au contraire, une fausse angine de poitrine. Il conserva son idée fixe et m'aborda en me disant qu'il venait me consulter pour une angine de poitrine diagnostiquée par plusieurs médecins.

Je ne trouvai rien au cœur ni à l'aorte. J'affirmai au malade qu'il se trompait, et je lui prescrivis simplement des douches froides et du valérianate d'ammoniaque.

En prenant congé de moi, il me dit que j'étais de ceux qui voulaient l'illusionner, mais qu'il ne s'y trompait pas. Il quitta Paris immédiatement, et, à peine rentré chez lui, il se suicida en se tirant un coup de revolver dans la région du cœur.

Un mauvais diagnostic avait été la cause de cette obsession angineuse. Aussi ne saurait-on trop insister sur la différenciation, très facile à faire, des angines de poitrine vraies et des angines de poitrine fausses. Cette différenciation tient toute dans les trois propositions cliniques suivantes :

1° Toute angine de poitrine produite par un effort quelconque, par la marche rapide, etc., est une angine vraie;

2° Toute angine de poitrine se produisant spontanément, sans l'intervention d'un acte nécessitant un grand effort, est une angine fausse;

3° Lorsqu'un malade, ayant des crises provoquées par l'effort, en a de spontanées pendant la nuit, la première loi n'est pas en défaut; il s'agit toujours d'une angine vraie.

M. Raymond. — Ce qu'il eût fallu diagnostiquer chez ce malade, c'était avant tout son état mental. Ce malade était simplement un dégénéré avec obsession spéciale.

M. Seglas. — Ces cas-là sont bien connus; on les classe sous le nom de photophobie à forme obsédante. Ces dégénérés sont portés à se croire une angine de poitrine, attendu que l'obsession s'accompagne toujours, au moment de la crise, d'une anxiéte précordiale.

Sur quelques cas d'atrophie musculaire à marche progressive chez des syphilitiques. — Relations éventuelles de la syphilis avec l'évolution de la maladie. — Méningo-myélite vasculaire diffuse constatée à l'autopsie dans un des cas.

M. Raymond. — Les recherches anatomiques et cliniques des dix dernières années ont singulièrement modifié nos conceptions sur les atrophies musculaires progressives. Un grand nombre de types cliniques nouveaux sont venus restreindre de plus en plus, presque jusqu'à le réduire à néant, le champ de l'ancien type Aran-Duchenne, dont on ne publie, pour ainsi dire, plus d'exemples. Les observations que je vais rapporter se rattachent à un point intéressant de l'histoire des amyotrophies.

Le premier malade, le seul dont j'ai pu faire l'autopsie, était un nommé B..., âgé de 41 ans, employé de préfecture. Double hérédité nerveuse, paternelle et maternelle (névropathes, arthritiques); variole hémorrhagique en 1870; excès alcooliques et syphilis en 1874. La maladie débute en 1885 par des douleurs légères et passagères dans l'épaule droite. Quelque temps après surviennent, du côté de la main droite, des phénomènes qui se rattachent à la crampe des écrivains. En 1889, diplopie qui dure deux mois; puis douleurs lancinantes dans la nuque, les épaules et le bras droit; enfin dyspnée progressive. En septembre, les doigts de la main droite se paralysent successivement, en commençant par l'auriculaire; puis les muscles de la main s'atrophient et cette atrophie envahit successivement l'avant-bras, l'épaule du même côté, enfin la nuque.

En février 1890, on constate une dyspnée intense, aussitôt que B... se met à parler; les cordes vocales sont presque complètement paralysées (Gouguenheim). La tête est fléchie sur le tronc et un peu déviée à gauche; la proéminente fait une saillie considérable; la région dorsale est le siège d'une scoliose légère; la région lombaire est ensellée. Les épaules sont atrophiées, surtout à droite, abaissées et écartées du corps; la partie postérieure des avant-bras est atrophiée, plus à droite. Les réflexes tendineux sont normaux. Les muscles atrophiés présentent des contractions fibrillaires et de la réaction de dégénérescence. La sensibilité est absolument conservée, les sphincters sont intactes.

A partir de ce moment l'atrophie envahit complètement les deux membres supérieurs, le cou, le thorax; elle respecte les membres inférieurs dont les réflexes s'exagèrent; il s'y ajoute de la dysphagie; la main droite est le siège de quelques troubles trophiques (rougeur, œdème).

Enfin une broncho-pneumonie double enlève le malade, le 25 avril 1891.

Je fus assez embarrassé pour établir un diagnostic précis, mon malade ne rentrant exactement dans aucune des catégories connues; le diagnostic se posait surtout entre une poliomyélite et une polynévrite; ce qui semblait le plus probable, c'est qu'il s'agissait d'un de ces cas que Duchenne a réunis sous le nom de *paralysie générale spinale subaiguë diffuse.*

L'autopsie a montré que le malade était atteint d'une *méningo myélite vasculaire diffuse*, portant sur toute l'étendue de la moelle et sur le bulbe, mais prédominant à la région cervicale supérieure.

L'atrophie des cellules ganglionnaires était énorme à cet endroit. Le faisceau pyramidal en bas, le cordon de Goll en haut étaient plus altérés que les parties environnantes, ayant eu à traverser une grande étendue de myélite.

Je vais maintenant vous présenter un malade qui offre de grandes analogies avec le précédent. Il s'agit d'un homme de 40 ans, employé de bureau. Sa mère et sa grand'mère ont présenté des accidents nerveux. Syphilis en 1883, début de la maladie en 1891 par une parésie qui envahit successivement les doigts de la main gauche, en commençant par le petit doigt. Quelques mois après, atrophie des muscles de la nuque et douleurs dans cette région; enfin la main droite s'atrophie à son tour.

Le 27 février 1892, l'état du malade était le suivant : la tête retombait sur la poitrine; les mains étaient tombantes, les doigts en griffe. Les épaules commençaient à s'atrophier. Les membres inférieurs étaient intacts, sauf l'exagération des réflexes rotuliens. Pas de troubles sensitifs.

Actuellement il y a une certaine amélioration; pourtant vous pouvez constater encore l'atrophie des mains, des avant-bras et des épaules, la dépression en coup de hache de la nuque, la saillie de la 7e vertèbre cervicale, l'ensellure lombaire. Les réflexes sont redevenus normaux.

Dans la littérature on retrouve la mention de nombreux cas semblables; je me bornerai à rappeler deux faits que j'ai publiés autrefois dans la clinique médicale de la Charité, de Vulpian. L'obs. CXLIII est intitulée : Atrophie musculaire semblant être sous la dépendance de poussées subinflammatoires du côté de la substance grise de la moelle. Marche progressive des accidents. Douleurs névralgiques violentes précédant l'atrophie des muscles. Le malade est mort à Bicêtre dans le service de M. Déjerine. L'obs. CXLVI a pour titre : Atrophie musculaire consécutive à une méningo-myélite probablement de nature rhumatismale. Myélite diffuse succédant à la méningo-myélite. J'avais relevé l'existence d'une syphilis probable; à cette époque l'attention n'était pas attirée, comme aujourd'hui, sur les méfaits de la syphilis du côté du système nerveux.

Il serait assurément prématuré de tenter une théorie générale des amyotrophies, mais je désire insister, dès aujourd'hui, sur un point, c'est qu'on n'a pas suffisamment tenu compte du rôle de l'*infection*, et particulièrement de la syphilis, dans le développement de certaines formes d'amyotrophies.

Je dois ajouter que l'expérimentation a déjà fourni un commencement de preuves objectives à l'appui de la théorie infectieuse (Roger, puis Gilbert et Lion). En outre je rappellerai que l'on paraît tendre actuellement à incriminer les lésions vasculaires comme cause des poliomyélites antérieures, ainsi que le montre la récente communication de Goldscheider.

Je n'ai entendu viser, dans ce travail, qu'une catégorie de faits. J'ai laissé de côté tout ce qui touche aux névrites périphériques pouvant être sous la dépendance de la syphilis, et tout ce qui a trait aux myélites syphilitiques précoces, ordinairement curables, ainsi qu'aux myélites gommeuses.

M. Balzer. — Le traitement antisyphilitique a-t-il donné quelque résultat?

M. Raymond. — Aucun. Le malade est soumis au traitement depuis deux ans; il reste stationnaire, mais non amélioré.

M. Rendu. — J'ai observé un cas se rapprochant de ceux de M. Raymond. Une personne de ma clientèle, présentant des symptômes de paralysie générale, avait contracté la syphilis quatre ou cinq ans avant mon observation. Je pensai avec M. Potain que la syphilis était peut-être en cause, j'ordonnai le traitement intensif et le malade guérit complètement. Dix-huit mois après, ce malade présentait de l'atrophie au niveau des avant-bras et au cou. Cette atrophie était précédée de douleurs assez vives. Le malade mourut avec les symptômes de paralysie labio-glosso-laryngée.

Ce cas se rapproche de ceux de M. Raymond par l'étiologie syphilitique qui semble infiniment probable.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 9 janvier 1893.

Présidence de M. Coyne.

Un cas d'actinomycose humaine.

MM. Dubreuilh et **Sabrazès.** — Le malade, garçon boulanger, âgé de 19 ans, natif du département des Landes, habite Bordeaux depuis quatorze mois. Il présente, depuis six mois, sur la joue droite, une tumeur intra-dermique du volume d'une amande, située peu au dessous du rebord inférieur de la mâchoire, de consistance mollasse et mobile sur les parties profondes. A la surface de la lésion, la peau est amincie et violacée ; en arrière, la muqueuse de la joue a conservé sa mobilité ; le sillon gingivo-génien, les gencives ne sont nullement tuméfiés. La première grosse molaire manque. Le point de départ de l'affection parait en effet avoir été cette dent. Elle était il y a huit mois réduite à des chicots qui déterminaient des crises répétées d'odontalgie, ce qui nécessita son avulsion. Cette tumeur contient une masse fongueuse, de couleur lie de vin ; le pus qui s'en écoule contient des grains d'un beau jaune soufre, ronds, onctueux, mous, du volume d'une petite tête d'épingle. Leur examen microscopique démontre qu'ils sont formés d'un conglomérat d'actinomycès. Le parasite, d'aspect mûriforme, se reconnaît facilement à ses irradiations périphériques en massue et à la zone centrale dense et enchevêtrée des colonies étoilées.

Le traitement qui va être institué contre cette lésion sera le raclage de l'abcès, suivi de l'application d'antiseptiques, et, en particulier, de solution de sublimé.

M. Villar pense qu'étant donnée la tendance de cette lésion à la généralisation, il serait peut-être préférable de la traiter comme une tumeur maligne, c'est-à-dire de dépasser largement les limites du mal soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère.

Sutures tendineuses et sutures nerveuses.

M. Ozoux présente une petite malade qui, dans une chute, s'était fait à la face palmaire de la main gauche une plaie comprenant toutes les parties molles jusqu'à la grille métacarpienne. Tous les tendons, de même que tous les filets nerveux, étaient sectionnés. Des sutures furent faites, réunissant les extrémités séparées des tendons et des nerfs. Le résultat a été excellent; la malade ne présente plus aucun trouble de sensibilité, et les mouvements des doigts s'exécutent bien.

Hématomes des oreilles.

M. Lafarelle présente un malade atteint d'hématomes des oreilles, survenus au cours d'un exercice de lutte.

Tumeur de l'épiploon prise pour un fibrome utérin.

M. Guérin présente des pièces anatomiques provenant d'une malade morte de congestion pulmonaire dans le service de M. le Dr Dudon. L'autopsie permit de voir qu'une tumeur abdominale qui semblait avoir tous les caractères d'un fibrome utérin sous-péritonéal était en réalité un sarcome fasciculé de l'épiploon gastro-colique.

Fausse route dans l'épaisseur du muscle utérin.

M. Pépin présente des pièces anatomiques provenant d'une malade morte dans le service de M. le Dr Dubourg. Cette femme, à la suite de l'introduction, déjà ancienne d'ailleurs, d'un crayon intra-utérin dont la nature n'a pu être précisée, était atteinte d'oblitération du col utérin, et elle présentait de plus au moment de son entrée des symptômes d'hémométrie, d'hémosalpinx et d'hématocèle intra-utérine. Une incision permit d'évacuer la collection sanguine intra-utérine, mais une laminaire introduite consécutivement s'engagea dans l'épaisseur du muscle utérin. Cette fausse route a été curetée, rien ne pouvant faire supposer qu'on n'avait pas pénétré dans la cavité intra-utérine. La femme mourut de péritonite.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 25 janvier 1893.

Présidence de M. Mayet.

Mérycisme.

M. G. Lemoine présente un malade atteint de mérycisme. C'est à la suite d'une fièvre typhoïde datant de 5 ans et marquée par des vomissements répétés pendant tout le cours de la maladie que ce mérycisme est apparu. Contrairement à ce qui a été dit antérieurement, M. Lemoine croit que l'acte de la régurgitation chez les mérycoles se fait convulsivement; cette opinion est basée sur un grand nombre de tracés pris par M. Lemoine sur son malade, lesquels établissent l'identité entre les différents actes qui composent une régurgitation, et ceux que Chauveau et Toussaint ont observés dans la rumination.

Le malade est un névropathe présentant du rétrécissement concentrique du champ visuel, mais pas d'autres stigmates d'hystérie.

M. Linossier a étudié chez ce malade à différentes reprises le suc gastrique, et il est arrivé à la conclusion que le mérycisme semble un phénomène surajouté à la dyspepsie, sans relation directe avec un trouble chimique spécial.

Néphrectomie parapéritonéale.

M. Rivière, interne des hôpitaux, fait une communication sur le traitement des cancers du rein par la néphrectomie parapéritonéale. Après avoir bien mis en évidence les inconvénients de la néphrectomie lombaire et de la néphrectomie transpéritonéale, il montre la grande supériorité de la méthode parapéritonéale.

M. Rivière a pratiqué sur le cadavre un grand nombre de néphrectomies parapéritonéales en suivant successivement les lignes d'incision proposées par tous les chirurgiens qui ont conseillé cette opération; il arrive à la conclusion que la meilleure ligne d'incision est celle employée par M. Poncet et qui se compose de deux parties, l'une qui va de l'extrémité antérieure des dernières fausses côtes à la crête iliaque, et l'autre qui part de cette première incision et se dirige en arrière, créant ainsi une double volet.

Angine de poitrine anormale.

M. Lépine communique l'observation d'un malade atteint d'une angine de poitrine avec douleurs dans le bras droit. Outre cette dernière particularité, le malade présentait une dyspnée douloureuse d'une intensité exceptionnelle; il avait 80 respirations à la minute et il accusait une douleur atroce dans la région pectorale droite.

La maladie avait évolué dans l'espace de six semaines; elle se termina par la mort; le malade n'était âgé que de 36 ans. A l'autopsie on trouva un rétrécissement des deux artères coronaires, quelques plaques athéromateuses aortiques récentes et des lésions interstitielles et parenchymateuses dans le myocarde.

Insuffisance aortique relative.

M. Lépine communique l'observation d'un malade de 50 ans qui était atteint de sclérose cardiaque avec insuffisance aortique et mitrale sans lésions valvulaires. On avait entendu pendant deux mois un souffle diastolique à la base, un souffle de Durosiez et un souffle systolique à la pointe; à l'autopsie on trouva une dilatation du cœur à gauche, des lésions scléreuses du myocarde, mais pas de lésion valvulaire. La double insuffisance tenait exclusivement à la dilatation des deux anneaux fibreux et du ventricule gauche.

Dr L. Dor.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 25 *janvier* 1893.

Hernie diaphragmatique.

M. Abel. — Récemment M. Guttmann nous a communiqué une observation d'anomalie congénitale du diaphragme, je veux aujourd'hui vous en exposer un cas des plus intéressants. Le 18 janvier je fus appelé à donner des soins à une femme de 83 ans, qui, à la suite d'un écart de régime, fut prise d'accidents d'obstruction intestinale. Malgré toute médication, l'état de la malade s'aggrava. Je la fis entrer à la clinique et l'opérai le 22 janvier, pensant à une perforation du diaphragme avec hernie de l'intestin. J'avais en effet observé une résonnance tympanique dans toute la partie gauche du thorax, avec déviation du cœur dont les bruits s'entendaient sur la ligne mamillaire droite.

Ce diagnostic fut confirmé après l'ouverture de l'abdomen le long du rebord costal droit. Je pus constater la perforation qui admettait la main, et au travers de laquelle avaient fait hernie l'estomac, le gros intestin, le duodénum et le grand épiploon. La malade mourut trois heures après l'opération. A l'autopsie, l'estomac remplissait la plèvre gauche et une partie de la droite. Le grand épiploon et une partie du côlon étaient encore herniés.

M. Guttmann. — La déviation du cœur devait être en rapport avec l'état de plénitude de l'estomac.

M. Schwalbe. — Le côlon transverse en se herniant le premier aura entraîné la grande courbure de l'estomac en imprimant à l'organe une torsion dont l'effet direct pour lui était l'impossibilité d'évacuer son contenu.

Anévrysme du tronc innominé. — Gommes du corps strié.

M. Hansemann. — Cette pièce provient d'un homme de 45 ans, ayant présenté les signes d'une syphilis récente. A l'autopsie, je constatai une dilatation fusiforme de la crosse et un anévrysme sacciforme du tronc innominé. Dans le corps strié existaient quelques gommes nodulaires. Vraisemblablement il s'agit de lésions imputables à la syphilis.

Pneumonie pseudo-lobaire caséeuse aiguë.

M. Frænkel. — Il y a deux jours j'eus l'occasion d'autopsier un malade atteint de pneumonie caséeuse; il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, tombé malade quatorze iours avant son entrée à l'hôpital.

Il présenta une matité absolue sur toute la partie postérieure gauche du thorax et à ce niveau de la respiration bronchique avec quelques rares râles crépitants. Point d'expectoration; petit à petit la matité s'étendit en avant. A l'examen d'un crachat obtenu difficilement, je constatai de nombreux bacilles; l'autopsie confirma mon diagnostic: il existait une caséification complète de foyers lobulaires confluents, gros comme une pièce de 5 marks. Le lobe supérieur montra la lésion sous sa forme initiale.

Contrairement à l'opinion de M. Guttmann qui n'admet pas qu'on puisse porter sûrement le diagnostic de pneumonie caséeuse pseudo-lobaire avec le complexus symptomatique qu'on sait, je pense qu'en général on le pourra, d'autant plus que ce complexus, s'il existe dans la pneumonie franche, est du moins l'exception. M. Guttmann attache une importance capitale à deux symptômes: l'existence de lésions anciennes, et la présence de bacilles dans les crachats; le premier n'existe pas dans tous les cas; le second n'est pas concluant, car il peut s'agir d'une phthisie compliquée de pneumonie fibrineuse. Pour arriver à un diagnostic sûr, il faut compter avec l'ensemble de tous les signes. La régression des symptômes n'est nullement en rapport avec la caséification. La maladie commence par une période d'exsudation due au bacille ou à ses produits d'excrétion. Vient ensuite la caséification, résultat de l'étendue de l'invasion bacillaire, et de la multiplication du micro-organisme. Cette dernière condition vient-elle à manquer, l'inflammation sudative primitive peut régresser en grande partie. Dans les parties caséifiées on rencontre peu de bacilles.

Il est à remarquer que dans mes trois observations, il s'est toujours agi d'individus jeunes.

La pneumonie interstitielle subaiguë ne saurait en aucune façon être confondue avec la maladie dont je viens de vous entretenir.

Bleu de méthylène dans la malaria.

M. Senator. — Mon assistant M. Kuhlstock, qui a expérimenté ce traitement dans les colonies du sud de l'Afrique, n'en a obtenu aucun résultat. Moi-même j'ai observé son inaction chez plusieurs de mes malades. Le bleu de méthylène est loin d'égaler le sulfate de quinine par son activité dans le paludisme. Il est vrai que ce dernier échoue aussi dans certains cas de fièvre pernicieuse.

M. Strassmann. — J'ai tenté de substituer le bleu de méthylène aux sels de quinine dans mon service d'accouchement. Je n'en ai obtenu aucun des effets désirés. Au contraire, ce médicament, en dehors des troubles dyspeptiques qu'il occasionne, a le grand inconvénient de colorer toutes les sécrétions pendant un certain temps.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 23 *janvier* 1893.

Du tétanos puerpéral.

M. Heyse. — Le tétanos puerpéral est une affection rare. Il en existe quatre cas dans la littérature, dont un, rapporté par MM. Chantemesse et Vidal, où les inoculations et les cultures ont démontré qu'il s'agissait d'une infection par le virus tétanique.

Je viens d'avoir l'occasion d'observer une femme de 34 ans atteinte de tétanos puerpéral, dont elle succomba.

Quatre souris inoculées avec des lochies recueillies pendant la vie présentèrent du tétanos typique. Les inoculations faites avec les sécrétions d'une ulcération vulvaire restèrent inactives. Le corps du délit résidait donc bien dans l'utérus atteint d'endométrite.

Les sécrétions cervicales contenaient des bacilles, ainsi que le démontrèrent les cultures.

Quelle a été la cause de l'infection dans ce cas? Les animaux inoculés avec les poussières recueillies dans les fentes du plancher moururent de tétanos. Là était donc l'origine probable de l'infection de la malade.

De l'ensemble des observations, il ressort que le tétanos se développe surtout chez les multipares. L'avortement à trois mois est une cause fréquente. Les contractures surviennent en général de deux à quinze jours après l'accouchement. La maladie survient surtout dans la classe pauvre.

D'après Playfair, le tétanos puerpéral serait très fréquent à Calcutta, où on a l'habitude de couvrir la plaie ombilicale avec de la terre.

Le tétanos puerpéral est en rapports étroits avec l'infection puerpérale. On sait que le bacille tétanique ne se développe pas quand il n'y a pas déjà au préalable une infection; inoculé en culture pure débarrassée de ses toxines, il reste inactif, à moins qu'il n'existe déjà une infection.

Le traitement consistera à désinfecter l'utérus et à modérer les attaques par la narcose; il faudra dans chaque cas rechercher avec soin non seulement le bacille tétanique, mais encore les autres micro-organismes.

Poliomyélite antérieure.

M. Goldscheider. — L'étude de la poliomyélite antérieure comporte la connaissance de la distribution sanguine dans la moelle. Il existe, en effet, un rapport entre l'altération des cornes antérieures et celle des vaisseaux.

Les artères intercostales président surtout à la circulation de la moelle épinière. Elles forment autour d'elle un réseau anastomotique d'où naissent des branches centrales et des branches périphériques.

Les vaisseaux centraux pénètrent par le sillon antérieur, irriguent les cornes antérieures et vont jusqu'à la base des cornes postérieures; là ils se terminent par des ramifications

verticales. Les cornes postérieures sont alimentées par les vaisseaux périphériques.

Dans les préparations que je vous ai soumises, les vaisseaux centraux sont entourés d'un manchon de cellules mononucléées. Cette lésion, localisée à l'artère spinale antérieure, semblerait propre à la poliomyélite antérieure. Ces cellules, peu vasculaires, ne sont pas des éléments extravasés, mais proviennent de la névroglie ou de la lymphe.

L'opinion d'une lésion spécifique est contredite par la localisation du processus sur nombre de vaisseaux radiculaires antérieurs. On a décrit des lésions analogues dans différentes circonstances : la polioencéphalite supérieure hémorrhagique, la myélite centrale. Toutefois la poliomyélite spinale antérieure se distingue par la localisation du processus sur un territoire vasculaire déterminé. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une maladie qui sévit épidémiquement et d'ordre infectieux. Je n'ai jamais pu cependant déceler de microorganismes. L'intoxication joue peut-être aussi un grand rôle. Quoi qu'il en soit, je ne partage pas l'avis de Charcot qui veut qu'il s'agisse d'une lésion originelle des cellules ganglionnaires.

SOCIÉTÉ DE HUFELAND DE BERLIN

Séance du 12 *janvier* 1892.

Contagiosité de la diphthérie.

M. Gottstein a pu réunir cinquante observations de diphthérie dans lesquelles il a pu nettement déterminer dans quelles conditions l'infection eut lieu.

Sur ces cinquante cas, plus de la moitié se rapporte à des enfants de 1 à 6 ans; 15 étaient âgés de 6 à 10 ans, quelques-uns avaient dépassé l'âge de 10 ans; enfin dans ce nombre figurent encore deux adultes. Le diagnostic de diphthérie était fait bactériologiquement et confirmé par l'évolution clinique (paralysie) de la maladie et la mortalité élevée (38 0/0).

Au point de vue étiologique, il est tout d'abord à remarquer que dans une série de cas, la maladie avait déjà frappé, à des espaces de temps quelquefois très éloignés, des parents proches ou éloignés de la même famille. Dans tous ces cas la diphthérie fut très grave, presque toujours mortelle, de sorte que l'idée d'une prédisposition héréditaire à la diphthérie paraît très légitime.

Les 48 enfants de ces 50 avaient des frères et des sœurs au nombre de 85. Or sur ces 48 enfants, 36 eurent une diphthérie qui ne contagionna personne; 14 seulement ont eu une diphthérie qui contamina 18 autres enfants et 3 adultes: quatre fois dans les vingt-quatre heures qui suivirent le premier cas, cinq fois au bout de trois ou quatre jours, cinq fois après un espace de temps plus long, après deux à seize semaines environ.

Dans la plupart de ces cas, l'enfant primitivement atteint était isolé, ce qui pourtant n'empêchait pas l'infection d'autres enfants. Par contre, dans d'autres cas où le malade ne fut pas isolé (une famille comptant cinq enfants et vivant dans une seule pièce), l'infection d'autres enfants n'eut pas lieu.

Un fait très remarquable, c'est que chez les enfants secondairement infectés, la diphthérie avait un caractère particulièrement grave.

En somme, tous ces faits montrent que le pouvoir contagieux de la diphthérie est minime, surtout quand on compare sous ce rapport la diphthérie à la rougeole dont la contagiosité est de 99 0/0, ou à la scarlatine qui possède un pouvoir contagieux de 30 0/0.

M. Eger demande si la diminution de la contagiosité de la diphthérie ne tient pas à ce que la diphthérie tend de plus en plus à disparaître des grandes villes?

M. Gottstein ne trouve pas que cette tendance existe.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 31 *janvier* 1893.

Fièvre bilieuse hématurique.

M. Wheaton. — Le malade est d'abord pris de frissons, d'engourdissement des membres, de douleurs dans les reins, d'un malaise général; puis vient de la jaunisse ; le malade a de la fièvre et rend une urine couleur de bière brune. Ces attaques se renouvellent plusieurs fois et sont souvent suivies de néphrite et d'hématurie. Dans les cas graves il y a des vomissements bilieux et la mort survient au milieu de symptômes d'urémie. L'urine est acide et contient de l'hémoglobine, mais pas d'hématies ; l'hypertrophie du foie et celle de la rate sont rares. Cette maladie rappelle donc l'hémoglobinurie paroxystique, mais elle en diffère par les vomissements et sa mortalité élevée. Les tubes du rein sont remplis de masses d'hémoglobine ; les cellules des tubes sécréteurs sont gonflées et granuleuses. Dans la rate on trouve de l'hémoglobine amorphe et les cellules hépatiques sont remplies de pigment. L'hémoglobinurie paroxystique étant rarement mortelle, on a peu étudié ses lésions, mais le peu qu'on en connaît est identique aux précédentes. La fièvre bilieuse hématurique, comme l'hémoglobinurie paroxystique, peut être suivie d'albuminurie paroxystique. Il est probable que la première maladie est plus mortelle, en Afrique, parce que les causes qui la produisent sont plus actives dans ce climat. L'hémoglobinurie paroxystique a une très grande aire de distribution; elle survient aussi chez les bestiaux, les moutons, les chevaux. Les plasmodies de la malaria feraient défaut dans le sang des malades atteints de bilieuse hématurique.

M. West. — J'ai vu un jeune homme de 27 ans, qui avait été sur la côte occidentale d'Afrique, chez lequel un refroidissement provoqua de la fièvre et de l'hémoglobinurie; il y eut de l'ictère le lendemain. J'ai trouvé de l'hémoglobine dans l'urine qui du reste ne contenait aucune trace de bile; des écorchures accidentelles de la peau se mirent à saigner et il y eut des hémorrhagies gingivales et des vomissements. La température tomba au-dessous de la normale et le malade mourut le septième jour. Ce malade avait déjà eu autrefois trois ou quatre attaques analogues. La race nègre est aussi fréquemment atteinte par ces accidents que la race blanche.

Thrombose et infarctus pulmonaires.

M. Pitt. — J'ai vu des cas de thrombose de l'artère pulmonaire sans infarctus. Litten et d'autres ont montré que la nutrition du poumon est assurée par les artères bronchiques, médiastines et péricardiques, quand l'artère pulmonaire est obstruée par un agent aseptique (caillot ou corps étranger). Grawitz et Virchow ont montré aussi que quand les artères pulmonaires sont obstruées, les hémorrhagies sont rares. La tendance aux infarctus est d'autant moins marquée que l'occlusion porte sur de plus gros vaisseaux. Pour Cohnheim, la thrombose de l'artère pulmonaire est rare et les infarctus sont généralement dus à des embolies. Je ne partage pas cette opinion. Je crois qu'on ferait bien de réformer la nomenclature actuelle et de donner des noms différents aux grandes hémorrhagies qui se font dans le parenchyme pulmonaire, aux plus petites hémorrhagies qui ont une apparence nodulaire et enfin à celles qui se font jour dans les bronches. Pour moi, il peut y avoir thrombose sans hémorrhagie dans le parenchyme pulmonaire ; les caillots des artères pulmonaires, que quelques auteurs considèrent comme formés par des embolies, sont, à mon sens, dus plus fréquemment à la thrombose ; enfin la thrombose de l'artère pulmonaire, loin d'être rare, est plus fréquente que celle de toute autre veine ou artère.

M. Turner. — Quand la thrombose se fait lentement, les artères bronchiques ont le temps de se dilater et d'assurer la nutrition du poumon. La cause de cette thrombose réside probablement dans une lésion artérielle, auriculaire ou ventriculaire concurremment avec un état septique du sang.

M. Goodhart. — Il n'est pas toujours aisé de distinguer une thrombose d'une embolie; c'est ainsi que j'ai vu une jeune fille mourir d'embolie pulmonaire; pendant la vie, la

veine saphène était incontestablement le siège d'un caillot et cependant, à l'autopsie, on ne put trouver aucune trace de la place occupée par ce caillot.

Anévrysme artério-veineux.

M. Pitt montre un anévrysme artério-veineux de l'artère et de la veine iliaques primitives gauches. Le cœur était dilaté et hypertrophié, ce que M. Pitt attribue à l'augmentation de tension dans le système veineux par suite du passage direct du sang artériel dans la veine cave inférieure. Cet anévrysme s'était formé chez un enfant qui avait été heurté à l'aine par le timon d'une charrette. La jambe était devenue œdémateuse et les veines collatérales, surtout celles du pénis, étaient dilatées.

Ulcère serpigineux du mamelon chez un homme.

M. Robinson. — Un homme de 60 ans avait, depuis quelques années, un gonflement du mamelon droit; il était ulcéré et il en suintait un liquide séro-sanguinolent; l'ulcère s'étendit, détruisant le mamelon; les tissus environnants n'étaient pas indurés. Pas d'adénites. On enleva la partie ulcérée. Le malade mourut au bout d'un an d'une bronchite chronique, sans qu'il y eût eu de récidive. L'examen histologique de la pièce montra qu'il s'agissait d'un ulcère simple.

Epaississement fibreux de l'endocarde.

M. White. — J'ai trouvé chez un phthisique un épaississement de l'endocarde au niveau du ventricule droit; les valvules et le myocarde étaient sains. Il n'y avait aucun antécédent syphilitique, goutteux ou d'empoisonnement par le plomb. Il y avait de la périhépatite et de la péritonite chronique.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 27 janvier 1893.

Cancer du sein.

M. Lane. — Dans un cas de cancer étendu du sein, j'ai enlevé la totalité des muscles pectoraux sous-jacents et j'ai soigneusement disséqué les vaisseaux et les nerfs de l'aisselle, enlevant le tissu cellulaire et les ganglions lymphatiques. J'ai trouvé entre les pectoraux, en partie sur la paroi thoracique et en partie sur le petit pectoral, une chaîne ganglionnaire infectée et gagnant l'aisselle au-dessus du petit pectoral; je me suis maintes fois assuré que, très souvent, c'est cette chaîne ganglionnaire qui devient le point de départ d'une récidive. Je compris alors qu'il ne suffisait pas de nettoyer l'aisselle, mais qu'il fallait enlever les muscles pectoraux et les fascias formant la paroi antérieure de l'aisselle avec les lymphatiques qui y sont contenus. On peut, si la chose paraît nécessaire, nettoyer de même le triangle sous-claviculaire. Cette méthode n'augmente que très peu les risques. La seule objection qu'on puisse faire à cette opération est qu'elle entraîne une hémorrhagie considérable et que les mouvements des bras restent ensuite très limités.

M. Eve. — Je n'ai enlevé qu'une fois les muscles pectoraux et je l'ai beaucoup regretté; je me propose de ne jamais recommencer.

Taille hypogastrique.

M. Parker. — Je conseille l'incision transversale de la paroi abdominale dans la taille hypogastrique. Cette incision transversale a déjà été préconisée par M. Trendelenburg. J'ai opéré trois malades par cette méthode, qui permet l'accès plus facile de la vessie, l'ouverture de cette dernière dans son point le moins mobile, immédiatement en arrière du pubis; les chances de réunion par première intention sont augmentées; le drainage est plus facile, les muscles droits ne tendant pas à fermer continuellement le drain comme dans l'incision verticale.

M. Browne. — L'incision transverse est très bonne pour les enfants et pour les sujets dont la vessie est saine. Chez les gens âgés atteints de cystite et qui ont une paroi abdominale très grasse, l'incision transverse ne saurait convenir, surtout s'il existe en même temps une hernie inguinale. De plus, l'incision transverse expose à des éventrations que ne donne jamais l'incision verticale.

M. Gould. — L'incision transversale convient très bien aux tumeurs de la vessie; il existe même un chirurgien qui suture temporairement la vessie à la plaie pour l'ablation de la tumeur. L'incision verticale suffit pour les calculs.

M. Bruce-Clarke. — J'ai vu en Allemagne cette incision transversale entraîner dans bien des cas des hernies consécutives.

M. Parker. — J'ai fait cette incision chez des sujets très gras; il faut qu'elle soit extraordinairement longue pour risquer de blesser des hernies déjà existantes. Je n'ai jamais eu de hernie consécutive à cette opération.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LEEDS ET WEST-RIDING

Séance du 13 janvier 1893.

Névrite arsenicale.

M. Barrs. — Un enfant de 12 ans eut de la chorée; on le soumit au traitement arsenical. L'enfant put retourner chez lui et la chorée disparut. Mais les réflexes patellaires qui avaient disparu pendant la chorée ne se montrèrent plus et, au bout d'un mois, l'enfant rentra à l'hôpital avec un affaiblissement très marqué des muscles des bras, des jambes et du tronc, un amaigrissement considérable, de l'anesthésie et de la perte des réflexes. Je crois qu'il s'agit là d'une paralysie due à de la névrite arsenicale et non à de la chorée.

Anévrysme de l'aorte abdominale.

M. Churton. — Un homme de 35 ans, souffrant de névralgies depuis quelques mois, d'abord au voisinage de l'arcade crurale gauche, puis au niveau du flanc et enfin dans tout le membre inférieur gauche, présenta ensuite de l'anesthésie. Une tumeur apparut dans la région lombaire gauche; cette tumeur était pulsatile. Le malade mourut et on trouva une rupture d'un anévrysme de l'aorte immédiatement au-dessus du tronc cœliaque.

Varices œsophagiennes.

M. Eddison montre les pièces d'un homme mort par rupture de varices œsophagiennes. C'était un homme de 60 ans, syphilitique et alcoolique; il avait de l'ascite; il eut, à plusieurs reprises, des hématémèses et du mélæna. Le foie était atrophié et avait perdu sa forme ordinaire. Ces hémorrhagies des veines œsophagiennes sont bien plus fréquentes qu'on ne le croit d'ordinaire.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MANCHESTER

Séance du 17 janvier 1893.

Forceps.

M. Le Page présente son tracteur qui permet d'exercer des tractions suivant l'axe vrai des parties résistantes. La traction suivant l'axe du bassin est impossible avec les longs forceps, et la force, ainsi mal dirigée, peut produire des lésions. La force de traction appliquée à la tête est à peu près moitié de la traction employée; pour réduire cette pression sur la tête, il faut tirer bien dans l'axe. C'est ce que permet seul le tracteur présenté par l'auteur.

Hernie scrotale.

M. Whitehead. — J'ai opéré une hernie scrotale qui s'étendait presque jusqu'aux genoux du malade. Ce dernier avait été décidé à se faire opérer par des symptômes d'étranglement. A l'ouverture du sac je constatai la présence du cæcum, de l'intestin grêle et d'une masse constituée par l'épiploon hypertrophié. Il y avait de nombreuses adhérences entre le sac et son contenu. Le testicule dut être enlevé en raison des lésions du cordon qu'entraîna la rupture des adhérences. L'opération dura trois heures. Le malade est complètement guéri.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE
Séance du 3 février 1893.

Leucocytose après application de froid.

M. Winternitz a constaté, par l'examen microscopique du sang, que l'application du froid sous diverses formes, provoque une leucocytose manifeste pendant laquelle le nombre des leucocytes augmente de deux ou même de trois fois. Cette leucocytose persiste pendant une demi-heure pour disparaître ensuite progressivement.

Symphyséotomie.

M. Lutzko présente une malade à bassin rétréci (8 cm. 25) à laquelle il a pratiqué la symphyséotomie. Après l'extraction de l'enfant avec le forceps, on fit la suture du pubis avec un fil d'argent. La malade a pu se lever trois semaines après l'opération. L'enfant a succombé au troisième jour aux suites d'une hémorrhagie cérébrale.

Sarcomatose de la peau.

M. Kaposi présente trois malades atteints chacun d'un type particulier de sarcomatose de la peau.

Chez le premier malade, il s'agit de sarcome pigmentaire idiopathique multiple de la peau. L'affection a débuté dans la peau des mains et des pieds sous forme de nodules au début rouges, plus tard mélaniques. Ces nodules, disposés très près les uns des autres, forment des plaques et de véritables tumeurs. A la longue, ils s'atrophient, grâce à un processus atrophique qui débute au centre du nodule. La récidive sur place ou dans les organes internes est fréquente.

Le second malade présente le type de sarcome mélanique. Chez lui, c'est la peau des membres inférieurs qui est atteinte. Le foyer primitif doit siéger dans le bassin, car le malade a eu de l'œdème de la jambe gauche avec les manifestations sarcomateuses de la peau.

Chez le troisième malade, on trouve des nodules innombrables disséminés sur la peau. Ces nodules, de dimensions et de couleur variables, paraissent siéger dans la couche profonde de la peau.

Bourdonnements d'oreilles.

M. Teleki a eu l'occasion de voir une malade qui se plaignait de percevoir continuellement dans les oreilles les battements du cœur. Plus tard elle eut des vertiges, de la diplopie avec scotomes.

A l'examen, on ne trouvait rien d'anormal du côté du cœur et des artères périphériques. L'auscultation de la tête et de l'oreille faisait entendre un bourdonnement synchrone à la systole. La compression de la carotide gauche faisait disparaître les bourdonnements.

Dans un cas de ce genre publié par Eiselsberg, on fit avec succès la ligature de la temporale profonde. Pour sa malade, M. Teleki croit à l'existence d'un anévrysme de la carotide externe, mais ne pense pas que la ligature de ce vaisseau donne des résultats satisfaisants.

M. Mauthner fait observer que ce bourdonnement existe toujours dans l'exophthalmie pulsatile survenant ordinairement à la suite d'un anévrysme artérioso-veineux. Quand on fait dans ces cas la ligature de la carotide interne, les résultats sont assez satisfaisants, comme on peut s'en convaincre en constatant les statistiques des oculistes.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PEST
Séance du 14 janvier 1893

Néphrectomie pour pyélite calculeuse.

M. Dollinger présente un rein extirpé pour une pyonéphrite calculeuse.

Il s'agit d'un homme de 24 ans, sujet, depuis l'âge de 18 ans, à des coliques néphrétiques avec pus dans l'urine. En octobre 1892, les urines devinrent fétides, et le malade fut pris de fièvre et de douleurs dans la région lombaire gauche. L'urine renfermait trois quarts de son volume de pus. On diagnostiqua une pyélite calculeuse et on décida d'enlever le rein malade.

L'ablation du rein très volumineux ne présenta pas de grandes difficultés, car on ne trouva des adhérences solides qu'en avant, avec le péritoine. Le rein fut alors attiré hors de la plaie et excisé après la ligature de l'uretère épaissi et des vaisseaux. La cavité fut ensuite lavée au sublimé et tamponnée avec de la gaze iodoformée. La guérison s'effectua sans complication. L'urine émise peu de temps après l'opération était claire, ce qui montrait que le second rein était sain.

Sur le rein malade, le bassinet transformé en cavité purulente renfermait un calcul urique de 2 cent. de long sur 2 de large, dont un prolongement pénétrait à 1 cent. de profondeur dans l'uretère.

M. Alapi demande pourquoi on n'avait pas fait, dans ce cas, la néphrotomie comme le conseille M. Guyon? Si la guérison est plus longue à venir, on a, en revanche, la possibilité d'opérer le second rein dans le cas où il deviendrait à son tour calculeux.

M. Dollinger. — Les résultats de la néphrotomie ne sont guère brillants, et mon malade ne voulait pas garder une fistule urinaire.

Paralysie du larynx.

M. Onodi rapporte un cas d'anévrysme de l'aorte chez une femme de 62 ans qui avait de l'aphonie.

A l'examen laryngoscopique on trouvait une paralysie de la corde vocale gauche; la corde vocale droite était située presque sur la ligne médiane. Pendant l'inspiration, la corde vocale droite restait immobile, mais pendant la phonation elle s'approchait un peu de la corde vocale gauche.

A l'autopsie de cette femme on trouva un anévrysme de l'aorte ascendante qui comprimait les nerfs laryngés inférieurs du côté droit, et un anévrysme de la crosse qui comprimait les nerfs laryngés inférieurs du côté gauche.

L'examen histologique de ces nerfs montra l'existence d'une dégénérescence.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE STYRIE
Séance du 22 janvier 1893.

Tumeur blanche du genou.

M. Gold présente deux cas de tumeur blanche du genou notablement améliorés par les injections d'huile iodoformée et l'immobilisation. On a fait en tout 22 injections. Les douleurs ont disparu, la tuméfaction de l'article a considérablement diminué et le malade peut même à présent marcher.

M. Eppinger fait observer que sous l'influence de ce traitement l'exsudat se résorbe et est remplacé par du tissu conjonctif qui emprisonne et étouffe les foyers tuberculeux. En ce sens, on peut parler d'amélioration, mais non pas de guérison.

M. Wœlfler, à la clinique duquel ces deux malades furent soignés, trouve qu'on peut être très content des résultats obtenus. Chez un malade le déplacement du tibia était tel, que dans le temps on n'aurait pas hésité à faire l'amputation.

Croup idiopathique.

M. Escherich rapporte trois cas de croup idiopathique dans lesquels l'examen des fausses-membranes ne montra pas la présence des bacilles de Lœffler.

C'est dans ces cas que le tubage donne des résultats très satisfaisants, bien supérieurs à ceux qu'on obtient dans le croup à bacille de Lœffler.

Curettage du larynx.

M. Laker présente un malade qu'il a guéri d'une aphonie datant d'un an, par une intervention chirurgicale sur le larynx.

L'aphonie était causée par des ulcérations et des granulations qui siégeaient sur les cordes vocales. Le malade n'était pas tuberculeux ni syphilitique ni néoplasique.

M. Laker extirpa les granulations et fit le curettage à fond des ulcérations. Au bout de huit semaines la voix était revenue.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE MÉDICALE

Diabète dans deux cas de lithiase pancréatique,
par M. Freyhan.

Depuis quelques années, la question du rôle du pancréas dans la production du diabète se trouve remise à l'ordre du jour. Il faut arriver aux recherches mémorables de Mehring et Minkowski pour voir cette question définitivement résolue dans le sens positif, ces auteurs ayant démontré que l'ablation complète du pancréas, c'est-à-dire la disparition de la fonction de cette glande, provoque infailliblement le diabète. En effet, les expériences des auteurs qui ont expérimentalement abordé cette question avant Mehring et Minkowski ne sont pas concluantes en ce sens que les résultats, positifs ou négatifs, pouvaient être attribués soit à la lésion du plexus solaire soit à la persistance de la fonction du pancréas. Comme l'ont montré Mehring et Minkowski, le diabète ne se produit que lorsque le pancréas a été extirpé en totalité et qu'il ne reste pas la moindre parcelle de la glande.

Ce point est donc d'une importance capitale. Depuis que Cowley a publié le premier cas de diabète où à l'autopsie on trouva le pancréas rempli de calculs, les observations de ce genre se sont multipliées dans une proportion toujours croissante. On peut même diviser ces observations en deux groupes : les observations anciennes où le pancréas était complètement détruit par les calculs, et les observations récentes dans lesquelles le pancréas fut trouvé atteint de dégénérescence graisseuse ou d'atrophie peu marquée, processus auxquels on n'en rapporte pas moins l'origine du diabète.

S'il paraît déjà peu probable qu'une lésion minime du pancréas, une dégénérescence visible seulement sous le microscope, puisse produire le même effet que l'atrophie complète de la glande, le doute devient encore plus grand quand on compare les faits cliniques aux données expérimentales. Comme nous l'avons déjà dit, on ne produit expérimentalement le diabète qu'en obtenant l'abolition complète de la fonction pancréatique par l'extirpation totale de la glande, et Mehring et Minkowski ont montré que les chiens ne deviennent pas diabétiques quand on leur enlève même les quatre cinquièmes du pancréas. Ce fait est confirmé par la clinique, car bien souvent dans la dégénérescence cancéreuse du pancréas le sucre manque dans l'urine quand une portion de la glande reste intacte.

On comprend encore moins que la simple atrophie du pancréas puisse provoquer des troubles fonctionnels tels que le diabète s'ensuive. Pawlow a montré directement que dans l'atrophie du pancréas par ligature de son canal, la fonction de la glande n'est pas abolie et que le suc pancréatique retiré trente jours après cette ligature possède toutes les propriétés d'un suc pancréatique normal. Mehring et Minkowski, en sacrifiant les chiens auxquels ils avaient, six semaines auparavant, lié le canal pancréatique, ont trouvé une atrophie très avancée du pancréas sans que les animaux eussent pendant la vie présenté du sucre dans l'urine.

Nous ne croyons pas que la cause du diabète doive toujours être cherchée dans l'état du pancréas, et il est certain que l'étiologie du diabète peut relever d'un grand nombre de causes. Nous est avis que le diabète ne doit être considéré comme dépendant du pancréas que lorsque la glande est détruite en totalité. Si l'on soumet alors les cas de diabète pancréatique à la critique, on constate que le nombre de cas où la destruction de la glande était complète est très restreint. C'est à ce titre que nous avons cru intéressant de publier les deux cas de diabète où nous avons pu faire l'examen du pancréas.

Il s'agit de deux diabétiques qui ont succombé aux progrès d'une tuberculose pulmonaire. Leur histoire clinique de même que l'examen nécroscopique des organes ne présentant rien de saillant, nous nous contenterons de donner ici la description de l'état du pancréas.

Chez le premier malade, un homme de 35 ans, le pancréas était manifestement atrophié, diminué de volume, et de consistance molle. Il mesurait 17 cm. de longueur sur 2 de hauteur et pesait 30 grammes. Le parenchyme glandulaire avait totalement disparu et était remplacé par du tissu adipeux. Dans l'aire de l'organe on voyait le canal pancréatique irrégulièrement dilaté, comme variqueux, et rempli dans sa totalité par des calculs et du gravier. Les calculs à surface framboisée, friables, blancs ou grisâtres, se composaient presque exclusivement de carbonate de chaux et ne contenaient pas de phosphates alcalino-terreux. Les parois du canal et de ses ramifications étaient épaissies et renforcées par des brides fibreuses. L'examen microscopique des coupes durcies ne permit pas de découvrir une seule cellule glandulaire, et partout le parenchyme était remplacé par du tissu adipeux.

Dans le second cas, le pancréas était remplacé par un corps composé exclusivement de tissu conjonctif et de graisse, à l'exception de la tête où l'on trouvait quelques lobules de parenchyme normal. Dans la queue du pancréas on sentait un corps dur qui, mis à nu, s'est présenté sous forme d'un calcul, gros comme une prune, enclavé solidement dans le canal pancréatique. Le canal lui-même était rempli de gravier et de concrétions suspendus dans un liquide muqueux, et se terminait en cul-de-sac du côté de la tête du pancréas. Le calcul, très friable, se composait d'un noyau très dur et de couches périphériques plus molles constitués, le noyau par du carbonate de chaux et les parties périphériques par des substances organiques, principalement par de la cholestérine.

Les deux cas présentent donc une analogie considérable. Dans les deux cas il y avait du diabète et chez les deux malades le pancréas était complètement détruit par les calculs.

On sait que Lancereaux a décrit au diabète pancréatique une symptomatologie particulière : apparition brusque de la méliturie, glycosurie abondante, amaigrissement rapide et mort à brève échéance, et a opposé le diabète pancréatique au diabète gras caractérisé par une évolution lente et une glycosurie peu élevée. Mais il est difficile de dire jusqu'à quel point cette distinction est légitime. En tous cas, nos deux observations sont celles de diabète maigre, bien que la glycosurie ne fût très élevée que dans le second cas. Quant à l'amaigrissement considérable et à la marche rapide du diabète, on peut les attribuer à la tuberculose concomitante (1).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Examen d'une pièce de gastro-entérostomie,
par le Dr Paul Reclus.

Je vous ai communiqué, en octobre dernier, une observation de gastro-entérostomie. L'anastomose avait été pratiquée le 3 août 1892 et le résultat, vous disais-je alors, en avait été bon. La malade a vécu jusqu'au 3 janvier dernier ; elle s'est donc éteinte cinq mois, jour pour jour, après notre intervention dont le bénéfice ne s'est pas démenti jusqu'à la mort : il n'y a plus eu ni vomissements, ni douleurs et c'est peu à peu que

(1) D'après la *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1893, n° 6.

la cachexie a eu raison de notre opérée. J'ai pu examiner la pièce et l'intérêt qu'elle présente est assez grand pour que je vous en communique une rapide analyse.

Je ne parlerai que de l'estomac ; je laisserai donc de côté la tuberculose pulmonaire concomitante et les cavernes dont étaient creusés les deux sommets. Le cancer primitif s'était généralisé et peu d'organes y avaient échappé. L'intestin en particulier est criblé de petites tumeurs dont le volume varie d'un pois à une noisette. Les foyers secondaires sont surtout confluents sur les anses grêles, mais le côlon n'y échappe pas. Un de ces néoplasmes se trouvait à 25 centim. environ de l'anastomose et sur l'anse jéjunale qu'elle oblitère en partie. Si la cachexie n'avait pas tué notre malade, une obstruction nouvelle était imminente au niveau de cette tumeur qui déjà laissait à peine une légère fente pour le passage du bol alimentaire.

Ce qui nous frappe, lors de l'ouverture de l'abdomen, c'est le volume normal de l'estomac ; au cours de notre laparotomie nous l'avions trouvé descendant jusqu'à la vessie et l'on se rappelle l'énorme quantité de liquide et de débris alimentaires qu'il contenait. Maintenant il mesure ses dimensions habituelles : le cardia, la grande et la petite courbure, la face antérieure et la face postérieure, dans toute la portion qui est à gauche de l'anastomose, paraissent absolument sains ; on n'y rencontre aucune infiltration cancéreuse et la séreuse, la musculeuse et la muqueuse sont sans altération appréciable. Or cette portion saine, à gauche de l'anastomose, compte environ les trois quarts de l'estomac : l'anastomose, en effet, a été établie beaucoup plus près du pylore que du grand cul-de-sac.

La portion située à droite de l'anastomose est au contraire envahie ; on trouve, en arrière et en avant, des masses cancéreuses qui infiltrent les parois et se continuent en une virole rigide jusqu'au duodénum à peu près oblitéré par le tissu morbide jusqu'à 3 ou 4 centim. au delà de l'estomac. Néanmoins il existe un petit orifice par où un stylet peut s'insinuer jusque dans l'intestin. Le néoplasme qui lors de notre intervention était distant de plusieurs centimètres de notre bouche artificielle, s'était peu à peu étendu jusqu'à elle et a même envahi un peu la lèvre droite du bout duodénal. Cependant l'anastomose est encore presque tout entière en tissu souple et ne se trouve nullement oblitérée par le cancer.

Au niveau de son abouchement à l'estomac, l'anse intestinale se coude à angle aigu et l'on a deux branches, l'une, le bout duodénal, qui va du pylore à l'anastomose et qui mesure de 35 à 40 centim. ; ce bout, qu'on pourrait appeler « cæcal » parce qu'il se termine en cul-de-sac au niveau du pylore oblitéré par le cancer, reçoit la bile, le suc pancréatique et quelques parcelles alimentaires qui s'y engagent non par le pylore obstrué, mais par l'orifice artificiel de l'estomac. Mais ces matières n'y stagnent certainement pas, car elles ne paraissent ni macérées ni plus anciennes que celles des autres parties du tube intestinal. D'ailleurs cette anse n'est pas dilatée et semblerait absolument normale, n'étaient les petits noyaux cancéreux qui l'infiltrent. Quant au bout jéjunal, il est bien calibré et n'a d'irrégulier que cette bride cancéreuse qui, vers le 25e cent., en ferme aux trois quarts la lumière.

Le traumatisme opératoire n'a laissé de trace en aucun point : la séreuse passe de l'estomac sur l'intestin sans discontinuité apparente et à peine trouve-t-on, au niveau du sillon qui les sépare, un léger épaississement fibreux. Les fils transparaissent au-dessous ; le péritoine glisse sur eux et lorsqu'on incise la séreuse d'un coup de pointe, le fil, sans adhérence, surgit pour ainsi dire et se déroule avec la couleur et la souplesse qu'il avait au moment de l'intervention. Du côté de la muqueuse, l'anastomose est aussi régulière : la demi-circonférence droite et inférieure est un peu soulevée, en un point, par un prolongement cancéreux, mais elle est encore souple et porte sur son bord libre, absolument intacts et espacés de trois en trois millimètres, les fils muco-muqueux qui pendent, un peu noircis par les réactions chimiques. Mais pas un n'a ulcéré la portion de muqueuse qu'il étreint. La demi-circonférence inférieure n'a pas évidemment de fils : ceux-ci ont été noués en dedans ; elle forme comme un éperon saillant, semblable à celui qu'on rencontre à la bifurcation des artères, et la muqueuse stomacale se continue avec la muqueuse intestinale sans modification apparente.

Une première remarque que cette pièce nous inspire est le siège de l'anastomose : nous avions voulu la rapprocher du pylore pour que le bol alimentaire sortît de l'estomac dans un point pas trop éloigné de son passage habituel. Nous n'avons pas eu à nous en repentir, puisque le résultat fonctionnel a été excellent et puisque que le cancer n'a pas assez progressé pour oblitérer la bouche stomacale. Mais si notre opéré eût vécu plus longtemps, le néoplasme aurait pu envahir et obstruer l'orifice artificiel. Il faut donc tenir compte de cette infiltration progressive et ne pas trop rapprocher l'anastomose du néoplasme.

Une deuxième remarque est la disparition totale de la dilatation : les dimensions de la poche étaient presque invraisemblables et l'organe descendait jusqu'à la vessie. Vous pouvez voir que l'organe a repris son volume habituel. Et ceci nous conduit à notre troisième remarque : l'anastomose faite sur la face antérieure et sur la face postérieure comme le réclament certains opérateurs, n'a pas nui au résultat fonctionnel. Je n'ai pas bien compris les raisons théoriques que ces chirurgiens invoquent ; en tout cas notre fait ne plaide pas en leur faveur et nous ne voyons pas quels résultats supérieurs eût pu donner une gastro-entérostomie postérieure.

Notre dernière remarque a trait à l'anastomose jéjuno-duodénale que Jaboulay recommande de juxtaposer à la gastro-entérostomie. Il craint l'accumulation de la bile, son reflux dans l'estomac, et non la pénétration du bol alimentaire dans le cul-de-sac duodénal aveuglé par le cancer du pylore. Ici encore le fait condamne l'hypothèse : nous n'avons rien observé pendant la vie qui puisse témoigner de cette rétro-dilatation et à l'autopsie l'anse duodénale s'est trouvée de calibre normal. Aussi condamnons-nous cette anastomose jéjuno-duodénale qui complique l'opération, allonge sa durée d'une manière très appréciable et par conséquent augmente les chances de choc et de collapsus qui trop souvent guettent le malade déjà cachectique.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION DE L'ÉTAT MÉDICAL DE NEW-YORK

Neuvième réunion annuelle tenue à New-York les 15, 16 *et* 17 *novembre* 1892.

Grossesse extra-utérine.

M. Ingraham. — Sur les trois cas que je viens d'observer, le premier survint chez une célibataire qui dissimula son affection et l'opération ne put être faite en temps utile pour sauver la malade. Dans le deuxième cas, il y eut une rupture dans la cavité abdominale et le sang s'enkysta dans le cul-de-sac de Douglas ; on évacua le kyste et la malade guérit. Dans le troisième cas, la rupture se fit dans le ligament large avec mort du fœtus. L'électricité est non seulement inutile, mais dangereuse.

M. Moore. — M. Bland-Sutton a montré que les femmes restées longtemps stériles et devenant enceintes avaient une prédisposition à la grossesse extra-utérine.

M. Janvier. — J'ai été un des premiers à montrer l'utilité de la laparotomie dans tous les cas de grossesse extra-utérine.

Version pelvienne.

M. Mc Gillicuddy. — La version pelvienne n'est qu'une imitation de l'évolution spontanée et elle est surtout indiquée dans les présentations transverses. On la pratique très aisément en insinuant les doigts dans l'aine ou au-dessus de la crête de l'os iliaque de l'enfant. Cependant on pratiquera des pressions extérieures sur la tête et le siège de l'enfant. Dans les cas de présentation du tronc, les avantages que présente cette version sur la version podalique sont les suivants : 1° c'est une opération plus simple ; 2° elle ne nécessite que l'introduction des doigts et non de la main dans l'utérus ; 3° souvent elle ne nécessite qu'un faible déplacement de l'enfant ; 4° elle entraîne moins de choc ; les risques de rupture de l'utérus sont moins grands. Elle est aussi fort utile dans les cas où les bras sont dans le vagin, l'épaule étant fortement engagée, le liquide amniotique s'était épanché et l'utérus étant fortement rétracté sur l'enfant.

Traitement palliatif des cancers de l'utérus et des annexes non justiciables d'une cure radicale.

M. Janvier. — Il faut, tout d'abord, créer un sanatarium dans les régions suburbaines pour y soigner ces malades. On aura recours à un traitement local à la curette tranchante; si on ouvre un cul-de-sac péritonéal, on y placera une éponge montée antiseptique pour prévenir la descente des intestins pendant l'opération. Les douches chaudes arrêteront les hémorrhagies; on pourra aussi avoir recours à une solution saturée de tanin, à l'application du cautère actuel ou au tamponnement vaginal. On pansera avec du coton absorbant imbibé d'une solution de chlorure de zinc; on enlève ce pansement au bout de 24 heures et on lave au bichlorure, puis on assèche la région et on met de l'iodoforme. Les eschares dues au chlorure de zinc tombent au bout d'une huitaine de jours. Avant d'appliquer le chlorure de zinc, il faudrait avoir soin de rendre toutes les surfaces parfaitement sèches. A l'intérieur, on donnera de l'arsenic et de l'extrait de girofle.

Corps étranger de l'œil.

M. Hubbell. — J'ai fait construire un appareil électro-magnétique pour l'extraction des petits fragments de fer introduits dans l'œil. On a dit que l'œil pouvait tolérer ces corps étrangers pendant un temps très long, mais il est exceptionnel qu'il en soit ainsi; l'emploi de cet instrument peut au contraire sauver la vue. Le point où on introduira l'électro-aimant avec le moins de risques et le plus de chances de trouver la particule de fer est situé en dehors du globe oculaire, entre les muscles droits inférieur et externe. On fera bien de ne faire l'incision dans la sclérotique qu'après avoir disséqué un lambeau triangulaire de la conjonctive.

Impressions maternelles.

M. Williams. — On peut se demander dans quelle mesure l'état mental de la mère peut influer directement et indirectement sur le fœtus. L'élément essentiel consiste dans un transfert mental direct d'énergie de la mère au fœtus. Chez la mère, la loi de conservation de l'individu confine à la loi de la conservation de la race; ses instincts, ses habitudes, ses capacités tendent à ce dernier but. Mais si la théorie des impressions maternelles est vraie, une action mentale de la mère est toujours suspendue comme une menace sur la vie de l'enfant. Ce fait ne serait pas en accord avec cette croyance que toute loi doit être en harmonie avec les autres lois de l'univers. Pourquoi en effet l'influence mentale de la mère sur l'enfant se réduirait-elle à la période fœtale? L'enfant est encore dans la même dépendance vis-à-vis de sa mère quand il a deux ans. Comme cette loi est en désaccord avec d'autres lois plus larges, je crois qu'on doit la rejeter.

Chirurgie du cerveau.

M. Roswell Park. — J'ai eu l'occasion d'opérer et d'évacuer un abcès du lobe frontal du cerveau, mais il en existait un autre exactement semblable du côté opposé et que je n'ai point découvert pendant la vie du malade, car ce deuxième abcès ne s'est révélé par aucun symptôme. Les symptômes cérébraux avaient éclaté quatre semaines avant l'opération, à la suite de l'ablation d'un polype du nez. J'ai eu aussi à soigner des cas d'hémorrhagies intra-crâniennes: le premier cas avait été primitivement traité par un médecin sans précautions antiseptiques et le malade mourut. Dans le deuxième cas j'ai enlevé un caillot énorme situé en dehors de la dure-mère et le malade guérit. On arrive à cette conclusion aujourd'hui que, même pour les plus légères hémorrhagies, il vaut mieux trépaner. Cette opération en effet, faite avec les précautions antiseptiques, ne fait courir aucun danger au malade. Quant au traitement chirurgical de l'épilepsie, on peut dire qu'il est rare qu'on puisse annoncer à l'avance qu'un cas donné sera amélioré par une opération, et dans tous les cas la chirurgie seule est rarement capable de guérir l'épilepsie. Il faut y joindre un traitement médical et un régime. Toutes les fois que je trépane, aussi bien pour l'épilepsie que pour toute autre cause, je place une feuille d'or stérilisée entre le crâne et la dure-mère pour empêcher la formation d'adhérences. J'ai eu trois succès opératoires dans trois cas de démence épileptique. J'ai pratiqué six fois la nouvelle opération de crâniotomie ou crâniectomie linéaire; j'ai eu deux morts, deux guérisons de l'opération sans amélioration des malades et deux succès. Les deux cas non améliorés devaient être des exemples d'atrophie cérébrale inguérissable. En général on peut dire pour la chirurgie du cerveau qu'il faut opérer de bonne heure.

Éclampsie puerpérale.

M. Douglas Ayres. — La saignée des éclamptiques non seulement agit par elle-même, mais encore prépare l'action des remèdes ultérieurement donnés. Cette méthode de traitement diminue beaucoup la mortalité. J'ai guéri autrefois une malade par des injections sous-cutanées de chloral; mais il y a eu des abcès qui ont été très longs à guérir. Le chloral arrête mieux les convulsions que le chloroforme, et si son emploi a besoin d'être longtemps prolongé, il est moins dangereux que le chloroforme; il faut le donner par la voie rectale. La morphine à petites doses peut être utile. En somme, la première indication du traitement réside dans la saignée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 février 1893.

Elections.

Sir William Mac Cormac (de Londres) et le Dr Tilanus (d'Amsterdam), sont élus correspondants étrangers dans la division de chirurgie.

Choléra.

M. Brouardel relate, au nom de M. le **Dr Thoinot** et au sien, les phases de l'épidémie de choléra qui a sévi à l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir) en juillet et août derniers et dont il a déjà entretenu l'Académie à la fin de l'année dernière.

Il faut remarquer qu'à l'inverse de ce qui a été observé dans un grand nombre de foyers cholériques de 1892 (banlieue de Paris, Marseille, Lorient, Gueurle dans la Loire-Inférieure, Hondreville en Meurthe-et-Moselle), l'épidémie de Bonneval fournit un exemple bien net d'une invasion grave dans laquelle le rôle de l'eau a été nul. La propagation n'a pu se faire que par contact.

L'histoire de cette épidémie montre, en outre, que les mesures prophylactiques bien appliquées, rigoureusement surveillées, permettent de circonscrire le choléra dans son foyer primitif.

Pour cela il importe, avant tout, que les premiers cas ne soient pas dissimulés. L'hygiène, toute-puissante, si on prévient de suite l'autorité sanitaire, voit son intervention aboutir à un échec presque certain quand une ville, par un intérêt mal compris, laisse naître et se développer une épidémie. Etant donnés les moyens dont nous disposons actuellement, la prophylaxie du choléra se résume en une phrase : déclaration immédiate des premiers cas, même lorsqu'ils ne sont que suspects.

Chlorhydro-sulfate de quinine.

M. Laborde. — Le chlorhydro-sulfate de quinine, découvert par M. Grimaux (Voy. *Mercredi*, 1892, p. 337), est très facilement soluble dans l'eau : *il se dissout dans son poids d'eau à la température ordinaire*; il est donc dans des conditions très favorables pour être absorbé par les voies digestives, tandis que le sulfate médicinal exige plus de 700 parties d'eau, et ne paraît se dissoudre dans l'estomac qu'à la faveur de l'acide du suc gastrique. Cette facile solubilité le rend aussi très maniable pour les injections hypodermiques : une solution préparée avec 5 grammes de sel et 6 centimètres cubes d'eau renferme, par centimètre cube, 50 centigrammes de sel. Enfin, un autre de ses avantages, c'est que pour le même poids il renferme la même quantité de quinine que le sulfate médicinal cristallisé, avec sept molécules d'eau : il contient, en effet, pour cent, 74,2 de quinine, et le sulfate médicinal à 7 H^2O en contient 74,3; il doit, conséquemment, être prescrit aux mêmes doses que ce dernier.

Les essais que nous avons faits sur les animaux montrent qu'il possède, au moins, la même efficacité que le sulfate de

quinine. M. Laveran a confirmé cliniquement ces résultats, qui témoignent surtout en faveur de l'emploi de ce sel en injections hypodermiques, mais donloureuses et d'une action plus rapide que celles pratiquées avec le sulfate ordinaire et même que le chlorhydrate.

Traitement des tumeurs de la vessie.

M. Bazy. — On considérait autrefois les tumeurs de la vessie comme des *noli me tangere*. Depuis 1882, le premier en France, j'enseigne que toute tumeur peut être opérée : un grand nombre doit l'être, les indications sont la douleur, les envies fréquentes d'uriner, les hématuries, la rétention d'urine.

L'opération palliative est l'établissement d'un méat artificiel analogue à l'anus artificiel dans les cancers du rectum.

La meilleure voie pour l'opération est la voie hypogastrique que j'ai indiquée, à l'encontre de Sir H. Thompson qui avait préconisé la voie périnéale.

Je suis intervenu dans quinze cas ; le plus jeune de mes opérés avait 32 ans, le plus âgé 75 ans. Chez ce dernier je n'ai pas fait la taille ; il était porteur d'un calcul vésical que j'allais lithotritier ; en le lavant, je me suis aperçu que de grosses villosités se détachaient par la seule injection. J'ai alors fait un grattage sérieux de la vessie à travers les voies naturelles et j'ai pu amener au dehors un grand nombre de ces villosités. La suite m'a prouvé que j'avais bien fait, car ce malade n'a plus eu d'hématuries.

Tous les autres ont subi la taille hypogastrique. Le meilleur mode opératoire est l'exérèse totale de la tumeur au bistouri et cette exérèse peut s'étendre à tous les points des parois vésicales, zone extra-urétérale, zone urétérale. Ces idées ont été adoptées, du reste, par tous les chirurgiens.

Quel que soit le siège du néoplasme, il ne me paraît pas nécessaire de toucher à la ceinture osseuse du bassin ; la section de l'un ou des deux muscles droits suffit toujours.

L'inversion peut être utile, mais n'est pas nécessaire. La suture des bords de la perte de substance résultant de l'ablation du néoplasme doit être faite autant que possible : mais la rapidité de l'opération ou le siège urétéral de la perte de substance peut nécessiter une suture incomplète. Il pourra être utile pour la rapidité et la sécurité de l'opération de laisser des pinces et de faire le tamponnemeut de la vessie.

La suture de la vessie est recommandable toutes les fois qu'elle peut être faite ; mais même quand on ne la fait pas, l'emploi des tubes siphons de M. Périer, si recommandable et si utile dans nos premières tentatives, me paraît pouvoir être rejeté sans danger.

Obstruction intestinale par calcul biliaire.

M. Terrillon a été appelé le 5 juillet dernier auprès d'une femme atteinte depuis cinq jours d'occlusion intestinale, après avoir eu deux semaines environ de constipation. Le premier jour, le médecin avait senti dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse à la pression, et en effet, M. Terrillon constata en cette région une douleur assez nette ; en outre, le gros intestin n'était pas distendu. De là le diagnostic de néoplasme de la région iléo-cæcale, malgré des antécédents hépatiques nets (coliques à l'âge de 33 ans, ayant duré pendant quatre ans, puis silencieuses depuis neuf ans). La malade était affaiblie et amaigrie par des troubles digestif. Une incision iliaque oblique permit d'amener au dehors la fin de l'iléon, constituant à sa jonction avec le cæcum une tumeur d'apparence bizarre : une ponction avec une seringue de Pravaz démontra que c'était un corps étranger, qui dès lors fut extrait par une incision longitudinale, aussitôt suturée en trois plans. Réduction de l'intestin. Guérison qui depuis se maintient.

Ce fait est le second succès obtenu en France, le premier ayant été publié l'an dernier par Pouzet. A ce propos, Pouzet a réuni 22 cas, avec 7 succès seulement, ce qui tient avant tout à ce qu'on opère trop tard.

M. Terrillon cite encore la thèse de Dagron et le mémoire récent de Kirmisson et Rochard.

Matières albuminoïdes.

M. Gaube (du Gers), cherchant à classer bio-chimiquement les matières albuminoïdes, divise les albumines en trois classes : 1° alb. chlorurées, 2° alb. carbonatées, 3° alb. phosphatées. Les premières sont les plus fréquentes, les chlorures étant les sels les plus répandus dans l'organisme.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 *février* 1893.

Présidence de M. Hallopeau.

De l'atténuation des propriétés irritantes de l'acide tartrique.

M. Hallopeau. — J'ai signalé, il y a quelques années, les avantages que l'on trouvait à utiliser certains corps comme excipients de médicaments irritants. Je rapportais, à cette époque, les résultats d'une série d'observations qui m'avaient permis d'attribuer à la glycérine, à l'huile, la propriété d'atténuer la causticité de l'acide phénique, utilisé même à très haute dose, sans diminuer son action médicatrice.

J'ai obtenu récemment pour l'acide tartrique des résultats identiques. L'emploi de ce corps dans la vaseline ne laisse pas que de présenter parfois pour le malade de sérieux inconvénients qu'il importait de supprimer, eu égard à sa réelle efficacité dans certaines dermatoses.

L'huile et la glycérine m'ont paru constituer ici encore l'excipient de choix. Dans tous les cas il importe de n'utiliser l'acide tartrique ou l'acide phénique qu'à l'état de cristallisation.

J'ajouterai, enfin, que ces propriétés atténuantes de la glycérine ne s'exercent pas sur tous les corps. Pour n'en citer que deux, l'acide acétique, la créosote conservent totalement leur causticité.

M. P. Vigier. — Dès 1864, j'ai signalé l'innocuité du sublimé dans la glycérine. J'ai montré, à ce sujet, que l'usage de la glycérine et de l'huile comme excipients favorisait l'action topique du médicament en supprimant toute absorption cutanée.

M. Crinon. — J'ajouterai à la communication de M. Hallopeau que l'acide phénique en solution dans l'alcool à 90° n'est nullement caustique, et que son application sur la peau n'est douloureuse que si celle-ci vient à être mouillée.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 *février* 1893.

Nouveau procédé de recherche de l'oxyde de carbone.

M. Gréhant. — Ce procédé consiste à faire respirer un oiseau dans un milieu où l'on soupçonne la présence du gaz toxique. Les expériences que j'ai faites dans ces conditions m'ont permis de constater que, du sang d'un oiseau (canard) qui a respiré un mélange d'oxyde de carbone et d'air à 1/1000e, pendant une demi-heure, on peut extraire 6 c. c. d'oxyde de carbone pour 100 c. c. de sang.

De même, du sang d'un coq, ayant respiré pendant le même temps dans une atmosphère contenant 1/5000e d'oxyde de carbone, on a extrait 0 c. c. 77 de ce dernier gaz pour 100 c. c. de sang.

Le grisoumètre de M. Coquillion que j'ai modifié permet de reconnaître 1/1000e d'oxyde de carbone par une réduction d'un quart de division : c'est à peu près la limite de sensibilité de cet instrument.

Le procédé physiologique que je conseille d'employer est beaucoup plus sensible ; il permet de retrouver, dans un volume de sang, soixante fois plus d'oyxde de carbone qu'un égal volume du mélange d'air à 1/1000e n'en contient.

Influence de la pilocarpine et de la phloridzine sur la production du sucre dans le lait.

M. Cornevin. — Des expériences que j'ai entreprises avec ces deux substances, sur des vaches laitières, à l'aide d'injections sous-cutanées, il résulte que :

1° La pilocarpine augmente la proportion du sucre dans le lait, mais ne rend pas, pour cela, l'animal glycosurique ;

2° La phloridzine, en même temps qu'elle provoque la glycosurie, détermine dans le lait une augmentation du sucre qui peut dépasser le double de la quantité primitive, mais elle n'est pas strictement proportionnée à la dose de phloridzine injectée, pas plus dans le lait que dans l'urine. C'est ainsi que la plus faible dose de pilocarpine a produit une

augmentation relativement plus considérable que la plus forte.

A priori, l'élévation de la proportion du sucre déterminée par les deux corps (la pilocarpine et la phloridzine) qui ont servi à l'expérimentation ne semble pas pouvoir être interprétée de la même façon. Du reste le déterminisme de cette augmentation fera l'objet d'un autre travail.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 7 février 1893.

Injections sous-conjonctivales de sublimé.

M. Darier présente une jeune femme atteinte depuis un an de choroïdite de la région maculaire et traitée pendant cinq mois par des frictions mercurielles et l'iodure de potassium sans aucune amélioration; il suffit de quelques injections sous-conjonctivales de sublimé pour faire remonter l'acuité visuelle de 1/4 à 2/3 puis à 1.

M. Despagnet renouvelle les réserves qu'il a déjà faites à propos des injections sous-conjonctivales; il signale deux points de l'observation précédente : le traitement mixte subi pendant cinq mois et l'absence de lésions de la fovea elle-même. Pour lui le fait n'est pas probant.

M. Vacher a dû dans plusieurs cas analogues renoncer aux frictions et à l'iodure parce qu'il ne survenait aucune amélioration. Il a alors constaté que les injections sous-conjonctivales de salicylate de mercure (mais à la dose de 1/2 milligramme 2 fois par semaine) modifiaient avantageusement la choroïdite. Toutefois il devait continuer le traitement pendant deux et trois mois. Pour lui, le mercure injecté dans la capsule de Tenon agit localement après pénétration dans l'œil.

M. Vignes n'a rien obtenu des injections sous-conjonctivales de sublimé. Il demande à M. Darier si dans les iritis syphilitiques il les emploie plutôt que les frictions.

M. Darier avoue que dans l'iritis syphilitique les injections sous-conjonctivales ne sont pas supérieures aux frictions; cela tient sans doute à ce que, du fait de l'inflammation, les voies lymphatiques du cercle ciliaire sont obstruées en partie. Par contre, les injections retrouvent toute leur valeur dans les cas de gommes de l'iris. Du reste, d'après ses expériences avec les matières colorantes, M. Pflüger reconnaît aux substances injectées sous la conjonctive une action élective sur la choroïde. Elles y pénètrent par les espaces lymphatiques qui longent les vasa vorticosa.

Puisqu'on a reproché à l'observation de sa malade de n'être pas concluante, il rappelle qu'il a déjà signalé plusieurs cas analogues; et il veut en rappeler un seul qui a trait à une dame de 46 ans. Chez cette dame l'acuité visuelle était tombée à 1/20; la région maculaire était couverte de foyers de choroïdite; or, sans aucun traitement général, dix injections sous-conjonctivales de sublimé relevèrent l'acuité à 2/3 et provoquèrent la résorption des foyers choroïdiens.

M. Vignes, à propos des expériences de Pflüger, fait remarquer qu'on ne saurait comparer les injections de matières colorantes et celles de sublimé; cette dernière substance provoque la coagulation de l'albumine, ce qui doit entraver sa pénétration.

Epithélioma de l'angle interne.

M. Darier présente un vieillard de 71 ans qui depuis douze ans portait au niveau de l'angle interne de l'œil sur la paupière une ulcération qu'un chirurgien refusa d'enlever en raison de l'âge du malade. Après avoir couvert la surface malade de bleu de méthylène pour bien la délimiter, M. Darier la toucha avec l'acide chromique, surtout au niveau du bourrelet périphérique. En deux mois l'ulcération était cicatrisée.

M. Gorecki fait des réserves sur le diagnostic épithélioma porté chez le malade de M. Darier.

M. Meyer donne depuis quatre ans ses soins à un vieillard de 83 ans porteur, lui aussi, d'un épithélioma des paupières. Après avoir nettoyé avec une solution de sublimé l'ulcération des croûtes qui la recouvraient, il en obtint la cicatrisation en employant le nitrate d'argent. Le mal récidiva, et cette fois, la pyoctanine procura la guérison; mais depuis il continue le traitement, persuadé que sa cessation serait suivie d'une récidive.

M. Boucheron se demande si les lésions observées par MM. Darier et Meyer ne résultent pas de l'ulcération d'une tumeur pigmentée, que l'on voit sur la face et le nez chez les gens âgés et même chez les adultes. Cette tumeur, qui reste longtemps stationnaire, s'ulcère et guérit très facilement, n'est pas encore cataloguée.

Ptosis.

M. Jocqs rapporte l'observation d'une enfant de 12 ans, atteinte de paralysie de la 3e paire avec ptosis complet. Après l'opération pratiquée en novembre dernier, la malade a été présentée à la Société ; alors la paupière paralysée était complètement relevée, l'occlusion pouvait se faire parfaitement et sans effort, la cicatrice se trouvait cachée dans le pli orbito-palpébral.

Voici comment l'opération fut exécutée. Après résection du tarse suivant le procédé de M. Gillet de Grandmont, la paupière se trouva raccourcie; mais elle ne gagna rien comme mouvement; elle tombait encore trop. Quinze jours plus tard, un peu au-dessus de la partie moyenne de la paupière on pratiqua une incision transversale légèrement concave en bas; la peau fut disséquée sur les deux lèvres sur une largeur de un centimètre environ. Deux fils fins, très résistants, formant deux sutures en anse placées à deux millimètres du bord de la lèvre inférieure, furent conduits dans le tissu cellulaire sous-cutané suivant le procédé de Dransart et sortirent au-dessus du sourcil. En nouant ces fils sur un tube en caoutchouc, on fit glisser la lèvre inférieure à une certaine hauteur au-dessous de la supérieure, de façon à exagérer le raccourcissement palpébral obtenu par résection du tarse. Au total, l'opérateur dans cette seconde opération combina en les modifiant les deux procédés de Panas et de Wecker qui sont eux-mêmes basés sur le principe de l'opération de Dransart.

Pour M. Jocqs, si l'on veut corriger à coup sûr et parfaitement un ptosis paralytique complet, il est nécessaire de combiner la résection du tarse et le relèvement de la paupière. Ces deux interventions peuvent du reste être pratiquées dans la même séance.

Un point clinique intéressant de cette observation est que le ptosis n'est survenu que trois ans après la paralysie congénitale des autres muscles extrinsèques de l'œil et que les muscles intrinsèques n'ont pas été paralysés. La lésion évidemment nucléaire a fait une pause de trois ans, avant d'atteindre le noyau du releveur, puis elle semble s'être arrêtée définitivement sans remonter jusqu'aux noyaux des muscles intrinsèques. Comme l'a fait remarquer M. Sauvineau dans sa thèse, les observations de ce genre et celle-ci en particulier peuvent s'expliquer très facilement par le schéma de Kahler et Pick, tandis qu'elles étaient inexplicables par celui de Hensen et Vœlkers.

M. Vacher a fait récemment deux opérations de ptosis par un nouveau procédé; il s'est servi de fils de catgut qu'il conduisit comme de Wecker, puis il les enferma complètement sous la peau grâce à une petite incision elle-même fermée aussitôt. Le résultat a été excellent dans un cas de ptosis congénital. Chez le second malade, atteint de ptosis acquis par déchirure du filet nerveux du releveur, après résection d'une partie de la paupière, le relèvement fut obtenu en plaçant cette fois un fil de soie. Malgré un peu de suppuration, le fil fut bien supporté.

M. Parent conseille, pour éviter cet accident de la suppuration, d'imiter M. Gayet; ce dernier fait ses sutures palpébrales sans fil. Il met d'abord en place un fil métallique, le fait rougir avec une pile, puis le retire. Le tractus cicatriciel ainsi obtenu est supérieur au fil de catgut ou de soie.

Au lieu de l'origine nucléaire du ptosis de la malade de M. Jocqs, M. Parent serait porté à admettre une lésion produite au moment de l'accouchement par le forceps ou un bassin rétréci.

M. Boucheron demande à partager avec M. Gillet de Grandmont la priorité du procédé décrit sous le nom de ce dernier ; tous deux ont en effet présenté leurs malades dans la même séance de la Société française d'ophthalmologie.

M. Darier rappelle que M. Gillet de Grandmont arrive sur le tarse en incisant la peau, tandis que M. Boucheron opère par la face conjonctivale.

Chalazion.

M. Chibret a eu l'occasion d'observer sur lui-même l'inflammation des glandes de Meibomius et des glandes de Moll. La meibomite se traduit par une traînée rouge sur la face interne du tarse au niveau de la glande sébacée, tandis que la mollite se présente comme une tuméfaction du bord palpébral lui-même sans prolongement sur les faces cutanée ou muqueuse.

Persuadé qu'il s'agissait chez lui d'une infection, M. Chibret fut amené à l'attribuer à l'habitude qu'il avait de passer en bicyclette par des chemins souillés de poussières de fumiers et de gadoues. Il lui suffit de supprimer ces promenades pour obtenir une guérison qui jusque-là n'avait pu être définitive malgré un traitement approprié.

En plus de l'agent infectieux, il y a ici encore lieu de tenir compte du terrain; c'est ainsi que le mal était surtout prononcé à l'œil droit qui fatigue plus que le gauche en raison des examens ophthalmoscopiques auxquels se livre notre confrère.

M. Boucheron a fait, il a six ans, dans le laboratoire de M. Duclaux, des recherches bactériologiques qui lui ont permis de reproduire des chalazions au moyen de cultures prises dans des chalazions jeunes. Il y trouva des cocci et quelquefois des bacilles. Pour lui, le chalazion est l'analogue de l'acné hypertrophique du nez; c'est un acné meibomien, qui chez certaines personnes, comme celui du nez, peut augmenter de volume et même suppurer après des écarts de régime.

M. Parent rappelle que la nature infectieuse du chalazion a bien été établie par M. Boucheron, dont les travaux ont été confirmés par ceux de Poncet et de Lagrange. Dianoux, de son côté, a décrit une conjonctivite à chalazions qu'il tient pour infectieuse.

M. Gorecki, lui aussi, a vu des chalazions multiples, il les curette et les touche au galvano-cautère.

Collyres aseptiques.

MM. Vignes et **Darier** présentent des tubes effilés à leurs extrémités et scellés à la lampe, où sont enfermés avec toutes les précautions antiseptiques divers collyres. Chaque tube doit servir pour un seul malade, ce qui permettra d'éviter les contagions dues à l'emploi du compte-gouttes commun.

MM. Parent et **Javal** préconisent les rondelles en gé atine comme véhicules du principe actif des collyres. On sait ainsi exactement la dose introduite dans l'œil.

Kératoscopie.

M. Nimier fait un rapport sur un manuel de kératoscopie soumis à l'examen de la Société par **M. t illot**. Laissant de côté toute théorie, l'auteur se contente d'exposer la pratique de la kératoscopie pour la mesure de la réfraction oculaire. Le rapporteur lui reproche de ne pas contrôler les résultats ainsi obtenus par l'examen à l'ophthalmoscope à réfraction qui seul, à défaut d'atropinisation de l'œil, permet de déceler la myopie spasmodique.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 *février* 1893.

Gastro-entérostomie.

M. Reclus. — Voy. p. 73.

M. Terrier donne d'abord des nouvelles de son opérée de juillet dernier. Sa tumeur a augmenté et elle présente depuis quelque temps de légers troubles digestifs, mais son poids, qui était de 66 kilos en octobre dernier, était hier de 77 kilos.

En novembre 1892, M. Terrier a fait une seconde gastro-entérostomie, chez une femme de 40 ans, malade depuis dix-huit mois, ayant une tumeur épigastrique depuis six mois, étant arrivée à un état très grave, ne digérant presque plus rien, très amaigrie. La laparotomie fit voir un cancer du pylore et de presque toute la grande courbure, avec envahissement de la face antérieure et dégénérescence de l'épiploon; l'opération fut donc très difficile; elle fut pourtant menée à bien. Pendant 24 heures la malade sembla en bon état; puis elle fut prise de collapsus et succomba, sans signes de péritonite.

Cet échec doit être attribué avant tout à ce que l'opération a été pratiquée trop tard.

Faux ballottement rénal.

M. Le Dentu, à propos du fait publié dans la dernière séance par M. Tuffier, relate quatre observations personnelles :

1° Femme opérée il y a deux ans pour une tumeur de l'hypochondre droit. Comme il existait un ballottement très net, on se demandait s'il ne s'agissait pas des reins. Or, la laparotomie confirma le diagnostic de cholécystite calculeuse avec adhérences épiploïques. Après cholécystotomie la malade mourut.

2° Femme opérée en octobre dernier pour une tumeur attribuée par les uns au foie, parce qu'elle suivait les mouvements respiratoires; par les autres au rein, à cause du ballottement. M. Le Dentu ne se prononça pas et la laparotomie le conduisit sur une vésicule rétractée, entourée d'adhérences. L'intervention se borna à rompre ces adhérences, à libérer le côlon, et après cela la tumeur subit une régression très nette.

3° Femme opérée il y a 3 mois 1/2 pour une tumeur assez mal limitée dont M. Le Dentu, instruit par les faits précédents, diagnostiqua le siège biliaire malgré le ballottement. Il fut extrait 14 calculs et la malade guérit, mais pour succomber quelque temps après à un cancer latent du foie, constaté pendant l'opération.

4° Tumeur semblable opérée il y a 15 jours. Il y avait un calcul unique.

Pour avoir ces tumeurs ballottantes, il n'y a pas besoin que la vésicule soit distendue. M. Le Dentu s'est demandé s'il n'est pas nécessaire que le rein soit alors descendu, pour que l'on ait ainsi un point d'appui dans l'angle lombo-costal; dans sa dernière intervention, il a cru vérifier cet abaissement de rein, mais il n'affirme rien. Cela prouve qu'il ne faut pas attribuer au ballottement une valeur absolue, mais qu'il faut revenir à l'étude des anciens symptômes, et surtout à l'examen attentif de la tumeur, de ses rapports avec la paroi abdominale.

M. Reclus a observé chez une femme tous les symptômes de l'appendicite avec une tumeur rénale ballottante, la fosse iliaque étant libre : et à l'opération c'était bien une appendicite pré-rénale.

Sténose congénitale du col utérin.

M. Pozzi. — Quand on est consulté pour la stérilité d'une femme, il n'est pas rare qu'on constate une sténose congénitale de l'orifice utérin et de la partie inférieure du canal cervical. Or, la dilatation est très fastidieuse et n'est que palliative; l'amputation du col donne de bons résultats immédiats, mais la récidive est fréquente. M. Pozzi conseille donc une nouvelle opération qui consiste à fendre chaque commissure et à évider de chaque côté le col entre la muqueuse cervicale et la muqueuse vaginale, que l'on affronte ensuite; de là un col en bec de canard dont M. Pozzi a constaté deux fois la perméabilité persistante au bout d'un an.

M. Marchand. — C'est inefficace contre les sténoses de l'urèthre.

M. Pozzi. — C'est exact : aussi dans ces cas je ne conseille pas cette méthode.

M. Segond. — L'état est en somme, après cela, fort analogue à celui que donnent les déchirures bilatérales. Or, n'y a-t-il pas à craindre les mêmes accidents, contre lesquels on a proposé l'opération dite d'Emmet, qu'après les déchirures ?

M. Pozzi. — Non, car il faut distinguer nettement les incisions suivies de réunion immédiate et les déchirures puerpérales, réparées par un tissu cicatriciel dur et profond, auquel Emmet attribue dans les souffrances une très grande importance, si bien qu'il insiste sur la nécessité de l'exciser complètement avant de pratiquer la trachélorrhaphie.

Lithotritie périnéale.

M. Bazy s'est trouvé deux fois en présence de calculeux

atteints de rétrécissements uréthraux très durs. Il a donc fait l'uréthrotomie externe et par cette plaie a fait séance tenante la litholapaxie. C'est là, d'après lui, la méthode de choix quand il existe un rétrécissement dur, et surtout accompagné de fistules, car on peut ainsi traiter à la fois le rétrécissement et la fistule. Cela vaut mieux que d'opérer en deux temps, après avoir rendu au canal sa perméabilité par une uréthrotomie soit interne soit externe, suivie de dilatation. Quant à la taille hypogastrique, elle n'est indiquée, comme en l'absence de rétrécissement, que si le calcul est très gros et très dur.

M. Bazy n'a d'ailleurs dans ses interventions employé aucun des instruments spéciaux de Dolbeau.

M. Th. Anger insiste sur l'hypertrophie de la prostate comme indication à la taille hypogastrique.

M. Bousquet adresse une observation d'*arthrotomie pour corps étranger du genou.*

M. Ricard lit une observation de *spina bifida* extirpé chez une femme de 25 ans.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 *février* 1893.

Présidence de M. Dareste.

M. Féré, à propos du procès-verbal de la séance précédente, vient affirmer à nouveau la netteté de ses recherches ayant montré l'absence de l'inversion de la formule urinaire chez les hystériques, du moins comme phénomène constant et exclusif. MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont eu tort de croire qu'il n'y a à Bicêtre que des aliénés et pas d'hystériques utilisables. Nous avons des hystériques vrais, nous en avons même ayant été à la Salpêtrière, et qui n'ont pas montré le phénomène susdit.

Cas de locomotion oculaire.

M. Sergent. — Voici un malade adulte qui présente depuis l'âge de 7 ans un phénomène singulier du côté de l'œil gauche, une locomotion antéro-postérieure, qui se produit dans certaines conditions particulières. Quand le malade est au repos depuis un certain temps, on ne voit rien d'anormal, ou bien il y a déjà un certain degré d'excavation de l'orbite gauche. Mais si le malade penche quelques instants la tête en avant, vous voyez qu'il se produit une exophthalmie extrêmement prononcée. Le même phénomène se renouvelle quand le malade fait un effort. Au contraire, quand le malade renverse la tête en arrière, l'œil se rétracte et l'orbite parait tout à fait excavée. J'ai vu encore, ce qui n'avait point été noté dans les cas antérieurs, que la compression de la jugulaire gauche réalisait la même protusion oculaire. La démonstration de l'origine veineuse de cette locomotion est donc complète.

Il était important de noter quel était l'état fonctionnel de l'œil. Il n'y a pas de paralysie oculaire. On constate bien qu'il y a une certaine diminution de l'acuité visuelle dans les états extrêmes de locomotion ; mais l'ensemble de la fonction visuelle examiné par M. Parinaud s'est montré tout à fait normal.

Sur la glycémie.

M. Chauveau. — J'ai entrepris avec M. Kaufmann une série de recherches sur ce point, en utilisant d'anciennes expériences personnelles qui m'avaient fourni des résultats nets et rigoureux. Par exemple, j'avais démontré, antérieurement aux recherches de Cl. Bernard, que l'utilisation du sucre se fait au niveau des capillaires des tissus; mes expériences à cet égard ne laissaient aucun doute, et il est un peu étonnant que beaucoup de livres de physiologie attribuent cette découverte à Cl. Bernard. J'avais vu aussi qu'il existe du sucre en permanence dans le sang, et qu'il y en a autant dans le cœur droit que dans le cœur gauche.

Nos nouvelles recherches ont eu pour but d'étudier les variations de la glycémie dans divers états, et plus spécialement dans les cas de lésions du système nerveux et après la dépancréatisation. Nous avons d'abord confirmé que le sang artériel d'un membre par exemple contient toujours plus de sucre que le sang veineux. Les exceptions apparentes sont attribuables à des causes d'erreur dans les procédés. Mais il faut se mettre dans des conditions d'observation comparative absolument identique. Lorsque l'hyperglycémie a été provoquée par un traumatisme du bulbe, la piqûre du 4e ventricule, ou mieux encore la section sous-bulbaire (qui engendre peut-être une glycémie asphyxique), il est facile de voir que la proportion de sucre du sang artériel est notablement plus élevée que dans le sang veineux. Si l'on produit l'hypoglycémie par section de la moelle entre la 7e cervicale et la 1re dorsale, la différence est de même sens, quoique moins accusée. Une lésion nerveuse opérée sans faire varier le sucre du sang maintient la même différence.

Nous avons ensuite recherché ce que produisait la dépancréatisation. Il y a hyperglycémie constante. Or, dans des prises de sang faites de 5 à 48 heures après l'opération, nous avons toujours relevé la même différence en faveur du sang artériel. Nous pensons que, dans le diabète pancréatique, l'ensemble morbide tient beaucoup plus à l'hyperglycémie qu'à une utilisation insuffisante du sucre.

Pouls lent permanent.

MM. Vaquez et **Bureau** présentent des tracés sphygmographiques et cardiographiques recueillis sur deux malades atteints de pouls lent permanent et soignés à la Charité dans le service de M. le Dr Potain. Dans les deux cas, le pouls oscillait entre 22 et 25 pulsations, et la maladie s'accompagnait des symptômes habituels (syncopes, crises épileptiformes, etc.). Chez l'un des malades, au moment des accès syncopaux, l'intervalle entre deux pulsations atteignait parfois huit secondes.

Les tracés permettent de constater qu'il existe entre deux systoles ventriculaires vraies des contractions isolées de l'oreillette auxquelles correspondent des soulèvements manifestes de la jugulaire, tandis que le système artériel n'est le siège d'aucune pulsation. Cette dissociation du rhythme cardiaque se retrouve également sur les tracés obtenus à la suite de l'excitation expérimentale du pneumogastrique, et cette analogie a été déjà signalée en 1883 par M. Chauveau.

Les tracés recueillis par MM. Vaquez et Bureau au laboratoire de M. F. Franck sont absolument semblables à ceux que leur ont fournis leurs malades; mais si la dissociation du rhythme cardiaque est surtout manifeste lorsqu'il s'agit d'excitation du bout périphérique du pneumogastrique, on peut voir que l'excitation du bout central peut aussi reproduire le même phénomène. Ainsi donc, en clinique, ce ne sont pas seulement les lésions qui atteignent soit directement le bulbe, soit le pneumogastrique dans son trajet qui seront capables de déterminer l'apparition du pouls lent permanent, mais aussi bien toutes les excitations qui portent sur les terminaisons du nerf (contusions du plexus solaire, troubles gastriques, lésions cardiaques, etc.). La pathogénie du pouls lent permanent, qui paraît encore aujourd'hui si complexe, serait donc ramenée à une conception plus simple. Comme M. Charcot l'a montré, c'est toujours par l'intermédiaire du bulbe que la maladie se trouve constituée; mais les troubles qui la déterminent peuvent porter leur effet soit directement sur le bulbe, soit sur le pneumogastrique et aussi bien sur son trajet centripète que sur son trajet centrifuge.

Phlébite traumatique de la jambe droite, œdème réflexe de la jambe gauche.

M. Vaquez. — Dans une communication faite récemment à l'Académie des Sciences, M. le prof. Ranvier signale un curieux effet des réflexes vasculaires. L'injection d'une goutte d'essence de moutarde dans le sac lymphatique sous-cutané de la jambe d'une grenouille produit une congestion intense de la patte correspondante, tandis que l'autre patte abdominale s'anémie. Relatant d'autres expériences analogues, M. Ranvier pense que certains faits de la pratique médicale doivent pouvoir s'expliquer par des phénomènes sympathiques ou réflexes de même ordre. Nous rapporterons ici une observation curieuse de nature semblable.

Un malade entra en décembre 1892 dans le service de M. le prof. Potain à la Charité pour des accidents de phlébite. Celle-ci était d'origine traumatique. Le sujet ayant été atteint de choléra, on lui avait fait des injections intra-veineuses de

sérum dans la veine saphène du côté droit. Quinze jours après, il commença à ressentir des douleurs de ce côté et le long du trajet de la veine. Ces douleurs s'atténuèrent assez rapidement. Elles reparurent aussi violentes trois semaines plus tard ; c'est ce qui le détermina à entrer à l'hôpital. Il existait une phlébite des plus caractérisées à la saphène interne droite, sans œdème de la jambe, avec sensation dure du cordon veineux, mais on ne fut pas peu surpris de voir que la jambe gauche était le siège d'un œdème marqué remontant jusqu'à la partie moyenne du mollet. Cet œdème avait apparu brusquement en même temps que la jambe droite devenait douloureuse. Du côté gauche on ne constatait aucune douleur, aucune oblitération veineuse, et l'œdème disparut très rapidement en quatre ou cinq jours, tandis que la phlébite droite continuait d'évoluer. Il n'y avait d'ailleurs dans l'état général du sujet ni dans aucune altération locale rien qui pût expliquer ce phénomène. On est donc autorisé à invoquer des troubles vasculaires réflexes analogues à ceux décrits par M. Ranvier et à ceux que l'on observe après le pincement ou la compression des veines d'une oreille chez le lapin. Il n'y a pas mention d'autres faits analogues dans la littérature médicale ; celui-ci est donc intéressant à connaître pour éviter l'erreur que l'on aurait pu commettre en diagnostiquant une phlébite gauche que les conditions toutes spéciales de l'étiologie et l'évolution de la maladie n'autorisaient pas à admettre.

J. Girode.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 *février* 1893.

Emphysème sous-cutané généralisé.

M. Pineau rapporte un cas d'emphysème sous-cutané généralisé survenu chez un adulte atteint de diphthérie de la totalité de l'arbre respiratoire. Le malade avait rendu des fausses-membranes quelques jours avant son entrée à l'hôpital, mais, au moment de son admission, on ne constata qu'une rougeur diffuse de la gorge. A la suite d'une violente quinte de toux, il avait commencé à enfler. En tâtant le pouls, on perçut nettement la sensation de l'emphysème, lequel occupait le tronc jusqu'au niveau de l'ombilic et la majeure partie des membres.

A l'autopsie, on trouva une pleurésie séro-fibrineuse gauche. Le larynx, la trachée, les bronches étaient recouverts d'une couche pseudo-membraneuse se propageant jusqu'aux plus fines ramifications. C'était au niveau d'une adhérence siégeant sur le lobe supérieur du poumon droit qu'avait dû se faire la rupture, car il y avait en ce point, sur la plèvre pariétale et sur la plèvre viscérale, des bulles d'air réparties dans une étendue correspondant à peu près à la surface d'une pièce de cinq francs. Dans un foyer de broncho-pneumonie pseudo-lobaire du lobe inférieur gauche, on a isolé le bacille de Lœffler, le streptocoque, le pneumocoque et le coli commune.

Kyste du méso-côlon.

M. Dauriac a trouvé, à l'autopsie d'une femme morte d'un cancer de l'estomac généralisé au foie, un kyste situé dans le méso-côlon transverse, et offrant un volume un peu supérieur à celui d'un œuf de poule.

M. Cornil pense que c'est un kyste séreux qui s'est développé dans le tissu cellulaire qui sépare les feuillets du méso-côlon.

Rupture fissurale de l'aorte.

M. de Massary relate l'histoire d'un homme qui mourut subitement et à l'autopsie duquel on constata l'existence d'une rupture fissurale de la portion ascendante de l'aorte. Le péricarde contenait 370 grammes de sang. Sur la face interne de l'aorte, on voit des plaques d'athérome. A la face externe, on retrouve l'orifice par où le sang s'est échappé. L'examen de la pièce fait croire à M. de Massary que le processus s'est fait ici en trois temps : il y a eu d'abord rupture de l'aorte, puis épanchement dans le tissu cellulaire sous-péricardique lequel contient des caillots, et enfin rupture du feuillet péricardique viscéral.

M. Cornil rappelle à ce propos un fait qu'il a communiqué à la Société et dans lequel il s'agissait de la rupture d'une aorte saine, du moins en apparence. Beaucoup d'anatomo-pathologistes admettent, d'ailleurs, que l'aorte, même saine, peut se rompre. Cependant, dans le cas de M. Cornil, l'intégrité n'était pas absolue. Il y avait, en effet, des altérations histologiques, notamment de la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires situées au-dessous de la tunique interne.

Tumeur réunissant la symphyse du menton à la voûte palatine.

M. Broca montre une pièce qui lui a été remise par M. Guéniot. Il s'agit d'une anomalie constatée dans la cavité buccale d'un nouveau-né. On voit une tumeur réunissant les deux maxillaires et partant de la partie postérieure de la symphyse du menton pour aboutir à la voûte palatine. Il en est résulté une bifidité de la langue. Cette tumeur est velue extérieurement. M. Broca va disséquer et étudier cette pièce avec soin.

Arthrite tuberculeuse du genou.

M. Dufour apporte les préparations relatives à une communication antérieure sur une arthrite du genou dont la nature était douteuse. On a trouvé des granulations tuberculeuses très nettes dans le tissu interarticulaire.

Dégénérescence kystique des reins et du foie.

M. Demantké présente deux reins kystiques et un foie également atteint de dégénérescence kystique, provenant d'un sujet mort avec tous les signes de l'urémie comateuse. Chaque rein pèse environ un kilogramme. Le cœur est petit. Il y a aussi quelques petits kystes de l'ovaire.

Micro-organismes et hémorrhoïdes thrombosées.

M. Quénu expose les résultats de recherches commencées depuis 1892 sur l'anatomie pathologique des hémorrhoïdes et les relations qui peuvent exister entre la présence des micro-organismes à leur intérieur et le développement de certaines complications. Dans les hémorrhoïdes normales non compliquées, il n'a trouvé aucun microbe. A la face interne d'hémorrhoïdes dont la muqueuse était ulcérée, il a isolé un staphylocoque. Enfin, dans une hémorrhoïde thrombosée sans altération de la muqueuse, il y avait aussi des staphylocoques à la face interne du caillot.

Depuis la communication de M. Hartmann et de M. Lieffring, M. Quénu a trouvé deux fois le coli commune. Dans un premier cas où le bourrelet hémorrhoïdaire était atteint d'inflammation, ce microbe était associé au stophylococcus albus. Dans un second fait où l'hémorrhoïde était thrombosée, mais ne présentait, au point de vue clinique, aucun phénomène inflammatoire, les cultures n'ont donné que deux petites colonies de bacterium coli.

T. Legry.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 *février* 1893.

Présidence de M. Fernet.

De la période de contagiosité des oreillons.

M. Rendu. — La question de la transmission des maladies contagieuses est restée bien obscure au sujet du moment précis de contagiosité; mais pour les oreillons on est encore moins certain : on s'accorde seulement à dire que la période d'incubation paraît durer de 15 à 20 jours.

Certains médecins disent que la maladie se transmet pendant toute la durée de son évolution; d'autres seulement au début de son évolution : deux cas d'oreillons sporadiques que j'ai observés récemment vont me permettre de résoudre en partie la question.

Le premier sujet est une de mes clientes qui n'avait pu contracter la maladie dans son entourage : les deux enfants notamment en étaient indemnes. La malade a ressenti les premiers symptômes le 21 janvier. Or, le 2 janvier elle était allée dans l'Est et avait visité une personne de sa famille, qu'elle avait trouvée un peu souffrante et qui, le lendemain 3 janvier, avait été prise d'oreillons, comme on l'a su depuis.

La contamination s'est donc faite à une période où la fluxion parotidienne ne s'était pas encore manifestée et où on ne pouvait encore la soupçonner. Le second sujet est un enfant de 10 ans qui a été en contact de quelques heures seulement avec un malade chez qui la maladie était encore latente.

Ces faits démontrent donc que la contagiosité des oreillons se fait à la fin de la période d'incubation et que la transmission se fait par l'haleine expirée. Le maximum de virulence du germe paraît être dans les 48 premières heures de l'invasion, mais cela n'assure pas l'absence de virulence pendant les jours suivants. On peut donc tirer quelques conséquences pratiques de ces faits et les appliquer dans les milieux où sévissent presque toujours les oreillons, tels que lycées, casernes, etc.

Actuellement, dans les collèges, les élèves atteints d'oreillons ne doivent reparaître que trois semaines après leur guérison. Or, malgré cette précaution, qui fait perdre un mois de temps à l'élève pour une maladie de 8 jours, l'immunité n'est pas assurée aux autres élèves et la diffusion épidémique n'est pas supprimée.

Dès qu'on s'aperçoit qu'un enfant est atteint d'oreillons, on peut supposer que, dans les 48 heures qui ont précédé, il a pu infecter ses voisins. D'autre part, il est plus que probable qu'après quatre ou cinq jours de maladie et surtout après la disparition des oreillons la contagion ne peut plus se faire.

Il me semble donc qu'on pourrait supprimer, au moins en partie, cette quarantaine de trois semaines qui est absolument inutile, puisqu'elle n'empêche pas la diffusion du mal, la contagion se produisant à un moment où le diagnostic est impossible.

On pourrait appliquer pareil raisonnement à la rougeole qui, elle aussi, se diffuse avant qu'on puisse faire le diagnostic et cesse sans doute d'être contagieuse dès que l'éruption a disparu.

Lèpre probable sans anesthésie.

M. Sevestre (en son nom et au nom de M. le docteur **H. Méry**) présente un enfant de neuf ans et demi chez lequel s'est produit, en un an, de la fin de 1889 à la fin de 1890, une atrophie musculaire presque généralisée et très marquée. Elle s'est accompagnée, dès la fin de 1890, de rétractions tendineuses extrêmement prononcées et de troubles trophiques (gonflement des extrémités osseuses articulaires, pemphigus des extrémités digitales, etc.).

L'atrophie musculaire est symétrique, mais certaines parties du corps sont moins atteintes, par exemple, les pieds et les jambes. Les rétractions tendineuses sont surtout marquées sur les fléchisseurs des doigts (mains en griffe) et aux genoux, qui sont toujours dans la demi-flexion.

D'autre part, et ce fait contraste avec une atrophie aussi notable, le petit malade exécute très facilement tous les mouvements, pourvu que la rétraction tendineuse ne les empêche pas mécaniquement.

Sur les nerfs du bras, on voit des renflements fusiformes très marqués, principalement sur le médian. Il en est de même sur les nerfs sous-cutanés de la cuisse et de la jambe.

Aux membres inférieurs, la peau présente des dépressions avec adhérences, comme si elle était attirée vers les parties profondes par des faisceaux scléreux du tissu sous-cutané. A la partie inférieure de la fesse, en dedans du grand trochanter, existe une dépression profonde en coup de hache. En quelques points, au niveau des parties adhérentes, la peau est décolorée.

Sensibilité absolument conservée. Plutôt de l'hyperesthésie. Réflexes normaux.

En raison de l'état moniliforme des nerfs, des troubles trophiques (pemphigus), des caractères spéciaux de l'atrophie musculaire, on peut penser qu'il s'agit d'une lèpre nerveuse, anormale en ce qu'il n'existe pas d'anesthésie.

M. Brocq. — L'absence complète d'anesthésie, coïncidant avec une telle atrophie musculaire, permet, je crois, d'affirmer qu'il ne s'agit pas de lèpre. Une biopsie et la recherche du bacille de Hansen permettront d'élucider complètement le diagnostic.

M. Raymond. — Je ne serais pas éloigné de penser qu'il s'agit là d'une amyotrophie réflexe, consécutive aux troubles articulaires observés chez cet enfant. Les nodosités des nerfs rendent cependant cette interprétation difficile.

M. Sevestre. — Le père dit que c'est l'amyotrophie qui a ouvert la scène et non les troubles articulaires.

M. Marie. — Je pense, comme M. Raymond, que le *primum movens* doit être recherché du côté des os et des articulations. L'atrophie musculaire a, en effet, presque complètement respecté la main, tandis qu'elle a fortement frappé l'avant-bras et le bras, en raison des altérations osseuses du poignet. Cet enfant tourne difficilement la tête; il se peut donc qu'il y ait également de l'ostéopathie cérébrale. Je reconnais, il est vrai, que l'existence des nodosités des nerfs et l'absence d'exagération des réflexes ne sont pas favorables à notre opinion.

M. Rendu. — Il me semble qu'une lèpre seule peut rendre compte des nodosités des nerfs. J'incline donc vers le diagnostic de M. Sevestre, mais peut-être faudrait-il songer aussi à la tuberculose, qui chez les enfants donne naissance parfois à de semblables nodosités nerveuses.

M. Thibierge. — Les nodosités de cet enfant n'ont pas la forme en fuseau que l'on observe chez les vrais lépreux.

Un cas d'anesthésie hystérique généralisée.

M. Raymond présente un homme de 32 ans, tailleur sur cristaux, qui a été amené dans son service dans la nuit du 10 au 11 décembre 1892; il avait été trouvé sur la voie publique en état de crise hystérique.

Le malade a un esprit morne et apathique qui traduit bien son état mental; en le faisant causer on s'aperçoit bientôt qu'il a subi un amoindrissement considérable de sa sphère psychique; pourtant il ne délire en aucune façon. Son jugement est lent, sa mémoire infidèle, son élocution pénible. Ce sont surtout les faits récents qui lui échappent; ainsi il croit être entré à l'hôpital depuis 5 à 6 mois. Il est incapable de rendre compte d'un fait divers même très simple qu'on lui fait lire dans un journal. Pourtant, par moments, les souvenirs anciens lui reviennent et, en l'interrogeant fréquemment, on a pu arriver à reconstituer son histoire. Il est triste, il se désole en voyant qu'il est devenu incapable de rien faire.

La sensibilité au contact, à la piqûre, au chaud et au froid, est complètement abolie sur toute la surface du corps; les muqueuses accessibles participent à cette anesthésie, ainsi que les articulations et les muscles; le malade a complètement perdu le sens musculaire, il ne sait pas où sont ses membres ni quels mouvements il faut faire pour atteindre tel ou tel but. De tous les sens il ne reste que la vue, avec un rétrécissement du champ visuel à 50 degrés, et l'ouïe qui est également diminuée. L'odorat, le goût sont complètement absents. Les sensations internes sont abolies pour la plupart : il ne sent pas la faim; il ne sent pas passer ses urines et ses matières. Malgré cette anesthésie, les réflexes tendineux sont intacts; il en est de même pour les réflexes crémastérien et abdominal.

Il n'y a pas de troubles musculaires; le malade amène au dynamomètre 21 de chaque côté.

Si l'on considère l'histoire pathologique du malade, on constate que les antécédents héréditaires sont très chargés au point de vue neuropathique. Dans son enfance il a été somnambule; plus tard il a eu des coliques de plomb, en raison de son métier. Les phénomènes hystériques paraissent dater de l'âge de 24 ans; à ce moment le malade a eu un très violent chagrin. Depuis cette époque il a souvent des crises hystériques.

A propos de ce malade, M. Raymond étudie l'influence des sens sur les mouvements volontaires. Le malade, les yeux fermés, est incapable de marcher, d'ouvrir ou de fermer la main; il est également incapable d'écrire à la craie sur un tableau ou d'écrire si on lui bouche les oreilles, parce qu'il n'entend plus le bruit produit par ces actes.

Une autre série d'expériences sert à M. Raymond à rechercher les relations de l'anesthésie avec l'intelligence, la volonté, la personnalité. Le malade ayant les yeux fermés et les oreilles bouchées s'endort immédiatement, ce qui montre que l'excitation des sensations est indispensable pour maintenir l'activité volontaire qui caractérise l'état de veille. Ce sommeil ressemble au sommeil ordinaire plutôt qu'au sommeil hystérique, parce que le malade peut être réveillé simplement si on lui crie son nom à l'oreille, parce qu'il a, pendant ce temps, des rêves dont il conserve le souvenir à son réveil.

M. Raymond montre ensuite qu'en rétrécissant successivement le champ sensoriel du malade, on rétrécit parallèlement

la personnalité; le sommeil se produit lorsque les sens sont complètement obturés.

Grâce à la facilité avec laquelle on influence les rêves, on peut s'assurer que les sensations élémentaires persistent et sont conservées par la mémoire, sans pourtant être conscientes, ainsi que l'a montré M. Pierre Janet.

L'anesthésie hystérique apparaît ainsi comme une maladie de la personnalité; à son tour elle a une action en retour sur la personnalité; il y a là une sorte de cercle vicieux qui explique peut-être la ténacité désespérante de l'hystérie, lorsque ses manifestations ont atteint une certaine étendue.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 2 février 1893

Présidence de M. de Beauvais

De la récidive des maladies éruptives.

M. Ramonat. — La question de la récidive des maladies éruptives est des plus intéressantes pour le praticien. (Voir *Mercredi médical*, p. 64.) J'admets la récidive fréquente de la rougeole, mais seulement très rare pour la scarlatine. J'ai vu de nombreux cas de récidive très accentuée pour la rougeole et seulement des cas douteux pour la scarlatine. En général, la seconde poussée de rougeole est moins accentuée que la première. Comme les observateurs qui ont déjà rapporté des cas, j'ai constaté que, le plus souvent, les récidives de rougeole se succèdent très rapidement, à un ou deux ans d'intervalle seulement.

Séance du 9 février 1893.

Climatothérapie et sanatoria.

M. Jasiewicz. — La climatologie française, au point de vue médical, n'existe pas encore. Les médecins exerçant dans les stations thermales devraient faire, pour ces stations, ce que M. Bardet a fait pour le littoral breton, attendu que plusieurs stations balnéaires pourraient être avantageusement complétées par l'adjonction de sanatoria ou de stations climatériques d'été. Enfin, il y aurait lieu de se préoccuper davantage du confort, de l'hygiène et de la vie à bon marché dans toutes les stations balnéaires ou hivernales de France. Ce serait le vrai moyen de lutter avec avantage contre les établissements similaires de l'étranger.

M. Dignat. — L'institution des sanatoria doit être encouragée en vue surtout des malades pauvres ou peu aisés, parce qu'ils seront toujours beaucoup mieux là que chez eux, mais il n'en est pas de même pour les malades très aisés ou riches. En outre, à propos de sanatoria, il ne faut pas perdre de vue les inconvénients et même les dangers qui peuvent résulter, pour les tuberculeux surtout, du fait même de l'agglomération.

M. Petit. — Un sanatorium bien compris n'implique qu'une bonne direction médicale et une discipline thérapeutique rigoureuse. En regard de ces deux choses, le climat n'est qu'un accessoire, pour ne pas dire rien du tout. Que le sanatorium soit sur la butte Montmartre ou à Cannes, c'est à peu près la même chose.

Pour ce qui est des phthisiques aisés ou riches qui s'en vont l'hiver dans le Midi, ils feraient beaucoup mieux de rester chez eux. Outre qu'ils y gagneraient énormément en confortable, ils ne s'exposeraient pas à des variations de température souvent très dangereuses, sans compter le risque fréquent d'habiter des appartements où auront vécu, où seront morts des phthisiques, et qu'on n'aura pas désinfectés pour cela. On pourrait encore ajouter que les wagons luxueux qui transportent cette catégorie de malades ne sont jamais désinfectés, ce qui constitue un grand danger d'infection.

M. Reynier ne partage pas du tout l'opinion de M. Petit sur l'indifférence des climats dans la thérapeutique de la phthisie, attendu que la chose capitale, pour ces malades, est de pouvoir respirer le plus possible au grand air. Or, c'est précisément le grand avantage que leur offrent les pays ensoleillés.

Eruption vésiculeuse des mains provoquée par des gants rouges.

M. Puy-le-Blanc communique une observation d'éruption vésiculeuse des mains provoquée par l'usage de gants rouges, dits peau de chien.

Une enquête chez le fabricant a montré que cette éruption devait être attribuée à une substance dite *aurantia*. On l'obtient en faisant réagir l'acide nitrique sur la diphénylamine; cette réaction donne une nuance jaune très orangé, et pour avoir la couleur rouge du gant peau de chien, il suffit d'ajouter un peu de fuchsine.

Il est probable, dit M. Puy-le-Blanc, que, dans l'aurantia, c'est l'acide picrique qui représente le corps agissant, au point de vue de l'éruption produite. Quant à la fuchsine, elle est en trop petite quantité dans la teinte pour pouvoir être incriminée; *a fortiori* pour l'arsenic.

M. Bocquillon rappelle les éruptions qui ont été signalées à la suite de l'emploi de chaussettes rouges. Les substances tinctoriales que l'on a incriminées sont la fuchsine arsenicale, l'iodure de mercure et le cinabre.

M. Duchenne dit qu'il a publié autrefois des observations similaires d'affections cutanées occasionnées par des gilets de flanelle dont une face était rouge et l'autre blanche. Chaque fois que le gilet était porté du côté rouge, l'éruption revenait, et elle s'éteignait quand c'était le côté blanc qui était en contact avec la peau.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 1er *février* 1893.

Présidence de M. Mayet.

Dacryoadénite ourlienne.

M. L. Dor relate une observation de dacryoadénite ourlienne. Il s'agit d'un enfant de trois ans qui fréquentait l'école maternelle de Monplaisir. Pendant le courant du mois de janvier, il y a eu dans cette école un grand nombre de cas d'oreillons. La directrice avait remarqué chez quelques-uns un peu de rougeur des conjonctives avec du larmoiement; mais elle ne croyait pas devoir attribuer aux oreillons cette affection, attendu que le plus marqué de ces cas était précisément survenu chez un enfant qui n'avait pas eu les oreillons.

M. Dor vit cet enfant et constata un larmoiement considérable avec photophobie. L'examen minutieux de la cornée et des culs-de-sac conjonctivaux ne révéla aucune trace de kératite, de conjonctivite ou de corps étrangers. L'enfant avait l'air d'avoir pleuré, ou d'être en incubation de rougeole, mais on ne pouvait pas faire un semblable diagnostic, attendu que cet état durait depuis plusieurs jours. La palpation de la région supéro-externe de l'orbite permit de sentir une induration des deux glandes lacrymales. Cette induration était douloureuse. Il fallait donc songer à une dacryoadénite et la coexistence de l'épidémie d'oreillons amenait à penser à une dacryoadénite ourlienne.

Ce cas n'est pas le premier connu. Hirschberg a publié en 1890 dans le *Centralblatt f. Aug.* un travail intitulé « Mumps der Thrænendrüsen », dans lequel il relate un cas analogue et en 1890 également, dans la *Revue médicale de la Suisse Romande*, M. Marc Dufour, de Lausanne, a publié un article intitulé : « Oreillons de la glande lacrymale », dans lequel il fait connaître l'observation d'un jeune homme de 27 ans atteint, pendant une épidémie d'oreillons, d'une dacryoadénite sans avoir présenté de parotidite.

Il existe, par conséquent, une variété anormale d'oreillons dans laquelle ce sont les glandes lacrymales et non les parotides qui sont le siège de la maladie et il importe de connaître ces cas qui, dans une épidémie, peuvent servir de chaînon entre deux cas typiques.

M. Lannois rappelle qu'un médecin militaire français, M. Hatry, a publié un mémoire sur les phénomènes oculaires des oreillons.

Dr P. Lacour.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 6 février 1893.

Présidence de M. Coyne.

Actinomycose.

A propos du cas d'actinomycose humaine présenté dans la dernière séance par MM. Dubreuilh et Sabrazès, **M. Balade** pense qu'on a fort exagéré la gravité de cette affection. Suivant lui, beaucoup de cas d'actinomycose sont méconnus, et pourtant guérissent pour la plupart. Il a rassemblé diverses statistiques comprenant plus de 50 cas ; la mortalité est inférieure à 1/10e. Aussi repousse-t-il une intervention aussi radicale que la voudrait M. Villar.

M. Dubreuilh. — Il est certain qu'on a fort exagéré la gravité de l'actinomycose, mais cela tient à ce que les premiers cas publiés étaient des cas d'actinomycose viscérale reconnus seulement à l'autopsie, celle-ci est en effet toujours mortelle. Depuis qu'on sait diagnostiquer des cas d'actinomycose limitée de la peau, le pronostic a bien changé, car ces cas guérissent très bien par un raclage. Il est probable que nous en avons presque tous vu et guéri par ce moyen sans les avoir reconnus, les prenant pour des gommes tuberculeuses; les gommes actinomycotiques ne guérissent pas par la simple incision. Il en est de l'actinomycose comme de la tuberculose, les formes viscérales ou généralisées sont très graves, les formes cutanées circonscrites sont parfaitement curables.

M. Sabrazès. — Il me paraît probable que le traitement de l'avenir pour l'actinomycose sera le traitement médical. Thomassen (de Liège) et après lui M. Nocard ont obtenu plusieurs guérisons par l'iodure de potassium à haute dose qui paraît être un véritable spécifique.

Œdème éléphantiasique des membres inférieurs; fièvre de résorption.

M. Lafarelle présente l'observation d'une malade de 62 ans morte dans le service de M. Arnozan. Cette femme présentait un véritable éléphantiasis des membres inférieurs depuis bien des années. La tuméfaction disparaissait en très grande partie par la compression. La première fois qu'on appliqua la bande élastique, il y eut une diurèse abondante; les autres fois il n'y eut pas d'augmentation de la diurèse, mais des accès de fièvre. Finalement une pneumonie emporta la malade.

L'autopsie a montré une pneumonie, une péricardite suppurée à pneumocoques, pas de lésion valvulaire du cœur, rien aux reins. La peau des membres inférieurs ne présentait pas la sclérose habituelle de l'éléphantiasis, mais plutôt une lipomatose diffuse (partout ailleurs la malade était très maigre) avec œdème.

Recherches bactériologiques sur la pelade.

M. Faivre a essayé de vérifier par l'examen des cheveux péladiques, leur culture, et l'inoculation aux animaux, la théorie microbienne de la pelade émise par Von Sehlen de Hambourg, confirmée par MM. Vaillard et Vincent. Les micro-coques trouvés dans les follicules fibreux ont donné des cultures d'un blanc crémeux très abondantes lesquelles frottées sur l'oreille du lapin paraissent donner des plaques alopéciques. Ces recherches seront poursuivies.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MEDECINE BERLINOISE

Séance du 1er février 1893.

Syphilis cérébrale.

M. Silex. — Le malade dont je vous rapporte l'observation prit la syphilis en mai dernier. Au commencement de janvier de cette année, il remarqua sur la paupière supérieure gauche une nodosité indolore qui ne l'inquiétait d'ailleurs aucunement, il vint consulter pour des troubles de la vision. Sur la peau n'existait aucune trace de syphilis. Je constatai une parésie droite dans le territoire du facial inférieur et une parésie gauche des extrémités. La sensibilité était intacte. La paupière supérieure gauche était œdématiée, rouge et pendante ; en la renversant on observait une surface grisâtre avec de légères ulcérations à bords taillés à pic et infiltrés.

La cornée présentait une perte de substance assez étendue. Les antécédents du malade et l'état des lésions ne laissaient aucun doute qu'il s'agissait de lésions syphilitiques. Il est rare d'observer une localisation semblable, ainsi qu'il est facile de le remarquer en parcourant la littérature médicale.

Du bleu de méthylène dans la malaria.

M. Guttmann. — Il n'y a pas de faits probants qui démontrent l'action curative du bleu de méthylène dans la malaria tropicale. Peut être ce médicament a-t-il moins d'effet dans la malaria tropicale que dans les formes que nous observons; s'il en était ainsi, sa valeur ne serait que diminuée et non détruite. Ne savons-nous pas d'ailleurs que le sulfate de quinine agit dans ce cas beaucoup moins énergiquement?

Cette différence d'action est inexplicable. Peut-être pourrait-on croire que les plasmodies en forme; de croissant sont plus résistantes que les autres formes ! mais aujourd'hui on n'admet plus la spécificité de la forme de la plasmodie pour expliquer les diverses formes de la malaria.

Si le bleu de méthylène a moins d'action que le sulfate de quinine dans la malaria endémique, peut-être est-ce parce qu'il n'est pas administré pendant une durée de temps assez longue. Je le donne à la dose de 0,5 gr. pendant quatre semaines et j'en obtiens des résultats. M. Lorenzo dans trente-cinq cas a obtenu une guérison complète ; dans un seul cas, l'accès fébrile persista jusqu'au 7e jour.

Dans deux cas graves où le sulfate de quinine était resté sans action, le bleu de méthylène amena la guérison. Le bleu de méthylène a l'avantage sur le sulfate de quinine de ne point déterminer de phénomènes secondaires (céphalée, gastralgie, vertige, etc.). Il peut être pris à la dose de 0,5 gr. deux ou trois fois par jour sans inconvénients.

Les récidives après ce traitement ne sont pas plus fréquentes qu'après la médication quinique. Le bleu de méthylène agit en tuant le micro-organisme par son pouvoir colorant.

Symptômes tétaniques dans la diphthérie.

M. Aronson. — La valeur curative de la sérothérapie dépend de son degré d'immunisation ; par là on comprend la plus petite quantité de sérum nécessaire pour vacciner un animal contre des doses mortelles de toxines. Behring recherchant combien de grammes du poids de l'animal étaient immunisés par un gramme de sérum a trouvé, pour le tétanos, le rapport suivant: 1 : 5 — 10.000.000. Il n'en est pas ainsi dans la diphthérie : le coefficient d'immunisation connu est de 1 : 2 — 4.000, j'admets qu'on puisse le porter à 1 : 20 — 30.000. Dans ce cas, pour immuniser un enfant, il faudrait encore 10 gr. de sérum ; quantité dangereuse à administrer en raison de la quantité d'acide phénique injectée.

En raison de cet inconvénient, je propose d'employer l'aldéhyde formique, dont la toxicité est moitié moindre.

M. Baginsky. — Je préfère les injections de camphre, en raison de la toxicité très grande de l'acide phénique.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 7 février 1893.

Carcinome mélanique de la peau.

M. Hutchinson. — J'ai vu deux cas de cancers mélaniques de la peau qui étaient des carcinomes et non des sarcomes. Dans un cas, la tumeur débuta dans la cuisse et dans l'autre au niveau du talon. Ces tumeurs avaient une structure alvéolaire et dérivaient nettement du rete mucosum. Les cellules étaient plus petites et moins distinctes que celles des épithéliomas ordinaires de la peau. Il est probable que

beaucoup de tumeurs décrites comme des sarcomes mélaniques ne sont que des carcinomes mélaniques. Le cancer et le sarcome mélaniques sont probablement des tumeurs malignes au même titre en produisant des dépôts dans les ganglions lymphatiques.

Corps étranger d'un sac herniaire.

M. Hutchinson. — Voici un sac d'une hernie crurale dont le col était perforé par une arête de poisson qui avait traversé l'intestin et le ligament de Gimbernat. Cette arête avait irrité l'épiploon contenu dans le sac et provoqué des symptômes d'étranglement. Il n'y avait pas d'intestin dans ce sac herniaire. Après ablation du corps étranger, dont une des extrémités était fixée dans le ligament de Gimbernat, j'excisai le sac et l'épiploon enflammé. Tout alla bien pendant quinze jours, puis survint une diarrhée qui semble avoir rompu les adhérences formées, d'où la formation d'une péritonite dont le malade mourut. C'est là une complication herniaire bien rare.

Polype du cœur.

M. Voelcker. — Un homme de 52 ans, d'une bonne santé antérieure, fut pris d'œdème généralisé et ne tarda pas à mourir, après avoir présenté de la cyanose et des phénomènes de bronchite. L'auscultation avait fait penser à une sténose mitrale. A l'autopsie, on trouva le cœur très hypertrophié et dilaté et la valvule mitrale épaissie. Dans l'oreillette gauche, il y avait une masse gélatineuse fixée à la cloison au niveau de la fosse ovale et du volume d'un bouchon de bouteille de champagne. Cette tumeur était constituée de couches de fibrine concentriques, elle ne présentait aucun revêtement endothélial; dans sa profondeur, on trouva des vaisseaux embryonnaires.

Sarcome de l'œsophage.

M. Rolleston montre un sarcome de l'œsophage avec un conduit fistuleux communiquant avec le poumon droit. Il y avait aussi des productions sarcomateuses dans les 8e, 9e et 10e côtes; il y avait encore les mêmes lésions dans l'os iliaque droit et dans la fosse moyenne du crâne. Le malade avait 54 ans et souffrait de dysphagie depuis neuf mois. Le sarcome de l'œsophage paraît avoir été la lésion primitive.

Fibrome de la gaine synoviale du petit doigt.

M. Shaltock montre un fibrome mou de la gaine synoviale du petit doigt. Cette tumeur était lobulée et située sous l'aponévrose palmaire au niveau de la paume de la main. Il faut distinguer ces fibromes mous des myélomes qui surviennent dans la gaine fibreuse des tendons, tandis que les premiers ont pour point de départ les gaines synoviales.

Malformation congénitale du cœur.

M. Voelcker. — Une petite fille de sept ans était atteinte de cyanose, les doigts étaient crochus et on entendait un bruit systolique à la base du cœur et du côté droit. Cette enfant mourut subitement; à l'autopsie, on trouva que la cloison interventriculaire du cœur était incomplète; le trou de Botal avait persisté et l'orifice pulmonaire était sténosé et calcaire. Le canal artériel était fermé. Il est probable que ces lésions sont dues à une endocardite fœtale.

Rupture du cœur.

M. Beadles. — Une femme enfermée depuis longtemps dans un asile d'aliénés et n'ayant jamais présenté aucun symptôme de maladie de cœur, mourut subitement. A l'autopsie, on trouva une double rupture du ventricule gauche. Dans un autre cas, j'ai vu un homme vivre pendant 168 jours après une rupture complète du ventricule gauche. Il semblait guéri et il se leva, quand survint la terminaison fatale.

Chimisme stomacal.

M. Gillespie a fait sur ce point une communication, le 18 janvier 1893, à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg. Les matières protéiques en solution ont le pouvoir d'attirer l'acide chlorhydrique et peut-être de se combiner avec lui. L'acide chlorhydrique ainsi combiné n'empêche pas l'acide chlorhydrique libre de dialyser. L'acide chlorhydrique ne se combine pas avec les hydrates de carbone. Si la concentration des matières protéiques varie, l'acidité varie proportionnellement. Les glandes gastriques sécrètent de l'acide chlorhydrique libre quand les aliments arrivent dans l'estomac. L'époque à laquelle apparaît l'acide chlorhydrique varie avec la composition et la concentration de l'alimentation et avec l'état de la muqueuse gastrique. L'acidité pendant la première partie de la digestion gastrique est si faible que l'action amylolitique de la salive peut se continuer pendant quelque temps dans l'estomac. L'acide chlorhydrique libre sécrété dès le début se combine avec les albuminoïdes de l'alimentation. L'acide chlorhydrique ainsi combiné aux albuminoïdes a un pouvoir antiseptique inférieur à celui de l'acide chlorhydrique libre. Le pourcentage de l'acidité diffère dans le contenu stomacal filtré et non filtré. Le chyme stomacal n'a pas de pouvoir digestif, à moins qu'il ne contienne de l'acide chlorhydrique libre. La pyrosis n'est jamais causée par l'acide combiné aux albuminoïdes. Les acidités du chyme et de l'urine sont souvent inversement proportionnelles. L'hyperacidité est en grande partie la cause de l'ulcère de l'estomac.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 10 *février* 1893.

Luxation des vertèbres cervicales.

M. Winter présente un enfant de 5 ans qui a été suspendu par la tête en même temps que des mouvements de torsion étaient imprimés au tronc. Depuis, il tient sa tête raide, un peu penchée en avant et les mouvements de rotation sont très douloureux. Dans la région de la 4e cervicale, on voit un sillon profond, mais il n'y a pas de saillie dans le pharynx. Pas trace de paralysie. L'auteur admet une luxation bilatérale en avant et se propose de faire la réduction sous le chloroforme.

M. Kundrat se méfie de cette intervention, car dans un cas il l'a vu suivie de paralysie des quatre membres. Il peut fort bien ne pas s'agir ici d'une luxation simple, et la réduction peut causer une lésion de la moelle. **M. Winter** objectant qu'il y a peu d'observations où la réduction ait été nuisible, **M. Kundrat** lui répond que les échecs ne sont guère publiés.

Fistule vésico-vaginale.

M. Weinlechner présente une femme qu'il a guérie d'une fistule vésico-vaginale par la taille hypogastrique, après impossibilité de l'aborder par le vagin. La taille fut faite transversalement, la malade étant en position de Trendelenburg, puis la fistule fut atteinte, avec beaucoup de peine, avivée et suturée au catgut. Suture partielle de la plaie vésicale avec drain en T. Guérison en dix-huit jours.

L'opération fut longue et la suture pénible. A l'avenir, M. Weinlechner fera l'incision longitudinale médiane et refoulera la fistule vers la plaie à l'aide d'un tampon introduit dans le vagin.

M. von Dittel se déclare pour tous les cas partisan de la taille hypogastrique par incision médiane.

Anesthésie locale.

M. von Hacker a étudié l'anesthésie locale par la méthode de Schleich : infiltration des tissus par l'eau pure ou par une solution de sel marin, mais l'injection elle-même est douloureuse, de sorte qu'il conseille d'employer une solution de cocaïne à 0.2 0/0 avec 0.1 0/0 d'acide phénique. On obtient ainsi l'anesthésie, à condition de faire une véritable boule d'œdème.

Pour les petites opérations sur la peau, le chlorure d'éthyle donne de très bons résultats.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Pilules contre la chloro-anémie avec aménorrhée. — M. Milner Fothergill.

Acide arsénieux		0 gr. 06 cent.
Sulfate de fer		2 grammes.
Poivre noir	}	
Aloès	} ââ	Q. S.
Myrrhe	}	

F. S. A. soixante pilules. — Prendre une pilule, deux fois par jour, après les repas.

Le tellurate de potassium contre les sueurs nocturnes des phthisiques

Dans ses expériences cliniques avec le tellurate de potassium, qu'il administrait aux phthisiques dans l'espoir d'une action destructive sur le virus tuberculeux, M. le docteur E. Neusser, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Vienne, a constaté ce fait intéressant, que le médicament supprime ou diminue considérablement les sueurs nocturnes dans la majorité des cas.

Les malades prenaient le soir une pilule contenant 0.02 centigrammes de tellurate de potassium. Cette quantité, suffisante d'abord, perdait parfois, au bout d'une huitaine de jours, son efficacité, par suite de l'accoutumance du malade au médicament. Alors, on doublait la dose, et l'effet désiré s'obtenait de nouveau.

Dans quelques cas rares, l'appétit paraissait augmenter sous l'influence du médicament. Parfois aussi, le tellurate de potassium semblait exercer une action légèrement narcotique; mais il n'influençait en rien l'état local des poumons.

Aux doses indiquées, M. Neusser n'a jamais observé de phénomènes d'intoxication; ceux-ci ne commençaient à se produire que si les malades prenaient le médicament à la dose de 0,06 centigr. par jour, et encore lorsque l'usage de cette dose était prolongé. Dans ce cas, il survenait des troubles dyspeptiques (renvois, état saburral de la langue, perte d'appétit, etc.).

Le seul phénomène désagréable dans le traitement par le tellurate de potassium est l'odeur intense d'ail que prend l'haleine des malades, odeur remarquée d'ailleurs par tous les auteurs (Gmelin, Wœhler, Hanson, Rabuteau) qui ont fait sur les animaux des expériences relatives à l'action pharmacologique des composés du tellure (acide tellurique, tellure-éthyl, tellurite de potassium ou de sodium). Cependant, dans l'immense majorité des cas, les malades ne s'aperçoivent pas de l'odeur qu'ils exhalent.

HYDROLOGIE

On lit dans la *Gazette des Hôpitaux*:

Le laboratoire d'analyses médicales de la Bourboule, par le Dr X. Delmis.

Nous croyons devoir signaler à nos lecteurs une innovation due à l'initiative de la Compagnie des Eaux minérales de la Bourboule, innovation qui augmentera certainement la faveur dont jouit auprès du corps médical cette station thermale. C'est la création d'un laboratoire d'analyses médicales, dont l'utilité n'est pas à démontrer dans une ville d'eaux où figurent, parmi les maladies que l'on traite avec succès, le diabète, l'anémie et la tuberculose. Il y a deux ans que la Compagnie des Eaux, toujours attentive à suivre les conseils des médecins de la station et à perfectionner les moyens thérapeutiques mis à leur disposition, a aménagé ce laboratoire dans un de ses établissements et en a confié la direction à M. Ph. Lafon, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de médecine, bien connu et apprécié par un grand nombre de docteurs éminents de Paris. En outre, elle a créé, en 1892, des bons d'analyse gratuits offerts aux médecins pour leurs clients peu fortunés, et dès cette première saison, des observations intéressantes ont été recueillies, dont nous pouvons citer quelques-unes :

1° *Diabète*. — M. G... (médecin traitant, docteur Dauzat), diabétique depuis plusieurs années.

11 juillet 1892 : 3 litres urine par vingt-quatre heures; 56 gr. 12 sucre par litre ou 168 gr. 36 par jour; traitement 1 litre et demi d'eau Choussy-Perrière par jour en trois fois; bain d'une demi-heure à 35°, douche de cinq minutes à 38°.

23 juillet : urine 2 litres et demi, sucre 29 gr. 50 par litre ou 73 gr. 75 par vingt-quatre heures; deux verres d'eau. Même traitement externe.

1er août : urine 2 litres, sucre 33 gr. 3 par litre ou 66 gr. 6 par jour; trois verres d'eau; douche générale en jet de deux minutes à 38°.

18 août : urine 1 litre, sucre 30 gr. par litre ou 30 grammes par jour; état général satisfaisant, amélioration manifeste.

M. E... (médecin traitant, docteur Fr. Morin), trente-huit ans, venu en 1889 et 1891, ayant la première fois 90 grammes de sucre, la seconde 50 grammes, réduits chaque fois à quelques grammes au départ; amélioration et engraissement notables. En 1892, 4 août, sucre 20 gr. 72 par litre; 21 août, sucre 0; état des plus satisfaisants.

M. M... (médecin traitant, Dr Noir) a fait plusieurs cures à Vichy; très affaibli et amaigri, est venu en 1891 à la Bourboule avec 25 grammes de sucre par litre, réduits à 5 grammes. En 1892, le 4 août, 20 gr. 72; le 16, 4 grammes. Eau en boisson et grande douche; part très amélioré.

M. S... (même docteur) a fait aussi plusieurs cures à Vichy, puis à la Bourboule; sucre réduit de 25 grammes environ à 1 gramme.

Chloro-anémie. — Mlle C..., seize ans (médecin traitant, docteur Dauzat), règles irrégulières, douloureuses, faiblesse générale, inappétence, palpitations.

Analyse du sang. 24 août, globules rouges 3 600 000, globules blancs 4 200, oxyhémoglobine 10 p. 100. — 1 verre d'eau, douche écossaise. Dès le lendemain appétit meilleur, et va en augmentant (1).

29 août, globules rouges 4 855 000, globules blancs 4 600, oxyhémoglobine 13 p. 100. Règles revenues. Progrès des forces et de l'appétit, jusqu'à la fin du traitement.

Mlle F..., vingt-sept ans (même docteur). Plus réglée depuis un an, maigre et pâle, souffle dans les artères, palpitation, oppression au moindre effort.

10 août, globules rouges 3 900 000, globules blancs 7 200, oxyhémoglobine 9 p. 100. — 1 verre d'eau minérale. Bain de 20 minutes à 35 degrés.

27 août, globules rouges 4 092 000, globules blancs 6 100, oxyhémoglobine 12 p. 100. Guérison presque complète.

Mme V..., vingt-trois ans (même docteur). Mal réglée, teint pâle, gastralgie, palpitation. Vient à la Bourboule pour la troisième fois, en progrès sensible.

13 août, globules rouges 4 340 000, globules blancs 9 300, oxyhémoglobine 11 p. 100. — 1 verre d'eau en quatre fois, bain ou douche écossaise. Amélioration rapide.

29 août, globules rouges 500 300, globules blancs 4300, oxyhémoglobine 11 p. 100. Part le 5 septembre, poids augmenté de 5 kilog. Tous symptômes d'anémie disparus.

(1) C'est un des effets les mieux constatés de l'emploi de l'eau de *Choussy-Perrière*, à la station aussi bien que dans les hôpitaux de Paris, où l'on boit journellement de l'eau transportée. Non seulement elle rend très rapidement l'appétit aux personnes anémiées, mais encore elle arrête promptement les vomissements de celles dont l'estomac ne supporte plus les aliments.

Citons encore M. T..., (docteur Méneau), néphrite interstitielle. Le 15 juillet 20 centigrammes albumine; tubes granuleux du rein. Le 2 août, simples traces d'albumine, plus de tubes, globules blancs réduits de 12. 400 à 5. 200. Sommeil et appétit revenus.

Ces observations concordent avec tous les faits constatés depuis plusieurs années à la station comme dans les hôpitaux. On sait que le très regretté docteur Danjoy, qui avait publié, dès 1877, une vingtaine de cas de diabète, a fait, en 1889, un travail beaucoup plus important, que l'Académie de médecine vient de récompenser d'une médaille d'or, et qui contient 188 observations, dont 175 améliorations notables et 13 insuccès. Pour la tuberculose, il y a plus de vingt-cinq ans que Noël Guéneau de Mussy avait établi, dans les hôpitaux, l'efficacité de l'eau Choussy-Perrière.

Nous reviendrons, plus tard, sur les nombreuses observations recueillies depuis; il nous suffit aujourd'hui d'avoir appelé l'attention sur le laboratoire dirigé par M. Lafon à la Bourboule. Cette création, avec l'adjonction des bons d'analyse gratuits, augmentera la confiance du corps médical dans les garanties d'efficacité du traitement de la Bourboule et contribuera à faire apprécier de plus en plus la valeur thérapeutique des sources arsenicales Choussy-Perrière dont la réputation est actuellement bien établie.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

De la naphtaline dans la fièvre typhoïde.

M. le docteur L. Wolff, médecin de l'hôpital allemand à Philadelphie, a appliqué à 100 cas de fièvre typhoïde le traitement suivant :

On commençait par administrer le calomel (avec du bicarbonate de soude) à la dose de 6 centigrammes, répétés toutes les trois heures jusqu'à effet laxatif. Puis on passait immédiatement à l'usage de la naphtaline : le malade prenait, toutes les quatre heures, un cachet avec 30 centigrammes de ce médicament bien purifié et finement pulvérisé, en alternant ces cachets avec quelques gouttes d'acide chlorhydrique dilué. L'hyperthermie était combattue par des lotions fraîches, faites avec une éponge, et au bassin par des médicaments antithermiques. On recourait aussi, s'il y avait lieu, à l'usage des excitants. Comme régime alimentaire, le malade prenait alternativement du lait et du bouillon dans lequel on avait battu des œufs crus.

Sur cent malades traités de cette façon par notre confrère, dix ont succombé. Mais M. Wolff fait prendre en considération que, de ces dix malades décédés, quatre ont été apportés dans un état déjà si grave, qu'ils sont morts au bout de trois à cinq jours; que quatre autres malades ont succombé, l'un à la paralysie glosso-pharyngée, l'autre à un érysipèle de la face, le troisième à la phthisie pulmonaire aiguë et le quatrième à un collapsus cardiaque dû à une affection valvulaire, et que la mortalité réelle peut être ainsi réduite à 2 0/0, ce qui constituerait un résultat excellent.

Parmi les cas guéris, seize fois la maladie a revêtu une forme abortive, la défervescence étant survenue avant la fin du second septénaire. Trois malades seulement furent pris d'hémorrhagie intestinale, et encore, chez deux d'entre eux, l'hémorrhagie est survenue tout au début de l'administration de la naphtaline, alors que l'effet du traitement n'avait pas encore eu le temps de se produire.

D'après les observations de notre confrère de Philadelphie, la naphtaline, sans exercer d'influence immédiate sur la fièvre dothiénentérique, finit cependant par amener un abaissement en lysis de la température. Lorsque, ce résultat étant obtenu, on cesse brusquement l'usage du médicament, la fièvre apparaît de nouveau. Aussi faut-il, afin de prévenir ces rechutes, continuer l'usage de la naphtaline pendant un certain temps après la cessation complète de la fièvre.

La naphtaline agit encore très efficacement contre la diarrhée dothiénentérique, au point que l'usage continu de ce médicament oblige même souvent à recourir aux purgatifs.

La naphtaline a toujours été bien supportée. Elle n'a jamais produit d'affaiblissement du cœur, de troubles gastro-intestinaux ou d'irritation des organes urinaires.

De l'antipyrine dans les maladies mentales.

Partant de cette donnée que l'excitation, les hallucinations et les accès de fureur sont souvent provoqués, chez les aliénés, par des irritations douloureuses du système nerveux central et périphériques, deux aliénistes italiens, MM. les docteurs C. Berarducci et C. Agostini, ont administré l'antipyrine à la dose journalière de 2, 3, 6 et 8 grammes, soit à l'intérieur, soit en injections hypodermiques et pendant dix-huit mois consécutifs, à 85 malades atteints de troubles psychiques divers.

Dans ces expériences, l'action de l'antipyrine, lorsqu'elle s'est produite, a toujours été simplement sédative, jamais hypnotique. Dans les cas où le médicament a exercé une influence favorable, il amenait une sédation de l'irritation cérébrale congestive et des hallucinations, surtout celle de la vue; il calmait aussi l'agitation produite par les irritations douloureuses. Jamais il ne provoquait d'état soporeux, comme le fait la morphine, ou de prostration telle qu'on l'observe à la suite de l'administration de l'hyoscine.

Sur l'évolution générale des affections psychiques, l'antipyrine n'a exercé aucune influence appréciable.

L'antipyrine a donné des résultats favorables dans le petit mal (diminution du nombre des accès et de l'intensité des troubles psychiques concomitants), dans le délire hallucinatoire, dans la manie chronique et la démence consécutive à la manie, chez les lypémaniaques agités et enfin à la première période de la paralysie générale progressive. Elle s'est montrée inactive dans la manie aiguë, dans la lypémanie simple et hypochondriaque, dans l'hystérie et dans l'épilepsie à forme de grand mal.

Abstraction faite de quelques éruptions scarlatiniformes, l'antipyrine n'a jamais provoqué dans les observations de nos confrères italiens aucun phénomène désagréable ou inquiétant.

Potion tænifuge. — M. J. Stephens.

Extrait fluide de cascara sagrada.	24	grammes
Sirop d'écorce d'oranges amères.	100	—

Mêlez. — A prendre : trois cuillerées à café par jour (trois demi-cuillerées à café pour enfant).

Au moyen de cette potion, M. Stephens a obtenu l'expulsion rapide et complète du ver solitaire chez deux malades.

Du traitement médical de la pérityphlite.

M. Sahli (de Berne) considère que la première mesure à prendre dans un cas de pérityphlite doit consister à supprimer complètement toute ingestion d'aliments et de boissons par la voie buccale. On obtient souvent ainsi la disparition immédiate des vomissements et du météorisme intestinal, phénomènes qui exercent une influence défavorable sur l'évolution du processus inflammatoire.

On nourrira donc le malade à l'aide des lavements alimentaires dont voici la formule :

Bouillon de bœuf	200	grammes.
Œufs.	n° 3.	
Peptone sèche.	10	grammes.
Chorure de sodium.	3	—

Mêlez. — Pour un lavement nutritif.

On administrera par jour de 1 à 3 lavements nutritifs à la température de 40°. En outre, on pourra donner, pour combattre la soif, des lavements de 300 grammes d'eau pure à 40°. Si les lavements aqueux ne sont pas suffisants pour calmer la soif, on peut permettre au

malade d'avaler de temps en temps quelques gorgées d'eau.

Un second point important du traitement de la pérityphlite consiste dans l'usage systématique des opiacés et surtout du laudanum de Sydenham, que M. Sahli administre de la façon suivante :

Il commence par donner d'abord 10 gouttes de laudanum; ensuite il fait prendre d'heure en heure, puis toutes les deux heures, de 5 à 7 gouttes du médicament. Lorsque la douleur a disparu, le malade ne prend plus que 5 gouttes de laudanum toutes les trois heures. Si la douleur revient, on donne de nouveau 10 gouttes du médicament et ainsi de suite.

Comme traitement local, notre confrère a recours dès le début aux applications de glace qu'il remplace dans la suite par des cataplasmes.

Lorsque, sous l'influence de ces moyens, les douleurs auront complètement disparu, on pourra cesser l'usage de l'opium et essayer avec prudence d'alimenter le malade par la bouche au moyen de bouillon, d'œufs, de lait, puis de viandes hachées. On combattra la constipation par des lavements évacuants et l'on s'abstiendra d'administrer des purgatifs. On n'autorisera le malade à se lever que lorsque toute trace de fièvre aura disparu et qu'il n'y aura plus de douleur à la pression dans la fosse iliaque.

L'acide chromique dans le traitement des ulcérations syphilitiques.

On sait qu'il est des ulcérations syphilitiques de la muqueuse pharyngienne et buccale qui résistent d'une façon opiniâtre à tout traitement général et local. Dans un cas de ce genre où le mercure et l'iodure de potassium, ainsi que les applications de sublimé, de solution iodo-iodurée, de nitrate d'argent, d'aristol, etc., sont restés sans effet, M. le docteur A. Kuttner, assistant de la policlinique de M. le professeur H. Krause à Berlin, a employé avec succès, sur le conseil d'un confrère de Montévidéo, M. le docteur Tiédemand, les cautérisations de l'ulcère à l'acide chromique. Depuis lors, dans tous les cas rebelles aux moyens usuels de traitement, M. Kuttner a recours à l'acide chromique qu'il recommande à l'attention des confrères.

Le procédé consiste simplement à cautériser l'ulcère à l'aide d'une sonde métallique sur le bout renflé de laquelle on a fait fondre, à la flamme d'une lampe, quelques cristaux d'acide chromique. A la suite de cette cautérisation, l'ulcère se recouvre d'un escharre jaune-verdâtre. On fait immédiatement un lavage à l'eau simple afin d'enlever l'excès d'acide chromique. La douleur est minime pendant la cautérisation, qui n'est jamais suivie de réaction appréciable.

On cautérise à nouveau lorsqu'au bout de 2 jours l'escharre est tombée et on continue ainsi jusqu'à la guérison complète, que l'on obtient dans un espace de temps relativement court, variant de 3 à 15 jours.

Il va sans dire que les récidives peuvent très bien survenir. M. Kuttner les combat d'abord par le traitement général seul et, si celui-ci se montre impuissant, il s'adresse alors de nouveau à l'acide chromique.

D'un agent important de la médication analeptique et de la meilleure manière de s'en servir, par le docteur Nérand, de la Faculté de Paris.

Je veux parler du phosphate de chaux.

Le domaine thérapeutique du phosphate de chaux est considérable et ses indications sont multiples.

Dans nombre d'états généraux diatésiques, d'affections organiques, d'altérations des tissus ou de simples lésions localisées, son usage est justifié, utile, nécessaire, souvent indispensable et son action curative sûre et indiscutée.

Est-il besoin de rappeler le rôle qu'il peut et doit jouer dans la nutrition normale et l'entretien physiologique du corps humain ? Elément primordial de la charpente osseuse, il tient une grande place dans l'alimentation journalière, première indication pour le praticien attentif, qui en recommandera l'usage à la jeune mère pendant l'allaitement pour fournir à son lait les meilleurs matériaux d'ossification et à l'enfant pendant ces périodes de croissance rapide qui réclament des apports minéraux que les *ingesta* ordinaires ne comportent pas.

Mais cela regarde l'hygiène alimentaire.

Le phosphate de chaux n'est pas qu'un aliment, il est surtout un médicament, et non des vulgaires. Tonique, antidéperditeur, reconstituant et même substitutif, il devient aussi nécessaire que les ferrugineux, l'huile de foie de morue et les bains de mer dans la chlorose et la scrofule, indispensable, je n'ose pas dire spécifique, dans le rachitisme et l'ostéomalacie.

Il provoque ou active, c'est démontré, la formation des cals et guérit la carie osseuse en enrayant la dégénérescence graisseuse des ostéoplastes.

Dans cet ordre de faits, ne peut-on lui demander de modifier la dégénérescence caséeuse du tubercule, et, par l'infiltration phosphato-calcaire, d'arrêter ou suspendre l'évolution de ce dernier ?

Ce n'est pas impossible et les dépôts crétacés trouvés dans les poumons des tuberculeux sont là pour démontrer que la méthode pourrait être aussi expérimentale que rationnelle.

Quoi qu'il en soit, les bons effets du phosphate de chaux chez les phthisiques ne sont pas douteux.

Grâce à lui, le poitrinaire mange mieux et sue moins; de là augmentation de la recette et diminution de la dépense ou pour mieux dire de la déperdition, et je n'aurai pas de peine à convaincre mes confrères que c'est encore là aujourd'hui ce qui assure le plus de survie aux malheureux, en attendant que la médication antibacillaire soit trouvée et ait fait ses preuves.

Loin de ma pensée de faire de lui un agent microbicide ou antiseptique; cependant il est bon d'observer que si le phthisique qui en fait emploi se porte mieux, c'est qu'il y a arrêt et même rétrocession dans le processus morbide, c'est que le phosphate de chaux devient un des meilleurs facteurs de cette médication que mon vénéré maître, le professeur Peter, a dotée du nom de médication « bacille empêchante »; c'est que, s'il ne tue pas le microbe, il l'empêche de prospérer, de se multiplier, de vivre, ce qui n'est pas loin d'être la même chose.

Donc, conseiller les phosphates dans l'allaitement et la croissance hâtive, les ordonner dans le rachitisme, la scrofule, la chlorose, la carie, les fractures, la phthisie, l'anorexie et la déchéance générale sont des conclusions que je n'ai pas besoin de formuler.

Il reste un point à éclaircir. Pour l'administration de ce précieux agent, comme en matière de bienfaisance en général, la façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne.

Passant par la voie stomacale, pour être assimilé et produire tous ses effets, il doit ne gêner en rien les fonctions digestives, mais les favoriser. Partant de là, on doit rejeter les préparations à base de bi-phosphate gélatineux, qui, très souvent impurs, variables dans leur composition, fatiguent l'estomac par leur extrême acidité, sont difficiles à doser et susceptibles de nombreuses altérations.

Le bi-phosphate de chaux cristallisé chimiquement pur (un gramme correspond environ à 2 grammes de bi-phosphate gélatineux) *en solution inaltérable* doit *seul* être ordonné, dans les cas où l'estomac fonctionne convenablement.

S'il existe des troubles gastriques, on donnera le chlorhydro-phosphate de chaux de préférence au lacto-phosphate ou autres composés analogues, car il est démontré aujourd'hui que l'acide chlorhydrique est l'acide normal de l'estomac et que la chlorhydro-thérapie est le plus efficace des traitements des dyspepsies, les autres acides de l'estomac n'étant que des produits de décomposi-

tion, et non des agents de la digestion.

Parmi les préparations pharmaceutiques à base de bi-phosphate de chaux cristallisé ou de chlorhydro-phosphate de chaux chimiquement pur qui sont recommandées au monde médical, j'ai cru devoir adopter, après essais, les *Solutions Henry Mure simples ou arséniées* renfermant un gramme de sel calcaire et un milligramme d'arséniate de soude, par cuillerée à soupe.

Pureté parfaite, dosage mathématique, faible acidité, *inaltérabilité absolue* (1) efficacité puissante et durable, *prix modéré*, telles sont les qualités susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, qui, dans ma pratique médicale, me font donner aux *Solutions Henry Mure* la préférence sur toute autre préparation similaire.

J'ajouterai que l'heureuse association de l'arsenic augmente la puissance du remède, et simplifie utilement l'ordonnance dans le traitement des herpétiques, scrofuleux, phthisiques et dans les cas nécessitant son emploi.

(1) Les préparations à base de bi-phosphate de chaux s'altèrent rapidement après quelques jours de fabrication. La maison Henry Mure, par un procédé spécial, personnel, difficile à suivre dans les officines, est parvenue à les rendre absolument inaltérables sans le secours d'antiseptiques nuisibles, tout en exaltant leur valeur thérapeutique.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'eczéma chez les vieillards.

Bien que l'eczéma s'observe à toutes les périodes de la vie et qu'il reste toujours identique à lui-même en tant qu'entité morbide, il présente cependant, suivant l'âge des malades, certaines particularités importantes à connaître au point de vue du traitement.

C'est de la thérapeutique de l'eczéma sénile que nous voulons entretenir aujourd'hui nos lecteurs en nous laissant guider, dans cette question d'un intérêt si pratique, par l'expérience et les conseils d'un dermatologiste américain autorisé, M. Duncan Bulkley, médecin de l'hôpital pour les affections cutanées et cancéreuses de New-York.

Les particularités de l'eczéma des vieillards (et par vieillesse nous entendons ici un âge à partir de soixante ans environ) peuvent se résumer ainsi qu'il suit : tendance à la chronicité et à la généralisation lente; fréquence de la forme érythémateuse avec épaississement de la peau (ce qui fait souvent parler, bien à tort, d'érysipèle chronique), intensité du prurit qui, parfois, est atroce. Cet eczéma peut se généraliser au point d'occuper la plus grande partie de la peau ; mais ses sièges de prédilection sont la face, la tête, les parties génitales et le dos des mains.

Chez les vieillards atteints d'eczéma, on constate souvent de la constipation habituelle et de l'insuffisance de la fonction rénale. Les urines sont peu abondantes (malgré la fréquence des mictions), d'un poids spécifique élevé, et contiennent des dépôts d'urates. Ces deux conditions doivent être combattues pour que le traitement local de l'eczéma puisse donner de bons résultats.

Contre la constipation habituelle, on prescrira les pilules d'aloès et de fer, une pilule avant chaque repas, et comme diurétique, l'acétate de potasse.

Des médicaments modificateurs de l'état général doivent encore être employés, s'il y lieu, suivant les indications de chaque cas particulier : l'arsenic associé au fer, s'il y a anémie ; la quinine, si l'on suppose l'impaludisme ; les calmants contre l'insomnie. En qualité de somnifères, 30 centigrammes de phénacétine ou d'acétanilide, ou bien dix à vingt gouttes de teinture de gelsemium avec une goutte de teinture d'aconit. Au besoin, ces doses peuvent être répétées au bout d'une heure.

Un régime approprié est très important. D'une manière générale, toutes les boissons alcooliques (vins, liqueurs, bières) doivent être absolument interdites. Il va sans dire qu'exception sera faite pour les buveurs, auxquels on sera obligé d'autoriser une certaine quantité de leur poison habituel. L'usage du café et du thé devra être très modéré. Les gros mangeurs seront considérablement réduits dans la quantité de leurs aliments. Enfin, le régime antidiabétique s'impose pour les cas où l'eczéma (et, comme on sait, il siège alors de préférence aux parties génitales) est sous la dépendance d'une glycosurie permanente ou passagère.

Passons maintenant au traitement local. Il doit varier suivant la localisation et le caractère de l'éruption eczémateuse.

Dans l'eczéma généralisé et celui du tronc et des membres, le meilleur calmant est le liniment que voici :

Calamine préparée	8	grammes.
Oxyde de zinc	16	—
Acide phénique neigeux	4 à 8	—
Glycérine	45	—
Eau de chaux	30	—
Eau distillée de roses	150	—

Mêlez. — Usage externe.

On badigeonne avec ce liniment les parties affectées, abondamment et aussi souvent qu'il le faut pour calmer le prurit et la sensation de chaleur et de cuisson. Les parties ainsi traitées ne seront recouvertes que par le linge et les vêtements que le malade porte. On doit user de prudence dans les cas d'eczéma très généralisé, car une application par trop étendue du liniment pourrait avoir des inconvénients, à cause de la résorption possible de l'acide phénique.

Quant aux surfaces suintantes, elles seront recouvertes d'une couche de coton hydrophile, qu'on y laisse adhérer.

Lorsqu'on a affaire à des éruptions plus localisées, surtout lorsqu'il y a épaississement des tissus, on obtiendra d'excellents résultats par des applications de goudron :

Oxyde de zinc	4	grammes.
Pommade de goudron	16	—
Cold-cream	45	—

Mêlez. — Usage externe.

Des pièces de linge, enduites d'une couche épaisse de cette pommade, seront appliquées sur les plaques eczémateuses et maintenues en place par des bandes de tarlatane.

Si les épaississements de la peau résistent au goudron, on renforce l'action du mélange par l'addition d'un quart de volume de la pommade de Hebra (emplâtre diachylon et huile d'olive, ââ), ou de 50 centigrammes à 1 gramme d'acide salicylique.

Contre l'eczéma de la face et du cuir chevelu, on se servira avec avantage d'une pommade ainsi formulée :

Tannin	4 grammes.
Acide phénique neigeux.	0 gr. 30 à 60 cent.
Cold-cream	30 grammes.

Mêlez. — Usage externe.

Les parties affectées doivent rester recouvertes en permanence de cette pommade qu'on réappliquera au fur et à mesure qu'elle aura disparu.

Enfin, comme dernier point, on aura toujours présent à l'esprit ce fait bien établi par l'expérience, à savoir que l'eau doit être considérée comme l'ennemi de l'eczéma sénile. Donc, d'une manière générale, pas de lavages, pas de bains. Dans les cas où l'on se croira autorisé à faire exception à cette règle, on procédera à des lavages très rapides au savon mou de potasse (moins irritant pour l'eczéma que les autres savons) et, au lieu de bains simples, on fera prendre des bains alcalins, formulés comme il suit :

Carbonate de potasse	120	grammes.
Carbonate de soude	90	—
Borax pulvérisé	60	—
Amidon	500	—

Mêlez. — Pour un bain.

Après chaque lavage et chaque bain, les parties malades seront soustraites à l'action irritante que l'air exerce sur l'eczéma par l'application immédiate des lotions et pommades ci-dessus énumérées.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. des Arts et Manufact. et DUBUISSON 12, r. Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

CLINIQUE MÉDICALE

Complexus symptomatique particulier au cours de la fièvre typhoïde; communication faite à la *Société médicale de Hambourg*, par M. Eisenlohr.

Je veux signaler, aujourd'hui, à votre attention un complexus symptomatique particulier observé dans trois cas de fièvre typhoïde: il s'agit de phénomènes spéciaux relevant du système nerveux central et des nerfs bulbaires, plus particulièrement de paralysies portant sur l'appareil de la phonation, les lèvres, le voile du palais et les muscles mentonniers, avec parésie musculaire généralisée ou accentuée.

Dans les trois cas il s'agit d'individus forts et jeunes, de 17 (1), 18 (2), 31 (3) ans.

L'infection typhique fut des plus intenses et enleva un des malades, le plus âgé, au dix-septième jour de la maladie. La durée de la fièvre chez les deux survivants fut de 38 à 40 jours.

La température persista jusqu'à la fin de la troisième semaine aux environs de 40°. Chez l'un le mouvement fébrile avait la forme subcontinue, chez l'autre, rémittente. La température axillaire dépassa une fois 40° chez le malade qui succomba.

Dans les trois cas, il y avait une augmentation de la fréquence du pouls (120 à 140 puls.), de la tendance au refroidissement, et de la cyanose des extrémités. Les symptômes bulbaires qui donnèrent une physionomie si particulière à la maladie, consistèrent en des troubles de l'articulation de la parole, si marqués à leur acmé, qu'ils étaient proches de l'aphasie motrice — il s'agissait de phénomènes parétiques, intéressant l'appareil musculaire innervé par le facial inférieur, la langue et le voile du palais.

Dans un cas, persistèrent pendant un temps assez long des troubles de la déglutition sans lésions spéciales du pharynx. — Chez les deux plus jeunes malades, la cinquième paire nerveuse fut intéressée dans sa branche motrice, il existait de la parésie des masséters avec chute du menton, et des contractions cloniques dans les muscles masticateurs, accompagnant surtout toute tentative d'ouvrir la bouche.

Les troubles de la parole arrivèrent assez rapidement chez le malade qui succomba; ils se manifestèrent dès la première semaine; alors qu'ils ne survinrent qu'à la deuxième et à la quatrième semaine chez les deux autres. Chez ces derniers ils persistèrent quelque peu pendant la période de convalescence, pour disparaître assez brusquement.

Chez tous, il existait une faiblesse marquée de tout l'appareil moteur, sans paralysie ni trouble de la sensibilité et des réflexes. Cette faiblesse ne s'accompagnait d'aucun symptôme de névrite (sensibilité des nerfs et des muscles à la pression, etc.).

La force musculaire, dès la période de convalescence, revint bien vite à son degré normal.

Le sensorium fut assez fortement atteint dans un cas, comme il arrive dans les formes graves. Dans un autre furent plus spécialement intéressées les facultés psychiques et la mémoire.

Il est à remarquer que les troubles de la parole ne coïncidèrent pas avec ceux du sensorium, sauf dans le cas mortel, où ils s'aggravèrent parallèlement jusqu'à l'issue fatale.

Dès la deuxième semaine, il survint encore dans ce cas une névrite optique avec hyperhémie capillaire et veineuse intense de la papille. Dans un des deux autres cas, il y avait également hyperhémie pupillaire, mais sans lésions inflammatoires.

L'acuité visuelle était diminuée proportionnellement à l'intensité de ces troubles.

La musculature externe et interne de l'œil fut respectée entièrement dans les trois cas.

Les troubles des réservoirs doivent être attribués à l'état même du sensorium.

Les complications qui survinrent dans les trois cas furent de légères hémorrhagies dans l'un, de l'albuminurie dans le deuxième, une broncho-pneumonie avec néphrite aiguë dans le troisième.

L'autopsie du malade succombé en dehors des lésions classiques connues ne révéla rien de particulier. L'examen macroscopique du système nerveux central resta négatif.

Il n'en fut pas de même de l'examen bactériologique. Des plaques de gélatine ensemencées avec des parties provenant de la moelle allongée et de la circonvolution centrale antérieure gauche restèrent stériles.

Des ensemencements par piqûre avec une aiguille plongée en différents points de ces parties donnèrent lieu à une culture jaune, abondante d'un coccus se rapprochant du staphylococcus citreus; il ne se développa aucune culture de bacille; par contre, on constatait de nombreuses colonies de bacilles sur les coupes pratiquées dans les points suivants: 1° parties postérieures des deux circonvolutions centrales gauches; 2° moelle allongée au niveau des noyaux du glosso-pharyngien de l'hypoglosse et du chiasma des pyramides; 3° moelle cervicale et dorsale; 4° nerfs optiques en avant et en arrière du chiasma. Il s'agissait de bacilles isolés de longueur variable en général, un peu recourbés, arrondis aux extrémités, se colorant par les méthodes de Weigert et de Gram.

Peu nombreux dans les nerfs optiques, ils existaient en prédominance surtout dans la moelle allongée et les circonvolutions, sans affecter de disposition spéciale entre eux ou avec les éléments nerveux. Dans la moelle allongée on pouvait distinguer non sans peine quelques coccus.

Il est difficile de préciser la nature de ces micro-organismes. Le coccus cultivé sur gélatine pyogène, sans aucun doute, se rapproche, sans pouvoir leur être identifié, des staphylococcus citreus et aureus. Quant au bacille, il ne saurait être celui de la fièvre typhoïde qui se décolore par la méthode de Gram.

Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une infection mixte au cours d'une fièvre typhoïde.

Ces troubles nerveux si particuliers ne sauraient être confondus avec ceux que l'on observe habituellement dans les formes graves de la fièvre typhoïde. Ils relèvent, à mon avis, des lésions de la moelle allongée.

L'examen des muscles atteints de parésie et innervés par des nerfs bulbaires, révéla nettement qu'il s'agissait de troubles relevant, non d'une myopathie typhique, mais du système nerveux central. Si dans l'observation de Curschmann, relatant la présence du bacille typhique en des points de la moelle correspondant aux parties périphériques atteintes, la pathogénie des accidents nerveux se trouve expliquée par l'invasion de l'agent spécifique dans le système nerveux central, dans ces trois cas, l'existence des micro-organismes décrits dans le bulbe et le cerveau me semblait suffisante pour donner lieu aux symptômes nerveux si particuliers que je vous ai décrits; il y a ici une infection mixte du système nerveux central, comme des autres organes, ainsi que l'a démontré M. E. Frænkel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 février 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Symphyséotomie.

M. Guéniot place sous les yeux de l'Académie un appareil qu'il a imaginé pour la contention des pubis après la symphyséotomie. De plus, il sert à soulever commodément les malades pour l'administration des soins de propreté et maintient les couvertures du lit à distance de la plaie, comme le ferait un cerceau.

Méthode sclérogène.

M. Ozenne relate une observation de traitement de la tuberculose primitive des organes génitaux de l'homme par les injections de chlorure de zinc (méthode sclérogène de Lannelongue). En présence des résultats acquis, il lui paraît rationnel de fonder des espérances sur l'emploi de cette méthode dans les cas suivants : 1° contre la tuberculose du testicule et de l'épididyme ; 2° contre la tuberculose du testicule, de l'épididyme et du canal déférent ; 3° contre la tuberculose de la prostate et des vésicules. Si, dans ces diverses circonstances, cette méthode de traitement, que l'on applique suivant les règles formulées par M. Lannelongue, a pour résultat de déterminer une transformation locale rapide aboutissant à la production d'un tissu fibroïde définitif et de s'opposer ainsi à la généralisation de l'infection, il ne restera donc plus guère d'arguments à faire valoir en faveur de l'extirpation des organes génitaux atteints de tuberculose.

Lèpre en France.

M. H. Leloir (Lille). — Ainsi que je l'ai montré en 1884-1885 pour la région du Nord et pour Paris, et ainsi que l'a montré M. Zambaco-Pacha pour la Bretagne en 1892, il existe en France des malades atteints d'affections innommées rappelant, au plus haut degré, la lèpre. Il est possible que nous soyons, dans ce cas, en présence de vestiges plus ou moins dégénérés de l'ancienne lèpre qui avait envahi toute la France et l'Europe au moyen-âge. Cette théorie est séduisante, suggestive, mais elle attend encore une démonstration scientifique, basée sur un ensemble de faits minutieusement observés et minutieusement décrits au point de vue anatomique et bactériologique.

M. Vidal. — Comme le dit M. Leloir, pour résoudre cette question il faut l'étudier avec une grande rigueur scientifique. Il y a donc lieu de distinguer : 1° les cas de lèpre avec bacille de Hansen ; 2° les cas où l'on trouve des lépromes avec ou sans bacille ; 3° ceux où n'existent que des troubles nerveux trophiques, des polynévrites qui laissent place au doute. Autrement il faut rechercher soit la contagion de la lèpre, soit la dégénération par ascendants.

M. Leloir. — Même en cas de lèpre avec bacilles, il faut aussi prendre garde à la qualité et à la quantité de ces bacilles ; car dans la lèpre le nombre en est considérable, c'est même l'un des signes diagnostiques différentiels les plus nets entre les manifestations tuberculeuses similaires et la lèpre.

M. Vidal. — M. Leloir a-t-il répété les expériences de Campaux et Ducret sur la culture du bacille de la lèpre ?

M. Leloir. — J'ai reçu de divers pays une grande quantité de cultures du bacille de la lèpre. L'apparence de la culture, sa réaction histo-chimique ne me paraissent pas suffisantes pour se prononcer ; en l'absence de preuve expérimentale pour l'inoculabilité, je reste dans le doute.

Anévrysmes de l'aorte et du tronc brachio-céphalique.

M. Le Dentu. — On ignore trop, en France, que la méthode de Brasdor ou de Wardrop peut donner de bons résultats pour les anévrysmes de l'aorte et du tronc brachio-céphalique, et sur 135 observations réunies par un de mes élèves, c'est à peine si on en compte 7 ou 8 de françaises, la plupart très anciennes. J'ai déjà publié un fait de ce genre en 1891 (voy. *Mercred.*, 1891, p. 519) et depuis j'en ai recueilli une autre.

Il s'agit d'une femme qui fut envoyée mourante dans mon service par M. Dieulafoy. Je lui fis pour ainsi dire d'urgence la ligature de la carotide et de la sous-clavière droites, en une seule séance ; il n'y eut pas d'accidents cérébraux, et il y eut un soulagement presque immédiat : cessation de l'angoisse respiratoire, puis des douleurs. Le sac toutefois ne durcissait pas, et en effet, le malade revint en mars 1892 avec un prolongement pulsatile dans la fosse sus-claviculaire gauche : je liai à ce niveau un gros vaisseau, que je pris pour la sous-clavière gauche (et qui était en réalité une énorme scapulaire postérieure), et cette fois encore l'amélioration fut remarquable. La malade mourut enfin il y a quelques jours, et à l'autopsie j'ai trouvé une poche où il n'y avait pas eu tendance à la formation de caillots. Mais il est évident que mes deux interventions ont procuré 15 mois de survie.

J'ai déjà cité à cet égard la statistique de R. Winslow (voy. *Mercredi*, 1891, p. 509). Si on tente de séparer les anévrysmes du tronc brachio-céphalique, on trouve 32 améliorations ou guérisons sur 48 cas ; et même pour l'aorte il y a des survies de plusieurs mois, et même des guérisons constatées plus ou moins tardivement à l'autopsie.

Je conclus qu'il faut pour les anévrysmes brachio-céphaliques commencer par lier les deux troncs de droite en une séance, puis, s'il y a récidive, lier la vertébrale droite ou la sous-clavière gauche, selon le sens dans lequel la poche tend à se prolonger. Pour l'aorte, dans sa portion ascendante, on liera ces deux mêmes artères ; pour les anévrysmes de la portion horizontale, on liera la sous-clavière droite et la carotide primitive gauche.

Il va sans dire qu'on aura d'abord essayé le traitement médical classique.

Opérations conservatrices de l'ovaire.

M. Pozzi. — Je n'ajoute aucune foi aux opérations ayant pour but de restaurer les fonctions d'une trompe malade, car, au moment où elle a été fortement atteinte par l'inflammation, elle est devenue définitivement incapable de remplir un rôle physiologique. J'élimine donc la résection partielle de la trompe du nombre des opérations conservatrices ; celles-ci ne peuvent être tentées que lorsque la trompe est saine, que son pavillon est ouvert et que son calibre est perméable.

En d'autres termes, l'ovaire seul est justiciable des opérations partielles. Je ne m'attarderai pas à démontrer qu'il suffit d'une très petite quantité de tissu ovarien pour assurer la régularité de la menstruation, et, par suite, permettre la fécondité ; nombre d'observations en font foi.

Il reste actuellement à déterminer dans quels cas de lésion de l'ovaire on peut faire une opération partielle et à fixer la nature et la technique de cette opération. J'établirai comme règle générale que toutes les fois que la trompe est saine et l'ovaire seul altéré, il faut essayer d'en conserver une partie et ne se résigner au sacrifice total qu'à la dernière extrémité.

La lésion typique, celle qui est évidemment la plus favorable à la persistance des fonctions du reste de l'ovaire, est un kyste isolé siégeant vers un de ses pôles, kyste dermoïde (Schrœder), kyste proligène commençant, gros kyste folliculaire, kyste du corps jaune.

Dans ces circonstances la technique s'impose d'elle-même à l'opérateur : 1° s'assurer de la perméabilité complète de la trompe en introduisant un stylet par son pavillon et en le poussant jusqu'à la corne utérine ; tandis qu'un aide fixe l'ovaire entre ses doigts, le chirurgien pratique la résection de la partie altérée par deux incisions qui circonscrivent un tégument uniforme. Les deux lèvres de l'incision sont réunies à l'aide d'un surjet en catgut qui assure à la fois la coaptation et l'hémostase.

C'est encore à la résection d'un segment de l'ovaire qu'il faut avoir recours dans le cas de dégénérescence microkystique où l'altération a laissé intacte une zone de tissu ovarien. Je respecte d'ordinaire la partie avoisinant le hile, puis j'incise sur cette limite en ménageant la base de l'organe dont je réunis les lèvres par un surjet de catgut. J'ai en outre l'habi-

tude dans ces cas, afin d'éviter qu'il ne s'égare, de suturer le pavillon de la trompe sur le moignon ovarien.

Dans ces derniers temps j'ai remplacé fréquemment la résection par l'ignipuncture, lorsque l'ovaire présente des lésions très disséminées, constitués par des kystes de petit volume ou par l'ovarite diffuse. On peut, il est vrai, se demander si l'on ne va pas créer des noyaux cicatriciels ou même dans la profondeur de l'organe et favoriser cette sclérose qu'on avait pour but de guérir ? Il en serait certainement ainsi dans les cas où la cautérisation serait suivie de la chute de l'eschare par suppuration et granulation; mais le processus est tout différent dans l'intérieur de la cavité péritonéale, il est essentiellement aseptique.

L'eschare est résorbée molécule à molécule, sans travail inflammatoire, par conséquent sans prolifération embryonnaire. L'observation clinique tend même à faire supposer que l'irritation substitutive produite par le fer rouge au sein des tissus atteints de sclérose favorise leur résorption. Il est, en outre, prouvé que l'ignipuncture ne favorise pas la dégénérescence micro-kystique de l'ovaire, comme on aurait pu le craindre.

Je joins à ce mémoire les observations de douze opérées, six pour la résection partielle, six pour l'ignipuncture. Toutes ont guéri rapidement, sans complication aucune de l'opération, qui peut être considérée comme très bénigne.

L'outillage sanitaire de la Ville de Paris.

M. A.-J. Martin. — La Ville de Paris, grâce à l'appui de son Conseil municipal, a pu constituer peu à peu un outillage sanitaire qui, en dehors de la vaccination antivariolique, assurée depuis plusieurs années par des services publics, grâce auxquels la variole est devenue extrêmement rare, comprend principalement les moyens de transport et les procédés de désinfection.

Les premiers consistent dans des services de voitures de deux modèles, appartenant à deux administrations distinctes; ils ont effectué en 1892 environ 6.000 transports contre 19.000 pour l'ensemble des malades transportés par ces mêmes voitures pour diverses causes.

Deux stations spéciales et deux postes hospitaliers ont été installés à cet effet. Dans les stations se trouvent en permanence des infirmières diplômées qui accompagnent le malade pendant le parcours afin de pouvoir lui donner des soins, s'il est nécessaire, et d'éviter la contagion pour la famille.

Actuellement trois stations de désinfection existent, à Paris, comprenant six étuves à vapeur sous pression et tout le matériel nécessaire pour pratiquer la désinfection à domicile. Dans quelques mois deux nouveaux établissements semblables vont s'ouvrir.

Le personnel des désinfecteurs se compose aujourd'hui de 55 agents, plus des hommes de peine; un chef les surveille, 3 mécaniciens-chauffeurs conduisent les appareils, 3 chefs dirigeant les opérations dans chaque station, des cochers pour les voitures; le reste est occupé à la désinfection proprement dite à l'étuve et à domicile. Au cours de la dernière épidémie cholérique, ce personnel a été porté, à certains jours, à 88 agents.

On a bien des fois déjà, en décrivant les procédés employés pour la désinfection par la Ville de Paris, fait remarquer qu'ils se recommandaient par leur simplicité et leur facilité d'exécution. En effet, comme procédés de désinfection, on y a recours à l'étuve à vapeur sous pression pour les tissus, les étoffes, les matelas, la literie, etc.; aux pulvérisations au sublimé à 1/1000 pour tous les autres objets et les locaux infectés, et au nettoyage à l'aide du sulfate de cuivre à 50/1000 pour les cabinets d'aisances et les vases souillés.

En 1889, de la fin de mai jusqu'au 31 décembre, les étuves municipales ont pratiqué 78 opérations; en 1890, 652; en 1891, 4.139; en 1892, 18.464. Il est vrai qu'au cours de cette dernière année est survenue l'épidémie cholérique dont le nombre approximatif des victimes a été d'un millier en y comprenant les enfants et, par suite, le nombre des opérations de désinfection en a été aussitôt accru. Cependant l'augmentation graduelle ne cesse pas, puisqu'au mois de janvier 1893, on a compté également plus de 2,000 désinfections.

Si l'on met en regard de ces chiffres (et même on y pourrait ajouter le nombre inconnu, mais assez faible, des opérations faites par des établissements privés) celui des décès par maladies transmissibles pendant la même période, on remarque que ce n'est que depuis le mois de juillet 1892 que les désinfections ont dépassé en nombre les décès dus aux maladies pour lesquelles la désinfection est demandée. Mais si l'on observe que chacun de ces décès correspond à une moyenne de 10 malades, on voit combien nous sommes loin encore d'avoir réalisé cette précaution pour toutes les atteintes des maladies transmissibles dans la capitale.

Cependant il est extrêmement rare que les malades et leurs familles refusent la désinfection; les agents sont généralement bien accueillis, même lorsqu'ils sont envoyés d'office. D'ailleurs les difficultés qu'ils éprouvent parfois ne tiennent pas d'ordinaire à la nature de la maladie : à part le choléra qui a donné lieu, en 1892, à 2,691 opérations de désinfection, parmi les affections transmissibles ordinaires, ce sont les diverses tuberculoses et surtout la tuberculose pulmonaire qui ont compté pour le plus grand nombre des désinfections, à savoir 4,545, en nombre croissant presque mois par mois. Il est même intéressant de constater que les familles ne paraissent jamais tenir à cacher cette maladie, pas plus qu'aucune autre de celles pour lesquelles la désinfection est opérée. La pratique de l'hygiène prophylactique détruira sans doute nombre de préjugés contre lesquels on a si longtemps tenu à la prémunir.

Lorsque l'existence du service de désinfection vient à être connue dans une famille, on s'empresse le plus souvent d'y avoir recours. Si donc il n'est pas encore appelé autant de fois qu'il serait nécessaire, c'est que les moyens d'information mis en usage n'ont pu encore parvenir partout où il faut le faire pénétrer. Sur les 18,464 désinfections ainsi pratiquées en 1892, 6,824 l'avaient été à la suite de demandes faites par des mairies, 5,011 par des particuliers, 2,573 par des médecins, 2,415 par la préfecture et les commissariats de police, 1,641 par diverses administrations publiques et notamment par les stations d'ambulances.

Ce n'est pas seulement après décès que le service des étuves municipales intervient. Dès qu'il est informé d'un cas de maladie transmissible, il se rend au domicile indiqué et demande à procéder à la désinfection de l'appartement, à l'exception de la chambre occupée par le malade; puis il emporte les linges et objets salis et laisse un sac spécial destiné à recevoir ces mêmes objets pendant la maladie; un échange de ces sacs est fait à intervalles réguliers; la maladie terminée par guérison ou par décès, il est alors procédé à la désinfection de la chambre et de tout son contenu.

Enfin, le même service procède à la désinfection totale des maisons dans lesquelles plusieurs cas d'une ou plusieurs maladies transmissibles ont été déclarés, afin de supprimer autant que possible tout foyer de propagation. C'est ce qui se pratique normalement aussi dès qu'une école est signalée comme contaminée; aussitôt elle est tout entière désinfectée, classes, corridors, escaliers, logements, mobilier, etc., par deux équipes de désinfecteurs éprouvés.

Mais il ne suffirait pas, dans une agglomération telle que celle de Paris, de s'efforcer de détruire tous germes nocifs par une désinfection quelque minutieuse qu'elle puisse être; il importe de diminuer en même temps et au plus vite les causes d'insalubrité dans le milieu contaminé. Afin d'y parvenir plus rapidement, la Ville de Paris a, depuis sept mois, créé un service spécial qui a pour mission de rechercher ces diverses causes et d'en signaler l'existence aux divers services techniques susceptibles d'y remédier. Un exemple emprunté à l'épidémie cholérique permettra de comprendre le fonctionnement de ce service :

Informé un certain jour, à 11 heures et demie du matin, de l'apparition d'un nouveau cas dans une maison très insalubre, il fit à midi commencer la désinfection de 85 logements de cet immeuble, désinfection totale qui dura jusqu'à deux heures et demie du matin. En même temps, le service de l'assainissement, prévenu, faisait procéder à la vidange des fosses, et le service des eaux, également informé de suite, mettait le propriétaire en demeure de remplacer l'eau de l'Ourcq par l'eau de source, pendant que le laboratoire faisait les prélèvements d'eau, d'air et de poussières pour une enquête scientifique. En outre, le membre délégué de la Commission des logements insalubres était appelé à faire ses constatations et son rapport pour les travaux plus complets et plus larges d'assainissement qui pouvaient être reconnus indispensables.

Ces diverses enquêtes peuvent être ainsi commencées immédiatement et très promptement suivies de l'exécution des mesures les plus urgentes. Treize fois on put agir de cette façon l'an dernier dans des habitations où venaient de se montrer plusieurs cas de choléra et toujours celui-ci cessa. Depuis cette époque la même manière d'agir a été appliquée et continue à l'être contre les diverses maladies transmissibles; jusqu'ici le résultat s'est toujours montré aussi favorable.

Comme conséquence de l'attention ainsi portée de divers côtés sur les mesures de salubrité, notamment par l'intervention des commissions spéciales dans les arrondissements, il y a lieu de noter que le chiffre des opérations du service de l'assainissement technique des habitations a dépassé l'an dernier de plus d'un tiers le nombre ordinaire et que les travaux de la Commission des logements insalubres se sont accrus de près de moitié, en même temps qu'un grand nombre d'affaires étaient directement traitées et terminées à l'amiable par les commissions locales.

Est-il trop ambitieux d'y voir une nouvelle preuve de l'heureuse influence qu'exercent les mesures prophylactiques lorsqu'elles peuvent être facilitées par un outillage sanitaire approprié et suffisant et lorsque leur exécution peut être assez rapidement obtenue ?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 *février* 1893.

Néphrectomie et uretérectomie.

M. Reynier. — En avril 1892 je reçus à l'hôpital Tenon un homme qui le 6 février 1891 avait eu une fièvre typhoïde grave dont il sembla guéri en juin. Mais deux mois après, consécutivement à une chute, il fut pris de douleurs lombaires, puis d'accès fébriles avec quelques grands frissons, puis d'albuminurie, puis de pyurie. Depuis, les urines sont restées purulentes, avec des intermittences, les mictions sont douloureuses, il y a des accès fébriles allant à 39°, à 40°. Je diagnostiquai une pyonéphrose à droite, probablement d'origine typhique.

Le 27 mai 1892, je pratiquai la néphrectomie, assez laborieuse, si bien que le péritoine fut rompu; mais il fut suturé à temps et ne fut pas infecté.

Je trouvai le rein réduit à l'état d'un kyste purulent, et pratiquai son ablation après avoir fixé l'uretère à la partie inférieure de la plaie. Quinze jours après l'opération, nous constatâmes un écoulement purulent au niveau de l'uretère; en même temps les accès de fièvre persistaient. Nous fîmes un examen cystoscopique qui nous permit de voir sourdre quelques gouttes de pus à l'orifice de l'uretère malade.

Des lavages répétés de l'uretère n'ayant amené aucune amélioration, j'agrandis l'incision lombaire et amenai l'uretère dans la plaie, sur une longueur de 17 centimètres, mais il se déchira et je ne pus en enlever que 12 centimètres, le reste ayant disparu au fond de la plaie.

Après cette opération, il resta une fistule donnant lieu à un écoulement persistant, et j'essayai alors, sans succès, d'aller chercher le fragment inférieur de l'uretère, à l'aide d'une incision pararectale.

Le 18 novembre dernier, l'état était stationnaire, les accès de fièvre persistaient, ainsi que la présence intermittente de pus dans les urines, et la douleur dans le flanc droit. Je fis alors une incision inguinale, qui me permit, en décollant le péritoine, de retrouver enfin l'uretère, considérablement augmenté de volume jusqu'au voisinage de la vessie; je pus donc l'enlever complètement et, dès le lendemain, il n'y avait plus de pus dans les urines. Le malade est sorti de l'hôpital, complètement guéri, le 21 janvier dernier.

C'est, je crois, la première fois qu'on a fait l'ablation totale de l'uretère, et chaque fois qu'on a des accidents urétéraux persistants, après une néphrectomie, notamment dans des cas de lésion tuberculeuse, je crois qu'on aurait tout avantage à faire l'extirpation complète de l'uretère, en employant pour cela l'incision inguinale, avec décollement du péritoine, qui me paraît constituer le procédé de choix.

M. Lucas-Championnière. — Je n'ai jamais observé de suppuration de l'uretère, après néphrectomie pour suppuration rénale; cependant, quand l'uretère dilaté forme un cul-de-sac dans lequel le pus peut s'accumuler, je crois que l'intervention est indiquée dans le sens que M. Reynier vient de formuler.

M. Terrier. — J'ai fait un certain nombre de néphrectomies, pour tuberculose du rein, sans qu'il se soit jamais produit d'accidents urétéraux ultérieurs.

L'endométrite cervicale glandulaire et son traitement.

M. Bouilly. — L'endométrite cervicale dont je m'occuperai exclusivement est celle qu'on observe chez les nullipares, chez les femmes dont le col ne présente aucune déchirure. Chez les malades atteintes de cette affection, l'orifice externe du col est souvent d'un diamètre inférieur à la normale, et il en résulte une rétention des sécrétions dans la cavité cervicale, qui prend la forme d'un véritable barillet. C'est la ténacité, la viscosité de cet écoulement, qui constituent essentiellement la caractéristique de l'affection dont je m'occupe, et, dans beaucoup de cas, les malades ne se plaignent que de cet écoulement ou de la stérilité qui en est la conséquence; elles éprouvent cependant quelquefois de la lourdeur dans l'abdomen, même des douleurs expulsives, coïncidant avec le rejet d'une certaine quantité de mucus.

Ce qui caractérise la maladie au point du siège des lésions, c'est la localisation du processus infectieux dans les culs-de-sac glandulaires du col, et cette localisation, consécutive à l'infection primitivement superficielle, suffit à expliquer la résistance de l'affection à la plupart des traitements médicaux ou chirurgicaux.

J'ai cherché à réaliser la destruction de ces glandes malades, en enlevant sur les lèvres du col, après dilatation et grattage à la curette, deux demi-gouttières se regardant par leur concavité, sur une épaisseur de 3, 4 ou 5 millimètres, suivant le volume du col; je laisse de chaque côté un petit pont muqueux qui produit un rétrécissement ultérieur, et j'obtiens ainsi un col largement ouvert, qu'on tamponne à la gaze imbibée de glycérine créosotée.

Cette opération très simple a parfaitement réussi dans une quarantaine de cas; on peut avoir une petite hémorrhagie dont le tamponnement intra-cervical a facilement raison.

M. Pozzi. — Tenant compte de la relation qui existe entre le rétrécissement du col et l'engouement muqueux cervical, je commence toujours, pour traiter cette affection, par faire un débridement bilatéral du col, qui suffit à permettre de soigner ensuite l'endométrite pendant le temps nécessaire.

M. Walther lit une observation de néphropexie pour une antéflexion d'un rein fixé antérieurement dans une première intervention.

M. Reynier présente un kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Th. Anger présente un volumineux fibrome calcifié de l'utérus.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 17 *février* 1893.

Anévrysme de la crosse de l'aorte.

M. Touchard a observé pendant huit mois à l'hôpital un homme de 50 ans, athéromateux, avec les symptômes d'un anévrysme situé à la crosse de l'aorte. Ce malade avait été traité par l'électrolyse quelques mois auparavant. Les pièces provenant de l'autopsie de cet homme montrent la présence d'une grosse poche au niveau de la courbe aortique, au-dessus des valvules sigmoïdes. Celles-ci ne présentent rien d'anormal. La cavité du sac anévrysmal était remplie de caillots stratifiés. Le cœur était normal et non hypertrophié. Il n'y avait que légère adhérence du sac artériel au sternum qui n'était nullement excavé du côté de sa face postérieure.

Infection par le pneumocoque avec localisations multiples.

M. Péron présente les pièces d'un enfant mort dans le service de M. Sevestre à l'hôpital Trousseau. On avait porté le diagnostic de pleuro-pneumonie avec les principaux symptômes suivants : forte fièvre, souffle tubaire et râles sous-crépitants; la ponction exploratrice ramena du pus. On fit une ponction à l'appareil Potain, qui fut insuffisante, car l'enfant, après des convulsions, mourut avec de la raideur de la nuque.

L'autopsie montra qu'il existait des traînées purulentes le long des vaisseaux de la surface convexe du cerveau, surtout

du côté des cornes occipitales; ce pus était de couleur jaune d'or. Les plèvres des deux côtés contenaient aussi plusieurs cuillerées de pus très épais. La valvule mitrale présentait un foyer d'endocardite avec végétations. Les poumons étaient aplatis par le contenu des plèvres, mais ils crépitaient normalement; il n'y avait pas d'hépatisation. Le pus des plèvres et des méninges contenait des pneumocoques, comme le sang recueilli dans la boue splénique.

Il est difficile de fixer le point de départ de cette infection; il n'y avait pas de pus dans l'oreille moyenne, ni dans les fosses nasales. Il semblerait que la pleurésie ait été le début de la maladie.

Kyste de la rate.

M. Gouget présente la rate d'un homme de 46 ans, alcoolique, mort dans le service de M. Brouardel, suppléé par M. Bourcy. Cet homme était entré pour un œdème des membres inférieurs et de l'ascite consécutifs à une affection cardiaque. Puis on précisa le diagnostic et, après examen du ventre, on pensa qu'il existait de la péritonite chronique. La région de l'hypochondre gauche présentait une zone de tuméfaction nettement fluctuante; il s'agissait, pensait-on, de périsplénite. Enfin la percussion permit de reconnaître une hypertrophie de la rate qu'on mit sur le compte de l'affection cardiaque.

L'autopsie démontra qu'il existait en effet quelques adhérences péritonéales, mais que l'hypertrophie splénique était due à la présence d'un kyste, du volume du poing, situé du côté de la face externe. La paroi de ce kyste très épaisse est formée en partie par la capsule de la rate. Le tissu splénique est légèrement sclérosé. Le contenu de ce kyste était clair, transparent, citrin.

Sans insister sur l'état des viscères qui présentaient les lésions communes de l'ictère grave, on fit un examen attentif des voies biliaires qui furent disséquées avec soin. On constata alors qu'il n'y avait aucune compression du côté du canal cholédoque qui était petit, normal, dans toute sa longueur. La vésicule biliaire semblait ne pas exister, mais on la trouva bientôt fortement diminuée de volume, appliquée contre le lobe carré du foie. En revanche, les canaux hépatiques étaient fortement dilatés des deux côtés et le canal hépatique commun formait un vrai réservoir au-dessus d'un rétrécissement situé à l'union du canal hépatique et du canal cystique. La bride qui est cause du rétrécissement paraît de nature cicatricielle.

M. Hartmann pense que cette pièce vient à l'appui de l'indication absolue d'une intervention chirurgicale. Il faut rétablir le cours de la bile dans de semblables cas, soit par une hépatostomie, soit par une hépato-entérostomie.

Mort subite après opération de fistule à l'anus. Maladie d'Addison.

M. Binot relate l'observation d'un homme âgé de 42 ans entré dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital Tenon, pour tuberculose pulmonaire. Ce malade fut opéré le 10 février; il s'agissait d'une fistule anale qui fut excisée au bistouri. Le lendemain matin, l'opéré était en excellente santé. Le soir, il avait 40°5 à 2 h. 1/2. Il poussa un cri violent, eut quelques convulsions avec écume aux lèvres, puis tomba dans le coma et mourut une heure après.

L'autopsie, faite avec soin, ne révéla aucune lésion pouvant expliquer cette mort subite. Seules les capsules surrénales étaient hypertrophiées et caséuses. Existe-t-il un rapport entre cette lésion anatomique et la mort de cet opéré?

M. Cornil pense qu'il s'agit là d'une cavité d'origine hématique, comme le démontre la présence de lames fibrineuses. L'enveloppe de la rate s'est trouvée décollée du parenchyme; il y a eu enkystement de l'hématose, puis dépôt fibrineux, réception de matière colorante du sang et production d'un kyste séreux.

Abcès de la tunique vaginale.

M. Durante présente le testicule d'un homme qui était entré dans le service de M. Raymond à Lariboisière pour néphrite. Il présentait en plus une petite tumeur de la queue de l'épididyme que l'on avait considérée comme de la tuberculose. Mais l'absence des antécédents, le siège, l'absence d'autres lésions tuberculeuses firent rejeter ce diagnostic. Le malade mourut d'urémie quelque temps après son entrée, avec œdème pulmonaire et épanchement pleural.

L'autopsie montra qu'il existait de la néphrite aiguë. L'épanchement de la plèvre consistait en un pus verdâtre très épais, analogue à celui qu'on trouva dans l'abcès de la vaginale. Ce pus ne renfermait ni bacilles de la tuberculose, ni streptocoques.

Adipose cardiaque.

M. Vassal présente le cœur d'une femme de 71 ans morte dans le service de M. Sapelier à l'hospice de Nanterre. Cette femme était morte de pneumonie. Le cœur était petit et présentait sous le péricarde viscéral une couche de graisse abondante surtout à droite, d'une épaisseur d'un demi-centimètre environ; le myocarde situé en dessous était sain. Il ne s'agit donc pas de dégénérescence graisseuse, mais d'adipose sous-péricardique.

Pierres du poumon.

M. Vassal présente les poumons d'un homme mort dans le même service d'hémorrhagie cérébrale. On trouve des concrétions arborisées de nature calcaire ne suivant pas le trajet des bronches.

Rétention biliaire à la suite de rétrécissement du canal hépatique.

M. Bezançon présente le foie d'une femme de 63 ans, morte dans le service de M. Dreyfus-Brisac à l'hôpital Laënnec. Cette malade était atteinte d'ictère depuis neuf mois, sans présenter de symptômes douloureux; elle était entrée dans le service de M. Picqué qui fit une laparotomie, mais, ne trouvant pas de vésicule biliaire ni de canal cholédoque dilatés, referma le ventre. Il y a quelques jours, elle présenta de la fièvre, du délire, des hémoptysies, de l'ascite, puis un vaste hématome de la paroi abdominale et mourut bientôt dans le coma.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 février 1893.

Présidence de M. Fernet.

Sur la période de contagion des oreillons.

M. Gouraud. — Je suis de l'avis exprimé par M. Rendu dans la dernière séance et je pense que les oreillons sont contagieux surtout avant la période de tuméfaction. Aussi serait-il intéressant de chercher à provoquer un changement dans les règlements administratifs qui régissent actuellement la rentrée dans les lycées des élèves qui ont été atteints d'oreillons.

M. Rendu. — C'est à M. Ollivier à soulever ce débat devant l'Académie, car c'est lui qui a réglementé les décisions administratives sur ce sujet.

Sur l'ostéite déformante de Paget.

M. Thibierge présente une femme de 50 ans, atteinte d'ostéite déformante de Paget. Aucun autre antécédent pathologique qu'un traumatisme en 1870, portant sur la cuisse gauche. C'est en cet endroit que les phénomènes ont commencé. En 1883, douleurs lombaires, déformation de la jambe, incurvation du rachis et diminution de la taille. Les douleurs ont augmenté depuis deux ans.

Le tibia a une dimension presque triple d'un tibia ordinaire. Les rotules sont très élargies. Il y a une déformation du fémur, surtout visible quand la malade est au lit. De plus, il existe une cyphose très prononcée du rachis, à la partie supérieure de la colonne dorsale. Les membres supérieurs et les clavicules sont peu altérés; cependant la droite est plus volumineuse que la gauche. Les hanches sont élargies.

M. Thibierge présente un second malade atteint de la même affection.

C'est un chapelier, de 59 ans, qui n'a jamais eu la syphilis et qui n'a d'autres antécédents que des ulcères variqueux et une bronchite rebelle depuis trois ans. Les déformations ont été remarquées pour la première fois en 1888. Il n'a jamais eu aucun phénomène douloureux. On lui a fait remarquer

qu'il se courbait et que ses jambes s'écartaient. Actuellement les déformations sont de même type que chez la malade précédente. Il y a de plus une grosse tuméfaction des extrémités osseuses au tibia et au péroné. Les déformations des membres supérieurs sont énormes. Le rachis est atteint également de cyphose. Les doigts sont atteints d'hippocratisme.

Le système veineux est très développé ; ce phénomène est d'ailleurs signalé dans d'autres observations.

Variole et vaccine simultanées.

M. Juhel-Renoy. — Le fait dont je désire entretenir en quelques mots la Société, sans avoir rien de très exceptionnel, soulève cependant une question importante : celle de l'identité ou de la non-identité de la variole et de la vaccine.

Je n'ai pas besoin de rappeler qu'en France l'identité n'a que de rares défenseurs. On s'en tient encore, presque généralement, à l'opinion qui a presque force de loi depuis les mémorables expériences de Chauveau et de la Commission Lyonnaise en 1865, et à laquelle Trousseau donna l'appui de sa grande autorité. D'après cette opinion, la vaccine et la variole, bien qu'étroitement unies par des liens de parenté, bien que dérivant peut-être d'une souche commune, représentent cependant deux virus distincts, susceptibles tous deux de s'atténuer ou de s'exalter suivant certaines influences. La vaccine n'est donc pas une variole atténuée.

A l'étranger, au contraire, on paraît se rattacher de plus en plus à la doctrine de l'identité des deux virus, qui remonte à Jenner. Elle avait paru démontrée, dès 1839, par les expériences de Thiele, Ceely, etc., mais on a prétendu que ces expériences étaient entachées d'erreur. Or, elles ont été reprises sur une vaste échelle, dès 1886, par Fischer, directeur de l'Institut vaccinal de Carlsruhe, puis par Haccuis et Eternod. En employant un procédé particulier, qui consiste à recueillir et à mélanger le contenu de pustules varioliques de différents âges, puis à inoculer à la génisse, par scarification, les parties *solides* et liquides de ce mélange, Fischer, on le sait, a *toujours* obtenu de vraies pustules ombiliquées, ayant l'aspect et les caractères de vraies vésicules Jennériennes. Le contenu de ces pustules, inoculé à des génisses en série, a toujours donné la vaccine, et, enfin, à la douzième génération, on a obtenu de la sorte, chez des enfants — Fischer a commencé par les siens — une vaccine on ne peut plus légitime.

D'autre part, sur des milliers d'inoculations faites par ce procédé dans le grand-duché de Bade et en Suisse, aucune n'a été l'origine d'un contage variolique. N'est-ce pas la meilleure preuve, étant donnée la grande contagiosité de la variole, que ces milliers d'inoculés n'avaient reçu que de la vaccine ? Or, d'où provenait cette vaccine ? D'un magma variolique inoculé à des génisses, et qui, par passages successifs, s'était transformé de virus variolique en virus vaccinal, par un procédé analogue aux procédés pastoriens d'atténuation des virus.

Ajoutons, enfin, que, pour le clinicien, les ressemblances sont si grandes, au point de vue dermatologique, entre la pustule variolique et la pustule vaccinale, que l'esprit incline naturellement du côté de la doctrine de l'identité.

Comme je le disais en commençant, c'est cette question de l'identité des deux virus variolique et vaccinal qui donne un intérêt particulier au fait que j'ai observé. Le voici, aussi résumé que possible.

Un jeune homme de vingt ans, vacciné dans son enfance et portant au bras les cicatrices caractéristiques, perd sa mère, d'une variole hémorrhagique d'emblée, le 5 janvier dernier. La maladie avait duré huit jours seulement.

Le 9 janvier au matin ce jeune homme se fait revacciner.

Le 12, il est pris des prodromes de la variole et entre dans mon service, à Aubervilliers.

Le 14, éruption de variole discrète, débutant par la face.

Le 16, apparition de trois pustules vaccinales, remarquablement développées, aux points d'inoculation.

D'autre part, le frère de ce malade, âgé de 24 ans, qui avait, comme lui, été vacciné dans son enfance, qui, comme lui, avait soigné sa mère, mais qui ne s'était pas fait revacciner, est pris des prodromes de la variole le même jour que lui, soit le 12 janvier ; mais l'éruption, également discrète, se montre le 16 — veille de l'entrée du malade à l'hôpital — au lieu du 14.

M. Dumontpallier. — Je crois que variole et vaccine sont la même maladie ne différant que par leur terrain d'évolution.

M. Chantemesse. — Je crois que Fischer n'a rempli qu'une partie des expériences. Elle sont intéressantes, mais incomplètes et pas de nature à entraîner la conviction absolue.

M. Barth. — J'ai observé anciennement un enfant dont la mère venait de mourir de variole. On avait vacciné de suite cet enfant ; et cependant on nous l'apporte couvert de pustules de variole. Les deux affections ont évolué parallèlement. Cependant, ces deux observations purement cliniques me paraissent plutôt en faveur de la dualité des deux virus.

Sur la reviviscence du thymus dans certaines affections du corps thyroïde.

M. P. Marie. — Je désire appeler l'attention de la Société sur ce fait que, dans quelques affections présentant des altérations du corps thyroïde ou de quelque autre glande vasculaire sanguine, le thymus subit une véritable reviviscence. Ces affections sont les suivantes :

1° *Myxœdème.* — L'attention n'a pas encore été suffisamment attirée sur l'état du thymus dans le myxœdème, mais, à cet égard, il faut faire une distinction.

Dans l'idiotie myxœdémateuse, ou myxœdème infantile, le thymus est constamment hypertrophié, mais il ne s'agit peut-être pas d'une reviviscence. Il est plus vraisemblable que, par suite de l'absence ou de l'altération du corps thyroïde dès le premier âge, le thymus n'a pas eu le temps de disparaître. Il y a donc simplement persistance de cet organe.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, en effet, le myxœdème survient soit après la puberté, soit à l'âge adulte, à la suite d'altérations du corps thyroïde. Or, dans ces cas survenus à un âge où le thymus avait dû subir l'involution ordinaire, on peut cependant, à l'autopsie, trouver un thymus passablement développé. J'en ai, récemment, observé un cas chez une femme atteinte de myxœdème à la vingtième année seulement.

2° *Acromégalie.* — De même, dans l'acromégalie, on constate d'une façon à peu près générale l'existence du thymus. Ici, comme on le sait, il y a au moins une autre glande vasculaire sanguine atteinte : le corps pituitaire. Le corps thyroïde l'est-il d'une façon aussi constante ? Il est impossible de l'affirmer, bien que cela semble assez vraisemblable. Or, l'acromégalie ne survenant guère avant la vingtième année, il s'agirait donc, ici, très certainement, d'une reviviscence du thymus.

3° *Maladie de Basedow.* — En 1890, dans un cas de goître exophthalmique avec tabes, non encore publié, j'ai observé une reviviscence du thymus. D'autre part, M. Mœbius en a observé lui-même un cas et en a cité cinq autres. Il ne s'agit donc pas là d'un simple hasard d'autopsie. Aussi ce fait est-il extrêmement intéressant, puisque, indépendamment de tout examen histologique, il semble nous prouver que dans la maladie de Basedow le corps thyroïde est atteint, et foncièrement atteint ; à tel point que son altération détermine la reviviscence de glandes homologues.

Peut-être cette considération sera-t-elle de nature à influer pour une certaine part dans l'idée que nous devons nous faire de la nature de la maladie de Basedow, maladie qui pourrait bien n'être pas une névrose aussi pure qu'on tend à le croire.

Sans vouloir approfondir ce point, qu'il me suffise d'appeler l'attention de mes collègues sur ces faits de reviviscence du thymus et sur la nécessité de rechercher l'état de cette glande — trop dédaignée — dans les autopsies.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 16 février 1893.

Présidence de M. Lailler.

Recherches sur la trichophytie.

M. Sabouraud. — J'ai poursuivi une série de recherches complémentaires sur la trichophytie à grosses spores (voir *Mercredi médical*, 16 novembre 1892, p. 554).

Au point de vue bactériologique, les cultures des champi-

gnons ne conservent pas toujours des caractères identiques à eux-mêmes, contrairement à ce qui se passe pour la trichophytose à grosses spores; les différences, minimes à la vérité, mais cependant réelles, sont surtout apparentes dans les cultures sur gélose additionnée de moût de bière au 1/5. J'ai pu déterminer l'existence de dix-neuf espèces différentes, dont plusieurs sont certainement d'origine animale, et proviennent du cheval, du chien (deux espèces), du porc, d'autres sont probablement aussi d'origine animale, une entre autres provient probablement du chat.

J'ai pu constater que le sycosis et la folliculite agminée proviennent toujours du cheval : on les observe chez des cochers, des palefreniers, des artilleurs, etc. Les trichophyties circinées à caractère dysidrosiforme proviennent probablement du chat. Il y a donc, suivant la variété, des différences cliniques dans les trichophyties, au moins pour certaines variétés de trichophytose. Lorsqu'il existe plusieurs cas de trichophytie dans une même famille, les champignons appartiennent à la même variété chez les divers sujets.

Le plus grand nombre des trichophyties des parties glabres de la peau sont d'origine animale, tandis que la trichophytie du cuir chevelu est d'origine humaine ; il en résulte que, dans les trichophyties des parties glabres, il n'y a pas à craindre la transmission au cuir chevelu.

Au point de vue thérapeutique, j'ai pu constater ces faits importants que la racine d'un cheveu normal transplanté sur un terrain de culture, reste stérile ; que la racine de tout cheveu trichophytique, à moins d'un état de sordidité extrême, donne une culture pure de trichophyton; que dans la trichophytie en voie de guérison, la racine donne une culture de trichophyton souillée par la présence de staphylocoques.

D'autre part, la présence du staphylocoque, dans les milieux liquides, empêche la culture du trichophyton et, dans les milieux solides, l'empêche au voisinage de ses colonies. Si l'on obtient la guérison de la trichophytie au moyen des emplâtres, c'est parce que l'irritation provoquée par ces emplâtres détermine l'exsudation de sérosité qui est un excellent moyen de culture pour les micro-organismes pyogènes qui, par concurrence vitale, tuent le trichophyton; on fait ainsi de la bactériothérapie sans le savoir; mais avant de transporter ces faits du laboratoire en clinique et de faire de la bactériothérapie volontaire, il faut des données plus précises.

Eruptions iodoformiques.

M. Cathelineau rapporte trois observations d'éruptions provoquées par des pansements à l'iodoforme; il a constaté que les urines ne renfermaient pas d'iode dans les premiers jours, puis en renfermaient pendant plusieurs jours ; il pense que les éruptions sont dues à la non-élimination de l'iode provenant de la décomposition de l'iodoforme.

M. Fournier. — Les éruptions iodoformiques présentent parfois de grandes difficultés de diagnostic ; dans un cas, une tuméfaction très intense du fourreau de la verge pouvait faire croire à l'existence d'une balanoposthite symptomatique d'un chancre sous-préputial; la chronologie et les antécédents peuvent être les seuls indices qui permettent d'arriver au diagnostic. Les rash iodoformiques ont une coloration cramoisie très remarquable.

Œdème généralisé d'origine urticarienne.

M. Hallopeau présente une malade atteinte d'une tuméfaction œdémateuse, généralisée et résistant au doigt, du tégument externe, persistant depuis dix-huit mois; elle diffère du myxœdème par l'absence de l'état crétinoïde et des troubles locomoteurs ; elle peut être rattachée à des poussées successives d'urticaire.

Lipomes multiples.

MM. Hallopeau et Jeanselme communiquent un cas de lipomes multiples remarquables par leur développement rapide et simultané ainsi que par leur localisation simulant des tumeurs parotidiennes et thyroïdiennes : une biopsie a permis d'arriver au diagnostic.

M. Mathieu. — On ne trouve pas chez ce malade les antécédents arthritiques ou névropathiques qui sont habituels en pareil cas: la coïncidence fréquente de la sciatique double, où la présence d'œdèmes, de purpura, etc., permettent de faire rentrer ces faits dans le cadre des angioneuroses.

Dermatite exfoliatrice.

M. Juhel-Rénoy communique une observation d'exfoliation généralisée chez une femme enceinte, terminée rapidement par la mort dans le coma ; à l'autopsie, la lésion la plus remarquable était une tuméfaction notable de la rate.

M. Fournier. — On est en droit de se demander si, en raison de l'emploi fréquent des injections de sublimé au cours de la grossesse, il ne s'agit pas d'un érythème scarlatiniforme hydrargyrique grave.

M. Vidal. — Je crois qu'il s'agit d'un érythème scarlatiniforme, probablement dû à l'auto-intoxication gravidique, bien plutôt que d'une dermatite exfoliatrice, dont un certain nombre de symptômes font ici défaut.

M. Jacquet communique une observation de lichen de Wilson traité par l'hydrothérapie tiède.

M. Galezowski communique des recherches sur les lésions de l'ora serrata dans la syphilis.

Georges Thibierge.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 février.

Sur la pathogénie du diabète. Rôle de la dépense et de la production de la glycose dans les déviations de la fonction glycénique.

MM. Chauveau et Kaufmann. — On sait que la glycosurie, symptôme essentiel du diabète sucré, est le fait de l'hyperglycémie, c'est-à-dire d'une accumulation anormale de sucre dans le sang. Mais la cause de cette hyperglycémie n'a pas encore été trouvée. MM. Chauveau et Kaufmann ont cherché la solution du problème en analysant comparativement les sangs artériel et veineux de la circulation générale. Les expériences ont porté sur des chiens à jeun, en prenant soin que toutes les conditions de dosage fussent égales pour les deux sangs. A l'état physiologique l'analyse comparative ne manque jamais de démontrer que le sang veineux est moins riche en sucre que le sang artériel. Or, la même infériorité du sang veineux sur le sang artériel, au point de vue de la teneur en sucre, se trouve dans toutes les déviations de la fonction glycémique qui sont provoquées par une lésion du système nerveux central. Cette infériorité se montre également dans l'hyperglycémie qui suit l'extirpation du pancréas.

Séance du 13 février 1893.

Sur la pathogénie du diabète.

MM. A. Chauveau et Kauffmann continuent l'exposé de leurs recherches sur la dépense glycosique entraînée par le mouvement nutritif, dans les cas d'hyperglycémie et d'hypoglycémie provoquées expérimentalement.

Dans une première série d'expériences ils ont étudié la dépense de glycose dans les capillaires de la circulation générale en analysant comparativement le sang artériel et le sang veineux d'animaux auxquels on avait extirpé le pancréas.

Dans une seconde série ils ont procédé à la même analyse comparative des deux sangs sur des animaux rendus hyperglycémiques par lésions du système nerveux central (assommement, piqûre du plancher du quatrième ventricule, section sous-bulbaire ou atloïdo-occipitale de la moelle épinière).

Enfin, dans une troisième série, les sujets avaient été rendus hypoglycémiques par la section de la moelle au niveau du renflement brachial et dans les régions avoisinantes.

De nombreuses expériences, faites dans les trois conditions générales ci-dessus, ont conduit MM. Chauveau et Kauffmann à formuler la conclusion suivante :

« L'hyperglycémie diabétique, qu'elle provienne de l'extirpation du pancréas ou d'une lésion de l'axe médullaire, reconnaît toujours pour cause un excès de production glycosique, et non un arrêt ou un ralentissement de la dépense de sucre dans les vaisseaux capillaires.

» D'un autre côté, dans le cas d'hypoglycémie déterminée

par les sections médullaires, cette dépense est plutôt moins active qu'à l'état normal. D'où il résulte que toutes les déviations de la fonction glycémique, en quelque sens qu'elles se produisent, doivent être rapportées à la même cause immédiate : un changement dans l'activité de l'organe glycogène, c'est-à-dire, l'exaltation ou l'amoindrissement de la production de la glycose. Voilà le point fondamental qu'il fallait établir pour servir de pierre d'attente solide à l'édification d'une théorie générale du diabète. La dépense glycosique qu'entraîne le mouvement nutritif n'est ni entravée, ni accrue dans les diverses déviations de la fonction glycémique qui ont fait l'objet de nos recherches. D'où il résulte que ces troubles, malgré leur gravité, ne modifient pas sensiblement les caractères fondamentaux de la nutrition, en ce qui concerne l'utilisation de la glycose pour la création de la force vive nécessaire au travail physiologique intime des tissus animaux. »

Les clasmatocytes, les cellules fixes du tissu conjonctif et les globules du pus.

M. Ranvier. — Les recherches que j'ai faites sur la genèse de la suppuration m'ont démontré que, sous l'influence de l'irritation, en dehors de toute action microbienne, notamment dans la péritonite déterminée chez les mammifères par l'injection intra-péritonéale d'une solution étendue de nitrate d'argent, les clasmatocytes se transforment *in situ* en cellules lymphatiques. Ils reprennent ainsi leur forme embryonnaire. Ils se multiplient alors, toujours sous l'influence de l'irritation, avec une très grande activité, par le mécanisme de la division directe. C'est là la source principale de la suppuration, que la diapédèse seule ne saurait expliquer, dans un grand nombre de cas.

Il est facile de reconnaître qu'il y a, entre les cellules fixes du tissu conjonctif et les clasmatocytes, des différences de forme, de grandeur et de réaction tellement grandes qu'il faut abandonner l'idée que les cellules lymphatiques en migration peuvent devenir des cellules conjonctives.

Il est également certain que les cellules conjonctives ne donnent jamais naissance à des cellules lymphatiques et, par conséquent, aux globules du pus. Il se fait, en réalité, dans les tissus enflammés, une prolifération cellulaire très active; mais, parmi les cellules qui se multiplient, les clasmatocytes et les leucocytes seuls produisent des globules purulents.

De la survie après la section des deux nerfs vagues.

M. C. Vanlair. — On sait que la division des deux pneumogastriques, pratiquée coup sur coup ou bien à de courts intervalles, amène infailliblement la mort de l'animal, au moins lorsqu'il s'agit d'un mammifère et que la section se fait au milieu du cou.

Pour obtenir une réelle survie après la section bilatérale du vague, il faut laisser s'écouler un long délai entre les deux opérations. Les expériences les plus récentes, celles de Vulpian et Philippeaux, fixent sa durée minima à près de quatre mois pour le chien, à quatre-vingts jours pour le cochon d'Inde, à un mois pour le rat albinos.

D'après mes recherches, il faudrait, au moins dans la grande majorité des cas, un laps beaucoup plus considérable pour obtenir la régénération du vague, ou plutôt celle de sa branche laryngienne inférieure, puisque la condition essentielle de la survie réside dans la restauration du récurrent.

Chez trois chiens adultes, la section du nerf gauche, pratiquée quatre mois et demi, six mois et même un an après celle du nerf droit, a entraîné la mort de l'animal. Mais chez deux autres sujets, la survie s'est maintenue, après la division du deuxième vague, assez longtemps pour qu'on puisse la considérer comme indéfinie. Dans le premier cas, l'intervalle entre les deux opérations a été d'un an, dans le second de dix mois.

Une autre épreuve, tentée pour la première fois, a porté sur l'éventualité d'une régénération du pneumogastrique gauche après la restauration complète du nerf droit. Elle a démontré la possibilité de cette reproduction, et cela après un délai de dix mois. J'ai essayé, en outre, mais sans succès, d'obtenir la restitution d'un pneumogastrique déjà divisé une première fois et soumis à une seconde section après son rétablissement complet. Il s'était cependant écoulé entre les deux opérations un intervalle de six mois et demi.

Ces déterminations chronométriques pourraient, me semble-t-il, servir à élucider certains points obscurs de la physiologie du vague. Comme la régénération marche du centre vers la périphérie, et cela en suivant une progression régulière, il doit arriver un moment où, par exemple, les fibres cardiaques se seront intégralement reproduites, alors que les éléments à destination gastrique, intestinale, hépatique, splénique, etc., se trouveront encore en pleine dégénérescence. Il suit de là qu'en explorant le *tronc même* du nerf à des dates successives, correspondant aux différentes étapes de la régénération, on réussirait peut-être à opérer la dissociation physiologique de ses branches viscérales, sans qu'il soit besoin de recourir à des sections multipliées portant, le plus souvent, sur des plexus composites et difficilement isolables.

Séance du 30 *janvier* 1893.

Sur les propriétés pathogènes des matières solubles fabriquées par le microbe de la péripneumonie contagieuse des Bovidés et de leur valeur dans le diagnostic des formes chroniques de cette maladie.

M. Arloing. — Injectés dans les veines, le suc des lésions pulmonaires et les cultures complètes en milieux liquides du Pneumobacillus liquefaciens bovis, peuvent amener la mort chez le bœuf et la chèvre à des doses relativement minimes et dans l'espace de 5 à 16 heures. On peut réaliser l'intoxication avec les produits solubles séparés des microbes par la dialyse et ramenés à leur volume primitif par évaporation. A l'autopsie on trouve des lésions conjectives dans l'épaisseur de l'épiploon, sur l'intestin, les plèvres et les poumons, associées à un état plus ou moins œdémateux des espaces interlobulaires de ces derniers organes. On a retrouvé des substances analogues dans le sang défibriné et dans le sérum sanguin d'une vache atteinte de lésions pulmonaires aiguës considérables. L'identité des troubles déterminés par la sérosité des lésions pulmonaires et par le bouillon de culture du pneumobacillus liquefaciens est une preuve en faveur du rôle attribué à ce microbe dans l'étiologie de la péripneumonie contagieuse. L'injection des produits solubles dans le tissu cellulaire sous-cutané ne détermine sur le bœuf et la chèvre que des accidents éphémères. En concentrant le liquide de culture comme pour la préparation de la tuberculine ou de la malléine, on obtient un liquide qui manifeste des propriétés phlogogènes et hyperthermogènes très accusées et que M. Arloing appelle *Pneumobacilline*. Des expériences en cours permettent d'affirmer que les animaux d'espèce bovine affectés de péripneumonie chronique sont plus sensibles que les sujets sains aux effets de la pneumobacilline.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 8 *février* 1893.

Présidence de M. Mayet.

Tremblement congénital des membres supérieurs.

M. G. Lemoine présente un soldat du 96e de ligne entré à l'Hôpital militaire pour un tremblement des membres supérieurs remontant à l'enfance et qu'on ne peut attribuer à aucune cause spéciale. Il s'agit d'un tremblement à oscillations rapides, comme le montrent les tracés pris sur le malade (8 à 9 oscillations par seconde), augmentant un peu d'intensité dans les mouvements intentionnels et se rapprochant du tremblement de la maladie de Basedow. Il n'y a pas de tremblement individuel des doigts. Le malade ne présente aucun symptôme pouvant se rapporter à une affection organique du système nerveux. D'autre part, il n'a pas d'exorbitisme, de goître, de troubles vaso-moteurs. La motilité et la sensibilité sous tous ses modes sont conservées. Le champ visuel est un peu rétréci ; c'est le seul trouble que l'on puisse constater du côté des organes des sens. Aucune maladie dans l'enfance ou l'adolescence ; pas d'alcoolisme ; aucune autre intoxication Du côté de ses antécédents héréditaires, on note de l'épilepsie chez un oncle.

Ce malade se rapproche des malades de M. Raymond chez lesquels cet auteur ne voit autre chose qu'un tremblement-névrose, tremblement essentiel, *sine materia*, et qui survien-

drait chez des individus ayant dans leurs ascendants un accident névropathique quelconque ou une intoxication. Mais chez le malade actuel le tremblement est à oscillations rapides.

Nous avons affaire ici probablement à des accidents d'origine hystérique, ce malade ayant un certain degré de rétrécissement concentrique du champ visuel.

M. Augagneur connaît une famille dont trois membres sont atteints de tremblement analogue à celui du malade de M. Lemoine; dans cette famille il n'existe ni hystérie ni névrose d'aucun genre et le tremblement n'est en rapport avec aucune espèce de maladie.

Injections de Brown-Séquard dans la tricophytie.

M. Augagneur. — Les traitements employés contre le tricophyton tonsurans sont aussi nombreux qu'inefficaces. Mais un fait singulier est à signaler, c'est que le parasite ne peut plus végéter chez les sujets qui ont atteint la puberté. Il faut donc croire à une modification des tissus liés à l'évolution des organes génitaux. M. Augagneur s'est demandé si, en injectant du liquide testiculaire, on n'arriverait pas à produire cette modification, et il a fait pratiquer un grand nombre d'injections chez les malades de son service de l'Antiquaille. Ces enfants généralement chétifs et misérables ont été améliorés dans leur état général; au point de vue local, on a noté assez souvent une atténuation des symptômes.

Du rôle des accidents inflammatoires dans la genèse de l'asystolie et des indications thérapeutiques qui en découlent.

M. Bard donne un résumé succinct d'un article qui paraîtra prochainement sous ce titre.

Les affections cardiaques s'aggravent non par le fait des obstacles mécaniques, mais par l'éclosion de nouvelles poussées inflammatoires sur l'endocarde. Il y a lieu de distinguer les lésions arrivées à la période cicatricielle et celles qui sont encore en voie d'évolution. Les premières ne déterminent pas d'asystolie. Les secondes, qui se traduisent à l'autopsie par des végétations fibrineuses et des ulcérations, et à l'examen histologique par la présence de cellules embryonnaires, sont celles qu'on trouve chez les sujets morts asystoliques. M. Bard rejette donc dans la grande majorité des cas la genèse mécanique de l'asystolie et admet le parallélisme habituel entre celle-ci et l'existence de lésions inflammatoires.

On voit des cardiaques dont la lésion se révèle par des souffles intenses et qui n'éprouvent cependant aucun trouble fonctionnel. Ceux-là sont des *cicatriciels*. D'autres, avec des lésions beaucoup moins caractérisées, ont de l'angoisse précordiale et de la dyspnée; ce sont des *inflammatoires*. Il faut les immobiliser complètement, leur appliquer un traitement antiphlogistique (révulsifs, cautères), chercher en un mot à produire chez eux des cicatrices définitives.

M. Lépine croit que les végétations de l'endocarde n'ont pas une aussi grande influence sur le myocarde que le pense M. Bard. Ce qu'il faut incriminer chez les asystoliques, c'est l'insuffisance de la fonction rénale, d'où la rétention de principes toxiques. En somme, les cardiaques arrivent toujours à être des rénaux.

M. Bard ne conteste pas l'insuffisance de l'urination chez les cardiaques; ce qu'il veut démontrer, c'est la genèse inflammatoire de l'asystolie.

M. Mayet. — La théorie que défend M. Bard est absolument paradoxale, surtout avec le caractère de généralité qu'il lui donne. A l'autopsie des cardiaques on ne trouve pas des végétations et des ulcérations récentes aussi souvent que le dit M. Bard. En clinique, on voit les conditions mécaniques de la circulation dominer l'état des cardiaques. M. Mayet rappelle le cas d'un malade atteint de perforation de la valvule mitrale consécutive à un abcès athéromateux; au moment de la perforation, qui s'est faite en quelque sorte sous son oreille, les accidents asystoliques ont pris une intensité extrême. Dans ce cas, M. Bard sera bien forcé d'admettre l'influence des conditions mécaniques.

En venant au secours du myocarde à l'aide de la digitale, on améliore singulièrement les asystoliques, preuve que les troubles existent réellement. M. Bard ne verrait-il dans la digitale qu'un antiphlogistique et serait-ce comme telle qu'elle agirait chez les cardiaques?

Quant au rôle de l'urination chez les cardiaques, il est capital et M. Mayet se range tout à fait à l'opinion exprimée tout à l'heure par M. Lépine.

M. Bard affirme que si M. Mayet veut bien chercher les lésions inflammatoires chez les sujets morts d'asystolie, il les trouvera. Le tout est d'avoir l'attention dirigée sur ce point. M. Bard a vu depuis quelque temps trois ou quatre malades mourir d'angine de poitrine; or, tous avaient de l'aortite aiguë.

Quant au cas de perforation de la valvule mitrale invoquée par M. Mayet, il vient à l'appui de la thèse que défend M. Bard; n'était-elle pas due, en effet, à un processus actif?

M. Bard reconnaît que les troubles mécaniques se surajoutent aux phénomènes inflammatoires, mais qu'à eux seuls, dans la grande majorité des cas, ils ne peuvent arriver à produire l'asystolie. La digitale n'agit que sur ces troubles mécaniques; son effet est nul quand le cœur se contracte mal du fait de l'inflammation.

En résumé, les phénomènes mécaniques sont au deuxième plan, l'inflammation au premier. Si celle-ci est enrayée, l'amélioration arrive et persiste.

D[r] P. Lacour.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 6 *février* 1893.

Tumeur du médiastin.

M. Œstreich rencontra chez un homme de 70 ans une poche séro-sanguinolente de plusieurs litres, dans la région du médiastin. Il s'agissait d'un néoplasme s'étendant jusqu'au rebord des fausses côtes, intéressant le péricarde et le cœur. Il existait dans la trachée et les bronches des sécrétions purulentes. Les ganglions bronchiques étaient malades et l'on trouvait dans les poumons et la plèvre des noyaux métastasiques. Cette tumeur avait probablement le thymus pour point de départ.

M. Lazarus avait plusieurs fois déjà ponctionné l'épanchement pleural de ce malade sans amener d'amélioraton. La dyspnée avait persisté en raison des connexions de la tumeur avec le poumon.

Cancer de l'œsophage.

M. Bein. — Il s'agit d'un malade de 54 ans ayant présenté les symptômes du cancer de l'œsophage. Cinq jours avant sa mort il présenta une expectoration fétide, en rapport avec de la gangrène pulmonaire. La pièce montre un carcinome œsophagien ayant ulcéré le poumon et une petite bronche du lobe inférieur pulmonaire droit. Ce dernier est atteint de gangrène.

M. Leyden considère la communication de l'œsophage avec les voies aériennes comme une particularité intéressante. A ce sujet Traube a signalé un symptôme important pour le diagnostic. Lorsqu'on fait avaler au malade un liquide coloré, 5 à 10 secondes après il le rejette en toussant. En général il existe des trajets fistuleux.

Gangrène multiple aiguë.

M. Joseph. — Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans qui se fit en 1887 une brûlure à l'acide sulfurique au dos de la main gauche. La nuit du 30 au 31 janvier dernier, il ressentit une violente sensation de froid dans le bras droit. Les parties actuellement atteintes étaient devenues toutes blanches et insensibles; quelques jours après se délimitait nettement une surface de la grandeur d'une pièce de 5 marks, jaune verdâtre au centre, avec un sillon rouge d'élimination. La chute de l'eschare amène la cicatrisation avec des chéloïdes malignes.

Des manifestations semblables ne se sont observées jusqu'ici que chez des femmes hystériques; Kaposi et d'autres considèrent ces faits comme du zoster gangréneux. Chez ce malade il n'y a pas eu de vésicules.

M. G. Lewin. — La disproportion entre l'étendue de la lésion et sa profondeur peu marquée font penser à une gangrène d'origine hystérique, à des ulcérations simulées. Il y a lieu de penser également à la syringomyélie.

M. Joseph fait observer que le malade n'est nullement hystérique et qu'il est très affecté de la perte de son travail par suite de sa maladie.

Maladie de Basedow.

M. Rothmann. — La pathogénie de la maladie de Basedow, en raison des derniers travaux, a subi une modification complète.

Considérée autrefois comme une névrose, cette affection devient actuellement une maladie du système nerveux central. Dans ces dernières années, on a publié quelques données anatomo-pathologiques à ce sujet. On a signalé dans un cas une hémorrhagie dans les corps restiformes. Les expériences sur les animaux sont venues à l'appui de cette opinion. Le malade à propos duquel l'auteur fait ces considérations est âgé de 23 ans. En juillet dernier, il fut pris de palpitations de cœur violentes et perdit beaucoup de son poids. En janvier survint de la paralysie du muscle droit interne de l'œil, avec légère exophthalmie, ptosis et paralysie légère de la branche inférieure du facial gauche. Le cou présenta un peu de gonflement et le cœur un peu de dilatation.

M. Goldscheider met en doute le diagnostic de maladie de Basedow : il y a lieu de distinguer entre les symptômes locaux et la névrose réelle. Les symptômes locaux peuvent relever d'une lésion cérébrale locale sans qu'il s'agisse de maladie de Basedow. Chez le malade de M. Rothmann, d'ailleurs, le goître est à peine marqué, l'exophthalmie est légère et tient peut-être à la paralysie.

M. Guttmann controuve les résultats expérimentaux et attire l'attention sur un symptôme particulier. En auscultant la région thyroïdienne, on perçoit non seulement les battements artériels, mais encore un véritable pouls veineux, en faisant tourner la tête à l'opposé du côté où l'on ausculte.

Poliomyélite antérieure.

M. Lippmann rapporte un cas de poliomyélite antérieure dont il fit récemment l'autopsie. Drummond a également signalé une observation avec mort. Cette affection détermine la mort, surtout quand elle atteint les parties supérieures de la moelle et le pneumogastrique.

L'enfant en question, dans sa première année, présenta en août 1880 une furonculose généralisée suivie de guérison. En septembre survinrent subitement de la fièvre, de la somnolence et de la paralysie du bras gauche et de la cuisse droite. Peu après le début de cette attaque se fit une nouvelle poussée de furoncles qui guérit rapidement.

En janvier, l'enfant mourait de diphthérie. A l'autopsie, on constata une altération des racines rachidiennes antérieures gauches dans une hauteur de la 4e à la 8e vertèbre cervicale; des lésions analogues existaient à la région lombaire du côté droit.

L'examen microscopique montra l'absence complète de cellules ganglionnaires normales, d'une abondance considérable de granulations graisseuses surtout au niveau des vaisseaux; il y avait un commencement de calcification des cellules ganglionnaires. Ce cas confirme l'opinion de Goldscheider. Au point de vue étiologique, il existe une relation entre les différentes poussées de furonculose et la poliomyélite. Le virus infectieux s'est propagé par le sang et a amené la nécrose et la calcification des cellules nerveuses.

M. Leyden rapporte la calcification à l'action de thromboses artérielles.

M. Jastrowitz pense que ce n'est pas une condition nécessaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 8 février 1893.

Périchondrite idiopathique aiguë.

M. Heymann. — Le 27 décembre dernier, je vous ai présenté un jeune homme de seize ans qui, à la suite d'un refroidissement, présenta de la pharyngite et de la laryngite avec paralysie de la corde vocale gauche et de la paroi du pharynx de ce côté. L'application d'un traitement antipyrétique amena une guérison apparente. Quelques jours après, le malade revint à l'hôpital avec les mêmes accidents : gonflement de la partie latérale gauche du pharynx et de la région sous-maxillaire.

Une incision faite par M. Gluck parallèlement au maxillaire ouvrit une collection purulente et amenait la guérison définitive.

Il s'est agi dans ce cas, à mon sens, d'une périchondrite aiguë primitive avec inflammation secondaire et propagation au pharynx, ou bien d'un phlegmon pharyngé primitif avec suppuration secondaire.

Plusieurs cas de cancer.

M. Geissler. — Les trois cas de carcinome que je vous signale sont un exemple frappant du développement du cancer consécutif à des lésions inflammatoires ou irritatives chroniques. Mon premier malade est un cas type du « cancer des goudronniers ». Depuis 1873, il est occupé dans la même fabrique à tremper du papier dans des bassins remplis de goudron en ébullition. Les mains seules sont directement exposées au contact de cette matière. Le reste du corps n'est impressionné que par les vapeurs. Il est intéressant, selon la remarque du malade, d'observer que seuls sont atteints les ouvriers qui manipulent la matière fondue. Sur les mains, on constate une éruption intense de petits nodules rappelant l'aspect de comedons. La pression en fait sortir une sorte de bouillie sébacée.

Les deux avant-bras sont couverts d'eczéma chronique. Le scrotum présente la lésion la plus intéressante et la plus typique. A sa partie antérieure, vous y observez une tumeur pédiculée en forme de champignon. Cette dernière se laisse facilement circonscrire. Sa face inférieure est ulcérée en tous ses points. Le testicule et le cordon sont sains et complètement indépendants du néoplasme.

Le deuxième cas se rapporte à un malade de 45 ans qui reçut, le 2 septembre 1870, un coup de feu au niveau de l'os malaire gauche. La blessure guérie se rouvrit une première fois en 1872; il s'ensuivit une ulcération rebelle qui fut incisée en 1884. En 1886, nouvelle récidive suivie d'une opération autoplastique. En 1891, on doit réséquer le maxillaire supérieure et le malaire.

En 1892, le néoplasme avait envahi la voûte palatine. Actuellement, les lésions sont telles que toute intervention paraît impossible. Sans aucun doute, le néoplasme a eu pour point de départ la cicatrice de la blessure première.

Dans le troisième cas, le malade, âgé de 58 ans, se fit une entorse en 1864.

Il traita le gonflement consécutif par différentes topiques, qui amenèrent une ulcération rebelle qui finalement se transforma en un carcinome; ce qui nécessita en janvier, en raison de l'étendue de la lésion, l'amputation du pied.

Valeur nutritive de l'arachis hypogæa.

M. Fürbringer. — L'arachis hypogæa (papillonnacée) se cultive au centre de l'Afrique, aux Indes et dans les Etats sud de l'Amérique du Nord. Ses fruits sont connus parmi nous sous le nom de « pea-nut » dont on retire une huile comestible. Des pulpes, on retire une farine dont la richesse nutritive est très grande. La teneur en albumine est supérieure à celle des légumineuses (23-26 0/0) et atteint jusqu'à 47 0/0. Elle contient en outre de la graisse, 19 0/0, et des matières hydrocarbonées. Il s'agit là, on le voit, d'un aliment appelé à rendre des services dans la nourriture des prisonniers, des soldats, etc. Il est peut-être destiné à être prescrit dans le mal de Bright, le diabète, l'obésité, etc.

M. Lippmann. — L'alimentation des prisonniers est d'un coût si minime (29 pfennigs) que je suis peu disposé à être favorable à ces nouveaux modes d'alimentation.

Séances du 8 et du 15 février 1893.

La communication de M. Virchow sur l'innocuité des eaux venant des *champs d'épandage* a donné lieu à la discussion suivante :

M. E. Guttmann. — Les cas de choléra nostras signalés par M. Virchow n'étaient pas du choléra asiatique. L'examen des déjections a été fait assez tard et on sait que le bacille en virgule ne se conserve pas plus de huit jours dans les selles. Aussi arrive-t-il souvent que les cas de choléra asiatique dont l'examen bactériologique est fait sur le déclin de la maladie, sont considérés comme du choléra nostras.

On ne sait, en effet, rien sur l'étiologie du choléra nostras. Le bacille de Finkler-Prior que ces auteurs ont trouvé dans le choléra nostras et qu'ils considèrent comme très analogue au bacille en virgule n'a jamais été retrouvé dans les recherches ultérieures. C'est pour cela qu'il est permis de rester sceptique envers l'affirmation des médecins qui disent avoir trouvé le bacille de Finkler-Prior dans les cas de choléra nostras de Nietleben.

M. Schæfer a observé du 20 septembre au 2 novembre sept cas de fièvre typhoïde, tous parmi les ouvriers occupés aux champs d'épandage. D'un autre côté, on a noté une recrudescence de fièvre typhoïde parmi la population d'un quartier de Berlin qui est alimenté avec de l'eau des champs d'épandage. Il s'ensuit que c'est bien l'eau d'épandage qui doit être incriminée.

M. Furbringer a observé quatre cas de fièvre typhoïde parmi les ouvriers occupés aux champs d'épandage. Mais tous les quatre ont affirmé n'avoir jamais bu de l'eau venant des champs d'épandage.

M. Guttmann procède à l'analyse des conditions dans lesquelles les sept ouvriers de M. Schæfer ont pris la fièvre typhoïde pour montrer que, dans six cas, l'eau d'épandage n'a pu être incriminée. Du reste, l'examen chimique et bactériologique de l'eau d'épandage et des conduits fait par M. Salkowsky a démontré l'absence du bacille de la fièvre typhoïde.

M. Klemperer a également observé deux jardiniers des champs d'épandage qui avaient contracté la fièvre typhoïde six à huit jours après avoir bu de l'eau venant des drainages.

L'eau d'épandage devra être surveillée principalement pendant les épidémies.

M. Schæfer maintient, en s'appuyant sur l'autorité de M. Gerhardt, que chez ses malades la fièvre typhoïde a été provoquée par l'eau d'épandage. Si elle ne contient plus le bacille d'Eberth, elle a pu le contenir auparavant.

M. Gericke a soigné d'une fièvre typhoïde le fils de l'administrateur des champs d'épandage. Ici encore l'eau a pu être incriminée.

M. Virchow soumet à son tour les cas de fièvre typhoïde à une critique portant sur la date d'infection, la disposition des localités, le séjour des ouvriers, etc., pour arriver à démontrer que les eaux des champs d'épandage ne peuvent être incriminées dans la production de la fièvre typhoïde.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 13 février 1893.

Traitement des fractures obliques du fémur.

M. Keetley. — J'emploie une méthode de traitement de fractures obliques des os longs qui empêche la production du raccourcissement. Cette méthode consiste essentiellement dans l'insertion de deux aiguilles argentées dans les fragments osseux à une certaine distance de la fracture. Chaque aiguille est coudée, de façon qu'on peut attacher l'une à l'autre ces deux portions coudées après la coaptation des fragments. Le trou dans lequel on introduit ces aiguilles est pratiqué dans chaque fragment osseux à l'aide d'un instrument spécial. Il est évident qu'on devra faire une antisepsie rigoureuse, qui est du reste bien facile à obtenir dans une telle opération.

M. Crips. — Je trouve ces aiguilles bien fragiles et je crois que les cas où leur emploi est indiqué sont fort rares.

Mort par fièvre traumatique.

M. Malcolm. — La fièvre traumatique peut s'expliquer sans qu'on invoque l'existence d'un poison circulant dans le sang; le trouble produit peut s'expliquer par l'excitation que transmettent les nerfs périphériques aux centres nerveux. Tout traumatisme amène un défaut de vitalité des tissus avec contraction des vaisseaux ; le besoin de sang nouveau dans cette aire de stase est la cause des contractions des vaisseaux dans la fièvre. La distension intestinale que produit la fièvre doit causer une grande augmentation de la contraction vasculaire déjà existante du fait de l'opération. On a constaté cliniquement que plus le cœur est fort, plus son action est lente dans la fièvre. Le cœur en effet est stimulé par une augmentation de la résistance du côté des vaisseaux, mais quelquefois il est incapable de vaincre cette résistance. La mort par fièvre débute non pas au niveau du cœur, mais à la périphérie, et elle est due à une contracture excessive des vaisseaux fermant les canaux nutritifs des différents organes. De plus, tant que les vaisseaux sont contractés, la désassimilation l'emporte sur l'assimilation, d'où l'émaciation. Dans les fièvres septiques et spécifiques, le poison circulant dans le sang produit une irritation étendue et un trouble vital partiel des tissus, d'où, par voie réflexe, se produisent les mêmes effets que ceux qui sont dus à un défaut de vitalité partiel par traumatisme. Dans ces conditions, s'il se produit de l'albuminurie et de l'anurie, la résistance au cours du sang à travers les reins augmente la fièvre et peut causer la mort par le même mécanisme que la résistance opposée au cours du sang dans les vaisseaux mésentériques au cours du pseudo-ileus ou d'une occlusion intestinale à la suite d'une laparotomie.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 10 février 1893.

Hématocèle sous-séreuse chez une fille de 11 ans.

M. Barker. — J'ai vu chez une fille de 11 ans une hématocèle utérine sous-péritonéale simulant une appendicite aiguë. La laparotomie fut pratiquée avec succès. J'avais fait mon incision à droite au niveau du cæcum; mais je trouvai ce dernier parfaitement normal ainsi que son appendice. Je vis alors que la trompe droite était tordue et gonflée; il y avait à ce niveau du sang épanché sous le péritoine; je pus constater que ce sang formait une volumineuse hématocèle rétro-utérine. La tumeur remplissait presque complètement le bassin ; on ne pouvait évidemment songer à l'enlever ; je refermai l'abdomen et l'enfant guérit. Je ne connais pas d'autre cas d'hématocèle survenue chez une fille aussi jeune.

M. Treves. — J'ai vu un garçon présenter tous les signes classiques de l'invagination intestinale; l'opération prouva qu'il s'agissait d'une gangrène de l'appendice vermiforme ; on réséqua ce dernier et l'enfant guérit. Dans un autre cas on trouva une appendicite chez un sujet chez lequel on avait diagnostiqué une fièvre typhoïde.

Hernie diaphragmatique.

MM. Hale et Goodhart. — Un homme de 49 ans fut pris de vomissements et de douleurs au niveau de l'épigastre avec de la constipation. Les vomissements devinrent fétides et la mort survint au milieu de phénomènes d'épuisement. Un lavage de l'estomac n'amena qu'une amélioration passagère. A l'autopsie on trouva tous les organes sains; mais l'estomac et une partie du côlon étaient dans la partie gauche du thorax ; ils s'étaient engagés à travers un orifice du diaphragme.

On fut à un certain moment sur le point de faire le diagnostic pendant la vie en raison du tympanisme qu'on constata à la base du thorax du côté gauche.

Vaccine généralisée.

M. Colcott Fox. — J'ai vu deux cas de vaccine généralisée; dans les deux cas, la vaccine primitive suivit un cours

normal; vers le neuvième jour le bras vacciné se couvrit de vésicules, puis des vésicules apparurent sur le crâne, la face et le tronc. Il ne persista pour ainsi dire aucune cicatrice.

M. Acland. — J'ai vu un cas de vaccine généralisée chez un enfant de trois mois. Trois autres enfants avaient été vaccinés avec le même vaccin sans aucune complication. Le bras resta sain pendant trois jours, puis des vésicules secondaires se développèrent pendant les cinq semaines suivantes. Ces vésicules étaient semblables à celles de la variole. Les ganglions n'étaient pas pris. L'enfant mourut le quarante-neuvième jour. La mère, qui avait été vaccinée, contracta l'affection sur le mamelon.

M. Chapman. — Les effets de la lymphe de veau sont bien plus graves que ceux de la lymphe humaine.

Atrophie jaune aiguë du foie.

M. Dreschfeld a relaté, le 18 janvier 1893, à la Société pathologique de Manchester, l'observation d'un homme de 38 ans, d'une bonne santé antérieure, sans antécédents de syphilis ou d'alcoolisme, qui eut de l'ictère en juin 1893 ; le foie s'atrophia et la rate s'hypertrophia. Les matières fécales étaient incolores et l'urine contenait du pigment biliaire. Le malade ne présenta aucun symptôme nerveux, pas de douleurs, pas de vomissements et l'appétit fut conservé presque jusqu'à la mort qui survint le 21 juillet. On trouva à l'autopsie les marques de l'atrophie jaune et rouge du foie. La vésicule biliaire était distendue par du pus. Les parties jaunes du foie montrèrent au microscope une dégénérescence granuleuse des cellules et les parties rouges une prolifération de tissu embryonnaire.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 17 février 1893.

Opération du torticolis congénital.

M. Lorenz présente un garçon de 15 ans qu'il a guéri d'un torticolis congénital plusieurs fois déjà opéré sans succès par la ténotomie sous-cutanée.

La méthode suivie par M. Lorenz comprend :

1° La section à ciel ouvert, mais avec une incision aussi petite que possible, des deux chefs du sterno-mastoïdien, de sa gaine fibreuse et des parties fibreuses rétractées de la face concave du cou. La section terminée, on fait la suture complète de la plaie et on applique un pansement compressif;

2° Le redressement de la scoliose cervicale qu'on pratique pendant que le malade se trouve encore dans la narcose. Ce redressement par l'application d'une force continue assez grande, doit arriver en une seule séance à distendre les ligaments contractés du côté concave de la scoliose cervicale de façon à ce qu'on puisse transformer cette concavité en convexité. Le redressement ne doit être considéré comme terminé que si l'oreille du côté convexe de la scoliose arrive à toucher l'épaule correspondante.

3° Application d'un bandage qui maintient, pendant 8 à 10 jours, la tête dans une position opposée à la scoliose primitive. Au bout de ce temps, la plaie est guérie. On enlève le bandage et on commence la gymnastique appropriée.

Douze enfants atteints de torticolis et traités par cette méthode sont aujourd'hui définitivement guéris.

M. Billroth ne nie pas l'efficacité de cette méthode. Il lui reproche seulement de détruire, par la section du muscle, le relief que celui-ci forme sur la face latérale du cou.

M. Albert. — Qu'est-ce que devient plus tard le muscle sectionné ?

M. Lorenz. — Dans certains cas la réunion des deux bouts est complète au bout de 8 jours; mais dans d'autres cas elle ne se produit pas, même au bout d'un temps très long.

Les anesthésies d'origine cérébrale.

M. Frankl-Hochwart attire l'attention sur ce fait que dans l'hémianesthésie hystérique où la plupart des sens sont touchés d'un côté, le sens de la vue est atteint des deux. Le même phénomène existe aussi dans certaines lésions anatomiques (destruction de la partie postérieure de la capsule interne), et M. Frankl-Hochwart a eu l'occasion de l'observer chez un hémiplégique chez lequel existait une hémi-anesthésie avec rétrécissement du champ visuel, bien que les deux nerfs optiques fussent normaux.

Pour ce qui est de l'hémi-anesthésie hystérique, Ballet, puis Parinaud ont admis que la lésion existait des deux côtés; seulement, nos moyens d'exploration étant plus parfaits pour l'examen de la vision, c'est pour cela qu'on constate de ce côté l'existence d'une lésion fonctionnelle bilatérale.

Pour élucider cette question, M. Frankl Hochwart a eu l'idée de suggérer aux hystériques une analgésie circonscrite. Il a pu alors constater que la sensibilité faradique était abolie au niveau de la plaque suggestionnée et diminuée du côté sain.

On peut encore expliquer l'hémianesthésie hystérique, quand même on admet la lésion d'un seul hémisphère, en supposant que chaque hémisphère cérébral envoie des fibres sensitives aux deux côtés du corps, comme c'est le cas des fibres motrices. Un certain nombre de faits physiologiques plaide en faveur de cette hypothèse. Pour ce qui est plus spécialement de la vision, il est aujourd'hui démontré que chaque hémisphère se trouve en rapport avec les quatre moitiés des deux rétines.

M. Obersteiner fait observer que le phénomène d'allochirie décrit par lui il y a déjà un certain temps vient à l'appui de la théorie développée par M. F. Hochwart.

M. Kœnigstein croit devoir rappeler que le rétrécissement du champ visuel n'est pas toujours bilatéral chez les hystériques. Il existe des cas où un côté seulement est pris.

Absence de l'humérus.

M. Billroth présente un homme de 34 ans qui, malgré l'absence de la diaphyse de l'humérus, possède un membre supérieur fonctionnant d'une façon absolument normale, de sorte qu'il peut fort bien exercer son métier de cocher.

A l'âge de 5 ans, le malade fut renversé par une voiture qui lui passa sur le bras. Il survint une suppuration qui dura très longtemps. Actuellement, en palpant le membre malade, on trouve à la place de l'humérus un cordon dur, gros comme le pouce. Ce cordon doit contenir les vaisseaux et les nerfs et peut-être quelques muscles du bras. Il n'existe pas de troubles trophiques du côté de l'avant-bras ni de la main.

Artérite syphilitique.

M. Goldstern a présenté au Club médical de Vienne (séance du 1er février) un cas d'*artérite syphilitique* du membre supérieur droit avec oblitération incomplète de l'humérale, de la radiale et de la cubitale chez une femme de 40 ans, qui fut contaminée par son mari. A côté des douleurs très vives que la patiente éprouvait dans le membre malade, il existait une atrophie très nette des muscles du bras et de l'avant-bras et des troubles trophiques (épaississement de l'épiderme, pustules, gangrène superficielle) du côté du médius, de l'annulaire et du petit doigt de la main droite. Le pouls de l'humérale, de la radiale et de la cubitale n'était plus perceptible et ces vaisseaux étaient manifestement épaissis.

Le traitement ioduré combiné au massage et à l'électricité a seulement diminué la sensibilité de gros cordons nerveux à la pression, sans modifier les autres symptômes.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Pitié. — M. Reclus.

Traitement des cancers inopérables du rectum.

Nous avons établi, dans une précédente conférence, que les tentatives d'extirpation, pour les cancers du rectum volumineux et adhérents, donnaient comme résultat, lorsque la mort n'en était pas la conséquence rapide, l'équivalent d'une mauvaise opération palliative : une récidive si prompte qu'elle n'était en réalité qu'une continuation du néoplasme primitif, et un sphincter incontractile, aussi incapable qu'un anus artificiel de régler le cours des matières fécales. Aussi la conclusion s'impose et, lorsque la tumeur n'est pas petite et mobile, on doit avoir recours, non à des interventions prétendues radicales, qui, sous prétexte de guérir le malade, le tuent, mais à des opérations palliatives dont les mérites seront de faire disparaître les douleurs, de s'opposer à l'obstruction toujours imminente et peut-être de retarder la marche du cancer.

Ces opérations sont nombreuses. L'une des plus populaires a été la *rectotomie linéaire* de Verneuil et de Panas, qui a rendu d'incontestables services. Elle consiste à sectionner, soit au bistouri, soit à l'écraseur de Chassaignac, le trajet sphinctérien, dans la rainure interfessière, à partir de l'anus jusqu'au-dessus des masses bourgeonnantes du cancer; le bol fécal n'aura plus à s'insinuer dans cette sorte de filière étroite et douloureuse, il sortira directement au travers du néoplasme éventré et dès lors cessent les souffrances et la tendance aux obstructions. — On ne compte pas les malheureux qu'a soulagés cette méthode, et au début de notre pratique, de 1877 à 1882, nous y avons eu recours très souvent. Mais depuis on a trouvé mieux, et cela est si incontestable que Verneuil, le créateur de la rectotomie, est un de ceux qui lui ont porté les plus rudes coups en vulgarisant et en perfectionnant lui-même un autre mode d'intervention.

Le *raclage* des masses morbides, opération semblable à celle que l'on pratique d'une façon courante pour les cancers inopérables du col et du corps de l'utérus, a été préconisé par Küster. On dilate l'anus sous le chloroforme, on s'arme d'une curette tranchante, on enlève les portions ramollies, on les poursuit jusqu'en tissu résistant, modérant un peu l'énergie de la main lorsque l'instrument serre de trop près la vessie ou le péritoine; puis on promène le thermocautère sur les surfaces mises à vif, mais cependant moins saignantes qu'on ne pourrait le croire; enfin on tamponne avec de la gaze iodoformée. — Cette opération est facile, peu douloureuse, d'une exécution rapide; elle doit, nous dit l'auteur, être répétée toutes les huit à dix semaines, et les résultats en sont excellents. Nous ne l'avons jamais pratiquée, mais nous ne la répudions pas pour cela, et nous nous imaginons qu'elle rendrait des services lorsque des hémorrhagies et des écoulements putrides se font, au niveau du néoplasme, malgré l'établissement d'un anus iliaque. A cette heure, et dans ces cas, nous y aurions certainement recours.

L'intervention de choix, dans les cancers inopérables du rectum, est la création, au-dessus du néoplasme, d'une voie de dérivation, par où s'écoulent les matières fécales. Le lieu où il faut placer cet anus artificiel a soulevé de vives discussions : nous ne parlons pas de celles du siècle dernier, mais des luttes où nous avons pris part et où, avec Verneuil, nous avons défendu la supériorité de l'anus inguinal ou iliaque, l'anus de Littre, du nom de son inventeur, contre l'anus lombaire ou l'anus de Callisen, établi en arrière, au-dessus de la crête iliaque et sur le côlon descendant. La victoire nous est restée, et aussi bien en France qu'en Allemagne et qu'en Angleterre, partout maintenant on ouvre le gros intestin au-dessus du ligament de Poupart; il faudrait, pour opérer dans la région lombaire, un cas de force majeure, l'extension du cancer à l'S iliaque. L'anus de Littre a triomphé, d'abord parce qu'il ne le cède en rien à l'anus de Callisen, et parce qu'il a sur lui une double supériorité : sa meilleure situation sous l'œil et sous la main de l'opéré, qui peut plus facilement en surveiller la propreté; et surtout l'extrême facilité de l'opération, que peuvent mener à bien les plus modestes, j'oserais presque dire les plus inexpérimentés en chirurgie.

Le seul point maintenant à l'étude nous paraît être la technique opératoire. Au début, on se contentait de fixer, par des points de suture, le bord convexe de l'intestin aux deux lèvres de la plaie de l'abdomen; l'anse, simplement ouverte, n'était pour ainsi dire que tangente à la paroi du ventre; il n'y avait donc pas d'éperon entre le bout supérieur et le bout inférieur, comme lorsque l'intestin s'engage par un orifice et juxtapose les deux branches de son anse en canon de fusil. Aussi une partie des matières fécales passe bien par l'anus artificiel, mais une autre partie peut continuer son trajet primitif, s'engager dans le rectum et arriver jusqu'au cancer où elle s'arrête. Or il n'est pas indifférent que le bol fécal s'accumule en ce point; outre les douleurs qu'il y cause, le ténesme qu'il provoque, les fausses envies qu'il multiplie, on a observé des inflammations graves, des phlegmons, des ruptures même de l'intestin et des péritonites.

On a imaginé bien des méthodes pour éviter ce grave inconvénient. L'opération de Madelung est bien compliquée : elle consiste à attirer l'anse intestinale au dehors et à la sectionner en travers; le bout inférieur, préalablement et incontestablement reconnu, est oblitéré par une double rangée de sutures et réintégré dans le ventre; d'autres chirurgiens, il est vrai, fixent par une couronne de sutures l'orifice béant de ce bout à l'angle inférieur de la plaie, méthode plus sûre, qui permet le lavage du bout inférieur et son dégorgement, par reflux et mouvements anti-péristaltiques, des matières sanieuses et muqueuses que le néoplasme et les parois rectales sécrètent parfois abondamment. Quant au bout supérieur, celui par lequel s'écouleront les matières et qui, par conséquent, constitue le nouvel anus, on le fixe à l'angle externe par des fils de soie ou des crins de Florence. Cette méthode est du moins radicale et, grâce à elle, on est sûr de dériver, à l'extérieur, la totalité des matières fécales; la plus minime partie d'entre elles ne pourra s'engager dans le bout inférieur.

M. Verneuil arrive plus simplement au même résultat : après avoir fait, parallèlement à l'arcade de Fallope, à deux travers de doigt au-dessus d'elle et à égale distance du pubis et de l'épine iliaque supérieure, une incision cutanée de 4 centimètres environ, il coupe l'aponévrose, les muscles, le fascia transversalis, enfin le péritoine. Presque toujours, dès la première ouverture de sa cavité, une petite frange épiploïque de l'S iliaque apparaît; on n'a qu'à l'attirer à soi et le gros intestin la suit. Mais si on reconnaissait l'anse régulière et bien calibrée de l'intestin grêle, on la refoulerait en haut et l'on chercherait l'S iliaque, reconnaissable justement à ses expansions graisseuses, à ses bosselures, à ses bandes musculaires longitudinales, et c'est elle qu'on amènerait dans la plaie. On hernie une anse entière à l'extérieur et on la fixe au pourtour de la plaie. Les deux bouts de l'anse, ainsi exprimés au travers de l'incision cutanée, sont accolés

en canon de fusil, et forment ainsi un solide éperon qui s'oppose à ce que les matières du bout supérieur s'engagent dans l'inférieur.

Maydl, de Vienne, a proposé de pratiquer cette opération en deux temps : l'anse intestinale est attirée dans la plaie, comme dans le procédé de Verneuil, et forme, par conséquent, deux bouts accolés en canon de fusil; elle est fixée par des points de suture, mais au lieu d'être ouverte immédiatement, on ne l'incise qu'au bout de 5 ou 6 jours, lorsque les adhérences qui se forment spontanément entre le péritoine et l'intestin sont assez solides. On est alors certain que les matières fécales ne s'insinueront pas dans le ventre pour y allumer une péritonite. Je ne décrirai pas ce procédé, il est compliqué et nécessite plusieurs plans de suture qui rendent l'opération fort longue. Mais j'ai proposé une modification, ou plutôt une série de simplifications généralement acceptées, et, surtout depuis l'emploi de la cocaïne, on peut dire que la création d'un anus artificiel iliaque par notre procédé en deux temps est devenue une opération de petite chirurgie.

Je fais, suivant la ligne indiquée par Verneuil, une traînée anesthésique à la cocaïne qui mesure 4 à 5 cm. environ; deux ou trois seringues de Pravaz d'une solution à 1 0/0 y suffisent. Puis, je coupe la peau jusqu'à l'aponévrose. Ici, nouvelle injection et j'insinue sous l'aponévrose, entre elle et le péritoine, le contenu d'une ou deux seringues de la même solution à 1/100, j'incise l'aponévrose, j'incise la séreuse, je reconnais l'S iliaque, j'en attire une anse et je la maintiens au dehors par une bougie en gomme que je passe au-dessous d'elle, à travers le mésocôlon. Cette sonde est fixée elle-même par des bandes transversales imbibées de collodion iodoformé; bougie et bandes s'opposent à ce que l'anse rentre dans le ventre d'une part, et de l autre à ce que de nouvelles anses soient expulsées au dehors par une quinte de toux ou un effort quelconque. D'ailleurs, l'anse intestinale herniée est protégée par un pansement compressif, une sorte de niche de ouate hydrophile, pointe de vaseline boriquée, salicylée et iodoformée que l'on maintient par un bandage de corps. L'opération est terminée; elle a duré de 3 à 8 minutes.

J'ai l'habitude de donner de l'opium à l'opéré : 5 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque et 1 à 2 centigr. de morphine en injection sous-cutanée. Le malade, bien que l'intestin ne soit pas ouvert, est en général soulagé des souffrances de son cancer; les douleurs, les épreintes s'arrêtent. Au bout de 5 à 6 jours, on ouvre l'intestin au thermocautère, et, à partir de ce moment, les gaz et les matières peuvent s'écouler au dehors. Vers le quinzième jour, j'enlève la bougie qui fixe le mésentère. L'intestin forme sur le ventre une saillie disgracieuse, mais, peu à peu, les tissus s'affaissent, la masse se résorbe et il ne reste plus qu'une petite surélévation à fleur de peau, tubercule rouge, de la grosseur d'une petite amande et où s'ouvrent le bout supérieur et le bout inférieur. Certainement, les anus artificiels les plus réguliers et les plus corrects que j'aie observés dans ma pratique sont ceux que j'ai obtenus par ce procédé en deux temps.

Je sais bien que maints de mes collègues font à cette opération un grief du titre même qu'elle porte et disent ne pas comprendre que l'on adopte des procédés où il faut imposer au malade les ennuis d'une double intervention, lorsqu'une seule donne de si bons résultats. Je n'admets pas ce raisonnement dans l'espèce. Après l'ouverture du ventre et la traction de l'anse intestinale au dehors, notre opération est finie et bien finie. Car je n'appelle pas intervention nouvelle la ponction de l'anse intestinale faite au thermocautère, le cinquième ou le sixième jour. Ici il n'est même plus besoin de cocaïne; cette intervention est absolument indolore. Et si l'on objecte que le malade ne peut jouir, pendant quelques jours, du bénéfice de son opération, le libre écoulement des matières, je réponds que, du moins, les souffrances ont cessé. J'ai toujours, pour ma part, constaté un soulagement immédiat.

Je trouve donc ce procédé excellent et je m'y tiens; cependant j'y ajouterai encore un léger perfectionnement: dans notre procédé aussi bien que dans le procédé de Verneuil, j'ai vu parfois l'éperon disparaître par rétraction progressive du méso et le bout supérieur communiquer à nouveau avec l'inférieur. Chez quelques-uns de mes opérés, les matières ont pu aller jusqu'au cancer et provoquer des épreintes; aussi, lors de mes prochaines opérations, je me propose, lorsque l'anse sera retirée, de prendre, dans une aiguille de Reverdin, la peau, l'aponévrose, la séreuse d'une lèvre de mon incision abdominale, la séreuse, l'aponévrose, la peau de l'autre lèvre et de les unir par un crin de Florence qui passerait juste entre les deux branches de l'anse accolées en canon de fusil et diviserait, par conséquent, l'orifice primitif en deux orifices secondaires séparés l'un de l'autre par le pont cutané dû à mon point de suture et qui, chacun, livrerait passage à l'une des deux branches de l'anse intestinale. La rétraction de l'éperon aurait beau se faire alors, les deux bouts intestinaux seraient définitivement écartés par une bride tégumentaire. On aurait, mais plus simplement et à moins de frais, l'équivalent de l'opération de Madelung.

Cette dérivation des matières amène un triple résultat : d'abord, on voit disparaître les douleurs souvent intolérables qui précèdent, accompagnent et suivent chaque garde-robe; ce ténesme incessant, ces fausses envies qui poussent sans cesse le malade sur le vase pour donner issue à quelques matières diarrhéiques, à du mucus et à du sang. Les épreintes s'apaisent dès l'opération terminée, et nous les avons vues s'arrêter d'ordinaire dans notre procédé en deux temps, dès que l'anse est herniée, avant son ouverture, par conséquent avant le libre passage du bol fécal au dehors. Cette constatation, nous venons de la faire encore sur un paysan de moins de 40 ans, opéré en Béarn pour un cancer de la partie moyenne du rectum. Il ne se passait guère d'heure où ne survînt une fausse envie, prélude d'une crise douloureuse qui laissait le malade anéanti. L'opération est pratiquée, et, à partir de ce moment, toute souffrance cessa, bien que, le sixième jour seulement, l'anus artificiel eût été ouvert.

Le deuxième bénéfice que l'opéré retire de la création d'un anus artificiel est d'échapper à ces constipations opiniâtres, à ces menaces incessantes d'obstruction que suivent des débâcles et des diarrhées incoërcibles. On sait que la péritonite est souvent la conséquence de cet arrêt des matières et les observations sont nombreuses d'individus opérés pour des obstructions intestinales sans diagnostic précis et qui étaient porteurs d'un cancer méconnu à la partie moyenne ou supérieure du rectum. Pour ma part, il m'est arrivé deux fois de créer un anus iliaque dans de semblables conditions : arrêt brusque des matières, suivi de tympanisme et vomissements, de douleurs vives, chez des hommes jeunes encore que rien ne désignait comme atteints déjà de cancer. A partir du moment où l'orifice artificiel fut créé, tous ces accidents disparurent pour ne plus se montrer, et c'est de cachexie que mes opérés moururent, après une survie l'un de deux ans et l'autre de trois ans et demi.

Cette survie, souvent fort appréciable, est l'argument qu'on invoque en faveur de la colotomie : On dit, et les auteurs anglais insistent beaucoup sur ce point, que la marche de la néoplasie s'arrête et se modère dès que

la voie de dérivation est créée. Les matières fécales ne vont plus heurter et irriter la tumeur, les tuniques intestinales, les muscles du petit bassin ne sont plus sollicités par les besoins de la défécation, la région entre en repos et le cancer, que n'irritent plus les traumatismes incessants, ne progresserait plus qu'avec lenteur. Je me rappelle avoir vu Verneuil intervenir chez un cancéreux sous le coup des accidents les plus graves; la santé se rétablit à tel point que pendant plus d'un an l'opéré put encore chasser à courre. Et ce n'est qu'au bout de deux ans que la cachexie finit par l'emporter.

J'ai observé une survie plus longue encore : un négociant de 42 ans portait un cancer petit et mobile de l'extrémité supérieure du rectum; j'aurais pu faire l'opération de Kraske si, à cette époque, je l'eusse connue. Je lui pratiquai la colotomie inguinale et le résultat en fut tel qu'il put continuer à diriger une maison de commerce très active et reprendre ses voyages. Au bout de deux ans il me revenait avec un noyau cancéreux secondaire de la région anale; il souffrait, et comme l'intervention me paraissait sans danger, j'enlève ce noyau, l'opéré guérit, retourne à ses occupations et peut les continuer pendant quelques mois encore; puis la cachexie survint, et il meurt, mais après avoir vécu de la vie active pendant près de trois ans. Un tel résultat, il me semble, mérite qu'on le signale; d'autant qu'il n'est pas unique et que tous les chirurgiens en ont un certain nombre de pareils à leur actif.

Ne vous attendez pas, cependant, à obtenir toujours de tels résultats, et il y a des ombres au tableau. Je me rappelle avoir opéré, il y a huit ans, un négociant de Niort dont l'ampoule rectale était encombrée par un volumineux cancer. Les douleurs étaient incessantes, et l'obstruction menaçante : je lui proposai la création d'un anus inguinal, lui promettant du moins la cessation des douleurs. L'orifice de dérivation fut pratiqué, les phénomènes d'obstruction disparurent et de ce fait l'amélioration fut incontestable, mais les fausses envies, les souffrances persistèrent jusqu'à la mort, qui survint au bout de onze mois. Je m'imagine que, en pareil cas, j'aurais dû compléter mon opération par un curage à la Küster. Les masses morbides qui remplissaient le rectum entretenaient un foyer d'irritation, et peut-être après leur extirpation les douleurs et le ténesme auraient disparu. A cette heure, nous n'hésiterions pas.

Nous n'hésiterions pas non plus dans le cas suivant, où le résultat fût aussi médiocre : il s'agit d'un confrère du Tarn, à qui nous avions fait la colotomie inguinale pour un cancer de la région ano-rectale, qu'il appelait, sincèrement, « des hémorrhoïdes ulcérées ». Dans les premiers jours les douleurs disparurent, mais bientôt survinrent des hémorrhagies inquiétantes. Notre collègue Jalaguier, appelé pour l'une d'elles, nous dit qu'elles étaient vraiment formidables. Aussi notre opéré ne tarda-t-il pas à dépérir, et au bout de cinq mois et demi il succombait à son cancer. Ici les bénéfices de l'opération ont été bien précaires; mais peut-être eussent-ils été meilleurs si, à l'orifice de dérivation iliaque, nous avions ajouté le curettage de la tumeur, qui sans doute aurait tari les hémorrhagies.

La création d'un anus artificiel n'a donc pas comme résultat constant la disparition des douleurs : les écoulements sanguins peuvent persister, et la tumeur continue parfois à s'accroître d'une allure aussi rapide. J'ai soigné, avec mon maître Verneuil et mon collègue Ricard, une dame de l'Amérique du Sud, qui malgré un orifice de dérivation iliaque, ne mourut pas moins au bout de deux mois. Tout cela est évident, et nous savions déjà que la chirurgie des cancers n'est pas une chirurgie triomphante. Mais il n'en reste pas moins établi que, dans l'immense majorité des cas, l'intervention a des résultats immédiats excellents : je vous en ai donné des exemples, et je pourrais les multiplier, car, à cette heure et depuis 1882, j'ai pratiqué dix-neuf fois la colotomie inguinale. Et, somme toute, je puis vous affirmer que cette opération est une bonne opération. Et sans nous déclarer « enthousiastes » des anus artificiels comme m'en accusait un collègue de la Société de chirurgie, sachons reconnaître que cette intervention apporte souvent aux malades un soulagement et une survie que nous ne sommes pas en droit de dédaigner.

A quelle époque faut-il la pratiquer? Autrefois, lorsque cette opération, mal réglée sous une antisepsie encore précaire, entraînait un notable coefficient de mortalité, on attendait qu'un symptôme alarmant d'obstruction intestinale et de péritonite vînt nous forcer la main. Nous allons plus vite, maintenant que la création d'un anus artificiel se fait même sans chloroforme, sous une injection de cocaïne, avec une facilité et une sécurité que nous pouvons dire complètes. Aussi, dès les premières hémorrhagies, dès les premières épreintes, lorsque le cours des matières est évidemment gêné par l'obstacle que créent les masses morbides, nous proposons d'intervenir. C'est le moyen d'obtenir ces longues survies, un des bénéfices les plus appréciables que puisse donner la colotomie.

Aussi, messieurs, vous dirai-je, — et ce sera la conclusion de cette conférence, — lorsque les cancers du rectum sont volumineux et adhérents, lorsque, par conséquent, l'extirpation aura comme conséquence une mortalité considérable, pour n'aboutir, dans les cas les plus heureux, qu'à une récidive prompte, le mieux est d'avoir recours sans tarder à la création d'un orifice artificiel de dérivation qu'on placera sur l'S iliaque. Cette opération, d'une facilité extrême, et qui n'entraîne plus à sa suite aucune mortalité, a pour avantages habituels de modérer la marche du cancer, d'assurer le libre écoulement des matières fécales et de faire cesser les douleurs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Election.

M. Kelsch est élu membre de la section de pathologie médicale par 60 voix sur 74 votants; M. Straus 12 voix, MM. Fernet et Landouzy, chacun 1 voix.

Suture de la rotule.

M. Lucas-Championnière présente les trois malades suivants :

1° Homme à qui il y a deux ans il sutura une fracture de la rotule au bout de six semaines; puis en octobre dernier la rotule du côté opposé se brisa, et cette fois fut suturée au 14e jour. Or, de ce côté les mouvements sont beaucoup plus libres que de l'autre.

2° Homme chez qui une rotule suturée se brisa de nouveau au bout de deux mois : l'opération fut recommencée et M. Championnière trouva un des fils cassé, l'autre détortillé; il croit que les premiers fils n'ont pas été assez serrés. La rotule étant très friable, un seul fil la traversa, et un autre fut placé tout autour d'elle.

3° Homme qui fut opéré par lui au 10e mois d'une impotence à peu près complète, un essai de marche au 3e mois

ayant abouti à une chute avec nouvelle fracture. Le membre était atrophié et il y avait, outre la fracture, une rupture du tendon rotulien. Après avoir songé à faire une résection du genou, pour rendre le membre solide, M. Championnière se décida à tenter la suture, et il passa deux fils d'argent du fragment supérieur à la tubérosité antérieure du tibia. Et depuis trois ans, cet homme exerce, avec ce tendon artificiel, le métier de charretier-débardeur.

Ce n'est, d'ailleurs, pas la première fois que M. Championnière fait cette suture à distance pour fractures de la rotule, et toujours il s'en est bien trouvé.

Arthrodèse avec amputation de Chopart.

M. Polaillon. — Sans la traction du talon par le triceps sural, l'amputation de Chopart serait la meilleure amputation partielle du pied. Aussi Zimmermeister et Hoffa ont-ils eu l'idée de la combiner à l'arthrodèse tibio-tarsienne. M. Godefroy père (de Versailles) a le premier réalisé cette idée sur une femme de 36 ans, dont les deux pieds avaient été gelés en 1890. Il a opéré les deux pieds dans la même séance et a obtenu un excellent résultat.

Cholécystotomie idéale.

M. Schwartz, à peu près à la même époque que M. Monod, a fait, lui aussi, une cholécystotomie sans drainage, dans un cas où il a cru, avec raison, que le canal cystique était assez oblitéré pour cela.

Il s'agit d'une femme de 51 ans, ayant eu il y a 14 ans une péritonite (?), puis, il y a deux ans, une attaque de colique depuis laquelle elle est souffrante, amaigrie, affaiblie, subictérique. La palpation faisait sentir une vésicule grosse, dure, où on percevait la collision calculeuse. Cette vésicule, qui adhérait à l'épiploon et comprimait ainsi le côlon, une fois enlevée par laparotomie médiane, le canal cystique étant élongé et réduit à un canal fibreux, M. Schwartz se borna à cautériser le pédicule au thermo, puis il sutura sans drainage. La guérison fut prompte et au bout de quelques jours l'appétit et les forces revenaient.

Choléra de la banlieue.

M. Proust, continuant son rapport sur le choléra en 1892, étudie celui de la banlieue parisienne et, reprenant les faits que nous avons fait connaître sur le moment, montre le rôle capital de l'eau de Seine prise en aval de Paris, sur la genèse de l'épidémie; il admet d'ailleurs d'autres modes de contagion.

En terminant il insiste sur la nécessité, pour éviter toute reviviscence au printemps prochain, de désinfecter tous les locaux contaminés (linges, parquets, fosses d'aisances), surtout avec le sublimé à 1/1000 et, pour les matières fécales, par le sulfate de cuivre ; d'assainir les quartiers insalubres (fosses, égouts) ; de se mettre en mesure de faire bouillir l'eau là où on ne peut avoir des eaux réellement potables (sources bien captées, puits artésiens). Ces travaux sont particulièrement indiqués dans les villes qui ont eu le choléra.

M. Rochard qui, lui aussi, croit à la dissémination principalement, mais non exclusivement par l'eau, est heureux de voir la défense par l'hygiène et la désinfection l'emporter définitivement sur les vieux et inefficaces lazarets et cordons sanitaires.

Il annonce que les travaux d'amenée des eaux de la Vigne et de Verneuil seront terminés le 1er avril prochain : on aura alors à Paris 100 litres d'eau par tête et par jour. Pour la banlieue N.-O., on fait des prises en Seine en amont de Paris et, en outre, on désinfectera l'eau par le système Anderson, puis par filtrage sur sable. Cela ne vaudra pas l'eau de source, mais ce sera infiniment préférable aux prises actuelles en aval de Paris.

Choléra à Dunkerque.

M. Reumaux lit une note qu'il termine par ces conclusions pratiques : 1° très grande surveillance dans les ports, la surveillance des frontières de terre coûte cher et elle est inefficace ; 2° surveiller les canaux et le batelage ; 3° déclaration immédiate des premiers cas ; 4° dépôt dans chaque chef-lieu d'arrondissement d'une étuve à désinfection mobile et de pulvérisateurs que l'on mettrait à la disposition des communes.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 février.

Sur les altérations histologiques de l'écorce cérébrale dans quelques maladies mentales.

M. R. Colella a étudié les altérations anatomiques dans la paralysie générale et dans les psychoses alcooliques ; il résume comme il suit les résultats de ses recherches.

Dans la paralysie générale progressive avec infection syphilitique, les altérations histologiques portent surtout sur les vaisseaux sanguins, sur les cellules névrogliques, ainsi que sur le protoplasma cellulaire et les prolongements protoplasmiques des éléments nerveux ; les prolongements cylindraxes ne sont détruits que dans peu d'éléments et seulement plus tard. Les altérations débutent essentiellement dans le réseau vasculaire.

Dans la démence paralytique avec intoxication alcoolique, on constate nettement une hypertrophie des cellules arachniformes, et différentes phases de troubles régressifs de la nutrition dans les prolongements nerveux. Altérations rudimentaires dans les prolongements protoplasmiqmes. Intégrité des vaisseaux sanguins.

Dans la psychose alcoolique, l'examen histo-pathologique fait reconnaître l'existence d'une altération essentiellement parenchymateuse, portant sur les prolongements nerveux, avec participation à peine appréciable des corps ganglionnaires et des ramifications protoplasmiques. Névroglie et vaisseaux sains.

L'intime succession morbide anatomique entre le réseau vasculaire, les cellules névrogliques et les prolongemants protoplasmiques, la façon analogue de se comporter des arborisations protoplasmiques et des vaisseaux sanguins, l'absence de tout rapport de solidarité entre l'état des prolongements protoplasmiques et nerveux, démontrent :

Qu'on doit attribuer aux uns et aux autres une signification physiologique bien différente;

Que les prolongements protoplasmiques ont des rapports intimes avec les cellules névrogliques et avec les vaisseaux sanguins, d'où il suit qu'on doit leur attribuer un rôle dans la nutrition du tissu nerveux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 24 février 1893.

Cancer primitif du thymus.

M. Dansac relate l'observation d'un homme de 55 ans qui avait présenté une paralysie totale de la corde vocale gauche et qui mourut avec tous les symptômes de la cachexie cancéreuse. A l'autopsie, on trouva un cancer du thymus : il y avait des noyaux secondaires dans le foie et dans le poumon. Le corps pituitaire n'a pas été examiné.

Lésions multiples du cerveau et du cervelet; attaques épileptiformes.

M. Legrain rapporte l'histoire d'une femme de son service qui, poussée par une autre malade, se fit une plaie du cuir chevelu en tombant et présenta, deux heures après seulement, les phénomènes suivants : déviation conjuguée de la tête et des yeux, contracture du bras gauche, attaques épileptiformes du même côté, nystagmus vertical. Puis pendant 27 heures, tout incident disparut et la malade revint à son état mental antérieur (il s'agit d'une aliénée). Tout à coup, elle fut reprise d'attaques épileptiformes : elle en eut 93 en quelques heures, et mourut. A l'autopsie, on a trouvé du sang épanché au-dessus et au-dessous de la dure-mère au niveau du cervelet. Il y avait, en un point correspondant à la plaie cutanée, une véritable plaie du cervelet, avec lèvres déchiquetées et caillot à l'intérieur. La pointe du lobe frontal du côté droit présentait des lésions semblables. Sous le lobe frontal, on voyait un foyer paraissant offrir les caractères d'un foyer apoplectique ordinaire.

Eclampsie; hémorrhagie cérébrale ventriculaire, hémorrhagie du foie.

M. Renglaret a observé une éclamptique qui est morte dans le coma sans phénomènes épileptiformes et chez qui

l'autopsie a révélé l'existence d'une hémorrhagie cérébrale ventriculaire avec autre foyer au niveau du pied de la circonvolution frontale ascendante et d'une hémorrhagie dans le lobe droit du foie.

M. Poirier, qui a eu l'occasion de disséquer l'articulation bi-pubienne de cette femme, ajoute qu'il a trouvé dans la partie inférieure des muscles droits de l'abdomen et dans le tissu cellulaire pré et rétro-pubien de nombreux petits foyers hémorrhagiques. Il fait en outre remarquer que, sur cette femme, morte au septième mois de la grossesse, l'articulation bi-pubienne se présentait à l'état d'arthrodie parfaite.

Testicule polykystique.

M. Manson montre un testicule qui a été enlevé par M. Broca chez un enfant de 16 mois et qui offre le volume d'un œuf de poule. C'est une tumeur polykystique dont l'examen histologique démontrera la nature.

Péricardite purulente.

M. Mortagne expose les difficultés de diagnostic qu'a présentées une péricardite purulente. On avait d'abord songé à une péricardite. Mais en raison de l'abondance du liquide retiré par la ponction (1600 grammes) et de la netteté des bruits du cœur, on pencha plutôt vers l'hypothèse d'une pleurésie enkystée (le pus contenait du pneumocoque). L'autopsie démontra pourtant qu'il s'agissait bien d'une péricardite : la cavité du péricarde contenait 1,850 grammes de pus. Le cœur était fixé à la paroi antérieure par des adhérences.

Plaie du cerveau par balle de revolver.

M. Mouchet a vu, dans le service de M. Duplay, un homme qui, ayant reçu une balle de revolver, tomba dans le coma et mourut, avec une température de 42°,4, sans avoir offert aucun phénomène à localisation déterminée. A l'autopsie, on trouva une perforation de l'écaille temporale : la balle était entrée par le pied de la première circonvolution frontale droite, où l'on rencontra quelques esquilles osseuses, avait suivi un trajet ascendant en arrière et en dedans, détruisant la partie moyenne du corps calleux, et était sortie au niveau du pli courbe gauche. A droite il y avait une hémorrhagie très abondante sous la dure-mère; à gauche, c'était la pie-mère qui était le siège d'une hémorrhagie considérable.

M. Demoulin fait remarquer que c'est là un cas de chirurgie cérébrale où il n'y avait aucune indication à intervenir, puisqu'il n'existait que des phénomènes diffus, sans localisation précise.

Intervention opératoire suivie d'une amélioration d'une certaine durée dans un cas de cancer de l'œsophage avec noyaux secondaires dans le foie.

M. Poirier présente les pièces provenant de l'autopsie d'un homme qu'il avait opéré au mois de juillet dernier et qui lui avait été adressé comme atteint de cancer de l'estomac. M. Poirier incisa la paroi abdominale, explora l'estomac et ne trouva rien, sauf peut-être un peu d'induration du pylore. Recommençant une deuxième fois son examen, il rencontra, sur la face convexe du foie, un noyau cancéreux qu'il enleva. Revenant alors à l'estomac et trouvant l'induration pylorique plus manifeste, il incisa, dilata le pylore, qui n'offrait pas de tumeur cancéreuse, mais était contracturé. Les suites de l'opération furent des plus simples: le malade commença rapidement à s'alimenter. Il sortait le seizième jour, complètement guéri de l'intervention.

Tout alla bien pendant deux mois. Puis l'amaigrissement revint à nouveau, il y eut de la gêne de la déglutition, et le malade mourut avec les signes de la cachexie cancéreuse.

On a trouvé à l'autopsie un cancer de l'œsophage qui s'était ouvert dans les bronches : il y avait de la péricardite. Le foie contenait des noyaux cancéreux. Il faut noter, au point de vue pratique, la cicatrisation parfaite du parenchyme hépatique au niveau du noyau extirpé. L'incision pylorique se reconnaît sous forme de trajet linéaire extrêmement régulier.

Molluscum pendulum de la grande lèvre.

M. Oreillard montre un molluscum pendulum de la grande lèvre, offrant le volume d'un gros œuf, qui a été enlevé par M. Marchaud chez une jeune fille de 27 ans.

T. Legry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 février 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Modifications humorales dans l'infection.

M. Charrin. — Lorsqu'on inocule un lapin avec le microbe du pus bleu, on remarque diverses modifications sécrétoires importantes. Les sécrétions intestinales sont augmentées et donnent aux fèces une consistance liquide. Les urines sont rares, albumineuses, riches en urée et en toxines. La ligature de l'uretère aggrave la maladie inoculée. Le sang est moins riche en oxygène, mais développe ses propriétés bactéricides. La bile est diminuée. Les toxines pyocyaniques influencent les vaso-moteurs, mais agissent aussi directement sur la fonction sécrétoire.

Action du proteus vulgaris sur le cœur de grenouille.

M. Roger. — Contrairement au bacillus putridus de l'infection post-cholérique, le proteus vulgaris ne détermine de ralentissement du cœur, chez la grenouille, qu'à une phase avancée de l'intoxication, sans suspendre d'ailleurs l'excitabilité cardiaque. La toxine diphthérique ralentit les battements, mais modifie leur amplitude. Il existe donc des différences dans l'action de ces diverses sécrétions microbiennes.

Syringomyélie et poliomyélite chronique de l'adulte d'origine ischémique.

M. Marinesco. — La dénomination de *syringomyélie* a été attribuée communément à divers processus dont l'aboutissant est la formation de cavités dans la moelle épinière : l'hydromyélie (vice de conformation d'origine congénitale), la myélite cavitaire (inflammation à tendance destructive), la syringomyélie gliomateuse (néoformation) (Charcot, Déjerine, Roth). Je ne veux considérer ici que la syringomyélie dite gliomateuse, que je désire comparer à une affection caractérisée, elle aussi, par la formation des cavités dans la substance grise de la moelle.

Dans la syringomyélie, il existe une hyperplasie de la névroglie qui entoure le canal central, et qui reconnaît pour cause ordinaire l'*irritation et la prolifération des cellules de l'épithélium épendymaire;* les cavités secondaires que l'on rencontre sont sous la dépendance du canal central.

Dans l'affection que j'étudie, à la suite d'altérations vasculaires chroniques aboutissant à des oblitérations plus ou moins complètes, il se fait dans la corne antérieure de petites cavités entourées de zones de prolifération névroglique. Ce tissu de nouvelle formation, privé qu'il est de vaisseaux nutritifs, ne tarde pas à se désintégrer, et il résulte de là la formation de pertes de substance plus étendues. L'affection existe chez les adultes et chez les vieillards, et parfois elle s'associe à la sclérose des cordons postérieurs donnant alors la raison des atrophies musculaires tabétiques. Nous avons donné à ce processus le nom de poliomyélite chronique de l'adulte d'origine ischémique, pour la différencier et de la poliomyélite vulgaire et des processus décrits sous le nom de myélite cavitaire. Son origine et son évolution montrent d'autre part qu'elle se sépare très nettement de la syringomyélie.

Myélite aiguë diffuse expérimentale produite par l'érysipélocoque.

M. Bourges a produit expérimentalement chez le lapin, en inoculant un érysipélocoque à virulence très atténuée, une myélite aiguë qui détermine au bout de cinq jours une paraplégie complète du train postérieur avec paralysie des sphincters, eschare fessière et atrophie musculaire rapide; et entraîne la mort au bout de quinze jours.

La moelle examinée à l'état frais contient des corps granuleux au niveau du renflement lombaire seulement, tandis que sur toute la hauteur de l'axe médullaire on rencontre des cellules nerveuses réfringentes ou alvéolaires, à noyaux mal colorés.

La coupe de la moelle durcie montre des lésions que l'on peut résumer de la façon suivante :

Au niveau du renflement cervical, l'altération principale porte sur les cellules nerveuses des cornes antérieures et postérieures. Elles sont soit décolorées, soit vacuolaires. Leurs prolongements ont disparu, leurs noyaux sont pâles ou ne se voient plus.

A la région dorsale il y a à la fois dégénérescence des cellules nerveuses (surtout transformation vacuolaire), congestion vasculaire et extravasation sanguine dans la substance grise.

Le renflement lombaire est le siège d'une destruction presque complète de la moelle, qui est infiltrée de corps granuleux. Les cellules nerveuses sont complètement dégénérées, les cylindraxes décolorés et hypertrophiés. Les racines antérieures et postérieures sont partout normales, sauf à la région lombaire où l'on voit les cylindraxes des racines antérieures hypertrophiées et pâles aux points où la racine aborde le ganglion rachidien. Les cellules nerveuses des ganglions rachidiens lombaires sont presque toutes vésiculeuses.

Les nerfs des membres examinés après séjour dans l'acide osmique ne présentent pas de lésion.

Les muscles des quatre membres sont atteints de dégénérescence granulo-graisseuse. L'altération est beaucoup plus prononcée au niveau des membres postérieurs qu'aux membres antérieurs.

Séance du 25 février 1893.

Emploi thérapeutique du chloralose.

M. Féré. — J'ai essayé ce médicament dans l'hystérie, l'épilepsie et la chorée. J'ai constaté tout d'abord qu'on pouvait employer des doses beaucoup plus élevées que celles dont parlent MM. Richet et Hanriot. C'est ainsi que des malades ont pu prendre des doses de 2 gr. 25 sans inconvénient. Cependant le sommeil obtenu dans ces conditions prend parfois le caractère stertoreux, par exemple dans l'hystérie; de plus, il s'est produit parfois des mictions involontaires pendant le sommeil, ce qui indique une suspension profonde de l'activité cérébrale. Dans quelques cas, le sommeil a été obtenu chez des épileptiques avec des doses de 1 gr. 50. Je n'ai pas observé de troubles gastriques. Des sujets agités ont pu retrouver le calme à la suite du sommeil ainsi produit artificiellement.

M. Chouppe. — J'ai donné, pendant dix jours, du chloralose à une neurasthénique atteint de troubles gastriques. Le sommeil a été obtenu et les troubles dyspeptiques ont été guéris à la suite.

Folie communiquée de l'homme aux animaux.

M. Féré. — La contagion de la folie est bien connue en pathologie humaine. Je voudrais rappeler aujourd'hui des faits de contagion de l'homme à l'animal. On sait que la folie est rare chez les animaux, où elle a cependant été observée par Yung, Lombroso, Lacassagne, et peut même être suivie dans trois générations.

Le désordre mental peut se développer par contagion. On sait l'affectivité morbide de certaines névrosées pour le chien, surtout pour certaines espèces artificiellement déformées. Or, on peut voir à la suite de ces contacts se développer chez le chien une hyperexcitabilité morbide, l'irritabilité pour le moindre bruit. Dans d'autres cas, il s'agit d'agoraphobie : l'animal est craintif dans la rue, marche le long des maisons, la queue basse. Il est à remarquer que l'on constate dans ces conditions une dessiccation du nez qui est l'indice du trouble mental. Un chien névropathe, éloigné du contact morbide et ramené au chenil, a guéri complètement. Remis de nouveau dans la condition première, il présente une récidive typique. M. Capitan m'a signalé des faits observés par lui et tout à fait comparables.

Bacille pyocyanique et fermentation.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — Lorsqu'un échantillon du bacille a été privé par chauffages successifs du pouvoir de sécréter du pigment, et atténué dans une certaine mesure, mis en présence de la levure sucrée, il active la fermentation alcoolique comme le ferait la culture stérilisée ordinaire ou la toxine. Il faut ajouter que cette particularité ne tient pas à la perte même de la fonction chromogène, mais à d'autres modifications biologiques.

M. Phisalix. — Ces caractères d'action fermentative différente ont été invoqués à propos du diagnostic du bacille d'Eberth et du coli bacille. L'exemple précédent montre qu'il faut être prudent dans l'interprétation d'un tel caractère qui peut varier si hautement pour un même microbe.

Microbes de la trachéo-bronchite simple.

M. Queyrat. — Cette affection forme souvent de petites épidémies de famille : elle paraît bien spécifique, contagieuse, et il faut ajouter microbienne. J'ai examiné un grand nombre de cas et trouvé toujours, parfois en culture pure, et d'autant plus abondant que l'affection était plus jeune, un coccus qui dans les produits expectorés est en amas, courtes chaînes et diplocoques. Ce microbe donne sur gélose des colonies tantôt blanches, tantôt jaunes, ne liquéfie pas la gélatine, forme sur la pomme de terre un enduit mince et humide, enfin prend en bouillon l'aspect streptococcique. Il ne cultive pas à 16°, mais le mieux à 35°. Il provoque une réaction phagocytaire intense. Les chaînes de la variété blanche sont plus courtes. Les deux types prennent bien le Gram.

M. Malassez. — Spécifique ou non, l'affection est parfois heureusement influencée par de petits moyens, les inhalations d'eau chaude additionnée d'alcool camphré, par exemple. J'ai vu l'alcool camphré largement répandu sur le lit arrêter un début de bronchite, ou même de laryngite striduleuse. Peut-être y a-t-il là une action calmante simple tenant au camphre ou un effet antiseptique.

M. Laveran. — Comment a-t-on évité le mélange des microbes de la salive ?

M. Queyrat. — En lavant cinq ou six fois les crachats dans de l'eau stérile en boîtes Petri.

Virulence du bacterium coli commune.

M. Gilbert. — On a prétendu récemment que le coli bacille ordinaire des selles était inoffensif et ne devenait virulent que dans certaines conditions. Or j'ai constaté un grand nombre de fois que le coli normal, retiré des selles d'adulte sain, était aussi virulent que le coli obtenu dans des cas pathologiques ou retiré des organes.

J'ai porté mon attention sur les produits solubles sécrétés par ce microbe et expérimenté sur un échantillon de coli normal d'adulte. Les cultures correspondantes étaient manifestement actives chez les animaux.

J'ai essayé d'abord l'effet comparatif du bouillon simple et du filtrat de culture colienne. Le dernier a une toxicité bien supérieure et qui augmente généralement avec l'âge des bouillons. Les effets sont d'ailleurs différents. Avec le bouillon simple, ce sont surtout des actions mécaniques, gonflement de l'abdomen et de tout le corps, évacuations abondantes, ralentissement de la respiration, engourdissement final. Avec le bouillon peuplé et filtré, ce sont bien des actions toxiques déjà obtenues avec des doses infiniment moindres, asthénie, trémulation, état comateux, paralysie totale, puis phénomènes convulsifs brusques et à ce moment état de strychnisme très prononcé. Le lapin meurt dans une sorte d'état tétanique; le cœur bat encore si l'on ouvre la poitrine immédiatement.

Lorsqu'on injecte les cultures coliennes non filtrées, on obtient de la somnolence, de l'amaigrissement, des paralysies tardives, et tous les signes d'une intoxication lente progressive. Avec les cultures filtrées, il se produit une paralysie précoce régressive; l'intoxication, vite arrivée au summum, diminue ensuite.

Ces observations comportent quelques enseignements applicables à la pathologie humaine. L'intestin est normalement le siège de pullulations coliennes extrêmes, et de formations toxiques. Le foie peut sans doute arrêter une partie de ces poisons absorbés avec les aliments. Quand il est malade, l'intoxication est plus à craindre; la toxicité urinaire augmente dans ces conditions. C'est pour une raison comparable que l'antisepsie intestinale diminue la toxicité urinaire.

M. Roger. — J'ai aussi confirmé la virulence du coli normal, que j'ai vu provoquer une angiocholite suppurée. Je n'ai point expérimenté l'action du foie sur la toxine colienne, mais en tout cas j'ai constaté que la partie du contenu intestinal qui est soluble dans l'alcool est détruite par le foie.

J. Girode.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1893.

Présidence de M. Périer.

De l'endométrite cervicale glandulaire.

M. Terrier. — Il faut admettre que l'endométrite du col de l'utérus est, en règle générale, d'origine microbienne. De nombreux travaux ont, d'ailleurs, été publiés à ce sujet, et l'on a signalé maintes fois, dans les sécrétions du col, la présence de staphylocoques blancs ou dorés, de gonocoques, etc.; plusieurs auteurs ont même pu retrouver ces microbes non seulement à la surface de la muqueuse, mais aussi dans le tissu cellulaire sous-muqueux et plus profondément encore. Déjà, en 1889, un de mes élèves, M. Peraire, avait étudié la question et fait à ce point de vue des cultures et des inoculations. A ce moment, nous avions nous-même recherché des micro-organismes dans ce mucus d'aspect tout particulier qu'on observe lorsqu'il existe des lésions du col : tous nos ensemencements ont donné des cultures, et les microbes ont pu même, sur des coupes de cols, être retrouvés dans le tissu utérin, bien au delà des limites de la muqueuse, ce qui suffit à expliquer les difficultés du traitement de l'endométrite cervicale.

Nous avons observé un fait intéressant chez deux femmes qui avaient été curettées et soignées pendant des semaines pour cette affection; nous avons pu constater que le mucus, dont la production les gênait encore, était absolument exempt de bactéries.

Je me demande si l'on ne peut pas reprocher à l'opération de M. Bouilly de laisser d'abord des ponts de muqueuse, puis, dans les parties qu'il enlève, quelques débris renfermant des glandes infectées, qui peuvent échapper à la destruction, et je crois qu'il est, par conséquent, préférable d'enlever complètement le col.

M. Reynier. — En parlant d'un état général particulier qui semble prédisposer les jeunes femmes nullipares à l'endométrite cervicale, je n'ai en rien cherché à nier le rôle que les microbes peuvent jouer dans la pathogénie de cette affection; j'ai seulement fait remarquer que les jeunes femmes atteintes de catarrhe du col étaient presque toujours entachées de lymphatisme, à des degrés divers; il est certain que toutes les femmes peuvent avoir des microbes dans leur col utérin, sans présenter pour cela ce catarrhe cervical, tandis que l'état particulier auquel je fais allusion crée précisément un terrain spécial qui favorise l'action des microbes.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Félizet relate un cas de mort à la suite d'une injection de sublimé dans un kyste hydatique du foie. Il s'agissait d'un enfant atteint de deux kystes hydatiques du foie, placés l'un dans le lobe gauche, l'autre au voisinage de la vésicule biliaire. M. Félizet injecta, un matin, à dix heures, de la glycérine au sublimé dans l'un des kystes, mais ne put faire ressortir le liquide injecté. Puis, tout à coup, il sentit que le kyste se vidait sous ses doigts dans l'abdomen. Il referma la plaie du trocart et donna la médication destinée à combattre l'intoxication mercurielle, car il soupçonnait bien que le kyste s'était rompu dans le péritoine. A trois heures, l'enfant succombait à un empoisonnement suraigu. L'autopsie ne fit que confirmer ce qu'on avait deviné : il y avait du liquide contenant du sublimé (l'examen chimique a été fait) dans la cavité péritonéale, dont la séreuse était très congestionnée. M. Félizet conclut, avec juste raison, de ce cas malheureux, qu'il faut se méfier à tout prix des ponctions et admet plutôt la laparotomie pour tous les cas.

M. Bouilly. — L'injection d'une grande quantité de sublimé dans les kystes hydatiques est une chose dangereuse, parce que l'on ne sait jamais ce qui sortira par le trocart; d'ailleurs il suffit, pour tuer les hydatides, d'employer une petite quantité de sublimé, qui sera tout à fait incapable d'exposer le malade à des accidents.

M. Verneuil. — L'observation que M. Félizet vient de nous communiquer me rappelle un fait qui montre bien les dangers susceptibles de résulter de l'introduction dans une poche d'un liquide même peu toxique. Je veux parler d'un cas de mort déterminé par l'emploi de l'acide phénique. Il s'agissait d'une poche kystique qui avait été déjà ponctionnée un grand nombre de fois, et dont le contenu rappelait celui des tumeurs hématiques de la rate. Ayant fait une ponction, je pensai à faire un lavage de la poche, après avoir constaté l'aspect du liquide qu'elle renfermait, et je me proposai d'y laisser seulement une certaine quantité d'un liquide antiseptique. La poche étant énorme, j'y injectai une notable quantité de liquide, dont la totalité devait contenir environ 5 grammes d'acide phénique; malheureusement rien ne ressortit et la malade mourut en quarante-huit heures.

L'emploi du sublimé, dans le traitement des kystes hydatiques du foie, m'a d'ailleurs donné des insuccès qui souvent sont imputables à l'existence de plusieurs poches que la ponction et l'injection consécutive ne peuvent atteindre simultanément.

M. Terrier. — J'ai soutenu la supériorité de l'intervention chirurgicale, dans le traitement des kystes hydatiques, sur la méthode de traitement par les ponctions suivies d'injections, et, cependant, ayant à plusieurs reprises suivi M. Debove dans la voie préconisée par lui, j'ai obtenu à l'aide des injections quelques succès incontestables.

A mon avis, la question n'est pas encore résolue, ainsi que cela ressort pleinement de la discussion qui a eu lieu dernièrement au Congrès de Melbourne, où les uns ont préconisé l'intervention chirurgicale, tandis que d'autres défendaient les avantages de la ponction suivie d'injections antiseptiques.

Il est certain, toutefois, que la ponction présente un grave inconvénient, en ce que l'on n'est jamais sûr qu'il n'y ait qu'une tumeur; or, s'il y a des poches multiples, on en détruira une, et les autres persisteront. Je me rappelle notamment un cas de kyste hydatique de la face convexe du foie opéré par M. Hartmann, et dans lequel il y avait des milliers d'hydatides; il est bien évident que, dans un cas de ce genre, la ponction n'aurait donné aucun résultat.

M. Routier. — J'ai eu l'occasion d'observer un gros kyste hydatique, qui paraissait uniloculaire; je l'incisai, et je croyais le malade guéri, lorsqu'il fit une élévation de température; je trouvai une deuxième poche suppurée, que j'incisai également. La ponction n'aurait évidemment pas été applicable à ce cas.

M. Félizet. — En dehors des difficultés de l'évacuation qu'on peut rencontrer dans la ponction, une des objections sérieuses que l'on peut faire à cette méthode réside dans ce fait que le trocart laisse derrière lui un orifice par lequel, sous l'influence du moindre effort, le résidu du contenu de la poche peut être vidé dans le péritoine; enfin, l'action du trocart étant aveugle, la blessure qu'il occasionne peut être dangereuse, et l'on peut dire que l'emploi du trocart a fait plus de victimes que les interventions à ciel ouvert.

M. Terrier. — On a préconisé en Australie une méthode de traitement des kystes hydatiques du foie, qui n'a pas encore été, que je sache, employée chez nous : je veux parler de l'ablation complète du kyste, suivie de réunion par première intention du tissu hépatique.

M. Pozzi. — J'ai pratiqué cette opération, il y a cinq ans environ, et j'ai fait à cette époque une communication sur ce sujet au Congrès de chirurgie.

Opération césarienne.

M. Picqué. — J'ai fait, en juin 1892, une opération césarienne suivie d'un succès complet pour la mère et l'enfant.

Il s'agissait d'une femme de trente-sept ans, qui, lorsque je la vis pour la première fois, était alors enceinte de huit mois et demi; dès le début, son médecin avait reconnu l'existence d'un fibrome volumineux qui remplissait l'excavation pelvienne et avait conseillé de ne pas laisser la grossesse suivre son cours; son avis ne fut pas écouté, et la malade attendit l'époque de l'accouchement normal.

L'opération césarienne fut pratiquée quelques heures après la rupture des membranes. Je découvris la paroi antérieure de l'utérus et l'incisai suivant la ligne médiane. La suture utérine fut soigneusement faite sur deux plans. Les suites opératoires furent excellentes, et j'ai suivi la malade, qui est actuellement en très bon état.

Je crois que cette intervention est absolument indiquée chaque fois qu'il y a, comme c'était le cas chez notre opérée, une tumeur occupant toute l'étendue du petit bassin.

Expulsion d'un polype fibreux de l'utérus.

M. Routier. — M. Lecormier (de Lisieux) nous a communiqué un cas d'expulsion d'un polype fibreux de l'utérus, du volume d'une tête de fœtus à terme, observé chez une femme de quarante-six ans, qu'il vit pour la première fois en 1884 et chez laquelle il reconnut l'existence de la tumeur, dont il put suivre l'évolution jusqu'en 1870. A cette époque la malade, après des pertes de sang abondantes, en était arrivée à un degré d'émaciation extrême et l'on attendait d'un moment à l'autre un dénouement fatal, lorsque, vers la fin d'octobre, le polype vint faire issue à la vulve; il fut aisé de faciliter son expulsion, et quelques semaines plus tard, la malade était guérie.

J'ai observé moi-même plusieurs cas de ce genre, également suivis d'expulsion, mais il existe un certain nombre d'observations qui montrent les dangers pouvant résulter des complications possibles dans des cas analogues, et je crois que, chez la malade dont il vient d'être question, il eût été préférable de ne pas attendre que le col s'entr'ouvrît et de sectionner celui-ci pour faciliter l'expulsion du polype.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 *février* 1893.

Présidence de M. Fernet.

Sur un cas de tuberculose linguale.

M. Chauffard. — Je présente un malade atteint d'une tuberculose linguale simulant des gommes ulcérées. Ce malade vint d'abord consulter pour quelques symptômes douloureux siégeant dans la partie antérieure de la langue. Celle-ci était épaisse dans son tiers antérieur, maladroite avec sa muqueuse dépapillée.

On observait de plus une élévation centrale et quelques fissures. Ce malade présentait encore une plaque de tuberculose ulcéreuse typique près de la commissure labiale et des lésions pulmonaires.

Le malade étant encore syphilitique, on pouvait se demander quelle était la nature de cette lésion linguale. Or, le traitement antisyphilitique intensif au début, loin d'améliorer le malade, aggrava sa situation, si bien qu'actuellement il reste une lésion profonde, et je crois que le diagnostic de lésion tuberculeuse s'impose.

Les algies centrales ou psychiques des neurasthéniques considérées surtout dans leurs rapports avec les névralgies pelviennes.

M. Huchard. — En 1882 et en 1883, j'étudiais pour la première fois en France la neurasthénie de Beard et Weir Mitchell, et tout récemment, j'appelais l'attention sur les neurasthénies locales.

Cette neurasthénie locale peut être périphérique ou viscérale. Je pense que le terme d'algie centrale ou psychique est préférable à celui de topoalgie (Blocq), parce qu'il indique la nature réelle de ces douleurs. Ces algies neurasthéniques peuvent simuler une maladie d'organe. Les douleurs sont remarquables par leur fixité, leur grande intensité, leur longue durée; elles peuvent affecter toutes les parties du corps.

On peut les observer aussi dans la région pelvienne où elles prennent l'aspect de ces grandes névralgies pelviennes, comme les appelle M. Richelot.

Sous ce terme de « grandes névralgies pelviennes » on a englobé certainement des faits différents :

1° Il y a des névralgies pelviennes qui dépendent de lésions graves de l'appareil sexuel et qui légitiment une intervention chirurgicale;

2° On se trouve en présence de petites lésions ou de lésions insignifiantes avec de grandes douleurs et, dans ce cas, l'intervention chirurgicale est inutile;

3° Certaines neurasthéniques sont de grandes hyperchlorhydriques avec douleurs très vives aux régions épigastrique et abdominale;

4° Enfin, il s'agit de ces douleurs ou algies centrales de la neurasthénie locale, et l'on s'explique ainsi les faits assez nombreux d'insuccès chirurgicaux dans ces cas.

On peut parfois triompher de ces accidents par des moyens médicaux, mais il faut savoir les reconnaître. Or, il faut pour cela s'appuyer sur les caractères suivants :

Douleurs violentes, intolérables, de longue durée, à exacerbations très vives, siégeant en des points divers, sans relation aucune avec le trajet d'un nerf ou avec le siège d'un organe quelconque, rebelles à presque tous les médicaments. Elles surviennent surtout chez les individus en puissance de neurasthénie.

Contagion et évolution des oreillons.

M. Antony. — M. Rendu a établi dans une des précédentes séances que :

1° Les oreillons sont contagieux à la fin de la période d'incubation;

2° Que la durée de cette période est de vingt jours environ.

Les faits observés par moi me permettent de me rallier à l'opinion de M. Rendu, mais je fais des réserves sur une troisième opinion soutenue également par M. Rendu. Si les oreillons sont contagieux dans la période prodromique, il ne s'ensuit pas qu'ils ne le soient plus pendant la période d'évolution ou pendant la période de convalescence.

De l'étude de plusieurs épidémies, je crois pouvoir conclure que :

1° La durée de la période d'incubation des oreillons est, dans la majorité des cas, de dix-huit à vingt-deux jours, mais elle est parfois réduite à huit jours et semble se prolonger à trente jours dans certains milieux.

2° Les oreillons sont contagieux surtout pendant la période d'incubation, mais ils sont encore transmissibles après guérison pendant une période de temps indéterminée.

3° Le sang et le liquide extraits des parotidites et des crachats contenaient un microcoque spécial qui paraît être l'agent pathogène;

4° L'angine et la tuméfaction des glandes sous-maxillaires constituent parfois les manifestations initiales de la maladie;

5° Dans certains cas d'orchite ourlienne, la tuméfaction débute par l'épididyme.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 15 *février* 1893.

Présidence de M. Mayet.

Plaie transversale de l'avant-bras.

M. Artaud, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. A. Pollosson. Cet homme s'est fait, avec un éclat de verre, une plaie transversale dans la région inférieure et antérieure de l'avant-bras. Consécutivement, il éprouva des phénomènes de paralysie sensitivo-motrice dans le domaine du médian et entra à l'Hôtel-Dieu. M. Pollosson fit une longue incision ; le nerf médian était sectionné et tous les tendons des fléchisseurs profond et superficiel étaient séparés de leur masse musculaire. Ces diverses parties furent suturées et la main fut placée dans la flexion forcée. Actuellement la sensibilité est à peu près complètement revenue; la fonction du membre se récupère peu à peu.

M. Pollosson décrit le procédé qu'il a employé pour cette suture musculo-tendineuse. Afin d'empêcher que le point de suture musculaire ne déchirât le muscle, il a eu recours à l'artifice suivant : il a appliqué un lien circulaire à l'extrémité de chacun des quatre lambeaux qu'il avait établis et a fait passer le point de suture au-dessus de ce lien.

Cancer primitif du foie.

M. Pic présente des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une malade morte dans le service de M. le professeur Bondet. Il s'agit d'un cas de cancer primitif du foie à forme massive. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, cette femme, âgée de 53 ans, présentait les symptômes suivants : aspect cachectique, pâleur, pas d'ictère, douleur dans l'hypochondre droit sans irradiations vers l'épaule, foie volumineux dépassant de trois travers de doigts le rebord des fausses-côtes.

Au bout d'un mois l'ictère apparut et avec lui se manifestèrent tous les signes d'une obstruction complète des voies biliaires. Pendant quelque temps la malade eut de la température ; on aurait pu penser à un abcès, mais l'aspect cachec-

tique de la malade fit adopter le diagnostic de cancer. Celui de cirrhose hypertrophique fut écarté à cause du défaut d'hypertrophie de la rate. A l'autopsie, on constate que le foie tout entier n'est qu'une masse cancéreuse. Il existe de la périhépatite qui a créé des adhérences entre le foie et le duodénum ; le canal cholédoque est envahi par la dégénérescence secondaire ; la vésicule biliaire n'est pas augmentée de volume, à l'opposé de ce qui se produit dans le cancer de la tête du pancréas (Bard et Pic); celui-ci est sain, comme d'ailleurs l'intestin. Noyaux cancéreux secondaires dans la rate, les reins et les poumons.

Parasites de l'intestin.

M. Drivon présente des vers intestinaux rendus par une malade de son service. Cette femme disait être atteinte du ver solitaire depuis cinq ans. M. Drivon, après un jour de diète, prescrivit de l'extrait de fougère mâle et du calomel. Le lendemain la malade expulsa un tænia saginata et un bothriocéphale. C'est là un fait très rare et dont il n'existe que quelques cas dans la science. M. Drivon ajoute à ce propos qu'il est assez fréquent maintenant de rencontrer le bothriocéphale à Lyon.

Dr Lacour.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 20 février 1893.

Présidence de M. Coyne.

Anévrysme artérioso-veineux de la fémorale.

MM. Faguet et **Aunis** présentent un homme, âgé de 25 ans, qui, à la suite d'une blessure par un couteau à très longue lame, située à la région antéro-supérieure de la cuisse droite, vit se développer quelques jours plus tard en ce point tous les signes d'un anévrysme artérioso-veineux. Le traitement par la compression continue ayant échoué, M. le professeur Lanelongue procéda à l'extirpation du sac. Les suites opératoires furent excellentes, et le malade est maintenant complètement guéri. Les tracés sphygmographiques qui accompagnent l'observation montrent avec quelle facilité s'est rétablie la circulation dans le membre malade après l'intervention chirurgicale.

Pustule varioleuse chez le fœtus.

M. Chambrelent présente une pustule varioleuse qu'il a pu recueillir sur un fœtus. La mère était guérie de la variole depuis huit jours.

Passage du staphylocoque doré de la mère au fœtus à travers le placenta.

MM. Chambrelent et **Sabrazès** ont inoculé à une lapine pleine le staphylocoque doré en injectant une culture pure de ce staphylocoque dans la veine auriculaire de cette lapine, qui succombait le surlendemain.

L'utérus contenait neuf fœtus, paraissant âgés de trois semaines. Tous les placentas étaient décollés, la cavité utérine était remplie de sang.

Des cultures sur divers milieux furent faites en faisant des prises successivement au centre du placenta, dans l'encéphale des fœtus, dans la cage thoracique des fœtus, dans le cœur de la mère, dans les reins et dans le foie de la mère. — Les milieux ensemencés ont tous donné des colonies caractéristiques et pures de staphylocoque doré.

Des coupes du placenta ont permis de constater que, dans cet organe, les staphylocoques ne paraissent pas contenus dans les vaisseaux sanguins; ils sont surtout abondants dans les interstices.

Extraction d'un corps étranger de la vessie par la taille hypogastrique.

M. W. Binaud. — Il s'agit d'un homme âgé de 63 ans, serrurier, qui possédait depuis l'âge de 50 ans environ tous les signes d'une hypertrophie de la prostate. Sur les conseils de son médecin, il avait pris l'habitude de se sonder régulièrement avec une sonde en gomme n° 14. Le 26 décembre 1892, celle-ci se rompit à la fin du cathétérisme, et un fragment d'une longueur de 8 centimètres environ resta dans la vessie. Des essais faits pour la retirer au moyen d'un mandrin grossier ne furent pas couronnés de succès. Douze jours après l'accident, apparurent des symptômes analogues à ceux de la cystite calculeuse; troubles digestifs, amaigrissement.

Le 11 février, un examen pratiqué à l'aide de l'explorateur de Guyon fait reconnaître que le corps étranger siège dans la vessie, tout près du col, et qu'il est disposé transversalement.

Le 13 février, le malade est opéré par le professeur Demons, assisté du Dr W. Binaud. Après chloroformisation et antisepsie de l'urèthre et des parties voisines, un premier essai est fait avec l'extracteur à bascule de Collin, mais il est impossible d'introduire cet instrument au delà de la première moitié de la région pénienne. Le malade a eu, il est vrai, deux blennorrhagies à 17 et à 24 ans, mais on s'est préalablement assuré par une bougie exploratrice que l'urèthre n'est nullement rétréci. On cherche alors à broyer le fragment de sonde avec le lithotriteur, mais, après plusieurs tentatives, on s'aperçoit bientôt que les deux branches de l'instrument n'ont pu saisir que deux petits fragments et, dans la crainte de ne pas briser toutes les parties de la sonde et de ne pas en obtenir par la suite l'évacuation complète, on pratique, séance tenante, la taille hypogastrique. L'opération est faite selon les procédés ordinaires et on retire aisément le bout de sonde dont la longueur est de 7 ou 8 cm. et qui est totalement incrusté de sels calcaires. Comme les parois de la vessie étaient épaissies et que la muqueuse était congestionnée et très friable, on crut devoir ne pratiquer qu'une suture partielle à la plaie vésicale avec drainage selon le procédé du professeur Demons. Le malade n'a pas eu de fièvre depuis l'opération et son état est aujourd'hui, 20 février, dans un état aussi satisfaisant que possible.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE DE BERLIN

Séance du 6 février 1893.

Erythème exsudatif bulleux. Localisation rare du lupus érythémateux.

M. Lassar présente un malade offrant sur l'avant-bras droit une croûte de 6 centim. de long, correspondant à un trajet de vaisseau lymphatique ; quatre autres vaisseaux semblables siègent sur le dos des doigts. Originellement il existait en ces points des bulles volumineuses. La marche de l'affection revêt un caractère chronique. Tous les quatorze jours environ se fait une poussée nouvelle.

M. Lassar fait observer, chez une malade de 24 ans, une localisation rare du lupus érythémateux ; cette affection siège, en effet, chez elle, non seulement à la face, mais encore sur la main gauche, la tête, la muqueuse buccale et la voûte palatine.

Para-uréthrite. Syphilis de la moelle.

M. Rosenthal. — Il s'agit d'un jeune homme atteint de blennorrhagie, présentant au-dessus de l'orifice uréthral un deuxième orifice d'un trajet borgne indépendant du canal et mesurant 1 centim. de long. Dans le septum séparant les deux conduits existait un autre orifice. Tous ces trajets étaient infectés; on le voit, la para-uréthrite décrite par Jadassohn, Touton, etc., se trouvait réalisée dans ce cas.

M. Rosenthal rapporte l'observation d'une syphilitique de 29 ans ayant présenté une série d'accidents spécifiques, et actuellement atteinte de symptômes médullaires. Depuis six mois, la marche est incertaine. La malade titube quand elle ferme les yeux et ne peut tourner sur place. Les réflexes, surtout à droite, sont fortement exagérés.

La marche est particulière : la patiente s'appuie sur l'extrémité des pieds qu'elle traîne un peu. Le phénomène du pied est très marqué ; il existe des troubles pupillaires, de la parésie du sphincter anal, des phénomènes douloureux sur tout le corps, surtout au niveau du membre inférieur droit atteint de paresthésie accentuée. Le traitement spécifique donna une grande amélioration. Il s'agit d'une lésion des cordons postérieurs et latéraux de la moelle.

Syphilide végétante.

M. Bruck présente une jeune fille chez laquelle il fait observer une végétation papillomateuse, suintante, située sur le cuir chevelu, caractéristique de la syphilis. Dans trois cas semblables il a fait le diagnostic, grâce à l'existence d'autres symptômes spécifiques.

Affection rare des ongles.

M. Bruck. — Il s'agit d'une jeune fille qui fut atteinte d'abord d'hyperkératose de l'ongle d'un pouce, suivie de la chute de ce dernier, et qui, dans l'espace de huit à neuf mois, vit se prendre de la même lésion tous les ongles des autres doigts et des orteils. L'auteur rapproche cette affection bizarre du psoriasis. La malade n'a pas d'antécédents spécifiques.

Purpura hémorrhagique.

M. Heller. — La malade en question, âgée de 14 ans, entra à l'hôpital pour une éruption purpurique avec douleurs articulaires. Il paraissait s'agir d'un purpura rhumatismal, mais bientôt, en raison des hémorrhagies viscérales, on dut penser à un purpura hémorrhagique. Au bout de neuf mois la malade mourut. Les taches purpuriques siégeaient surtout en abondance au niveau des extrémités. Les poussées correspondaient avec quelque exactitude avec les époques des règles, tout au moins au début de la maladie. Comme hémorrhagies viscérales, il n'y eut que des épistaxis plus ou moins profuses. Il dut se faire à un moment donné une hémorrhagie méningée pour expliquer des phénomènes choréiques unilatéraux qui persistèrent trois semaines. Des préparations du sang d'après la méthode de Spietschka auraient été caractéristiques. Il n'existait point de bactéries, mais, par contre, on distinguait des éléments rappelant des plasmodies. A l'autopsie, on constata une péricardite fibrineuse très intense. Les reins étaient atteints de néphrite interstitielle. Le cœur présentait une dilatation marquée avec hypertrophie des ventricules droit et gauche.

Deux taches hémorrhagiques existaient sur le rein droit. L'examen microscopique des reins révéla une néphrite interstitielle des plus intenses.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 15 février 1893.

Vergetures consécutives aux affections de l'intestin.

M. Kirstein. — Le jeune homme que je vous présente est âgé de 18 ans et fut atteint, au 8 octobre dernier, d'une typhlite grave, suivie de récidive au mois de décembre. Depuis le mois de janvier, il remarqua sur le tronc, surtout du côté gauche, des raies particulières qui, vous le voyez, rappellent exactement les vergetures de la grossesse. En raison de l'état pulmonaire et des manifestations persistantes du côté du cæcum, je pense qu'il s'agit d'une typhlite tuberculeuse. Dans la littérature médicale, on relate dans une douzaine de cas des troubles trophiques analogues de la peau au cours d'affections intestinales graves. M. Senator en a rapporté une observation en 1877.

Hernie diaphragmatique congénitale.

M. Hansemann. — Les pièces que vous voyez proviennent d'un enfant né à terme qui mourut au bout de 4 heures avec des phénomènes de cyanose. Dans l'abdomen, on ne trouve que le foie, le côlon ascendant et la partie la plus supérieure de l'estomac. Tous les autres organes sont herniés à travers une brèche du diaphragme dans la plèvre gauche. Le poumon gauche est complètement comprimé. Le cœur est repoussé à droite et refoule le lobe inférieur du poumon de ce côté.

Trachéotomie.

M. Schlange. — Cette enfant, âgée de 10 ans, subit, il y a sept ans, une cricotrachéotomie. La canule resta en place pendant trois ans. Au bout de ce laps de temps, M. Bergmann, consulté pour l'ablation de l'appareil, constata une disparition complète du cartilage en avant et une sténose très accentuée.

L'ablation de la canule fut suivie de dilatations successives ; l'enfant parle actuellement distinctement, grâce à un petit artifice qui consiste pour elle à ramener le menton sur l'orifice de la fistule pas entièrement oblitérée.

Pyonéphrose.

M. Adler. — Il s'agit d'un malade entré à l'hôpital pour une rétention d'urine d'origine prostatique. Dans l'hypochondre droit, on sentait une tumeur fluctuante, indépendante du foie : je diagnostiquai une hydronéphrose. A l'autopsie, il existait une vaste poche coiffant le rein en partie et située sous le bassinet ; un très petit orifice la mettait en communication avec le rein. Elle contenait de l'urine pyohémorrhagique.

Cysto-sarcome du rein.

M. Adler. — Cette pièce est celle d'un rein enlevé le 16 juillet dernier par la voie péritonéale. Il s'agit d'un cystosarcome avec poches multiloculaires à contenu séro-gélatineux. Six mois après l'opération, il se fit une récidive dans la cicatrice.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 20 février 1893.

Carcinome du poumon.

M. Rothmann présente les préparations microscopiques des poumons provenant d'un individu de 50 ans qui, depuis plusieurs années, crachait du sang. Comme les crachats contenaient peu de sang et que le malade avait en même temps de l'œdème de la face et de la dyspnée, on diagnostiqua une tumeur du poumon comprimant la veine cave. L'autopsie fit voir un carcinome du poumon.

M. Frænkel, qui a observé ce malade, fait remarquer que les hémorrhagies profuses se répétant pendant si longtemps sont très rares. Dans le cas particulier, elles ont persisté pendant dix mois.

D'une façon générale, les hémorrhagies dans les tumeurs des poumons ne sont pas rares, mais elles ne sont pas abondantes et surviennent ordinairement peu de temps avant la mort.

Récemment M. Frænkel a observé un autre cas de carcinome du poumon chez une femme de 30 ans qui avait déjà subi une amputation du sein envahi par le cancer. Elle présentait les signes d'une pleurite avec matité partielle et crachats hémorrhagiques semblables à des infarctus. Ces crachats sont très caractéristiques et doivent faire penser à une tumeur maligne des poumons quand ils s'observent chez des individus d'âge mûr.

Maladie de Basedow.

M. P. Guttmann présente deux malades atteints de goître exophthalmique chez lesquels, à l'auscultation du goître, on entend un souffle artériel isochrone aux battements du cœur.

Ce souffle existe dans tous les cas de maladie de Basedow et donne la sensation de frémissement quand le goître est pulsatile. Les conditions particulières à la maladie de Basedow, hypertrophie du ventricule gauche et dilatation irrégulière des artères de la glande thyroïde hypertrophiée, font que ce souffle doit se former et est ainsi pathognomonique de cette affection. Dans le goître hypertrophique simple, il fait défaut pour cette raison qu'ici le cœur n'est pas hypertrophié et les artères de la glande thyroïde ne présentent pas de coloration irrégulière.

Le poids spécifique du sang au point de vue clinique.

M. Grawitz. — On sait que, d'après les recherches de Heidenhain, certaines substances, comme l'extrait de muscles d'écrevisse, l'extrait de sangsues, les peptones, etc., épaississent le sang, tandis que d'autres, comme les sels et le sucre, le diluent par un mécanisme inverse, c'est-à-dire en attirant dans le sang les liquides de l'organisme.

Pour vérifier ces recherches, M. Grawitz a pris pour point de départ le poids spécifique du sang avant et après l'injec-

tion intra-veineuse des substances en question, et les expériences faites sur les animaux confirmèrent les données de Heidenhain.

L'ingestion simple du chlorure de sodium a pourtant pour effet un épaississement du sang aussi bien chez l'animal que chez l'homme. Ce fait a pu être constaté chez le lapin et le cheval. Chez un phthisique qui avait des hémorrhagies, l'ingestion de 15 gr. de chlorure de sodium fit monter le poids spécifique du sang de 1050 à 1060. La bile injectée dans le sang des animaux provoque un épaississement du sang. Le même fait a pu être constaté chez une ictérique chez laquelle à la suite de l'aggravation de l'ictère le poids spécifique du sang qui était de 1050 remonta à 1061.

Dans une autre série d'expériences, M. Grawitz examina l'influence des cultures microbiennes, et trouva que la tuberculine, les cultures du pneumocoque et du bacille pyocyanique épaississaient le sang, autrement dit augmentaient son poids spécifique.

Les cultures du bacille en virgule provoquent aussi une augmentation du poids spécifique du sang quand elles sont vieilles, c'est-à-dire quand elles renferment une quantité suffisante de toxines. Il est donc probable que l'épaississement du sang chez les cholériques tient à la pénétration dans le sang des toxines spécifiques. Les cultures du bacille de Lœffler agissent de la même façon, et l'examen du sang de cinq enfants atteints de diphthérie a montré chez eux un poids spécifique du sang au-dessus de la normale. Par contre, les cultures des streptocoques, des staphylocoques et du charbon diminuent le poids spécifique du sang.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 20 février 1893.

Albuminurie chronique.

M. Ralfe. — Depuis qu'on s'est mis à examiner systématiquement l'urine chez tous les malades et même chez les sujets présumés sains qui désirent contracter une assurance sur la vie, on a dû créer une classe spéciale d'albuminurie dite fonctionnelle, classe qui comprend 1/3 ou peut-être 1/2 des cas observés. De plus, cet examen systématique a ainsi révélé bien des cas au début, à une époque où les lésions rénales ne sont pas irrémédiables et où le traitement, par conséquent, peut agir. Même dans les cas graves, où la lésion rénale est assez avancée, le pronostic est moins sombre qu'autrefois. Du reste, dans les cas de maladie organique du rein, il y a une foule de variétés qui dépendent des conditions étiologiques, telles que la constitution, l'hérédité, les maladies spécifiques comme la goutte, la syphilis, la scrofule, la malaria, etc., ou encore des poisons spécifiques comme ceux de la scarlatine, de la diphthérie, du plomb (intoxication saturnine). C'est ainsi que presque chaque malade examiné peut présenter une particularité intéressante. Les variétés les plus connues d'albuminurie chronique sont celles qui sont en rapport avec le petit rein granuleux associé lui-même à des troubles cardio-vasculaires. Le plus souvent, du reste, ce n'est pas l'albuminurie qui fait découvrir cette maladie ; c'est un symptôme accessoire, comme la rétinite, la dyspnée, les hémorrhagies, qui met sur la voie du diagnostic. Quand, par exception, on diagnostique cette affection au début, on peut espérer tout au moins en retarder la marche par un régime approprié et de bonnes mesures hygiéniques. J'ai vu, en 1878, un homme dont les urines étaient normales ; le cœur et le pouls ne présentaient aucune particularité. En 1882 il avait de l'albuminurie avec hypertrophie du ventricule et pouls dur. Depuis onze ans son affection ne s'est pas aggravée en raison du régime qu'il suit et des précautions hygiéniques qu'il prend. La néphrite des goutteux est en relation avec les autres manifestations de la goutte, et quand on peut enrayer ces dernières l'affection rénale prend souvent une allure bénigne. Je connais un malade qui a consulté, en 1874, M. Murchison pour une néphrite goutteuse et qui vit toujours. L'urémie et l'hydropisie sont bien moins graves dans la néphrite goutteuse que dans les autres albuminuries chroniques. La néphrite des syphilitiques, des paludiques et des saturnins est grave. Dans ces cas il survient généralement de bonne heure une dégénérescence vasculaire ; la survie n'est que de 18 mois à 2 ans. Il existe une néphrite chronique survenant chez les personnes obèses vers la période moyenne de l'existence et qui est probablement due à une pléthore veineuse. Quelquefois il y a en même temps un léger diabète. La néphrite des morphinomanes est probablement due à ce que la morphine paralyse en partie les veines rénales et leurs branches. Le traitement lacté est fort utile dans toutes les formes d'albuminurie.

M. Mackenzie. — Ce sont les albuminuriques goutteux qui peuvent vivre longtemps à l'aide d'un régime. Les sujets atteints de petit rein granuleux sont sujets aux hématuries.

M. Havilland Hall. — J'ai vu un sujet atteint de petit rein granuleux qui présenta des hématuries. Quant à ce qui concerne les assurances sur la vie, la tendance à considérer l'albuminurie comme un symptôme bénin a été beaucoup trop grande dans ces dernières années.

M. Haig. — J'ai vu une attaque d'urémie céder à une attaque de goutte. Ce fait prouve que l'urémie est due à la rétention de l'acide urique, et l'attaque de goutte en entraînant cet acide urique dans les articulations a fait disparaître l'urémie.

M. Brunton. — Des statistiques américaines ont montré que sur onze sujets sains, un rend de temps en temps de l'albumine par ses urines. Pour moi, la proportion n'est que de 2 pour 100. Si le sujet a dépassé la période moyenne de la vie et si l'urine a une faible densité, bien qu'il n'y ait que des traces d'albumine, le pronostic est grave ; il faut ordonner à ces sujets un régime non azoté et des vêtements chauds.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 21 février 1893.

Cancer et sarcome.

M. Clarke. — Je vous présente des préparations microscopiques d'un squirrhe : elles contiennent des plasmodies, qui, lorsqu'elles étaient vivantes, étaient animées de mouvements amiboïdes. Dans d'autres préparations qui proviennent d'un sarcome du fémur, on voit des psorospermies à l'état de porulation. Leuchart a dit que les coccidies du lapin ne se multipliaient pas dans le corps de leur hôte. On a reconnu depuis que c'est là une erreur. Les sporozoaires forment deux sortes de spores : les spores qui se forment par groupes et qui sont répandues dans l'hôte, et les spores de durée. Les sporozoaires parasites des animaux à vie courte comme le lapin doivent former fréquemment des spores de durée, pour éviter leur extinction. Les spores de durée des microsporidies sont très petites. Quiconque connaît les sporozoaires ne peut regarder les coupes d'un squirrhe au début sans reconnaître que ces sporozoaires sont la cause de cette affection. Je suis plus que jamais convaincu que le cancer et le sarcome sont dus à ces parasites, comme la tuberculose est due au bacille de Koch. Dans le sarcome, le processus est le même que dans le cancer, à cela près que dans le sarcome c'est le tissu vasculaire qui est envahi, tandis que dans le cancer c'est le tissu épithélial.

M. Galloway. — La situation ordinaire du parasite à l'extrême périphérie des régions envahies par le carcinome est bien suggestive au point de vue de la considération de ce parasite comme cause de l'affection.

Myxœdème.

M. Byrom Bramwell a fait sur ce sujet une communication, le 15 février 1893, à la *Société médico-chirurgicale d'Edimbourg*. Le myxœdème, dit-il, est commun à Edimbourg et dans ses environs, ainsi que dans le reste de l'Ecosse et le nord de l'Angleterre. Il est rare en Allemagne, où au contraire l'acromégalie est fréquente ; il est rare aussi en Amérique. Il est probable que cette fréquence ou cette rareté sont en rapport avec des conditions atmosphériques ou telluriques. Le myxœdème est plus fréquent chez la femme. Il débute insidieusement : le premier symptôme consiste en une sensibilité exagérée au froid de la fatigue et la disparition de la transpiration. Dans le goître exophthalmique et l'acromégalie il y

a tendance à une transpiration excessive. Dans le myxœdème la résistance électrique est augmentée; c'est le contraire qui a lieu dans le goître exophthalmique. Le traitement par les extraits de corps thyroïde donne les meilleurs résultats.

M. Greenfield. — Le myxœdème s'accompagne d'atrophie du corps thyroïde. La glande thyroïde sécrète probablement un ferment qui passe dans le sang, stimule la sécrétion des glandes cutanées et agit aussi sur le cœur. Dans le myxœdème la glande thyroïde est atrophiée; dans le crétinisme sporadique elle peut être presque totalement absente. Dans le goître exophthalmique, au contraire, il y a un accroissement et de la glande et de la matière colloïde qu'elle contient. Dans le goître kystique ordinaire associé au crétinisme, il y a une augmentation énorme de cette dernière substance.

Dans le myxœdème, les glandes sudoripares et sébacées fonctionnent mal et elles s'atrophient ainsi que certaines parties de la peau. La transpiration normale faisant défaut, la lymphe semble stagner et s'accumuler; de là l'amélioration qu'on obtient par des bains chauds. Les malades atteints de myxœdème présentent une propension à la tuberculose; chez ces sujets la phthisie prend une marche rapide et les symptômes ordinaires de la tuberculose manquent. Dans sept cas de myxœdème et dans un cas de crétinisme sporadique que j'ai étudiés, la glande thyroïde était atrophiée; dans quelques cas tout le tissu glandulaire avait disparu. Les artères présentaient les lésions d'une inflammation interstitielle; il y a des lésions des éléments glandulaires de la peau et des follicules pileux. Souvent il y a un dépôt de pigment dans la peau. L'épiderme devient très mince. Dans les reins on constate quelquefois du gonflement et de la pâleur. J'ai trouvé quelquefois des névrites périphériques.

M. Hundie. — Je traite ces malades en leur donnant chaque jour 1/18e de corps thyroïde de mouton et en les maintenant à un repos relatif.

M. Affleck. — Il faut étudier soigneusement l'étiologie de cette affection; je ne serais pas éloigné de croire que c'est un trouble nerveux qui conduit à l'atrophie du corps thyroïde; quelques-uns de ces malades deviennent fous. La maladie d'Addison présente une analogie intéressante avec le myxœdème.

M. Murray. — Voyant l'amélioration très rapide produite par la greffe de corps thyroïde, je pensai que cette amélioration n'était pas due à la glande elle-même qui ne pouvait pas avoir eu le temps de se développer, mais à un produit de la glande : je fus ainsi amené à me servir des extraits de corps thyroïde. Je divise le traitement en deux périodes : dans une première on fait disparaître les conditions de la maladie ; dans une deuxième on s'applique à maintenir l'état de santé ainsi restauré. Dans la première il faut procéder lentement, défendre toute fatigue aux malades. L'état de santé ne peut être maintenu que par une absorption régulière du remède, qui doit faire partie intégrante du régime.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 24 février 1893.

Déformation des os.

M. Lorenz. — S'il est facile d'expliquer les déformations osseuses consécutives à des modifications primitives de la forme (fractures, incurvations rachitiques ou ostéomalaciques), il n'en est pas de même des déformations sans trouble primitif de la forme. Pour expliquer celles-ci, la théorie de pression à laquelle se rattachent les noms de Roser, Hueter et Volkmann admettait que, sous l'influence d'une pression inégalement répartie, une partie augmentait de hauteur, tandis que l'autre diminuait, et comme résultat on avait la déformation cunéiforme de l'os.

En face de cette théorie, J. Wolff émit une autre hypothèse d'après laquelle la forme des os se conformant à la fonction, la déformation ne serait que l'expression de son adaptation aux nouvelles fonctions résultant des conditions pathologiques dans lesquelles il se trouve. C'est la théorie de transformation destinée à remplacer la théorie de pression déclarée fausse par J. Wolff.

Pourtant la théorie de pression n'est pas à rejeter. Pour expliquer la déformation cunéiforme, il faut, d'après M. Lorenz, distinguer entre les suites primitives et les suites secondaires que provoque un fonctionnement exagéré. Il est certain que les parties osseuses soumises à une pression exagérée s'hypertrophient, de même que les parties non sujettes à la pression s'atrophient. Mais dans le premier cas l'hypertrophie n'est que temporaire et aboutit finalement à l'atrophie, l'adaptation ayant ses limites et l'irritation trophique ne provoquant plus à la longue la réaction correspondante. La déformation cunéiforme n'est donc pas un processus d'accroissement, mais le résultat des suites primitive et secondaire de la surcharge fonctionnelle inégalement répartie.

Le processus du côté des os est aussi indépendant de l'âge que l'hypertrophie et la dégénérescence qu'on observe du côté des muscles, ligaments et cartilages fonctionnant d'une façon exagérée. La déformation cunéiforme existe non seulement au niveau des vertèbres scoliotiques, des os du pied dans le pied bot, mais encore au niveau du fémur et du tibia dans le genu valgum, etc.

Quoi qu'il en soit, la déformation cunéiforme n'est nullement le résultat d'une adaptation à un fonctionnement modifié, mais la conséquence d'une surcharge fonctionnelle unilatérale, de sorte qu'elle serait plutôt le résultat de l'insuffisance de l'adaptation aux conditions statiques pathologiquement modifiées.

Choléra.

M. Hasterlik rapporte les résultats d'une expérience que six individus ont faite sur eux-mêmes en avalant des quantités variables de cultures virulentes de bacille en virgule, après avoir pris du bicarbonate de soude pour neutraliser l'acidité du suc gastrique. Deux seulement ont eu de la diarrhée ; tous les autres ne se sont ressentis en rien de cette ingestion. Les matières fécales de tous les six ont contenu pendant quelques jours le bacille du choléra.

M. Drasche fait observer à ce sujet que, pendant l'épidémie du choléra, à l'autopsie de plusieurs individus ayant succombé manifestement au choléra, on ne trouva pas de bacilles de Koch dans l'intestin.

M. Winter montre l'enfant qu'il avait présenté à la séance précédente avec une *luxation bilatérale des vertèbres cervicales*. Il a fait la réduction avec succès et sans aucun accident.

M. Salzmann présente un malade atteint d'un *carcinome du corps ciliaire* de l'œil gauche.

Livres déposés au Bureau du Journal

Félix Alcan, éditeur.

Le *Manuel de Petite Chirurgie*, de Jamain et Terrier, est le livre classique par excellence que tous les élèves en médecine possèdent et que, devenus praticiens, ils consultent encore journellement. M. le Professeur F. Terrier, avec le concours d'un de ses élèves, M. le Dr Péraire, vient d'en publier une septième édition. L'application usuelle des méthodes antiseptiques et aseptiques nécessitait une refonte générale de cet ouvrage, et nul, mieux que M. Terrier qui, depuis de longues années déjà, use avec rigueur des procédés antiseptiques, n'était à même de vulgariser ceux-ci et d'en montrer les applications faciles aux opérations dites de *petite chirurgie*. MM. Terrier et Péraire ont fait un livre complètement nouveau et, en conservant le plan tracé par Jamain, ils lui ont laissé les caractères de simplicité et de clarté qui ont assuré son succès depuis de longues années. (1 vol. grand in-18 de 786 pages avec 415 gravures dans le texte, en élégant cartonnage anglais, 8 francs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

SYPHILIGRAPHIE

Syphilis de la tonsille linguale, par le Dr Seifert.

Malgré le grand nombre de travaux parus sur la physiologie et la pathologie de la tonsille linguale, les lésions syphilitiques de cet organe n'ont presque pas été étudiées. Les traités de syphiligraphie ou de maladies de la bouche n'en parlent presque pas. Ainsi Fournier (1), dans son article consacré aux lésions syphilitiques secondaires de la langue, ne s'occupe que des parties de l'organe accessibles à l'inspection ; de même Neumann (2), qui ne mentionne même pas la tonsille linguale dans son travail sur les affections syphilitiques des amygdales et du voile du palais.

Pour Lewin, la syphilis de la tonsille linguale peut se manifester sous les formes suivantes : 1° condylomes larges, avec destruction rapide par dégénérescence graisseuse ; 2° gommes à ramollissement rapide ; 3° atrophie des glandes linguales de la base de la langue qui devient lisse.

Hoffmann a observé un malade chez lequel, à côté d'une dilatation variqueuse des veines de la moitié gauche de la langue, existait sur la ligne médiane une ulcération en apparence d'origine variqueuse. Sous l'influence du traitement spécifique, l'ulcération se cicatrisa, tandis que la dilatation des veines persistait.

Pour les auteurs français, les condylomes larges de la base de la langue sont très rares. Moure et Raulin (3) ont observé à la tonsille linguale, pendant la période secondaire de la syphilis, deux sortes de lésions, soit une simple inflammation avec hypertrophie de l'organe, soit l'inflammation hypertrophique avec plaques muqueuses. Labit (4), qui a aussi décrit un cas de cette hypertrophie inflammatoire avec plaques muqueuses, admet avec les auteurs précédents que le tabac et l'alcool jouent un rôle très marqué dans la production de ces lésions.

Newcomb (5) considère les manifestations secondaires de la syphilis sur la tonsille linguale comme très rares. Il n'en a observé qu'un seul cas, où les follicules hypertrophiés de la base de la langue étaient couvertes de plaques muqueuses.

Dans le remarquable atlas de Krieg on trouve plusieurs dessins indiquant la participation de la tonsille linguale au processus syphilitique : 1° fig. 4. Femme de 52 ans, plaques muqueuses de la tonsille linguale ; 2° fig. 5 et 6. Femme de 36 ans, desquamation et hyperplasie de l'épithélium de la base de la langue et de la tonsille linguale ; 3° fig. 9. Homme de 45 ans, condylome ulcéré de la base de la langue avec rougeur et tuméfaction de la tonsille linguale.

Depuis le 1er janvier 1892, nous avons examiné la tonsille linguale chez tous les syphilitiques de Juliusspital de Wurzburg, en tout 71 cas qui ont donné les résultats suivants :

Sur 10 cas de syphilis tardive, acquise ou héréditaire, portant sur sept hommes et trois femmes, la tonsille linguale ne fut atrophiée dans aucun. Dans quelques-uns elle fut même manifestement hypertrophiée, notamment chez une femme de 42 ans qui, à côté de manifestations syphilitiques multiples, présentait en même temps une hypertrophie manifeste de la tonsille, et chez une femme de 34 ans chez laquelle la moitié gauche de la tonsille linguale hypertrophiée était ulcérée. L'hyperplasie de la tonsille linguale était également manifeste dans quatre cas de syphilis héréditaire.

(1) *Journal de mal. cut. et syphil.*, 1890, t. II.
(2) *Wiener klin. Wochenschr.*, 1892, n° 2.
(3) *Revue de laryngol.*, 1891, nos 6 et 7.
(4) *Revue de laryngol.*, 1891.
(5) *Med. News*, t. VII, 1892.

Si nous insistons sur ces cas, c'est que Lewin (1) a soutenu que dans les cas de syphilis héréditaire à diagnostic difficile, l'aplasie de la tonsille linguale peut mettre sur la voie de la véritable affection. Bien que le nombre de cas que nous venons d'apporter ne soit pas considérable, ils n'en montrent pas moins que le signe de Lewin n'est pas constant.

Dans aucun de nos cas la manifestation première de la syphilis ne siégeait sur la tonsille linguale. Dans la littérature non plus il n'existe pas un seul cas de chancre de la tonsille linguale, bien que celui de l'amygdale se trouve noté dans 137 cas.

Les malades que nous avons examinés à la seconde période de la syphilis sont au nombre de 61, 17 hommes et 44 femmes.

Sur les 17 hommes, 2 ne présentaient pas de manifestations syphilitiques secondaires sur le naso-pharynx. Deux autres avaient présenté une éruption syphilitique pour la seconde fois et chez un on trouvait la tonsille linguale tuméfiée et couverte d'une plaque muqueuse ulcérée.

Sur les 13 malades avec un exanthème syphilitique récent, 4 avaient le naso-pharynx et la langue normaux. Sur les 9 autres à manifestations buccales, la tonsille linguale était prise 5 fois sous forme de tuméfaction érythémateuse inflammatoire.

De 44 femmes atteintes d'exanthème syphilitique, la bouche et le naso-pharynx étaient normaux chez 20 ; 8 femmes avaient l'exanthème pour la seconde fois et sur ce nombre 4 présentaient une tonsille linguale tuméfiée et rouge. Enfin sur 16 cas d'exanthème syphilitique récent, la tonsille linguale était rouge et tuméfiée 13 fois.

Dans la grande majorité des cas, la lésion syphilitique ne provoquait presque pas de troubles subjectifs et les malades attiraient rarement l'attention du médecin sur ce point.

Il est à remarquer que la plupart des manifestations buccales et naso-pharyngiennes de la syphilis cèdent spontanément au traitement général. Dans quelques cas seulement nous avons été obligé d'ajouter au traitement général le traitement local par l'acide chromique.

Les résultats de mes recherches montrent donc que la syphilis de la tonsille linguale n'est pas un phénomène aussi rare que l'admettent la plupart des auteurs. Sa fréquence chez les femmes fait aussi voir que le tabac et l'alcool ne jouent pas de rôle prépondérant dans son étiologie.

Au point de vue de la symptomatologie, on peut distinguer aux manifestations syphilitiques de la tonsille linguale deux périodes : au début on ne trouve que de la rougeur et de la tuméfaction qui peuvent céder à un traitement approprié. Dans le cas contraire, on voit se développer des papules qui s'ulcèrent, et prennent la forme de plaques muqueuses. Quand celles-ci se cicatrisent, la tonsille linguale peut encore rester longtemps hypertrophiée (2).

(1) *Soc. de médecine berlin.*, 1892, séance du 20 août.
(2) D'après la *München. med. Wochenschr.*, 1893, n° 6.

REVUE DES JOURNAUX

Prolapsus du placenta (Zur Kasuistik des Prolapsus Placentae bei normalem Sitz derselben), par Feinberg (*Centralb. f. Gynækol.*, 1893, n° 5, p. 86). — L'auteur rapporte un cas de prolapsus du placenta normalement inséré, chez une tritipare de 35 ans. Après la rupture de la poche des eaux on vit apparaître à la vulve un corps spongieux rouge qui n'était autre que le placenta. On lia le cordon et on fit l'extraction de l'enfant, qui était déjà mort (l'auteur ne fut appelé qu'une heure après le prolapsus du placenta).

Le placenta était normal et la femme libre de tout antécédent morbide.

Chancre labial (A case of labial chancre from a cigar), par Kirkpatrick (*New-York med. Journ.*, 31 décembre 1892, p. 745). — J. W..., 41 ans, vint à l'hôpital pour une ulcération de la partie gauche de la lèvre inférieure, ulcération qu'il avait depuis deux mois. La lèvre était infiltrée tout autour de l'ulcération; on sentait un ganglion hypertrophié sous le menton. L'ulcération guérit par le traitement mercuriel. Cet homme avait fumé beaucoup de cigares qui lui avaient été donnés par des sujets syphilitiques.

Chancre mou gangréneux du vagin (Ein Fall von Ulcus molle gangraenosum vaginae), par Gœrdes (*Centralb. f. Gynækol.*, 1893, n° 4, p. 59). — Dans un cas d'ulcération gangréneuse occupant presque la totalité du vagin chez une jeune femme enceinte de 4 mois, l'auteur fit le grattage des parois et le tamponnement iodoformé du vagin. Deux jours après, état comateux avec légère élévation de la température que l'auteur attribue à une intoxication par l'iodoforme. Malgré le changement du pansement, la malade succombe au bout de quarante-huit heures dans le coma. A l'autopsie on trouva la cavité utérine tapissée de fausses-membranes et les deux reins très hypertrophiés (pas d'examen histologique). L'auteur admet que sa malade a succombé à l'urémie.

REVUE DES CONGRÈS

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 26 janvier 1893.

Symphyséotomie.

M. Garrigues. — Je fus appelé auprès d'une parturiente le 30 décembre 1892. Elle était en travail depuis le matin, de bonne heure. Le col était à moitié dilaté et entièrement dilatable; la poche des eaux n'était pas rompue. Il y avait un rétrécissement de tous les diamètres du bassin et les douleurs avaient cessé. Le soir je pratiquai la symphyséotomie et je retirai un enfant pesant 3 kil. 750 et qui se porte très bien. La mère eut une métrite et de la néphrite, mais elle est actuellement à peu près guérie. La plaie de la symphyséotomie n'a point été infectée et a guéri très vite. Mon incision était longue de près de 5 centim. et se terminait à 1 centim. au-dessous et à gauche du clitoris. Pour la disjonction de la symphyse il est inutile de couper de bas en haut et il n'y a guère d'avantages à sectionner d'arrière en avant.

M. Collyer. — Chez cette femme, l'infection qui s'est traduite par une néphrite a peut-être eu pour origine le traumatisme de l'articulation sacro-iliaque.

M. Grandin. — Contrairement à ce qu'enseignent certains auteurs, la symphyséotomie n'est pas exempte de dangers.

Traitement de la péritonite puerpérale purulente.

M. Grandin. — Il y a quelques années, on traitait la péritonite puerpérale par l'opium; j'ai employé cette méthode pour six malades, qui toutes sont mortes. Plus tard, il y a six ou sept ans, on eut recours au traitement par les agents salins; la mortalité resta la même. Enfin récemment j'ai eu recours à la laparotomie pour quatre cas, dans lesquels il y avait des symptômes marqués de péritonite à la suite de l'accouchement. Dans le premier cas je trouvai, en ouvrant l'abdomen, un gros abcès du côté gauche et communiquant avec la cavité utérine probablement par la trompe. Cet abcès fut irrigué et drainé par l'utérus. Il s'agissait donc d'une péritonite purulente localisée, compliquée de péritonite générale; la malade guérit. Dans le deuxième cas, je trouvai une péritonite purulente générale; j'ai lavé l'abdomen, mais la malade mourut. Dans le troisième cas il y avait aussi une péritonite générale purulente et la malade mourut. Dans le quatrième cas je trouvai de la fluctuation dans la région du ligament large du côté gauche et une tumeur pâteuse au-dessus du ligament de Poupart. La laparotomie montra que cette tumeur contenait du pus et de l'urine; elle communiquait vraisemblablement avec le ligament large gauche et avec la vessie. La malade est guérie. Certes, cette mortalité est élevée, puisqu'elle est de 50 p. 100, mais par les autres méthodes elle eût été de 100 p. 100. Dans les cas de péritonite généralisée, l'opération échoue parce que l'organisme tout entier est infecté.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'ÉTAT DE NEW-YORK

87e réunion annuelle tenue à Albany (New-York), 7, 8 et 9 février 1893.

Troubles réflexes causant l'épilepsie.

M. Krauss. — Je crois peu à l'existence de l'épilepsie idiopathique ou spontanée. J'appelle épilepsie réflexe celle dans laquelle la cause de l'irritation, au lieu d'être centrale, est périphérique. Pour chercher cette cause, je fais mettre les malades complètement nus et je regarde s'il n'y a ni ongle incarné, ni cicatrice, ni traumatisme, ni vers intestinaux, ni troubles des organes génitaux, de la miction, de la défécation, ni lésions des dents, de la bouche, de la gorge, du nez, des yeux, du crâne. Chez les petites filles on doit rechercher la présence des ascarides dans le vagin. Souvent des troubles du côté de l'urèthre peuvent conduire à des habitudes de masturbation qui entraînent des réflexes provoquant des névroses comme la chorée, la neurasthénie et l'épilepsie. Ces cas sont justiciables d'un traitement par l'électricité, par les bromures et peut-être même par l'intervention chirurgicale. Souvent des troubles stomacaux sont le point de départ de ces réflexes.

Epilepsie mentale.

M. Mosher. — L'épilepsie mentale est une psychose caractérisée par des décharges soudaines ayant pour point de départ la substance grise et ne s'accompagnant pas nécessairement de convulsions ou de symptômes pathognomoniques indiquant la nature de ces décharges. Le plus souvent le malade commet quelque acte de violence dont il perd ensuite le souvenir; ou bien il reconnaît avoir accompli cet acte dans un état mental temporaire et tout spécial.

Relation entre l'irritation génitale et les maladies nerveuses et mentales.

M. Gray — 1° Rien ne prouve que l'irritation génitale, tant chez l'homme que chez la femme, puisse produire une maladie nerveuse ou mentale, chez un sujet non prédisposé.

2° Il n'est pas absolument prouvé que cette cause puisse produire une maladie nerveuse ou mentale, même chez un sujet prédisposé.

3° Il n'est pas douteux que la guérison d'une maladie de l'appareil génital puisse souvent améliorer certains états nerveux, comme la migraine, l'hystérie, l'épilepsie, la névropathie, la folie.

Gravelle.

M. Vilcox. — Il ya deux sortes de sujets atteints de gravelle : les uns sont obèses et ont des symptômes dyspeptiques; les autres sont maigres et neurasthéniques. On doit d'une façon générale leur permettre la viande en quantité modérée, les végétaux verts, et leur prescrire des eaux renfermant de la lithine. Il faut défendre la viande de porc, les aliments gras, la pâtisserie, les sauces et le thé. On ne leur permettra l'alcool qu'en petite quantité. Il faut leur recommander de bien mastiquer et de prendre de l'exercice en plein air. On enverra les nerveux au bord de la mer et on leur prescrira d'aller beaucoup au soleil.

Septicémie dans les avortements.

M. Currier. — Les avortements sont de beaucoup la cause la plus fréquente de la septicémie puerpérale. La cause immédiate de l'infection réside dans le staphylococcus pyogenes aureus ou albus. J'en reconnais trois formes : les formes bénignes, les formes graves et les formes fatales. L'avant-dernière forme comprend deux variétés suivant que c'est l'élément toxique ou l'élément inflammatoire qui prédomine, cette dernière variété étant la moins terrible. Le traitement consiste dans l'usage judicieux de la curette, de l'injection utérine et vaginale, des inhalations d'oxygène, des stimulants alcooliques, d'une nourriture liquide, de la turpentine, des lavements nutritifs. Ces derniers ne doivent être ni trop concentrés ni trop répétés ; à ces conditions ils rendent des services. Dans une autre catégorie de faits, le processus septique marche avec une grande rapidité et la suppuration intra et extra-péritonéale est diffuse et abondante. La seule chance de guérison dans ce cas réside dans la laparotomie.

Symphyséotomie, embryotomie et opération césarienne.

M. Grandin. — Actuellement, on sauve souvent deux existences là où, autrefois, on ne cherchait jamais à sauver que la mère qui, du reste, succombait aussi quelquefois. Ce changement est dû à l'antisepsie, à l'asepsie et au perfectionnement de la suture utérine dans l'opération césarienne. Dans les conditions favorables, la mortalité de l'opération césarienne n'est pas supérieure à ce qu'était celle de l'embryotomie. La symphyséotomie est à l'essai.

Indications de l'embryotomie.

M. Clifton. — Il n'est pas exact de dire que l'opération césarienne n'offre pas plus de dangers que l'embryotomie. L'embryotomie doit être pratiquée sur le fœtus mort quand l'opération césarienne n'est pas formellement indiquée et quand l'extraction du fœtus augmente les dangers pour la mère, en raison d'un rétrécissement du bassin ou du volume trop considérable de l'enfant, ou encore en raison de difformités du fœtus ou de l'existence d'une des causes quelconques d'obstructions de la filière génitale. L'embryotomie est indiquée sur le fœtus vivant, quand les conditions physiques existantes rendent la mort certaine, et aussi dans certains cas assez rares où il y a un amincissement dangereux du segment inférieur de l'utérus.

Indications de l'opération césarienne.

M. Murray. — Dans les conditions favorables l'opération césarienne n'est pas plus dangereuse que l'ovariotomie.

Les dangers sont au nombre de trois: ce sont le shock, l'hémorrhagie et l'infection. Ces dangers peuvent être réduits à leur minimum. Il vaut mieux opérer avant le travail; on doit ouvrir l'utérus *in situ*. Cette opération est indiquée pour les rétrécissements prononcés du bassin, certaines difformités spéciales comme des tumeurs, des cancers du col. Dans les cas de cancer on doit toujours opérer avant le travail.

Indications de la symphyséotomie.

M. Kelly. — La disjonction de la symphyse nécessite une rotation en dehors de l'os iliaque au niveau de l'articulation sacro-iliaque, ce qui donne un élargissement de tous les diamètres du bassin ; le diamètre oblique est celui qui subit l'augmentation la plus grande, puis vient le transverse, et enfin l'antéro-postérieur. Je préfère la section de haut en bas et d'avant en arrière à la section de bas en haut et d'arrière en avant.

M. Jewett. — Une symphyséotomie bien conduite est plus sûre qu'une application de forceps difficile qui entraîne souvent la mort, par lésions cérébrales ou autres. Certains ont craint que la symphyséotomie ne fût pratiquée dans des cas justiciables du forceps ou de la version. Je craindrais plutôt le contraire.

M. Davis. — Il est fort utile d'enseigner pratiquement aux élèves la pelvimétrie.

M. Reynolds. — La pelvimétrie bien faite n'est à la portée que des spécialistes, mais elle rend alors de très grands services. Il est peut-être plus utile encore de savoir apprécier le volume de l'enfant.

Monstruosité rare.

M. Wilding. — J'ai vu un monstre très rare : il semblait y avoir deux colonnes vertébrales, il y avait des pieds rudimentaires, un ombilic, des rudiments d'organes génitaux; il n'y avait pas de tête. C'était une grossesse quadruple : ce monstre double représentait deux fœtus; les deux autres étaient des enfants normaux.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mars 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Suture du nerf cubital.

M. P. Berger présente une petite fille qui, au mois d'octobre, avait été blessée par un éclat de verre dans la région cubitale de l'avant-bras gauche. Aussitôt étaient apparus tous les phénomènes témoignant d'une section du nerf cubital ; ces troubles depuis lors n'avaient fait que s'aggraver.

Le 27 février, M. Berger pratiqua la recherche, l'avivement et la suture des extrémités du nerf divisé. Il lui fut aisé de trouver le bout supérieur du nerf qu'il suivit jusqu'à un renflement, sorte de névrome cicatriciel, par lequel il se terminait au niveau de la cicatrice. Là un cordon fibreux remplaçait le nerf et aboutissait au bout inférieur au niveau d'un autre névrome, moins volumineux. Les deux bouts une fois isolés et les névromes excisés, M. Berger enleva le cordon fibreux, puis sutura les deux bouts. La main fut immobilisée en flexion. Dès le surlendemain, le retour de la sensibilité était complet, et aujourd'hui, 8ᵉ jour, il est complet.

Ce fait s'ajoute donc à la série des faits analogues sur le retour immédiat de la sensibilité.

M. Cornil a fait l'examen histologique et a constaté dans la cicatrice nerveuse extirpée l'existence de cylindraxes, grêles pour la plupart, contenus, au nombre de 4 ou 5, dans une même gaine de Schwann; ces recherches sont confirmatives de celles qu'avait déjà faites Ranvier sur la régénération nerveuse.

Commissions de prix pour 1893.

Académie. — MM. Robin, Berger, Kelsch.
Alvarenga. — MM. Bouchard, Ranvier, Quinquaud.
Argenteuil. — MM. Le Fort Léon, Rochard, Guyon.
Barbier. — MM. Sée Marc, Weber, Worms.
Buignet. — MM. Bourgoin, d'Arsonval, Chatin Joannès.
Capuron. — MM. Tarnier, Guéniot, Pinard.
Civrieux. — MM. Charcot, Blanche, Cadet de Gassicourt.
Daudet. — MM. Besnier, Bucquoy, Dieulafoy.
Desportes. — MM. Constantin Paul, Hayem, Dumontpallier.
Godard. — MM. le baron Larrey, Labbé, Le Dentu.
Hygiène de l'Enfance. — MM. Ollivier, Charpentier, Budin.
Laborie. — MM. Lannelongue, Périer, Chauvel.
Laval. — MM. Laboulbène, Brouardel, Duval.
Lefèvre. — MM. Jaccoud, Luys, Mesnet.
Meynot. — MM. Panas, Gariel, Javal.
Monbinne. — MM. Hérard, Empis, Duguet.
Nativelle. — MM. Caventou, Riche, Moissan.
Pourat. — MM. Lancereaux, Chauveau, Laborde.
Portal. — MM. Verneuil, Tillaux, Polaillon.
Ricord. — MM. Fournier, Lagneau, Duplay.
Tremblay. — MM. Le Fort Léon, Rochard, Guyon.
Vernois. — MM. Colin Léon, Le Roy de Méricourt, Lereboullet.

Comité secret.

En comité secret, l'Académie fixe ainsi qu'il suit, sur le rapport de M. Cadet de Gassicourt, la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine :

1° M. Liétard (de Plombières); 2° M. Costa (d'Ajaccio), 3° M. Layet (de Bordeaux); 4° M. Alison (de Baccarat); 5° M. Jablonski (de Poitiers).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 février 1893.

Champ optique, champ visuel absolu et relatif de l'œil humain.

M. C.-J.-A. Leroy. — Les recherches que je poursuis sur cette question d'optique me conduisent à émettre les propositions suivantes :

1° Le champ optique de l'œil est un maximum; 2° les limites du champ visuel sont celles du champ optique; 3° le champ visuel humain a la même étendue chez tous les sujets; 4° l'étendue du champ visuel est la même pour toutes les couleurs et elle mesure en nombre rond les trois quarts de la sphère.

J'ajoute que cette étendue dépasse de beaucoup les limites des plus grands champs visuels qui aient été constatés et dont le maximum est évalué généralement à une demi-sphère seulement. Cet écart tient à ce que les observateurs ont employé des sources lumineuses toujours insuffisantes. Pour prévenir toute confusion, je propose de nommer *champ visuel absolu* le champ dont je fais connaître ci-dessus les propriétés, le nom de *champ visuel relatif* pouvant s'appliquer à tous les champs visuels (tels que ceux qu'on a déterminés jusqu'alors) qu'on obtient en employant des sources d'une intensité inférieure à celle qui est nécessaire pour atteindre le champ absolu.

Séance du 27 février 1893.

Sur le microbe pathogène de l'orchite blennorrhagique.

MM. L. Hugounenq et **J. Eraud.** — Dans un précédent travail, nous avons fait connaître l'existence et les propriétés principales d'une albumine phlogogène sécrétée par un microbe que l'on rencontre dans certains pus blennorrhagiques. L'action spéciale de cette substance sur le testicule nous a fait supposer que le micro-organisme qui le produit devait avoir un rôle dans la pathogénie de l'orchite et, par suite, nous a déterminés à examiner de plus près ce microbe.

De cette nouvelle étude il résulte qu'il s'agit d'un diplocoque ayant à peu près les mêmes formes que le gonocoque de Neisser, mais de dimensions plus grandes, puisque les cocci isolés mesurent environ 1 μ. Comme le gonocoque, notre nouveau microbe se décolore par la méthode de Gram, mais il se distingue nettement de l'agent spécifique de la blennorrhagie par ses propriétés. Il se rencontre dans le pus blennorrhagique toutes les fois que l'uréthrite se complique ultérieurement d'orchite et il est réellement le microbe spécifique de l'orchite blennorrhagique.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 3 mars 1893.

Hernie ombilicale avec sac propéritonéal.

M. Savariaud présente un sac herniaire que M. Quénu a excisé en faisant une cure radicale de hernie ombilicale à une femme âgée de 47 ans. Celle-ci présentait des antécédents intéressants : son père, son frère, sa fille sont des hernieux. Les premiers accidents datent de 12 ans; la malade se plaignait de douleurs localisées à l'ombilic, de vomissements, de diarrhée. A son entrée on constate une hernie ombilicale irréductible, douloureuse en certains points; les muscles droits sont très écartés l'un de l'autre. Quand on essaie de réduire la hernie, le doigt pénètre dans son orifice et cependant il existe encore une anse intestinale non réduite, comme le démontrent la percussion et la palpation.

L'opération de la cure radicale révèle un sac très épais; à l'intérieur plusieurs anses intestinales ont une adhérence au sac par une bride du volume d'une plume d'oie et ressemblant assez à un diverticule de l'intestin. On rompt cette adhérence, on réduit tout l'intestin hernié, puis on résèque le sac. Quand on examine celui-ci, on voit qu'il existe près de la circonférence d'excision un orifice communiquant dans un nouveau cul-de-sac, il s'agit d'un diverticule propéritonéal. On a ainsi l'explication de la sonorité et du gargouillement obtenus après l'évacuation du principal sac lorsqu'on pratiquait le taxis avant l'opération.

Les hernies ombilicales à sac propéritonéal sont très rares. Ce cas serait le quatrième. On pourrait ici discuter l'origine; s'agit-il d'un sac propéritonéal primitif ou d'une hernie ombilicale ayant perdu ses rapports?

Cancer du pylore. Ulcérations du pharynx.

M. Bigeard a observé depuis trois mois un malade du service de M. Thibierge, âgé de 46 ans, alcoolique, ayant eu comme symptômes antérieurs des vomissements et des douleurs épigastriques. Dans les derniers temps on avait remarqué que les vomissements présentaient quelques filets de sang; on porta le diagnostic de gastrite alcoolique, le malade mourut dans la cachexie.

A l'autopsie on trouva, d'une part, du côté de l'estomac, un fort épaississement des membranes pyloriques, l'orifice était rétréci; à la section on trouvait un tissu dur, blanchâtre. Du côté du pharynx il existait deux ulcérations, l'une située en arrière du larynx et plus particulièrement du côté des cartilages aryténoïdes; l'autre, à la paroi postérieure du pharynx. Ces deux ulcérations sont absolument superposables; elles présentent les dimensions d'une pièce de 20 fr. environ, sont noirâtres, le bord est régulier, sans saillie. Enfin il existait de nombreux ganglions entre la trachée et les bronches.

M. Bigeard se demande quelle peut être la nature de ces ulcérations : l'aspect gangréneux pourrait faire croire à du sphacèle causé par un caustique, et pourtant il n'y a aucune autre trace dans le pharynx et l'œsophage.

M. Cornil pense qu'il s'agit d'un agent caustique; la forme de l'ulcération et sa couleur ne ressemblent en rien aux ulcérations néoplasiques de la région. Quant à la lésion du pylore, il n'affirmerait pas sans examen microscopique qu'il s'agit d'un cancer; on n'obtient pas de suc lactescent au raclage; il a d'ailleurs observé des scléroses pyloriques formant des anneaux aussi épais.

M. Dagron demande si la dissection rétro-pharyngienne a été faite avec soin, s'il n'existait ni ganglion volumineux ni vertèbre malade derrière le pharynx; les deux ulcérations absolument superposables pourraient ainsi s'expliquer : comprimée entre deux corps résistants, puisque les cartilages aryténoïdes se trouvent juste en avant de l'ulcération antérieure, la muqueuse du pharynx se serait sphacélée.

M. Thibierge déclare qu'il n'existait rien d'anormal derrière le pharynx.

M. Letulle rappelle que M. Moutard-Martin a présenté à la Société un anneau pylorique scléreux, mais qui n'atteignait pas les dimensions de celui qui est présenté aujourd'hui. Il pencherait volontiers pour une tumeur néoplasique.

Tumeur du testicule.

M. Cornil donne le résultat histologique de la tumeur testiculaire présentée par M. Manson à la précédente séance. Il y trouve divers éléments. Il y a d'abord des kystes plus ou moins volumineux contenant un liquide muqueux, opaque; la paroi présente des cellules cylindriques à contenu muqueux sur une seule couche, ayant pour base des papilles très régulières. On y trouve aussi des noyaux cartilagineux entourés par du périchondre à lamelles tassées et très nettes. On y voit encore des follicules pileux et des glandes sébacées, des faisceaux de fibres musculaires lisses. Il est possible qu'en d'autres points on trouvera d'autres tissus : il s'agit donc d'une inclusion fœtale qui aurait pris la place du testicule.

Abcès du foie. Abcès rétro-hépatique avec fistule bronchique et fistule duodénale. Dysentérie.

M. Jayle rapporte l'observation d'un homme âgé de 35 ans environ qui présenta en novembre dernier des selles sanglantes, puis des accidents dysentériformes. Il avait un point de côté violent dans la région hépatique qui l'obligea à entrer à l'hôpital. On constata que le foie était abaissé et, comme le malade présentait des vomiques, on songea à un pyo-pneumothorax. La sonorité s'étendait du haut en bas de la poitrine. Une première ponction fut faite sur le côté; on retira

de l'air et du sang; puis une deuxième ponction fut pratiquée en arrière qui n'amena pas d'autre résultat. Le malade mourut dans le marasme après une température quotidienne assez élevée.

A l'autopsie on constata dans le foie plusieurs abcès contenant du pus bien lié. Le foie était repoussé en avant par une vaste collection purulente, contenant environ un litre et demi de pus; la face antérieure du rein formait la paroi postérieure de l'abcès, le diaphragme, la partie supérieure, la face inférieure du foie, sa paroi antérieure; en bas il était en rapport avec le duodénum perforé. Cette perforation semble s'être faite de dedans en dehors, c'est-à-dire que la muqueuse duodénale est éversée dans la cavité abcédée et a de ce côté l'aspect d'un anus contre nature. Il existe en haut une autre perforation faisant communiquer l'abcès avec les bronches. La face inférieure du poumon adhère au diaphragme épaissi, ce qui explique la sonorité observée dans toute l'étendue de la poitrine pendant la vie. En examinant l'intestin, on a trouvé des ulcérations dysentériques sur le cæcum, le côlon ascendant, le côlon transverse. On peut donc dire qu'il s'agit d'un abcès rétro-hépatique d'origine dysentérique avec fistule duodénale et bronchique.

M. Letulle rappelle la difficulté du diagnostic; les vomiques du malade consistaient en un pus plus ou moins rouge; on pouvait donc dire qu'il y avait quelque chose d'anormal. Il n'existait de plus aucun signe stéthoscopique du côté du thorax. En général le pus s'évacue plutôt par le gros intestin que par l'intestin grêle. Enfin M. Letulle ne pense pas qu'on puisse invoquer comme début de l'abcès un ulcère simple du duodénum; les perforations du duodénum s'accompagnant en général d'accidents brusques et à terminaisons rapides.

M. Broca, sans vouloir défendre cette dernière opinion, fait remarquer qu'il peut exister des péritonites enkystées à évolution lente par perforation autour de l'estomac et du cæcum. Peut-être en est-il de même pour le duodénum.

M. Delbet se rappelle avoir lu un cas semblable à celui de M. Jayle publié en Amérique il y a 5 ou 6 ans. Il s'agissait d'un malade atteint de vomiques qui contenaient de la bile : ce qui laisse à présumer qu'il y avait double fistule duodéno-bronchique. Le malade guérit après l'ouverture de l'abcès dans le rectum et dans la vessie.

M. Cornil pense qu'il ne s'agit pas là d'un ulcère simple du duodénum, car il n'existe pas autour de la fistule de tissu fibreux cicatriciel comme on l'observe toujours. Il fait remarquer les lésions typiques de la dysentérie sur le gros intestin présenté, partie saillante de la muqueuse, les bourbillons gangréneux cachant l'ulcération.

Endocardite ulcéreuse.

M. Lantzenberg a observé dans le service de M. Gaucher un malade qui entra dans le service pour pneumonie franche, aiguë; la température resta au-dessus de 38° sans aucun symptôme cardiaque jusqu'au 15e jour; puis apparut un souffle systolique d'abord musical, puis un jet de vapeur; le malade mourut peu de temps après.

A l'autopsie on constata, outre des reins infectieux, un foie muscade, un poumon droit avec hépatisation rouge, un cœur qui présentait les lésions suivantes : perforation d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte avec végétations; ulcérations et végétations sur l'endocarde de l'oreillette gauche et de la région dite canal aortique du ventricule gauche.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er *mars* 1893.

Présidence de M. Périer.

Polype fibreux de l'utérus, extirpation.

M. Picqué. — J'ai opéré en 1890, à l'hôpital Pascal, une femme, âgée de 40 ans, qui se plaignait, depuis un an, de métrorrhagies et de douleurs hypogastriques; au moment de son entrée à l'hôpital elle avait des douleurs expulsives analogues à celles de l'accouchement. La palpation abdominale permettait de constater, au niveau de l'épigastre, l'existence d'une tumeur volumineuse, arrondie, développée surtout à droite de la ligne médiane. Par le toucher vaginal, on trouvait une grosse tumeur pédiculée faisant saillie hors du col, qui était très dilaté et effacé.

La tumeur vaginale put facilement être enlevée par morcellement, et, grâce à la dilatation large du col, des tractions combinées de la main et du forceps permirent d'énucléer la portion intra-utérine de la tumeur, se continuant avec la partie vaginale et formant avec celle-ci une tumeur en sablier. Quelques jours après l'intervention, la malade sortait guérie.

Incidents mortels consécutifs à un phimosis congénital.

M. Picqué. — Nous avons reçu de M. Crozat, médecin-major à Rennes, une communication sur un cas de phimosis congénital, avec orifice préputial très étroit et dévié à 2 ou 3 centimètres au-dessus du méat, ayant déterminé des accidents graves suivis de mort. Il s'agissait d'un jeune soldat, qui, sans avoir accusé de troubles de la miction, avait eu seulement quelques indispositions de courte durée, pendant les premiers mois de son séjour au corps. En janvier 1891, étant entré à l'hôpital pour une bronchite, il fut pris subitement de frissons et de céphalalgie intense, avec vomissements, abattement, température élevée; on constata qu'il y avait de l'albumine dans les urines.

Son phimosis fut alors incisé, et l'on fit le cathétérisme de l'urèthre, qui n'était pas rétréci; l'évacuation de la vessie fut faite à plusieurs reprises, mais l'état général continua à s'aggraver et la malade succomba rapidement au milieu d'accidents convulsifs.

L'autopsie permit de voir que la vessie était très distendue, ainsi que les uretères, au moins dans leur portion abdominale; les reins présentaient un épaississement de la couche corticale, d'aspect fibreux. Il n'existait pas de lésions dans les autres viscères.

Les accidents auxquels avait succombé le malade purent donc être imputés à des lésion analogues à celles qui peuvent se développer consécutivement à un rétrécissement de l'urèthre, avec cette différence que le rétrécissement était ici, pour ainsi dire, extrinsèque.

M. Verneuil. — Puisqu'on avait reconnu la lésion rénale avant d'opérer le phimosis, il fallait commencer par traiter la néphrite.

M. Tuffier. — Les lésions de l'appareil urinaire consécutifs à un phimosis s'observent ordinairement dans des cas de phimosis adhérent; s'agissait-il dans l'observation de M. Crozat d'un cas de ce genre? D'autre part, si, avant l'opération il n'y avait que des lésions aseptiques des voies urinaires, résultant d'une simple dilatation, il pourrait y avoir eu une infection opératoire.

M. Picqué. — On n'a pas trouvé, à l'autopsie, la moindre trace de suppuration; il n'y avait vraisemblablement que des lésions aseptiques.

Réparation immédiate du nez pour un cas d'acné rosacée hypertrophique.

M. Félizet. — M. Delies (d'Ypres) nous a lu, en juillet dernier, une observation d'un cas d'acné rosacée hypertrophique du nez, traité par l'ablation totale au bistouri, comme pour une tumeur maligne, suivie d'une réfection immédiate du nez, au moyen de deux lambeaux mobilisés de chaque côté et rapprochés de façon à recouvrir la charpente ostéo-cartilagineuse qui avait été intégralement respectée, ainsi que le bord des navires. La réparation, ainsi obtenue, a donné un résultat parfait.

M. Berger. — J'ai opéré un certain nombre de cas de rhinoplasma analogues à celui dont il vient d'être question, et j'ai toujours employé le procédé de M. Le Dentu, qui diffère du précédent en ce que l'on ne se préoccupe en rien de la réparation, après l'abrasion totale des parties malades, à l'aide du bistouri, qui ne m'a jamais donné d'hémorrhagie inquiétante.

L'abrasion n'allant jamais au-dessous des culs-de-sac les plus profonds des glandes sébacées, ceux-ci deviennent le point de départ d'une prolifération épithéliale active qui suffit à assurer la réparation spontanée.

Les résultats morphologiques qu'on obtient avec cette

méthode sont des plus satisfaisants; tout au plus ai-je noté quelquefois un peu de dilatation de l'orifice des narines; quant à la teinte des téguments, elle est légèrement gris cendré.

M. Lucas Championnière. — M. Ollier préconise la simple décortication au thermocautère, sans se préoccuper davantage de la réparation.

M. Verneuil. — Je préfère le thermocautère au bistouri, ou mieux encore le couteau galvanique, qui permet d'enlever des tranches aussi bien que le bistouri.

M. Berger. — Le bistouri a l'avantage d'agir plus rapidement et d'être plus facilement dirigé suivant la forme du nez.

De l'orchidopexie.

M. Jalaguier. — Dans ces quatre dernières années, j'ai opéré 15 ectopies testiculaires chez 13 malades âgés de 9 à 15 ans; ces 15 cas se décomposent en 10 cas d'ectopie inguinale unilatérale, 2 cas d'ectopie inguinale bilatérale et 1 cas d'ectopie périnéale. Dix fois j'ai pu cliniquement constater la coexistence d'une hernie et dans les quatre autres cas d'ectopie inguinale où il n'y avait pas de hernie appréciable, j'ai cependant noté la communication avec le péritoine.

J'ai fait l'orchidopexie seulement dans 13 cas d'ectopie inguinale, l'atrophie du testicule et l'impossibilité de l'abaisser m'ayant forcé, dans le 14e cas, de pratiquer la castration.

J'ai revu tous mes opérés, l'un d'eux, notamment, 36 mois, et un autre, 33 mois après l'opération.

Dans un cas, chez un enfant de 11 ans présentant une double ectopie inguinale, avec hernie d'un côté, occasionnant des crises douloureuses suivies d'accès épileptiformes, le seul bénéfice retiré de l'opération a été la disparition de ces accès. Les testicules étaient tous atrophiés, et, six mois après l'intervention, l'un d'eux avait presque totalement disparu dans une cicatrice exubérante; l'autre n'avait pas augmenté de volume.

Dans tous les autres cas, les résultats de l'orchidopexie ont été excellents, et j'ai vu les testicules ectopiés prendre, à la suite de l'intervention, un volume, une consistance et une sensibilité se rapprochant tout à fait de ce qu'on observe à l'état normal. Je suis donc très partisan de l'opération sanglante ; cependant, lorsqu'il s'agit d'enfants de moins de 5 à 6 ans, on doit attendre et essayer du massage, sauf dans le cas où il y aurait une hernie douloureuse concomitante susceptible de devenir la cause d'accidents graves.

M. Reynier présente un malade chez lequel il a fait une cure radicale de varices du membre inférieur.

M. Schwartz présente une malade de 39 ans, à laquelle il a fait une gastrostomie en deux temps, pour un cancer du pharynx et de la portion cervicale de l'œsophage.

M. Routier montre un kyste dermoïde de la queue de sourcil et un autre kyste dermoïde constituant une grenouillette sous-maxillaire enlevé chez le même malade.

M. Marchand montre un kyste hydatique de la face inférieure du foie extirpé en totalité, et un gros utérus fibreux qu'il a enlevé sans morcellement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 mars 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Infections combinées.

M. Charrin. — J'ai observé un chien rendu artificiellement diabétique par M. Gley à la suite de dépancréatisation. L'animal rendait jusqu'à 110 grammes de sucre par jour, et mourut de cachexie. Or, il s'était développé pendant la vie une conjonctivite dont l'exsudat contenait le staphylococcus albus à l'état pur. D'autre part, une prise de sang ayant été faite à la cuisse, il se développa en ce point un phlegmon secondaire à bacille innominé. Enfin, l'animal ayant succombé, on trouvait ses ganglions abdominaux tuberculeux : l'aureus était uni au bacille de Koch dans ces adénites caséeuses.

M. Chauveau. — Il est probable qu'en ce qui concerne la tuberculose ganglionnaire, l'animal s'est infecté en mangeant de la viande crue. Il n'existe pas toujours dans ces conditions de tuberculose de la paroi intestinale, ainsi que je l'ai dès longtemps montré dans mes recherches sur la tuberculose digestive par ingestion.

Bacille pyocyanique et levûre.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — Nous avons expérimenté à ce point de vue un bacille très chromogène, mais peu actif chez les animaux et à virulence faible. En sa présence, la levûre développait une fermentation alcoolique très active. Il semble donc que l'action d'arrêt sur la fermentation soit dans une certaine relation avec la virulence.

Tuberculose chez le singe.

M. Richet. — Voici un animal qui a été déjà présenté ici. Il a reçu, le 10 mars 1892, une injection sous-cutanée de tuberculose aviaire sans en être incommodé, et le 12 mai une autre injection sans résultat. Le 15 août, injection intra-veineuse faible : on observe une courte période de malaise, puis l'animal se remet complètement. Le 4 novembre, on lui injecte dans les veines un cm. c. de culture aviaire, en même temps qu'une quantité correspondante à quatre autres singes. Il résiste tandis que ces derniers meurent rapidement. Donc l'inoculation aviaire sous-cutanée est indifférente chez le singe, l'injection intra-veineuse est mortelle, mais celle-ci venant après les inoculations sous-cutanées rencontre un organisme vacciné et n'entraîne pas la mort.

Hémorrhagie par les points lacrymaux, suite d'épistaxis.

M. Malbec. — Je crois intéressant de rapporter un fait clinique dont le mécanisme s'explique facilement, mais que l'on trouve cependant rarement signalé. Il s'agit de l'issue du sang par les points lacrymaux, au cours d'une épistaxis, après le tamponnement complet des fosses nasales.

Voici dans quelles conditions j'ai observé ce fait. Une dame, âgée de 52 ans, fut prise tout à coup d'une épistaxis abondante ayant son point de départ sur la cloison de la fosse nasale droite. Après le tamponnement antérieur de cette fosse nasale, le sang s'écoula par la narine gauche; je pratiquai alors le tamponnement antérieur des deux fosses nasales; le sang s'écoula tout d'abord par l'arrière-gorge, mais, sous l'action d'efforts que faisait la malade pour arrêter l'écoulement en arrière, une partie de ce sang vint sourdre au niveau des points lacrymaux, des deux côtés, les yeux parurent s'injecter, puis le sang s'écoula en larmes le long des joues. Le même fait se reproduisit le lendemain après le tamponnement que je fus obligé de pratiquer au cours d'une nouvelle épistaxis.

Ce phénomène, qui impressionna vivement ma malade, s'explique facilement même sans altération des voies lacrymales, comme c'était ici le cas, mais il n'en est pas moins intéressant au point de vue physiologique parce qu'il montre l'insuffisance des diverses valvules que l'on a décrites dans les voies lacrymales.

Lésions radiculaires et médullaires.

M. Sottas. — J'ai observé un premier cas se rapportant à une affection cancéreuse secondaire du sacrum. Il y avait, à la suite de compression, lésion atrophique totale des cinq premières racines sacrées à droite, et lésion incomplète des 2e et 3e à gauche. On notait une dégénérescence proportionnée des cordons postérieurs dans la région médullaire correspondante, avec atténuation par en haut de la dégénération. Dans un autre cas, il existait une paralysie à type radiculaire. Un abcès froid consécutif à un mal de Pott cervical avait comprimé les racines et entraîné une lésion proportionnelle du cordon postérieur.

M. Déjerine. — Cette communication comporte d'intéressantes déductions au point de vue de l'anatomie médullaire, et contribue à fixer la hauteur de pénétration des fibres correspondant aux racines altérées.

Ration alimentaire.

M. Lapicque. — Mes observations ont porté sur des Abyssins, spécialement sur des soldats indigènes fournissant un travail régulier et important. En soumettant à l'analyse

le pain que consomment ces sujets et qui constitue à peu près toute leur nourriture (pain fabriqué avec de la farine de sorgho), j'ai trouvé que les quantités admises comme ration alimentaire normale par Voit et déjà corrigées par Klemperer et Kurnagowa sont encore très inférieures pour les Abyssins. Ceux-ci ne consomment par jour que 60 grammes d'albumine, 300 d'amidon et 30 de graisse.

M. Richet. — J'ai vu des Arabes qui se nourrissaient d'un peu de pain et de quelques dattes, et qui pourtant faisaient 10 kilom. par jour. Il faut tenir compte, dans l'appréciation des chiffres, de la température habituelle des régions explorées. D'ailleurs ne sait-on pas combien, sur ce point, on peut observer, par exemple chez les hystériques, de faits s'écartant des lois admises ?

M. Dastre. — Toute cette question de la ration alimentaire et de la nutrition est à renouveler.

M. Chauveau. — Sans doute, mais en tenant compte des observations acquises, et en ne négligeant pas l'étude de la physiologie comparée qui peut fournir à cet égard d'intéressants enseignements.

M. Guinard signale les dangers des injections de liquides organiques quand ces liquides ne sont pas parfaitement limpides. Un grave phlegmon compliqué d'accidents d'hémiplégie avec aphasie s'est développé dans ces conditions. Le liquide correspondant injecté au cobaye a entraîné la mort en quatre jours : il existait une infection généralisée par le *proteus vulgaris.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mars 1893.

Présidence de M. Ferrand.

Traitement des chéloïdes par les injections hypodermiques d'huile créosotée.

M. P. Marie. — Je présente à la Société un homme atteint de chéloïde à la région sternale, chez lequel, à la suite d'une première ablation par le bistouri, il s'était fait non seulement une reproduction de la tumeur sur place, mais encore une inoculation à chacun des points de suture qui avaient été pratiqués pour rapprocher les lèvres de la plaie.

J'ai observé, d'autre part, un malade chez lequel serait survenue une sorte d'éruption de chéloïde dans des points divers du corps qui n'avaient jamais été le siège d'aucune plaie ni cicatrice. Dans ce cas, des scarifications avaient été faites quelques mois auparavant sur une grosse tumeur chéloïdienne. Je me demande si cette éruption nouvelle, généralisée, ne serait pas en rapport avec l'entrée dans la circulation générale de l'agent infectieux chéloïdien, sous l'influence d'auto-inoculations au niveau des scarifications Pour se mettre à l'abri d'accidents de ce genre, je recommanderai l'emploi d'injections faites dans la chéloïde avec l'huile stérilisée créosotée à 20 0/0. Il se fait ainsi un véritable embaumement de la chéloïde sans aucune inflammation de la peau avoisinante.

Les avantages de ce traitement consistent donc surtout en ce que, d'une part, il détermine une destruction très marquée de la chéloïde, en ce que, d'autre part, il semble devoir mettre entièrement à l'abri d'une généralisation secondaire. Ce mode de traitement pourrait donc être également utilisé pour d'autres néoplasmes cutanés, tels que les épithéliomes et peut-être le lupus.

M. Siredey. — J'ai observé pendant quatre ans, chez une femme de trente-cinq ans, des chéloïdes spontanées survenant sans cause connue. Lorsque je vis la malade pour la première fois, elle en avait une trentaine. Des faits de ce genre paraissent aller à l'encontre de la nature infectieuse des chéloïdes.

Sur un cas de tétanos grave traité avec succès par les injections d'antitoxine.

M. Barth. — Il s'agit dans cette observation, qui me paraît très instructive, d'un ouvrier de dix-huit ans, dont l'occupation, sale et fatigante, mais non malsaine, consistait à nettoyer et à charger des accumulateurs électriques.

Le 9 janvier, sans traumatisme connu, il est pris de lassitude et d'une certaine gêne dans les mouvements de la mâchoire. Le 10, contracture de la nuque avec renversement de la tête en arrière, mais pas de fièvre ni de vomissements.

Les jours suivants la contracture augmente et s'étend, l'alimentation devient très difficile et le malade entre dans mon service le 14 janvier. L'opisthotonos est alors très net. La flexion de la tête est impossible, mais la rotation est assez libre. Membres souples. Réflexes normaux. Pas de troubles de sensibilité. Rien du côté des yeux, des urines, des grands appareils.

On prescrit 8 gr. de bromure de potassium et 8 gr. de chloral en 24 heures. Cautérisation ponctuée le long de la colonne vertébrale. Bain de vapeur matin et soir. Régime lacté.

Ce traitement ne donne aucun résultat. La situation s'aggrave même ; des crises de contracture violente surviennent, la respiration s'embarrasse et la face devient violacée, presque asphyxique. Hyperesthésie cutanée extrême, déterminant, au moindre attouchement, des crises de contracture.

Ce fut dans ces conditions que je priai M. Roux d'instituer le traitement par les injections de sérum de cheval immunisé. Il en fit six, du 16 janvier au soir au 21, sous la peau du ventre, avec du sérum antitoxique au pouvoir de dix millions. Concurremment, la médication interne fut continuée, sauf du 18 au 19 janvier. Après quelques péripéties le malade était définitivement guéri le 10 février.

Voici les observations que ce fait clinique nous a paru suggérer.

Tout d'abord, on a constaté l'innocuité presque absolue des injections sous-cutanées de sérum, malgré la dose relativement considérable qui a été employée (300 centimètres cubes en six séances et en quelques jours). La réaction locale a été presque nulle. A peine un peu de tension douloureuse, sans rougeur ni inflammation, au niveau des points injectés ; en peu de jours tout avait disparu.

Quant aux effets généraux, on a noté une élévation assez considérable de la température dans les vingt-quatre heures qui ont suivi les premières injections. Cette fièvre est tombée rapidement et ne s'est pas reproduite, mais, deux jours plus tard, il s'est manifesté des sueurs profuses, suivies d'une éruption d'urticaire géante qui a duré, en tout, trente-six heures.

L'amélioration décisive ne s'est guère montrée qu'après ce dernier épisode, soit cinq jours pleins après le début du traitement.

M. Barth ne pouvait pas ne pas prévoir une assez grosse objection. En effet, concurremment avec les injections d'antitoxine, il a eu recours (sauf pendant vingt-quatre ou trente-six heures) à la médication chloralée et bromurée (1 gramme de chloral et de bromure toutes les trois heures). Par conséquent, un doute sur l'efficacité réelle des injections de sérum dans son cas.

A cela, il répond que le traitement symptomatique (chloral et bromure), employé seul au début de la maladie, n'avait pas empêché les accidents de s'aggraver rapidement et que c'est sous la menace d'une terminaison promptement mortelle qu'il a eu recours aux injections de sérum. Il croit donc assez légitime de leur attribuer la guérison finale.

Un cas d'albuminurie dans le cours d'une épidémie d'oreillons.

M. Bézy (Toulouse) présente l'observation d'une jeune fille de seize ans qui fut prise, sans cause appréciable, d'albuminurie, sans hématurie, dans le cours d'une épidémie d'oreillons. Cette albuminurie disparut très rapidement sans laisser de trace.

M. Bézy se demande, en s'appuyant sur des observations antérieures d'orchite ourlienne, ou même de dacryoadénite ourlienne sans oreillons, s'il n'est pas possible d'admettre une localisation analogue, tout à fait isolée sur le rein. Le cas qu'il rapporte serait un exemple d'albuminurie ourlienne sans oreillons.

Un cas de paralysie à la suite du choléra infantile.

M. Bézy a observé chez un enfant de 14 mois une paralysie des muscles de la nuque bientôt suivie d'une parésie

accentuée du bras gauche et de la jambe droite, à la suite d'une gastro-entérite grave. L'intestin aurait été, suivant lui, la porte d'entrée d'une infection à laquelle il faudrait rapporter ces phénomènes paralytiques. Cette paralysie s'améliora, d'ailleurs, assez rapidement.

M. Hanot. — Une telle paralysie est peut-être attribuable à l'action des toxines du coli-bacille.

M. Siredey. — Souvent l'invasion de la paralysie infantile est précédée de troubles intestinaux plus ou moins graves. Il y a peut-être là une relation de cause à effet.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 22 février 1893.

Présidence de M. Mayet.

Malformation congénitale de la face.

M. Collet, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. le professeur Poncet, atteint de malformation congénitale de la face et du crâne. Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans. L'affection dont il est porteur s'est développée peu après la naissance et est demeurée fort longtemps stationnaire ; l'été dernier, un traumatisme, léger d'ailleurs, lui a imprimé un certain accroissement. Actuellement, on constate sur la moitié gauche de la face deux larges replis cutanés. L'un s'étend de l'angle interne de l'œil à la fosse temporale ; le globe oculaire est complètement recouvert, l'organe cependant est sain ; on note seulement une légère amblyopie. L'autre repli part de la commissure labiale et vient se terminer à l'oreille, dans l'intérieur même du conduit auditif externe ; aussi, de ce côté, la surdité est-elle complète. En palpant ce repli, on perçoit quelques petites nodosités dans son épaisseur. Entièrement normale du côté droit, aux deux mâchoires, la dentition s'arrête du côté gauche aux deux prémolaires. Il y a en outre chevauchement des deux incisives.

Le maxillaire inférieur est sensiblement atrophié. Toute la moitié gauche de la voûte palatine est occupée par une saillie volumineuse. Le malade présente une pigmentation générale de la peau, plus accusée en certains points. Dans diverses régions, notamment au cou et dans le dos, on constate la présence de tumeurs appartenant à des types variés ; les unes paraissent être des nævi, d'autres des lymphangiomes ou des verrues. En résumé, cette observation se rapproche beaucoup de celles que MM. Audry et Lacroix ont réunies sous le nom de névromes plexiformes. L'opération que M. Poncet se propose de pratiquer permettra de faire l'examen histologique.

M. Poncet. — Ce malade est intéressant à divers points de vue. On doit se demander tout d'abord quelle est la nature des tissus qui constituent ces malformations congénitales. S'agit-il pour la face d'un névrome plexiforme ? Le fait est possible, mais, si l'élément nerveux a joué quelque rôle dans le développement de cette sorte d'éléphantiasis, on ne saurait dire qu'elle est aujourd'hui essentiellement constituée par du tissu névromateux. J'ai souvenir de quelques cas similaires qu'il fut impossible de caractériser nettement au point de vue histologique. Suivant les points examinés de la tumeur, l'angiome, le lymphangiome ou le névrome peuvent prédominer. S'il fallait absolument donner une dénomination à ce cas pathologique, je me prononcerais pour celle de « dystrophie générale des parties molles et du squelette ».

Dans l'observation présente, un traumatisme paraît avoir été la cause occasionnelle d'un accroissement subit. C'est là un fait très habituel. Sous l'influence d'irritations répétées, ces productions pathologiques peuvent également se transformer en tumeurs malignes. Les interventions chirurgicales même sont susceptibles d'amener cette transformation, témoin un cas cité dans le mémoire d'Audry et Lacroix. Chez ce malade, je me propose de pratiquer simplement une opération autoplastique du côté de la face, une ablation des deux replis cutanés afin de diminuer un peu la difformité.

Pseudo-hémoptysies d'origine hystérique.

M. Josserand. — L'hémoptysie hystérique se présente avec des caractères tels que l'examen seul du crachoir permet de faire le diagnostic d'hystérie. Ce phénomène est un stigmate de la névrose, au même titre que l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, l'hyperesthésie ovarienne ou le rétrécissement du champ visuel. Voici les caractères de ces pseudo-hémoptysies.

Le liquide rejeté est rouge, mais d'un rouge plus foncé que le sang pur ; il ne se coagule jamais et a un aspect visqueux. Il est vomi d'un seul coup et le vomissement est précédé de la sensation de boule hystérique. Brusquement la malade se dresse sur son lit, porte la main au cou et rejette un demi-verre de ce liquide. Le vomissement est quotidien et cela pendant des semaines et des mois.

Dans un verre à urine, il se divise en trois couches, ainsi qu'on peut le constater dans celui qui est mis sous les yeux de la Société. La couche supérieure est formée par un liquide rougeâtre filant comme la salive et ne contenant pas d'hématies. La couche intermédiaire, très mince, est plus rouge et composée exclusivement de globules rouges. La couche inférieure, plus considérable que la précédente, est formée de cellules épithéliales pavimenteuses. L'examen chimique de ce liquide a révélé la présence de mucine, de matières albuminoïdes et de ferments salivaires. En somme, la pseudo-hémoptysie des hystériques est constituée par de la salive mélangée à du sang. D'où vient ce sang ? Peut-être de la base de la langue ; on sait, en effet, que beaucoup de névropathes ont des varices dans cette région. Dans quelques cas le sang paraît venir de l'estomac. M. Josserand a fait le lavage de cet organe immédiatement après l'hémoptysie et a trouvé parfois le liquide retiré teinté de sang.

M. Bard confirme le fait clinique. Il a pu, lui aussi, à la seule inspection du crachoir, diagnostiquer l'hémoptysie hystérique. Mais il n'a pas constaté les caractères de quotidienneté et de quantité toujours égale affirmés par M. Josserand.

M. Morrisset a retrouvé les caractères signalés par M. Josserand chez plusieurs femmes et chez un homme hystériques. Ce dernier, actuellement dans son service, a régulièrement toutes les nuits une pseudo-hémoptysie.

M. Linossier. — La salive est un véhicule très mauvais conducteur des globules et agit sur eux à la façon de l'eau qui les dissout. L'aspect de ce sang est celui du sang dissous où il se fait de la méthémoglobine qui lui donne en partie cette coloration sombre.

P. Lacour.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 27 février 1893.

Présidence de M Ferron.

Parasite du favus du chien.

M. Sabrazès, après de nombreuses tentatives infructueuses n'aboutissant qu'à la production d'érythème circiné favique caractérisé au point de vue microscopique par des centres d'irradiation filamenteuse dans l'interstice des squames, a obtenu sur l'homme dans un seul cas une plaque de godets typiques, après l'inoculation du favus du chien. Les coupes, les rétrocultures sur milieux variés ont toujours donné le parasite primitif que les passages successifs sur la souris et sur l'homme n'ont nullement modifié. Il se développe sur agar peptonisé à 1/100, 24 heures après l'ensemencement, se recouvre au deuxième jour d'un court mycélium aérien poudré de blanc et se pigmente alors très vite en rouge foncé, surtout dans ses parties profondes. Dès le troisième jour, l'examen microscopique montre que le centre des colonies est parsemé de longues chaînes de coccidies, fréquemment bicellulaires au début, criblées de granulations pigmentées. M. Costantin, maître de conférences à l'Ecole normale supérieure, qui a justifié au point de vue botanique la différenciation de ce parasite d'avec celui du favus des poules et du favus ordinaire de la peau humaine, en fait un *oospora*. Il y aurait lieu d'adopter pour le champignon non classé jusqu'ici le nom d'*Oospora Costantin-Sabrazès*.

Passage de la mère au fœtus, au début de la gestation, du streptocoque de l'infection puerpérale.

MM. Chambrelent et **Sabrazès** relatent une nouvelle expérience de passage des streptocoques de la mère au fœtus.

La dernière lapine inoculée avec un streptocoque provenant d'une arthrite suppurée d'origine puerpérale était au dixième jour environ de la gestation. Les embryons, du volume d'une grosse lentille, sont farcis de chaînettes de streptocoques. M. Sabrazès insiste sur un point de technique relatif aux colorations de microbes dans les coupes. Les pièces fixées par les divers procédés usités sont incluses dans la paraffine et les coupes sont fixées sur la lame avec de l'eau gommée très claire. Après une dessiccation de plusieurs heures, bien complète, on peut enlever la paraffine par le xylol et les coupes adhèrent assez fortement à la lame pour qu'on puisse les soumettre à toutes les méthodes de coloration bactériologique sans les en détacher.

On fait ainsi, après une coloration en masse par le carmin, des colorations de microbes dans des coupes en série dont les résultats sont de tout point excellents, tandis que les diverses albumines indiquées par les auteurs font des précipités et sont d'un usage difficile.

Brûlures profondes de la face et du cuir chevelu.

M. Binaud présente un malade, âgé de 69 ans, qui, il y a un an, tomba la tête sur des charbons ardents et se fit des brûlures profondes étendues de la face et du cuir chevelu. Toute la partie supérieure du frontal, le tiers antérieur du temporal gauche et le tiers postérieur de l'occipital sont mis à nu, l'os est noirâtre, sec, sonore et paraît nécrosé; çà et là sont quelques champignons formés par des bourgeons charnus, exubérants, provenant d'îlots du périoste respectés; cependant il ne semble pas qu'il doive se former de séquestre, car la nutrition de ces os paraît assurée par la dure-mère dont les vaisseaux fournissent beaucoup de rameaux au diploé.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE HAMBOURG

Séance du 21 *février* 1892.

Maladie de Morvan.

M. Eisenlohr, après avoir tracé les signes principaux de la maladie de Morvan, présente un malade atteint de cette affection.

C'est un homme de 21 ans, qui, toujours bien portant, eut, il y a deux ans, un panaris du pouce gauche qui dura six à sept semaines. Depuis, il eut encore huit panaris sur les quatre premiers doigts de la main gauche. Le panaris du pouce se termina par la nécrose de la dernière phalange.

Le malade présente une analgésie très nette; l'insensibilité à la chaleur existe à partir de la main jusqu'au maxillaire supérieur, plus marquée en bas qu'en haut. Quand on fait une injection de pilocarpine, la transpiration est plus abondante dans la moitié gauche que dans la moitié droite du corps. L'excitabilité électrique est normale. Le réflexe tendineux du biceps brachial est seul aboli.

Plaie pénétrante de l'abdomen.

M. Sick présente un homme qui, au mois de décembre 1892, avait reçu un coup de couteau dans l'abdomen. Lorsque le malade fut apporté à l'hôpital, on trouva l'épiploon hernié à travers la plaie. On fit la laparotomie et on trouva tous les intestins déjà couverts d'un exsudat fibrineux très fin et une plaie pénétrante de 1 cm. de longueur sur l'intestin grêle. Suture de la plaie intestinale; suture de la partie inférieure et tamponnement de la partie supérieure de l'incision. Guérison sans complications, sauf un peu de fièvre les premiers jours après l'opération.

Résection costale.

M. Mœller présente un malade qui commença par présenter une carie du sternum et de la 2e côte qui furent, à plusieurs reprises, réséqués. Peu de temps après, il fut pris d'une pleurésie purulente gauche pour laquelle on réséqua les 9e et 10e côtes. Après un peu d'accalmie, apparition d'une arthrite tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne gauche, qui est, à son tour, traitée par la résection des os malades. Le malade n'était pas encore guéri de cette intervention lorsque sa pleurésie récidiva en nécessitant de nouvelles résections costales. De cette façon, on réséqua en tout près de 60 cm. de côtes. Le malade est actuellement guéri, mais la moitié gauche de son thorax est entièrement aplatie, bien que la partie supérieure du poumon gauche fonctionne bien.

Bactériologie de l'ozène.

M. Abel a fait à la Société de médecine de Greifswald (séance du 7 janvier) une communication sur la bactériologie de l'ozène.

Il a examiné sous ce rapport 16 cas d'ozène et toujours trouvé dans les sécrétions nasales un bacille analogue mais non identique au pneumo-bacille de Friedlænder. Le même bacille, signalé, déjà, du reste, par Lœwenberg, manque dans les rhinites d'autre nature et est constant dans l'ozène. On pourrait donc admettre que le bacille en question joue un rôle spécifique dans l'ozène.

En terminant, M. Abel rapporte un cas de rhinite fibrineuse où, au lieu du bacille de Lœffler, il trouva une culture presque pure de pneumocoques peu virulents.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 22 *février* 1893.

Pyosalpinx double.

M. Landau présente les pièces fraîches de deux cas de pyosalpinx double; dans le premier, une des poches est entière, l'autre présente une perforation faite au cours de l'opération et ayant laissé échapper du pus dans le péritoine; ces poches sont, comme le montre une coupe, multiloculaires. Dans le second, les poches sont fusiformes ou piriformes, les ovaires y sont adhérents.

Bothriocephalus latus.

M. Pariser présente des œufs de bothriocephalus latus recueillis dans les selles d'une jeune fille atteinte d'anémie grave et de manifestations gastro-intestinales. Concomitamment la malade avait le tænia saginata. L'évacuation des parasites amena une amélioration rapide. L'auteur attire l'attention sur le rôle que peut jouer le bothriocéphale dans les anémies graves.

Cystophotographie.

M. Nitze, à l'aide d'un appareil perfectionné et d'une méthode déterminée, obtient des photographies satisfaisantes de la cavité vésicale, dont il présente toute une série; il insiste sur les services que peuvent rendre ces photogrammes dans l'étude des différentes maladies de la vessie.

SOCIÉTÉ DE HUFELAND DE BERLIN

Séance du 9 *février* 1893.

Hématurie par amibes.

M. Posner rapporte l'observation d'un ouvrier de 37 ans qui, au milieu d'une santé parfaite, fut pris de frisson, de fièvre et de malaise. Le lendemain, ses urines devinrent sanglantes. L'examen microscopique montra que le sang provenait probablement des reins, car à côté du sang l'urine renfermait de l'albumine, de l'épithélium et des éléments figurés du rein. Mais ce qui frappait le plus à l'examen microscopique, c'était la quantité considérable de corpuscules protoplasmiques, mobiles, possédant un protoplasma granuleux, un ou deux noyaux et des prolongements. Il s'agissait évidemment d'amibes. Pendant deux jours l'examen des urines donnait les mêmes résultats. Au troisième, les amibes devinrent sphériques. Au quatrième l'hématurie cessa et l'examen des urines montra l'absence des amibes. Huit ou dix jours après, nouvelle attaque d'hématurie où l'examen microscopique constata jour par jour les mêmes phénomènes que dans l'attaque précédente. Pendant les deux mois que le malade passa à l'hôpi-

tal, il eut quatre attaques de ce genre. L'examen du sang, fait à plusieurs reprises pendant les attaques, n'a jamais montré la présence des amibes dans ce liquide.

Il faut donc admettre dans ce cas non pas une infection hématogène, mais une infection extérieure ascendante des voies urinaires par l'amibe dont le rôle étiologique paraît manifeste.

M. Ewald croit aussi que dans ce cas il s'agit d'une infection extérieure. La périodicité des attaques doit faire supposer qu'on a, dans ces conditions, affaire à plusieurs générations d'amibes, ce qui ne cadre guère avec l'idée d'une infection extérieure. L'absence des amibes dans le sang ne contredit pas d'une façon absolue l'origine hématogène, les amibes ayant pu se trouver en très petit nombre dans le sang.

M. Sandmann, qui a fait des recherches expérimentales sur les protozoaires, a trouvé qu'ils périssent très rapidement dans l'urine, dans laquelle il est impossible de les cultiver.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 14 *février* 1893.

Absence du sucre dans l'urine normale.

M. Johnson. — Tous les réactifs du sucre communément employés sont basés sur son action réductrice; c'est ainsi qu'avec le réactif de Fehling la quantité de sucre est évaluée d'après la quantité d'oxyde cuprique formé. Mais l'urine humaine normale réduit les sels cupriques en solution alcaline à l'ébullition. C'est pour cette raison que, dans bien des cas, on a affirmé la présence du sucre dans une urine qui n'en contenait nulle trace; c'est ce qui peut surtout se produire quand on a affaire à des urines denses et très concentrées.

J'admets avec M. Pavy que le quart du pouvoir réducteur de l'urine humaine normale doit être attribué à l'acide urique; mais cette urine normale est complètement dépourvue de sucre. J'ai isolé de l'urine, au moyen du chlorure de mercure, une créatinine spéciale, qui diffère des créatines ordinaires dont elle est isomère. L'urine ainsi dépourvue de cette créatinine et filtrée a perdu son action réductrice. En somme, on peut dire que l'urine normale doit un quart de son pouvoir réducteur à l'acide urique et les trois autres quarts à cette créatinine. On arrive aux mêmes conclusions si on emploie le réactif de Schwartz; on ajoute à l'urine de l'acétate de plomb et on obtient un précipité. On filtre. On alcalinise la liqueur filtrée avec de la potasse et une solution de phénylhydrazine; on porte à l'ébullition, on obtient une couleur orangée suivie d'un précipité de même couleur quand on ajoute un excès d'acide acétique, s'il y a du sucre. Or, ce réactif montre l'absence du sucre de l'urine normale.

M. Hunter. — Je crois que le pouvoir réducteur de l'urine normale est dû à d'autres substances que l'acide urique et la créatinine. Je crois que toute urine normale contient des hydrates de carbone qui sont plus ou moins voisins du glucose. C'est ce que démontre la réaction du furfurol. Les conclusions de M. Johnson ne sont vraies qu'en ce qui concerne des proportions pathologiques de sucre, mais elles ne prouvent pas l'absence complète de ce dernier de l'urine normale.

M. Curnow. — Je recommande tout particulièrement l'emploi du réactif phényl-hydrazine, excellent pour les besoins cliniques.

M. Harley. — Des urines normales peuvent contenir du sucre; la présence de ce dernier dépend et des sujets et du régime alimentaire.

M. Johnson. — Je n'ai pas nié la présence d'hydrates de carbone dans l'urine, mais seulement celle du sucre.

Gêne du genou par allongement du ligament rotulien.

M. Walsham. — Une jeune femme de 21 ans se plaignait de douleurs dans le genou et de difficulté de marcher; il lui arrivait de tomber brusquement sans pouvoir se retenir. Le ligament rotulien était allongé et on pouvait aisément luxer la rotule sur l'un ou l'autre condyle. On retendit ce ligament en transplantant le tubercule du tibia à 1 c. m. plus bas sur le corps de l'os. La malade guérit très bien. J'ai vu un autre cas absolument semblable et que j'ai traité de même. Je n'ai jamais lu une description ni de cette maladie, ni de cette opération. J'en ai rencontré tout récemment un troisième cas, ce qui me porte à croire que cet accident est moins rare qu'on pourrait le croire.

Séance du 28 *février* 1893.

Fractures des os longs dans le tabes dorsalis, la syphilis, et les paraplégies.

M. Rivington. — J'ai vu cinq cas de fractures pour des causes absolument futiles chez des malades atteints de tabes, et un cas de fracture chez un malade atteint depuis quinze ans de paraplégie avec atrophie des membres inférieurs. Chez les cinq tabétiques les fractures étaient voisines des articulations; l'une siégeait au niveau du col de l'humérus droit, trois au niveau ou près du col du fémur, dont deux à droite et une à gauche; enfin la cinquième portait sur le tibia et le péroné du côté droit, à 3 cm. 1/2 au-dessous du genou. Dans deux cas de fractures du col du fémur on ne put obtenir la consolidation. Dans trois tas de fractures la consolidation se fit, bien dans deux cas et mal dans le troisième. Dans les deux cas où la consolidation se fit bien, il y eut un gros cal, comme l'a déjà du reste indiqué Charcot. Dans un de ces cas, que j'ai revu plusieurs années après l'accident, le cal s'était résorbé. Les malades étaient respectivement âgés de 42, 46, 51, 55 et 57 ans. Ces fractures, comme cela arrive pour les lésions articulaires, se produisirent à la période prodromique de l'ataxie locomotrice, et avant l'apparition des symptômes ataxiques; elles étaient dues à une atrophie avec raréfaction du tissu osseux sans phénomènes inflammatoires. Chez deux malades il y avait des antécédents syphilitiques; mais, à mon sens, il n'y a aucune relation à établir entre ces fractures et la syphilis. Les fractures spontanées de la syphilis sont produites par des gommes. On ne connaît pas assez les *fractures spontanées de l'ataxie locomotrice de Charcot.*

M. Hulke. — J'ai vu une fracture semblable chez une femme de 34 ans ayant des douleurs des jambes, des troubles de la sensibilité, un ulcère perforant, des crises gastriques, tous symptômes de l'ataxie locomotrice. Cette fracture se consolida mal et une nouvelle fracture se produisit au même niveau presque spontanément. Elle siégeait sur le tibia.

M. Buzzard. — Il y a plus de dix ans j'ai publié deux cas de fractures spontanées chez des tabétiques. Le point intéressant est de savoir quelle est la région des centres nerveux dont la lésion entraîne ces fractures spontanées C'est Ball qui le premier a noté la fréquence des crises viscérales dans les cas d'arthropathies tabétiques. En 1880 j'ai avancé, devant la Société pathologique, que les crises gastriques étaient dues à la sclérose des noyaux du vague, fait qui a été depuis parfaitement établi. Il est permis d'admettre que la région dont la lésion produit des fractures spontanées n'est pas dans la moelle, mais plutôt dans la moelle allongée, comme le démontre l'absence de fractures dans les maladies qui n'atteignent que la moelle.

M. Hutchinson. — L'ostéomyélite gommeuse des syphilitiques ne présente aucun épaississement local et ne peut être reconnue extérieurement. Sur 27 cas de syphilis tertiaire relatés par Chiari, 9 avaient des gommes centrales des os longs. Dans un cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius associée à une gomme centrale, la non-consolidation persista pendant quatre ans; sous l'influence de l'iodure de potassium on obtint la consolidation en six semaines. La syphilis ne produit pas directement la fragilité des os, mais indirectement par les gommes ou les lésions nerveuses.

M. Bennett. — Il est mieux de désigner ces fractures sous le nom de fractures par causes futiles que sous celui de fractures spontanées. Ces fractures peuvent survenir dans d'autres maladies que le tabes; je les ai vues se produire chez des névropathes. Au contraire, il n'y a pas de fractures chez les hémiplégiques ou chez les enfants atteints de paralysie infantile.

M. Golding-Bird. — Chez un homme qu'on avait déjà opéré d'un ulcère perforant qui avait récidivé, je fis une amputation de Pirogoff. La plaie guérit bien, mais il n'y eut pas de réunion osseuse. Cependant le malade put marcher.

M. Bryant. — Je n'ai pas vu plus de fractures dans le tabes que dans les autres maladies nerveuses. Dans la paralysie générale, les fractures sont récentes.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 24 février 1893.

Résection de la tête du fémur.

M. Lockwood montre des pièces anatomiques provenant d'une résection de la tête du fémur qui réussit très bien; mais la malade mourut ensuite d'influenza. Au premier abord on dirait que la tête du fémur existe toujours, car l'extrémité du col est renflée, arrondie et polie comme une surface articulaire. L'acétabulum était aussi uni et relié au col du fémur par de longues bandes fibreuses.

Nouvelle opération pour les anciennes luxations du fémur.

M. Lane. — J'ai eu à soigner un enfant de 7 ans atteint d'une luxation dorso-iliaque de la hanche datant de trois ans. On sentait la tête de l'os mobile sur l'os iliaque; la flexion forcée de la cuisse replaçait la tête fémorale dans la cavité articulaire, mais elle en sortait dès que la cuisse s'étendait un peu; tout le rebord supérieur de la cavité cotyloïde avait disparu. La marche était très troublée et il y avait une lordose très prononcée. Je sectionnai tous les muscles attachés aux trochanters et à la partie supérieure de la ligne âpre et je fis la section sous-cutanée de ceux des adducteurs qui résistaient. Je vis qu'il était impossible de retenir la tête dans l'acétabulum. Je mis alors la cuisse en rotation forcée en dedans, de façon à faire proéminer en avant et en dedans la tête fémorale. Je pratiquai alors une excavation dans l'os iliaque, immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure; je débarrassai la tête des parties volumineuses qui avaient bourgeonné tout autour d'elle de façon à lui rendre son volume normal. Je plaçai la tête ainsi préparée dans la cavité que j'avais formée et je l'y maintins par une forte ligature passée à travers le tendon du muscle droit et le ligament antérieur. Le résultat fut très satisfaisant. Quand un individu sain est dans le décubitus dorsal, les bords internes des deux pieds font entre eux un angle droit. Ceci montre que lorsque dans les luxations du fémur ou les traumatismes du genou ou de la jambe, les chirurgiens placent le membre dans la rotation en dedans, ils font une erreur de principe et de pratique qui peut empêcher l'union des fragments. Dans les cas de fractures intra-capsulaires que j'ai pu examiner après la mort et qui avaient bien guéri pendant la vie, j'ai toujours trouvé les cuisses en rotation externe. J'ai vu deux cas de fractures intra-capsulaires du col du fémur chez de jeunes sujets; ces fractures avaient été méconnues et on avait laissé les sujets prendre l'attitude normale du décubitus dorsal avec rotation des cuisses en dehors. Les résultats ont été excellents. On devra donc toujours dans les fractures intra-capsulaires et les résections de la tête du fémur placer le membre inférieur en rotation externe.

M. Lockwood. — Je crois qu'il serait mauvais de traiter une fracture de l'extrémité supérieure du fémur en laissant le pied fortement renversé.

M. Rake. — Je crois qu'il n'est pas mauvais de laisser un certain degré de rotation en dehors.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 27 février 1893.

Guérison de lèpre.

M. Hutchinson. — Voici un malade que j'observe depuis trois ans; il a contracté la lèpre à l'étranger. Je l'ai traité par de l'arsenic longtemps continué et je lui ai interdit le poisson; il est maintenant presque guéri. Ce même traitement m'a donné de très bons résultats chez un autre malade bien plus gravement atteint. L'usage du poisson me paraît jouer un grand rôle dans la production de cette maladie.

Ostéomyélite aiguë des deux épaules.

M. Owen. — Le 3 juin 1892, un enfant de deux ans était admis à l'hôpital pour un abcès aigu de chaque épaule. Cet enfant était très affaissé; il avait eu des convulsions; la mère n'avait constaté l'existence des abcès que la veille du jour où l'enfant entra à l'hôpital. On fit le diagnostic d'inflammation aiguë septique de l'extrémité supérieure de chaque diaphyse humérale, avec envahissement de l'articulation. On réséqua les deux épaules; on trouva du pus dans les deux articulations; la tête de chaque humérus était ulcérée et l'extrémité supérieure des deux diaphyses était malade. On gratta et on lava et l'enfant guérit; il a des mouvements des deux épaules.

Rétrécissement du rectum.

MM. Goodsall et **Hall** montrent une femme de 31 ans, opérée en 1883 pour des hémorrhoïdes et en 1884 pour une fistule et un abcès ischio-rectal. En 1886 elle fut soignée pour un rétrécissement du rectum. En 1890 on observa des signes évidents d'infection syphilitique et, en octobre 1890, le rétrécissement fut dilaté et on y introduisit un tube en caoutchouc. Elle revint à l'hôpital en février 1892 dans un grand état de prostration; en avril elle eut une dyspnée croissante et on lui retira de la plèvre gauche plus de 1500 grammes d'un liquide séreux. On dut recommencer la ponction douze fois. En juin 1892, la malade eut des douleurs abdominales très vives, et le foie descendait alors au niveau de l'ombilic. En juillet on pratiqua la kélotomie inguinale gauche. En octobre 1892, la malade sortit de l'hôpital en bonne santé.

Suture de l'urèthre rompu.

M. Pearce Gould. — Voici un homme qui eut une rupture de l'urèthre due à une chute. Aussitôt après l'accident il chercha à uriner, mais ne rendit que du sang et l'urine vint distendre le scrotum. J'ai passé dans l'urèthre une sonde droite que j'ai introduite aussi loin que possible, puis j'ai incisé sur la ligne médiane du périnée; je finis par trouver le bout profond de l'urèthre que je suturai à l'aide de fils de soie passés dans le corps spongieux; puis je laissai pendant onze jours une sonde dans l'urèthre; j'introduisis ensuite des sondes plus grosses et le malade guérit. Chez un enfant de 7 ans, qui ayant une rupture complète de l'urèthre avait cependant pu uriner sans peine pendant trois jours, je fis une taille hypogastrique par laquelle je drainai la vessie; le résultat fut excellent. On doit toujours suturer les extrémités d'un urèthre rompu et ne pas les laisser granuler; il faut laisser la plaie périnéale ouverte pour assurer le drainage de la vessie.

Hypertrophie de la rate.

M. Cautley. — Voici une jeune femme de 26 ans qui, depuis l'âge de 11 ans, a une hypertrophie de la rate. Sa santé générale est bonne; cependant, elle est un peu anémique. Actuellement la rate se prolonge jusque dans la fosse iliaque droite. Le nombre des hématies est inférieur au chiffre normal; il existe un leucocyte pour cent hématies. La rate est un peu moins volumineuse qu'en août 1892. La malade n'a pas eu d'hémorrhagies.

Syphilide (?) de la face.

M. Abraham. — Voici une femme qui a sur la figure une sorte de tache brunâtre formant un épaississement et envahissant le front, le nez et les joues. Le diagnostic est en suspens entre lupus et syphilis tertiaire. Il n'y a pas d'antécédents nets de syphilis, mais la malade a fait quatre fausses couches. L'iodure a donné de l'amélioration, mais la malade a présenté des phénomènes d'intolérance qui ont contraint de le supprimer; elle présente la même intolérance pour le mercure.

M. Hutchinson. — Si cet accident est syphilitique, ce dont je doute fort, c'est un lupus syphilitique; il est rare cependant que le lupus syphilitique ne s'ulcère pas.

M. Colcott Fox. — Le lupus étant une tuberculose locale de la peau, je ne puis admettre le terme de lupus syphilitique; il faudrait dire qu'il s'agit d'une syphilide lupiforme.

Fracture de Dupuytren.

M. Hutchinson junior. — Voici un homme qui a été traité pour une fracture de Pott; mais le membre a toujours depuis été douloureux et le malade en a même demandé l'amputation. La cheville est très élargie. Je demande quelle opération autre que l'amputation pourrait être utile.

M. Sheild. — Je crois que le repos prolongé avec le bandage de Martin devrait d'abord être essayé.

M. Keetley. — Je conseille l'excision de l'astragale.

M. Hutchinson. — Le repos prolongé et le bandage de Martin ont déjà été inutilement essayés.

AUTRICHE

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 6 février 1893.

Syringomyélie.

M. Weiss présente un malade dont les membres du côté droit sont frappés, depuis deux ans, de faiblesse et d'amaigrissement. En janvier 1892, panaris indolore de l'index droit avec nécrose de la phalangette. Depuis quelques jours, les douleurs qui existaient dans l'épaule et le bras droits ont envahi le côté gauche. La marche est ataxique. Les muscles de l'épaule droite sont atrophiés et paralysés. La dissociation classique de la sensibilité est très manifeste. Les mains du malade sont couvertes de fissures et de pustules. Les réflexes rotuliens sont exagérés; les vertèbres cervicales et les premières dorsales sont sensibles à la pression, les muscles de la nuque tendus. Rétrécissement du champ visuel pour le rouge et le vert, et diminution de l'excitabilité électrique.

Il s'agit évidemment, dans ce cas, d'une compression centrale du cordon postérieur et de la substance grise de la moelle épinière, au niveau des colonnes cervico-dorsales. Le malade serait donc atteint d'un gliome ou de syringomyélie.

M. Benedikt pense que la syringomyélie est une expression impropre pour un diagnostic, car le processus qu'on désigne sous ce nom a ceci de particulier qu'il apparaît le plus souvent dans les cordons postérieurs. En somme, la syringomyélie ou la formation des cavités est le dernier terme du processus désigné par M. Benedikt sous le nom de lymphorrhagie.

Prostatite blennorrhagique chronique.

M. Finger a pu examiner histologiquement douze prostates provenant d'individus atteints de prostatite chronique dans le cours d'une blennorrhagie chronique. Macroscopiquement, on constatait un boursouflement de la muqueuse de la portion prostatique, un épaississement de l'épithélium uréthral, une tuméfaction du veru-montanum.

La sécrétion prostatique très épaisse contenait des cellules épithéliales et des corpuscules de pus. Au niveau du verumontanum l'inflammation chronique avait envahi le tissu conjonctif sous-épithélial et provoqué une infiltration de petites cellules et la transformation fibreuse du tissu conjonctif. Les mêmes lésions existaient aussi au niveau des canaux éjaculateurs. Quand le processus avait atteint la prostate, on trouvait une infiltration péri-glandulaire qui quelquefois aboutissait à la destruction de la glande, qui dans certains cas était atteinte de catarrhe purulent.

Névrose traumatique.

M. Weiss présente un malade qui a reçu sur la tête un poids de 20 kilogr. Il fut pris de maux qui persistent encore au bout de 8 mois. Actuellement le malade accuse encore une faiblesse qui le rend impropre au travail. Il a des tremblements, tombe quand on lui dit de fermer les yeux, ce qui est en faveur d'une hémorrhagie du corps strié. Les réflexes sont exagérés, la marche ataxique, la parole scandée. En même temps, rétrécissement du champ visuel pour le blanc et abolition de la perception du rouge et du vert.

Il est certain que le malade est atteint de névrose traumatique. Son cas est d'autant plus intéressant qu'il est considéré comme simulateur par l'Administration des chemins de fer où il est employé.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séance du 24 février 1893.

Trois trépanations du crâne.

M. Gussenbauer a eu l'occasion de faire la trépanation du crâne dans les trois cas suivants :

Un ouvrier reçoit une charge de bois sur la tête, et vient à la visite avec une plaie du cuir chevelu du côté gauche de la tête. La plaie paraissait simple, l'os intact. On appliqua un pansement antiseptique humide et, quinze jours après, le malade quitta le service avec une plaie couverte de granulations. Quelques jours après, il revint en se plaignant de maux de tête et de vertiges. Comme il n'y avait pas de fièvre ni d'autres phénomènes sérieux, on se contenta de prescrire du bromure de potassium et de la glace sur la tête. Deux mois après, nouvelle visite du malade qui cette fois arrive avec une température de 39°6, une céphalalgie intense et des vertiges. L'indication de la trépanation n'était pas nette, mais elle fut faite à la prière du malade. Dans l'étendue de la cicatrice l'os fut trouvé hypertrophié, congestionné, la dure-mère injectée. Celle-ci incisée, on trouva la substance cérébrale saine, ne présentant pas de fluctuation. On se contenta donc de refermer la plaie, et le malade guérit ainsi et de l'intervention et des accidents qu'il avait présentés.

Le second cas se rapporte à un homme de 42 ans, qui seize ans auparavant avait reçu à la tête un coup de pied de cheval. Il y eut à cette époque une fracture du crâne avec compression dont il se remit pourtant assez vite.

Maintenant il venait à la clinique pour des accidents épileptiformes survenant depuis cinq ans, trois ou quatre fois par jour. La crise, pendant laquelle le malade ne perd pas connaissance, est très courte et caractérisée par des douleurs violentes et des fourmillements, se faisant sentir dans tout le corps et principalement dans la tête.

A l'inspection du crâne on trouve dans la région temporale droite une dépression ovale mesurant six centimètres de longueur, quatre de largeur et un de profondeur. Rien au fond de l'œil, à l'examen ophthalmoscopique.

La trépanation, faite d'après le procédé de Kœnig, n'ayant révélé rien d'anormal, ni épaississement, ni congestion, ni adhérences du côté de la dure-mère ou de l'os, on se contenta de refermer la plaie. L'intervention eut pour résultat d'espacer les crises (une crise tous les deux jours) et de les rendre moins intenses.

Le troisième cas est particulièrement intéressant.

Il s'agit d'un marbrier de 35 ans qui avait subi deux traumatismes du côté de la tête : une pierre sur le pariétal gauche en 1880 et une planche sur le côté gauche en 1887. La dernière fois il eut une syncope, mais put dès le lendemain se remettre au travail.

En avril 1889, il fut pris de névralgie dentaire à la suite de laquelle il survint une gingivite atrophique, de sorte que lorsque le malade vint à la clinique en 1892, les dents qui restaient étaient dénudées jusqu'à la racine. En même temps, douleurs aiguës dans la tête et vertiges.

A l'examen du malade, à côté des lésions de la bouche, on trouvait une perte de substance osseuse de 8 cm. de long occupant le pariétal et le temporal gauches. Le bord osseux qui circonscrivait l'orifice était irrégulier, à dentelures. Le doigt appliqué à ce niveau sentait nettement des pulsations.

On fit la trépanation. Après l'incision du cuir chevelu, on trouva un tissu composé de granulations, non adhérent à l'os sous lequel il paraissait se prolonger. Aussi pour atteindre ses limites a-t-il fallu réséquer une portion de l'os de 15 cm. de longueur sur 11 de largeur. La tumeur, très vasculaire, adhérente à la dure-mère, fut extirpée au bistouri et l'hémorrhagie arrêtée au thermocautère. Suites opératoires simples. Guérison sans complications.

L'examen histologique de la tumeur, fait par M. Chiari, a montré qu'il s'agissait d'un sarcome alvéolaire à cellules rondes.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Nouvelle contribution à l'étude du rôle du bacterium coli dans les affections de la région ano-rectale, par Henri Hartmann et Emile Lieffring.

Lorsque le 20 janvier dernier nous vous avons présenté des coupes et des cultures établissant l'existence dans une hémorrhoïde externe enflammée de colonies de bacterium coli que nous ne retrouvions pas dans des hémorrhoïdes à l'état flasque, nous vous disions que ce bacterium coli était peut-être l'agent pathogène de l'inflammation hémorrhoïdienne; mais, en présence de ce cas jusqu'alors isolé, nous appelions de nouvelles recherches, ne nous croyant pas en droit de conclure d'une manière définitive.

Les faits n'ont pas tardé à confirmer ce que nous avions avancé.

Dans la séance du 10 février, M. Quénu est venu vous dire que de son côté il poursuivait des recherches sur ce point, qu'il possédait même des coupes d'hémorrhoïdes étranglées sur lesquelles on voyait des staphylocoques. Depuis la communication que nous vous avons faite, il a, à notre exemple, eu recours aux procédés habituels de culture et a obtenu des résultats identiques aux nôtres. Le 24 janvier, 4 jours après notre communication, se trouvant en présence d'un cas d'hémorrhoïde enflammée, il recueillait avec les précautions d'usage un peu de sang et le confiait à M. Lesage qui y constatait du bacterium coli et des staphylocoques. Quelques jours plus tard, dans un deuxième cas de thrombose hémorrhoïdaire, il n'obtenait que des cultures pures de bacterium coli.

Aujourd'hui, nous vous apportons à notre tour de nouveau le résultat de recherches faites dans un cas d'hémorrhoïde interne, procidente et enflammée, comme en janvier dernier. Il s'agit d'un malade que nous avons observé et opéré dans le service de notre maître, le professeur Terrier.

Observation I. — Cet homme, âgé de 55 ans, journalier, entrait le 13 février 1893 à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay. Il n'avait eu, pendant tout le cours de sa vie, qu'une seule poussée hémorrhoïdaire vers l'âge de 20 ans, poussée qui avait nécessité un séjour d'une semaine environ à l'hôpital Saint-Antoine, où il avait été traité par des bains répétés.

Jamais, depuis cette époque, il n'avait eu de douleurs, ni d'écoulements sanguins par l'anus.

C'est le 11 février que la poussée actuelle a débuté.

Le 14 février, lorsque nous l'examinons, nous constatons que la marge de l'anus est, à droite, le siège d'un bourrelet œdémateux qui couvre et cache de ce côté l'orifice anal. Lorsqu'on attire un peu ce bourrelet en dehors, on voit que sur sa face interne il prend l'aspect muqueux, on y reconnaît les colonnes et les nids que présente normalement la muqueuse du canal anal. Immédiatement au-dessus de ces saillies colonnaires et de ces dépressions existe une tumeur du volume d'un gros pois chiche, douloureuse, ferme, un peu rénitente, d'une coloration rouge, un peu foncée, noirâtre à son point le plus saillant. La muqueuse avoisinante est saine. Le canal anal est libre. Il s'agit bien évidemment d'une *hémorrhoïde interne enflammée, procidente et non étranglée.*

Le malade est analgésié par trois inhalations de bromure d'éthyle. Après avoir touché un point avec le thermocautère, nous ponctionnons à travers l'eschare l'hémorroïde et recueillons dans une pipette stérilisée quelques gouttes de sang. Faisant ensuite une ligature de la base de l'hémorrhoïde avec deux fils en x, passés avec l'aiguille de Reverdin, nous excisons d'un coup de ciseaux la tumeur et touchons le pédicule au thermo-cautère. Le pédicule réduit, un drain est placé dans l'anus.

Le 15, le gonflement de la marge a disparu, le malade ne souffre plus, sa température est normale et le 22 il sort complètement guéri.

Le sang, recueilli dans la pipette, a été immédiatement dilué dans du bouillon, puis ensemencé dans des boîtes de Petri. Les cultures ont été, comme vous pouvez le voir, des *cultures pures de bacterium coli.*

Laissant de côté les premiers faits de M. Quénu, sans valeur, cet observateur ayant négligé de faire des cultures et s'étant contenté de rechercher sur des coupes le bacterium coli que l'on n'y trouve que très difficilement, et réunissant à nos deux observations les deux faits étudiés, postérieurement à notre communication, par M. Quénu à l'aide des procédés habituels de culture, nous voyons que dans quatre cas d'hémorrhoïdes enflammées et thrombosées, quatre fois on a trouvé du bacterium coli, trois fois à l'état pur, une fois associé à des staphylocoques. Il semble donc bien que le *bacterium coli soit l'agent pathogène habituel de la phlébite hémorrhoïdaire.*

Si maintenant nous mettons en regard des résultats fournis par les recherches bactériologiques faites avec le sang des hémorrhoïdes, ceux que donne l'examen du pus des abcès de l'anus, nous arrivons à des résultats différents.

Le bacterium coli existe dans certains abcès de l'anus. Passet, Muscutatello, nous-mêmes l'y avons constaté, comme nous vous le disions le 20 janvier dernier. MM. Lannelongue et Achard, dans le numéro du 26 janvier du *Bulletin médical*, ont de leur côté publié deux observations d'abcès dans lesquels les procédés habituels de culture ne leur ont montré que du bacterium coli. Mais ce n'est pas là l'ordinaire. MM. Lannelongue et Achard notent du reste que, chez leurs malades, l'organisme était affaibli, débilité ; nous relevons de plus, à la lecture de leurs observations, que l'un d'eux était un tuberculeux pulmonaire avéré, avait de la diarrhée, que l'autre était depuis une rougeole à demi cachectique avec de l'impétigo, etc. Nous sommes donc en droit de supposer qu'il ne s'agissait peut-être que d'abcès tuberculeux secondairement envahis par le bacterium coli, étant donné que ces observateurs ont omis de faire la recherche expérimentale de la tuberculose locale. Ce qui nous fait hasarder cette hypothèse, c'est que nos observations montrent que le bacille tuberculeux peut exister dans ces abcès alors même que rien ou presque rien ne fait soupçonner chez le malade l'existence de la tuberculose.

Obs. II. — T..., 29 ans, a été traité en ville, il y a environ trois semaines, pour un abcès de la région anale qui s'est ouvert à l'intérieur spontanément au bout d'une huitaine de jours. Depuis ce moment il constate qu'il rend par l'anus un peu de pus qui tache la chemise. Le 1er décembre il est pris de douleurs pendant la défécation et le soir de rétention d'urine pour laquelle il entre à l'hôpital, dans le service de notre maître le professeur Terrier, le 28 novembre 1892. Cette rétention ne dure que 48 heures.

Le père est mort de tuberculose pulmonaire, une sœur de méningite tuberculeuse ; lui-même tousse depuis longtemps, a craché le sang et a eu, à l'âge de 23 ans, une tumeur tibio-tarsienne droite terminée par ankylose.

En l'examinant, nous constatons qu'il existe à gauche de l'anus, au niveau des plis radiés, une petite induration et même à la vue une légère tuméfaction sans le moindre orifice fistuleux. Au toucher rectal on trouve au niveau de la partie gauche de la prostate une induration au milieu de laquelle le doigt reconnaît un orifice fistuleux. Aucun écoulement par l'urèthre. Pas de fréquence des mictions, rien dans les urines. Craquements secs aux deux sommets.

Le 8 décembre, après avoir anesthésié le malade suivant notre procédé habituel (bromure d'éthyle, puis chloroforme), nous incisons la peau au niveau du cul-de-sac juxta-anal, puis chargeant tout le trajet fistuleux sur une sonde cannelée, nous le sectionnons. Curettage des fongosités qui le tapissent et qui forment à la partie supérieure une petite cavité juxta-

prostatique. Thermocautérisation. Ouate iodoformée. Drain dans l'anus.

Le 4 février 1893 le malade sort incomplètement cicatrisé, mais ne souffrant pas et n'ayant aucun trouble du côté du rectum.

L'examen bactériologique ne nous a donné que du bacterium coli à l'état de culture pure. Le cobaye inoculé le 11 est mort de froid le 25 décembre. Au niveau du point d'inoculation existe une petite ulcération lenticulaire qui a toutes les apparences d'une ulcération tuberculeuse.

Obs. III. — F..., âgé de 25 ans, forgeron, est entré à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, dans le service de M. le professeur Terrier, notre maître. A l'âge de deux ans il fut atteint de broncho-pneumonie ; en 1886, au Tonkin et en Algérie, il eut la malaria, la dysentérie et une bronchite grave qui l'amenèrent rapidement à une cachexie profonde ; une convalescence de 5 mois lui permit de reprendre le service militaire. Aujourd'hui le malade a le facies pâli, anémique, tousse régulièrement le matin, et présente une respiration rude au sommet gauche, avec une légère matité à ce niveau. Jamais il n'a eu d'hémoptysies.

Dans les antécédents héréditaires nous relevons chez le père une affection pulmonaire qui l'emporta au bout de deux mois et demi. La mère, depuis 30 ans, souffre d'une bronchite chronique.

Le 27 décembre dernier notre malade ressentit au niveau de l'anus une violente démangeaison qui se changea bien vite en une douleur intolérable, accompagnée de fièvre et d'insomnie, et le détermina à entrer à l'hôpital.

A son entrée il était porteur, à la marge de l'anus, en arrière et à droite, d'une tuméfaction rouge, douloureuse et fluctuante, en un mot d'un abcès pré-anal sous-cutanéo-muqueux, à marche aiguë, survenu sans cause appréciable (absence de lésions locales et de troubles fonctionnels du côté de l'intestin). L'incision, sous l'anesthésie au bromure d'éthyle, amena une prompte guérison qui s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Le pus recueilli avec les précautions requises et ensemencé d'après les méthodes appropriées, nous donna des cultures pures de *bacterium coli*. Un cobaye inoculé, mort de froid au dixième jour, présentait une petite ulcération lenticulaire d'apparence tuberculeuse.

Obs. IV. — S..., 40 ans, entre le 21 décembre 1892 à l'hôpital Bichat dans le service de notre maître le professeur Terrier.

Ce malade, qui présente depuis 1889 des accidents pulmonaires, diarrhéique depuis plusieurs années, est sujet depuis 1887 à des abcès à répétition au pourtour de l'anus. C'est huit jours avant son entrée qu'il a ressenti des douleurs assez vives et vu apparaître une tuméfaction considérable de la région ouverte spontanément depuis deux jours. Il existe un vaste décollement occupant la partie gauche de l'anus, s'étendant en avant dans le périnée, à gauche jusqu'à la racine de la verge, à droite un peu moins loin, encadrant d'autre part la moitié antérieure du côté droit de l'anus. A gauche de celui-ci, ulcération à bords décollés, conduisant dans le clapier sous-jacent. A droite, orifice fistuleux à bords un peu ulcéreux.

Le malade présente des signes de tuberculose pulmonaire au 3e degré.

Le 27 décembre, après anesthésie par le bromure d'éthyle, puis le chloroforme, nous incisons tous les clapiers et grattons les fongosités, terminant par une réunion partielle des trajets et la cautérisation du reste.

Le malade sort le 15 février très amélioré; les parties réunies le sont en presque totalité restées; le reste s'est partiellement cicatrisé; le malade ne souffre plus, n'a plus de fièvre et quitte l'hôpital très amélioré.

Le 8 mars, nous revoyons le malade ; il a considérablement engraissé et les plaies opératoires sont presque complètement cicatrisées.

L'examen bactériologique du pus y a montré des streptocoques, du staphylocoque doré, pas de bacterium coli.

Le cobaye inoculé a été sacrifié le 2 mars 1893. Il porte un abcès tuberculeux au niveau des points inoculés. Les ganglions inguinaux sont caséeux. Tuberculose viscérale généralisée (rate, foie, poumons, etc.).

Obs. V. — N..., 33 ans, entre le 8 février 1892 à l'hôpital Bichat dans le service de notre maître, le professeur Terrier, pour un abcès de l'anus. Ce malade, qui n'avait jamais rien éprouvé du côté de l'anus, a commencé à souffrir en allant à la garde-robe vers le milieu de décembre. Les selles étaient douloureuses et, dans leur intervalle, il faisait des efforts qui n'arrivaient qu'à expulser un peu de sang. La tuméfaction extérieure n'a commencé à paraître qu'il y a une quinzaine de jours.

Rien à noter dans les antécédents.

Actuellement, on constate à gauche, sur la marge de l'anus, une tuméfaction qui s'étend sur la fesse, occupant toute la largeur de la fesse ischio-rectale. Cette tuméfaction arrondie est recouverte d'une peau d'un rouge un peu foncé et se perd dans le canal anal. Elle est fluctuante, excepté à sa limite où l'on trouve une zone plus dure, comme empâtée. Au toucher rectal, on trouve dans le canal anal une ulcération à bords un peu indurés, en forme de fente verticale sans tuméfaction à son niveau. Au-dessus du sphincter, la paroi rectale est à gauche soulevée, dans presque toute sa largeur, par une tuméfaction arrondie, empâtée, non fluctuante, remontant en haut à peu près à la limite de ce qu'atteint le doigt. La muqueuse à son niveau est lisse, normale et la paroi rectale semble simplement soulevée par elle. Par le palper bimanuel, on constate que cette tuméfaction rectale, qui n'existe pas dans le canal anal, se continue avec celle que l'on trouve extérieurement dans la fosse ischio-rectale et l'on peut se renvoyer la fluctuation d'une main à l'autre. L'existence de l'ulcération anale et de la suppuration sous-cutanée muqueuse de la région sous-sphinctérienne, jointe à l'intégrité des tuniques rectales au niveau de la tuméfaction qui les soulève, nous fait faire le diagnostic d'*abcès sous-cutanéo-muqueux de la marge de l'anus avec suppuration consécutive de la fosse ischio-rectale*.

La température varie de 38°2 à 38°6. Pas de tuberculose pulmonaire appréciable. Malade d'apparence extérieure robuste.

Le 10 février 1893, après anesthésie par le bromure d'éthyle, nous incisions la peau et la muqueuse anale au thermocautère dans toute l'étendue de la tuméfaction. Immédiatement, la saillie rectale disparaît.

Le foyer se comble régulièrement et actuellement, 8 mars, le malade ne présente plus qu'une plaie superficielle en voie de cicatrisation.

L'examen bactériologique ne montre que du bacterium coli à l'état de culture pure.

Le 3 mars, nous sacrifions le cobaye inoculé. Il existe, sous la paroi abdominale, un abcès caséeux. Les ganglions correspondants sont hypertrophiés, non caséifiés. La rate hypertrophiée présente à sa surface des granulations grisâtres. Des lamelles faites avec le pus nous ont montré des bacilles tuberculeux.

Obs. VI. — B., 48 ans, se présente le 24 février à la consultation de l'hôpital Bichat. Ce malade, qui n'a jamais souffert antérieurement de l'anus, a ressenti il y a cinq à six jours des démangeaisons, puis une petite induration préanale. Celle-ci s'est rapidement accrue, en même temps que survenaient des symptômes fébriles nets (céphalée, chaleur, inappétence, insomnie).

La marge de l'anus est, en avant et à gauche, le siège d'un empâtement phlegmoneux, fluctuation au centre. La peau du pli interfessier est légèrement eczémateuse. Au toucher rectal on retrouve au-dessous du sphincter la tuméfaction qui bombe dans le rectum. Le tout est douloureux.

L'incision donne issue à du pus jaunâtre bien lié. Cicatrisation rapide.

L'examen bactériologique a donné du staphylocoque doré en culture pure. Nous communiquerons ultérieurement les résultats de l'inoculation au cobaye.

En résumé, sur six abcès périanaux, nous ne trouvons que dans deux cas le bacterium coli à l'état isolé, encore devons-nous dire que, dans un de ces deux cas, il s'agissait peut-être de tuberculose, le cobaye inoculé étant mort de froid, nous ne pouvons savoir ce qu'aurait donné l'inoculation; dans deux autres il était associé au bacille tuberculeux; dans deux enfin il manquait totalement; dans ces deux derniers cas il y avait soit des

bacilles tuberculeux associés à des streptocoques et à des staphylocoques, soit du staphylocoque doré à l'état pur.

Constant et le plus souvent isolé (trois fois sur quatre) dans les phlébites hémorrhoïdaires, le bacterium coli ne nous apparaît donc que d'une manière inconstante dans les abcès à l'anus, encore n'y est-il le plus souvent qu'associé à d'autres agents pathogènes, le bacille tuberculeux le plus souvent.

Il semble donc que, s'il pénètre facilement les hémorrhoïdes et y détermine l'apparition de phénomènes inflammatoires, de phlébite, il n'agit que, dans certaines conditions, sur le tissu cellulaire pour y déterminer la suppuration. MM. Lannelongue et Achard écrivaient très justement dans l'article que nous avons cité: « On ne saurait trop insister sur les conditions de terrain, lorsqu'il s'agit du bacterium coli, microbe accidentellement pathogène contre lequel l'organisme sain lutte toujours avec avantage. » Nous ajouterons que, d'après nos observations, le plus souvent dans les abcès anaux à bacterium coli, il n'y a pas simplement diminution locale de la résistance du tissu par suite d'une déchéance générale, mais qu'il y a lésion locale par suite de la présence du bacille tuberculeux ; en un mot, l'*abcès à bacterium coli de la région anale* ne nous paraît devoir être *le plus souvent* que *le résultat de l'infection secondaire d'un foyer tuberculeux* (1).

REVUE DES JOURNAUX

Perforation de l'intestin (Resection of the small intestine for rupture caused by tapeworm), par Dunlap (*New-York med. Jour.*, 11 février 1893, p. 166). — Une femme de 31 ans, ressentit, le 12 septembre, de vives douleurs abdominales dans la région iliaque gauche; on sentit bientôt une masse pâteuse. On crut à une grossesse tubaire dont l'œuf venait de se rompre. On fit la laparotomie et on trouva le bassin rempli de caillots; l'utérus, les ovaires et les trompes ne présentait rien d'anormal. En lavant la cavité, on vit flotter un tænia qui provenait d'une rupture de l'intestin grêle; il y avait une grande perte de tissus et on ne pouvait réunir les deux bords de la portion rompue. On dut réséquer une portion d'intestin et suturer par la méthode de Lembert. La malade guérit.

Fracture de côte (A case of fracture of the first rib alone, followed by suppuration in the chest wall and neck, and empyema), par Pickering (*British med. Journ.*, 25 février 1893, p. 406). — Un homme âgé de 60 ans tomba sur le côté droit et se fit mal au poignet auquel on accorda des soins. Au bout de huit jours il y eut de la douleur dans l'aisselle et un gonflement au niveau du cou et de la poitrine; il y eut ensuite de la dyspnée; il y avait de la fluctuation au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire; le gonflement s'étendait au-devant de la trachée, causant de la dyspnée et de la dysphagie. On ouvrit l'abcès situé sur l'articulation sterno-claviculaire; on incisa plus tard celui qui était au devant de la trachée. L'état du malade s'améliora. Mais bientôt la fièvre survint de nouveau et il y eut de vives douleurs dans la partie droite de la poitrine et on trouva les symptômes d'un épanchement pleural semi-purulent qu'on ponctionna; mais le malade mourut au bout de quelques jours. A l'autopsie on trouva, outre les abcès et une arthrite purulente de l'articulation sterno-claviculaire, une double fracture de la première côte.

(1) A propos de l'obs. IV de M. Hartmann, une discussion s'est élevée sur ce point à la Société anatomique. *M. De bet* a fait remarquer que ce fait montre qu'il n'est pas toujours utile de fendre la paroi rectale d'emblée, même dans les abcès de la fosse ischio-rectale. C'est précisément dans ceux-là, a répondu *M. Broca*, qu'il ne faut pas suivre cette pratique, tandis qu'elle est bonne pour les abcès sous-muqueux. Pour eux, comme l'a dit M. Terrier à la Société de chirurgie, il faut faire l'incision antéro-postérieure, parallèle au raphé médian, et M. Broca, comme M. Delbet, a obtenu ainsi des guérisons sans fistule. *M. Hartmann* suit également à cet égard la pratique de son maître M. Terrier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mars 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Élection.

MM. Liétard (de Plombières) et Costa (d'Ajaccio) sont élus correspondants nationaux dans la division de médecine.

Traitement de la tuberculose pulmonaire.

M. Lancereaux. — M. le Dr Caravias ayant constaté la présence d'acide succinique dans l'urine de la chèvre et du chien, y a vu la cause de l'immunité dont jouissent ces animaux à l'égard de la tuberculose. Or, cet acide se transformant immédiatement après ingestion en eau et en acide carbonique, on ne peut l'administrer à l'homme qu'en faisant usage de substances susceptibles de le produire dans l'organisme. M. Caravias vient dans ce but d'essayer dans mon service un traitement composé journellement de 250 gr. de viande crue, 50 gr. de graisse, 1 gr. d'acide benzoïque, 1 gr. de bimalate de chaux plus des légumes de diverses sortes. J'ai constaté, sans me prononcer davantage, une amélioration notable chez tous les malades observés; ils ont repris de l'appétit, la toux a diminué, mais les signes thoraciques et la fièvre ne sont pas modifiés.

M. Dujardin-Beaumetz. — Il y a longtemps que la suralimentation à l'aide de la viande crue a été essayée chez les tuberculeux. Si elle est utile chez ceux dont l'estomac est bon, il n'en est malheureusement plus de même pour les tuberculeux dont l'estomac fonctionne mal et ne permet pas la digestion de la viande crue et des aliments gras.

Quant à l'idée d'introduire, par voie de décomposition de certains médicaments, de l'acide succinique dans le tube digestif tuberculeux, elle s'appuie sur l'opinion autrefois courante que la présence de cet acide empêchait la chèvre d'avoir la tuberculose; mais il a été depuis surabondamment démontré que cet animal n'est pas indemne de cette affection.

Reste l'emploi du bimalate de chaux sur lequel je n'ai jusqu'ici aucune indication. D'ailleurs en fait de tuberculose on ne saurait se prononcer que lorsque la médication a été depuis très longtemps mise en usage.

M. C. Paul. — Il serait utile de rechercher si les médicaments mis en usage dans le traitement de M. Caravias produisent réellement de l'acide succinique dans l'économie.

Actinomycose chez l'homme.

M. Meunier (Tours) lit une observation d'actinomycose sous-maxillaire chez un homme de 34 ans. La lésion était une tumeur phlegmoneuse, dure, peu douloureuse, gênant les mouvements du cou et de la mâchoire, à évolution subaiguë. La tumeur fut soumise à des onctions avec une pommade iodurée, puis incisée (et alors l'organisme spécifique fut reconnu); puis le malade fut soumis à l'iodure de potassium, et actuellement il ne reste qu'une lésion insignifiante. M. Meunier insiste : 1° au point de vue clinique, sur la dureté de la tumeur ; 2° au point de vue thérapeutique, sur l'action de l'iodure de potassium, action déjà démontrée par Nocard, Thomasset.

Ovariotomie pendant la septicémie puerpérale.

M. Le Roy des Barres (Saint-Denis) relate l'histoire d'une femme de 29 ans, qui, à la suite de son quatrième accouchement, fut prise d'accidents septiques à évolution subaiguë, du côté du péritoine, de la plèvre, des veines du membre inférieur gauche. Pendant ce temps, la fièvre était vive, et le ventre prenait un développement considérable. La malade étant entrée à l'hôpital, M. Le Roy des Barres constata un volumineux kyste suppuré de l'ovaire; état général mauvais, 5 gr. 14 d'urée par litre d'urine. Le 11 octobre, il évacua par une ponction palliative 6 litres de pus fétide, puis le 19 octobre, les accidents persistant, il fit l'ovariotomie, que des adhérences rendirent très difficile. Le kyste était uniloculaire, paraovarien, à petit pédicule, situé à gauche. La malade se levait le 10 novembre et sortait en parfait état le 25 décembre.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 *mars* 1893.

Présidence de M. Hallopeau.

Traitement de la pourriture d'hôpital par le tartrate ferrico-potassique.

M. Hallopeau. — J'ai déjà signalé les excellents effets que l'on pouvait retirer de l'emploi de la résorcine dans les plaies compliquées de pourriture d'hôpital. J'étais arrivé ainsi à guérir très rapidement une jeune fille qui vient de présenter encore la même complication à l'occasion d'une plaie banale.

J'employai de nouveau la résorcine, mais, cette fois, sans résultat, et, devant l'inefficacité des antiseptiques habituels, j'eus recours au tartrate ferrico-potassique, dont la valeur réelle dans le traitement des chancres phagédéniques est connue de longue date. Une solution très concentrée (à 1/3) de tartrate ferrico-potassique servit à laver souvent la plaie et à imbiber constamment le pansement qui la recouvrait. Je dois avouer que ce mode de traitement est assez douloureux lors des premières applications; mais un badigeonnage préalable à la cocaïne supprime la douleur, qui disparaît, du reste, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, du fait même de la continuité des lavages. Les résultats furent des plus satisfaisants; une amélioration rapide survint, qui, progressivement, aboutit à la guérison complète.

Je crois qu'il y aurait un réel avantage à utiliser cette médication dans des cas analogues.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 *mars* 1893.

Résistance remarquable des animaux de l'espèce caprine aux effets de la morphine.

M. L. Guinard. — La résistance des animaux de l'espèce caprine à la morphine ne comprend pas seulement le fait de supposer des doses très élevées, mais aussi l'absence de troubles psychiques et la conservation des fonctions du cerveau. La morphine qui, à bon droit, est considérée comme un modificateur cérébral, semble, chez la chèvre, avoir perdu cette propriété et ne paraît pas avoir de prise, en tant que narcotique, sur le cerveau de cet animal. Ceci est d'autant plus facile à constater et d'autant plus remarquable que, parmi les herbivores domestiques, les chèvres sont des êtres à intelligence supérieure; c'est certainement chez elles que les manifestations intellectuelles sont les plus développées et les plus expressives.

Malgré des essais nombreux, nous n'avons pas pu déterminer exactement la dose de morphine toxique pour la chèvre, car un de nos sujets d'expérience a supporté 0 gr. 45 par kilogramme, d'autres sont morts avec des quantités moindres. Cependant, sans aucune exagération, d'après l'ensemble de nos essais, on peut admettre qu'une chèvre en état de santé peut tolérer facilement 0 gr. 25 à 0 gr. 30 par kilogramme, ces doses étant factionnées et injectées dans un intervalle de trois ou quatre heures.

Prenant, comme proportion moyenne, pour un homme de 65 kg., non accoutumé, la dose hypnotique de 0 gr. 02, on peut voir que les chèvres dont il a été question plus haut ont reçu, sans trop de gêne, le total des doses pouvant faire dormir 400 hommes dans un cas, 425 dans l'autre et 975 dans le troisième. En rapportant ces quantités au kilogramme et les comparant ainsi, on s'aperçoit que 0 gr. 0003 narcotisent un kilogramme d'homme, tandis que 0 gr. 30, c'est-à-dire une proportion mille fois plus forte, sont bien supportés par un kilogramme de chèvre. En somme, la morphine n'est pas un cérébral pour les chèvres, qui de plus sont douées d'une résistance remarquable aux effets de ce médicament.

Le pancréas et les centres nerveux régulateurs de la fonction glycémique.

MM. Chauveau et Kaufmann étudient les trois points suivants :

A. *Effets produit sur la fonction glycémique par la section de la moelle épinière après son union avec le bulbe rachidien.* — Leurs expériences sur ce point les amènent aux conclusions suivantes :

1° L'action frénatrice que le pancréas exerce sur l'activité glycoso-formatrice du foie paraît être sous la dépendance d'un centre excito-sécréteur des cellules chargées de la sécrétion interne du pancréas :

2° Ce centre est situé dans la partie encéphalique de l'axe médullaire ;

3° L'activité glycoso-formatrice des cellules hépatiques semble régie par un centre excito-sécréteur situé dans une des régions de la moelle épinière ;

4° L'action frénatrice du pancréas a chance de s'exercer sur ce centre excito-sécréteur plutôt que sur le foie lui-même.

B. *Effets de la piqûre du plancher du quatrième ventricule comparés à ceux de la section de la moelle épinière près de son union avec le bulbe.* — On peut les considérer les uns et les autres comme étant à peu près identiques : glycosurie passagère, hyperglycémie décroissante, c'est ce qui se remarque dans les deux cas. Cette identité d'effet fait nécessairement penser à l'identité de mécanisme. Aussi est-on amené tout naturellement à considérer la piqûre du plancher du quatrième ventricule comme une opération qui inhibe passagèrement le centre sécréteur du pancréas.

C. *Le bulbe rachidien considéré comme centre fréno-sécréteur du foie.* — En attribuant le rôle de centre excito-sécréteur du pancréas au bulbe rachidien, MM. Chauveau et Kaufmann font de cet organe un centre fréno-sécréteur pour le foie.

Le bulbe, en effet, disent-ils, ne peut pas exciter le pancréas sans exercer, du même coup, une action frénatrice sur le foie. Mais ce n'est peut-être pas seulement ainsi par contre-coup que le bulbe modère la fonction glycosique. Les effets de la section bulbaire peuvent, en effet, être interprétés parfaitement comme étant le résultat de l'isolement d'un centre fréno-sécréteur agissant directement sur le foie, ou plutôt sur l'appareil nerveux périphérique de cette glande. Rien ne contredit cette déduction nouvelle. Si on l'acceptait, l'appareil hépato-pancréatique, envisagé comme agent de la fonction glycosique, pourrait être conçu de la manière suivante, au point de vue de ses relations avec ses centres nerveux régulateurs :

Il y a dans le bulbe rachidien un centre excitateur du pancréas et un centre frénateur du foie. Un centre excitateur de ce dernier existe dans la moelle épinière.

La sécrétion pancréatique interne, à part le rôle indéterminé qu'elle peut remplir en agissant directement sur le foie, excite le frénateur de la glande hépatique, et en modère l'excitateur.

Donc, la suppression du pancréas amoindrit l'activité du frénateur hépatique et augmente celle de l'excitateur. C'est peut-être parce que cette double action se produit, que le trouble de la fonction glycémique, déterminé par la suractivité du foie, est si accentué et si grave chez les sujets privés de pancréas.

Si la section bulbaire ne trouble pas la fonction glycémique aussi profondément que le fait la suppression du pancréas, c'est que cet organe, quoique soustrait à l'influence de son centre excitateur, n'est, sans doute, pas absolument paralysé et peut, par sa sécrétion interne, continuer à exercer une certaine action modératrice sur le centre excito-sécréteur du foie.

En résumé, nous affirmons donc très franchement le rôle *frénateur* exercé directement par le bulbe dans la fonction glycoso-formatrice du foie.

Séance du 27 février 1893.

De l'urée du sang dans l'éclampsie.

M. L. Butte. — En 1886, dans une communication faite à la Société de biologie, M. Doléris et moi avons appelé l'attention sur la légère augmentation de l'urée dans le sang des éclamptiques et, par suite, sur sa non-influence relativement à la pathogénie de l'éclampsie.

Les recherches que depuis lors j'ai poursuivies sur le même sujet et les nouveaux dosages d'urée que j'ai opérés dans le sang de douze autres malades atteintes de cette affection, dont sept ont succombé et cinq ont guéri, m'ont démontré qu'il y avait constamment accumulation d'urée dans le sang chez ces dernières, tandis que dans tous les cas mortels —

sauf un — le poids de cette substance s'éloigne très peu de la normale, contrairement à ce qui, *a priori*, devrait avoir lieu.

Si paradoxal, en apparence, qu'il soit, je crois pouvoir expliquer ce fait par l'importance des altérations hépatiques plus graves généralement que les lésions rénales et tellement intenses dans les cas mortels qu'elles peuvent rendre la glande incapable de former l'urée en aussi grande quantité qu'à l'état normal. De là sa non-accumulation dans le sang. Au contraire, dans les cas peu graves, où l'altération du foie n'est pas suffisante pour amener la mort, l'urée continue à être formée par cette glande et s'accumule dans le sang par suite du mauvais fonctionnement du rein.

En résumé donc, et au point de vue pronostique, je me crois en droit de conclure que, dans l'éclampsie, si la quantité d'urée dans le sang est de deux fois ou deux fois et demie plus grande qu'à l'état normal, la guérison est probable, tandis que la terminaison fatale est presque certaine lorsque le chiffre de l'urée est très voisin du chiffre physiologique. La mort doit également survenir quand l'accumulation de l'urée dans le sang devient considérable et dépasse 5 ou 6 fois le poids normal. Dans ce dernier cas, les lésions hépatiquee peuvent n'être pas très intenses, tandis que les altérations sont telles, au contraire, qu'elles empêchent l'élimination des produits excrémentitiels et amènent la mort par le même mécanisme que l'urémie.

Il me semble, en outre, que, au point de la pathogénie de l'éclampsie, on peut attribuer, dans cette affection, un rôle plus important aux altérations hépatiques qu'à celles du rein.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 *mars* 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Retentissement des infections digestives sur le foie.

M. Cassaët (Bordeaux). — Certaines infections digestives de moyenne intensité, appartenant par exemple au type de l'embarras gastrique fébrile, sont susceptibles de retentir sur le foie d'une manière active et parfois plus violemment que la dothiénentérie elle-même. J'ai observé que, dans ces conditions, les urines renfermaient en abondance des sels biliaires. Il y avait aussi parfois de la glycosurie. Ces particularités montrent que la cellule hépatique a été touchée par une influence nocive.

Agents physiques et intoxication.

M. Féré. — On a souvent noté que les chocs physiques ou moraux pouvaient influencer les intoxications. En particulier le bromisme a été parfois provoqué brusquement par une émotion morale. J'ai fait le relevé des accidents de bromisme observés dans mon service dans une période étendue, et j'ai fait la remarque que les accidents du bromisme sont quelquefois plus fréquents pendant l'hiver et ont un caractère plus récidivant.

Sur la fonction thyroïdienne.

M. G. Moussu. — Dans ma dernière communication, j'ai émis un certain nombre de conclusions au nombre desquelles se trouve la suivante :

« Le rôle des glandes accessoires à structure embryonnaire devient de plus en plus problématique, puisqu'il ne suffit même pas à empêcher le développement de l'état crétinoïde. »

Ces glandes accessoires embryonnaires ont fourni les gros arguments qui ont été opposés à mes premières expériences; on prétendait qu'elles pouvaient s'hypertrophier, probablement se transformer en tissu thyroïdien adulte et suppléer par conséquent l'organe enlevé.

Des expériences que j'ai faites il résulte que chez le lapin, l'hypertrophie n'est pas constante, mais se présente surtout et peut-être exclusivement sur les jeunes.

Les études histologiques m'ont démontré, d'autre part, que lorsque l'hypertrophie se produisait, la structure embryonnaire ne changeait pas.

Les objections qui m'ont été opposées reposaient donc sur des hypothèses et non sur des faits.

J'ajoute, d'autre part, que les glandules accessoires embryonnaires qui ont été signalées aux différentes hauteurs de l'encolure et dans le médiastin ne sont très probablement que des vestiges du thymus atrophié.

Chloralose.

MM. Richet et Pachon. — Si l'on endort un chien en lui donnant par exemple 0,15 par kilogr., on observe, sans abaissement notable de température, un ralentissement respiratoire marqué, le cœur continuant à battre régulierement. La respiration prend le type périodique net, à moins qu'une excitation, bruit, parole, ne vienne l'influencer. L'excitabilité directe des centres supérieurs est perdue, la réflexe conservée.

Tétanos.

MM. Courmont et Doyon. — L'agent en cause dans la production des contractures tétaniques serait, d'après nos recherches, non pas une toxalbumine engendrée directement par le bacille de Nicolaier, mais un produit secondaire résultant de l'action du corps précédent sur les cellules organiques, qui revivent influencées comme par un ferment soluble. Tout d'abord le retard dans l'apparition des contractures après l'injection des toxines tétaniques, même à dose très élevée, semble indiquer qu'il faut l'intervention d'une cause seconde. D'autre part, la grenouille, sensible aux injections en été, y résiste en hiver, alors que les ferments agissent moins bien. Enfin, si l'on prend un chien tétanique et qu'on transfuse directement son sang à un autre chien normal, celui-ci devient tétanique immédiatement, quoiqu'il présente d'habitude un tétanos léger et curable. La substance en cause, qui est bien un véritable toxique, a pu être extraite de muscles tétaniques; elle résiste à une ébullition prolongée, agit bien sur la grenouille, même en hiver, et se comporte absolument comme la strychnine.

Tachycardie symptomatique.

M. F. Bezançon. — J'ai observé deux cas de cette affection au cours de la tuberculose.

Dans ces deux cas, la cause de la tachycardie était une compression du pneumogastrique par des ganglions tuberculeux. L'observation clinique avait été la suivante; dans le premier, tuberculose à forme de phthisie galopante, fièvre modérée, pouls extrêmement rapide (160 à 140); le pouls était faible; le cœur régulier sans bruits anormaux. A l'autopsie, adénopathie trachéo-bronchique considérable; compression et atrophie sur un point des deux pneumogastriques; dans le deuxième, tuberculose pulmonaire chronique apyrétique, dyspnée intense, faciès cardiaque, pouls à 160-150 sans lésions d'orifice. Mort en asystolie; à l'autopsie compression du pneumogastrique gauche par un ganglion tuberculeux, névrite parenchymateuse de ce nerf.

Nous rapprochons ces faits de ceux de Peter, de Prœbsting, de Merklen, de Jouanneau, de Luzet, dans lesquels la tachycardie observée s'expliquait par l'adénopathie trachéo-bronchique et la compression du pneumogastrique.

Dans les cas où il n'y a pas de compression, on en est réduit à des hypothèses, hyperexcitabilité particulière du myocarde due à la cachexie (Klippel), diminution du calibre des voies aériennes (Marfan); d'après la loi de Marey, « si l'on respire par un tube étroit, la respiration devient plus rare, les battements du cœur plus fréquents ».

On peut se demander enfin si l'on ne doit pas encore faire jouer un rôle aux toxines microbiennes, dans la production de la névrite du pneumogastrique, qu'elles soient dues au bacille de Koch, ou aux microbes des infections secondaires qui sont si fréquentes dans les cavernes des phthisiques.

Pitres et Vaillard ont montré la fréquence de ces névrites périphériques des tuberculeux et signalé la localisation vague. Dans une observation de Vierordt, il existait de la tachycardie et de la névrite du pneumogastrique.

Fonction glycogénique.

MM. Chauveau et Kaufmann. — Nous avons continué nos recherches, et confirmé que dans tous les cas d'hyperglycémie, il y a hyperproduction de sucre dans le foie. Il existe pour la régularisation de la fonction glycogénique deux centres, l'un frénateur siégeant dans le bulbe, l'autre excita-

teur occupant le haut de la moelle cervicale. Les conducteurs du premier passent par les quatre premières paires cervicales, ceux du second par les paires dorsales moyennes. Le pancréas peut influencer ces deux centres, mais dans des directions inverses. Ces centres n'agissent sur le foie que par l'intermédiaire des ganglions nerveux. Après la section de la moelle cervicale inférieure, la dépancréatisation n'influence plus la fonction glycogénique. Mais inversement, si la section de la moelle est faite la dernière, les résultats initiaux de l'ablation pancréatique ne sont plus modifiés. Il faut admettre que l'opération faite sur le pancréas a déterminé dans les ganglions nerveux de la périphérie un état de suractivité permanente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 *mars* 1893.

Orchidopexie.

M. Félizet pense que dans l'ectopie les dispositions anatomiques sont très variables et que notre thérapeutique ne sera fixée que du jour où ces dispositions, encore obscures, seront bien connues. En clinique, on peut établir deux classes, selon que le testicule est mobile ou bien fixe. Dans le premier cas, qu'il y ait ou non hernie concomitante, on a d'excellents résultats, et même il peut suffire de faire une sorte de massage forcé sous le chloroforme. Dans le second cas, où le testicule souvent est gros, dur, en inversion, avec déroulement de l'épididyme, et avec cordon court, le massage forcé ne donne rien; souvent, d'autre part, il y a une hernie concomitante, toujours grave, donc il faut opérer. Alors, il est vrai, d'ordinaire la brièveté du cordon empêche la descente complète. Peut-être y aurait-il dans ces cas quelques indications à la castration, que d'ailleurs M. Félizet n'a jamais faite.

M. Tuffier, pour faire suite à sa communication de janvier dernier, apporte trois observations. Deux sont banales : 1° enfant de 10 ans; ectopie avec grosse hernie; résultat excellent; 2° hernie interstitielle où il fut impossible d'abaisser le testicule, très atrophié d'ailleurs; castration.

Le troisième cas est plus particulier. Il s'agit d'un garçon de 6 ans chez qui une ectopie s'accompagne d'accidents simulant l'occlusion intestinale. Il y eut deux crises semblables en 15 jours. A la seconde, M. Tuffier constata une ectopie du testicule gauche avec douleur au fond du trajet inguinal, descendit aisément l'organe fixé par un long gubernaculum replié et vit cesser les accidents.

Complications du phimosis.

M. Bazy. — On a dit que les complications urinaires de phimosis existaient surtout dans les cas de phimosis adhérent. J'ai observé des faits contraires à cette manière de voir.

J'ai opéré, chez des hommes de 30 à 55 ans, des phimosis où j'ai dû sculpter le gland et où les voies urinaires étaient indemnes. Par contre elles étaient altérées chez un homme de 28 ans, atteint d'une dysurie grave consécutive à un phimosis non adhérent.

Corps étranger de l'œsophage.

M. Terrillon relate l'histoire de deux pièces de 5 francs égarées dans l'œsophage. L'une, avalée par mégarde par un homme de 22 ans qui avait voulu la tordre entre ses dents, resta fixée à 22 cm. de l'arcade dentaire, ne fut pas extraite sur le refus du malade qui ne voulut pas se laisser opérer et revint dans le service mourir d'hémorrhagie par ulcération de l'aorte.

L'autre, qui résista à toutes les tentatives d'extraction par les voies naturelles, fut enlevée après œsophagotomie externe. Suture de l'œsophage au catgut; alimentation pendant trois jours avec des lavements nutritifs; réunion immédiate.

M. Hartmann présente un homme auquel il a fait la résection sous-périostée du cubitus atteint d'ostéomyélite subaiguë. Régénération parfaite et retour des fonctions.

M. Lejars présente un malade opéré de prolapsus rectal par rectopexie périnéale.

M. Potherat lit une observation de laparotomie pour tumeur du mésentère.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 *mars* 1893.

Présidence de M. Ferrand.

Paralysie spinale de l'enfance à la suite des maladies infectieuses.

M. Marfan. — Un enfant de neuf mois entre à la crèche des Enfants-Malades, à la fin du mois de février, avec des troubles digestifs chroniques dus à une alimentation vicieuse. Au mois de janvier s'installe une toux opiniâtre avec micropoliadénopathie, grosse rate, signes d'adénopathie trachéobronchique.

Cet enfant, atteint de tuberculose généralisée chronique, entre à l'hôpital avec une éruption de varicelle, qui disparaît rapidement, mais la fièvre persiste, et le 4 mars il est pris brusquement d'une paralysie flasque complète de tout le membre supérieur gauche. Le lendemain on constate un abcès de l'oreille moyenne.

On diagnostique une paralysie spinale de l'enfance et l'on constate l'existence d'états infectieux multiples ayant précédé l'apparition de la paralysie spinale.

Si la paralysie spinale de l'enfance est une maladie infectieuse, elle ne paraît pas être une maladie spécifique, puisqu'elle peut survenir à la suite des infections les plus variées, la rougeole, la scarlatine, la variole, etc. Peut-être est-ce l'hérédité névropathique qui explique la localisation sur la substance grise d'un microbe ou d'un poison issu de ce microbe.

Sur la néphrite ourlienne.

M. Laveran. —Le jour où M. Bézy faisait sa communication devant la Société, j'ai reçu de M. le Dr Troussin une observation intitulée néphrite ourlienne et urémie.

Un malade entre à l'hôpital le 1er février, avec une double fluxion parotidienne. Quatre jours après apparaissait une orchite droite avec fièvre très vive. Dans la nuit du 5 au 6 février, après une attaque de convulsions éclamptiques, le malade tomba dans le coma. Après une seconde attaque convulsive, le malade sortit de sa torpeur le 7 février. Les urines étaient très rares et très albumineuses.

Sur l'incubation prolongée et la contagiosité des oreillons.

M. Merklen. — Je viens d'observer dans une famille une nouvelle épidémie d'oreillons, qui montre encore la possibilité d'une incubation prolongée de la fièvre ourlienne.

Cette épidémie fut importée par un jeune garçon de cinq ans et demi qui avait pris les oreillons à l'école Monge. Les trois sœurs de cet enfant, immédiatement séparées de lui, furent néanmoins atteintes de la maladie; les deux premières de sept ans et demi et de dix ans, au bout de quinze jours, la troisième au bout de dix-sept jours.

La période d'incubation des oreillons semblerait donc varier de 15 à 26 jours. La cause de ces variations est difficile à saisir. En tout cas, la longue durée de cette incubation présente un certain intérêt pratique. Elle explique à la fois l'extension rapide et la longueur des épidémies d'oreillons dans les milieux propices comme les collèges, les pensionnats et les casernes. Il semble que le contage des oreillons survive à la maladie. Il faut donc maintenir l'isolement des malades jusqu'à parfaite guérison et ne leur rendre leur liberté qu'après avoir pris les mesures de désinfection adoptées pour la scarlatine, la diphthérie, l'érysipèle.

Un dernier point : une nourrice atteinte des oreillons peut-elle continuer à allaiter son nourrisson? Récemment, dans un cas semblable, en me basant sur l'immunité habituelle des enfants du premier âge vis-à-vis des oreillons, j'ai permis à une nourrice atteinte de fièvre ourlienne, la continuation de l'allaitement, en recommandant la suppression de tout autre contact. L'enfant est resté indemne et la nourrice n'a présenté aucune détermination ourlienne du côté des seins.

Des infections secondaires distinctes à propos d'une rougeole et d'une fièvre typhoïde simultanées.

M. Juhel-Rénoy. — J'ai observé récemment une rougeole survenant chez un jeune homme pendant l'invasion

d'une fièvre typhoïde. Chez ce malade, la rougeole n'a pas été modifiée par la fièvre typhoïde. Mais, par contre, la rougeole a-t-elle modifié la fièvre typhoïde? Sur ce point, il faut être très réservé. Je crois que si la simultanéité s'opère tout au début de l'invasion, la rougeole peut atténuer la fièvre typhoïde et, contrairement à ce qui se passe, cette infection secondaire n'a pas aggravé le pronostic de la maladie primitive.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 7 mars 1893.

Blépharoplastie.

M. Gillet de Grandmont présente un jeune homme chez lequel, à la suite d'une brûlure subie à l'âge de seize mois, il était survenu une rétraction de la paupière supérieure rendant impossible l'occlusion complète de l'œil. Il persistait toujours un écartement palpébral d'au moins huit millimètres. Après avoir fait son apprentissage comme tourneur en cuivre, cet homme ne pouvait trouver à se placer comme ouvrier, en raison des risques de perte de la vision auxquels l'exposait sa difformité. Il réclamait une opération qui consista en une blépharorrhaphie suivie de la couverture, avec de petits carrés de peau de grenouille, de la plaie laissée sur la paupière supérieure par l'incision libératrice. Les petits fragments de la peau du ventre de la grenouille adhèrent intimement à la plaie aussitôt qu'ils ont été déposés sur elle; et, lorsque le pansement boriqué fut levé au bout de quatre jours, ils avaient pris une teinte blanchâtre. Quelques-uns durent être remplacés, l'opéré les ayant détruits par un grattage intempestif. La suture palpébrale fut respectée pendant cinq mois et actuellement, six mois après l'opération, la paupière a repris ses dimensions normales et recouvert parfaitement l'œil.

M. Valude fait observer qu'il existe sur la paupière opérée un tractus rosé transversal un peu proéminent, au-dessus et au-dessous duquel la peau est tout à fait normale. Or, quand on a fait une blépharoplastie par transplantation d'un lambeau cutané pris sur le sujet lui-même, il persiste deux lignes cicatricielles circonscrivant la peau normale transplantée. Si chez le malade de M. Gillet de Grandmont on ne voit plus qu'une ligne cicatricielle, c'est que toute la greffe de peau de grenouille s'est réduite à ce simple tractus cicatriciel; et, pour M. Valude, si l'on s'était borné après la blépharorrhaphie à panser à plat la plaie palpébrale, le résultat eût été le même. L'élasticité de la peau conservée suffisait à la réparation.

MM. Vignes et **Galezowski** partagent l'opinion de M. Valude. Chez un homme qui dans une chute de cheval avait eu la paupière inférieure déchirée par un coup de pied de l'animal, M. Galezowski dut détacher le bord libre adhérent à la joue, le suturer au bord palpébral supérieur, puis combler la perte de substance par un lambeau pris sur la région malaire.

M. Gutteriez-Ponce admet que la greffe de peau de grenouille favorise la cicatrisation par une sorte d'excitation vitale due à la présence des éléments cellulaires qu'elle apporte sur la plaie.

M. Gorecki, chez un malade atteint d'ankyloblépharose par brûlure avec l'acide sulfurique, sculpta la cornée pour reconstituer un sac conjonctival qu'il tapissa avec des greffes de peau de grenouille. Le résultat fut nul; au bout de deux mois les paupières étaient de nouveau soudées au globe oculaire et masquaient la cornée.

Cysticerque de l'orbite.

M. Meyer présente un jeune garçon chez lequel survint en décembre dernier de la diplopie en même temps que la paupière supérieure s'abaissait et que les mouvements du globe disparaissaient. En janvier, sauf un léger déplacement en dedans ou en dehors, l'œil était absolument immobilisé, cela sans exophthalmie, sans réaction conjonctivale. L'absence de dilatation pupillaire et de paralysie de l'accommodation éloignaient l'idée d'une ophthalmoplégie totale; de plus, l'ophthalmoplégie extérieure est rarement unilatérale; enfin il n'existait aucun symptôme d'une lésion centrale.

En introduisant dans le cul-de-sac conjonctival un thermomètre de forme spéciale, M. Meyer put constater une différence de six dixièmes de degré entre la température locale des deux yeux. Par suite, persuadé qu'il existait un travail phlegmasique, il prescrivit trois fois par jour des applications aussi chaudes que possible sur l'œil malade. Quarante-huit heures plus tard il survenait une injection conjonctivale prononcée au-dessous de la cornée avec un point surélevé et jaunâtre. Une incision à ce niveau ne donna rien; mais, vingt-quatre heures plus tard, la pression sur le globe fit apparaître et sortir par la petite plaie une vésicule blanchâtre. Examinée par M. Raphaël Blanchard, elle a été reconnue pour un cysticerque cellulosæ.

Les mouvements de l'œil se sont rapidement rétablis dans la ligne horizontale, puis progressivement la mobilité est devenue normale, sauf l'impossibilité du mouvement d'élévation et une trace de ptosis. La température locale est égale d'un côté à l'autre. La vision qui était tombée à un tiers est remontée à une.

Pour M. Meyer, le cysticerque a produit une ténonite non suppurée, d'où l'immobilisation du globe oculaire.

M. Masselon rapporte une observation de cysticerque relevée chez une dame de 27 ans enceinte de sept mois. Ce cas est remarquable par ce fait que la malade spécifie exactement le moment où le cysticerque vint former une tumeur sous-conjonctivale au niveau de l'insertion du droit inférieur. Un coup de ciseaux donné sur la tumeur jaunâtre mobile sur la sclérotique permit l'issue d'une masse gélatineuse comparable à de l'humeur vitrée. C'était un cysticerque long de quinze millimètres, dont on voyait le cou s'allonger et se rétracter.

Xérosis double.

M. Gillet de Grandmont présente un malade porteur d'un xérosis double coïncidant avec une affection cutanée que M. Quinquaud considère comme étant un hydroa chronique. Il est porté à croire que des bulles se sont développées dans les culs-de-sac conjonctivaux et que les ulcérations consécutives en se cicatrisant ont provoqué la rétraction de la muqueuse et la disparition du sac conjonctival.

M. Meyer a observé trois cas de xérosis. Chez un premier malade il existait un pemphigus de la figure, affection tout fait différente de celle dont est porteur le malade de M. Gillet de Grandmont. Un second malade, vu à Vienne chez Arlt, présentait lui aussi du pemphigus, et comme chez le précédent le xérosis aboutit à la cécité.

Par contre, une femme fut présentée à M. Meyer par M. Martin de Marseille avec un xérosis complet d'un œil et un xérosis incomplet de l'autre, les culs-de-sacs conjonctivaux étaient effacés, mais la cornée restait encore à nu. Elle n'avait aucune affection cutanée.

Dans ce cas, des lavages quotidiens au sublimé ont arrêté l'évolution de la maladie, tout au moins pendant un an, époque à laquelle la malade fut revue.

M. Debierre a soigné un vieillard, qui, dans son adolescence, avait eu de l'eczéma et chez lequel il pratiqua pour un xérosis la restauration des culs-de-sac palpébraux par une transplantation de muqueuse de lapin. Le résultat fut nul. Le massage à la lanoline hydrargyrique tenté après cet échec ne donna rien non plus.

Diplopiomètre.

M. Galezowski présente un appareil destiné à mesurer la diplopie.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 mars 1893.

Présidence de M. Lailler.

Lésions trophiques de la main et de l'avant-bras.

M. Quinquaud présente un malade atteint de lésions échelonnées sur le trajet des dernières ramifications du nerf cubital droit, ayant débuté par une lésion érythémato-vésiculeuse à laquelle a succédé une eschare; il y a en même temps anesthésie de la zone de distribution des ramifications du nerf cubital, diminution de la mobilité des muscles corres-

pondants, un fragment de nerf, extirpé par biopsie dans la zone malade, présentait des lésions de dégénérescence, avec quelques restes à peine de myéline. Au moment du développement des lésions, le sang des régions malades contenait un streptocoque très virulent, dont la virulence s'est affaiblie à mesure que les lésions ont progressé. Un traitement antiseptique (bains de sublimé, poudre de losophane, pansement ouaté) a produit une amélioration rapide qui a été enrayée par la suspension temporaire de ce traitement ; actuellement, il reste des ulcérations arrondies. Ces lésions rentrent dans le groupe des lésions dites trophiques ; elles résultent d'une névrite consécutive à une plaie d'un doigt ; mais il a fallu pour les produire l'intervention d'une cause infectieuse, dont l'existence est prouvée par les résultats de l'examen bactériologique et par ceux du traitement antiseptique, et dont l'action est comparable à celle des agents extérieurs dans l'expérience de Snellen sur les lésions de la cornée à la suite de la section du trijumeau.

Chancres des doigts.

M. Lejars présente un malade atteint de deux chancres occupant l'un le sommet de l'articulation phalango-phalanginienne de l'index, l'autre la face dorsale de la deuxième phalange du pouce droit, et consécutifs à une érosion de ces doigts que le malade s'est faite en donnant dans une lutte un coup de poing sur les dents de son adversaire.

M. Fournier. — Cette étiologie diffère un peu d'une autre étiologie, plus fréquente, des chancres des doigts, la morsure ; ici il y a eu seulement érosion de la peau par les dents.

M. Thibierge. — A propos des chancres des doigts, je veux signaler une confusion possible dont les auteurs ne font pas mention, celle du chancre avec une tuberculose papillomateuse : j'en ai observé un exemple dans lequel l'apparition de la roséole a seule fait reconnaître la nature de la lésion.

M. Lailler. — Dans le fait de M. Lejars, il manque une donnée étiologique, c'est la notion de l'existence de la syphilis chez le sujet qui est accusé d'avoir produit le chancre ; celui-ci ne résulte-t-il pas d'une inoculation ultérieure ?

Orchite lépreuse.

MM. Hallopeau et **Jeanselme** présentent un malade atteint d'une orchite lépreuse aiguë en même temps que d'une poussée remarquable par la multiplicité de ses manifestations : les conjonctives, les iris, les nerfs et la peau sont en effet simultanément intéressés. Cette orchite présente les caractères suivants : le testicule et l'épididyme sont lésés concurremment, des deux côtés ; il n'a pas d'épanchement dans les tuniques vaginales ; les testicules sont dans un état d'indolence presque complète : on peut les malaxer sans que le malade se plaigne ; le cordon est intact ; il n'y a pas et il n'y a jamais eu d'uréthrite : c'est la quatrième fois que ces manifestations testiculaires se produisent chez ce jeune homme ; dans l'intervalle des poussées aiguës, de petits nodules de consistance scléreuse persistent dans le parenchyme testiculaire ; les fonctions génésiques restent néanmoins intactes, un lépreme s'est développé cette fois concurremment dans le scrotum. Les caractères objectifs de cette orchite lépreuse offrent beaucoup d'analogie avec ceux de l'orchite syphilitique : les phénomènes concomitants permettent de les différencier.

Hydrargyrie cutanée de la face simulant l'impétigo.

M. Fournier présente une malade atteinte d'une éruption de la face simulant l'impétigo vulgaire ; cette éruption est consécutive à des applications de préparations mercurielles pour le traitement d'une conjonctivite (lavages au sublimé, puis pommade au calomel) ; elle s'accompagne d'une éruption scarlatiniforme généralisée avec desquamation à larges lambeaux.

Adénopathies abdominales dans la syphilis.

MM. Hudelo et **Mendel** présentent des préparations des ganglions iliaques et aortiques chez un sujet mort de syphilis rénale au sixième mois d'une syphilis à manifestations cutanées ulcéreuses ; tous ces ganglions sont volumineux ; les ganglions du médiastin sont normaux.

M. Fournier a rencontré ces lésions chez d'autres sujets morts à une période peu avancée de la syphilis ; elles montrent que le retentissement de la syphilis ne s'arrête pas au premier groupe ganglionnaire atteint, mais se poursuit de proche en proche sur les ganglions les plus élevés.

Molluscum contagiosum.

M. Barthélemy a observé dix-sept cas de molluscum contagiosum des grandes lèvres ; les tumeurs, peu volumineuses au début, se développent très lentement. Il est probable que certaines lésions désignées sous le nom de périfolliculites ombiliquées ne sont autres que des tumeurs de molluscum contagiosum.

Mycosis fongoïde.

MM. Hallopeau et **Jeanselme** communiquent les résultats de l'autopsie d'un sujet atteint de mycosis fongoïde qu'ils avaient présenté antérieurement. Elle a démontré la généralisation des productions adénoïdes. Elles occupent, en effet, non seulement la peau sous la forme de tumeurs ou d'infiltrations, mais aussi le voile du palais, la base de la langue, le larynx, les ganglions du cou, des aisselles et des aines, la rate, le foie et les reins ; les espaces portes sont occupés par des nodules miliaires de structure adénoïde, et des lésions similaires se trouvent également dans les reins. Cette observation vient à l'appui de la manière de voir qui rattache à un même type morbide les différentes formes de mycosis fongoïde et de lymphadénie.

M. Bogdan adresse une observation de blennorrhagie dont l'écoulement s'est suspendu pendant le cours d'une pneumonie pour reparaître ultérieurement.

M. Eraud adresse une observation intitulée : Observation d'hérédo-syphilis développée chez un enfant de trois mois après la naissance. — Contagion de la nourrice, non par un chancre mammaire, mais par un chancre de l'amygdale. — Procès en dommages-intérêts. Rejet de la demande et déboutement de la nourrice, sur ce fait qu'elle n'a pas eu de chancre mammaire.

G. Tibierge.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 mars 1893.

Examen histologique d'une pièce présentée comme cancer du thymus.

M. Michel Dansac a examiné histologiquement la pièce qu'il a récemment présentée comme cancer du thymus et qui, de fait, en offrait toutes les apparences macroscopiques. L'étude histologique de la tumeur ne peut permettre d'affirmer qu'il s'agit du thymus. D'autre part, les noyaux cancéreux du foie sont constitués par un épithélioma cylindrique qui a les caractères microscopiques du cancer primitif de cet organe.

M. Letulle a vu uniquement sur les coupes de la tumeur qui siégeait à la place du thymus du tissu cancéreux qui s'était développé dans un tissu réticulé.

Bactériologie des abcès de l'anus.

MM. Hartmann et **Lieffring.** — Voy. p. 121.

Lésions cardiaques.

M. Jayle présente deux cœurs provenant de malades morts dans le service de M. Letulle. Dans le premier cas, la mort est survenue avec le cortège de l'asystolie ; on a trouvé à l'autopsie une rupture d'un tendon de la mitrale. Dans le second fait, il s'agit d'un individu qui est mort de tuberculose pulmonaire et chez lequel on avait constaté l'existence d'un souffle cardiaque. Il y a une bandelette fibreuse au niveau de la naissance de l'infundibulum, ce qui donne lieu à un rétrécissement de l'artère pulmonaire ; il y a de plus une communication interventriculaire.

M. Letulle fait remarquer que le siège du rétrécissement est très bas, en plein ventricule. Sans pouvoir préciser l'âge

de ces lésions, il croit que ce sont là les vestiges d'une endocardite ancienne.

Cellule vaso-formative dans une fausse-membrane.

M. Letulle montre un dessin histologique d'une coupe faite dans une fausse-membrane pleurale au voisinage d'un infarctus chez un cardiaque. Il expose quelques notions relatives au processus de vascularisation des fausses-membranes sur les séreuses, qu'on attribue soit à des végétations des vaisseaux de la séreuse, soit à la présence de cellules vaso-formatives. Sur le dessin, on voit de nombreux vaisseaux ectasiés et de plus un organe cylindroïde, parallèle à la surface de la séreuse et sans communication avec les vaisseaux, que M. Letulle dit n'avoir jamais observé jusqu'ici. Si c'est une cellule vaso-formative, cet élément est ici certainement malade, arrêté dans son développement.

Muscles supplémentaires de la région cervicale.

M. Victor Veau a trouvé chez un sujet trois anomalies musculaires de la région cervicale. La première anomalie consiste en un muscle filiforme s'étendant de la partie externe de la clavicule gauche à la partie interne du même os. Le second muscle, situé du même côté, va de la clavicule à la partie supérieure de la colonne cervicale. La troisième anomalie, qui siège à droite, consiste en un mince faisceau charnu représentant le trajet des fibres internes du muscle cléido-sternal gauche.

M. Hartmann demande si le premier muscle n'avait aucun rapport avec l'aponévrose moyenne : il trouve peu admissible qu'un muscle aille ainsi d'un point d'un os à un autre point du même os, comme ce tractus qu'on voit sur la pièce desséchée que présente M. Veau.

Cirrhose hépatique.

M. Durante montre le foie et la rate d'un homme de 26 ans mort dans le service de M. Raymond. Un ictère chronique, qui depuis a toujours persisté, s'était établi il y a quatre ans. On avait dû faire plusieurs ponctions. La rate est extrêmement volumineuse. Le foie hypertrophié aussi est cirrhotique. Les lésions ne cadrent ni avec la cirrhose de Laënnec ni avec la cirrhose hypertrophique de Hanot. Histologiquement, c'est une cirrhose vasculaire avec inflammation jeune intra-lobulaire.

Expériences relatives au séjour de corps étrangers dans la cavité péritonéale.

M. Mauclaire présente, au nom de M. Jalaguier et au sien, des pièces provenant d'animaux (lapins, chiens) dans la cavité péritonéale desquels on a mis des fragments de compresses, de gaze salolée, d'éponges. Il ressort de ces expériences que les différents fragments ainsi abandonnés dans la cavité péritonéale peuvent passer et ont une tendance à passer du péritoine dans la cavité de l'intestin (*sera publié*).

Lésions suppurées des annexes de l'utérus.

M. Mauclaire présente en outre l'utérus et les annexes d'une femme dont l'ovaire du côté gauche a été enlevé en juillet 1891, par M. Nélaton. Sur la pièce on constate qu'à gauche une anse d'intestin grêle adhère à la corne utérine qu'elle couvre, et qu'à droite il existe un foyer suppuré adhérent à l'appendice cæcal, à une anse intestinale et au détroit supérieur. Entre le foyer et l'utérus existe un intervalle. Il est donc évident que dans ce cas, si l'on avait fait l'hystérectomie vaginale, on aurait lésé l'intestin sans probablement ouvrir la poche.

M. Hartmann insiste sur la distance qui sépare la poche de l'utérus. C'est un fait qu'il a constaté dans un grand nombre de cas. Quand on voit les autopsies des malades hystérectomisées, on note assez souvent ce fait que des poches n'ont pas été ouvertes. Pour lui, l'indication nette de l'hystérectomie est la suppuration du tissu cellulaire des ligaments larges. Quant au fait de la suppuration secondaire d'annexes laissées en place, il est tout à fait exceptionnel, et lorsqu'on trouve d'un côté des annexes saines, on doit les laisser. De nombreuses malades opérées soit par son maître M. Terrier, soit par lui et revues à longue échéance après l'ablation unilatérale d'annexes suppurées sont restées guéries; une même a eu une grossesse consécutive.

M. Delbet a relevé de son côté dans divers recueils déjà anciens des faits de grossesse consécutive à l'ablation unilatérale des annexes.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON.

Séance du 1er mars 1893.

PRÉSIDENCE DE M. MAYET.

Action de la salive sur les globules rouges.

M. Mayet prend la parole à l'occasion de la lecture du procès-verbal de la dernière séance. M. Josserand a dit que la salive détruisait la plupart des globules rouges du sang, or M. Mayet croit que la salive dissout simplement l'hémoglobine et qu'elle laisse intacte la charpente décolorée, laquelle présente une très-grande résistance à la destruction. Par différents procédés de coloration, on peut mettre en évidence ce fait déjà constaté depuis longtemps par Kœnig. A l'appui de son affirmation, M. Mayet met sous les yeux de la société des préparations microscopiques de sang conservé en vases clos depuis 15 mois.

M. Josserand fait remarquer que l'interprétation donnée par M. Mayet ne modifie pas le caractère essentiellement clinique de sa communication. Peu importe que les globules soient détruits ou dépouillés de leur hémoglobine; ce qui est intéressant, c'est de constater qu'un liquide qui paraît contenir beaucoup de sang ne se coagule pas et de savoir que ce fait tient à ce que ce liquide est en réalité de la salive colorée par une très forte proportion d'hémoglobine.

M. Josserand a composé un liquide identique à celui des hémoptysies dont il a parlé précédemment, en mélangeant 2 cc. de sang à 25 cc. de salive. Il avait ainsi une solution de sang au douzième, or il a trouvé dans cette solution une proportion d'hémoglobine égale à un douzième de la quantité normale, tandis qu'en procédant à la numération des globules il en a trouvé 500 fois moins que la proportion ordinaire, au lieu d'en trouver seulement 12 fois moins. Il est donc probable qu'il y a à la fois une dissolution et une destruction partielle.

M. Mayet dit qu'il aurait fallu rendre évidents par la teinture d'iode tous les globules décolorés pour que la numération pût trancher cette question.

Pelade guérie par le collodion iodé.

M. Ferraton, répétiteur à l'école de santé militaire, présente un soldat guéri d'une pelade par des applications de collodion iodé. Il fait ressortir les avantages de ce médicament qui sont la simplicité de son mode d'application, l'isolement de la plaque peladique, ce qui permet d'éviter la contamination de nouvelles régions et la contagion à d'autres malades, la mise à l'abri du contact de l'air de la plaque peladique, et l'épilation résultant de l'arrachement de la couche de collodion tous les 5 ou 6 jours lorsqu'on renouvelle l'application.

M. Augagneur dit que la pelade guérit presque toujours spontanément dans l'espace de 3 à 4 mois et qu'il faudrait un grand nombre d'observations pour oser affirmer que tel ou tel traitement a guéri une pelade.

Vertige de Ménière chez les enfants.

M. Lannois fait une communication sur le syndrome de Ménière chez les enfants. Il existe, dit-il, un assez grand nombre de cas où le vertige auriculaire apparaît chez les enfants comme un épiphénomène passager ou comme une manifestation d'une lésion aiguë de l'appareil auditif, mais le syndrome de Ménière se reproduisant par accès à intervalles plus ou moins longs est beaucoup plus rare dans les affections chroniques de l'oreille de l'enfant que dans celles de l'adulte, aussi les otologistes eux-mêmes ne le signalent-ils que d'une manière accessoire. M. Lannois a observé quatre cas assez probants pour mériter d'être signalés; il s'agit dans le premier cas d'un enfant de 7 ans présentant le syndrome de Ménière, qui avait eu à l'âge de 2 ans la rougeole et la coqueluche et qui avait depuis ce moment une obstruction des trompes et une otite moyenne chronique. La seconde observation est celle

d'une enfant atteinte depuis 18 mois de vertiges avec vomissements, et qui présentait un tympan cicatriciel avec manche du marteau horizontal La troisième observation peut se résumer ainsi : enfant de 7 ans, scarlatine à l'âge de 5 ans, suppuration probable à cette époque, syndrome de Ménière depuis 2 ans. La quatrième observation est celle d'un enfant de 8 ans qui, à la suite d'une chute à l'âge de 5 ans, avait conservé une diminution de l'ouïe et qui fut pris de syndrome de Ménière il y a 15 mois, après l'influenza.

M. Lannois signale la difficulté du diagnostic avec l'épilepsie, mais dans cette dernière affection la perte de connaissance et l'absence de vomissements sont des symptômes assez caractéristiques.

M. Lannois a visité une institution où se trouvaient 60 sourds-muets et n'a vu que 6 malades présentant des vertiges et des nausées; le Directeur de l'Institution lui a fait remarquer que les enfants qui entendent encore un peu sont plus sujets aux vertiges que ceux qui sont complètement sourds.

Rapports de l'infection biliaire et de la lithiase.

M. Dufourt dit que les théories pathogéniques de la lithiase biliaire peuvent se réduire à deux : la théorie humorale, et la théorie de l'angiocholite primitive si bien étudiée par Naunyn. MM. Bernheim et Dupré ont attiré l'attention sur les rapports de la lithiase avec la fièvre typhoïde. M. Dufourt a recueilli 14 observations personnelles de lithiase biliaire consécutive à la fièvre typhoïde, mais ce n'est pas une raison suffisante pour éliminer complètement la théorie humorale basée sur les parentés morbides, dont la dernière expression est la conception des maladies par ralentissement de la nutrition de M. Bouchard. Les expériences de MM. Ebstein, Nicolaïer, Tuffier montrent qu'en produisant chez le chien une dyscrasie par l'ingestion d'oxamide, on peut amener une lithiase urinaire spéciale sans intervention microbienne.

Dr L. Dor.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 1er mars 1893.

Fistules congénitales du cou.

M. Karewski. — Les fistules congénitales du cou résultent d'une anomalie de développement des arcs branchiaux et proviennent exclusivement du second arc vertébral. Les tumeurs dermoïdes ont avec elles les connexions les plus étroites, et sont formées par des inclusions de cellules épithéliales aberrantes.

Depuis 10 ans, l'orateur a observé 18 cas de fistules congénitales du cou, 7 externes incomplètes, 1 incomplète interne, et 5 complètes. Le siège de l'orifice externe neuf fois se trouvait au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, quatre fois entre le cartilage cricoïde et l'os hyoïde. Dans cinq cas, l'affection fut observée dès les premiers jours de la vie. Dans six autres elle ne fut reconnue que plus tard, quand survint un écoulement par le trajet. Deux fois la fistule aurait résulté d'une tumeur : sans doute il a pu peut-être s'agir d'une fistule ganglionnaire. Les kystes par rétention dus à l'oblitération des orifices fistuleux sont plus hypothétiques que réels.

Un certain nombre des fistules externes incomplètes résultent d'une tumeur dermoïde et sont considérées comme congénitales. D'autre part, nombre de fistules complètes deviennent borgnes grâce à l'oblitération de l'orifice interne par suppuration. Les rapports qu'affecte la fistule avec le paquet vasculo-nerveux ainsi que son trajet sont d'une importance capitale à connaître.

Des cinq fistules complètes, deux avaient leur orifice interne sur l'amygdale, deux au niveau du bord libre du voile du palais, un sur le pharynx. Cinq fistules borgnes se terminaient à l'apophyse styloïde, une au-dessus de l'os hyoïde. Dans deux cas, le cathétérisme du trajet était impossible.

La guérison de ces fistules demande une intervention chirurgicale, qui consiste à exciser radicalement tout le trajet. La moindre parcelle oubliée devient la cause d'une récidive.

Stérilisation du lait.

M. Norbert Auerbach communique un travail sur la stérilisation du lait destiné à l'allaitement des nourrissons.

Après avoir montré les causes d'infection du lait des vaches, résultant du mode d'élevage, des diarrhées, consécutives aux fautes de régime, etc., il établit que le lait provenant des étables où les animaux sont nourris avec des fourrages secs subit une stérilisation plus facile et plus durable que celui provenant de vaches nourries avec les fourrages verts.

Il découle de là des indications pratiques pour l'alimentation des jeunes nourrissons.

Séance du 8 mars.

La tolypyrine.

M. P. Guttmann a attiré l'attention sur une nouvelle substance de synthèse chimique, la tolypyrine, destinée, d'après lui, à remplacer l'antipyrine.

La composition chimique de la tolypyrine diffère de celle de l'antipyrine en ce que dans le groupe $C^6 H^5$, un H se trouve remplacé par le groupe méthylique CH^3. La tolypyrine se présente sous forme de cristaux incolores dont le point de fusion est à 136-137°; de saveur âcre, solubles dans l'alcool et dans dix parties d'eau, insolubles dans l'éther. Elle présente les mêmes réactions colorantes que l'antipyrine, avec le perchlorure de fer et l'acide nitrique.

Les expériences faites sur les animaux ont montré tout d'abord que, même à la dose de 5 gr., la tolypyrine n'est pas toxique et ne provoque pas de phénomènes accessoires graves. Elle fut alors essayée à la dose de 4 gr. par jour dans six cas de fièvre typhoïde, cinq cas de pneumonie, dans l'érysipèle, la scarlatine, etc. Dans tous ces cas elle a montré une action antithermique puissante et provoquait un abaissement de la température de 1° 1/2 à 3°. Cet abaissement se manifeste seulement et se continue pendant 6 heures, la température remonte ensuite à la hauteur primitive avec la même lenteur ; le pouls est ralenti en rapport avec l'abaissement de la température. L'abaissement de la température est accompagné d'une transpiration abondante, mais sans autres phénomènes accessoires.

La tolypyrine agissait d'une façon presque spécifique dans le rhumatisme articulaire aigu, léger, à la dose journalière de 4 grammes. Dans les formes graves son action était plus lente, et sous ce rapport encore elle se rapprochait du salicylate de soude et de l'antipyrine. Enfin dans les céphalalgies et névralgies son action était non moins efficace que celle de l'antipyrine.

M. Guttmann suppose donc que lorsque la tolypyrine deviendra plus connue et plus accessible, elle remplacera l'antipyrine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 28 février 1893.

Intubation du larynx.

M. Rosenberg communique les résultats qu'il a obtenus par l'intubation du larynx dans divers cas de sténoses laryngées.

Une malade atteinte d'un rétrécissement diphthéritique fut guérie en cinq jours. D'autres malades frappés de sténose chronique subaiguë avec accès de suffocation eurent également à se féliciter du tubage laryngé. Dans un cas de papillomes récidivants, ceux-ci disparurent en six mois grâce à la compression exercée par le tube laissé en place d'une façon permanente. Le même succès fut obtenu dans des cas de phthisie laryngée ou de paralysie des cordes vocales.

Il s'ensuit que le tubage du larynx est une intervention de grande valeur. La technique pour placer la canule est des plus simples. Avec le doigt indicateur gauche introduit profondément dans le pharynx on relève l'épiglotte et on introduit de la main droite le tube en se servant de l'index

gauche comme guide; dès que la canule est placée, elle détermine une toux réflexe accompagnée d'une expectoration muqueuse.

L'alimentation du malade ne présente aucune difficulté, à condition de prendre quelques précautions en avalant.

Lorsque la canule est d'un calibre trop étroit, elle peut être expectorée. Pour en empêcher la déglutition, on fixe à son extrémité supérieure un fil qu'on laisse sortir par la bouche.

M. Ewald fait passer le fil par les fosses nasales.

M. Herzfeld fait remarquer que la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs n'occasionne pas une gêne respiratoire considérable, tout au moins à une certaine époque.

M. Rosenberg ne conseille le tubage qu'au début ou au stade ultime decette paralysie,où il peut survenir des accès de suffocation mortels. Le passage du fil par les fosses nasales a le grand inconvénient d'irriter les muqueuses.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 13 février 1893.

Chirurgie du rein.

M. Israël distingue entre les néphrectomies primitives faites une fois le diagnostic établi, et les néphrectomies secondaires consécutives à la néphrotomie, dans lesquelles le pronostic est déjà plus sombre. Dans les cas d'affection rénale bilatérale, la néphrectomie d'un rein ne doit être faite que lorsqu'une glande présente une lésion au début, et l'autre presque plus de parenchyme. Dans ces cas le diagnostic est excessivement difficile. Dans les suppurations rénales la néphrectomie doit être préférée à la néphrotomie, à la condition que le second rein soit sain. Si pour établir l'état du second rein on avait fait la néphrotomie, il vaudrait mieux enlever le rein malade à la condition que l'autre fût reconnu sain. Dans ces conditions on peut, afin d'avoir un diagnostic ferme et d'empêcher la pénétration du pus dans la vessie, faire la ligature du rein néphrotomisé.

La néphrectomie primitive a donné à M. Israël plusieurs morts. Chez une femme carcinomateuse la mort survint 40 heures après l'opération qui fut extrêmement facile. A l'autopsie : plaie parfaite, atrophie brune du cœur, trouble parenchymateux récent du second rein. Dans un autre cas (néphrolithotomie) la mort survint dans les mêmes conditions. Le second rein présentait les mêmes lésions que dans le cas précédent, et M. Israël se demande si le chloroforme n'est pas pour quelque chose dans la lésion rénale. Un troisième malade, néphrolithotomisé pour anurie réflexe, succomba à la septicémie due à ce qu'à chaque moment il retirait le drain de sa plaie.

Dans un cas de néphrectomie pour hydronéphrose intermittente et anurie réflexe, on voyait fort bien sur le rein extirpé la coudure de l'uretère qui au lieu de descendre directement en bas, remontait puis se coudait à angle droit avant de gagner le bassin. Dans deux autres cas on a pu constater que l'oligurie survenue après la néphrectomie, était d'origine réflexe et tenait à l'irritation réflexe du second rein par le drain placé au niveau du rein extirpé. Quand on enleva le drain, l'oligurie disparut. Enfin, dans un dernier cas de néphrectomie pour lithiase biliaire terminé par la mort, on a cru pouvoir incriminer la compression des nerfs intestinaux par le pansement, car l'autopsie fut absolument muette.

Narcose chloroformique et reins.

M. Rindskopf a examiné après chaque narcose chloroformique l'urine de cent individus opérés, mais dont les reins ne présentaient rien d'anormal. Dans 31 cas il a trouvé après la narcose les modifications suivantes dans l'urine : 6 fois de l'albumine seule, 19 fois des cylindres hyalins seuls, 6 fois de l'albumine et des cylindres, 31 fois augmentation considérable du nombre de leucocytes, 19 fois des cellules épithéliales de provenance diverse. L'albumine et les cylindres disparaissaient au bout de trois jours. La quantité de chloroforme et la durée de la narcose jouent un rôle considérable dans l'apparition des modifications en question.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 6 mars 1893.

Prostatectomie sus-pubienne.

M. Buckston. — Au point de vue chirurgical, la division de la prostate en lobes n'a aucune importance; c'est un organe sexuel qui n'a un rôle urinaire que lorsqu'il est hypertrophié. L'hypertrophie prostatique chronique est intra-vésicale, extra-vésicale ou intra et extra-vésicale. La variété intra-vésicale est la principale cause de trouble de la miction, souvent elle a la forme d'un œuf faisant saillie dans la vessie. Quand les parties antérieure et latérales de l'œuf manquent, on a ce qu'on appelle l'hypertrophie du lobe médian de la prostate qui forme comme une valve venant fermer l'urèthre, d'où la nécessité du cathétérisme. Plus rarement il manque seulement à cette projection ovoïde la partie antérieure ou une des parties latérales. Ce n'est qu'exceptionnellement que la partie antérieure est seule hypertrophiée. Les hypertrophies intra-vésicales peuvent être associées à une hypertrophie extra-vésicale considérable. L'hypertrophie intra-vésicale peut être enlevée, le plus souvent, avec rétablissement de la miction normale. On ne peut la diagnostiquer sûrement que par l'exploration digitale après la taille hypogastrique. Les uréthromètres et les endoscopes sont inutiles et dangereux. Cependant deux procédés ont une grande valeur pour le diagnostic : le toucher rectal et la mesure de la longueur de l'urèthre par le passage d'une sonde ordinaire. Une augmentation de longueur de l'urèthre est en faveur de l'existence d'une hypertrophie intra-vésicale. S'il y a une hypertrophie extra-vésicale très prononcée, il faut en tenir compte dans l'évaluation de la longueur de l'urèthre. Si on trouve pour longueur de l'urèthre plus de 11 centim. et si on sent dans le rectum une tumeur modérée, on peut presque affirmer l'existence d'une hypertrophie intra-vésicale. Des hypertrophies légères de la prostate sont parfaitement compatibles avec une miction normale jusqu'au jour où une cause congestive quelconque produit la rétention; même alors on peut obtenir la guérison par l'usage de la sonde; il est évident que dans ce cas, on ne doit pas avoir recours à la prostatectomie. Mais dans certains cas, le cathétérisme se heurte à de grosses difficultés dues à la grande courbure de l'urèthre prostatique, à l'existence de fausses routes aux hémorrhagies faciles de certaines prostates qui touchent le cathéter par un caillot. Chez d'autres malades, ce sont des affections des mains, comme les déformations du rhumatisme, ou les fonctions sociales de l'individu qui empêchent le malade de se sonder. Dans tous ces cas, la prostatectomie est indiquée; je vous présente ici un malade chez lequel j'ai pu obtenir, par ce procédé, une guérison complète. Cette opération doit toujours être extra-péritonéale. Il faut toujours inciser la vessie sur un conducteur. Il faut ensuite enlever la prostate par fragments avec des pinces et à l'aide d'un mouvement de torsion, qui empêche l'hémorrhagie; il ne faut enlever ainsi que l'hypertrophie intra-vésicale; il faut avoir soin d'introduire une sonde métallique dans l'urèthre. On se contentera, pour arrêter l'écoulement de sang, de faire des irrigations chaudes. Cette opération ne doit jamais être pratiquée chez un homme qui peut facilement se sonder et vider ainsi sa vessie.

M. Hutchinson. — Je me rends pleinement aux conclusions de l'auteur; je crois aussi qu'on doit se contenter d'enlever l'hypertrophie intra-vésicale. L'hypertrophie de la prostate est une cause et non une conséquence d'une maladie vésicale. Les sondes en caoutchouc sont bien supérieures aux sondes métalliques.

M. Harrison. — Je reconnais deux sortes d'obstruction prostatique : 1° une tumeur prostatique faisant saillie dans la vessie et produisant de l'obstruction et de la cystite; on doit la traiter par cystostomie sus-pubienne et l'ablation; 2° l'obstruction peut être produite par la formation de colliers de tissu prostatique entourant le col de la vessie et en amenant l'occlusion. Cette dernière classe n'est pas justiciable de l'opération sus-pubienne. Je traite cette dernière forme par

division de ces colliers par une incision péritonéale avec drainage; je n'ai jamais eu un cas de fistule péritonéale.

M. Bruce Clark. — Quand la tumeur prostatique est dans la vessie, il faut toujours l'enlever. A l'aide d'un examen bimanuel sous le chloroforme, on peut se faire une idée très nette de la taille de la prostate. Les cas les plus difficiles sont ceux où l'urèthre est obturé par un soulèvement de son plancher. La taille hypogastrique étant faite, on peut se contenter quelquefois de toucher la tumeur prostatique avec le galvano-cautère de Paquelin.

M. Swingford Edwards. — Pour diagnostiquer l'hypertrophie de la prostate, le mieux est d'allier le cathétérisme avec une sonde à bec court au toucher rectal. Quand on a diagnostiqué une tumeur prostatique intra-vésicale, le mieux est de l'enlever sans plus tarder.

M. Scheild. — Dans les deux cas de prostatectomie que j'ai vus, il y a eu des hémorrhagies très abondantes.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 7 mars 1893.

Pathologie du cancer et du sarcome.

M. Rubert Boyce. — M. Arthur Giles et moi tendons à croire que beaucoup de parasites qu'on a récemment décrits dans le cancer ne sont que des cellules endogènes. Récemment Müller a fait dans le laboratoire d'Arnold des recherches qui l'ont conduit à regarder les parasites décrits par Ruffer et Walker comme n'étant autres que des exemples typiques de formation de cellules endogènes. Nos observations nous ont montré que ces cellules endogènes sont dans des cellules anormales; que, uniques ou multiples, elles occupent la place du noyau, qu'elles sont à peu près uniquement constituées par des granulations de chromatine, de nucléine ou de protoplasma; quant à la capsule, on en pourra peut-être trouver une explication dans les capsules des corpuscules endogènes de la prostate. Certaines capsules contiennent plusieurs corps à noyaux. Il n'y a aucune trace d'irritation ou de réaction des leucocytes au niveau de ces formations. Tous ces faits ne permettent pas de considérer ces corpuscules comme des parasites. Le cancer donne lieu à des phénomènes de métastase, mais les foyers secondaires, contrairement à ce qui arrive dans les processus infectieux, sont des greffes du foyer primitif. On a voulu considérer les parasites du cancer comme des sporozoaires; or les sporozoaires intra-cellulaires semblent être inoffensifs; de plus, les sarcosporidies sont volumineuses et visibles à l'œil nu. Rien, en un mot, ne permet d'affirmer encore la nature parasitaire du cancer.

M. Woodhead. — Je crois que M. Clarke va trop loin en affirmant que les corpuscules de Russell ne sont que des résultats de dégénérescence; il est certain que parmi les éléments décrits par Russell, il y a des parasites qu'on n'avait pas vus avant lui.

M. Ballance. — En mai 1888, M. Shattock et moi avons lu un travail sur ce sujet. Mais nous ne pouvons affirmer pour le moment si les corpuscules en question sont des leucocytes, des formes spéciales de cellules conjonctives ou des parasites.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 10 mars 1893.

Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche.

M. Lorenz. — On était, depuis longtemps, habitué à considérer la luxation congénitale de la hanche comme une affection incurable, lorsque, il y a quelques années, Hoffa vint à montrer que cette lésion est passible d'une intervention chirurgicale consistant à agrandir la cavité cotyloïde atrophiée, pour y replacer la tête du fémur. M. Lorenz est donc parti de cette idée et est arrivé à créer un procédé opératoire distinct de celui de Hoffa.

Dans la luxation congénitale, il faut réduire la tête déplacée et la placer dans la cavité cotyloïde préalablement agrandie. Or l'obstacle à la réduction, quand cet obstacle existe chez les enfants, n'est pas constitué par les muscles pelvi-trochantériens, comme le suppose Hoffa, mais par les muscles parallèles à l'axe du fémur, les muscles pelvi-cruraux. Il s'ensuit que l'incision doit passer en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, de sorte qu'avant de pénétrer à la capsule articulaire, on divise le triceps, le couturier et le muscle tenseur du fascia lata. Si l'on rencontre une résistance du côté des adducteurs, on les divise par la section sous-cutanée. La face antérieure de la capsule mise à nu, on ouvre l'articulation par une large incision cruciale qui rend très accessibles la tête et la cavité cotyloïde. Celle-ci est alors débarrassée du tissu cartilagineux qui la remplit et suffisamment agrandie pour loger la tête du fémur.

Cette méthode a été suivie par M. Lorenz dans vingt et un cas et il n'a échoué qu'une fois chez un garçon de 12 ans; l'échec tient, du reste, à l'âge de l'enfant, car M. Lorenz a remarqué que les difficultés augmentent considérablement passé l'âge de 7 à 8 ans. Le mieux, c'est d'opérer à l'âge de 5 ans.

Les résultats fonctionnels sont dans tous les cas des plus satisfaisants, comme le montre, du reste, un de ses malades présenté par M. Lorenz.

M. Albert fait observer que la claudication existe aussi dans la luxation congénitale incomplète de la hanche et dans le décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur d'origine ostéomyélitique. Dans la luxation incomplète, on ne sent pas la tête du fémur.

Hypertrophie de la glande mammaire.

M. v. Eiselsberg présente un garçon de 14 ans qui offre une hypertrophie considérable de la glande mammaire gauche tenant à une simple hyperplasie du tissu glandulaire. La glande est aussi volumineuse que celle d'une fillette de 15 ans. Le frère du malade a présenté la même anomalie vers l'âge de 15 ans; elle a disparu plus tard.

M. Frank présente un malade auquel il a fait une *amputation inter-scapulo-thoracique* pour un chondrome récidivant du membre supérieur. Actuellement, on constate une sorte de voussure du thorax du côté correspondant.

M. Wintersteiner présente un cas de cataracte équatoriale et un de cataracte ponctuée.

Thèses de Paris.

Des enfoncements et des fractures du crane chez le fœtus pendant l'accouchement, par le Dr Lelièvre, ancien interne des hôpitaux (G. Steinheil, éditeur).

Les enfoncements du crâne, chez le fœtus, se présentent sous deux formes principales : la forme d'un sillon ou d'une gouttière et la forme d'un godet, d'un entonnoir ou encore d'un cuillere. La première est la plus fréquente et la moins dangereuse, la seconde la plus rare et la plus grave. Les fractures accompagnent le plus souvent, mais non toujours, les dépressions et particulièrement les dépressions de la seconde catégorie. Dans quelques cas, elles siègent à la base du crâne, dans les points les plus faibles. Les enfoncements et les fractures s'observent aussi bien à la suite d'un accouchement simple dans un bassin normal, ou plutôt dans un bassin vicié, qu'à la suite d'un accouchement terminé par le forceps ou la version.

Les causes qui les déterminent sont imputables à la mère, au fœtus, dans quelques cas exceptionnels à l'accoucheur. Les signes par lesquels ils se traduisent sont locaux et généraux. Les conséquences qui en résultent sont variables dans leurs manifestations et dans leur durée. Le meilleur traitement est le traitement préventif, et il faut entendre par là, l'accouchement provoqué dans les cas où l'on se trouvera en présence de bassins rétrécis.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des abcès de la fosse iliaque (*adénite iliaque*) **consécutifs à des lésions prostatiques,** par le Dr Bézy, chirurgien des hôpitaux.

A chaque instant, l'anatomie pathologique vient découvrir ou corroborer des faits que l'anatomie normale ne connaissait pas ou n'avait fait qu'entrevoir. A son tour, celle-ci peut nous donner l'explication de certains phénomènes dont l'origine est obscure ou tout au moins d'une interprétation difficile.

C'est à ce titre que je publie l'observation suivante qui est, sans doute, rare, mais qui ne doit pas être exceptionnelle; je suis convaincu que sa rareté tient à la difficulté de l'interprétation du fait et à l'ignorance de la relation qui existe entre lui et l'affection primordiale qui lui a donné naissance.

On a pu quelquefois observer des abcès de la fosse iliaque chez des malades atteints d'affections des voies urinaires; mais c'est surtout comme complication d'abcès de la prostate que la lésion a été signalée et on a envisagé ces abcès comme étant le résultat de l'arrivée jusqu'à la fosse iliaque du pus d'un abcès péri-prostatique. C'est, dit-on, une fusée purulente le long du canal déférent, dans ce tissu cellulaire si lâche au milieu duquel il est plongé et dont la disposition est si favorable à l'extension de la suppuration. C'est comme une fusée purulente que ces abcès sont étudiés dans la thèse, remarquable à plus d'un titre, de mon ami Segond sur les *abcès de la prostate*.

Sans vouloir nier que des abcès iliaques puissent avoir cette origine, je crois qu'on peut donner une autre interprétation de la formation de ces abcès. Et c'est peut-être cette interprétation qui est la *seule vraie*.

Ce qui, peut-être, a empêché les auteurs qui ont signalé ces abcès de donner la pathogénie de ces lésions, c'est que, le plus souvent, en même temps qu'ils constataient le pus dans la fosse iliaque, ils en constataient dans la prostate ou autour d'elle.

Quoi qu'il en soit, nous ne pensons pas que tous les abcès de la fosse iliaque consécutifs à des lésions prostatiques et même à des abcès prostatiques soient le résultat d'une fusée purulente; et bien plus, pour dire toute notre pensée, nous croyons, sans pouvoir en donner la démonstration pour les cas que nous n'avons pas observés et qui sont signalés dans les auteurs, nous pensons, dis-je, que ces abcès ont pour point de départ une *adénite iliaque*. Dans tous les cas, pour le fait que nous allons relater, cette origine ne saurait être douteuse, puisque nous avons assisté à l'évolution de la lésion, nous avons pu reconnaître l'adénite avant que le pus ne fût formé, nous avons assisté à la formation de la collection, nous avons constaté l'absence de toute suppuration dans la prostate et au voisinage de la prostate, au moins au début. Enfin, des lésions analogues dans d'autres affections prostatiques nous permettraient, à défaut de preuves directes et en raisonnant par analogie, de donner comme origine à ces abcès de la fosse iliaque, non une fusée purulente ayant suivi le canal déférent, mais l'adénite iliaque.

Ces lésions analogues, ce sont les adénopathies iliaques, si fréquemment observées dans le cours des cancers de la prostate, adénopathie iliaque qui peut être un des premiers signes de l'affection, qui peut rendre clair, évident, le diagnostic du cancer, jusque-là resté obscur, indécis, qui peut être aussi un signe tardif et devenu alors un signe de second ordre. Quoi qu'il en soit, dans trois cas nous avons pu rapporter à leur véritable cause des symptômes pénibles et douloureux du côté de la prostate et de la vessie, en constatant et faisant constater une adénopathie iliaque à des confrères qui nous avaient fait l'honneur de nous demander notre avis. Après quelques jours, le toucher rectal et l'évolution des lésions ne permettaient plus aucun doute.

Quoi qu'il en soit, voici l'observation :

M. M.... est un vieillard de 67 ans, auprès duquel je fus appelé en octobre 1890 pour des symptômes vésicaux très pénibles dont la véritable nature avait été méconnue et par le médecin traitant et par deux de nos collègues appelés en consultation. M. M..., ainsi que je pus le diagnostiquer avant toute exploration et m'en assurer ensuite, était porteur d'un calcul vésical volumineux, phosphatique, avec cystite intense. Je l'en débarrassai par la lithotritie en une séance avec l'assistance de mes internes de l'époque, Lafourcade et Brézard. Les suites furent normales et apyrétiques, et depuis, M. M.... a continué à se sonder régulièrement, mais non toujours aseptiquement, malgré mes recommandations. Quoi qu'il en soit, sa santé était toujours restée bonne jusqu'au 19 novembre dernier, où il vint me voir se plaignant d'avoir une légère douleur dans l'aine et un peu du côté du testicule qui du reste était sain; sa femme au contraire avait observé que son urine était moins belle que précédemment, et, comme elle connaissait l'importance que j'attachais à l'état des urines, elle ne manquait pas de venir me le faire remarquer : le cathétérisme était plus douloureux et de temps en temps plus difficile et amenait un peu de sang. Je jugeai une exploration opportune et je la fis le 21 : je constatai après beaucoup de recherches l'existence d'un petit calcul, ou plutôt d'une petite concrétion que je broyai et évacuai le 23. L'urine redevint meilleure après le grand lavage que je fis à ce moment, mais la douleur augmenta du côté du pli de l'aine, l'état général devint moins bon, le malade dut s'aliter, et le 25, en palpant la fosse iliaque avec soin, je pus, malgré l'épaisseur de la paroi abdominale, constater dans cette fosse iliaque l'existence d'une tuméfaction dure, rénitente, douloureuse, bosselée, formée de petites tumeurs arrondies au nombre de 3 ou 4, de volume inégal et variant, autant qu'on en pouvait juger, entre celui d'une petite noix et celui d'une grosse noisette. L'adénopathie iliaque n'était pas douteuse; je me hâtai de pratiquer le toucher rectal; mais je ne constatai rien d'anormal par la palpation bimanuelle ni sur ou dans la prostate, ni sur les parties latérales, ni au niveau des vésicules séminales; la pression de ces organes n'était même pas douloureuse. J'avoue que j'étais assez perplexe pour établir la cause de cette adénopathie; mais en rapprochant de cette adénite les cathétérismes difficiles, sanguinolents, douloureux dans la traversée de la prostate, le trouble des urines, me souvenant que les cancers de la prostate donnent lieu à une adénopathie siégeant exactement au même point, constatant, d'autre part, l'absence absolue de toute autre lésion, soit du côté de l'abdomen ou de l'intestin, soit même du côté du membre inférieur, je n'hésitai pas à rattacher cette adénite à une lésion infectieuse, à un traumatisme de la prostate avec infection par la voie lymphatique. Comme l'état général persistait assez mauvais, que le pouls oscillait toujours entre 96 et 104, quoique la température vespérale ne dépassât pas 37°7 (sauf un soir, la veille de l'opération, où elle monta à 38°), je surveillai le malade par crainte de la suppuration, et le 2 décembre, ayant constaté assez nettement la fluctuation la veille, je fis avec l'aide de mon élève et ami le Dr Marquézy une incision de 7 à 8 cent., parallèle à l'arcade crurale et, après avoir traversé une notable couche de graisse, je tombai sur un foyer purulent très volumineux d'où sortit une grande quantité de pus légèrement brun verdâtre, non odorant.

Le doigt introduit dans le foyer s'enfonça profondément dans le petit bassin. Je plaçai deux gros drains et fis un lavage abondant à l'eau boriquée et phéniquée.

Si je n'avais pas suivi très attentivement l'évolution de la lésion, si d'autre part ce malade eût eu un abcès de la prostate, on aurait pu considérer ce fait comme un exemple de fusée purulente, dont le point de départ eût été un abcès périprostatique. Ici cette interprétation est impossible. L'examen du début est trop démonstratif. La lésion a été primitivement iliaque. C'est la suppuration ganglionnaire et périganglionnaire qui a fusé dans le petit bassin où elle trouvait des conditions de développement plus favorables que du côté de la fosse iliaque, conditions plus favorables résultant de la déclivité du petit bassin, et de la laxité plus grande du tissu conjonctif; si on ajoute à ces conditions ce fait que ce sont peut-être les ganglions les plus rapprochés du petit bassin qui sont pris et suppurent les premiers, on pourra s'expliquer pourquoi la suppuration est déjà établie du côté du petit bassin avant qu'on ne puisse la percevoir du côté de l'aine et pourquoi elle a le temps de fuser de ce côté-là avant qu'on ne puisse songer à l'ouvrir par l'aine.

Dans ces conditions, y aurait-il avantage à ouvrir la collection et à donner issue au pus par la partie déclive? c'est-à-dire en faisant une incision pararectale et paraprostatique? Nous ne le pensons pas, quelque bonne volonté que l'on puisse apporter à comparer ces abcès aux abcès des ligaments larges consécutifs à une infection utérine, abcès qui gagnent souvent à être ouverts par le vagin. On concédera en effet que les conditions anatomiques sont bien différentes; le cul-de-sac vaginal est autrement voisin du foyer purulent que le périnée: la recherche du pus est autrement facile, le chemin à parcourir beaucoup plus court et beaucoup moins dangereux et l'ouverture plus facile à faire grande et à maintenir ouverte.

C'est donc l'ouverture inguinale qui conviendra le mieux, et on devra la faire aussitôt que la présence du pus sera devenue évidente. Peut-être cependant, en raison de cette disposition qu'a le pus à se collecter et à fuser du côté du petit bassin avant de se diriger du côté du pli de l'aine, conviendrait-il, pour éviter cette diffusion, de faire cette incision un peu précoce. Il serait bon alors de faire une incision exactement comme pour la ligature de l'iliaque externe, c'est-à-dire en se rapprochant le plus possible de l'arcade fémorale, sinon pour l'incision cutanée, du moins pour les muscles; on décolle ensuite le péritoine avec soin, on chemine le long des vaisseaux, on dilacère les premiers ganglions rencontrés et on va à la recherche du pus en se tenant toujours au voisinage du détroit supérieur, et plutôt en dedans qu'en dehors; le foyer ouvert, on le draine avec soin.

C'est une règle de conduite que je recommande et que je me propose de suivre, si l'occasion s'offre de nouveau à moi; le malade ne peut qu'y gagner. Le fait que je viens de relater me paraît à ce point de vue être d'un haut enseignement.

Je terminerai cette courte note en indiquant brièvement la fin de l'observation. Le malade après avoir mis un certain temps à se relever, après avoir eu même un frisson assez violent avec état général grave dont le point de départ véritable m'a échappé en raison de la complexité des lésions, peut être aujourd'hui (5 février) considéré comme guéri: il mange, il se lève; il ne garde qu'un petit trajet fistuleux qui ne tardera pas à s'oblitérer.

REVUE DES JOURNAUX

Sténose pylorique, gastro-entérostomie (Gastroenterostomia per stenosi del piloro), par E. d'Ursi (*La Riforma medica*, 21 janvier 1893, p. 194). — Femme de 35 ans, ayant depuis quatre ans des douleurs épigastriques et des alternatives de diarrhée et de constipation; depuis quelques semaines, douleurs intenses, constipation rebelle, vomissements opiniâtres, inappétence, amaigrissement considérable, estomac très dilaté. Laparotomie sur la ligne médiane, écoulement d'une grande quantité de liquide citrin; adhérences de la paroi antérieure de l'estomac; incision de la paroi antérieure de l'estomac au voisinage du pylore, à 4 centim. de la grande courbure, incision longitudinale d'une anse libre de l'intestin grêle, suture de Lembert-Apolito, lavage du péritoine avec l'eau boriquée chaude. Amélioration suivie de diarrhée et mort après des imprudences commises par la malade.

Hématome de la vulve (Hæmatom der Vulva), par Simon (*Centr. f. Gynæk.*, 1893, n° 4, p. 60). — L'auteur rapporte un cas d'hématome de la vulve survenu spontanément deux heures après l'accouchement très normal chez une primipare. Le vestibule du vagin était obstrué par une tumeur molle, pâteuse, non fluctuante, des dimensions d'une tête d'enfant, dont le point de départ paraissait être la moitié gauche de la vulve. Le vagin était rempli de caillots et le fond de l'utérus paraissait se trouver à la hauteur des fausses côtes.

Les conditions de logement de la malade ne permettant pas une intervention immédiate, l'opération ne fut faite que quelques heures plus tard après le transport de la malade à la Clinique. La tumeur fut donc incisée et la cavité débarrassée des caillots. On trouva alors un certain nombre de vaisseaux assez volumineux qui donnaient du sang. L'auteur crut alors plus simple de faire d'abord une ligature en masse des vaisseaux clitoridiens en passant le fil sous le périoste du pubis et de lier ensuite les vaisseaux qui donnaient encore du sang. Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée; guérison sans complication.

Luxation cervicale (Note on a group of symptoms commonly attributed to dislocation of the neck), par Thorburn (*British med. Journ.*, 11 février 1893, p. 287). — L'auteur depuis quelques années a été plusieurs fois entretenu verbalement d'une série de symptômes survenant encore assez fréquemment chez les mineurs du Lancashire comme conséquence d'un traumatisme de la tête ou du cou et considérés, à tort à mon avis, comme devant être rapportés à une luxation des vertèbres cervicales. On dit communément dans le Lancashire en parlant de ces malades qu'ils ont le cou renversé; la tête, à ce qu'on dit, a été tordue par un coup ou une chute; la face se cyanose et il y a menace d'asphyxie. Un des camarades de l'homme qui est le sujet d'un tel accident, lui remet la tête en place; la guérison paraît toujours s'ensuivre. L'auteur a vu une femme qui lui a raconté avoir subi cet accident en tombant dans un escalier, sa sœur lui remit la tête droite, et ensuite la malade resta au lit sans pouvoir marcher pendant 5 semaines. Durant cette période elle eut des attaques convulsives et même quelquefois elle tomba dans le coma; pendant plus d'une semaine elle ne put remuer son bras droit. Quand Thorburn a vu cette malade, il lui a trouvé des signes bien nets d'hystérie. Quant à l'ensemble des symptômes de l'accident même (torsion du cou, cyanose de la face, asphyxie, réduction de la luxation impossible pour le malade seul et relativement facile avec l'aide d'un assistant quelconque), il est toujours rapporté de la même façon par les témoins de ces scènes. On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une luxation de l'os hyoïde venant fermer la glotte ou d'un déplacement latéral du larynx tout entier.

Abcès des sinus frontaux (Abscess of frontal sinus, report of case, operation), par Wall (*The medical and surgical Reporter*, 4 février 1893, p. 166). — Le 28 décembre 1892, je fus appelé auprès de M. L. C., âgé de 45 ans; trois semaines auparavant s'était déclaré un coryza; depuis le malade a eu la céphalée frontale, dont l'intensité a été en croissant;

puis est survenue la fièvre et enfin il y a eu des frissons. Il y a un gonflement et un œdème considérables au niveau du front surtout du côté du sinus atteint, œdème qui se prolonge sur le nez et dans l'orbite. Le malade étant complètement endormi, je fis une incision d'un centimètre et demi, juste au-dessus du sourcil gauche; je fis une incision verticale aboutissant à l'extrémité interne de la précédente. J'appliquai alors une couronne de trépan sur le point ainsi dénudé: une grande quantité de pus crémeux s'écoula au dehors. Lavage de la cavité avec une solution faible de sublimé et pansement à la gaze au bichlorure. Actuellement le malade est à peu près guéri.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTE MÉDICALE DE L'ÉTAT DE NEW-YORK

87e *réunion annuelle tenue à Albany (New-York), les* 7, 8 *et* 9 *février* 1893.

De la suppuration dans les tuberculoses osseuses et articulaires.

M. Gibney. — Il faut protéger l'articulation voisine d'un os malade, dès le début. Plus tard, quand il y a des abcès, il faut les ponctionner ou les inciser; quand la suppuratien est peu étendue, on laissera ce petit abcès et on appliquera un appareil de contention; si l'abcès empêche l'application de l'appareil, on le ponctionnera. Ces mesures permettent d'obtenir de bons résultats dans la moitié des cas au moins. L'incision simple de l'abcès réussit quand la lésion osseuse est peu répandue. L'amputation de la hanche n'est point indiquée dans tous les cas de suppuration étendue, mais on doit tenir aussi grand compte de l'état du malade. L'expectation donne les meilleurs résultats pour les maladies de la tibio-tarsienne chez l'enfant. L'amputation de la cuisse n'est jamais justifiée dans ces cas, en dehors des cas de coxalgie où le foie est pris.

M. Roswell Park. — J'incise les abcès aigus; je crois inutiles les injections d'iodoforme; je préfère le chlorure de zinc; je retire de bons effets de l'usage de la tuberculine, du gayacol. Quant aux abcès froids, je déclare depuis de nombreuses années que leur contenu n'est pas du pus, et leur évacuation n'est nécessaire que quand un processus aigu vient se greffer par-dessus et y produire une suppuration réelle.

M. Ling Taylor. — Je crois utile d'inciser les abcès froids et d'y injecter de l'iodoforme; je crois la ponction inutile.

M. Weigel. — J'ai traité des tuberculoses de la cheville chez des enfants, j'ai opéré et l'état général s'est rapidement amélioré, puis la guérison est survenue.

M. Hasbrook. — L'iodoforme m'a paru utile dans les maladies tuberculeuses des articulations et inutile dans les abcès d'origine traumatique.

M. Mynter. — Il faut empêcher la formation de l'abcès par un traitement appliqué de bonne heure; si l'abcès est constitué, on le traitera souvent avec succès par une émulsion glycérinée d'iodoforme.

Etat actuel des connaissances sur le carcinome.

M. Coe. — Le cancer reconnaît une origine parasitaire. Il faut distinguer l'extension directe de l'extension par les lymphatiques ou véritable métastase. Le terme de cachexie cancéreuse doit être rejeté, puisque cette cachexie est la même que dans beaucoup d'autres maladies constitutionnelles. Une intervention chirurgicale complète et faite de bonne heure peut être suivie de guérison. Après l'opération la suppuration a pu dans certains cas être utile en détruisant des cellules malades.

Traitement interne du cancer.

M. Wight. — La médication interne du cancer ne doit être considérée que comme un adjuvant de l'opération chirurgicale, toutes les fois que celle-ci est possible. J'ai, depuis plusieurs années, essayé bien des agents; le bichlorure de mercure, l'iodure d'arsenic seul ou combiné avec l'iodure de fer et l'iodure de potassium, le carbonate de potasse et le bromure d'arsenic. Le bromure d'arsenic m'a été très utile et je l'ordonne dans tous les cas de cancer inopérable et aussi chez des personnes opérées de cancer et qui prennent ce médicament pendant plusieurs mois. Parmi ces malades, j'en ai qui sont opérés depuis six ans et qui n'ont pas eu de récidive. Ce même médicament a aussi soulagé considérablement des malades atteints de cancer inopérable.

M. Meyer. — Je me sers depuis longtemps pour le traitement du cancer des couleurs d'aniline; je ne me sers plus de la fuchsine et je n'emploie que les couleurs bleues d'aniline. Si on n'observe pas l'asepsie la plus rigoureuse, le traitement local par cette méthode peut causer de l'infection. On peut donner à l'intérieur le bleu de méthyle en capsules. Ce traitement supprime les douleurs et permet au malade de dormir. On a rapporté des cas de guérison complète, mais je n'ai obtenu que des améliorations.

Pour Adamkiewicz, le cancer est d'origine parasitaire; le parasite du cancer produirait une toxine appelée cancérine qui serait peut-être identique à la neurine que Merck a récemment obtenue par voie chimique.

M. Liewis. — Les caustiques faibles ne doivent pas être employés pour le traitement du cancer, car ils ne font qu'exciter l'affection. Le traitement par les caustiques n'est utile que quand les téguments sont envahis. Je me sers de la potasse caustique, de l'acide lactique, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 *mars* 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Élection.

M. Magnan est élu membre titulaire dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale, en remplacement de M. Henri Guéneau de Mussy, décédé, par 59 voix sur 78 votants, contre 14 à M. Motet, 3 à M. Napias et 2 bulletins blancs.

Suture nerveuse.

M. Laborde, après avoir montré combien les faits chirurgicaux, celui de M. Berger, par exemple, soulèvent de questions en apparence paradoxales, étudie ces faits au point de vue expérimental, en se demandant jusqu'à quel point on peut demander à la physiologie la solution de ces questions.

Tout d'abord il affirme la fatalité de la dégénération du bout périphérique, l'inanité de la théorie qui invoque pour expliquer l'action de la suture une simple continuité par contact électrique pour ainsi dire, l'impossibilité de la réunion immédiate, la certitude des lois de régénération établies par Ranvier.

Les faits qui sont en désaccord apparent avec ces lois relèvent :

1° De la *sensibilité récurrente* dont le déterminisme expérimental est aujourd'hui bien fixé; et ici M. Laborde insiste particulièrement sur le rôle du choc traumatique pour supprimer temporairement cette sensibilité, dont on constate alors le retour au bout de quelques heures, et sur la conservation remarquable de la sensibilité à la pression, la sensibilité à la piqûre ayant disparu;

2° De la *sensibilité suppléée* par des anastomoses longitudinales bien montrées chez l'homme par H. Hartmann, par A. Broca et vues par M. Laborde sur le cobaye, la grenouille;

3° De la *dynamogénie*; mais ici, malgré M. Brown-Séquard, M. Laborde ne peut admettre qu'il s'agisse de faits définitifs. C'est ainsi qu'agit sans doute souvent la suture nerveuse, ou même l'irritation simple du bout périphérique en voie de régénération, comme dans un cas de M. Tillaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 *mars* 1893.

Présidence de M. Ferrand.

L'emphysème du médiastin.

M. L. Galliard. — J'ai publié, l'an passé, un travail sur l'emphyséme sous-cutané résultant de la rupture du poumon chez les cholériques. Je vais résumer aujourd'hui un cas dans lequel l'emphysème, au lieu d'atteindre les espaces cervico-sous-cutanés, est resté limité au médiastin.

Il s'agit d'une jeune femme cholérique, admise au Bastion 36 en octobre 1892, qui subit la transfusion *in extremis*, et mourut le lendemain matin. Avant la mort, rien n'avait pu faire songer à l'emphysème médiastinal.

A l'autopsie, on trouva de l'emphysème prépéricardique, de l'infiltration gazeuse du revêtement des gros vaisseaux et du tissu conjonctif du médiastin postérieur, de l'emphysème sous-pleural et inter-lobulaire prononcé, surtout à droite. Le siège de la rupture vésiculaire est au niveau du lobe moyen du poumon droit.

Si l'emphysème sous-pleural et inter-lobulaire est beaucoup moins marqué à gauche, le poumon gauche offre plus de congestion à la base.

Des deux côtés, il y avait absence d'emphysème du bord postérieur des poumons, et l'on ne put trouver de tubercules pulmonaires.

Associations microbiennes.

M. Rendu rapporte l'observation d'une femme morte dans son service, où on l'avait amenée, en collapsus profond, avec aspect typhoïde et un peu de dyspnée. Quoique traînant depuis un mois, cette femme avait pu travailler presque jusqu'à son entrée à l'hôpital. M. Rendu ne constata que quelques râles sibilants aux deux bases. Bref, il y avait une discordance considérable entre l'état général et local. On pensa à une broncho-pneumonie infectieuse.

A l'autopsie, on trouva deux foyers de broncho-pneumonie, et aucune autre lésion. Tout l'intérêt était dans l'examen bactériologique. Dans les petits foyers de suppuration, on trouve, en effet, simultanément, des staphylocoques et des pneumocoques. Il semble donc que l'association de ces deux microbes ait été nécessaire pour déterminer une suppuration que le staphylocoque seul n'a pu réaliser.

Les glandes parathyroïdiennes de l'homme.

MM. Chantemesse et **René Marie** décrivent deux groupes de glandes parathyroïdiennes siégeant au point de pénétration des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure et confirment la description de Sandstrœm. L'étude histologique montre que ces glandules n'appartiennent pas au tissu adénoïde, mais qu'elles ont la structure d'une glande thyroïdienne embryonnaire évoluant vers le type thyroïdien adulte. Elles ne méritent donc pas le nom de glandes thyroïdes accessoires, mais plutôt le nom de glandes parathyroïdiennes comme l'avait indiqué Sandstrœm. La situation de ces glandes dans la capsule et autour du corps thyroïde permettra toujours d'obtenir, sans les enlever, l'extirpation de la glande principale. Lorsque la thyroïdectomie totale ou partielle s'impose au chirurgien, la notion anatomique de la présence de glandes parathyroïdiennes légitime le mode opératoire de l'énucléation sous-capsulaire.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 17 *mars* 1893.

Rupture de l'aorte chez un ataxique.

M. L. Lévi présente le cœur et la crosse de l'aorte d'un homme mort dans le service de M. Barth, à l'hôpital Broussais. Il s'agissait d'un ataxique, syphilitique, arrivé à la période d'incoordination. Ce malade, chez lequel on retrouvait dans les antécédents de l'hérédité cardiaque, avait présenté des douleurs dans les articulations. L'autopsie révèle un cœur fortement hypertrophié; la crosse de l'aorte était ectasiée au niveau de la partie antérieure. Il existait là une rupture et le sang épanché (800 grammes) s'était répandu sous la tunique cellulaire jusqu'à l'épicarde.

M. Thibierge rappelle que, dans le journal l'*Encéphale*, il a publié une observation semblable en 1881. Il existait des lésions nettes du côté du cœur chez un tabétique : depuis il a revu un malade dans les mêmes conditions pathologiques.

Appendice iléo-cæcal dans une hernie ombilicale.

M. L. Lévi a observé dans le service de M. Barth une femme qui était à l'hôpital depuis cinq ans et qui est morte ces jours derniers. Elle avait une hernie ombilicale qui datait de 1866 et qui n'avait jamais occasionné de coliques ni de vomissements. L'autopsie montra que le foie était comme attiré au voisinage de l'orifice herniaire; il était descendu de dix centimètres au-dessous du rebord des fausses-côtes. Le rein droit avait suivi le déplacement du foie et avait une direction oblique en avant. Le rein gauche et la rate avaient conservé leurs rapports normaux. La hernie contenait de l'intestin grêle et l'appendice iléo-cæcal. Le cæcum était en contact avec le collet du sac.

Ulcère simple de l'estomac.

M. Recht présente l'estomac d'une jeune fille morte le jour même de son entrée à l'hôpital, avec des symptômes de péritonite suraiguë.

Elle était souffrante depuis deux ans et présentait des symptômes de chloro-anémie. La veille de sa mort, sa santé paraissait bonne, puisqu'elle alla travailler comme d'habitude. Elle n'avait jamais eu d'hématémèse.

L'autopsie démontra qu'il existait à la face antérieure de l'estomac une ulcération qui avait envahi les muqueuses musculeuse et séreuse et présentant tous les caractères de l'ulcère simple.

M. Letulle rappelle les pièces analogues présentées par M. Walther à la Société (voyez *Mercredi*, 1891. Il fait remarquer que ces affections ont une marche rapide. Il serait intéressant de connaître l'état des vaisseaux du système cœliaque qu'on accuse d'athérome dans les ulcères de l'estomac.

Métrorrhagies chez une vierge hémophile.

M. Recht observe depuis le mois de septembre de l'année dernière une jeune fille de 17 ans, vierge qui perdit à ce moment un caillot sanguin. Depuis elle eut des ecchymoses répétées sur le corps, des épistaxis, des stomatorrhagies; elle eut aussi des pertes de sang par le rectum. Elle est réglée depuis l'âge de 15 ans, mais elle perd en plus et très fréquemment des caillots à forme allongée, présentant deux prolongements à une extrémité. Il semblerait qu'il existe, chez cette jeune fille, un utérus bicorne.

M. Pilliet pense qu'on ne saurait être affirmatif sur le diagnostic d'hémophilie; il faudrait auparavant reconnaitre l'état de la muqueuse utérine : il se souvient avoir vu dans le service de M. Bouilly, à la Maternité, une vierge atteinte de métrorrhagies qui amenèrent la mort. L'autopsie révéla la présence d'un adénome intra-utérin, qui était la cause des hémorrhagies répétées.

Cancer de l'estomac.

M. Letulle a examiné les pièces présentées récemment à la Société par M. Bigeard. Les ulcérations pharyngiennes sont dues à du sphacèle simple de la muqueuse, sans néoplasie. L'anneau pylorique était constitué, comme on peut le voir sur les coupes, par du cancer squirrheux; ce sont des boyaux épithéliomateux séparés par de larges travées fibreuses; les lésions s'arrêtent juste au niveau de la muqueuse duodénale.

Tuberculose de l'estomac.

M. Letulle fait à Saint-Antoine 70 à 80 autopsies de tuberleux dans l'année : il observe avec soin le tube digestif. Sur cent estomacs de tuberculeux, il a trouvé deux fois des lésions gastriques bien apparentes.

Dans un premier cas, les ulcérations étaient caractérisées par des élevures de la largeur d'une lentille et cette élevure était perforée à son centre. Une seconde fois, il trouva des

lésions tuberculeuses non ulcérées, contenant des cellules géantes, les lésions étaient sous-muqueuses.

M. Letulle en déduit que les lésions tuberculeuses de l'estomac n'ont pas une origine directe par inoculation de la muqueuse gastrique, mais qu'elles évoluent par la voie sanguine. Dans de semblables lésions, il n'a jamais trouvé de bacilles de la tuberculose.

Appendice iléo-cæcal abouché par son extrémité libre à l'intestin grêle.

M. Thoyer présente les pièces d'un malade mort dans le service de M. Babinski à l'Hôtel-Dieu annexe. L'examen avait démontré qu'il existait un cancer du rectum. En outre des lésions qui ont amené la mort, on a constaté que l'appendice iléo-cæcal présentait de grandes dimensions et venait rejoindre par son extrémité libre une anse de l'iléon. Une sonde cannelée conduite dans sa cavité montra qu'il y avait perméabilité au niveau de l'abouchement. Il existait un deuxième diverticule qui partait de l'appendice et allait rejoindre une autre anse intestinale.

Epithéliome mélanique de la peau de la face.

M. Cornil a examiné des coupes d'une petite tumeur de la peau de la joue enlevée par M. Berger. Cette tumeur très petite tient tout entière sous le champ du microscope. La couche épidermique est normale; la couche papillaire est aussi normale, mais un peu irrégulière au niveau de la saillie faite par la tumeur. En dessous, on voit des cylindres avec des anastomoses ou des masses, d'où partent en rayonnant des culs-de-sac dont l'intérieur est tapissé et rempli d'un épithélium pavimenteux. Les glandes sébacées du voisinage sont énormes et leur fond est placé à la même hauteur que les lobules de la tumeur.

M. Cornil pense qu'il s'agit d'un épithéliome développé dans l'intérieur des follicules pileux. Il existe, en plus, du pigment qui se présente sous forme de filaments reliés à des cellules allongées, dont on devine le noyau; les prolongements s'anastomosent les uns avec les autres. A un fort grossissement on voit que ces filaments sont formés de grains noirs.

Hydronéphrose expérimentale.

M. Bazy présente les reins d'un chien qu'il a tué dans la journée, après lui avoir fait, le 18 novembre, une ligature de l'uretère.

Le rein du côté opéré est quadruple de celui du côté opposé; avant l'opération il mesurait 4 cent. 5 de large sur 6 de long, et aujourd'hui il a une longueur de 14 centimètres.

Il s'agit d'une hydronéphrose pure à liquide transparent. Pour M. Bazy, qui a une dizaine d'observations semblables, le résultat est constant, et on n'a de pyonéphrose que secondairement.

M. Hartmann fait remarquer que la pièce intéressante présentée par M. Bazy confirme les travaux d'Albarran et Legueu. Ceux-ci ont montré que la ligature aseptique serrée de l'uretère détermine une coudure de la partie supérieure de ce conduit et une hydronéphrose; mais, suivant eux, cette hydronéphrose, à une certaine période de son évolution, diminue de volume. Il serait intéressant que M. Bazy vérifiât ce fait dans ses expériences en cours.

Fistule trachéo-adéno-œsophagienne.

M. Londe présente les pièces d'une femme âgée de 66 ans, morte dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière avec des symptômes de gangrène pulmonaire. L'autopsie révéla une éruption tuberculeuse autour d'un ancien foyer, dans le poumon. Il existait de plus un ganglion abcédé ouvert dans la trachée d'une part, d'autre part dans l'œsophage.

M. Letulle fait remarquer la rareté de ces cas. Il a vu un homme vigoureux, âgé de 52 ans, mourir subitement; l'estomac était rempli de sang; la gastrorrhagie n'avait pu être expliquée, lorsqu'en disséquant avec soin l'œsophage on constata qu'il existait à la bifurcation de la trachée un ganglion tuberculeux qui avait ulcéré l'œsophage.

M. Hartmann a observé de même la perforation de l'œsophage par une collection venue d'un ganglion tuberculeux; il n'a jamais vu de tuberculose primitive de l'œsophage, mais en a rapporté quelques cas dans son article du Traité de chirurgie.

Ostéomyélite du bassin.

M. Petit présente le bassin d'un enfant âgé de 14 ans, mort dans le service de M. Saint-Germain aux Enfants-Malades. On y trouve trois foyers d'ostéomyélite communiquant entre eux et correspondant aux cartilages de conjugaison (voisinage de la cavité cotyloïde). Il y avait des abcès métastatiques dans la région fessière. La mort a été causée par une broncho-pneumonie infectieuse.

M. Broca soigne en ce moment un adolescent atteint d'une ostéomyélite subaiguë de l'os iliaque droit, six mois après laquelle, les abcès étant cicatrisés, a commencé une infection à localisations osseuses multiples. L'agent de l'infection est le *staphylococcus aureus*.

Sarcome névroglique.

M. Martin-Durr présente les pièces d'un malade, ancien hémiplégique et qui est resté dans le coma pendant les six mois qui ont précédé sa mort. Il s'agissait d'un sarcome névroglique situé dans la substance blanche de la moitié postérieure de l'hémisphère gauche et dans la couche optique correspondante.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mars 1893.

Présidence de M. Périer.

Corps étrangers de l'œsophage.

M. Segond. — J'ai eu l'occasion, il y a quatre ans, de pratiquer l'œsophagotomie externe chez une femme qui, dans une quinte de toux, avait avalé deux pièces dentaires; l'une avait été expulsée le lendemain par les selles, mais l'autre, plus volumineuse, s'était trouvée arrêtée au niveau de la partie inférieure de l'œsophage. On avait essayé de la refouler dans l'estomac, puis de l'extraire à l'aide du panier de de Græfe, mais toutes ces tentatives étaient demeurées infructueuses.

Appelé auprès de la malade, je fis l'œsophagotomie externe, mais je ne pus extraire le corps étranger qu'après l'avoir fait basculer, car la pièce dentaire était pourvue de deux crochets qui s'étaient fixés dans les parois de l'œsophage et qui ne pouvaient être dégagés que par un mouvement de bascule. Je fis la suture de l'œsophage au catgut, et plaçai un drain à la partie inférieure de la plaie cutanée; une sonde à demeure fut placée dans l'œsophage, et, quinze jours plus tard, la cicatrisation était complète.

M. Jalaguier. — J'ai dû faire l'œsophagotomie externe pour extraire, chez un enfant de deux ans et demi, un disque de plomb arrêté dans l'œsophage, à 13 centimètres environ en arrière de l'arcade dentaire. Je suturai l'œsophage au catgut, puis la peau, sans drainage. Etant donné l'âge de l'enfant, je ne plaçai pas de sonde œsophagienne à demeure, et l'on se contenta de l'alimenter avec du lait; il se produisit un léger suintement, vers le troisième jour, au niveau de la plaie, mais la cicatrisation ne s'en fit pas moins bien et, au huitième jour, la guérison était absolue.

M. Félizet. — Appelé, en novembre 1892, auprès d'un enfant de deux ans qui avait avalé une pièce de un franc, je trouvai le petit patient avec deux corps étrangers dans l'œsophage : on avait, en effet, introduit le panier de de Græfe pour retirer la pièce, et il avait été impossible de le ramener au dehors. C'est là un ennui auquel on est exposé avec cet instrument, qui, lorsqu'on cherche à le retirer, plisse la muqueuse au-dessus de lui et s'en coiffe en quelque sorte, d'où une résistance qui augmente à mesure qu'on exerce une traction plus grande. Je fixai une éponge à l'extrémité d'une sonde et je m'en servis pour déplisser la muqueuse en poussant de haut en bas avec cette sonde, tandis que, de l'autre main, j'exerçai une traction en sens inverse sur la tige du panier; je parvins ainsi à extraire le tout ensemble.

M. Delorme. — On facilite également l'extraction des corps étrangers de l'œsophage après l'œsophagotomie externe, en introduisant par la plaie une pince dilatatrice dans l'œsophage, avant d'y engager une pince à extraction.

M. Cahier (de Lyon). — Il y a dix-huit mois, on m'amena un jeune homme, qui, comme la malade de M. Segond, avait avalé un dentier, fixé dans l'œsophage à quatre centimètres au-dessus du cartilage cricoïde. On avait fait sans succès des tentatives d'extraction. Je fis donc l'œsophagotomie externe, et après avoir enlevé le corps étranger, je suturai, et plaçai une sonde à demeure. Le malade mourut deux jours après l'opération; l'autopsie montra l'existence de deux perforations de l'œsophage, dues vraisemblablement aux crochets de la pièce dentaire, sur lesquels on avait exercé des tractions assez fortes en essayant l'extraction. Cet exemple montre qu'il est préférable de faire d'emblée l'œsophagotomie, pour les corps étrangers à surface anguleuse.

Pathogénie du tétanos.

M. Verneuil.— M. Dieterlenn (de Cannes) nous a adressé une observation de tétanos, dans laquelle l'origine équine paraît démontrée, malgré la complexité des voies qu'a suivies l'infection. Il s'agit d'une femme qui souffrait d'une angine phlegmoneuse au moment où le tétanos se manifesta, et qui, en outre, avait accouché peu de temps auparavant. Les recherches que l'on fit dans la masure qu'elle habitait ne permirent pas d'établir l'origine tellurique de l'affection, mais, en revanche, l'enquête permit d'incriminer les relations que la malade avait avec les cochers d'une station de voitures voisine de son habitation. En l'absence de toute autre cause, on dut évidemment prendre en considération cette interprétation.

Volumineux spina bifida de la région lombaire; extirpation, guérison.

M. Picqué lit un rapport sur une observation adressée sous ce titre, par M. Ricard. La tumeur, enlevée chez une jeune fille de 25 ans, ne mesurait pas moins de 40 centimètres de circonférence. Quand on exerçait sur elle une pression suffisante, on provoquait des crises convulsives avec tendance syncopale. Ayant incisé largement la poche, M. Ricard trouva des nerfs dans le pédicule et les réséqua en partie; le moignon réduit dans l'échancrure osseuse sous-jacente, la plaie cutanée fut suturée sans drainage. Un léger épanchement se produisit, à deux reprises, après l'opération, on fit deux ponctions successives, et le liquide ne reparut plus. La guérison s'est maintenue parfaite sans aucune complication.

Orchidopexie.

M. Monod communique une note de M. Demmler sur deux cas d'orchidopexie, et donne ensuite de nouveaux détails sur le malade qu'il a présenté à la Société, en décembre 1892. Il s'agissait d'un jeune homme atteint d'une double ectopie inguinale congénitale; M. Monod, qui l'avait déjà opéré d'un côté à la fin de l'année dernière, l'a opéré depuis de l'autre côté, et tout permet d'espérer un aussi bon résultat que pour la première opération.

M. Guinard lit une observation de gastro-entérostomie suivie de guérison pour une sténose du pylore consécutive à un ulcère de la région pylorique.

M. Le Dentu présente une malade chez laquelle il a trouvé, par la laparotomie, une péritonite tuberculeuse enkystée, et qui est actuellement guérie.

M. Schwartz présente une malade à laquelle il a fait une arthrodèse pour un pied-bot paralytique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 *mars* 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Action du bacille du charbon sur le lait.

M. Roger. — Le bacille du charbon sécrète un ferment capable de coaguler le lait, mais en même temps il consomme la caséine pour sa nutrition propre, et quand son développement est très actif, il n'y a plus place pour une coagulation. Ainsi dans un tube de lait, le développement du bacille se fait discrètement en haut, le ferment peut agir et la coagulation a lieu. Au contraire, dans un flacon d'Erlenmeyer où le lait est oxygéné sur une large surface, le développement bacillaire est très vif et la coagulation manque. Si dans ce flacon on met du lait jusqu'en haut, à la partie étroite, la surface aérée devient faible et tout se passe comme en tube.

Névrite expérimentale.

MM. Charrin et **Devic.** — Lorsqu'on injecte à l'intérieur d'un nerf soit du bouillon simple soit un bouillon peuplé, on peut suivant les cas ou bien n'observer aucun effet ou bien voir se développer dans un cas comme dans l'autre une névrite parenchymateuse, qui n'a rien de spécial et qui est de cause mécanique.

Culture pyocyanique sur pomme de terre.

M. Charrin. — Cette culture prend d'ordinaire une teinte brunâtre qui rappelle un peu le bacille de la morve. Or voici un échantillon typique qui le long de la strie d'ensemencement a développé en haut la teinte habituelle et en bas une teinte verte très intense, simplement un peu différente de la teinte pyocyanique ordinaire.

Lésion traumatique du trijumeau et du facial avec troubles trophiques.

MM. Marinesco et **P. Sérieux** présentent une malade qui s'est tiré, il y a quatre ans, un coup de revolver dans l'oreille droite. On constate actuellement : 1° une paralysie faciale totale, avec réaction de dégénérescence ; 2° une abolition de la sensibilité au contact, à la douleur et à la température pour la plus grande partie du territoire cutané et muqueux innervé par le trijumeau, avec paralysie du ptérygoïdien interne et réaction de dégénérescence du masséter (la sensibilité à la pression est conservée ; la sensibilité gustative est abolie du côté droit pour la moitié antérieure de la langue) ; 3° des troubles trophiques. La peau est dépigmentée par places et semble infiltrée et épaissie ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané et la muqueuse buccale du côté droit ; les poils présentent un développement anormal, la conjonctive est hyperémiée, la cornée est le siège d'une taie, la pupille est blanche, la sécrétion sudorale est exagérée ; l'os maxillaire inférieur droit est hypertrophié et la moitié droite de la langue est atrophiée. La température est abaissée du côté lésé.

Quel est le mécanisme des désordres de nutrition consécutifs à la section du trijumeau? L'existence de nerfs trophiques centrifuges étant loin d'être démontrée pour les tissus épithéliaux non glandulaires et pour les diverses formes du tissu conjonctif, on peut admettre que les troubles de la sensibilité ont une influence prépondérante dans la production des désordres trophiques. D'ailleurs la lèpre, la syringomyélie, les amyotrophies d'origine articulaire, les arthropathies tabétiques, les lésions expérimentales ou pathologiques du trijumeau, toutes affections caractérisées par des troubles de la sensibilité en plus ou en moins, sont aussi des maladies à désordres trophiques. Ceux-ci peuvent donc survenir par voie réflexe consécutivement à des modifications des nerfs centripètes. A l'état normal, l'action trophique des centres nerveux est sollicitée par les excitations centripètes. Celles-ci maintiennent par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs, moteurs et trophiques, l'équilibre des échanges nécessaires à l'intégrité des tissus. Les modifications persistantes en plus ou en moins de la sensibilité, troublent les rapports du système centrifuge et amènent les désordres nutritifs. L'hémiatrophie de la langue, étant données l'intégrité de l'hypoglosse et la perte de la sensibilité du lingual, semble confirmer l'hypothèse de la pathogénie par voie réflexe de ces troubles trophiques.

Névrite interstitielle chronique et progressive de l'enfance.

MM. Déjerine et **Sottas.** — On a, dès longtemps, individualisé une forme d'atrophie musculaire familiale infantile ou même congénitale, débutant par les membres inférieurs, puis envahissant les supérieurs, restant limitée aux deux seg-

ments extrêmes. Dans les faits rapportés, la sensibilité est intacte, les réflexes cutanés conservés, les tendineux abolis. Il y a des contractions fibrillaires et de la réaction de dégénérescence complète ou partielle. La face peut être prise, mais les sens et la vue en particulier sont indemnes. Des faits ont été rapportés par Eulenburg, Eichhorst, Friedreich, Ormerod, Tooth, Hoffmann et par MM. Charcot et Marie. L'anatomie pathologique de cette affection est encore peu connue ; on a dit qu'il s'agissait surtout de névrite, mais il y a peut-être une variété myélopathique ou même myopathique.

Les faits que nous rapportons peuvent contribuer à éclairer cette question. L'amyotrophie est conforme au type précédent ; mais il existe de plus des troubles sensitifs, des douleurs fulgurantes, des phénomènes oculaires, de l'ataxie, de la cypho-scoliose.

Anatomiquement, on trouve une névrite interstitielle hypertrophique, remontant dans la moelle et y déterminant des lésions correspondantes. Le volume des nerfs est doublé, la consistance ferme, la coloration gris-rosé. Les racines rachidiennes sont trois à quatre fois plus volumineuses, molles, myxoïdes.

Histologiquement, il y a une névrite interstitielle considérable avec disparition totale des fibres à myéline. Les nerfs cutanés sont altérés comme les nerfs intra-musculaires. Dans les racines postérieures, les tubes nerveux sont entourés d'une gaine considérable de tissu conjonctif jeune à éléments fusiformes. Dans la moelle, on a des lésions analogues à celles du tabes, sclérose de la zone radiculaire postérieure à la région lombaire et sclérose du cordon de Goll dans sa partie postérieure au cou.

Ce cas est analogue à celui que Gombault et Mallet ont publié en le considérant comme un tabes avec retentissement sur les nerfs. Nous pensons qu'il s'agit d'une forme névritique spéciale conditionnant une atrophie musculaire et un tabes concomitant. Chez un de nos malades encore vivant, il est aisé d'apprécier l'augmentation considérable du volume des nerfs.

Culture du coli-bacille dans l'urine.

M. Hallé. — L'urine humaine peuplée par ce microbe reste acide au moment de l'émission ou devient exceptionnellement neutre. Ceci semble peu conforme à l'action généralement admise du coli-bacille sur l'urée, qui est dédoublée avec production de carbonate d'ammoniaque. Or, si l'on ensemence, avec du bacterium coli de provenance variable, une urine normale acide stérilisée par filtration sur porcelaine, on constate toujours la réalité de cette action fermentative. L'acidité diminue, et en 8 à 30 jours on passe à une réaction alcaline. La limite de ce changement de réaction varie avec le degré de l'acidité initiale et aussi l'échantillon du microbe expérimenté. On peut mettre en relief par un dosage chimique régulier la diminution de l'urée. Il y a aussi une diminution dans la quantité des substances albuminoïdes.

Charbon humain inoculé par une brosse.

M. Girode. — M. X..., 45 ans, passe le 19 mai chez son coiffeur ; au moment où l'on termine sa toilette par un coup de brosse, il éprouve tout d'un coup une sensation de vive piqûre au milieu du front. Il ne s'écoule pas de sang, mais on constate une légère éraflure épidermique qui, le soir, est très prurigineuse et croutelleuse le lendemain. En même temps, il se développe un œdème blanc, envahissant et assez ferme.

Les jours suivants, le gonflement augmente ; au milieu du front et un peu à gauche de la ligne médiane, apparaissent deux groupes de vésicules claires disposées en cercle avec un centre encore pâle. On note au voisinage de l'oreille gauche deux ganglions un peu engorgés et douloureux. L'état général est peu impressionné.

Dès le 25, la tuméfaction est considérable, empiète sur le cuir chevelu, les paupières, le nez et les joues, enfin l'oreille et la tempe gauches. C'est un œdème pâle, plutôt luisant, assez dur, peu douloureux. Les groupes vésiculeux sont louches et leur centre devient violacé. Il existe de l'abattement alternant avec de l'agitation nerveuse.

Le 26 au matin, une petite eschare noire existe au centre de chaque groupe vésiculeux et semble s'enfoncer en cône dans toute l'épaisseur du derme. Le malade ayant pris un peu de chloroforme, on pratique au thermocautère une large cautérisation : trois raies transversales comprenant toute l'épaisseur des parties molles, et de plus, une série de ponctuations à la périphérie. De plus, ce même jour et les jours suivants, on circonscrit la lésion par une série d'injections phéniquées à un pour cinquante.

Pendant deux jours, l'état local se modifie peu, et le gonflement semble même faire encore quelque progrès. Mais, à partir du 29, l'affection est manifestement arrêtée ; le gonflement œdémateux diminue peu à peu et très lentement. Le 10 juin, il ne reste plus guère que la trace de l'intervention par le thermocautère. L'eschare se détache le 25 juillet, et quelques semaines plus tard, la plaie était complètement cicatrisée. Au cours de la cautérisation, un rameau du nerf sus-orbitaire avait été détruit ; aussi avait-on pu constater au-dessus de la région malade l'existence d'une petite zone anesthésique et alopécique. Tout cela s'est réparé régulièrement et rapidement.

Ainsi, la notion étiologique et les phénomènes locaux ne pouvaient laisser de doute sur le diagnostic : pustule maligne, que MM. Quénu et Terrier confirmaient en dirigeant le traitement.

J'ai fait quelques recherches complémentaires, dans des conditions à vrai dire un peu défavorables. C'est seulement le 26 que j'ai pu recueillir sur des lamelles un peu de lymphe pour l'examen microscopique ; l'étude régulière des préparations a montré la présence manifeste de bacilles charbonneux dans la moitié des examens. Le 27, je prenais un peu de la lymphe éliminée des cratères de cautérisation, et de sang recueilli à l'occasion des injections hypodermiques ; ces produits ont été inoculés au cobaye sans résultat.

La brosse incriminée a été saisie, la plus grande partie des crins ébarbés à l'extrémité ; les fragments recueillis et amenés à l'aide de bouillon stérile à consistance d'une pâte molle, que j'ai insérée sous la peau du ventre d'un cobaye. Il ne s'est produit aucun accident, autre qu'une légère induration locale qui était rapidement effacée.

M. Nocard. — Il me semble difficile d'admettre l'interprétation qui est proposée ici, la démonstration directe n'ayant pu être donnée.

M. Chauveau. — Malgré l'intérêt de cette observation, je pense également qu'on ne peut rien conclure, ni affirmer que c'est dans l'objet même que résidait nativement le produit virulent.

M. Girode. — Je ne vois pas pourquoi l'explication proposée ne pourrait point paraître plausible. Je mets en cause une brosse de crin. Or, chez les brossiers, qui manipulent les crins apprêtés, c'est-à-dire un produit qui n'a plus à subir que des actions mécaniques avant d'être livré au commerce, l'inoculation charbonneuse et la pustule maligne sont loin d'être inconnues. Si une brosse en fabrique est susceptible d'être dangereuse, on ne voit pas pourquoi elle ne pourrait pas l'être encore plus tard. D'ailleurs, puisqu'on ne peut ici aller au delà d'une probabilité, il me semble préférable de choisir la plus rationnelle et la plus simple.

Contribution à l'étude des bactéries intestinales.

MM. A. Gilbert et G. Lion. — Le bacterium coli commune, tel qu'il a été décrit par Escherich, est un bacille doué d'une faible mobilité, ne liquéfiant pas la gélatine, donnant sur pomme de terre une culture humide d'une coloration jaune maïs ou jaune verdâtre, coagulant le lait et faisant fermenter le sucre de raisin. Les études entreprises dans ces derniers temps ont fait attacher une grande importance à la fonction fermentative et ont permis de plus de classer le bacterium coli commune parmi les microbes doués de la propriété de donner de l'indol dans les milieux peptonisés.

Nos recherches ont pour résultat de montrer que l'intestin n'est pas l'habitat d'un hôte unique doué de toutes ces propriétés, mais qu'à côté du type complet on y rencontre toute une série de microbes qui en diffèrent par un ou plusieurs caractères.

Nous avons ensemencé méthodiquement les selles de quinze hommes adultes et prélevé sur les plaques toutes les colonies superficielles ou profondes pouvant passer pour appartenir au bacterium coli commune, puis nous avons étudié les cultures ainsi obtenues.

Des caractères extérieurs de ces cultures il n'y a presque

rien à retenir pour ce qui est de la différenciation des espèces; une seule forme semble assez spéciale, c'est celle qui donne sur plaque des colonies épaisses, opaques, non bleutées par transparence, et sur tubes inclinés une couche surélevée, blanchâtre. L'étude de la mobilité, la double fonction fermentative et coagulatrice, la propriété de faire de l'indol permettent au contraire de classer les microbes dans l'ordre suivant :

A. — *Variétés mobiles.*

a) Très mobiles; faisant fermenter la lactose et coaguler le lait. Réaction de l'indol, extrêmement prononcée 3 cas; très prononcée 1 cas; nette 1 cas; nulle 2 cas.

b) Peu mobiles; α) faisant fermenter la lactose et coaguler le lait; — réaction de l'indol très prononcée 1 cas; peu marquée 2 cas; nulle 1 cas.

β) ne faisant ni fermenter ni coaguler; — réaction de l'indol nette 1 cas.

B. — *Variétés immobiles.*

a) Faisant fermenter et coaguler; α) cultures épaisses; — réaction de l'indol très marquée 3 cas; nulle 1 cas.

) Cultures minces; — réaction de l'indol très marquée 3 cas; nette 2 cas; nulle 1 cas.

b) Ne faisant ni fermenter, ni coaguler; — réaction de l'indol nulle 2 cas.

Comme on s'en rend facilement compte par la lecture de ce tableau, on pourrait créer toute une série décroissante de variétés s'écartant progressivement du type complet du bacterium coli commune jusqu'à en différer au point de n'avoir plus de communs avec lui que les caractères grossiers des cultures sur milieux solides. Mais ces différentes fonctions (mobilité, fonction fermentative, production de l'indol) ont-elles une valeur suffisante pour autoriser la création d'espèces microbiennes distinctes ou ne doit-on les considérer que comme des propriétés d'ordre secondaire, variables avec certaines conditions, et capables tout au plus de caractériser des variétés ou des races d'une même espèce? C'est là une question encore à l'étude.

Dans tous les cas, il semble bien démontré qu'on a englobé sous le terme de bacterium coli commune un certain nombre de types qui ne sont pas tous doués des mêmes fonctions et il devient absolument nécessaire, lorsqu'on rencontre ou qu'on expérimente l'un d'entre eux, de spécifier tous ses caractères.

Le nom de bacterium coli commune doit être exclusivement réservé au type complet, mobile, faisant fermenter la lactose et coaguler le lait, donnant la réaction de l'indol.

C'est de ce type qu'il a toujours été question dans nos travaux antérieurs sur ce sujet.

SCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 13 *mars* 1893.

Présidence de M. Falret.

Rapport médico-légal sur un amoureux de la soie.

M. Garnier a été chargé d'un rapport médico-légal sur un nommé V..., arrêté au moment où il palpait les robes des femmes qu'il suivait dans la rue. On a supposé tout d'abord que le mobile de cet acte était le vol. Mais, après un examen plus attentif du prévenu, M. Garnier a pu constater que V... agissait sous l'influence d'une obsession; en effet, cet individu, appartenant au groupe des dégénérés, éprouvait à la vue et au toucher de la soie toute une série de sensations génitales agréables qui le portaient instinctivement et d'une façon irrésistible à rechercher le contact de cette étoffe. A l'inverse d'autres dégénérés qui ont la crainte du toucher, V... avait l'amour du toucher.

Rapport médico-légal sur un épileptique arrêté pour vol qualifié.

M. Vallon déclare d'abord qu'il serait exagéré de considérer tous les épileptiques comme irresponsables, simplement parce qu'ils sont atteints de l'épilepsie, car la responsabilité de ces malades n'est pas une, mais au contraire très variable, suivant les individus et suivant le moment où on les examine. Il cite, à l'appui de cette assertion, l'exemple d'un nommé R..., épileptique, qui s'est introduit un jour chez un particulier, au moyen de fausses clefs, avec l'intention arrêtée de voler. Pris sur le fait et mis en prison, il a présenté des alternatives d'excitation et de dépression, avec tentative de suicide. Interrogé sur le délit commis par lui, il a d'abord tout avoué. Plus tard, se trouvant à Villejuif en observation, il a prétendu ne pas se rappeler les faits précédemment reconnus pour vrais. M. Vallon n'a pas hésité à conclure que R... avait agi en pleine connaissance de cause et en dehors de toute influence morbide immédiate, et qu'il était par conséquent responsable de l'acte qu'on lui reprochait. R... a été condamné à 5 ans d'emprisonnement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 2 *mars* 1893.

Présidence de M. de Beauvais

Sur les injections de liquides organiques.

M. Guelpa rapporte l'observation d'un malade présentant tous les symptômes du tabes, moins l'inégalité pupillaire, et datant de plusieurs années, qui soumis aux injections de liquide testiculaire manifesta une amélioration remarquable pendant plus d'un mois. Il est juste de faire remarquer que cette personne venait de prendre un mois de repos à la campagne et était soumise à l'iodure de potassium depuis plusieurs mois. L'amélioration progressive ne se maintint pas, et, malgré les injections testiculaires, des manifestations d'asphyxie trophique aux pieds reparurent et l'état d'abolition des réflexes des genoux persista. De sorte que le résultat de la médication par les extraits testiculaires se résume en une grande amélioration immédiate, suivie bientôt du retour implacablement rebelle de la maladie.

L'observation précédente n'a pas de valeur pour déduire des conclusions. Mais si on consulte les travaux nombreux qui depuis si peu de temps se sont succédé, il faut admettre pourtant que la valeur réelle de cette médication est loin d'être démontrée.

Car sans parler de quelques cas où le traitement a été manifestement nuisible, il n'est pas difficile de démontrer : 1° que, même dans les cas prétendus favorables, l'amélioration en général n'a pas persisté; 2° que le plus grand nombre de ces observations ne porte pas sur un délai assez long de traitement pour autoriser à conclure sérieusement à une vraie action bienfaisante et durable de la médication; 3° que, enfin, les cas où la médication a paru avoir rendu de réels services sont ceux qui sont passibles de donner les résultats les plus favorables avec l'administration des pilules mica panis, de l'oxyde d'hydrogène, des injections d'aqua fontis ou des bains d'eau de Lourdes, etc.

Les expériences de Massalongo, à Padoue, faites avec les extraits testiculaires, avec la transfusion nerveuse d'après Constantin Paul, ou avec l'injection de solution au cinquantième de phosphate de soude (méthode Crocq fils), lui ont démontré rigoureusement que : 1° ces médications n'ont aucune action réelle sur l'organisme humain; 2° que les effets heureux obtenus doivent être attribués à l'influence de l'imagination. Preuve en est que des résultats aussi favorables et quelquefois plus favorables ont été obtenus avec des injections d'eau distillée. Or, étant donné que les organes en nature, hachés et pris en lavement, comme l'a pratiqué Florioli della Lena, ou pris en injections, d'après la méthode d'Ehlers (de Copenhague), ont donné à plusieurs expérimentateurs des succès vraiment surprenants, il est probable que les injections de liquide testiculaire ou autres organiques ne sont autre chose qu'une des formes infiniment variables de la thérapeutique suggestive.

M. Catillon dit que tout en conservant les proportions des substances indiquées par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, il est préférable d'évaporer dans le vide pour enlever l'eau et obtenir ainsi un liquide plus concentré et se conservant longtemps. Il y a une différence entre le liquide filtré au papier et à la bougie, il y a coloration différente. Quant à savoir quelle est la plus active, MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ne se sont pas prononcés. Le liquide rose filtré au papier contient encore de l'hémoglobine et de l'albumine. Quant au liquide filtré à la bougie, les premières portions contiennent

de l'albumine et les dernières n'en contiennent pas. Au point de vue micrographique, le liquide filtré à la bougie ne contient pas de microbes, tandis que le liquide filtré au papier a besoin d'être stérilisé. Il appelle l'attention des médecins pour savoir lequel des deux liquides il faut employer.

M. Gautrelet dit qu'il y a lieu de tenir compte des diastases et des leucomaïnes. En effet, d'après M. d'Arsonval, les diastases conservent le liquide en digérant les microbes qui peuvent y être contenus et ont, de même que les leucomaïnes, une action thérapeutique prononcée.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 8 *mars* 1893.

Présidence de M. Mayet.

Maladie kystique essentielle du foie et des reins.

M. Paviot, interne des hôpitaux, présente, au nom de M. *Mollière*, des pièces anatomiques provenant d'une malade morte à l'âge de 72 ans et à l'autopsie de laquelle on trouva le foie littéralement transformé en kystes de volume variable depuis celui d'une groseille jusqu'à celui d'une mandarine, les deux reins polykystiques, et les poumons également parsemés de kystes. L'ouverture d'un grand kyste pulmonaire dans les bronches avait donné lieu aux phénomènes d'infection qui ont occasionné la mort.

M. Bard rappelle qu'il a soutenu avec M. Lemoine, relativement à la pathogénie des maladies kystiques, la théorie des angiomes glandulaires. D'après lui, les maladies kystiques reconnaissent pour cause une mauvaise qualité originelle des éléments constitutifs des acini glandulaires, lesquels se laissent dilater par leur propre sécrétion.

Cette théorie est en opposition absolue avec celle de Malassez qui voudrait considérer les maladies kystiques comme des tumeurs ; mais la théorie de Malassez a pour point de départ une observation fausse. Le testicule supposé atteint de maladie kystique qui a servi de base à sa description était en réalité atteint d'épithélioma, puisque le malade a succombé de généralisation 18 mois après l'opération.

Pneumographe à inscription directe.

M. Guinard présente à la société un nouveau pneumographe qu'il a fait construire, et au moyen duquel pendant l'inspiration une lame élastique métallique à laquelle s'attache une des extrémités de la courroie qui entoure le thorax, appuie sur le tambour de caoutchouc au lieu d'exercer sur lui une dépression comme dans les autres appareils. De la sorte, l'inscription est directe. M. Guinard présente des tracés comparatifs qui font ressortir nettement la supériorité de son appareil.

Nouveau mode d'administration de la morphine.

M. Condamin, à la suite de recherches cliniques et d'observations personnelles, annonce qu'on peut dans certains cas remplacer avantageusement les injections hypodermiques de morphine par des injections rectales faites au moyen de la seringue de Pravaz à laquelle on adapte une longue canule recourbée.

Les principaux avantages de cette méthode sont, d'une part, la suppression des accidents qui accompagnent parfois les piqûres, tels que abcès, indurations, douleurs, et, d'autre part, la plus longue durée de l'action du médicament avec une intensité moindre.

Influence de l'action de la lumière solaire sur la présence des nitrites dans l'eau potable.

M. Linossier rappelle que les hygiénistes considèrent en général la présence de nitrites dans l'eau potable comme un motif insuffisant pour la rejeter; or l'influence de la lumière solaire transforme les nitrates en nitrites et deux heures d'isolation suffisent pour faire apparaître dans l'eau du Rhône la réaction caractéristique des nitrites indiquée par Griess, à savoir la coloration rouge développée par l'addition à l'eau d'acide sulfurique et de naphtylamine. Il ne faut donc pas croire que la présence de nitrites dans l'eau implique nécessairement la présence de microbes anaérobies réducteurs de nitrates ou d'aérobies nitrificateurs.

Injections sous-conjonctivales de sublimé.

M. Grand-Clément a employé les injections sous-conjonctivales de sublimé chez sept malades atteints de kératite, d'iritis, d'irido-cyclite, de choroïdite ou de rétinite, et il considère que cette méthode donne de bons résultats dans les iritis et les irido-cyclites.

Dr L. Dor.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Néphrite interstitielle.

M. Lafarelle présente les reins d'une jeune fille de 21 ans, morte dans le service de M. le professeur Arnozan. Au moment de son entrée à l'hôpital, cette jeune fille, malade depuis six jours seulement, était dans un état comateux, avec hypothermie ; les urines contenaient 12 grammes d'albumine par litre. Le diagnostic de coma urémique fut porté. La mort survint au bout de deux jours, et l'autopsie fit voir une atrophie véritablement extraordinaire des deux reins. Le plus volumineux pesait 60 grammes; le plus petit, 8 grammes seulement. M. le professeur Coyne en fit des coupes, et il put y constater les lésions types de la néphrite interstitielle.

Complications de la colique hépatique.

M. Cassaët présente deux calculs biliaires assez volumineux, dont il a pu provoquer l'expulsion, chez une de ses malades, dans les conditions suivantes. Cette femme, âgée de 54 ans, souffrait depuis huit ans de coliques hépatiques, pour lesquelles elle alla passer deux saisons à Vichy. M. Cassaët, appelé à la voir, la trouva dans un état assez inquiétant : œdème des jambes, souffle tricuspidien, symptômes d'infection biliaire, caractérisée par des frissons répétés et de la fièvre intermittente. Il institua le traitement suivant : Pendant quinze jours, jusqu'à l'apparition d'un subictère, 5 grammes de salicylate de soude par jour, comme antiseptique des voies biliaires; puis, au bout des quinze jours, 300 gram. d'huile d'olive par jour, en six prises. Le troisième jour, la malade expulsait, sans frisson, un calcul assez volumineux. Depuis lors, l'état général s'est complètement rétabli ; l'œdème et le souffle tricuspidien ont disparu ; les signes d'infection biliaire ne se sont plus reproduits.

Il y a donc, de par cette observation, un très grand intérêt à tenter l'antisepsie des voies biliaires avant d'inciter le foie à se débarrasser de ses concrétions. Chez cette malade aussi, malgré la persistance et l'exagération de la douleur, l'insuffisance tricuspidienne et l'œdème des jambes ont disparu. M. Cassaët se demande alors si, dans la pathogénie de cette insuffisance, les phénomènes infectieux n'entrent pas, eux aussi, pour une certaine part. C'est un point d'interrogation qu'il est permis de poser, non de résoudre, en présence d'une seule observation comme celle qui fait l'objet de cette communication.

Passage de la mère au fœtus du « Bacterium coli-commune ».

MM. Chambrelent et Sabrazès. — Le coli-bacille injecté provient d'un péricarde d'éclamptique du service de M. le professeur Moussous. L'autopsie avait été pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Isolé par un ensemencement sur plaques de gélatine, il se présentait sous la forme d'un bacille peu mobile, ne prenant pas le Gram, arrondi aux deux bouts, lesquels se coloraient avec plus d'intensité par le bleu de méthylène aqueux, que le centre, généralement clair. Il a été soumis à des cultures de contrôle sur bouillon lactosé, sur pomme de terre, dans le lait, dans l'urine, en strie sur gélatine et agar. L'aspect morphologique et les réactions de ces cultures ne laissent pas de doute sur le diagnostic bactériologique.

Une *anse de platine* de l'enduit sur gélatine, délayé dans un centimètre cube de bouillon peptonisé, est injectée, le 6 mars 1893, dans la veine auriculaire d'une lapine pleine.

Deux heures après, l'animal est affaissé, dyspnéique ; il

tombe dans un état de torpeur progressive et succombe au bout de vingt heures environ, pendant la nuit. L'autopsie a été pratiquée à peu près quatre heures avant la mort. On trouvait neuf fœtus proches du terme, tous enveloppés de membranes intactes; les placentas étaient décollés.

On ensemence les milieux usuels en faisant des prises dans le placenta, la cavité abdominale, le cœur, le foie, le rein, les centres nerveux des embryons, le foie, le rein, le sang du cœur de la mère. Le sang placentaire délayé dans une goutte de bleu de méthylène aqueux montre un grand nombre de bacilles peu mobiles, bien colorés par leur périphérie. Dans le frottis de tous les organes énumérés on retrouve le même bacille, mais en moindre abondance. Il se décolore sur lamelles par les méthodes de Gram et de Weigert.

Les cultures avaient dès le lendemain très abondamment prospéré; les présentateurs les montrent à la Société sur les milieux divers; elles font fermenter le bouillon lactosé, donnent un enduit brun olivâtre sur pomme de terre, une large traînée luisante plate, légèrement gaufrée, à bords dentelés, ne liquéfiant pas sur gélatine, un clou par piqûre sur gélatine et sur agar. L'examen y montre le même bacille avec ses réactions, son polymorphisme à mesure que les cultures vieillissent.

Dans les coupes du placenta, du foie et du rein de la mère, du rein des fœtus après fixation par l'alcool absolu, les méthodes de Gram et de Weigert ne décèlent pas de microbes. Les procédés de Kühne et surtout le bleu phéniqué colorent des bacilles à espace clair, central, isolés ou par couples. Ils sont éparpillés dans les lacs sanguins placentaires et dans l'interstice des colonnes qui forment l'ecto-placenta. Assez nombreux dans le foie de la mère, ils sont plus rares dans les reins, surtout ceux des fœtus.

Deux objections sont à prévoir et signalées par M. Sabrazès :

1° L'invasion cadavérique;

2° Le décollement placentaire porte d'entrée pour le passage.

On y répondra en inoculant d'autres lapines au début de la gestation et en les autopsiant, comme dans les expériences antérieures relatives aux passages de streptocoques et de staphylocoques, immédiatement après la mort, les bêtes étant encore chaudes.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 8 mars 1893.

Fistule congénitale du cou.

M. Schlange présente une coupe microscopique d'une fistule latérale du cou extirpée en août dernier. L'orifice externe siégeait entre la trachée et le sterno-cléido-mastoïdien, dans le tiers inférieur du cou. L'extirpation fut des plus faciles. Le trajet se dirigeait du côté des amygdales. L'aspect microscopique des coupes de ces fistules est extraordinairement variable. Dans le cas présent la face interne du trajet est tapissée d'épithélium cylindrique. Tantôt on observe dans la paroi du tissu adénoïde avec des follicules, tantôt du tissu musculaire. L'orateur a rencontré bien plus souvent les trajets fistuleux sur la ligne médiane du cou qu'au niveau des parties latérales. Dans ce cas leur extirpation est beaucoup plus difficile; on les poursuit jusqu'à l'os hyoïde dans le périoste duquel ils semblent se perdre.

Si l'on se borne à gratter le périoste, la guérison est passagère et au bout de quelques mois survient la récidive. Dans le plus grand nombre des cas, ces fistules se prolongent jusqu'à la base de la langue; parfois elles perforent l'os hyoïde, aussi y a-t-il intérêt à faire la résection d'une partie de l'os derrière lequel on trouve généralement un prolongement.

Sur une autre préparation microscopique on constate un épithélium à cellules cylindriques ciliées reposant sur un tissu fibro-adénoïde.

M. B. Frænkel fait remarquer que dans la région des amygdales on rencontre des fistules donnant le change avec les fistules dérivant des arcs branchiaux. Elles sont généralement bilatérales et guérissent par la simple incision.

M. Karewski pense qu'il peut s'agir dans ces cas de fistules branchiales. Virchow a décrit un cas de fistule complète branchiale, provenant du premier arc viscéral.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE HAMBOURG

Séance du 7 mars 1893.

Fractures du col du fémur.

M. Schede, à la suite de nombreux auteurs, Hamilton, Rob Smith, Newmann, etc., se montre très sceptique sur les prétendues guérisons de fracture du col du fémur, relatées dans la littérature médicale. Il fait observer combien souvent il est difficile de dire, même la pièce anatomique en main, s'il s'est agi d'une fracture intra ou extra-capsulaire. De nombreuses guérisons se rapportent à des fissures ou à des fractures incomplètes, ainsi que le prouve une pièce présentée par l'auteur, pour laquelle pendant la vie on avait porté le diagnostic de fracture avec pénétration des fragments.

Sur 245 cas de fractures du col du fémur relevés dans ces treize dernières années à « l'Hôpital général », il y eut 62 cas de mort. Celle-ci survint en moyenne dans les cinquante jours consécutifs à l'accident. Dans un cas où il s'agissait de fracture extra-capsulaire, il y avait une consolidation parfaite ; dans les autres cette dernière était incomplète ou manquait totalement. Parmi les fractures intra-capsulaires, neuf avaient leurs fragments mobiles, douze présentaient une pénétration de ces derniers.

Sur les 245 malades, guérirent complètement 53 hommes et 36 femmes ; 44 hommes et 50 femmes présentèrent une pseudarthrose ; 16 hommes et 46 femmes moururent. Les causes de la mort furent les suivantes : sénilité 26 fois, embolie pulmonaire 10 fois, pneumonie 8 fois, thrombose 4 fois, cystite 4 fois, affections diverses 10 fois.

L'auteur fait observer le chiffre relativement faible de la mortalité par pneumonie ; pour lui, il tiendrait au traitement par l'extension. L'appareil de M. Lauenstein, nouveau dans la forme mais non dans le principe, est excellent à cet usage.

M. Lauenstein pense que la consolidation est d'autant plus sûre qu'il y a coaptation parfaite même pour les fractures intra-capsulaires. Son appareil réalise cette condition. Il présente justement à l'appui une pièce de fracture intracapsulaire guérie.

M. Schede pense qu'il s'est agi d'une fissure ou d'une fracture incomplète.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 10 mars 1893.

Pronostic de la sacro-coxalgie.

M. Makins. — Dans un cas, chez un adulte, j'ai eu recours au trépan, et dans deux autres cas, chez des enfants, j'ai eu recours à l'arthrotomie. Dans les trois cas, il y avait ou il y avait eu de la suppuration. Le pronostic est moins mauvais qu'on ne le dit généralement dans les livres classiques.

M. Dyce Duckworth. — M. Syme se servait dans ces cas du cautère actuel et en obtenait de très bons résultats.

M. Hulke. — Il faut distinguer avec soin les cas où la sacro-coxalgie est primitive et ceux où elle est secondaire à un autre foyer d'infection.

M. Gould. — On admet généralement que le pronostic de cette affection est extrêmement grave. J'en ai vu trois cas : le premier a trait à une jeune femme de 24 ans atteinte de sacro-coxalgie du côté droit; il y avait un petit abcès que j'ai deux fois ponctionné et lavé au sublimé, puis j'y ai injecté de l'iodoforme. Ces mesures ayant échoué, je fis un

grattage de la cavité de l'abcès et j'obtins la guérison. Le deuxième cas est celui d'un homme de 60 ans ayant deux gros abcès de la fesse, le supérieur communiquant avec l'articulation sacro-iliaque. Une fistule persista après grattage. Le troisième cas est celui d'une femme de 30 ans ayant un abcès en connexion avec l'articulation sacro-iliaque gauche, J'ouvris l'abcès et enlevai les os dénudés, mais la malade mourut et je vis alors que la plus grande partie du sacrum et de l'os iliaque était envahie par le processus tuberculeux.

Colotomie inguinale.

M. Allingham. — J'ai eu un malade atteint d'occlusion intestinale depuis trois mois; l'occlusion était complète depuis cinq semaines. L'abdomen était très distendu et on ne pouvait sentir aucune tumeur dans le rectum. Je fis une incision comme pour la colotomie inguinale. En introduisant la main dans l'abdomen, je sentis que l'occlusion était due à une tumeur maligne de l'S iliaque; j'attirai la tumeur et l'intestin hors de l'abdomen; l'intestin était tordu; je plaçai un tube de Paul pour l'écoulement des matières fécales, et au bout de dix jours, j'enlevai la masse cancéreuse. Au bout de quatorze jours, la guérison était obtenue.

Lymphosarcome de l'amygdale.

M. Johnson. — Une femme de 53 ans avait, depuis six mois, un lymphosarcome de l'amygdale gauche. Je fis l'opération le 20 juin 1892; je fis une incision allant du lobe de l'oreille au niveau de l'os hyoïde et je fis une deuxième incision partant de la première et allant le long du bord du muscle sterno-mastoïdien; je liai la carotide externe en amont de la linguale; j'enlevai alors la tumeur; je fis ensuite la suture de la peau. Le malade fut nourri par le rectum pendant deux jours; il y eut un peu de suppuration de la partie inférieure de la plaie. Le 14 juillet, j'enlevai les ganglions infiltrés derrière le sterno-mastoïdien. Le malade sortit de l'hôpital le 23 juillet. En décembre, je dus enlever une petite glande au niveau de la cicatrice derrière l'angle de la mâchoire. Le malade se porte actuellement très bien, mais on sent quelques ganglions des deux côtés du cou.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 14 *mars* 1893.

Polype fibreux de l'urèthre prostatique.

M. Bryant. — Un homme de 63 ans avait des hématuries depuis 6 ans; quand je le vis, il était très anémié, avait une rétention d'urine et une grosse hypertrophie de la prostate. Je fis une incision sur la ligne médiane du périnée; outre l'hypertrophie de la prostate je trouvai un polype de la paroi inférieure de l'urèthre, polype du volume d'un haricot, attaché au plancher et logé dans une dépression du plafond de l'urèthre. J'enlevai le polype à l'aide de ciseaux et je drainai la vessie. Le malade est actuellement guéri et l'hypertrophie prostatique a disparu. Jamais je n'aurais trouvé ce polype si j'avais eu recours à la taille hypogastrique aujourd'hui si à la mode.

M. Harrison. — Cette observation montre en effet l'utilité de l'incision périnéale dans tous les cas de tumeurs ou d'hémorrhagies de la région prostatique. La mortalité de la taille hypogastrique est bien plus grande que celle de la taille périnéale.

M. Haward. — J'ai enlevé dernièrement un polype semblable de la vessie chez un homme qui avait eu des hématuries abondantes pendant six mois.

M. Croft. — Le seul symptôme qui montre que la tumeur est dans l'urèthre prostatique et non dans la vessie, consiste en ce que le sang s'échappe de la verge indépendamment de l'acte de la miction.

M. Williams. — On aurait pu faire le diagnostic à l'aide de l'endoscope; j'ai ainsi découvert un petit polype au voisinage du veru montanum.

Etiologie de la rubéole.

M. Hood. — La rubéole est due à un micro-organisme sujet à des variations et à des évolutions qui lui permettent de s'adapter à plusieurs terrains, d'où la diversité des affections exanthématiques à type rubéolique et s'écartant plus ou moins de la rougeole vraie. On sait qu'il y a en effet plusieurs espèces de rougeoles différant par leur intensité et leur symptomatologie.

M. Routh. — Toutes les fois qu'une maladie se présente sous la forme épidémique, d'autres affections simulent étroitement cette maladie épidémique tout en en restant distinctes. Aussi je regarde la rubéole comme distincte de la rougeole; elle s'en distingue, car l'éruption ne débute pas par la face et il n'y a pas de catarrhe oculo-nasal.

M. Duckworth. — Ces deux affections sont en effet faciles à distinguer.

M. Eddowes. — J'ai vu une famille qui fut atteinte de rubéole et qui très peu de temps après fut atteinte de rougeole vraie. Cette rubéole ou rougeole allemande débute avec des symptômes de la rougeole vraie et présente plus tard des symptômes de la scarlatine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 3 *mars* 1893.

Lupus de la face.

M. Clarke. — J'ai traité 6 ou 7 cas de lupus de la face par la greffe de Thiersch, procédé bien supérieur au simple grattage. Voici une jeune femme que j'ai opérée il y a 11 mois; j'ai enlevé par excision les tissus envahis par le lupus au niveau du nez et des muqueuses des cavités nasales. Chez une autre j'ai eu une légère récidive, mon excision n'ayant pas porté assez loin sur les bords de la plaie.

M. Bidwell. — Voici une jeune fille de 19 ans qui avait une grande plaque de lupus sur la face interne de la cuisse; elle fut traitée par l'excision et les surfaces ainsi traitées furent couvertes de greffes de Thiersch; le résultat fut excellent. Chez une autre malade chez laquelle le grattage et le traitement d'Unna avaient échoué, cette méthode m'a donné aussi un bon résultat.

M. Balmanno Squire. — Cette méthode ne peut s'appliquer au lupus des muqueuses. Pour le lupus des ailes du nez, le meilleur traitement consiste dans le grattage avec une petite curette tranchante et on fait ensuite des scarifications linéaires.

Laparotomie.

M. Battle. — Une femme de 41 ans, mariée, ayant depuis huit ans un lipome de l'épaule, s'aperçut qu'elle avait une tumeur abdominale; cette tumeur était arrondie, lisse et non douloureuse. Elle siégeait d'ordinaire dans la fosse iliaque droite, mais elle était très mobile. On fit la laparotomie: Une ponction ne ramena aucun liquide: le contenu, consistant en cheveux et graisse, fut évacué par pression et la tumeur fut enfin enlevée; elle était attachée à l'épiploon, à l'ovaire droit et au gros intestin. La malade guérit. On comprend combien le diagnostic avait dû être difficile avant l'opération. Une jeune fille de 21 ans présenta une volumineuse tumeur de l'abdomen. Cette tumeur était très mobile; on fit la laparotomie et on trouva un kyste multiloculaire provenant de l'ovaire gauche. Son pédicule était très long et un de ses compartiments s'ouvrait librement dans la cavité péritonéale. Il y avait de l'ascite. Je suis disposé à considérer ce cas comme dû à un sarcome.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 8 *mars* 1893.

Les substances cytoprotéiques de l'urine.

M. Kahane établit tout d'abord que lorsqu'on ajoute à de l'urine de l'acide acétique concentré, il se forme un dépôt composé de mucine et nucléine, deux substances qui se trouvent en rapport avec le protoplasma cellulaire. Ces substances, connues d'après les recherches récentes sous les noms de cytoprotéiques, méritent aussi d'être étudiées dans les états pathologiques provoqués par les intoxications ou les infections.

Les recherches faites dans cette direction par M. Kahane lui ont donné les résultats suivants. Les substances cytoprotéiques de l'urine étaient augmentées dans les intoxications par l'acide chlorhydrique, la potasse, la cantharidine. A mesure que les phénomènes d'intoxication s'amendaient, la quantité de substances cytoprotéiques diminuait dans l'urine.

Dans les angines et l'érysipèle on trouvait également une augmentation de la quantité de substances cytoprotéiques de l'urine qui persistait encore après la terminaison du processus morbide. Dans la pneumonie, la pleurésie, la péricardite, la fièvre typhoïde on pouvait constater une certaine relation entre l'élévation de la température et la quantité de dépôt provoqué par l'acide acétique.

Dans la méningite tuberculeuse et la tuberculose miliaire, l'excrétion de substance cytoprotéique était très intense et allait en augmentant jusqu'à la mort.

M. Singer fait observer qu'il a constamment trouvé des substances cytoprotéiques chez des individus qui dans leur jeunesse ont eu une blennorrhagie. Chez la femme on en trouve aussi souvent, mais la réaction caractéristique avec l'acide acétique fait défaut quand l'urine est prise directement dans la vessie.

La diarrhée fonctionnelle et son traitement.

M. Stein admet qu'il existe des diarrhées fonctionnelles, sans lésion anatomique, sans catarrhe, des diarrhées dites nerveuses. Dans ces cas il s'agit d'une exagération des mouvements péristaltiques et des sécrétions de l'intestin. On sait que dans certaines affections du système nerveux, dans certaines psychoses il existe une atonie du système nerveux. On peut par conséquent admettre au même titre des modifications d'origine non inflammatoire caractérisées par l'hyperesthésie et les contractions douloureuses de l'intestin.

Le diagnostic de ces diarrhées doit souvent être fait par exclusion. L'existence des troubles cérébraux, d'une névrose, l'apparition de la diarrhée à l'occasion de tel ou tel aliment viendront à l'appui du diagnostic de diarrhée nerveuse.

Comme traitement médicamenteux, on prescrira les préparations opiacées qui agissent sur les nerfs d'arrêt de l'intestin. Mais il existe des cas qui résistent à l'opium. On pourra alors avoir recours à l'atropine qui possède la propriété de paralyser les nerfs des fibres lisses. Très souvent ces diarrhées cèdent à l'électricité galvanique ou faradique, un pôle appliqué sur l'abdomen, l'autre introduit dans le rectum ou l'estomac. L'hydrothérapie peut aussi être d'un grand secours.

M. Hochsinger admet aussi l'existence de la diarrhée nerveuse à côté de la diarrhée consécutive à une lésion de la muqueuse intestinale. La diarrhée qui survient après l'injection des substances fermentescibles est une diarrhée catarrhale, car les selles renferment une grande quantité de cellules épithéliales.

Quant au traitement, le régime lacté réussit souvent. Si le lait pur n'est pas supporté, on peut l'additionner de cacao qui agit fort bien contre la diarrhée. Pour ce qui est de la belladone, elle n'a jamais donné des résultats appréciables à M. Hochsinger.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séance des 3 *et* 10 *février* 1893.

Calomel dans la cirrhose du foie.

M. Palma rappelle tout d'abord que le calomel, diurétique par excellence dans les hydropisies d'origine cardiaque et hépatique, est contre-indiqué dans la néphrite. Dans six cas d'hydropisie hépatique où il donna du calomel, il eut quatre succès brillants, la diurèse monta de 700 cm.c. à 6,750, l'hydropisie disparut et les malades guérirent entièrement. Une fois il a observé de la stomatite; la diarrhée qui survint dans plusieurs cas fut très efficacement combattue par l'opium. Chez deux malades le calomel n'eut aucune action diurétique, pas plus, du reste, que les autres diurétiques. A l'autopsie de ces deux malades, on trouva des lésions très avancées du foie.

Dans un cas de cirrhose hypertrophique avec ictère mais sans ascite et dans un cas de carcinome du foie et de la vésicule, l'action diurétique du calomel fut peu marquée. Mais chez le premier malade l'ictère devint moins intense, et l'état général s'améliora chez les deux. Enfin dans un cas de carcinome de l'estomac avec métastases hépatiques et hydropisie, le calomel eut pour résultat de provoquer une diurèse abondante et d'améliorer pour un temps l'état du malade.

Le calomel est donc indiqué dans presque toutes les affections du foie. La dose est de 0,60 centigrammes par jour en trois fois. On aura la précaution de prescrire un gargarisme au chlorate de potasse.

Myoclonie héréditaire.

M. Weiss, après avoir fait un court aperçu historique de la question, rapporte un cas de myoclonie qu'il a observé chez sept membres (quatre hommes et trois femmes) de quatre générations de la même famille.

Tous ces individus, bien portants, vigoureux, étaient pris, entre l'âge de 10 à 20 ans, de contractions cloniques arhythmiques dans certains muscles ou groupes musculaires. Les mouvements en question consistent tantôt en propulsions isolées ou accumulées, tantôt en mouvements rhythmiques avec excursion minime.

Chez tous ces malades les mouvements involontaires cessent complètement pendant le sommeil et peuvent être supprimés par les mouvement intentionnels, ils ne gênent pas les mouvements coordonnés, peuvent être supprimés pour un court espace de temps par un effort de la volonté et ne sont influencés ni par la position du corps ni par les réflexes cutanés. Chez deux seulement, l'excitation psychique, l'émotion les exagèrent. La sphère psychique et sensitive est intacte chez tous ces malades.

Chez un de ces malades, les mouvements en question n'affectent qu'une seule forme; chez les autres toutes les formes sont combinées, de sorte qu'un groupe musculaire exécute toujours une certaine forme de mouvements, un autre groupe, une autre forme, etc.

Chez quatre malades appartenant à trois générations, l'hérédité était directe, chez deux de la quatrième génération indirecte. L'hérédité porte non seulement sur l'affection ellemême, mais encore sur la forme des mouvements et les groupes musculaires atteints.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séances des 13 et 27 *février* 1893.

Névrose traumatique.

M. Stœhr a eu l'occasion d'observer dix cas de névrose traumatique chez des employés de chemin de fer. Tous se plaignaient de souffrir des vertiges, des insomnies, de la céphalalgie, des sensations bizarres, etc. Ces individus n'étaient pas simulateurs, car leur avenir était assuré et aucune des conditions qui contribuent à la simulation n'existait chez eux. Sept d'entre eux ont été guéris en quatre semaines. Trois sont encore en traitement.

M. Benedikt admet que dans les cas dits de névrose traumatique, la simulation est très fréquente.

La commotion, pendant l'accident, joue un rôle considérable dans l'apparition des phénomènes tardifs qui, eux, tiennent à une lésion anatomique très appréciable, l'endartérite. Il ne faut pas non plus déprécier certains symptômes psychiques, comme l'hypochondrie, l'extinction de la volonté, etc.

Cliniquement la névrose traumatique est une entité morbide autonome caractérisée par l'état particulier du champ visuel, de réflexes, par la rachialgie, etc.

M. Reuss a examiné le champ visuel d'un grand nombre de cas de névrose traumatique. Il existait toujours un rétrécissement du champ visuel pour les couleurs ou bien l'étendue du champ visuel était modifiée pour les couleurs.

M. Winternitz. — Les symptômes graves apparaissent souvent huit à quinze jours après l'accident, ce qui fait justement penser à la simulation. La dermographie étudiée par Barthelemy est un symptôme très précieux. Dans certains cas, on trouve encore des troubles de sécrétion et de nutrition.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du traitement du spina bifida par l'excision. Remarques sur la résection des parties nerveuses contenues dans le sac. Communication à la *Société de chirurgie* par M. Ch. Monod, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Je voudrais, à propos de l'intéressant rapport qui vous a été lu dans la dernière séance par M. Picqué sur une observation de M. Ricard, vous communiquer un fait de spina bifida, que j'ai eu récemment occasion de traiter par l'excision, et vous présenter à ce sujet quelques courtes réflexions.

On m'amenait à l'hôpital Saint-Antoine, au mois de novembre dernier, un petit garçon, né depuis cinq jours, porteur d'un spina bifida lombo-sacré.

La tumeur avait le volume et la forme d'une petite mandarine coupée transversalement en deux; c'est dire qu'elle était sessile et qu'elle ne faisait qu'un faible relief. Sa consistance était molle; elle donnait une sensation très nette de fluctuation. Sa membrane d'enveloppe offrait un aspect bien différent, suivant le point que l'on considérait; à sa base courait une bande de peau, haute de 2 à 3 centimètres, ayant tous les caractères de la peau normale; au centre, sur une surface qui eût pu être recouverte par une pièce de 2 francs, la paroi était réduite à une mince membrane, rougeâtre, en imminence de rupture.

Les cris de l'enfant ne modifiaient en rien le volume et la consistance de la tumeur; inversement, une pression même prolongée ne permettait d'y découvrir aucun indice de réductibilité.

Aucun autre vice de conformation. Aucune faiblesse des membres inférieurs. La vessie et le rectum fonctionnaient normalement. Pas trace d'hydrocéphalie; les fontanelles sont de dimensions ordinaires; il n'y a pas d'écartement des sutures.

Le bon état de l'enfant d'une part, et, d'une autre part, la minceur de la membrane d'enveloppe, qui me faisait craindre une rupture prochaine, me décidèrent à intervenir de suite.

Le procédé de traitement auquel je m'arrêtai fut celui de l'excision, pour les raisons que j'ai indiquées dans un rapport que je vous ai lu l'an dernier à propos d'une observation de M. Walther.

Je n'ignore pas les bons résultats obtenus par les injections irritantes dans la cure du spina bifida, et particulièrement par l'injection iodo-glycérinée de Morton. Mais l'excision a, elle aussi, fait ses preuves; elle permet de mieux se rendre compte de ce que l'on fait, et me paraît, comme je le disais dans le travail que je viens de rappeler, mériter la préférence toutes les fois qu'elle est applicable, — c'est-à-dire toutes les fois que l'enfant semble assez résistant pour supporter l'opération, et lorsqu'il existe à la base de la tumeur une quantité de peau suffisante pour que la réunion des parties divisées soit possible. Ces deux conditions étaient, je l'ai dit, réunies chez mon petit malade.

Je procédai à l'opération le lendemain du jour où l'enfant m'avait été amené, soit six jours après sa naissance, la conduisant suivant le plan ordinairement adopté en pareil cas. Après avoir évacué la tumeur par ponction, je fis, à la limite de la membrane d'enveloppe et de la peau qui recouvre la base de la tumeur, une incision dessinant deux lambeaux latéraux cutanés. L'enveloppe était tellement mince que presque aussitôt je pénétrai dans la cavité de la tumeur, et que je dus renoncer à disséquer à la face interne des lambeaux un feuillet représentant une sorte de sac herniaire. La cavité ouverte présente une surface interne rougeâtre lisse. Au centre de sa face profonde on aperçoit l'ouverture qui fait communiquer la poche avec le canal rachidien; cet orifice est relativement petit, il admet à peine la pulpe de l'index. Par cette ouverture sort un cordon nerveux, gros comme un porte-plume ordinaire, qui vient s'insérer sur le point culminant, au *zénith* de la poche.

Je détache ce cordon de son point d'insertion et essaye de le réduire dans le canal vertébral. Je n'y parviens pas; il se laisse en partie refouler, mais ressort aussitôt.

Après un moment d'hésitation, je me décide à le réséquer au ras de l'orifice de sortie. Au moment de la section, l'enfant, bien qu'endormi, tressaute; en même temps, de la tranche s'échappe un petit jet de sang artériel aussitôt arrêté par une pince et une ligature au catgut.

Il ne me restait plus qu'à pratiquer les sutures. Je les fis sur deux plans. Le premier, au catgut perdu, rapprochait étroitement, au devant de l'orifice vertébral, les deux masses musculaires voisines, préalablement avivées par ablation de leur aponévrose d'enveloppe.

La peau fut ensuite réunie au crin de Florence. Pas de drain. Pansement à l'ouate maintenue avec de la kolcassine.

Les suites de cette opération furent des plus simples. Je constatai tout d'abord avec satisfaction que ni immédiatement, ni les jours suivants, il n'y eut trace de paraplégie. La guérison se fit par première intention, sans aucun incident. Vingt jours après, l'enfant cessa de nous être amené; il présentait une cicatrice solide, dont la surface n'était aucunement soulevée par les cris et les efforts.

La mort est cependant survenue deux mois plus tard. Le petit malade souffrait depuis sa naissance d'un prolapsus rectal, entretenu par une diarrhée persistante. Mal soigné, mal nourri, il ne tarda pas à dépérir. Sa mère nous l'apporta, me suppliant de faire quelque chose pour remédier à la chute de la muqueuse rectale. Je ne voulus d'abord rien entendre; puis, cédant aux sollicitations qui m'étaient adressées, je lui fis quelques raies de feu, et crus devoir pour cela avoir recours au chloroforme. L'enfant ne supporta pas cette seconde intervention, quelque minime qu'elle fût. Onze jours après, j'appris qu'il avait succombé.

Malgré cette issue fatale, ce fait me semble pouvoir être cependant porté à l'actif de la méthode sanglante dans le traitement du spina bifida. L'opération avait été bien supportée; le résultat immédiat avait été excellent. Tout au plus pourrait-on dire que cette observation démontre encore une fois que l'avenir des enfants atteints de spina bifida, qu'ils soient opérés ou non, est toujours particulièrement sombre.

Je disais tout à l'heure que ce fait me paraissait prêter à quelques réflexions. Les unes ont trait à l'opération elle-même; les autres à l'anatomie pathologique et à la pathogénie du spina bifida, et spécialement à la nature des parties nerveuses contenues dans le sac, ainsi qu'à la conduite à tenir vis-à-vis d'elles. C'est sur ces deux derniers points que je désire surtout insister.

Au sujet de l'opération, je ferai tout d'abord remarquer que, malgré le jeune âge de l'enfant, elle a été suivie d'un bon résultat immédiat. Il en a été de même dans l'observation de M. Walther, bien que l'enfant fût plus jeune encore (il fut opéré quatre heures après la naissance). Il est de règle cependant, pour quelques chirurgiens, de ne pas opérer le spina bifida chez les nouveau-nés. Il est à cette règle, on le voit, des exceptions. Lorsque l'enfant est vigoureux, lorsqu'il se nourrit bien, lorsque, d'autre part, la tumeur menace rupture,

il est plus sage de ne pas différer l'intervention. Celle-ci, lorsque la tumeur est petite et l'ouverture rachidienne peu considérable, se réduit en somme à peu de chose.

J'ajoute que dans mon cas, comme dans celui de M. Walther, la réunion non seulement a été prompte, mais immédiatement solide et complète. Nous n'avons pas observé cette filtration de liquide céphalo-rachidien qui, dans quelques faits qui nous ont été rapportés par M. Terrier, par M. Prengrueber, par M. Kirmisson, semble s'opposer à la réunion primitive. Je me demande si le bon résultat que j'ai obtenu n'est pas en partie dû au soin que j'ai apporté à obturer l'orifice vertébral, en rapprochant au-devant de lui par une suture profonde les bords des masses musculaires voisines préalablement avivés.

Incidemment, je rappelle le service que peut rendre pour le pansement de la plaie l'ouate imbibée de collodion ou d'une substance analogue, chez ces petits enfants ordinairement mal tenus, alors que l'opération a porté sur une région fatalement exposée à toutes les souillures. Le pansement au collodion est sec, solide et peut être rare.

Ce qui me reste à dire a plus d'importance.

Je rappelle que chez mon petit malade sortait par l'ouverture rachidienne un gros cordon nerveux qui venait s'implanter sur la paroi opposée de la poche.

Cette disposition a été depuis longtemps signalée; elle n'est pas rare. Ce qui est moins connu, c'est la possibilité de retrancher une aussi grande portion de substance nerveuse, sans qu'il en résulte aucun trouble fonctionnel.

Je me suis décidé après un instant de réflexion à faire cette ablation. Il me parut évident, en effet, que si cette partie qui faisait issue hors du canal rachidien était physiologiquement rattachée à l'axe médullaire, il n'était guère explicable, étranglée comme elle paraissait l'être dans l'orifice de sortie, que l'enfant eût conservé l'intégrité fonctionnelle de ses membres inférieurs. Or, il n'y avait pas de paraplégie, donc les conducteurs nerveux devaient être intacts, et la substance que j'avais sous les yeux, et qui semblait se terminer dans la poche, ne devait pas présider à l'innervation des membres inférieurs. Son rôle fonctionnel était nul; il ne devait y avoir aucun inconvénient à la supprimer.

L'événement a montré que ce raisonnement était juste.

Je savais du reste que pareil sacrifice avait déjà été fait et sans dommage pour les petits opérés.

M. Bellanger, dans l'excellente thèse qu'il a consacrée à l'étude du traitement du spina bifida (1891), rapporte que sur 11 cas où les nerfs contenus dans le sac ont été sectionnés, il n'y eut qu'une paraplégie.

Ce résultat ne s'accorde guère avec les données fournies par les traités classiques sur l'anatomie pathologique du spina bifida. Il semble en effet admis que toujours la moelle ou les nerfs qui pénètrent dans le sac ne font que poursuivre leur trajet, rentrer dans le canal vertébral, et se distribuer aux parties auxquelles ils sont destinés. M. Bellanger rappelle cependant que, en 1876, ici même, notre collègue M. Polaillon, à propos d'un fait du Dr Mouchet, rapporté par M. Périer, s'appuyant sur le mémoire de Braun, soutenait que lorsque les nerfs contenus dans un spina bifida ont une certaine importance, les malades sont presque toujours atteints de vices de conformation plus ou moins considérables des membres inférieurs. Si au contraire le malade est bien conformé, on est autorisé à croire que les nerfs ne vont pas au delà de la tumeur, et qu'en pareil cas il n'y a pas d'inconvénient à les détruire.

En 1878, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, le Dr Laffitte (de Coutras) présentait l'observation d'un malade chez lequel au cours d'une opération de spina bifida il avait sectionné un gros cordon nerveux qui sortait par le trou rachidien, et cela sans aucun phénomène de paralysie. Il en concluait qu'il faut bien admettre que le fragment sectionné ne représentait pas toute la moelle, qu'une autre division plus importante, innervant les régions sous-jacentes, avait dû rester dans le canal vertébral. « L'esprit et la raison se refusent à » admettre que le mouvement et la sensibilité puissent » subsister au-dessous d'un point où la moelle aurait été » complètement sectionnée. »

Nous devons à M. Bellanger la connaissance d'une autopsie, qui donne la solution du problème, solution conforme à celle que M. Laffitte avait entrevue.

Dans cette autopsie, faite par MM. Civel et Matton, on put constater que la moelle sortie du canal rachidien venait se terminer dans le sac du spina bifida; mais en découvrant les nerfs sciatiques à la cuisse et en les poursuivant jusqu'à leur origine, on vit que ces nerfs naissaient non du fragment médullaire contenu dans le sac, mais de la portion de moelle située au-dessus de l'orifice anomal du canal vertébral. Les branches originaires du sciatique étaient donc complètement indépendantes de la hernie de la moelle; elles suivaient leur trajet habituel, couchées profondément sur le plancher du canal vertébral. Il aurait été par conséquent possible de réséquer les parties médullaires herniées sans nuire au malade.

Deux autres autopsies, rapportées l'une par Depaul, l'autre par M. Giraudeau, parlent dans le même sens.

Dans le fait que j'ai observé, bien que l'autopsie du petit malade n'ait pu être pratiquée, certaines constatations anatomiques viennent indirectement à l'appui de la même thèse.

L'examen du tronçon nerveux réséqué au cours de mon opération a été fait avec grand soin par M. le Dr Macaigne, qui veut bien diriger les travaux de mon laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine. Je ne puis reproduire ici les détails de cet examen. Je me contente de dire qu'il en résulte ce fait intéressant que si le fragment excisé rappelait assez exactement la *structure* de la moelle, il n'en avait pas cependant la *texture ;* en d'autres termes, que l'on y retrouvait les éléments essentiels du tissu médullaire, mais que ceux-ci n'étaient pas disposés comme dans une moelle normale — et par conséquent que ce tronçon ne pouvait être considéré comme une simple moelle herniée.

Il est donc permis de se demander si dans ce cas, comme dans certaines encéphalocèles bien étudiées récemment par M. Berger (*Revue de Chirurgie*, 1890), il ne s'agirait pas ici d'une hypertrophie localisée de la moelle, dont l'origine remonterait à la vie embryonnaire, simulant une hernie de la moelle, tandis qu'en réalité l'axe médullaire conserve, au moins au point de vue physiologique, sa continuité. L'absence de paraplégie avant l'opération, et surtout après la résection de ce cordon nerveux, donne, nous semble-t-il, un certain poids à cette hypothèse.

Je ne fais qu'indiquer en passant cette manière de voir, qui, si elle se vérifie, conduirait aussi à envisager sous un nouveau point de vue la pathogénie du spina bifida. Je me réserve de la discuter plus amplement dans un travail ultérieur.

Et je termine en tirant de la discussion qui précède une conclusion pratique.

Il est certain que la disposition que j'ai rencontrée ou des dispositions analogues ne sont pas constantes. Il est des cas où il n'est pas douteux que les parties nerveuses contenues dans le sac d'un spina-bifida ne font, suivant la description classique, que traverser la poche pour rentrer dans le canal vertébral, et qu'il est alors essentiel de les respecter. Mais ne voit-on pas dès lors l'avantage

d'un procédé opératoire qui, pour le redire une fois encore, permet seul de voir ce que l'on fait? C'est là que réside la réelle supériorité de la méthode sanglante dans la cure du spina bifida, d'autant qu'il semble établi que, bien conduite, l'opération n'expose pas par elle-même l'enfant à de sérieux dangers.

REVUE DES JOURNAUX

Résection du foie (Ueber Leberresection), par Schmidt (*Deuts. med. Woch.*, 1893, n° 8, p. 175). — Il s'agit d'une femme de 37 ans, venue à la clinique pour une tumeur de l'hypochondre droit développé depuis deux mois. A l'examen on sentait à la hauteur de l'ombilic une tumeur de forme cylindrique, longue de 12 centimètres et large de 5 centimètres, mobile, suivant les mouvements du diaphragme, mate à la percussion. L'état général était très mauvais : douleurs abdominales et diarrhée sanglante. On diagnostiqua une tumeur du côlon transverse ou du foie.

Laparotomie sur la ligne médiane. A l'ouverture de l'abdomen on tomba de suite sur une tumeur du lobe gauche du foie auquel elle était rattachée par un pédicule très large. La tumeur paraissait composée de tissu hépatique cirrhotique, était dure au toucher. Rien au foie ni dans le côlon. La tumeur fut fixée dans la plaie par son large pédicule, puis enlevée. On eut à lier quatre artères et plusieurs veines. La surface fut couverte de gaze iodoformée et d'un pansement antiseptique. La cicatrisation du pédicule se fit sans accident et au bout de douze jours on fit des greffes de Thiersch. Guérison complète en trois semaines.

L'examen histologique de la pièce montre qu'il s'agissait d'un syphilome du foie.

La résection du foie a été faite en tout neuf fois : cinq fois pour des syphilomes (Langenbuch, Wagner, Lauenstein, Tillmans, Albert), quatre fois pour des tumeurs malignes (Hochenegg, Lücke, Sklifassowsky, Keen).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mars 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Immunité et réceptivité vaccinales.

M. Hervieux. — L'immunité vaccinale naturelle est très rare dans l'espèce humaine. Elle n'est conférée par la vaccine qu'à dater du 7e jour après l'inoculation ; faible à l'origine, elle n'atteint son maximum de puissance qu'au bout de 10, 12 ou 15 jours. La période d'état de l'immunité vaccinale ne dure guère que 7 à 8 ans ; c'est au bout de 8 à 10 ans que commence la période de déclin.

L'immunité due à une ou plusieurs revaccinations est d'autant moins durable que le sujet est plus jeune ; elle persiste d'autant plus que le sujet est plus âgé.

Au point de vue des caractères de l'éruption, les revaccinations présentent des variétés qui correspondent aux différentes phases de la période d'état de l'immunité acquise et qui ne sont autre chose que les degrés divers de l'évolution du bouton vaccinal classique.

La durée de l'immunité variolique ne dépasse guère la durée de l'immunité vaccinale, ce qui prouve la nécessité des revaccinations chez les variolés comme chez les vaccinés.

Chez les sujets ni vaccinés ni variolés, la réceptivité originelle par la vaccine est presque absolue ; chez les sujets vaccinés, la réceptivité complètement disparue pendant plusieurs années après la première vaccination, se rétablit de manière à récupérer peu à peu sa force primitive.

Chez les revaccinés, la réceptivité tend à reparaître au bout de quelques années, mais notablement amoindrie. Chez les variolés, la réceptivité vaccinale est susceptible de renaître comme chez les vaccinés, mais il n'est pas exact de dire avec quelques auteurs qu'elle soit constamment supérieure à celle des vaccinés.

Habitat des tuberculeux.

M. Ducor. — Je viens d'avoir l'occasion d'observer, dans la banlieue de Paris, plusieurs cas de tuberculose dans une famille nombreuse. Aucune tare héréditaire. L'appartement où elle logeait avait abrité auparavant des phthisiques ; d'après les analyses de M. Dubief, des bacilles tuberculeux existaient dans les crachats desséchés, recueillis sur les papiers des tentures de la chambre à coucher.

J'en conclus qu'un crachat projeté dans certaines parties d'un appartement peut s'y dessécher et rester virulent pendant plus de deux ans. Suivant le degré de virulence ou d'atténuation, toutes choses égales d'ailleurs, l'absorption des poussières tuberculeuses peut donner lieu, soit à une tuberculose généralisée soit à une tuberculose locale ou scrofulose d'emblée. On ne saurait attacher trop d'importance à la désinfection des locaux occupés par les tuberculeux, soit pour les malades eux-mêmes et pour leur entourage, soit pour les personnes qui doivent après eux occuper la même chambre ou le même appartement.

Ophthalmie sympathique.

M. Galezowski. — L'ophthalmie sympathique n'est pas une maladie microbienne et migrative, mais une irritation permanente de nature réflexe qui, par une irritation permanente des nerfs vaso-moteurs, amène des névrites des filets nerveux périphériques ; d'où des contractures artérielles avec dilatation des veines ciliaires correspondantes, suivies parfois de ruptures capillaires donnant lieu à des épanchements sanguins fins, miliaires ; quelquefois même, on trouve, au milieu de ces taches hémorrhagiques, des petits anévrysmes miliaires.

Jusqu'à présent ces altérations de l'ora serrata sont restées méconnues, car on n'avait pas le moyen d'examiner cette région avec l'ophthalmoscope. Par mon procédé d'investigation, à l'aide d'une lentille prismatique on peut voir avec la plus grande précision les plus petites altérations du début de la maladie.

Les ophthalmies sympathiques peuvent se développer, comme dit l'auteur, à la suite d'un corps étranger qui aura pénétré dans la coque oculaire, de même que les productions osseuses de la choroïde qu'on rencontre dans les yeux atrophiés peuvent donner lieu à des accidents sympathiques dans l'œil sain.

Trépanation du rachis.

M. Delorme communique deux cas de laminectomie pour mal de Pott. L'un de ces cas lui paraît fort encourageant, quoiqu'il n'ait que dix jours de date. Il s'agit d'un homme qui était paraplégique depuis onze mois, avec paralysie de la vessie, du rectum, de la sensibilité. Dans ces conditions, M. Delorme intervint, quitte à en rester à une intervention exploratrice. Après ablation des lames, il vit une masse de pachyméningite fongueuse faire saillie, puis il trouva une poche qui refoulait la moelle à droite, l'incisa, la curetta et arriva dans un petit foyer osseux qu'il curetta également. La plaie fut remplie de vaseline iodoformée, réunie en étages et drainée. Actuellement, 10e jour, la sensibilité est revenue, les érections ont cessé. La motilité n'est pas modifiée, mais on sait avec quelle lenteur elle a coutume de se rétablir.

M. Delorme avait déjà fait une intervention analogue le 16 décembre 1892 sur un homme atteint de paraplégie complète avec troubles des sphincters, rachialgie, état fébrile. Il l'opéra sans chloroforme, parce qu'il avait pensé n'avoir pas à dépasser les zones anesthésiques, et quand il dut dépasser, il fut arrêté par l'état cardiaque du patient. L'opération avait duré deux heures et le malade mourut dans la journée.

Bicarbonate de soude.

MM. Linossier et Lemoine. — Le bicarbonate de soude est, à toutes les doses, même 10 grammes, un excitant

de la sécrétion gastrique, et cette excitation a pour premier effet la saturation de l'alcalinité qui était toujours réalisée dès une heure après l'ingestion.

Avec une dose faible, l'excitation se poursuit après neutralisation et provoque une augmentation légère et fugitive de la richesse du chyme en acide chlorhydrique.

Avec une dose moyenne, l'excitation est plus prolongée. Le maximum de la proportion d'acide chlorhydrique dans le chyme est atteint plus lentement, mais est plus élevé.

Avec une dose forte, l'énergie sécrétoire s'épuise à lutter contre l'alcalinité et, une fois l'acidité reconquise, l'excitation s'arrête et la proportion normale d'acide chlorhydrique peut ne pas être atteinte quand les aliments quittent l'estomac.

Les proportions maxima d'acide chlorhydrique sont atteintes après deux heures pour une dose de 0,50 de bicarbonate de soude, de trois heures pour une dose de 1 gramme, de quatre heures pour une dose de 5 grammes. Une heure avant le repas 1 gramme agit comme une dose faible; 5 grammes comme une dose moyenne; 10 grammes comme une dose forte. Au commencement du repas, 0,50 est une dose faible, 1 gramme une dose moyenne, 5 grammes une dose forte.

Les doses dont l'action excitante est le plus énergique sont donc celles de un gramme au moment du repas ou de cinq grammes une heure avant.

Le bicarbonate de soude donné au moment du repas suspend la sécrétion de la pepsine.

L'action saturante du bicarbonate de soude administré une heure après le repas, a été très passagère, mais non suivie d'excitation avec 2 grammes; plus prolongée mais suivie d'excitation avec 5 grammes; définitive avec 10 grammes (c'est-à-dire que la proportion normale d'acide n'était pas reconquise à la fin de la période digestive).

Dans le traitement de l'hyperchlorhydrie, si l'on veut éviter des phénomènes ultérieurs d'excitation, il faut donc recourir soit aux faibles doses répétées qui ne produisent qu'une saturation incomplète, soit aux doses massives. Des doses moyennes risquent de n'amener qu'une sédation temporaire, suivie d'une exacerbation des symptômes. Nos expériences fixent le sens général du phénomène, mais ne sauraient établir quelles sont, dans le traitement de l'hyperchlorhydrie, les doses qui doivent être considérées comme faibles, moyennes ou massives. Il faut en effet tenir compte d'un élément variable avec chaque sujet : c'est la quantité d'acide chlorhydrique contenue dans l'estomac au moment de l'ingestion du bicarbonate de soude. Telle dose faible pour un malade très hyperchlorhydrique, pourra être forte pour un autre.

Le carbonate de chaux semble agir à peu près comme le bicarbonate de soude. Son emploi, à la dose de 5 gr., paraît suivi d'une période d'excitation, mais si la quantité d'acide sécrétée dans cette période est au moins aussi forte qu'après l'emploi du bicarbonate de soude, il ne s'en produit pas à l'état libre. Comme c'est ce dernier qui cause surtout les phénomènes douloureux, le carbonate de chaux aurait peut-être quelque avantage sur le bicarbonate de soude, dans le traitement de l'hyperchlorhydrie.

L'action des alcalins se prolonge au delà du repas pendant lequel ils sont administrés. Elle se traduit, le surlendemain de la dernière expérience, par une excitation et une prolongation notable de la sécrétion.

Les fermentations anormales sont favorisées par l'administration du bicarbonate de soude pendant toute la période qui sépare l'ingestion du retour à l'acidité normale. Celles-ci se prolongent parfois même, quand l'acidité est reconquise. Le seul cas dans lequel les fermentations anormales semblent enrayées par le bicarbonate de soude, c'est l'administration des petites doses avant le repas.

Au point de vue thérapeutique, le bicarbonate de soude est essentiellement le médicament des états d'insuffisance de la sécrétion gastrique. Il doit être administré de préférence quelque temps avant le repas.

Dans l'hyperchlorhydrie, il n'est qu'un médicament palliatif qui risque d'aggraver la marche générale de la maladie en excitant une muqueuse déjà trop excitée. Il serait possible que l'administration de l'acide chlorhydrique rendît plus de services en diminuant l'activité sécrétoire de la muqueuse. De nouvelles expériences seront instituées pour vérifier cette hypothèse.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 24 mars 1893.

Anomalie musculaire de la région du poignet.

M. Gesland a vu chez un sujet, dans une de ses dissections, une anomalie musculaire au niveau du poignet. Il y avait un petit muscle qui s'insérait supérieurement, dans un dédoublement de l'aponévrose anti-branchiale, par des fibres charnues se réunissant sur un tendon où aboutissaient la plupart des fibres de l'adducteur du petit doigt : puis ce tendon se terminait sur la première phalange du petit doigt. On pourrait considérer le muscle comme un *petit palmaire digastrique*.

Sarcome du rein.

M. Delanglade présente une tumeur du rein qui a été enlevée par M. Broca chez un enfant de deux ans. L'examen histologique a montré que c'était un sarcome à la fois globo-cellulaire et fasciculé.

On pourrait se demander si le développement primitif ne s'est pas fait aux dépens des capsules surrénales.

M. Letulle fait remarquer que les tumeurs des capsules surrénales sont habituellement des épithéliomes. Les sarcomes y sont rares. De plus les tumeurs envahissent le rein de haut en bas; or, sur cette pièce, la partie supérieure du rein ne semble pas atteinte.

M. Broca avait déjà noté en examinant l'organe ce détail. Il insiste sur le volume de la tumeur qui pesait 600 grammes et qui avait évolué sans déterminer de symptômes fonctionnels. L'extirpation a été faite par voie transpéritonéale.

Cancer massif du foie.

M. Zuber montre un cancer massif du foie réalisant la forme du cancer en amande d'Hanot et Gilbert. Ce cancer a donné lieu à une suppuration secondaire. Histologiquement, c'est un épithélioma alvéolaire à cellules polyédriques. Les viscères ne présentaient aucune néoplasie.

M. Létienne a observé un cas de cancer du foie qui s'est terminé par la formation d'un abcès sous-diaphragmatique, lequel a donné lieu à une vomique.

Plasmodies du sang.

M. Letulle lit, au nom de **MM. Trekaki** et **Petrides** (d'Alexandrie), une note sur les plasmodies du sang, et montre un dessin représentant une coupe du cerveau où l'on voit des corps pigmentés, de forme variant à l'infini, parsemés au milieu des globules du sang dans les capillaires ou contenus dans l'intérieur même de ces globules. Ces corpuscules pigmentés se voient aussi en dehors des vaisseaux.

Perforation de l'œsophage.

M. Letulle revient, à propos de la communication faite récemment par M. Londe, sur un cas analogue qu'il a observé dans son service. Le malade était mort d'hématémèse. A l'autopsie, on trouva un abcès tuberculeux développé dans un ganglion trachéo-bronchique, qui s'était ouvert dans l'œsophage. La plupart des ulcérations tuberculeuses de l'œsophage sont dues à un envahissement de dehors en dedans de la paroi de l'organe.

Fibro-myome kystique de l'utérus.

M. Cazin présente un fibro-myome kystique du fond de l'utérus opéré par M. Segond. La structure de ces kystes ne répond pas à ce qu'on décrit d'ordinaire. Dans ces kystes, on voit un épithélium cylindrique des plus nets, avec culs-de-sac glandulaires revêtus du même épithélium. Ce fait peut avoir une importance au point de vue de la transformation épithéliale des fibromes.

Anévrysme de l'aorte.

M. Martin-Dürr montre un anévrysme de l'aorte provenant d'un malade âgé de 67 ans, qui avait contracté la

syphilis à 33 ans. Il y avait insuffisance aortique, bruit de cornage très prononcé. A chaque systole cardiaque, on constatait un abaissement de la trachée : le malade était aphasique depuis juillet dernier. La mort est survenue subitement.

On voit une première poche du volume des deux poings, correspondant à la portion ascendante, puis un collet au niveau de la sous-clavière et au delà une deuxième poche fusiforme, au niveau de la portion descendante, s'étendant jusqu'au diaphragme. Le récurrent dur et tendu répond à l'étranglement qui sépare les deux poches.

M. Letulle fait remarquer le peu d'hypertrophie qu'offre le ventricule gauche. La lésion chronique que présente cette aorte ne peut appartenir qu'à la syphilis. Seule, elle peut donner lieu à des dilatations aussi volumineuses sans rupture.

Cancer primitif de la vésicule biliaire.

M. Durante relate l'histoire d'un malade qui, depuis deux mois, était atteint d'ictère chronique et qui présentait dans le flanc droit une tumeur du volume d'une orange avec ballottement rénal typique. A l'autopsie, on a vu qu'il s'agissait de la vésicule biliaire très volumineuse et remplie de calculs. Le foie contenait des nodosités cancéreuses. On voit un cancer de la vésicule qui a donné lieu à ces productions secondaires. Il n'y a pas de tumeur des autres viscères.

M. Durante apporte, en outre, des coupes des pièces qu'il a récemment montrées à la Société à propos d'un épithélioma de la verge avec détermination pleurale. Il s'agit bien de pleurésie cancéreuse.

Bulbe, pancréas et foie.

M. Thiroloix rapporte quelques expériences de piqûre du bulbe sur des animaux (chiens et lapins) auxquels il avait préalablement pratiqué la disjonction des deux organes, foie et pancréas, soit par la ligature en masse du premier, soit par marcotte du second. La glycosurie provoquée dans ces conditions présenterait deux phases, une précoce, hépatique, constante, et une deuxième, plus tardive, pancréatique. Les ligatures empêchent la première, les marcottes suppriment la seconde. L'analyse de plusieurs observations de diabète pancréatique montre que le foie participe toujours au processus pathologique, s'il reste du parenchyme pancréatique intact.

Rétrécissement du pylore.

M. Thiroloix rapporte l'observation d'un malade dont voici le titre : Ulcères gastriques. Rétrécissement fibreux du pylore. Enorme dilatation stomacale. Hyperchlorhydrie. Boulimie. Vomissements extrêmement abondants. Crises de tétanie. Polyurie simple d'abord, puis avec albuminurie. Déchéance intellectuelle. Mort dans le marasme.

M. Thiroloix montre le bénéfice que le malade eût pu tirer d'une intervention chirurgicale.

T. Legry.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 *mars* 1893.

Présidence de M. Périer.

Spina bifida.

M. Monod. — Voy. p. 145.

M. Berger. — L'opération sanglante, bien qu'elle donne aujourd'hui de meilleurs résultats qu'autrefois, n'est cependant pas tout à fait sans danger. J'ai opéré récemment un enfant de 3 ou 4 mois, chez lequel j'ai trouvé dans le sac un cordon médullaire que j'ai réduit dans le canal rachidien, ainsi que les rameaux qui en partaient ; l'enfant, qui n'avait cependant pas perdu beaucoup de sang, mourut très peu de temps après l'intervention.

D'autre part, les succès définitifs sont très rares. L'enfant que j'ai présenté l'année dernière à l'Académie de médecine (Voy. *Mercredi médical*, p. 18) et chez lequel la guérison s'était maintenue, est mort de bronchite un an après l'opération et, d'ailleurs, la paraplégie qu'il avait auparavant ne s'était guère améliorée.

Les enfants atteints de spina bifida sont généralement chétifs et présentent souvent, en outre, d'autres malformations ; il n'est donc pas étonnant que l'opération ne réussisse guère qu'à prolonger leur existence pendant un espace de temps plus ou moins long.

M. Félizet. — On ne peut pas comparer les résultats que donne l'excision du spina bifida chez de jeunes enfants et chez un adulte, comme c'était le cas dans l'observation de M. Ricard, qui a été suivie de succès. C'est qu'en effet la plupart des enfants atteints de spina bifida meurent de très bonne heure, et ceux qui survivent et qu'on opère plus tard présentent évidemment des conditions de résistance plus favorables. Parmi les enfants que j'ai opérés pour un spina bifida, tous ceux qui ont survécu à l'opération sont devenus hydrocéphales et sont morts après 5 à 10 mois.

Pathogénie du tétanos.

M. Chauvel. — Nous avons reçu de M. Ferraton l'histoire d'un soldat qui, tombant dans une écurie, se fit deux luxations des doigts, dont une avec plaie ; cette plaie sembla cicatrisée au dixième jour, puis au douzième le tétanos éclata. Il fut peu amélioré par l'amputation du doigt (où du pus et du gravier existaient dans l'articulation malgré la cicatrisation), mais finalement guérit ; il avait été soumis en même temps au traitement par la morphine et le chloral, et même s'était aggravé pendant quelques jours où on avait diminué les doses. Aussi M. Chauvel n'accorde-t-il pas, malgré M. Ferraton, tout le succès à l'amputation, dont il se déclare d'ailleurs partisan dans l'espèce, mais qu'il hésiterait à appliquer si elle exigeait une mutilation grave.

Les examens microbiologiques ont démontré à M. Lemoine (de Lyon) : 1° que la terre de l'écurie était infectée par le tétanos ; 2° qu'il en était de même, avec adjonction de streptocoques, dans le pus de l'articulation ; 3° que les urines du malade, examinées à deux reprises, ne contenaient pas le bacille de Nicolaïer.

M. Larger établit d'abord la part qui lui revient dans la démonstration de la contagion du tétanos, et il réclame la priorité pour son mémoire du 28 novembre 1885, époque où on n'admettait guère en France les expériences de Nicolaïer, de Carle et Rattone. M. Larger, dans ce mémoire, a établi que le cheval tétanique pouvait contagionner l'homme, mais c'est M. Verneuil qui a tiré de là la théorie du tétanos équin, théorie à laquelle, quoi qu'on en ait dit, M. Larger ne croit pas. Le cheval n'est tétanigène, et alors comme tout autre animal, comme le mouton par exemple, que s'il est tétanique, et l'origine du tétanos est tellurique, mais non équine. Cela ressort nettement d'un mémoire publié il y a quelques semaines par Le Dantec dans les *Arch. de méd. nav.* La terre cultivée seule est tétanigène, rien ne prouve que cela lui vienne du cheval. Dans le fait de M. Dieterlen, M. Verneuil dit que la terre inoculée n'a pas donné le tétanos : les animaux sont morts de septicémie, en 24 heures, laps de temps inférieur à celui qu'exige l'infection tétanique ; donc cela ne prouve rien. Il y a à Paris des milliers de cochers qui fréquentent des milliers de femmes, et s'ils leur donnent parfois quelque chose, ce n'est pas le tétanos ; et dans Paris, où tout est souillé par le cheval, le tétanos est rare. Dans l'armée, il n'est pas plus fréquent, relativement au nombre des blessures, dans la cavalerie que dans l'infanterie.

M. Terrier. — Lorsque j'étais élève à Alfort, nous avions constamment les mains brûlées, excoriées, et aucun des élèves n'y a jamais eu le tétanos. D'après les renseignements que m'ont fournis sur ce point Goubaux, Nocart (Alfort), Chauveau (Lyon), Weherkel (Bruxelles), etc., dans aucune école vétérinaire de France ou de l'étranger le tétanos ne frappe le personnel. D'ailleurs, cet animal spécialement tétanigère serait bien étrange, et comme M. Larger je sais qu'on devrait trouver le mouton aussi féroce que le cheval. Dans le fait de M. Ferraton on peut, par un raisonnement simpliste, incriminer le cheval : mais en fait, c'est la terre qui est coupable.

M. Delorme. — A Lunéville, où il y a 4,000 cavaliers et une population maraîchère de 6 à 7,000 ouvriers, le médecin en chef de l'hôpital n'a constaté qu'un cas de tétanos en 22 ans.

Je suis partisan de l'amputation lorsqu'elle n'est pas trop mutilante; cas auquel, comme je l'ai fait l'an dernier pour une plaie de la fesse, je conseille de débrider, de curetter et de désinfecter la plaie.

Rupture musculaire.

M. Delorme présente un artilleur qui, il y a quatre mois, s'est fait une rupture du moyen adducteur et qui depuis deux mois porte en ce point une tumeur volumineuse et dure; cette tumeur ressemble à un ostéome, mais M. Delorme croit que c'est un hématome entouré de productions scléreuses et il va le traiter par le pétrissage, qui lui a déjà donné un succès dans un cas de ce genre.

Kystes hydatiques multiples du foie.

M. Maunoury (Chartres) présente une femme à laquelle, depuis 1888, il a fait subir, pour kystes hydatiques du foie, 2 incisions transpleurales, une de chaque côté et 2 laparotomies. En 1887, elle avait déjà subi une ouverture par le caustique, et en 1891 on lui fait à Beaujon une laparotomie exploratrice.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 mars 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Infection hémorrhagipare.

M. Charrin. — Au cours d'une maladie infectieuse chez le poisson, j'ai pu isoler un nouveau microbe qui cultive à une basse température. Réinjecté à la carpe et au barbet, ce microbe développe un état pathologique en tout comparable à l'infection primitive et comportant en particulier des hémorrhagies de la peau.

Tuberculose du chien.

M. Cadiot. — Voici une série de pièces anatomiques provenant du chien, et montrant comment la tuberculose est loin d'être rare dans cette espèce animale. Ce sont les caractères de la tuberculose des mammifères. Toujours les lésions prédominent dans le poumon; les ganglions bronchiques présentent aussi des altérations importantes; il y a assez souvent des tubercules du myocarde. Ces chiens ont pris la tuberculose par le contact humain, et j'ai été frappé de voir combien souvent il s'agissait d'animaux vivant chez des cafetiers, restaurateurs, c'est-à-dire ayant été en rapport avec une population ambulante et suspecte. Il va sans dire que ces chiens une fois infectés peuvent, à la faveur des soins et caresses dont ils sont l'objet, être à leur tour le point de départ d'une contamination humaine. Chez un des animaux, le diagnostic de tuberculose a été confirmé par la réaction à la tuberculine.

Pulvérisations antiseptiques.

MM. Laveran et Vaillard. — Nous avons cherché quel était le meilleur antiseptique à employer en pulvérisations. Nos expériences ont été faites avec les appareils de Geneste-Herscher et de Vermorel. Les microbes essayés ont été le bacille d'Eberth, le bacille de la diphthérie, les microbes du pus bleu et de l'érysipèle, la bactéridie charbonneuse sporulée. Nous avons trouvé que le lysol à 5 0/0 influence assez bien les germes ci-dessus, sauf la bactéridie charbonneuse ; mais il encrasse les appareils et laisse une odeur désagréable. Il en est de même du crésyl à 4 0/0. L'acide phénique à 5 0/0 tue tous les microbes, sauf la bactéridie sporulée. Il ne détériore pas les appareils, ne s'appauvrit pas à la longue, et son odeur est moins désagréable que celle des corps précédents. Il nous semble être l'antiseptique de choix. Le sublimé à 1/1000 est moins fidèle suivant nos recherches; il détériore les pulvérisateurs et s'appauvrit au contact des vases métalliques.

Bacille pyocyanique et levure.

MM. d'Arsonval et Charrin. — En essayant d'influencer la levure avec des cultures pyocyaniques obtenues sur des milieux variés, nous avons éprouvé que ce sont les cultures sur gélatine qui sont les plus actives. Il est du reste à remarquer que, dans le mélange des deux agents, la quantité relative de l'un et de l'autre a une grande importance eu égard à la direction que doivent prendre les actions chimiques.

Névroses de la langue.

M. Petrowsky. — Les sensations morbides constatées chez certains sujets du côté de la langue ont leur cause dans le nervosisme du sexe féminin. Parfois il a suffi d'un peu de dilatation des veines de la langue pour réveiller ces troubles, dont l'incitation première a son départ dans la vue d'une affection grave, surtout un cancer, chez une autre personne ou un parent. Cela devient une véritable cancrophobie avec obsession.

Anatomie salivaire.

M. A. Pilliet a étudié l'appareil salivaire des oiseaux, au point de vue de sa disposition et de sa structure. Il a constaté que les oiseaux possèdent en général un appareil salivaire très riche en glandules nombreuses, étalées en nappe sous la muqueuse du bec, de la langue et du pharynx. Ces glandes tapissées de cellules, les unes muqueuses, les autres à ferment, comme l'avait montré M. Ranvier, sont construites sur un type qui est très commun dans tout l'appareil glandulaire des oiseaux, le type des glandes en tube composé, type dont le ventricule succenturié fournit un spécimen bien déterminé. Leur disposition anatomique et leur structure les éloignent des types glandulaires observés chez les mammifères et les rapprochent, au contraire, de ceux qu'on observe chez les sauriens. Ainsi, l'histologie confirme les données de la morphologie qui rapproche la classe des oiseaux de celle des reptiles.

Mérycisme.

MM. Lemoine et Linossier. — Le mécanisme de la rumination chez l'homme a été l'objet d'interprétations diverses. Toussaint avait pensé qu'il s'agissait là de phénomènes analogues à ceux de l'éructation et, par conséquent, tendait à rapprocher le mérycisme de la rumination des animaux. On n'avait pas encore jusqu'ici pris de tracés pour établir le mécanisme. Ces tracés pris simultanément au niveau des fosses nasales, de la bouche, du thorax et de l'abdomen viennent confirmer l'influence de la diminution de pression intra-thoracique, déjà bien mise en évidence par Chauveau et Toussaint chez les animaux. Ils viennent, de plus, y ajouter un élément nouveau, à savoir l'influence des muscles inspirateurs venant, à un moment donné, agrandir encore le diamètre de la cage thoracique.

Il est permis de distinguer dans l'acte du mérycisme deux périodes :

1° Le diaphragme s'abaisse brusquement et la glotte se ferme. Il en résulte la production de trois phénomènes : (A) Dans la cavité thoracique se produit un vide relatif sous l'influence duquel l'air extérieur vient distendre l'œsophage. (B) L'extrémité inférieure de l'œsophage est attirée en bas, en même temps la tête est rejetée en arrière; on conçoit donc que le pharynx et l'œsophage soient transformés dans toute leur étendue en un tube droit, rigide et distendu par l'air. (C) L'estomac subit un commencement de compression.

2° A ce moment entrent simultanément en jeu deux groupes de muscles :

(A) Les muscles inspirateurs, le diaphragme restant abaissé, se contractent et dilatent fortement le thorax; il en résulte, la glotte restant toujours fermée, une augmentation du vide intra-thoracique.

(B) Les muscles abdominaux accentuent la compression de l'estomac. Sous la double influence de la compression de l'estomac et de l'appel fait dans l'œsophage par le vide intra-thoracique, le bol alimentaire est lancé brusquement dans la bouche à travers l'œsophage transformé en tube rigide.

Girode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mars 1893.

Présidence de M. Ferrand.

Emphysème sous-cutané abdominal.

M. Ferrand rapporte le cas d'un homme qui, amené dans son service en plein coma, présentait un emphysème sous-cutané de la paroi abdominale.

A l'autopsie, cet emphysème fut confirmé, mais on ne put en saisir la cause. Les poumons étaient très congestionnés et le foie cirrhotique.

Arthrite purulente du genou guérie par les injections de sublimé.

M. Rendu. — Le 13 février entrait dans mon service une femme atteinte d'une arthrite du genou gauche datant de quinze jours et présentant des symptômes généraux graves. Sur le fémur du côté gauche, je trouvai les traces d'une ostéomyélite antérieure survenue dix ans auparavant et qui avait duré huit à dix mois. Chez notre malade on pouvait penser soit à une arthrite liée à l'ostéomyélite et d'origine staphylococcique, soit à une arthrite blennorrhagique, cette femme ayant eu un écoulement vaginal, trois mois avant que son genou se prît.

Je commençai par immobiliser le genou, pendant deux jours, dans une gouttière, mais, les phénomènes généraux s'aggravant, je pratiquai une ponction qui ramena 250 grammes de pus verdâtre. Immédiatement j'injectai trois centimètres cubes d'une solution de sublimé au 4/1000 et je laissai le liquide dans l'article.

L'état général se transforma rapidement et la température devint normale, après 24 heures. Cependant, au bout de dix jours, l'épanchement s'était reformé avec abondance. Je fis une nouvelle ponction, mais le liquide cette fois n'était plus que de la sérosité ordinaire. Aussi, je me bornai à évacuer et à pratiquer un peu de compression dans une gouttière. Actuellement, il ne reste plus à la malade qu'un peu de raideur dans la jointure et elle peut être considérée comme guérie.

Dans le liquide, examiné bactériologiquement, lors de la première ponction, on trouva des leucocytes et pas de microbes sur les préparations. Les ensemencements sur sérum et gelose décelèrent un micro-organisme absolument comparable au gonocoque. L'arthrite avait donc pour origine une blennorrhagie et non l'ostéomyélite.

Érythème scarlatiniforme desquamatif prolongé, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.

M. P. Le Gendre. — Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde régulière, chez un jeune homme de 20 ans, 42 jours après le début, et après plusieurs jours d'apyrexie, la fièvre reparaît sans cause apparente. Bientôt, cependant, se manifeste une éruption scarlatiniforme, débutant par la face, se continuant par les membres de l'abdomen, envahissant par poussées successives le dos, puis les organes génitaux, la muqueuse buccale et pharyngienne.

A l'érythème succède rapidement, en chacune de ces régions, une desquamation totale à larges lambeaux, avec une intensité tout à fait comparable à celle qu'on observe dans la dermatite exfoliative. Les poussées successives de cet érythème desquamatif n'ont pas cessé jusqu'à la mort du malade, qui est survenue 102 jours après le début de la fièvre typhoïde et 60 jours après l'apparition de l'exanthème.

A ce moment, les ongles étaient en train de tomber, les cils étaient tous tombés, les cheveux tombaient depuis assez longtemps.

La fièvre a duré tout le temps avec des oscillations irrégulières. La plus haute température (40°,6) a coïncidé avec l'apparition de phénomènes pulmonaires : toux, dyspnée, expectoration contenant des bacilles tuberculeux. Le malade n'avait jamais toussé avant sa maladie actuelle et l'auscultation avait été muette pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Bientôt on constatait des signes cavitaires au niveau du lobe inférieur droit. La mort est survenue dans le marasme.

A l'autopsie on trouva un nombre restreint de tubercules en voie de caséification, mais un abcès du poumon de la grosseur d'une mandarine contenant un pus phlegmoneux, fétide

Sur la dernière portion de l'iléon, au voisinage de la valvule de Bauhin, se voyaient trois petites ulcérations arrondies, incomplètement réparées, et, dans le voisinage, les vestiges d'autres ulcérations déjà cicatrisées. Les cultures faites par M. Beaussenat avec des squames prélevées à la partie supérieure et antérieure du thorax, au voisinage de l'aisselle, ont donné un micro-organisme qui offrait les réactions considérées comme pathognomoniques du coli-bacille.

Nous ne prétendons en aucune façon établir un lien étiologique entre la dermatose et ce microbe, dont la présence accidentelle ne serait pas difficile à expliquer. Mais nous signalons les points suivants : d'abord, l'absence de pathogénie médicamenteuse. Ce malade n'a été soumis à aucune influence hydrargyrique ou iodique, soit *intus*, soit *extra*. Il a bien pris un gramme de quinine la veille du jour où parut l'éruption, mais, pendant douze jours de sa fièvre typhoïde, il avait pris la même dose quotidienne sans aucune éruption, et la fièvre prodromique de l'exanthème existait déjà depuis plusieurs jours quand ce gramme de quinine a été absorbé.

Il est donc légitime, pensons-nous, de considérer cet exanthème desquamatif comme le résultat d'une infection secondaire, dont il est possible que la porte d'entrée ait été l'ulcération intestinale encore non cicatrisée. L'existence de l'abcès pulmonaire est de nature à confirmer la nature infectieuse de ces phénomènes cutanés.

Les classifications proposées jusqu'ici des érythèmes scarlatiniformes desquamatifs sont bien incomplètes. Au point de vue dermatologique, le cas observé par nous paraît un exemple de ceux qui, comme le dit M. Brocq, par leur durée, leur intensité et la chute des poils et des ongles, constituent des faits de passage entre les formes légères de la dermatite exfoliative généralisée proprement dite, et les formes communes de l'érythème scarlatiniforme desquamatif.

M. du Castel. — La tuberculose aiguë s'accompagne parfois, au début, d'éruption de nature mal déterminée. Cette cause pourrait peut-être être invoquée dans le cas de M. Le Gendre.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 15 mars 1893.

Présidence de M. Poncet

Actinomycose expérimentale.

MM. Bérard et **L. Dor** présentent des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un lapin mort d'actinomycose inoculée avec des cultures provenant de l'un des deux cas d'actinomycose observés à l'Hôtel-Dieu cet hiver. Les auteurs ont essayé à diverses reprises, dans le laboratoire de clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, d'inoculer soit le pus actinomycotique, soit les cultures à des lapins et ils ont vu que les lésions se développent pendant une quinzaine de jours, puis rétrocèdent. Sur cinq lapins inoculés dans la chambre antérieure, dans le corps vitré, dans la plèvre, dans le péritoine ou dans les veines, un seul est mort avec des lésions généralisées, c'est celui qui avait été inoculé dans le corps vitré. A l'autopsie, on trouva l'œil rempli d'un magma caséeux résultant de la confluence des granulations que l'on pouvait voir au début parfaitement isolées grâce à un éclairage approprié. En ouvrant la cage thoracique, on trouva des adhérences pleurales et une symphyse complète du péricarde. Au sommet de chacun des poumons existait une petite caverne.

Un autre lapin inoculé à la fois dans l'œil, dans le péritoine et dans le sang est mort au bout de trois mois; il était porteur d'une arthrite tibio-tarsienne avec lésions de l'astragale et du calcanéum.

Morcellement d'un fibrome et hystérectomie.

M. Tellier présente des fragments d'un fibrome morcelé par M. le Pr Fochier et l'utérus de la même malade enlevé par hystérectomie vaginale à la suite de la première opération. Il s'agissait d'une femme de 40 ans atteinte de fibrome depuis neuf ans; M. Fochier avait cru pouvoir énucléer la

tumeur, mais il fut obligé de l'arracher par morcellement. Après trois quarts d'heure d'opération laborieuse, l'utérus se déchira; M. Fochier fit alors l'hystérectomie; une des pinces placée sur l'un des ligaments larges ayant lâché prise, il survint une hémorrhagie qui fut, d'ailleurs, promptement arrêtée.

M. Fochier attire spécialement l'attention sur les hémorrhagies qui surviennent pendant l'hystérectomie lorsqu'on n'a pas employé de très bonnes pinces et il insiste sur les avantages qu'il a toujours trouvés à mettre deux ou trois pinces sur chaque ligament large au lieu d'une. Il considère qu'il y a un réel danger à vouloir trop simplifier le manuel opératoire de l'hystérectomie.

M. Poncet dit, qu'après avoir assisté à quelques hystérectomies pratiquées par M. Segond, il a fait venir un outillage spécial de pinces pour cette opération. Il n'a jamais observé d'hémorrhagie depuis qu'il se sert de ces instruments et il considère que c'est aux pinces que revient le mérite de rendre inoffensive l'hystérectomie vaginale.

Ferment soluble du bacille de Nicolaïer.

MM. Courmont et **M. Doyon** font une communication sur la nature de la substance toxique qui engendre le tétanos. Voici leurs conclusions :

1° Le bacille de Nicolaïer engendre le tétanos par l'intermédiaire d'un ferment soluble qu'il fabrique;

2° Ce ferment, qui n'est pas toxique par lui-même, élabore aux dépens de l'organisme une substance directement tétanisante, comparable par ses effets à la strychnine;

3° Cette dernière substance se retrouve en abondance dans les muscles tétaniques; elle existe aussi dans le sang et quelquefois dans les urines;

4° Elle résiste à une ébullition prolongée, tandis que les produits bacillaires deviennent inactifs après un chauffage à + 65°.

5° Elle exige pour se former des conditions favorables de température. Ainsi s'explique l'immunité de la grenouille en hiver.

6° L'immunité naturelle ou acquise, l'immunisation contre le tétanos peuvent être considérées comme les résultats de causes qui empêchent, ralentissent ou arrêtent la susdite fermentation;

7° Il est probable que d'autres substances microbiennes, dites toxiques, doivent également agir comme des ferments pour produire des toxiques aux dépens de l'organisme. Peut-être faudra-t-il expliquer ainsi les paralysies et autres accidents tardifs de la diphthérie.

M. Bard constate que ces idées sont une vérification expérimentale des conclusions qu'il avait exposées au nom de l'anatomie pathologique dans un article des Archives de physiologie, il y a quelques années. Il considère que les microbes produisent dans les tissus deux ordres de lésions, les unes fermentatives, les autres dégénératives et banales.

Dr L. Dor.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 20 *mars* 1893.

Carcinome primitif du sinus piriforme simulant un corps étranger du larynx.

M. Frèche lit en son nom et au nom de M. Sabrazès l'histoire d'un malade de la clinique du Dr Lichwitz, âgé de 55 ans, qui se plaignait d'avoir une arête dans le gosier. L'examen fit découvrir dans la fosse piriforme droite un amas blanc grisâtre, pseudo-membraneux, qu'on enlève avec une pince et qui présente une odeur fétide. Cette petite intervention amène un soulagement marqué. Huit jours après (17 juillet), les productions blanchâtres se sont reformées. On les enlève de nouveau et on aperçoit au-dessus une petite masse végétante, nettement maligne, qu'on voit grossir de jour en jour.

A la fin d'août, la sténose laryngée est devenue telle que la trachéotomie doit être pratiquée dans le service de M. le professeur Demons. Deux mois après le malade mourait de cachexie cancéreuse.

L'examen microscopique, en vérifiant le diagnostic de carcinome typique, expliqua cette évolution d'une rapidité vraiment extraordinaire dans une affection d'ailleurs rare.

Fièvre pernicieuse à forme convulsive compliquée de tuberculose pulmonaire.

M. Lœvel relate l'histoire d'un jeune gabier arrivant du Bénin et mort à l'hôpital militaire au cours d'accès répétés de fièvre pernicieuse compliquée de tuberculose pulmonaire déjà diagnostiquée. A l'autopsie, l'examen microscopique confirma ce dernier diagnostic. L'examen macroscopique des organes pratiqué par MM. Coyne et Auché permit de constater dans le sang une augmentation notable de globules blancs. Le nombre d'hématies n'était pas augmenté ; pas de globules rouges nucléés. On trouva de plus, dans le sang, toutes les formes des hématozoaires de Laveran, notamment les formes sphériques et en croissant, trouvés d'ailleurs déjà pendant la vie. De plus, la rate contenait des îlots de cellules lymphatiques renfermant de gros amas de pigment noirâtre et siégeant soit dans le parenchyme même de la glande, soit dans le tissu conjonctif et particulièrement le long des vaisseaux. On en trouva aussi dans les ganglions mésentériques et dans le tissu lymphoïde situé au-dessus du diaphragme; de même dans le foie. Quant au poumon, il était criblé de granulations tuberculeuses à forme fibreuse, c'est-à-dire à évolution lente et torpide.

Tuberculome de l'iris et du corps ciliaire ou ayant imposé pour un sarcome.

M. Lagrange rapporte l'observation d'un enfant de 7 ans présentant tous les signes d'un staphylome intercalaire paraissant dû à la présence d'une tumeur sarcomateuse. L'énucléation fut pratiquée et l'examen microscopique démontra qu'on avait affaire à un tuberculome. Cette idée fut confirmée par l'examen bactériologique fait par M. Sabrazès. Ce n'est qu'à la 37e préparation que M. Sabrazès parvint à découvrir un bacille, qu'il retrouva 10 ou 12 fois de suite.

Passage de la mère au fœtus, au début de la gestation, du bactérium coli commune.

MM. Chambrelent et **Sabrazès**, répondant aux objections qui leur ont été faites dans la précédente séance, à savoir que les pièces ayant servi aux cultures provenaient de sujets morts depuis un certain temps, les ont reprises sur des lapines autopsiées au moment même de la mort et sont arrivés à des résultats identiques.

Déformation du thorax consécutive à des lésions pleuro-pulmonaires.

M. Vergely présente le thorax d'un malade mort récemment dans son service de lésions rénales et qu'il avait soigné 18 ans auparavant pour une pleuro-pulmonie gangréneuse. A la suite de cette maladie dont on trouve encore les traces sous formes d'adhérences pleurales solides avec épaississement considérable de la plèvre, il s'était produit une incurvation cyphotique de la colonne vertébrale et une rétraction du thorax dont les côtes sont arrivées à s'imbriquer.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 15 *mars* 1893.

Tuberculose cutanée.

M. Kœbner. — Les cas de tuberculose primitive proprement dite de la peau sont très rares comparativement à la grande fréquence du lupus.

La tuberculose cutanée siège le plus souvent au niveau des orifices naturels du corps, comme la bouche, le nez, l'anus, l'oreille, le vagin, et de là se propage aux muqueuses ; l'observation que je vous rapporte s'écarte de cette règle et donne lieu à certaines considérations intéressantes tant au point de vue thérapeutique que prophylactique. Il s'agit d'un homme de 45 ans, porteur depuis plus d'un an d'une ulcération rebelle au niveau de la partie inférieure du menton. Pâle, amaigri, complètement aphone, mon malade n'accuse point d'hérédité tuberculeuse ; il y a dix ans sa femme serait morte phthisique et lui-même, il y a sept ans, aurait été atteint d'une ulcération laryngée guérie par un traitement approprié.

Sa guérison se maintint jusqu'à il y a deux ans, où survint l'ulcération mentonnière. Un traitement spécifique intempestif n'amena aucun résultat. Lorsqu'il vint me trouver, je constatai une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinq marcs, présentant des granulations jaunâtres, disséminées sur un fond grisâtre. Les bords étaient livides, serpigineux, décollés ; saignaient au moindre contact, et se montraient excessivement douloureux. Les ganglions lymphatiques du cou correspondants étaient durs et tuméfiés. Au laryngoscope, on découvrait des ulcérations des cordes vocales et une périchondrite aryténoïdienne. Nul doute qu'il s'agissait d'une ulcération tuberculeuse du menton. D'ailleurs, l'examen microscopique d'un morceau de la plaie enlevé à cet effet, décela de nombreux bacilles et des cellules géantes dans toutes les préparations. Sous l'action de cautérisations au fer rouge et de pansements iodoformés, la lésion s'est amendée et les douleurs ont diminué.

Les caractères objectifs de l'ulcération des bords serpigineux ont fait croire à une lésion syphilitique, et instituer un traitement inutile et nuisible au patient.

Au point de vue hygiénique, il est facile de comprendre que de tels malades sont une cause sérieuse d'infection pour les officines de barbiers qu'ils fréquentent.

M. Baginski. — Au début, les lésions laryngées n'étaient pas celles d'une tuberculose accentuée, il y avait plutôt de la laryngite chronique. Quand survinrent les ulcérations, on crut à la syphilis.

Je pense que la tuberculose cutanée a été la première en date ; l'année dernière on vanta le curettage du larynx pour les lésions tuberculeuses ; on en fit sur une malade, qui, loin d'être améliorée par ce traitement, vit son état s'aggraver.

M. B. Frænkel. — Il est difficile de dire si la cachexie du malade relève du traitement spécifique. En général on n'a pas coutume de traiter ces affections par le mercure, cependant il est des cas de tuberculose et de syphilis associées, où il est employé avec avantage ou tout au moins sans inconvénients.

M. Kœbner. — Dans des cas de laryngites tuberculeuses, soignées par certains spécialistes pour de la syphilis, j'ai vu, sous l'influence du traitement mercuriel, une aggravation telle que je le crois absolument en toute circonstance contre-indiquée.

M. Scheinmann. — Je doute que la lésion cutanée soit la première en date. La première atteinte du larynx, il y a huit ans, semble bien avoir été déjà de nature tuberculeuse.

Cirrhose hépatique congénitale.

M. H. Neumann. — Le foie que je vous soumets provient d'un enfant né avec de l'ictère, et mort à trois mois. A l'autopsie j'ai trouvé une rate fortement augmentée, et un foie d'aspect grisâtre hypertrophié et granuleux, comme vous le constatez. L'intestin contenait des matières entièrement décolorées.

La vésicule se présentait sous l'aspect d'une petite tumeur blanche ne contenant pas trace de bile. En l'injectant de liquide, je parvins, sous une forte pression, à faire passer celui-ci dans l'intestin.

Au microscope les acini sont considérablement ratatinés, le tissu interacineux et les canalicules biliaires présentent un développement exagéré anormal. Cette cirrhose paraît être de nature syphilitique.

M. Hansemann. – Dans un cas semblable, j'ai pu nettement établir la nature syphilitique de l'affection par des lésions syphilitiques des os.

Déciduome malin.

M. Gottschalk. — Le 16 novembre 1892, je vous communiquai un cas de sarcome du chorion. Le 11 mars dernier la malade dont provenait l'utérus mourut, présentant des métastases dans différents organes : le cerveau, la rate, le poumon et les reins.

Après avoir présenté d'abord de l'albumine dans les urines, des troubles de la vue, la malade fut prise subitement, en février, de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, suivis de vomissements incoercibles. Dans l'hypochondre droit existait une tumeur qui n'était autre que le rein hypertrophié. Bientôt survinrent de la paralysie du bras droit, de la jambe droite, d'une partie du facial gauche, de l'aphasie, des troubles pupillaires et une céphalée intense.

La malade mourut avec des manifestations cérébrales. Les coupes histologiques pratiquées au niveau des organes que je vous ai cités démontrent nettement qu'il s'agit de métastases du néoplasme primitif.

Angiome caverneux.

M. Peter. — Je vous présente un enfant atteint d'un angiome ayant envahi la moitié de la face, auquel je me propose d'appliquer le traitement dont M. Lassar a eu à se féliciter dans un cas analogue. Il consiste en cautérisations superficielles faites à l'acide phénique ou au thermocautère. Au bout de quelques jours, les veines se thrombosent, l'angiome rétrocède et il n'en reste plus au bout de quelques mois qu'une cicatrice blanchâtre.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NÉVROLOGIE DE BERLIN

Séance du 13 mars 1893.

Coloration des cylindre-axes.

M. Strœbe, après avoir mis à l'épreuve les nombreuses méthodes connues de coloration des éléments nerveux, dans ses recherches sur la régénération des nerfs, préconise la suivante surtout pour déceler les cylindre-axes néoformés : les tissus sont fixés par le liquide de Müller, puis durcis par l'alcool et infiltrés de celloïdine. Les coupes sont reçues dans une solution aqueuse concentrée de bleu d'aniline où elles séjournent de 10 minutes à une heure. Elles sont ensuite lavées à l'eau distillée et portées dans un bain d'alcool alcalinisé (20 à 30 gouttes d'une solution alcolique de potasse caustique au 1/100 pour un verre de montre rempli d'alcool absolu). Elles changent alors de couleur et virent du bleu au brun ; au bout d'une minute, elles sont lavées à l'eau distillée et la coloration des cylindre-axes est obtenue.

Pour obtenir une coloration multiple des éléments, on plonge un quart d'heure les coupes colorées comme précédemment dans une solution aqueuse concentrée de safran dédoublée, et on les déshydrate à l'alcool absolu jusqu'à ce qu'elles aient une coloration rose pâle, puis on monte au baume au xylol. La névroglie de la moelle se colore en bleu clair et les parties régénérées en bleu sombre.

La coloration est assez stable : des préparations faites depuis plus d'un an et demi n'ont pas encore varié de ton.

Convulsions cloniques des péroniers.

M. Bernhard présente un enfant atteint d'une affection toute particulière : il ne peut tenir le pied droit au repos, en moins d'une minute celui-ci est secoué par plus de 120 contractions cloniques qui le placent en adduction. Celles-ci sont permanentes et se font au niveau des muscles péroniers, ainsi qu'on l'observe à l'examen du pied. Elles sont continues le jour et la nuit et ne cessent même pas pendant la marche. La mobilité du membre inférieur droit n'est d'ailleurs nullement altérée. On ne relève aucun trouble important de la sensibilité. Près du capitulum fibulæ il existe un point quelque peu douloureux qui paraît être sans rapport avec les sarcomes musculaires. On ne note rien du côté de l'intelligence et des organes des sens. Cet état persiste depuis des mois et n'a été modifié par aucun traitement. Il y a plus d'un an les parents observèrent des mouvements choréiques généralisés plus marqués

aux bras et à droite. Survint une scarlatine après laquelle restèrent les troubles localisés aux membres péroniers.

Le pied est creux valgus; si on le transforme de cette forme en varus, les contractions cessent, mais pour reprendre dès qu'on le touche. L'alternance de courants galvaniques et faradiques produit le même résultat.

La littérature médicale ne relate pas de nombreux cas de ce genre. Duchenne parle de contraction tonique chez une jeune fille ayant eu la chorée. Jaubert dans la « Clinique des Européens, 1859 », signale un cas de contractions cloniques des péroniers rapporté par Coniato. La malade avait été atteinte de chorée.

Des troubles semblables ont été signalés dans le domaine de l'accessorius, du facial et du radial (Laquer). Dans ces derniers temps, Schultze a décrit des contractions au niveau de certains muscles hypertrophiés de ce fait.

Ophthalmoplégie chronique et paralysie progressive.

M. Sœmerling. — Il s'agit d'un voiturier âgé de 53 ans qui, en juin 1891, fit une chute de voiture sans présenter sur-le-champ aucun symptôme grave. Au bout de quelques semaines, il commença à loucher, son intelligence s'affaiblit et son caractère devint plus irritable. En décembre 1891, survinrent des troubles de la parole et, en 1892, on était en présence d'une paralysie progressive accentuée; il y avait de l'inégalité pupillaire; le réflexe lumineux était aboli et la mobilité des yeux diminuée; à gauche, on observait un léger ptosis. Les muscles innervés par le moteur oculaire commun étaient paralysés; seuls étaient respectés l'abducens et le rectus internus. Bientôt ces muscles furent également frappés, si bien que l'œil était complètement immobile. Peu à peu, on observait de l'atrophie de la papille, de la paralysie de l'accommodation et de la paralysie des extrémités supérieures et inférieures; finalement le malade mourut le 12 mars dernier.

A l'autopsie, on trouva les lésions habituelles. Il existait une pachyméningite hémorrhagique très marquée, avec épaississement de la pie-mère. Les circonvolutions cérébrales surtout des cornes frontales présentaient une atrophie marquée. Dans l'hémisphère gauche, existaient d'anciens foyers hémorrhagiques de la grosseur d'un pois environ. Tous les nerfs de l'appareil moteur de l'œil avaient un aspect grisâtre et présentaient au microscope des lésions dégénératives. Les muscles de l'œil, de couleur blanc-jaunâtre, avaient subi une transformation graisseuse complète.

Cette observation est intéressante par ce fait que les symptômes paralytiques sont survenus à la suite d'un traumatisme chez un individu nullement entaché de syphilis ou d'alcoolisme.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE DE BERLIN

Séance du 12 *mars* 1893.

Syphilis tertiaire.

M. Lewin insiste sur l'importance que présente pour le diagnostic l'examen du testicule et de la base de la langue. Dans la syphilis tertiaire on trouve notamment dans les testicules de petites gommes qui ne sont pas visibles à l'inspection du scrotum et qu'il faut par conséquent chercher. D'un autre côté, l'atrophie de la tonsille linguale, l'atrophie lisse, est pour ainsi dire pathognomonique de la syphilis tertiaire.

Lupus érythémateux.

M. Lilienfeld a présenté une malade de 46 ans qui, en 1892, fut prise d'une « éruption » sur la face et les membres accompagnée de fièvre. Il s'agissait en réalité d'un lupus érythémateux, comme le prouvaient les cicatrices, l'accumulation de squames aux orifices dilatés des glandes sébacées, etc. On donna de l'arsenic qu'on a été obligé de cesser à cause d'un catarrhe aigu du poumon. Actuellement il persiste encore un léger catarrhe aux sommets. Ce fait confirme donc l'opinion de Veiel qui soutenait que le lupus érythémateux s'accompagne fréquemment de tuberculose pulmonaire.

Sclérodermie.

M. Goldzieher a présenté trois malades atteints de sclérodermie. Pour lui, la sclérodermie en plaques mise à part, c'est une inflammation chronique de la peau accompagnée d'œdème. La peau a dans ces cas le même aspect que celle des cholériques ou des individus atteints d'intoxication arsenicale.

Chez un des malades la sclérodermie a débuté à la suite d'une congélation des deux mains dont l'état rappelait celui de brûlures du 2e degré. Cette étiologie a été du reste notée dans plusieurs autres cas. Comme traitement, les bains tièdes et le massage avec de la vaseline salicylée (à 2 0/0) donne de bons résultats. En effet, l'acide salicylique, en provoquant une sorte de macération de l'épithélium, favorise la pénétration de la graisse de la peau.

M. Lewin préfère l'électricité et la pommade mercurielle.

Gommes du foie.

M. Lewin a reçu dans son service un syphilitique traité un an auparavant par des injections de mercure. Le malade présentait des gommes ulcérées profondes sur la tête et le corps, un état général très mauvais. Pendant le traitement il fut pris d'ictère interne avec hypertrophie du foie dont le bord descendait à 3 cm. au-dessous des fausses côtes.

Il s'agissait probablement de l'hépatite gommeuse. On donna de l'iodure de potassium qui eut une influence très favorable sur l'hépatite et sur les gommes ulcérées.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 14 *mars* 1893.

Pathologie du cancer et du sarcome.

M. Ruffer. — Tant que l'histoire naturelle des micro-organismes de ces affections ne sera pas mieux connue, on devra substituer au terme de psorospermies celui de protozoaires. Dans les préparations de M. Clarke, je n'ai pas vu un seul parasite, je n'ai vu que des éléments cellulaires, les uns normaux, les autres dégénérés. Les figures que M. Clarke considère comme des plasmodies ne sont que des noyaux parfaitement sains. Quant aux grandes figures, ce sont des cellules géantes ordinaires qu'on trouve dans les sarcomes myéloïdes et les figures environnantes sont des hématies. Dans une autre préparation, ce que M. Clarke prend pour une plasmodie n'est qu'une cellule épithéliale typique. Toute la théorie de M. Clarke est basée sur des erreurs. Les parasites que j'ai observés dans ces affections se reproduisent par division et subdivision de leurs noyaux; leurs capsules se divisent ensuite; je n'ai jamais observé de formation de spores vraies. Il est évident que M. Clarke ne peut apprécier la valeur de ces parasites, puisqu'il ne les a jamais trouvés dans ses préparations.

Séance du 21 *mars* 1893.

Fibrome du nez.

M. Stoker. — Voici une tumeur que j'ai enlevée du nez d'une femme ayant dépassé la période moyenne de la vie. La malade avait craché du sang le matin pendant trois ans et on avait porté le diagnostic de phthisie. Il y avait dans la narine droite une grosse masse papillomateuse attachée au bord inférieur du cornet inférieur et se prolongeant jusque dans le pharynx nasal. Une tumeur plus petite s'attachait au cornet moyen. On tenta d'enlever ces tumeurs au bistouri, ce ce qui provoqua une hémorrhagie presque mortelle; on dut avoir recours au galvano-cautère. La tumeur récidiva et dut encore être enlevée en octobre, et de nouveau en décembre. Cette tumeur est constituée par un fibrome mou.

Vaccination anti-cholérique.

M. Klein. — Si on injecte dans le péritoine d'un cobaye de grandes quantités de bacille du choléra, on produit une péritonite intense qui entraîne la mort en 24 heures. Haffkine

regarde ce fait comme étant le résultat de l'action spécifique du bacille du choléra; mais ce qui prouve le contraire, c'est que l'exsudat péritonéal et le sang de l'animal contiennent des bacilles vivants; les viscères abdominaux sont congestionnés et couverts de fausses-membranes; l'état de l'intestin ne présente nullement la caractéristique du choléra. De plus, les mêmes phénomènes se produisent quand on injecte dans le péritoine du cobaye des cultures de vibrion de Finkler, de bacillus coli, de bacilles de la fièvre typhoïde, de proteus vulgaris, de bacillus prodigiosus. L'injection sous-cutanée de toutes ces cultures donne la même tumeur œdémateuse, amenant quelquefois la nécrose de la peau et l'ulcération. Des cultures sur agar stérilisées à 62° ou 65° C. produisent les mêmes résultats pour ces six espèces de microbes. Les cobayes qui survivent à une première injection sont réfractaires à une deuxième. Tout cela prouve que les expériences de Haffkine faites sur le cobaye avec le bacille du choléra ne sont pas spécifiques. Les six espèces de microbes précédemment mentionnées contiennent un même poison, qu'on doit soigneusement distinguer des toxines, albumoses et ptomaïnes formées par ces microbes. L'animal rendu réfractaire à ce poison intra-cellulaire n'est nullement rendu réfractaire aux toxines.

M. Woodhead. — Dans ces expériences il y a un résultat qui y est constant, c'est le grand épanchement de liquide dans l'intestin; peut-être que ceci n'a pas eu lieu pour les cobayes de M. Klein, parce que la mort est survenue trop rapidement. De plus, dans ces expériences les bacilles sont devenus plus épais et plus droits; mais la même chose arrive quand on laisse ces bacilles dans un tube plus de 24 heures. Je ne crois pas qu'on puisse encore affirmer que le poison intra-cellulaire de ces divers bacilles est le même.

M. Martin. — Bien des substances peuvent, quand on les inocule, produire une exsudation séreuse abondante de l'intestin. Je doute beaucoup que le poison intra-cellulaire soit toujours le même. Dans la diphthérie il y a au moins deux poisons : l'un est soluble et l'autre ne l'est pas.

M Klein. — Je ne peux pas affirmer que les poisons soient identiques, mais il y a apparence qu'il en est ainsi.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 20 *mars* 1893.

Symptômes de la dissolution mentale.

M. Savage. — Herbert Spencer a montré que l'étude de la dissolution mentale est aussi utile que celle de l'évolution mentale. La baisse intellectuelle obéit à des lois générales, mais présente des variations individuelles. Un abaissement intellectuel prématuré survient dans certaines maladies comme la paralysie générale, ou à la suite de certaines intoxications, comme celle de l'alcool. Il n'y a pas de symptôme pathognomonique, bien que la perte de la mémoire constitue le symptôme le plus fréquent. La dissolution mentale s'annonce de bonne heure par une diminution du pouvoir d'acquisition, puis par une diminution du pouvoir de conservation des impressions récentes et par un trouble de coordination; plus tard il y a perte du pouvoir de contrôle et de jugement. En somme, la dissolution mentale dans son ensemble représente l'inverse de l'évolution, mais ne suit pas une marche exactement pareille. Les maniaques sont fréquemment des impulsifs et les mélancoliques sont portés au suicide. Souvent le malade perd ses habitudes de propreté. Le jugement peut encore persister longtemps après l'affaiblissement de la mémoire et du pouvoir de contrôle.

M. Bristowe. — J'ai connu un homme fort intelligent, et qui, n'ayant jamais présenté aucun trouble intellectuel, fut invité à dîner dans une maison, y dîna et y retourna quelques instants après pour y dîner de nouveau, oubliant qu'il avait déjà été reçu. Dans un autre cas j'ai vu un monsieur ayant invité des personnes à passer la soirée chez lui, l'oublier et se mettre au lit.

M. Pasteur. — Il y a des sujets qui, entre 50 et 60 ans, sont brusquement pris de convulsions épileptiformes et deviennent épileptiques.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE STYRIE

Séance du 6 *février* 1893.

Sarcome de l'orbite.

M. Elsching présente une femme qu'il a opérée du sarcome de l'orbite.

La propulsion du globe oculaire gauche a débuté il y a quinze ans (?) sans s'accompagner de douleurs. L'énucléation de l'œil proposée à cette époque ayant été refusée par la malade, la tumeur fut, à plusieurs reprises, ponctionnée en retirant à chaque ponction une certaine quantité d'un liquide hémorrhagique, ce qui soulageait beaucoup la malade.

Lorsque M. Elsching vit la malade, l'œil malade faisait une saillie de 32 millim. On extirpa la tumeur en laissant l'œil en place. La tumeur, un sarcome comme l'a démontré l'examen histologique de la pièce, mesurait 4 centim. de longueur sur 2 centim. de largeur, s'insérait à la paroi supérieure de l'orbite et ne présentait presque pas d'adhérence et fut facile à énucléer. Elle était dégénérée par places, ce qui expliquait l'absence de métastase et sa chronicité.

Cure radicale des hernies.

M. v. Frey a présenté quatre malades auxquels il a fait la cure radicale de la hernie d'après le procédé de Wœlfler. Mais craignant la récidive qui, le plus souvent, se produit au niveau où le cordon spermatique abandonne la cavité abdominale, il eut l'idée de placer le testicule dans le scrotum à travers une fente pratiquée entre les deux droits de l'abdomen. Dans deux cas la guérison fut parfaite, mais dans les deux autres, il survint une fois la gangrène du testicule, et une autre un épanchement hémorrhagique abondant. Ce procédé ne mérite donc pas d'être conservé.

Angines diphthéroïdes.

M. Escherich a récemment observé toute une série d'angines en apparence diphthéritiques dans lesquelles l'examen microbiologique a montré l'absence du bacille de Lœffler et la présence des streptocoques et des staphylocoques. Dans l'angine scarlatineuse on ne trouve également, au début, que du streptocoque et du staphylocoque; si plus tard on rencontre aussi le bacille de Lœffler, il s'agit alors d'une infection secondaire.

Ces angines ne méritent donc pas le nom de diphthéroïdes et on devrait plutôt les désigner sous le nom de pharyngite gangréneuse, proposé par Henoch. Il est même possible que dans les angines scarlatineuses ce soient les amygdales qui sont la porte d'entrée du virus scarlatineux.

M. Tscharner fait observer que dans certaines angines à fausses-membranes blanches, tenaces, on ne trouve qu'un réseau de leptothrix. Ces angines, aussi anodines que tenaces, sont connues sous le nom de mycosis du pharynx.

M. Eppinger rappelle qu'il existe une affection diphthéroïde des amygdales et du pharynx produite par l'oïdium albicans. Ce muguet donne lieu à la formation de fausses-membranes très adhérentes, tenant à la pénétration de l'oïdium dans l'épithélium.

Pessaire oublié.

M. Beil présente un *pessaire* qui, *oublié dans le vagin*, avait perforé le cul-de-sac de Douglas, comprimé l'urétère et provoqué une cystite avec pyélonéphrite qui emporta la malade. Le pessaire ne fut trouvé qu'à l'autopsie.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PEST

Séance du 4 *mars* 1893.

Autoplastie.

M. Herczel présente plusieurs malades auxquels il a fait de l'autoplastie consécutivement à des opérations.

1° Une malade de 67 ans chez laquelle la perte de substance, consécutivement à l'extirpation d'un carcinome de l'avant-bras gauche, fut comblée par la greffe de Thiersch;

2° Un homme de 52 ans, opéré pour un carcinome de la face et de la bouche. La perte de substance après la résection de l'os zygomatique, du maxillaire supérieur et d'une partie du masséter, fut comblée par un large lambeau pris dans la peau du cou;

3° Un autre homme également opéré d'un carcinome de la face. Dans ce cas, la perte de substance de la muqueuse buccale fut comblée, d'après le procédé de Czerny, par un lambeau de 28 centim. de long sur 10 de large pris à la joue et au cou;

4° Une jeune fille de 19 ans, à laquelle on a fait la rhinoplastie en utilisant le tissu cicatriciel du dos du nez, avec lequel on forma trois lambeaux.

Erythromélalgie.

M. Pajor présente un homme atteint d'érythromélalgie. Il y a environ deux ans, le malade fut pris de douleurs violentes dans les talons et les orteils qui, deux jours après, devinrent rouges et tuméfiés. La marche était devenue impossible. Sous l'influence du massage et des bains tièdes, tous ces phénomènes disparurent en cinq semaines pour revenir quelque temps après. Depuis cette époque, les phénomènes en question reviennent de temps en temps.

Sarcome de la peau.

M. Havas présente deux malades atteints de sarcome pigmentaire de la peau. Chez le premier, le sarcome a paru succéder à un érythème multiforme tenace. Chez le second, on a pu constater l'efficacité incontestable de l'arsenic, qui a provoqué la résorption d'un grand nombre de nodules.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 15 *mars* 1893.

Diarrhée nerveuse (discussion, V. *Mercr. méd.*, n° 12).

M. Singer. — Personne ne met en doute l'existence de la diarrhée nerveuse; seulement ce qui est difficile, pour ne pas dire impossible, c'est de la différencier de la diarrhée ordinaire quand le malade ne présente pas d'autres symptômes pouvant mettre sur la voie du diagnostic.

M. Herz fait observer que ce qui distingue la diarrhée catarrhale ou *ab ingestis*, c'est l'existence du mucus dans les selles. En plus, il faut séparer les troubles de l'intestin grêle de ceux du gros intestin. Quand l'intestin grêle fonctionne d'une façon anomale, les selles liquides pénètrent dans le gros intestin qui ne résorbe pas les mucosités.

L'existence des mucosités dans les selles serait donc un signe différentiel important. Seulement il faut savoir que les irritations nerveuses favorisent aussi la production du mucus.

M. Stein n'accepte pas les idées de M. Herz. Il peut exister des selles diarrhéiques contenant beaucoup de mucosités sans que la diarrhée soit pour cela organique, car souvent à l'autopsie on ne trouve aucune lésion de la muqueuse.

Quant au traitement diététique des diarrhées nerveuses, M. Stein n'y attache aucune importance, puisque la diète ne peut être utile que dans les cas où il existe des lésions anatomiques.

M. Hochsinger est, par contre, d'avis que le régime lacté a une importance considérable dans le traitement de la diarrhée nerveuse.

Lymphosarcome.

M. Kundrat a fait à la Société império-royale de Vienne, le 17 mars, une communication sur le lymphosarcome qu'il considère comme distinct des autres sarcomes. Pour lui, le lymphosarcome est caractérisé histologiquement par du tissu adénoïde avec substance fondamentale réticulée et cellules lymphoïdes, et cliniquement par développement aux dépens du tissu lymphoïde, ganglions et follicules lymphatiques, tissu adénoïde. Une fois développé, le lymphosarcome dépasse le tissu ganglionnaire en suivant toujours les vaisseaux lymphatiques. Jamais il ne forme des métastases et, contrairement à la leucémie et à la pseudo-leucémie, il ne provoque pas de tuméfaction du foie ni de la rate.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Tuberculose herniaire (Bruchsacktuberculose), par Haegler *Correspond. Bl. f. Schw. Arzte*, 1892, Bd XXII (tir. à part).

Observation de tuberculose du sac herniaire chez un garçon de 19 ans, avec examen bactériologique des pièces. Etude générale de la question.

Corps étranger de l'œsophage (Beitrag zur Kentniss von den Fremdkœrpern im Œsophagus), par Carl Beck (*N. Y. medic. Monatsschrifft*, April 1892 (tirage à part).

Etude complète des procédés d'extraction des corps étrangers de l'œsophage à l'occasion d'un cas de ce genre chez un enfant de 18 mois.

Traitement de la tuberculose pulmonaire au moyen d'inhalations de sulfure de carbone, par le Dr Coromilas. Paris, 1892. Imprimerie Daix, Clermont (Oise).

L'auteur a obtenu des résultats encourageants dans le traitement de la tuberculose par l'emploi en inhalations du mélange suivant : Sulfure de carbone 15 grammes. Phosphate de chaux : 10 grammes. Eau : 200 grammes : 112 observations à l'appui.

Thèses de Paris.

De la cholécystentérostomie en général et de quelques points en particulier, par Emile-Joseph Paturet. Steinheil, édit.

L'abouchement avec le côlon étant écarté d'une manière définitive, le duodénum sera le lieu d'élection, mais toutes les fois seulement que ses rapports avec la vésicule biliaire permettront, sans traction, le contact des deux organes. Dans les cas contraires, on devra choisir dans l'intestin grêle l'anse à la fois la plus rapprochée de duodénum et la plus voisine de la vésicule. Si la dilatation de la vésicule présente un avantage au point de vue opératoire, sa rétraction peut engendrer certaines difficultés, et l'altération de ses parois, dans certains cas, constituer un danger et devenir une contre-indication. L'altération des voies biliaires peut s'accompagner de lésions de voisinage, parmi lesquelles l'artérite de l'artère hépatique peut donner lieu à des hémorrhagies graves.

Livres déposés au Bureau du Journal

Des cystites non tuberculeuses chez la femme, par le Dr Th. Reblaub, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1892, Félix Alcan, éditeur. 1 volume in-8°. 4 fr. »

Publications du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes, Paris.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1891, par Bourneville, avec la collaboration de MM. Bänzet, Finet, Isch, Wall, Roult, R. Sorel et P. Sollier. Volume in-8° de CVIII-142 pages avec 14 figures et 2 planches. 5 fr.

De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots, par E. Tacquet. Brochure in-8° de 72 pages avec 4 figures. 3 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

DERMATOLOGIE

Note sur un cas d'acné scutulaire (*ulérythème acnéiforme?*), par le Dr Ch. Audry, chargé de la clinique de dermato-syphiligraphie de Toulouse.

J'ai pu observer récemment à ma clinique un cas d'acné tout à fait singulier dans son apparence. En voici du reste l'observation.

X..., charcutier, âgé de 52 ans, ne présente aucune espèce d'antécédent héréditaire ou personnel. Il y a environ six ou huit mois qu'il a vu survenir une éruption du cuir chevelu; cette éruption était constituée par de petits boutons qui s'affaissaient en laissant une croûte. Il crut devoir absorber de l'iodure de potassium pendant un mois, et n'obtint qu'une légère aggravation.

Quand il se présente à notre examen (15 février 1893), nous constatons ce qui suit. Les lésions actuelles sont localisées au front et aux régions temporo-frontales. Elles offrent leur maximum de développement au niveau de ces dernières, parmi les cheveux clairsemés qu'a laissé subsister un degré assez marqué d'alopécie séborrhéique. On y constate des masses croûteuses de formes irrégulières, de couleur brun noirâtre, ne dépassant guère les dimensions d'une pièce de 0,50 cent. Ces croûtes sont traversées par les cheveux; quand on les enlève, on découvre une dépression irrégulière de l'épiderme; celui-ci est recouvert d'un peu de pus sans qu'il y ait véritablement ulcération. La face profonde de la croûte envoie de fins prolongements blancs, humides, autour des poils. A ce niveau la peau est très légèrement rouge; le processus n'est nullement dépilant.

La lésion élémentaire est constituée par de petits disques régulièrement circulaires, généralement biconvexes, très comparables à certains éléments « scutulaires » du favus; ils en diffèrent par leur couleur brun verdâtre; un grand nombre d'entre eux sont centrés par un poil. Ils adhèrent modérément au tégument; on les détache sans aucune hémorrhagie, et on découvre une dépression cupuliforme revêtue d'un épiderme rosé, délicat, sec. Leur diamètre est de $0^{m},003$ à $0^{m},004$ environ. Ils sont nombreux surtout sur la ligne médiane.

Les plus développés d'entre eux conservent un aspect absolument semblable; mais quand on les détache, on retrouve une légère rosée puriforme à la surface de la dépression cutanée dont ils forment comme le couvercle. Il n'y a aucune rougeur alentour.

Çà et là nous retrouvons disséminées quelques pustulettes plus ou moins développées, parfois entourées d'une zone érythémateuse. L'une d'elles siège à l'insertion du nez; toutes occupent manifestement la base d'un poil ou un orifice glandulaire. Sauf une pustule, toutes ces lésions s'arrêtent au niveau d'une ligne passant à la hauteur des sourcils. Ceux-ci présentent une abondance et un développement normaux. Çà et là quelques comédons; les orifices sudoripares sont dilatés, la peau luisante et grasse.

Toute la région fronto-temporale est en outre criblée de petites dépressions cupuliformes qui représentent le processus de réparation des éléments que nous avons décrits tout à l'heure; ces dépressions sont d'une teinte brun-rouge, sèches, indolentes. Elles n'ont pas l'aspect nettement cicatriciel, blanc, rétracté des cicatrices ordinaires de l'acné; elles sont plus larges, beaucoup plus clairsemées que les cicatrices de la variole.

Le reste du tégument est normal. Quelques cicatrices d'acné ordinaire sur les épaules. Traitement : lavages avec des solutions de sublimé. Dégraissage de la peau (éther, bois de Panama), poudre d'acide borique, etc.

Quinze jours plus tard, le malade est revenu se montrer presque complètement guéri, sauf, bien entendu, des dépressions cicatricielles.

Il ne nous a pas été possible de découvrir, parmi les très nombreuses variétés d'acné, une description semblable à la nôtre. Nous l'aurions plus volontiers désignée sous le nom d'acné scutulaire s'il ne nous avait pas semblé que ce fait se rapprochait sensiblement de l'ulérythème acnéiforme de Unna.

On sait que Unna désigne sous le nom d'ulérythèmes une série d'affections de la peau engendrant des cicatrices. Le lupus érythémateux est dans sa nomenclature l'ulérythème centrifuge. Je ne pense pas que toutes ces dénominations soient appelées à demeurer.

Ainsi l'ulérythème ophryogène de Tænzer doit évidemment être absorbé par la kératose pilaire de Brocq, que j'aime mieux, pour le moment, appeler avec E. Besnier : sclérodermie pilaire.

Ducrey et Stanziale ont réclamé pour les folliculites l'ulérythème sycosiforme de Unna et de Sack.

Mais il me semble que le terme d'ulérythème acnéiforme répond assez bien à notre observation. D'abord la folliculite est à peu près absente. Sans doute, nous trouvons des éléments très voisins de l'acné. Ainsi ces pustulettes localisées dans les infundibulums pilo-sébacés. Cependant un tel cas diffère de l'acné ordinaire : l'inflammation est peu prononcée à la périphérie; la maladie qui est apparue très tard, à 53 ans, et qui s'est localisée à une région unique, présente une ténacité locale bien remarquable. Enfin ces éléments discoïdes, scutulaires, indiquent un processus évidemment particulier. Au microscope, ils nous ont paru constitués par de la graisse, des débris amorphes, des cellules desquamées, etc. Nous n'y avons pas vu de parasite. Ils résultent évidemment d'un mécanisme d'exsudation et, à ce titre-là, je ne crois pas qu'il y ait lieu de les comparer à la parakératose scutulata de Unna et à l'hyperkeratosis striata de H. von Hebra.

Le peu d'adhérence des disques à l'épiderme, le fait qu'ils se transforment en bloc de croûtes irrégulières quand ils ont atteint un développement considérable, leur structure, leur apparence sont autant de raisons qui s'opposent absolument à ce rapprochement.

Enfin, l'efficacité d'un traitement antiseptique montre bien la nature parasitaire de la maladie.

A côté de la présence des disques, la constatation de la persistance des dépressions qu'ils remplissent et recouvrent, est un des deux éléments caractéristiques de la lésion. C'est surtout en raison de ce dernier phénomène qu'on doit rattacher cette maladie aux ulérythèmes. Je regrette vivement qu'il m'ait été impossible de faire la biopsie et l'examen d'une de ces cicatrices (1).

(1) V. les notes de Besnier et Doyon, 2e édit. française de Kaposi. T. I, p. 773. Je n'ai pas vu d'utilité à les rééditer ici. V. aussi Stanziale et Ducrey. *Giornale italiano delle malat. vener. e del. pelle*, 1892. La parakeratosis scutulata de Unna et l'hyperkeratosis striata et follicularis de H. von Hebra sont décrites et figurées dans l'Atlas International des maladies de la peau.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La ligature de la veine fémorale, par R. Trizebicky et S. Karpinski (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 642).

La question de la possibilité de lier la veine fémorale immédiatement au-dessous du ligament de Poupart a fait l'objet de recherches expérimentales nombreuses. Sur l'homme, cette ligature a été déclarée impraticable ou plutôt dangereuse,

depuis les célèbres cas de Roux, de Linhart où cette ligature fut suivie de gangrène du membre. Les anatomistes, Braune et Sappey en première ligne, se sont déclarés également contre la ligature de la veine fémorale qui, pour eux, était la seule voie pour tout le sang veineux du membre inférieur.

Braune a étudié cette question d'une façon expérimentale en liant la fémorale au-dessous du ligament de Poupart et en poussant ensuite une injection soit dans la veine saphène interne au niveau de la malléole, soit dans la veine fémorale elle-même. Ces expériences lui ont montré que dans 85 0/0 des cas, le liquide devait se trouver sous une pression de 20 à 180 millim. de mercure pour passer de la fémorale dans les veines abdominales, et que dans 15 0/0 des cas ce passage n'avait pas lieu avec des pressions même plus fortes.

Nous avons tout d'abord repris les expériences de Braune sur trente et un cadavres et, à notre tour, nous avons trouvé que l'injection n'a pu passer dans les veines abdominales (par les veines obturatrices le plus souvent) que sur dix-huit cadavres (soit dans 58 0/0 des cas).

Mais ces expériences ne nous paraissent pas décisives. En effet, si les voies collatérales n'étaient pas perméables pour un liquide pour ainsi dire grossier, rien ne prouvait que sur le vivant le sang ne pût franchir les capillaires fins dans lesquels ne pénétrait pas le liquide d'injection. Les expériences sur les animaux, chez lesquels la disposition des vaisseaux est tout autre que chez l'adulte, ne pouvaient non plus résoudre cette question. Nous avons alors décidé de reprendre les expériences de Braune en les modifiant comme disposition générale, en nous plaçant dans des conditions se rapprochant le plus des conditions naturelles et en choisissant pour l'injection un liquide pouvant traverser les capillaires.

Le liquide que nous avons choisi était l'essence de térébenthine ou la naphte qu'on injectait après avoir débarrassé les vaisseaux des caillots par le massage du membre et l'extraction directe à travers une incision faite à la veine-cave et à l'artère iliaque. Enfin, pour les débarrasser du sang qui restait, on faisait pendant deux heures passer dans les vaisseaux un courant de sulfure de carbone.

Pour apprécier si le sang de la veine fémorale pouvait après ligature passer dans les artères, nous avons adopté le procédé basé sur la différence de la quantité de liquide injecté dans l'artère qui s'écoule par la veine avant et après la ligature. On procédait donc de la façon suivante. Après la ligature de l'artère iliaque droite et quelquefois de l'épigastrique du même côté, on injectait le reste du système artériel avec la masse de Teichmann. Quand la masse était bien solidifiée (au bout de 24 heures), on mettait à nu, à la hauteur de la branche horizontale du pubis, l'artère iliaque avec l'artère fémorale et la veine cave avec la veine iliaque, ou la veine fémorale immédiatement au-dessous du ligament de Poupart. On introduisait ensuite une canule dans l'artère iliaque ou fémorale et une dans la veine cave. La canule artérielle était reliée par un tube en caoutchouc à un entonnoir gradué adapté à un appareil manométrique; la canule artérielle communiquait à son tour avec un tube en verre gradué. De cette façon le liquide injecté sous une certaine pression (120 mm. de mercure) dans la canule artérielle s'écoulait par la canule veineuse. On pouvait alors déduire de la quantité de liquide qui passait par la veine cave la perméabilité du cercle circulatoire avant et après la ligature de la veine fémorale.

Des expériences faites de cette façon sur 10 cadavres nous pouvons tirer les conclusions suivantes.

La ligature de la veine fémorale au niveau de la branche horizontale du pubis ne provoque dans la grande majorité des cas aucun obstacle à la pénétration du liquide, du sang dans le membre. Dans quelques cas on constate que le liquide rencontre un obstacle minime très rapidement surmonté. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'obstacle dû à la ligature de la veine se manifeste par un ralentissement de la pénétration du liquide injecté dans l'artère.

L'écoulement du liquide par les veines principales du tronc, après la ligature de la veine fémorale au niveau de la branche horizontale du pubis, se fait dans la majorité des cas librement ou bien rencontre un obstacle rapidement surmonté. Mais dans quelques cas cet écoulement est difficile, et on constate alors les phénomènes de stase.

Dans nos expériences on pouvait évaluer numériquement la valeur de cette stase : elle n'a jamais dépassé la cinquième partie du liquide injecté.

La suspension verticale du membre et le massage n'ont paru exercer aucune influence sur la circulation du liquide après la ligature de la veine fémorale.

Ces expériences paraissent donc montrer que la ligature de la veine fémorale peut être tentée chez des individus vigoureux dont le cœur et les artères sont en bon état.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

7e *session*, 1893.

Lundi dernier, 3 avril, s'est ouvert le Congrès français de chirurgie; après une séance consacrée à des questions chirurgicales, le lundi matin, la séance solennelle d'inauguration a eu lieu à 2 heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue (Paris), assisté de M. le professeur Tillaux (Paris), vice-président. Sur l'estrade on remarquait toutes les notabilités des sciences médicales. Après le discours, fort applaudi, du président, et l'allocution du secrétaire général, M. Pozzi, ont été nommés présidents d'honneur : MM. William Mac Cormac (Londres); lieutenant-colonel Stevenson (Netley); Thiriar (Bruxelles); Desguin (Anvers); Jacques Reverdin (Genève); Roux (Lausanne); Severeanu (Bucarest); Zankarol (Alexandrie); Kœberlé (Strasbourg); J. Boeckel (Strasbourg; Ehrmann (Mulhouse); Heydenreich (Nancy); Chauvel (armée); Auffret (marine); Pamard (Avignon); Poncet (Lyon).

Luxations anciennes de l'épaule.

Sir William Mc Cormac (Londres) a eu à soigner un homme de 40 ans, atteint depuis trois mois d'une luxation ancienne de l'épaule; luxation accompagnée de fracture et ayant résisté, au 15e jour, aux tentatives de tractions. La mobilité était à peu près nulle, les douleurs étaient vives. Sans nouvel essai de traction, M. Mac Cormac fit d'emblée l'arthrotomie, par incision longitudinale antérieure. Il y avait fracture de la grosse tubérosité humérale et du bord antérieur de la glénoïde, dont les 2/3 postérieurs étaient comblés par un tissu fibreux. Après avoir enlevé ces tissus, la réduction fut possible. Mais il y eut une suppuration grave, si bien qu'au 19e jour M. Mac Cormac fit la résection, et actuellement, depuis un mois, le malade va bien. Si cette suppuration eût été prévue, la résection d'emblée eût été l'intervention de choix; opération qui dans un cas ancien a déjà donné un bon résultat à l'auteur.

Pour les luxations anciennes irréductibles, certains auteurs préfèrent la résection à la réduction par l'arthrotomie (Knapp, Smital); mais Schede, Lister, Cheyne, Gould ont eu par réduction de bons résultats. Cette arthrotomie est d'ailleurs plus difficile, expose davantage à la suppuration; quelquefois même elle est impossible.

Reste la question du traitement des luxations récentes et irréductibles avec fracture de la tête. Dans deux cas récents, à l'hôpital Saint-Thomas, MM. Croft et Clutton ont pratiqué la résection immédiate et ont eu des résultats l'un bon, l'autre assez bon.

M. Severeanu (Bucarest) a communiqué il y a 5 ans un cas de résection de la hanche pour luxation coxo-fémorale. En décembre dernier, il est intervenu pour une luxation de l'épaule, vieille de 4 mois, s'accompagnant surtout de grandes souffrances. Une traction par les moufles à 250 kil. n'a pas fait bouger la tête. M. Severeanu a alors songé à ouvrir largement la jointure, et à agir suivant les circonstances. Mais en principe il était opposé à la résection dont il avait eu lui-même et dont il avait vu de mauvais résultats entre les mains de Küster. Il fit une incision angulaire, en L renversé à branche externe, sectionna l'acromion, et, cela fait, eut une large brèche. En même temps il fit tirer par les moufles à 170 kil. : la tête ne bougea pas. Puis il prit la tête en arrière avec une gouge agissant comme levier, et obtint ainsi la réduction. Les muscles étaient en bon état. Lavage, suture en étages de la capsule et du deltoïde, suture de l'acromion; guérison en 20 jours et au 30e jour le malade portait la main à la bouche.

M. M. Pollosson (Lyon) a pratiqué quatre arthrotomies pour luxations anciennes de l'épaule, et son frère A. Pollosson en a fait une.

Observation I. — Homme de 53 ans; luxation intra-coracoïdienne datant de 6 mois; arthrotomie d'emblée, sans essai de traction, par incision le long de l'espace inter-pectoro-deltoïdien; exploration de la cavité ancienne avec le doigt; traction par des aides; réduction par impulsion sur la tête; suture de la capsule; trois semaines d'immobilisation, puis traitement orthopédique, et retour à peu près parfait des mouvements, capables même de violence.

Obs. II. — Homme de 52 ans; luxation de six semaines; essai infructueux de tractions; même opération que précédemment, mais plus difficile, et il fallut décoller les insertions fibreuses tout autour du col huméral. Actuellement, au bout de deux mois, la tête est restée en place et les mouvements reviennent.

Obs. III. — C'est celui d'A. Pollosson, identique au précédent; de même date.

Obs. IV et V. — Ces cas sont plus récents; femme de 60 ans, opérée d'emblée; homme de 64 ans, luxé depuis trois semaines, irréductible d'emblée, et lui aussi opéré sans nouvel essai de tractions. Ici il fallut faire une incision transversale de 6 à 7 centimètres, tombant en dehors sur l'extrémité supérieure de l'incision de résection. Les obstacles à la réduction étaient ici des épaississements fibreux, des rétractions musculaires, des interpositions de la capsule ancienne.

Ces résultats sont supérieurs à ceux des tractions, à ceux de la résection. Ils prouvent qu'il faut toujours commencer par l'incision de la résection, quitte à débrider ensuite transversalement. Cela vaut beaucoup mieux que ces manœuvres violentes, capables d'aboutir à l'arrachement des membres, à des morts attribuées à tort à l'éther ou au chloroforme; et les résultats fonctionnels ultérieurs sont souvent mauvais. C'est également préférable aux aveugles sections sous-cutanées. Si on ne peut pas réduire à ciel ouvert, il reste la résection comme dernière ressource.

Pied valgus paralytique.

M. Piéchaud (Bordeaux) a observé récemment trois enfants de 14, 9 et 8 ans, atteints de pied valgus paralytique; on remarque que dans ce cas c'est l'avant-pied surtout qui fait les frais du déplacement, en même temps que la tête de l'astragale devient de plus en plus saillante; la déviation se fait dans la médio-tarsienne, et par l'examen électrique on constate que les muscles qui la causent sont le jambier antérieur et le triceps sural qui, plus affaiblis que les autres, laissent agir avec excès leurs antagonistes. De là l'indication de d'abord s'occuper électriquement de ces muscles; et dans un de ses cas M. Piéchaud a ainsi guéri le malade. Pour les deux autres cas, M. Piéchaud a pratiqué, mais en la modifiant, l'opération d'Ogston, c'est-à-dire la résection cunéiforme du bord interne du pied. Il faut s'attaquer à la médio-tarsienne, en pratiquer l'arthrodèse et redresser avec un appareil plâtré longtemps maintenu en place. L'enchevillement est inutile. Il est inutile aussi de réséquer les os à proprement parler : dans le jeune âge, la simple abrasion des cartilages donne assez de jeu pour permettre le redressement.

Désarticulation de la hanche pour coxalgie.

M. Ménard (Berck-sur-Mer) conclut de deux observations de désarticulation de la hanche dans la coxalgie incurable :

Le but de cette opération est de préserver la vie des malades à une période où il est démontré que la résection n'a donné aucun résultat favorable : chez les enfants que j'ai opérés, la hanche suppurait abondamment depuis plusieurs années, malgré plusieurs interventions, le fémur était atteint d'ostéomyélite sur une grande longueur, les urines étaient albumineuses et la mort paraissait inévitable. — A la suite de la désarticulation qui a été bien supportée, la suppuration a été rapidement réduite à une fistulette se rendant au cotyle; l'état général n'a pas tardé à s'améliorer. La guérison locale est assurée; il reste à savoir si l'albuminurie est curable.

Commotion cérébrale.

M. van Stockum (Leyde) termine son étude expérimentale par les conclusions suivantes :

1° Les symptômes généraux de la compression cérébrale ne sont pas causés par l'augmentation de la tension du liquide céphalo-rachidien.

2° Ils dépendent d'un trouble dans la circulation du bulbe; ce trouble ne se produit pas par une cause mécanique.

3° Ces troubles dans la circulation du bulbe (et dès lors les signes de la compression) ont leur point de départ dans l'écorce des hémisphères.

4° L'écorce cérébrale anémiée et irritée en conséquence par le corps étranger qui la comprime fait naître une gêne dans la circulation cérébrale, parce qu'elle renferme un centre vaso-moteur propre au cerveau.

Trépanation du rachis pour fracture.

M. Villar (Bordeaux) relate un cas de trépanation pour une fracture au quatrième jour, pour un homme de 23 ans; la fracture était consécutive à la chute d'une presse sur le dos du malade assis. Il y avait des douleurs vives, des fourmillements des membres inférieurs, une saillie très douloureuse de la 12e dorsale, une paraplégie complète avec anesthésie, rétention d'urine et des matières fécales. La trépanation fut faite par une incision en T couché, à branche longitudinale para-épineuse, de 14 cent. de long. D'après l'état des parties osseuses, il est probable qu'il y a eu écrasement et torsion. La moelle étant comprimée, la vertèbre fracturée fut réséquée à la pince. Tamponnement à la gaze iodoformée. Suture. Au 2e jour les douleurs ont disparu; à partir du 3e, la rétention des matières fécales; à partir du 5e il commence à bouger les membres inférieurs; à partir du 8e, il urine seul. Peu à peu l'amélioration s'est accentuée, mais les mouvements ne sont pas entièrement revenus et il reste encore de l'anesthésie. L'opération date du 16 septembre 1892.

Tératome de la face.

M. Pamard (Avignon) a vu un nouveau-né qui portait au côté droit de la face une tumeur pesant 1 kilog., et où la palpation permettait de sentir des parties fœtales. Le diagnostic d'inclusion parasitaire s'imposait donc. Le pédicule avait 20 centim. de circonférence. M. Pamard fit l'extirpation, avec suture partielle. La guérison fut obtenue en quatre semaines. La pièce présente les deux membres pelviens, un rudiment d'organes génitaux, un membre supérieur avec une main et cinq doigts, un rudiment de cavité intestinale.

La difficulté a été d'alimenter cet enfant, dont le maxillaire inférieur était déformé par pression. M. Pamard a enlevé la tumeur au-dessous d'une ligature élastique, et il reste une petite masse qui grossit. Il vaudrait mieux, au cas échéant, enlever la tumeur en la disséquant, comme un lipome.

Névralgie faciale.

M. Février (Nancy) communique une observation de résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel dans la fente ptérygo-maxillaire pour une névralgie rebelle datant de 22 ans.

M. X... est atteint depuis 1871 de crises névralgiques atroces siégeant surtout au niveau de la pommette au-dessous de l'œil correspondant, et s'irradiant au front et à la base pariétale.

La section des nerfs sous et sus-orbitaires est restée sans résultat, et tous les moyens médicaux ont échoué. Le malade est à bout de courage et menace de se suicider.

M. Février pratique alors la résection du tronc du nerf maxillaire supérieur dans la fosse ptérygo-maxillaire par le procédé de Lossen-Braun modifié par Segond.

Incision horizontale rasant le bord de l'arcade zygomatique, puis se recourbant pour gagner en bas le bord inférieur du malaire au niveau du tubercule. Section de l'aponévrose temporale, section verticale du malaire. Le lambeau ainsi obtenu est rabattu en arrière en brisant le col de l'arcade zygomatique. Décollement avec les doigts et la sonde cannelée du temporal. Mise à nu de la fosse ptérygo-maxillaire masquée en grande partie par une longue apophyse coronoïde et par une crête osseuse partie du sphénoïde en avant de l'insertion du ptérygoïdien externe. Un crochet à strabisme attire le nerf qui est sectionné et arraché.

La névrotomie du nerf sous-orbitaire, faite 18 mois auparavant, empêche l'ablation du segment nerveux antérieur.

Depuis cette opération, cessation absolue des crises. M. Février établit des réserves au point de vue du résultat défini-

tif, mais il est d'avis que, lorsque tous les moyens ont échoué, on doit toujours intervenir, même lorsque le résultat devrait être seulement temporaire.

A la suite de l'opération il y a eu une parésie de l'orbiculaire aujourd'hui disparue et due sans doute à la pression des filets du facial qui se rendent à la partie inférieure de l'orbiculaire.

M. Témoin a opéré il y a deux ans un homme auquel il a fait la résection du ganglion de Meckel. Malheureusement la récidive n'a pas tardé, au bout de six mois, et aujourd'hui il souffre autant qu'avant. Il avait subi auparavant la section des filets superficiels par M. Péan, et le résultat n'avait pas été moins durable.

M. Chalot. — La recherche du nerf dans la fosse ptérygo-maxillaire est toujours assez difficile, et on a conseillé pour la faciliter de réséquer tout l'os malaire et non pas seulement sa partie postérieure ; cette pratique semble devoir être suivie. J'ai opéré trois fois sur le vivant : une femme reste guérie depuis 14 à 15 mois ; un autre cas a donné un succès pour le maxillaire supérieur, mais il a fallu, il y a trois semaines, s'attaquer au maxillaire inférieur ; le dernier cas est tout récent.

Thyroïdectomie; tétanie.

M. Lentz (Metz) relate l'observation d'une femme atteinte d'un goître ancien, gros comme une tête de fœtus, refoulant le paquet vasculo-nerveux, comprimant sérieusement les voies aériennes. Le développement étant rapide depuis quelque temps, la dégénérescence sarcomateuse était probable et M. Lentz fit la thyroïdectomie, qui fut facile. La plaie resta complètement aseptique. Mais au quatrième jour, crampes dans les membres, trismus, 38° ; et à partir de ce jour jusqu'au 24e, date de la mort, le malade eut deux crises analogues par jour, avec une régularité pour ainsi dire mathématique; par compression des nerfs sciatique ou cubital, on provoquait des accès. Il s'agissait bien de tétanie.

L'examen a révélé une tumeur hétérogène du corps thyroïde, un enchondro-sarcome. Or, les chondromes du corps thyroïde sont très rares : dans son article récent, A. Broca en cite quelques cas à peine.

Ce fait prouve une fois de plus que la thyroïdectomie totale ne doit être entreprise que lorsque la vie est menacée par la lésion thyroïdienne et que la thyroïdectomie partielle est certainement insuffisante.

Transplant osseux pour une cure radicale des hernies.

M. Thiriar (Bruxelles). — Il est encore des cas trop nombreux où, en raison de la largeur de l'anneau, de la faiblesse des parois, la cure radicale des hernies est suivie de récidive à peu près fatale. Or, dans ces cas, M. Thiriar a essayé de combler l'anneau par un transplant osseux formé d'une plaque d'os décalcifié plus large que lui, dont les bords sont insinués entre la paroi et le péritoine; puis suture en étages. Sur 21 cas où il a agi ainsi depuis septembre dernier, M. Thiriar a obtenu une cicatrice solide, sans récidive, quoiqu'il s'agît de cas défavorables en principe. Ce transplant osseux joue le rôle de soutien, mais se résorbe peu à peu, comme M. Thiriar s'en est convaincu sur deux pièces éliminées après suppuration légère. L'examen a prouvé que les éléments cellulaires n'infiltrent pas le transplant osseux; mais il est usé, pour ainsi dire, par les éléments embryonnaires qui, peu à peu, s'organisent en une cicatrice solide.

Omphalectomie pour cure radicale des hernies.

M. Condamin (Lyon) propose, sous le nom d'omphalectomie totale suivie d'une suture à trois étages, un nouveau procédé de cure radicale des hernies ombilicales. On circonscrit l'anneau ombilical qui renferme une hernie par deux incisions elliptiques. On pénètre dans la cavité abdominale en dehors du collet que l'on débride facilement. On peut alors étaler les adhérences et les détruire; la réduction est facile et, en pratiquant une suture à trois étages, on obtient une solidité très grande dans la réunion de la plaie opératoire. D'autre part, l'ablation large de l'ombilic plus ou moins dilaté par la hernie, fait disparaître toutes les dépressions qui pourraient créer un appel à une récidive.

Plan incliné pour laparotomies.

M. H. Delagénière (du Mans). — Depuis le 18 novembre 1890, époque à laquelle j'ai adopté le plan incliné à 45°, j'ai fait 102 opérations abdominales en inclinant ainsi les malades.

Ces opérations me permettent de tirer les conclusions suivantes : A un point de vue général, l'ouverture de la paroi pourra toujours être plus petite que si on opérait dans le décubitus; les anses intestinales ne gêneront pas l'opérateur et se retireront d'elles-mêmes ou après avoir été détachées de leurs adhérences, dans la cavité abdominale; l'intervention se fera à ciel ouvert, enfin le nettoyage de la cavité de Douglas et la fermeture de la paroi se feront avec beaucoup plus de sécurité. A un point de vue plus spécial, les laparotomies exploratrices sont facilitées lorsque l'exploration doit porter sur les organes pelviens. Les laparotomies pour péritonites tuberculeuses permettent d'agir plus facilement lorsqu'il y a une intervention consécutive. Les salpingo-oophorectomies simples se font, pour ainsi dire, hors du ventre, l'utérus et les annexes se présentant d'eux-mêmes entre les lèvres de l'incision. La fixation de l'utérus à la paroi est aussi simplifiée. Dans l'opération d'Hégar, la recherche des annexes est plus facile. Les interventions pour les tumeurs volumineuses de l'ovaire et de l'utérus tirent aussi un grand bénéfice de la méthode, mais c'est surtout dans les cas de suppurations pelviennes et d'hystérectomies abdominales totales que le plan incliné est indiqué; dans le premier cas, il permet l'isolement facile des anses intestinales qui sont refoulées vers le diaphragme où on les protège facilement; dans le second cas, il permet d'enlever le col de l'utérus, de sectionner facilement et sûrement le vagin, d'assurer parfaitement l'hémostase; enfin de fermer complètement le péritoine pelvien.

Dans la taille hypogastrique, il permet de ne pas avoir recours au ballon rectal, ni aux appareils d'éclairage électrique. On voit et on explore facilement le bas-fond de la vessie et le col vésical.

Contusions de l'abdomen. Indications opératoires.

M. Boiffin (Nantes). — Dans ce genre de traumatisme, le chirurgien ne trouve le plus souvent aucune lésion de la paroi abdominale, et l'intervention ne peut pas être basée sur l'existence d'une plaie perforante; cependant, bien qu'il ne reste aucune trace apparente du traumatisme, il peut y avoir des lésions graves de l'intestin et des autres organes abdominaux, et le plus souvent la laparotomie exploratrice précoce permet seule de reconnaître ces lésions; au contraire, l'expectation, le traitement médical conduisent à de véritables désastres : l'observation suivante en est un bel exemple.

Un homme de 33 ans, vigoureux, reçut un coup de pied de cheval dans l'abdomen ; le choc n'a pas été très violent, l'homme était près du cheval, il n'est pas même tombé à terre, il n'a pas eu de perte de connaissance.

La douleur au point contus persistant, il est apporté à l'Hôtel-Dieu, où l'interne prescrit le traitement médical.

Le lendemain, le malade n'éprouve pas de douleurs spontanées, pas de nausées, pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre, mais le facies est grippé légèrement, il y a de l'agitation, une soif vive, la respiration est fréquente, le pouls est petit, serré, à 120, et la température est tombée à 36°5.

Cet ensemble de phénomènes ne rappelait en rien la péritonite aiguë, mais bien la *septicémie intestino-péritonéale* de Verchère.

La laparotomie immédiate fut proposée au malade qui, ne trouvant pas son état alarmant et surtout n'éprouvant pas de douleurs vives dans l'abdomen, rejeta toute idée d'opération.

Dans les deux jours suivants, l'état resta le même ; ce ne fut que le 3e jour que le ballonnement du ventre apparut, le 4e jour les nausées et quelques rares vomissements bilieux, enfin le 5e jour, dans la soirée, la situation s'aggrava rapidement, la température atteignit 39°, les douleurs devinrent plus vives, et le malade se sentit gravement atteint, au point que, pour éviter l'autopsie, il se fit emporter le soir même chez lui où il mourut le 10e jour.

Pendant plusieurs jours il y eut donc une période très favorable pour l'intervention qui fut proposée sans qu'il y eût de signe de perforation intestinale.

Il y a deux types bien tranchés dans ces accidents abdomi-

naux : l'un est constitué par la péritonite suraiguë pour laquelle l'intervention n'est pas discutée ; dans l'autre c'est la septicémie intestino-péritonéale à marche insidieuse, et dans ce cas si les accidents du début tenant au shock ne sont pas disparus dans les 24 heures, il y a alors une lésion profonde.

La laparotomie exploratrice n'est grave qu'en raison des lésions plus ou moins graves que l'on trouve ; si ces lésions n'existent pas, c'est une opération bénigne qu'il vaut mieux accepter que de rester dans une expectation remplie de dangers.

M. Michaux relate trois cas analogues qu'il a présentés récemment à la Société de chirurgie. Le premier malade refusa la laparotomie et mourut en 36 heures d'une péritonite par perforation ; le second l'accepta et guérit après suture d'une perforation du côlon ; le troisième, tombé du septième étage, avait dans le ventre seulement de l'épanchement sanguin, et la laparotomie exploratrice ne mit aucun obstacle à la prompte guérison.

Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale.

M. Villar (Bordeaux). — X.., 35 ans, cultivateur, constata il y a huit ans, pour la première fois, l'existence de deux tumeurs du volume d'une noix, au niveau de la fosse iliaque droite : ces tumeurs grossissent progressivement ; le malade éprouve de la pesanteur dans le bas-ventre, sur la vessie, et urine avec difficulté. Il y a quatre ans, apparition d'une tumeur dans l'hypochondre droit.

Le malade entre à l'hôpital Saint-André au mois de juillet 1892, dans le service de M. le professeur Demons ; voici les renseignements fournis par l'examen à cette époque ; on constate l'existence d'une immense tumeur siégeant au niveau du foie, de quatre autres tumeurs du volume du poing environ, situées dans la région sous-ombilicale et d'une autre tumeur enfin, faisant saillie dans la région sus-pubienne.

Etat général très mauvais : amaigrissement extrême, teinte cachectique, affaiblissement considérable.

Des ponctions avaient déjà été pratiquées dans ces tumeurs et avaient permis de retirer du liquide très clair et quelques vésicules.

Il s'agissait donc de kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale.

J'interviens le 28 juillet 1891 : laparotomie, extirpation de kystes de volume variable siégeant dans le mésentère et l'épiploon, et d'autres petits kystes du volume d'une noisette, d'une tête d'épingle noire. J'attaque ensuite le kyste suspubien qui siège dans l'espace rétro-vésical : son adhérence à la vessie et à la prostate me décide à le fixer à la paroi abdominale (marsupialisation).

Prolongeant mon incision par en haut, j'incise le kyste hépatique et le fixe également à la paroi abdominale.

Les suites de l'opération ont été des plus simples : le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri.

L'intérêt de ce cas se tire non de la multiplicité des kystes, quoique le fait ne soit pas très fréquent, mais surtout du siège d'un des kystes dans l'organe rétro-vésical, de son traitement et de sa guérison par la laparotomie et la suture de la poche à la paroi abdominale.

M. Poncet (Lyon). — Il n'est pas rare que dans les cas de ce genre, sur lesquels mon élève M. Monéger a fait sa thèse, les kystes soient situés dans le tissu sous-péritonéal ; l'intervention est très difficile dans les cas de ce genre et la laparotomie n'est pas toujours bénigne. J'ai observé deux femmes chez lesquelles les tentatives d'extirpation ont été mortelles.

M. Demons (Bordeaux) a récemment eu un succès en drainant à la paroi, après la laparotomie, une poche hydatique du petit bassin.

M. Villar. — C'est précisément à cause de ces difficultés et dangers de l'extirpation que j'ai fait le simple drainage par marsupialisation de la poche.

Kyste hydatique du foie avec péritonite.

M. Reynier (Paris), pour confirmer les réserves récemment faites par M. Félizet à la Société de chirurgie, relate l'histoire d'un homme qui entra à l'hôpital Tenon pour une broncho-pneumonie au cours de laquelle on lui découvrit un kyste hydatique qu'on lui traita, dans un service de médecine, par une ponction ; trois semaines après, la poche était devenue purulente, et on la traita par un lavage au sublimé, ce qui n'arrêta pas les accidents ; bientôt se déclarèrent des accidents de péritonite, et le malade fut passé en chirurgie. M. Reynier fit la laparotomie médiane, trouva une péritonite adhésive étendue, puis arriva sur le kyste, l'incisa et le draina. Le péritoine ne fut pas lavé. Le malade eut des accès de delirium tremens ; au neuvième jour il eut une vomique. Malgré cet incident, aujourd'hui il peut être considéré comme guéri, avec une petite fistule, à travers laquelle il s'est écoulé au quinzième jour une assez grande quantité de bile. Ce kyste avait une coque résistante, et il est bien certain que la piqûre du trocart a dû ne pas s'oblitérer, et laisser sourdre dans le péritoine du liquide purulent.

Kystes racémeux de l'ovaire.

M. Chalot étudie les kystes racémeux ou en grappe de l'ovaire ; ces kystes, représentés par un nombre incalculable de vésicules transparentes, font ressembler l'ovaire à une grappe de raisin. Ces kystes ont été d'abord signalés par Kœberlé. L'indication de Kœberlé est d'ailleurs passée inaperçue en France. Ces faits sont différents de la dégénérescence polykystique décrite par Pozzi en collaboration avec de Lostalot-Bachoué et Baudron. En Allemagne, au contraire, ces kystes sont bien connus ; ils ont été en particulier bien décrits par Olshausen. Ces kystes sont susceptibles d'acquérir un gros volume : 20 kgr. (Kœberlé) ; 5 kgr. (Chalot). On peut les comparer, peut-être, à certaines dégénérescences kystiques du col utérin en ectropion. Le diagnostic n'est guère possible avant la laparotomie. Le traitement est l'ovariotomie et le pronostic est bénin.

M. Picqué. — Il n'y a là qu'une variété morphologique des kystes ordinaires de l'ovaire. **M. Pozzi** insiste sur cette manière de voir et ne croit pas que cette différence d'aspect extérieur doive faire modifier la taxinomie.

Grossesse extra-utérine.

M. Tournay (Bruxelles) publie l'histoire d'une secondipare qui, n'ayant pas été enceinte depuis 15 ans, présenta les signes rationnels de la grossesse. Au toucher, tumeur manifeste des annexes droites. Bientôt éclatèrent des accidents de péritonite modérée, et sous le chloroforme M. Tournay redressa l'utérus assez dévié. Peu de jours après, hémorrhagie, signes d'avortement avec élimination d'une caduque, douleurs. Mais bientôt par le repos tout cessa. Les seins secrétèrent du lait, le ventre resta volumineux et il persista une tumeur dans les annexes droits. De tout cela, M. Tournay conclut à une grossesse extra-utérine et finalement une laparotomie fut décidée, mais retardée pour des motifs divers jusqu'au jour où une poussée manifestement suppurée vint compliquer les choses et forcer à une intervention d'urgence. Si la voie vaginale semblait préférable à cause de la suppuration enclavant l'utérus, la laparotomie fut choisie comme plus favorable à l'extirpation de la grossesse extra-utérine, Or, l'énucléation de cette poche fut impossible, et séance tenante M. Tournay fit l'hystérectomie vaginale par morcellement. Suture en étages de l'incision abdominale ; tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, autour des pinces à demeure. L'opération avait duré 2 heures et demie. Peu à peu les injections ramenèrent les débris du placenta, puis l'embryon. Aujourd'hui, 28e jour, la malade est à peu près guérie.

Contribution à la chirurgie de la poitrine

M. Delorme (Val-de-Grâce). — Je désire attirer l'attention du Congrès sur un mode d'intervention destiné dans certains cas à remplacer l'opération d'Estlander et à servir de temps préliminaire préparatoire pour d'autres interventions intra-thoraciques.

L'opération que j'ai l'honneur de proposer consiste dans la formation d'un large volet thoracique, comprenant à la fois des parties molles et des portions étendues de côtes. Ce volet largement ouvert, le chirurgien a libre accès dans la cavité correspondante ; l'opération terminée, le volet est refermé, soudé au reste de la paroi à laquelle il se réunit par première intention. Et l'opéré guérit bientôt de ses sections costales comme il le ferait de fractures de côtes multiples.

De la troisième côte inclusivement à la sixième inclusivement (il semble inutile de remonter plus haut et de descendre plus bas), je trace un lambeau à base postéro-supérieure adhérente, par une incision représentant les trois côtés d'un rectangle, lambeau à direction oblique de haut en bas, suivant celle des côtes, il s'étend de deux travers de doigt en dehors du bord du sternum à la saillie du bord axillaire de l'omoplate. Sa forme et son étendue peuvent varier, d'ailleurs, suivant le but à atteindre. Le lambeau cutané est libéré au ras des côtes, comme dans l'opération d'Estlander ; puis, à ses limites antérieures, je sectionne chaque côte avec l'espace intercostal. A mesure que les intercostales sont coupées, deux pinces hémostatiques sont appliquées sur chacun des bouts de l'artère : en arrière, les côtes sont sectionnées longitudinalement ou réséquées dans une faible étendue, avec conservation des muscles intercostaux, des vaisseaux et des nerfs. Cela fait, au ras des bords supérieurs des côtes limites, je libère le volet en haut et en bas, jusqu'au niveau de sa base, puis je lui fais faire bascule, je l'ouvre en dehors, et l'intérieur de la cavité thoracique est largement découvert.

Après cette description sommaire de l'acte opératoire, voyons quels services ce mode opératoire paraît susceptible de rendre.

I. — Je l'imaginai l'année dernière (mai 1892) à propos d'un malade vigoureux de mon service, qui présentait un abcès volumineux de la paroi thoracique gauche de nature tuberculeuse, avec un diverticule intra-thoracique aussi étendu que la poche extérieure. L'excision de la poche externe et le curage attentif du diverticule profond, après résection des deux côtes limites, s'étant montrés insuffisants, je circonscrivis un volet thoracique de 0,08 centimètres de long sur 0,12 centimètres de large, c'est-à-dire des dimensions de la poche interne relevées à la sonde cannelée et, le volet rabattu, je pus assez aisément disséquer au bistouri et avec des ciseaux, et la paroi, épaisse de plus d'un centimètre, répondant à la plèvre pariétale et la paroi de la poche qui, non moins épaisse, inextensible et fongueuse, recouvrait le poumon gauche et médiatement le péricarde dans une assez grande étendue.

II. — La facilité relative avec laquelle j'avais, dans ces cas, libéré le poumon de sa fausse membrane, m'engagea à appliquer le même procédé pour l'oblitération des vastes cavités intra-thoraciques que laissent parfois après elles les opérations d'empyème et pour laquelle on s'est contenté jusqu'ici de pratiquer des opérations d'Estlander. Il me parut préférable de chercher à libérer le poumon de sa fausse membrane continue, rigide, inextensible plutôt que de rapprocher la paroi thoracique de la paroi pulmonaire, mode opératoire qui, dans les cas où il réussit, ne fait que combler la cavité sans rétablir le fonctionnement du poumon.

Le fait suivant (je regrette de n'en avoir pu trouver d'autres) m'a montré la possibilité d'atteindre ce résultat.

Un malade atteint depuis six mois d'une pleurésie tuberculeuse gauche totale avec rétraction considérable du poumon me fut envoyé du service de M. le professeur agrégé Antony. Cet homme avait en vain, pendant six mois, subi plusieurs ponctions qui avaient donné issue à une grande quantité de liquide séro-purulent. Après chaque ponction, le liquide s'était chaque fois rapidement reproduit. Le cœur était fortement dévié, la respiration difficile ; mon collègue me pria de lui faire subir une opération d'empyème. L'incision thoracique suivie d'une résection costale, me fit pénétrer dans une poche étendue à la presque totalité de la hauteur de la plèvre gauche avec rétraction du poumon de 0,08 centimètres, en profondeur. Par l'ouverture laissée par la résection costale et l'incision de deux espaces, il me fut facile de constater, *de visu* et au doigt, que le poumon recouvert par une membrane continue, élastique, épaisse, ne pourrait jamais revenir au contact de la paroi thoracique. Comme, d'un autre côté, la plèvre viscérale était épaisse de près de un centimètre, il était non moins évident que l'opération simple d'Estlander, que même ce mode opératoire combiné avec une incision de la paroi, serait aussi insuffisant pour combler la poche. Après ces constatations je comptais chez ce malade libérer paroi viscérale et pariétale de son épaisse fausse membrane, dès que son état alors très précaire m'eût permis de faire cette opération. Malheureusement il succomba rapidement à une complication intercurrente, mais son autopsie fut presque aussi démonstrative pour la valeur du procédé que je voulais employer que l'eût été l'acte chirurgical même.

Je libérai un volet thoracique tel que je l'eusse pratiqué sur le vivant, puis, la cavité étant largement ouverte, je cherchai à disséquer, à abraser la fausse membrane pulmonaire au bistouri, aux ciseaux. Je ne tardai pas à remarquer que cette dissection longue, difficile, que la crainte incessante de blesser le poumon rendait encore insuffisante, eût été inattaquable sur le vivant. J'eusse abandonné mon idée si, dans un point où la fausse membrane avait été linéairement incisée, introduisant sous elle une sonde cannelée, je n'avais constaté que la séparation en était facile et rapide, qu'elle l'était davantage encore lorsque je m'aidais de l'extrémité mousse de ciseaux courbés, et qu'avec l'index glissé entre elle et le poumon *elle se décollait si bien qu'en quelques minutes on pouvait en libérer complètement la surface de ce poumon.* J'abrasai la fausse membrane aux limites de sa dénudation et, au-dessous d'elle, je trouvai un poumon sain, crépitant, extensible. Or cette membrane, dont la séparation avait été si facile, présentait une résistance telle que ni moi, ni plusieurs collègues ne purent la rompre ou la déchirer. *Elle avait la résistance du cuir.* Il n'est pas douteux que si ce malade eût survécu, elle eût à jamais empoisonné le poumon.

Il me serait impossible de dire, manquant d'observations et d'autopsies dirigées dans ce sens, dans quelles conditions cette séparation de la membrane viscérale est possible et fructueuse. Jusqu'à plus ample informé, je croirai qu'elle est à tenter dans les grands empyèmes déjà anciens avec rétraction du poumon de plus de 0,05 c., c'est-à-dire dans les cas où l'opération d'Estlander se montre le plus souvent insuffisante. Je la croirais d'autant plus rationnelle dans ces conditions que si elle se montrait alors impossible, le volet thoracique, désossé ou non, pourrait mieux servir à l'effondrement pariétal que la paroi simplement désossée et peu dépressible que laisse l'opération d'Estlander, et que, de plus, en cas de réussite, on aurait l'avantage de combler la cavité en permettant au poumon de reprendre sa place. Or, restituer à un malade la moitié de son champ respiratoire, n'est-ce pas un but bien digne d'être poursuivi ?

III. — Certaines opérations sur le poumon, qui nécessitent une brèche pariétale qu'on n'a obtenue jusqu'ici que par la résection de plusieurs côtes, me semblent pouvoir être faites après renversement d'un volet thoracique. Celui-ci, après la soudure des côtes, conserve mieux l'intégrité fonctionnelle de la paroi ; quant au pneumothorax accidentel qu'on peut produire pendant l'opération, on le limiterait à son gré ou on atténuerait ses conséquences en réunissant comme je l'ai fait, séance tenante, le poumon à la paroi par des anses de catgut, véritables adhérences chirurgicales. On aurait soin seulement de laisser ces anses assez lâches pour ne pas empêcher le mouvement vertical du poumon.

IV. — Je passe rapidement sur ces indications, désirant m'arrêter davantage au traitement des deux principales complications des plaies pénétrantes de poitrine : l'hémorrhagie, le pneumothorax.

Dans le courant de l'année dernière, le 1er juillet 1892, un officier désespéré, droitier, se porte dans la région du cœur quatre coups vigoureux et pénétrants d'un couteau à amputation à double tranchant qu'il avait acheté au quartier Latin. Il est relevé exsangue et transporté de l'établissement des bains où la tentative de suicide avait eu lieu à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le service de mon collègue M. le professeur Robert. Il se relève lentement, difficilement de son anémie traumatique. Mon collègue, suivant les indications classiques, pratique chez lui l'occlusion de la poitrine et l'antisepsie de la plaie. Le lendemain, le pansement et le lit sont souillés par du sang rutilant ; une nouvelle hémorrhagie extérieure peu abondante s'est produite. Le lendemain, nouvelle hémorrhagie légère dans la journée. Mon collègue me demande conseil, au besoin, mon assistance. Je lui propose d'ouvrir, sur l'heure, un volet thoracique, d'aller à la recherche du ou des vaisseaux qui donnent et d'assurer une hémostase directe et je fais remarquer que la rétraction du poumon par l'air qui s'échappait avec force des plaies ou que sa compression par le sang épanché ne pouvait faire craindre les dangers peut-être exagérés du pneumothorax total. Moins confiant que je ne l'étais dans le procédé nouveau que je lui préconisais, il continua l'occlusion.

Le soir, à six heures, nouvelle hémorrhagie plus abondante, le pouls est filiforme, la respiration rapide, large, bruyante, le blessé est exsangue, est en imminense de syncope ; l'intervention est urgente.

Appelé sur-le-champ, mon collègue fend largement l'espace intercostal correspondant à la plaie la plus étendue, constate que l'hémorrhagie est intra-thoracique et malgré la longueur de l'incision, (moins heureux qu'Omboni, il voit, pendant les efforts d'expiration, sans pouvoir la saisir et l'oblitérer, une plaie par laquelle s'échappe avec bruit une colonne d'air et du sang. Une bronche et les vaisseaux satellites ont donc été atteints. Séance tenante, en quelques minutes, nous ouvrons un large volet thoracique, trois plaies pulmonaires sanglantes sont saisies avec des pinces hémostatiques, l'une d'elles est ligaturée par une soie double passée à travers le parenchyme. Le sang et l'air cessent de s'échapper par cette plaie. Mais le sang remplit toujours le sinus profond limité par le poumon, son hile et la face supérieure du cœur, Cette cavité est étanchée, j'y enfonce ma main droite allongée et repliée en gouttière, et je la glisse au niveau du hile : la gouttière ne se remplit pas de sang. Les vaisseaux du hile semblent donc intacts; quelques instants après nous en constatons *de visu* l'intégrité.

Le sang qui continuait à remplir le sinus cardio-pulmonaire, ne pouvant venir que du cœur ou du péricarde, nous examinons la surface accessible de ces derniers, dans la plaie, à la lueur presque insuffisante d'une lampe, et nous distinguons une plaie antérieure d'un centimètre d'étendue par laquelle s'écoule du sang. Une pince hémostatique est appliquée sur elle, c'est-à-dire sur le péricarde dont un vaisseau était ouvert. Le sang continua à s'écouler quelques instants encore dans le sinus cardio-pulmonaire, puis cessa. Gaze iodoformée dans ce sinus, suture du volet, pansement, etc.

Malheureusement l'anémie dans laquelle était plongé le blessé était si profonde qu'il succomba un quart d'heure après l'opération, ne nous laissant plus que le souvenir d'un acte hardi, original, mais aussi l'assurance que ce mode d'intervention direct, appliqué plus rapidement, aurait peut-être assuré la guérison du blessé en mettant un terme à une hémorrhagie grave que tous nos autres moyens sont impuissants à arrêter.

Son autopsie nous montra que toutes les plaies étaient oblitérées. Le cœur droit avait été très superficiellement éraflé, le péricarde était ouvert en arrière, et c'était par son ouverture que le sang, provenant de la plaie péricardique antérieure et de la paroi viscérale, s'échappait dans le sinus cardio-pulmonaire.

Ce procédé pourrait servir de temps préliminaire pour l'oblitération des plaies du poumon et l'arrêt des hémorrhagies par la ligature ou le tamponnement avec de la gaze iodoformée, mettre un terme à l'issue de l'air par la plaie pulmonaire; enfin il peut faciliter l'occlusion des plaies du cœur, peut-être moins difficile qu'on ne le croit généralement.

Telles sont rapidement, peut-être trop rapidement exquissées, les indications d'un mode opératoire facile, rapide et sûr, qui ne demande qu'à faire ses preuves. C'est pour lui permettre de les faire que je l'ai exposé devant vous.

Hypertrophie de la prostate.

M. Jullien (Paris) a opéré l'an dernier avec Horteloup un vieillard atteint d'accidents prostatiques sérieux, avec rétention, douleurs, albuminurie. M. Jullien avait l'idée de faire une simple cystostomie, selon la méthode de Poncet. Horteloup conseilla d'aller par cette voie attaquer la prostate, ce qui fut fait en mars dernier, les trois lobes saillants de la prostate furent extirpés avec une pince emporte-pièce. Suture partielle. Il y eut quelques accidents : une hémorrhagie, du délire nerveux, mais bientôt la miction uréthrale se rétablit. En novembre, le résultat restait acquis; mais il persistait une fistule abdominale et l'état général était médiocre. On ne doit pas oublier, d'ailleurs, que le malade était albuminurique.

M. Roux. — J'ai enlevé le lobe médian il y a quinze mois à un malade qui depuis pisse parfaitement.

M. Ollier se déclare également partisan de ces interventions.

Epi de blé dans la vessie.

M. Martel (Saint-Malo) présente un épi de blé qu'il a extrait par taille hypogastrique de la vessie d'un homme de 32 ans. Cet homme arriva, au 15e jour après l'accident, avec un écoulement purulent abondant par l'urèthre. Après un cathétérisme, il survint de la fièvre et dès lors M. Martel se résolut à faire l'extraction immédiate; et il eut recours à la taille hypogastrique, comme étant la méthode la plus facile et la plus sûre. La plaie fut traitée par la méthode ancienne, avec le siphon de Périer. L'épi est prolongé par une tige longue de 20 centimètres : on se demande comment un corps étranger semblable a pu être égaré. Guérison rapide et parfaite.

(*A suivre.*) A. Broca.

REVUE DES JOURNAUX

Inflammation aiguë de la vésicule biliaire (Acute inflammation of the gall-bladder simulating closely acute intestinal obstruction), par Arbuthnot Lane (*Lancet*, 25 févr. 1893, p. 411). — Un homme de 41 ans avait eu plusieurs attaques de douleurs abdominales avec diarrhée et sans ictère. Le 29 mars 1892, à la fin de son dîner, il fut brusquement pris d'une douleur intense dans l'abdomen, bientôt suivie de vomissements. Le lendemain les vomissements devinrent moins fréquents, l'abdomen devint distendu; l'état s'aggrava jusqu'au 2 avril, époque à laquelle je fus appelé; il n'y avait pas eu d'évacuation intestinale depuis le début des accidents, le pouls était petit et rapide, la douleur siégeait surtout à droite. Je fis la laparotomie ; je trouvai une couche de lymphe inflammatoire couvrant le bord du foie et s'étendant sur le côlon transverse ; à partir de ce point le côlon transverse était vide, tandis que le côlon ascendant était distendu. En rompant les adhérences formées par cette lymphe, je trouvai le duodénum au milieu d'une aire inflammatoire ; enfin je vis la vésicule biliaire entourée de même et très distendue ; je ponctionnai cette dernière et j'en retirai un liquide muco-purulent ; je suturai les lèvres de l'incision faite à la vésicule, aux bords du péritoine et je fixai un drain dans sa cavité ; je ne trouvai aucun calcul. Le malade guérit, mais il persista une fistule au niveau de la vésicule biliaire. Il est difficile dans ce cas d'expliquer l'apparition brusque des symptômes.

Luxation héréditaire du coude (Hereditary luxability of elbow-joint), par Kelly (*Lancet*, 25 février 1893, p. 412). — Un homme, dans une chute sur la paume de la main droite, se luxa le coude en arrière; cette luxation fut très facilement réduite sous le chloroforme. Son père s'était luxé le coude droit dans sa jeunesse ; puis l'année suivante il s'était luxé le coude gauche. Ces luxations ne furent pas réduites et, au bout d'un certain temps, le malade sentit de l'engourdissement dans ses deux mains ; les muscles s'atrophièrent. Il y a vingt ans, un des fils de cet homme se luxa le coude gauche; il persiste encore un peu de déformation. Il y a huit ans, un autre fils se luxa le coude. Le troisième fils, qui n'est autre que le malade actuel, est complètement guéri.

Carcinome primitif du mamelon (Ein primæres Carcinom der Mamilla), par Weil (*Prag. med. Woch.*, 1893, n° 8, p. 81). — L'auteur rapporte l'observation d'une affection très rare, le carcinome du mamelon. Il s'agit d'une femme de 40 ans qui a eu 5 enfants. Après le dernier accouchement, il y a quatre ans, il survint une inflammation du rein gauche pour laquelle le médecin eut recours au bistouri.

La tumeur occupait le mamelon gauche dont la base de même que l'aréole avait conservé la forme et la consistance normales. Par contre, au sommet se trouvait une tumeur du volume d'un bouton, de consistance cartilagineuse, ronde, ombiliquée, de 2 à 3 cent. de diamètre, à surface légèrement ulcérée. Rien dans le sein ni dans les ganglions axillaires.

Amputation complète du sein ; suture et drainage de la plaie. Guérison.

L'examen histologique du mamelon montra qu'il s'agissait d'un carcinome type.

Parotidite métastatique (Zur Casuistik der metastatischen Parotitis), par Fischel (*Prag. med. Woch.*, 1893, n° 7, p. 69). — L'auteur rapporte un cas de pneumonie du sommet gauche chez une femme de 29 ans chez laquelle, dix-neuf jours après la défervescence, survint une parotidite suppurée qui au bout de douze jours, se vida dans la bouche. L'examen de la salive prise avec toutes les précautions à la sortie du canal du Stenon du côté malade, montra la présence du diplocoque de Frænkel-Weichselbaum, tandis que la salive prise de la meme façon du côté sain n'en contenait pas.

Cette observation montre donc que le diplocoque peut conserver pendant longtemps sa vitalité dans la salive.

Sacrocoxalgie (Sacro-iliac disease, with notes on its treatment), par Beale (*Lancet*, 25 mars 1893, p. 650). — Un homme de 30 ans, ayant des antécédents tuberculeux bien marqués, entre à l'hôpital au début de 1892, pour une sacrocoxalgie datant de douze mois; on avait déjà à plusieurs reprises ouvert des abcès et gratté des trajets fistuleux. Il y avait une ankylose complète de la hanche gauche, avec flexion considérable, datant de l'époque où le malade avait quatre ans. En ouvrant un des trajets fistuleux on tomba sur un séquestre situé en avant du sacrum; on ne put extraire ce séquestre que par une incision franche au niveau de la grande échancrure sciatique; on put alors saisir le séquestre, le briser à l'aide d'une pince et le retirer par fragments. On ouvrit et on draina les autres conduits fistuleux. La forme du séquestre montra qu'il comprenait la plus grande partie de l'articulation sacro-vertébrale. C'est là qu'a dû débuter l'affection et c'est la présence de ce séquestre qui entretenait la maladie.

Ulcère de l'estomac (Ulcer of the stomach), par Wolff (*Medical News*, 4 février 1893, p. 121). — Dans un travail d'ensemble sur l'ulcère de l'estomac, l'auteur s'élève contre l'opinion généralement répandue que l'hyperacidité du contenu de l'estomac soit un facteur constant de la maladie. D'après son expérience personnelle, l'acidité est normale dans la moitié des cas environ; quelquefois même il y a hyperacidité. Sans doute l'auto-digestion de la muqueuse a sa part dans la production de l'ulcère, mais elle ne s'exerce que sur des parties de la muqueuse dont la circulation est déjà entravée par des thromboses vasculaires. Quand la circulation se fait normalement dans les parois de l'estomac, l'acidité du contenu est toujours compensée par l'alcalinité du sang.

Vertiges et angine de poitrine d'origine nasale (Vertigine e pseudo-angina di petto quali fenomeni reflessi dal naso), par G. Gradenigo (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, janvier 1893, p. 48). — Cinq cas de rhino-pharyngite chronique avec hypertrophie portant surtout sur la muqueuse du cornet inférieur. 1° Vertige consécutif à une opération intra-nasale. 2° et 3° Vertiges répétés disparaissant sous l'influence d'applications cocaïnées. 4° Vertiges disparaissant sous l'influence d'électrolyse et de galvano-caustique intra-nasales. 5° Jeune fille de tempérament nerveux, mais sans stigmates hystériques proprement dits; accès d'angine de poitrine présentant les caractères de l'angine de poitrine hystérique, disparaissant sous l'influence d'un traitement intra-nasal énergique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 avril 1893.

Présidence de M. A. Guérin.

Fausse vaccine.

M. Hervieux. — La fausse vaccine n'est que de la vaccine vraie, parce qu'à part les échecs que fait subir à ses caractères cliniques la conservation d'une dose plus ou moins grande d'immunité, elle peut fournir du vaccin comme elle et préserver comme elle. Nier cette vérité, j'estime que ce serait un contre-sens physiologique et une hérésie pathologique : un contre-sens physiologique, parce que je ne sache pas qu'on ait jamais vu les produits d'une espèce quelconque appartenir à une espèce autre que celle de leurs auteurs; une hérésie pathologique, parce que la fausse vaccine n'est pas, comme son nom l'indiquerait, tout autre chose que la vaccine, mais de la vaccine, rien que de la vaccine modifiée par les vaccinations antérieures.

M. Dumontpallier. — Dès 1860 Trousseau et moi avons démontré qu'il n'existait pas de fausse vaccine et que, toutes les fois que la vaccination était suivie d'une éruption locale, il y avait vaccine vraie, et nous avions donné à cette variété de vaccine le nom de vaccinoïde ou vaccine modifiée.

J'avais été conduit à proposer à Trousseau cette dénomination parce que j'avais obtenu sur des enfants un vaccin entièrement normal en leur inoculant de la sérosité d'une vaccine prétendue fausse. Cette expérience, je l'ai répétée au lycée Louis-le-Grand et j'ai obtenu les mêmes résultats. On peut donc, avec l'inoculation d'une vaccine prétendue fausse, reproduire une vaccine vraie, normale, chez des sujets vierges de toute vaccination antérieure et chez des sujets antérieurement vaccinés dont la réceptivité offre des degrés variés.

M. Ollivier. — Pendant la guerre de 1870-1871, comme je manquais de vaccin d'enfant, j'ai inoculé de la sérosité vaccinale provenant d'adultes qui n'avaient eu que de la vaccinoïde et j'ai néanmoins obtenu de fort bons boutons de vaccine régulière.

M. Guéniot. — D'accord, mais comment se fait-il qu'on ne rencontre pas de degrés intermédiaires entre la vaccine vraie et la fausse vaccine?

M. Hervieux. — Cela tient sans doute à ce que les enfants ont à l'égard de la vaccine une réceptivité presque absolue, à tel point que 98 0/0 ont des boutons de vaccine franche. Et encore les 2 0/0 réfractaires sont-ils souvent vaccinés à la 4e, 5e, 6e et même 7e inoculation.

M. Guéniot. — Cette remarque, quelque juste qu'elle soit, ne répond pas à la question que je viens de poser.

M. Dumontpallier. — C'est que le terrain intervient aussi. De même que la fausse vaccine n'apparaît pas d'ordinaire chez ceux qui ont été variolés ou vaccinés antérieurement, les 2 0/0 réfractaires ont peut-être eu la variole *in utero*, soit que la mère ait été vaccinée ou variolée au cours de la grossesse.

M. Ollivier. — L'enfant peut aussi avoir eu une de ces varioloïdes discrètes qui passent si aisément inaperçues.

M. Léon Colin. — J'ai en effet observé des vaccinoïdes et des vaccines vraies avec la même source de vaccin.

M. Charpentier. — Si des enfants nouveau-nés paraissent réfractaires à la vaccine, c'est très souvent une question de temps. J'ai accouché avant terme une femme atteinte de variole confluente ; jusqu'au dix-huitième mois l'enfant fut réfractaire à la vaccine; c'est à la cinquième vaccination que l'inoculation réussit.

M. Dumontpallier. — Les jeunes gens aussi et les adultes ont tantôt une vaccinoïde, tantôt une vaccine vraie lorsqu'on procède à leur revaccination. Celle-ci peut ne réussir que fort tard dans la vie, en raison sans doute de l'évolution moins rapide du processus évolutif chez l'adulte.

Trente-deux opérations de goitre.

M. J. Bœckel (Hambourg). — L'énucléation dans le traitement du goitre est d'une bénignité absolue.

Sa facilité et sa rapidité d'exécution la placent bien au-dessus de l'*extirpation partielle*.

Cette dernière ne doit être exécutée que lorsque l'énucléation est jugée impossible, ce qui est rarement le cas.

Sans être aujourd'hui bien grave, elle est plus longue, plus laborieuse, plus sanglante.

Pour toutes ces raisons, l'énucléation constitue l'opération de choix.

Quant à l'extirpation totale, ce n'est que dans les cas tout à fait exceptionnels (goîtres annulaires), qu'on sera autorisé à la pratiquer. Encore faudra-t-il que des accidents graves menacent directement et à brève échéance la vie du malade. Lorsque la trachée est aplatie en fourreau de sabre, il conviendra de faire simultanément la trachéotomie, pour éviter la mort subite post-opératoire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mars 1893.

Présidence de M. Périer.

Pathogénie et traitement du tétanos.

M. Schwartz. — J'ai observé, dans ces deux dernières années, quatre cas de tétanos, que je vais résumer brièvement.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 30 ans, charretier, tombé sous les roues d'une voiture de fumier, et présentant des plaies contuses à la face et à la main gauche, dont les quatre métacarpiens avaient été broyés. Je le vis seulement quatre jours après l'accident, le 10 avril 1891; à ce moment les téguments de la main étaient presque entièrement sphacélés, et la partie inférieure de l'avant-bras était le siège d'une lymphangite partie du foyer traumatique. J'amputai l'avant-bras le jour même. Trois jours après, les premiers symptômes du tétanos se manifestèrent et le malade mourut en trois jours, malgré le traitement par le chloral et la morphine.

En janvier 1892, un autre charretier, qui, quinze jours auparavant, s'était blessé avec un crochet au niveau de l'éminence thénar, se présenta à l'hôpital; la petite plaie était presque complètement cicatrisée, mais le blessé accusait depuis deux jours de la raideur de la nuque et du trismus. On prescrivit aussitôt le chloral et la morphine, et, en même temps, on fit, suivant la méthode de Baccelli, des injections sous-cutanées d'eau phéniquée au 50e, pratiquées matin et soir, dans le bras du côté blessé.

Les symptômes tétaniques s'amendèrent progressivement, et, malgré une légère récidive qui se manifesta sous forme de phénomènes spasmodiques du côté de la paroi abdominale, la guérison fut définitivement acquise après quatre semaines environ.

Ma troisième observation se rapporte à un jeune garçon de 12 ans, qui me fut amené au mois de novembre 1892; il venait d'être renversé par un wagonnet, dans des travaux de terrassement, et il présentait une assez vaste plaie contuse au niveau de la cuisse. Malgré une désinfection rapide de la plaie, le blessé fut atteint de tétanos, quelques jours après son entrée à l'hôpital; dès le troisième jour qui suivit l'apparition des premiers phénomènes tétaniques, M. Roux vint pratiquer sur notre malade des injections de sérum de cheval rendu réfractaire au tétanos, et ces injections furent continuées les jours suivants; je dois ajouter que, dès le premier jour, on avait d'autre part soumis le malade au traitement par le chloral et la morphine. Trois semaines après le début des accidents, la guérison était complète.

Enfin, au commencement de ce mois, j'ai observé un cas de tétanos chez un charretier qui était atteint d'une fracture par écrasement de la partie moyenne de la cuisse, avec plaie contuse étendue. Le trismus apparut au 8e jour de l'accident, et M. Roux commença le jour même les injections de sérum antitoxique, à la dose de 150 centimètres cubes, en trois fois, dans les vingt-quatre heures. Deux nouvelles injections de 50 et 40 centimètres cubes furent faites le lendemain et, malgré la précocité du traitement, le malade mourut au troisième jour.

En ce qui concerne l'étiologie du tétanos, je me bornerai à faire remarquer que, chez trois de mes malades, les plaies avaient été souillées par de la terre chargée de débris organiques; le quatrième s'était blessé avec un crochet, mais sa profession peut être incriminée, comme chez deux autres de mes malades, également charretiers.

Au point de vue du traitement, on pourrait exagérer l'inefficacité de l'amputation, dans le premier cas que je viens de rapporter, mais il faut tenir compte de ce que l'intervention n'a pu être immédiate, et aussi de ce qu'il existait une plaie contuse de la face, indépendamment des lésions de la main.

Ma deuxième observation me permet de formuler des conclusions en faveur de l'utilité des injections phéniquées, puisque ces injections ont été faites parallèlement au traitement par le chloral et la morphine.

La médication antitoxique n'a produit aucune action favorable chez mon dernier malade. Il y aurait peut-être lieu, dans les cas de ce genre, de faire des injections préventives; c'est ce que j'ai eu récemment l'occasion de pratiquer chez un homme qui avait une plaie contuse de la main, souillée de terre, à la suite d'un accident qui s'était produit dans les mêmes chantiers que celui qui m'avait amené mon second blessé, atteint consécutivement de tétanos. Ces injections sont, en tout cas, parfaitement inoffensives, et l'on peut donc être pleinement autorisé à les employer préventivement.

M. Terrier. — J'ai reçu de M. Nocard une lettre qui confirme pleinement ce que j'ai dit au sujet de la très grande rareté du tétanos dans les écoles vétérinaires, M. Nocard ajoute qu'il croit plus que jamais à l'origine tellurique du tétanos et que le cheval, tout en pouvant servir parfaitement de véhicule aux germes du tétanos, ne doit pas être considéré cependant comme plus dangereux, à ce point de vue, que les autres herbivores.

M. Verneuil. — J'ai reçu de M. Beugnez (de Givet) un travail qui renferme des observations intéressantes sur la pathogénie du tétanos. Cette affection n'a fait de victimes à Givet, depuis vingt ans, que dans un quartier de la ville où sont agglomérées des tanneries. et nulle part ailleurs on n'a observé le moindre cas de tétanos dans cette période de temps. Il est certain que les peaux tétanigères peuvent contribuer à la production de foyers d'infection tétanique, et celle-ci se propage ensuite par l'intermédiaire des eaux qui reçoivent les détritus provenant de ces centres.

Parmi les observations recueillies par M. Beugnez, il en est une qui se rapproche, à certains points de vue, de celle sur laquelle j'ai insisté dans une séance précédente. Il s'agit, en effet, d'une femme, habitant le quartier des tanneries, qui s'était fait récemment avorter et qui est morte du tétanos en vingt-quatre heures.

Une autre observation me paraît intéressante à signaler au point de vue de l'origine équine du tétanos: c'est celle d'un pharmacien qui, blessé au poignet par un éclat de verre, se fit panser par un vétérinaire; quelques jours plus tard il succombait au tétanos.

Rupture des voies biliaires; intervention tardive; guérison.

M. Routier. — M. Michaux nous a adressé une observation de rupture des voies biliaires, consécutive à une contusion de la partie inférieure du thorax, chez un charretier tombé sous les roues de son tombereau.

Le lendemain de l'accident, M. Michaux trouva le blessé dans un état grave: la région hépatique était très douloureuse, le ventre légèrement ballonné, le pouls petit et fréquent, le facies pâle et altéré.

Une broncho-pneumonie se déclara quelques jours après et vint aggraver l'état du malade, de sorte que l'on ne put songer à intervenir, bien que l'on soupçonnât une rupture des voies biliaires.

Au dix-septième jour seulement, les phénomènes pulmonaires s'étant amendés, M. Michaux pratiqua la laparotomie et évacua environ 300 grammes de bile; il ne put atteindre la vésicule biliaire, dont la rupture paraissait vraisemblable; toute la cavité péritonéale était, en effet, tapissée de productions membraneuses et l'on avait de la peine à dissocier les anses intestinales qui masquaient la région de la vésicule. M. Michaux dut donc borner là son intervention, et plaça un gros drain dans la direction de la vésicule biliaire.

Dès le lendemain de l'opération, l'état du malade s'améliora, et la guérison définitive fut rapidement obtenue; pendant trois mois la bile continua à s'écouler par une petite fistule, qui se ferma ensuite spontanément.

M. Choux lit une observation de hernie inguinale congénitale étranglée.

M. Hartmann présente une malade atteinte de luxation obturatrice spontanée de la hanche, consécutive à un rhumatisme articulaire aigu et réduite un mois après le début de l'accident local.

M. Desnos montre des pièces destinées à montrer l'action de l'électrolyse sur l'urèthre du chien.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
Séance du 31 *mars* 1893.

Sarcome primitif du poumon.

M. Reymond présente le poumon d'un homme âgé de 24 ans, mort dans le service de M. Guyot, à l'hôpital Beaujon. Il s'agit d'un sarcome du poumon, comme le montre l'examen microscopique, qui a débuté par des douleurs de l'épaule, de la dyspnée. Par suite de l'envahissement de la néoplasie, le malade s'affaiblit rapidement, puis il présenta dans les derniers temps de la dysphagie et de l'aphonie. A l'examen, on ne remarqua que l'augmentation de dimensions du thorax du côté gauche. La pointe du cœur était déviée et rejetée en dedans.

L'autopsie révéla la cause de cette augmentation de volume du thorax. Le poumon gauche était doublé de volume. A la coupe on constate la présence d'un vaste épanchement sanguin intra-pulmonaire. Le tissu pulmonaire est dégénéré, ramolli dans presque toute l'étendue du côté gauche. Il n'y avait dans les plèvres qu'un peu de liquide séreux. On n'a rien remarqué d'anormal dans les autres viscères, ni du côté des membres, soit à la peau, soit dans les os et les muscles.

M. Reymond fait remarquer que le sang contenu dans la cavité pulmonaire était rouge vermeil, contrairement à ce que l'on observe du côté de la plèvre en cas d'hémothorax ; il en conclut qu'en cas de ponction l'examen du sang pourrait aider au diagnostic d'un semblable épanchement ; est-il intrapulmonaire ? est-il pleural ? Toutefois on ne saurait être exclusif.

Tuberculose urinaire.

M. Henri Meunier présente les organes urinaires d'un tuberculeux, mort dans le service de M. Millard, à l'hôpital Beaujon. En plus des lésions tuberculeuses normales du rein et de l'uretère, on constate que la muqueuse vésicale est presque entièrement détruite. Aussi la portion intra-muqueuse de l'uretère droit, dans son trajet vésical, est entièrement à nu et fait saillie dans la cavité de la vessie de un centimètre environ.

Cancer de l'estomac.

M. Henri Meunier présente l'estomac d'un malade mort dans le service de M. Millard, à l'hôpital Beaujon. Il s'agit d'un cancer s'étant développé autour du pylore et ayant envahi toute la petite tubérosité : l'orifice pylorique est singulièrement rétréci. La partie intéressante de cette pièce est une ouverture située au niveau de la petite courbure et faisant communiquer l'estomac avec une poche située entre le foie, la paroi abdominale antérieure et l'estomac. Il existait des ganglions cancéreux dans le petit épiploon.

Kyste hydatique du foie.

M. Tison présente le foie d'une malade morte à l'hôpital Saint-Joseph avec des symptômes de ramollissement cérébral. Il existe trois tumeurs sur la face convexe de ce viscère du volume d'une tête de fœtus. A la coupe on a vu s'écouler de chaque poche un liquide transparent ; elles contenaient en plus des petites vésicules filles de volume variable. Il y avait symphyse du foie et de la rate.

M. Fauvelle présente 1° un cœur avec végétations sur l'endocarde de la valvule mitrale, chez un malade rhumatisant (il existait des infarctus dans la rate et dans le rein) ; 2° un autre cœur hypertrophié présentant un péricarde épaissi et dont la cavité était couverte de fausses-membranes (le diagnostic de péricardite n'avait pas été fait).

G. Dagron.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE
Séance du 22 *mars* 1893.

Lithopedion.

M. Gottschalk. — La pièce que je vous présente provient d'une laparotomie pratiquée chez une femme de 54 ans. A l'âge de 24 ans, ma malade devint enceinte pour la seconde fois et éprouva, à l'époque déterminée, toutes les douleurs de l'enfantement, sans cependant accoucher. Il s'agissait d'une grossesse extra-utérine pour laquelle on n'intervint pas. Jusqu'à il y a deux ans, la malade n'éprouva aucun inconvénient de sa tumeur abdominale. Depuis survinrent des douleurs vésicales qui l'obligèrent à se faire opérer.

A l'examen de la pièce, on peut encore reconnaître nettement toutes les parties fœtales.

Des rapports du nez et du pharynx avec l'asthme et la scrofule.

M. Beckmann. — D'après les recherches de Bloch, on sait que l'air, en passant dans la cavité nasale, augmente de température, se charge de vapeur d'eau et se purifie des poussières dont il est porteur. Lorsqu'il y a obstacle à la respiration nasale, la cavité buccale se dessèche, surtout la nuit, où il y a peu de déglutition, et cette dessiccation se propage jusqu'aux fines terminaisons bronchiques. Il s'ensuit une résistance notable au courant d'air respiratoire, facilement vaincue par l'inspiration, mais non par l'expiration, pendant laquelle les bronchioles déjà desséchées sont, en outre, fortement contractées. Il résulte une rétention d'air, de la dyspnée expiratoire, en un mot, une attaque d'asthme.

L'emphysème peut également s'expliquer dans certains cas par l'insuffisance de la respiration nasale. Cette dernière a d'autres inconvénients : les voies respiratoires sont exposées à la contamination par un air chargé de poussières et de spores et sont mal protégées par leur muqueuse et leur épithélium cilié desséchés, au niveau desquels ne s'opère plus de diapédèse. Ainsi s'explique une série d'infections : amygdalite, diphthérie, etc.

Les catarrhes chroniques pharyngo-laryngés résultent presque exclusivement de l'insuffisance de la respiration nasale. Bresgen a constaté chez nombre de tuberculeux de la rhinite chronique, et moi-même j'ai pu noter souvent une insuffisance du courant d'air nasal. La scrofulose présente les relations les plus étroites avec l'hypertrophie et les abcès de l'amygdale. Elle se manifeste sous trois formes : 1° par des lésions superficielles périphériques non tuberculeuses : suppuration nasale auriculaire, eczéma, conjonctivite, catarrhe bronchique ; 2° des manifestations le plus souvent tuberculeuses : adénopathies cervicale, trachéo-bronchique ; 3° des affections nettement tuberculeuses : ostéites, arthrites.

La première série de lésions est déterminée par l'inoculation directe des revêtements muqueux ou cutanés par le pus amygdalien dégluti, ou s'écoulant par le nez. Les adénopathies sont consécutives aux lésions des voies respiratoires mises en infériorité de résistance par la respiration buccale et l'hypertrophie amygdalienne, ou encore aux lésions eczémateuses au niveau desquelles s'inoculent les microbes pathogènes tuberculeux ou autres. La troisième série d'affections est d'une pathogénie facile à réduire, et s'explique par l'infection du sang par les bacilles localisés d'abord dans les glandes lymphatiques.

Au point de vue thérapeutique, il découle de ces considérations une indication capitale, l'ablation des amygdales dès qu'elles sont une entrave à la respiration normale.

Les affections des fosses nasales seront également activement traitées pour en permettre la constante perméabilité, et en tarir les sécrétions anormales.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN
Séance du 20 *mars* 1893.

Propriétés tinctoriales de la solution neutrophile d'Erhlich.

M. Rosin. — La solution *neutrophile* d'Erhlich, encore improprement dénommée « solution *triacide* », est un mélange de deux couleurs acides d'aniline, la fuchsine acide et l'orange méthylique, et d'une couleur basique, le vert de méthyle.

M. Sénator a déjà insisté sur les réactions histochimiques que donne ce mélange colorant sur les sédiments urinaires : il montra que les leucocytes de l'urine différaient essentielle-

ment des corpuscules purulents se présentant toujours sous forme d'éléments mononucléés.

M. Schmidt a obtenu des colorations particulières des crachats pneumoniques.

Lorsqu'on traite avec la solution neutrophile le tissu nerveux, la moelle en particulier, on a des réactions colorantes spéciales. Les gaines lamelleuse se colorent en jaune orange, le cylindraxe en rouge, la névroglie en violet, les cellules ganglionnaires en rouge tirant sur le brun. Fait curieux et important, le noyau de ces cellules reste incolore; le nucléole seul prend une coloration rouge.

Des moyens d'améliorer la nutrition.

M. Klemperer préconise la poudre de viande à la dose de 50 à 60 gr. pour un litre de lait; il rejette les solutions sucrées concentrées; le sucre de lait lui-même aurait des inconvénients appréciables. Parmi les substances grasses, la crème est la mieux supportée.

La nature des aliments n'est pas le seul point important dans cette question; il faut tenir compte de la tolérance individuelle et du mode d'administration des substances nutritives.

M. Hirschfeld pense qu'on ne peut rien conclure des expériences faites sur le chien, essentiellement carnivore, à l'homme qui est omnivore.

M. Leyden fait observer que la tendance actuelle est moins de donner des aliments de choix que de faire ingérer au malade une certaine quantité de nourriture, afin de réaliser une somme de calories déterminée quelles que soient d'ailleurs les substances grasses albuminoïdes ou hydrocarbonées qui y participent le plus activement.

La valeur d'un aliment est en rapport avec deux de ses qualités, son degré nutritif et sa digestibilité. Malheureusement ce sont des données qui sont encore très obscures et difficilement appréciables.

Les aliments de conserve sont d'une valeur nutritive restreinte, car ils doivent être dilués avant l'ingestion et ne diffèrent guère par suite des aliments ordinaires à quantité égale. La quantité d'aliments à administrer est donc le facteur important. On tiendra cependant compte de la qualité et du mode de prescription.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE HAMBOURG

Séance du 21 *mars* 1893.

Extirpation du ganglion de Gasser.

M. F. Krause a déjà pratiqué trois fois la résection intracrânienne du trijumeau d'après la méthode qu'il a déjà exposée. Dans le dernier cas où il l'a pratiquée, il s'agissait d'une femme de 68 ans atteinte depuis vingt ans d'une névralgie rebelle du trijumeau; il fit cette fois une intervention en un seul temps et ne fit pas de lambeau osseux afin de hâter l'opération.

Après avoir taillé une ouverture à la gouge dans l'écaille du temporal, incisé la dure-mère, l'auteur sectionna l'artère méningée moyenne entre deux ligatures. De cette façon, l'hémorrhagie fut peu appréciable; puis il détacha la dure-mère des 2e et 3e branches du trijumeau et d'un ganglion de Gasser.

Les 2e et 3e branches résistant aux pinces de Thiersch furent sectionnées au niveau des trous rond et ovale. Le ganglion de Gasser et le tronçon nerveux central y attenant furent alors enlevés à l'aide des pinces de Thiersch par torsion.

L'opération dura 55 minutes.

Au jour même de l'intervention, les névralgies cessèrent et, au bout d'une semaine, la malade se levait.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 28 *mars* 1893.

Hernie. Résection de l'intestin.

M. Franks.—Une femme de 30 ans avait une hernie ombilicale depuis 3 mois: cette hernie s'étrangla le 22 septembre 1891. Au bout de 30 heures, on trouva l'abdomen rempli d'une matière gélatineuse et contenant une tumeur de l'ovaire. L'anse intestinale herniée était gangrénée. On réséqua plus de 20 centimètres d'intestin et on fit la suture de Gély. On mit un drain en verre et on ferma la plaie abdominale. La malade guérit. Au bout de cinq semaines on fit de nouveau la laparotomie et on enleva un kyste multiloculaire de l'ovaire. On put voir alors que la suture intestinale tenait très bien. La hernie avec gangrène de l'intestin peut être traitée soit par la résection avec suture immédiate, soit par l'anus artificiel. Ce dernier mode nécessite une deuxième intervention. Quand on veut comparer la mortalité de ces deux modes de traitement de la gangrène de l'intestin, il faut opposer à la mortalité de la résection immédiate, celle de l'anus contre nature augmentée de celle de l'opération ultérieure. Dans le cas de gangrène de l'intestin, la mortalité de l'anus artificiel est de 80,7. p. 100. La mortalité de la résection secondaire avec cure de l'anus artificiel est de 38 p. 100. La mortalité consécutive à l'usage de l'entérotome est de 7,3 p. 100. La mortalité de la résection immédiate est de 48 p. 100. Cette dernière opération est donc l'opération de choix.

M. Hutchinson junior. — Une femme de 40 ans avait une hernie étranglée datant de trois jours; en ouvrant le sac je trouvai une anse intestinale herniée et un commencement de péritonite. Je fis alors une incision sur la ligne médiane de l'abdomen et j'enlevai 12 centimètres d'intestin. J'ai employé la suture continue pour la réunion de la muqueuse et la suture de Lembert pour le reste. Je réséquai le sac et pratiquai une cure radicale. La malade guérit. Chez cette malade on n'avait fait aucune manœuvre de taxis. Je ne crois pas nécessaire de sectionner l'intestin obliquement pour empêcher un rétrécissement ultérieur. Je crois qu'il est mieux de ne pas faire cette résection à travers l'ouverture faite à la paroi abdominale au niveau de la hernie.

M. Lockwood. — J'aime mieux au contraire faire la résection à travers la plaie primitive, quitte à inciser le ligament de Poupart, si c'est nécessaire.

M. Barker. — Il faut réséquer largement l'intestin et le mésentère pour ne laisser que des tissus sains.

M. Bowlby. — Les statistiques ne sont pas toujours bien consciencieusement faites; et la résection a dû être pratiquée dans des cas où l'intestin n'était pas gangréné.

M. Franks. — Je trouve que les meilleures pinces pour l'intestin sont encore les doigts d'un aide. Je crois qu'on doit sectionner l'intestin obliquement; quand l'état de gangrène de l'intestin n'est que douteux, on doit le réséquer néanmoins.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 24 *mars* 1893.

Névrite périphérique.

M. White. — Un homme de 33 ans entra à l'hôpital pour une insuffisance mitrale avec œdème des membres inférieurs et ulcère de la jambe gauche; au bout de deux jours l'ulcère doubla de volume, devint sanieux et la fièvre s'alluma; bientôt survint de la parésie des extenseurs des membres supérieurs, puis survint une paralysie complète des avant-bras, avec conservation de la sensibilité. Au bout de deux jours on fit l'amputation de la jambe atteinte d'ulcère, au niveau du genou; les symptômes de névrite augmentèrent. Un autre homme de 45 ans, saturnin avéré, fut pris brusquement de douleurs très aiguës dans les membres et le tronc, surtout au niveau de la région lombaire. Le champ visuel était diminué;

il y avait de la paralysie de la partie droite du voile du palais; le goût subsistait intact. Les membres inférieurs étaient presque complètement paralysés. Il y avait de la névrite optique. Le malade guérit au bout de six semaines.

Shock intense traité par une transfusion de sérum artificiel.

M. Robson. — Dans un cas d'énucléation d'un fibrome volumineux de l'utérus et dans un cas de désarticulation de la hanche chez un jeune homme, la mort était imminente, non par suite d'hémorrhagie, mais en raison de l'existence d'un shock très considérable. Ces deux malades furent sauvés par une transfusion de sérum salin. On sait en effet que le shock est dû à une paralysie du cœur et à une paralysie vaso-motrice des vaisseaux abdominaux, dont la dilatation brusque peut simuler complètement une hémorrhagie soudaine. Dans les cas de shock sans hémorrhagie sérieuse, le sang est entraîné dans les grosses veines de l'abdomen, d'où anémie de la tête et des extrémités. L'injection de sérum a pour effet de remettre en circulation le sang accumulé dans l'abdomen, et a aussi pour effet de stimuler le cœur. Aussi maintenant, toutes les fois que je vais pratiquer une grande opération, j'emporte au nombre de mes instruments un appareil à transfusion.

M. Parker. — Les opérations qui ne s'accompagnent pas de pertes de sang notables semblent devoir être peu favorablement influencées par la transfusion. On peut, comme le veut un auteur allemand, se contenter d'injecter le sérum artificiel dans le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Burghard. — Chez un malade auquel on pratiqua la désarticulation de la hanche, et qui tomba aussitôt dans le collapsus, j'ai vu faire une transfusion de un litre sans résultat ; on injecta encore un litre et le pouls se releva ; mais au bout de quelque temps le malade mourut. Dans un autre cas j'ai vu encore la transfusion amener une amélioration temporaire, puis le malade mourut. Je crois que le liquide qu'on injecte ainsi ne fait qu'augmenter la dilatation des vaisseaux abdominaux. Dans un cas de néphrorrhaphie, j'ai vu survenir le collapsus ; la transfusion faite pour le combattre amena une grande dyspnée. Dans d'autres cas j'ai vu la transfusion produire un heureux résultat.

M. Ridwell. — La transfusion m'a donné un très bon résultat chez une femme atteinte de collapsus à la suite d'opération césarienne ; mais elle mourut ensuite de péritonite.

M. Robson. — Si l'on fait arriver au cœur le liquide de la transfusion, le cœur chasse forcément ce liquide à travers la circulation pulmonaire. Si une première transfusion ne donne rien, on doit recommencer. J'injecte jusqu'à un litre et demi, deux litres et plus.

SOCIÉTÉ HARVEYENNE DE LONDRES

Séance du 2 mars 1893.

Diagnostic et traitement de l'anémie pernicieuse.

M. Hunter. — Jusqu'à ces derniers temps, on n'arrivait à ce diagnostic que par exclusion. Aujourd'hui, on peut faire un diagnostic positif. Le plus souvent, je prends presque uniquement pour base de ce diagnostic des altérations du sang, des caractères spéciaux de l'urine et certains troubles du foie. L'anémie pernicieuse est due à une destruction excessive du sang, qui est intermittente et qui est cantonnée dans la circulation porte; tous les produits de cette destruction passent donc par le foie. Cette destruction est due à des substances étrangères introduites dans le sang par l'absorption intestinale. Dans l'anémie pernicieuse, le pourcentage de l'hémoglobine est bien supérieur à ce qu'il est dans l'anémie simple et la chlorose; de plus, l'alcalinité du sang est diminuée. L'urine est foncée dans l'anémie pernicieuse; dans l'anémie simple, au contraire, l'urine est pâle et aqueuse. Enfin les troubles du foie sont accusés par un léger degré d'ictère des conjonctives. Puisque je considère l'anémie pernicieuse comme une maladie infectieuse localisée au canal digestif, je crois qu'on doit surtout faire porter le traitement sur le tube digestif. On aura recours au naphthol, au salol et à l'arsenic.

M. Bristowe. — Je crois que l'anémie pernicieuse comprend plusieurs affections différentes relevant de causes diverses.

M. White. — Voici un homme atteint de leucocythémie splénique ; le traitement par l'arsenic a ramené le sang à son état normal; mais le foie et la rate sont encore hypertrophiés et le sujet est toujours bien malade.

Au point de vue de l'anémie pernicieuse, je puis confirmer les conclusions de M. Hunter. J'ai trouvé, en effet, dans 41 0/0 des cas des vomissements et dans 34,5 0/0 de la diarrhée. Cependant à l'autopsie, on trouve toujours que le tube digestif est sain. La couleur foncée de l'urine peut manquer. Dans certains cas, le foie renferme un excès de fer. Le plus souvent, les malades atteints d'anémie pernicieuse présentent une série d'améliorations sous l'influence de l'arsenic, puis finalement succombent.

Aphasie.

M. Beevor a relaté le 27 mars, à la Société médicale de Londres, l'histoire d'un homme de 50 ans qui tomba sur le côté gauche de la tête et perdit connaissance pendant une heure, puis il put revenir chez lui. Il eut alors de vives douleurs dans la tête. Le lendemain il fut endormi, apathique, sans paralysie nette. Au bout de quatre jours il entra à l'hôpital ; à ce moment il pouvait parler, mais très mal et en disant beaucoup de choses inintelligibles. Il comprenait les ordres parlés et écrivait tout; mais il ne pouvait comprendre les ordres écrits et ne pouvait répéter les mots prononcés devant lui; il ne pouvait écrire sous la dictée, ni copier des caractères imprimés. Ce malade guérit en trois semaines. Il s'agissait probablement d'une hémorrhagie méningée au niveau du centre visuel des mots, c'est-à-dire au niveau du gyrus angulaire sus-marginal.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 25 mars 1893.

Emphysème sous-cutané.

M. Silberstern a fait une communication sur les différentes formes d'emphysème sous-cutané.

L'emphysème spontané est dû toujours à l'activité des micro-organismes possédant la propriété de former des gaz. Telle est l'origine de l'emphysème sous-cutané qu'on observe quelquefois après la diphthérie, la pneumonie, dans l'œdème malin, la gangrène foudroyante. Pour la même raison, une pleurésie purulente peut se transformer en pyo-pneumothorax sans qu'il existe une communication entre la plèvre et les poumons.

Parmi les affections du tube digestif pouvant se compliquer d'emphysème, il faut citer l'ulcère de l'estomac et la rupture spontanée de l'œsophage. La rupture spontanée de l'œsophage s'accompagne constamment d'emphysème qui, par contre, est rare dans les perforations de cet organe par un corps étranger. La raison de ce fait, c'est que dans le premier cas la rupture siège au niveau du cardia et que le sphincter est paralysé chez ces individus, le plus souvent alcooliques. Dans ces conditions, les gaz de l'estomac arrivent facilement au niveau de la lésion et provoquent ainsi l'emphysème.

L'emphysème mécanique par rupture des alvéoles pulmonaires sous l'influence des efforts de toux, etc., s'observe le plus souvent à la suite des inflammations interlobulaires ou médiastinales. La perforation des cavernes tuberculeuses donne lieu à un pneumo-thorax et très rarement à de l'emphysème généralisé. Par contre, l'actinomycose du poumon, bien plus fréquente qu'on ne le croit, s'accompagne fréquemment d'emphysème sous-cutané. Dans un cas de ce genre observé par M. Silberstern, l'emphysème avait envahi tout le corps, les conjonctives et la muqueuse buccale y comprises. Dans le cas en question où l'actinomycose occupait le sommet droit, le champignon rayonné avait passé de la muqueuse respiratoire au tégument, en laissant sur son passage des fistules en parties oblitérées.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Indications et résultats éloignés de l'uréthrostomie périnéale, communication au Congrès de chirurgie, par M. le professeur A. Poncet (Lyon).

Au dernier Congrès de chirurgie j'ai appelé l'attention sur une nouvelle opération que j'avais pratiquée cinq fois chez d'anciens urinaires et qui me paraissait devoir trouver de temps à autre des indications précises. Mes observations se sont depuis lors multipliées et je désire vous entretenir aujourd'hui des indications et des résultats éloignés de cette intervention chirurgicale.

Laissez-moi tout d'abord vous rappeler que, sous le nom d'uréthrostomie périnéale, il faut entendre, comme le nom l'indique, la création, dans la région périnéale, d'un méat contre nature. Par une incision qui est la même que celle d'une uréthrotomie externe, pratiquée en arrière des bourses, avec ou sans conducteur, on va à la recherche de l'urèthre. Le canal mis à nu est incisé sur une partie de sa longueur et si nous supposons, ce qui est le cas le plus fréquent de l'uréthrostomie, un rétrécissement étendu, l'urèthre découvert est ensuite incisé transversalement, perpendiculairement à sa direction, immédiatement en arrière du rétrécissement ou quelquefois en plein rétrécissement. Des deux bouts ainsi obtenus, un seul nous intéresse vraiment, c'est le bout postérieur, par lequel la miction doit se faire dorénavant. On le dissèque alors sur une hauteur de 10 à 12 mm., on incise sur une hauteur égale sa paroi inférieure et on suture les bords de cette ouverture uréthrale de forme triangulaire avec les lèvres voisines de l'angle inférieur de la plaie périnéale. Quant au bout inférieur, il est abandonné dans la plaie, dont les bords sont également réunis par des sutures.

Par la création de ce nouveau méat qui transforme l'opéré en une sorte d'hypospade périnéal, on sacrifie ainsi, au point de vue fonctionnel, une étendue plus ou moins considérable du canal uréthral.

Cette opération est donc toute différente de celles qui, bien connues sous les noms d'uréthrotomie interne, externe, d'uréthrectomie, d'uréthroplastie, ont pour but le rétablissement normal de la fonction, en conservant à l'urèthre sa continuité, sa longueur. Ces dernières méritent à juste titre le nom d'opérations conservatrices, par opposition à l'uréthrostomie, dans laquelle les deux tiers antérieurs, au moins, du canal sont sacrifiés.

Elles constituent, on le sait, d'excellentes opérations, dont les indications, les contre-indications sont loin cependant d'être toujours des plus nettes, et il est permis encore d'hésiter sur l'opportunité de l'une ou de l'autre. Quoi qu'il en soit de ces méthodes chirurgicales appliquées à la cure des rétrécissements de l'urèthre, un fait n'en reste pas moins établi : c'est que, dans la très grande majorité des cas, l'opéré, pour maintenir le résultat obtenu, pour ne pas être exposé à une récidive stricturale que l'on doit considérer comme fatale, est dans l'obligation de se sonder de temps à autre. Parfois, malgré ces cathétérismes répétés et *a fortiori* sans eux, le rétrécissement se reproduit, des accidents urinaires éclatent et une nouvelle opération devient nécessaire. Des observations de ce genre ne sont pas rares, surtout dans la clientèle hospitalière. Ce sont elles précisément qui m'ont engagé à recourir à l'uréthrostomie.

Dans cette note, je n'ai pas un seul instant la pensée d'opposer l'opération que je propose à l'uréthrotomie, à l'uréthrectomie, etc., mais je crois que, dans certains cas déterminés, on doit donner la préférence à la création méthodique d'un méat périnéal. Les indications ne sont autres que les contre-indications des méthodes de traitement usitées jusqu'à ce jour. Elles relèvent de la gravité de la lésion locale et non moins de l'état général du sujet.

Au premier rang des indications de l'uréthrostomie se placent la nature, l'étendue, etc., du rétrécissement, et l'inefficacité, démontrée par des récidives, du traitement chirurgical suivi. C'est ainsi que certains rétrécissements traumatiques consécutifs à des ruptures de l'urèthre avec destruction du canal sur une plus ou moins grande longueur, peuvent réclamer l'uréthrostomie, surtout lorsque, malgré une première opération sanglante : uréthrotomie externe, uréthrectomie, le malade s'est de nouveau rétréci et passe à l'état d'urinaire. Il en est de même des rétrécissements blennorrhagiques anciens déjà opérés une ou plusieurs fois et qui, le plus souvent, par défaut de sondages réguliers, se reproduisent et s'accompagnent d'accidents locaux également récidivants, infiltration, abcès urineux, etc.

Dans le cas de pyélo-néphrite ascendante, lorsque le malade est une sorte de *noli me tangere*, chez lequel il faut particulièrement redouter des manœuvres chirurgicales répétées, telles que cathétérismes fréquents, sonde à demeure, l'uréthrostomie est l'opération de choix. Chez de tels sujets, le mieux est l'ennemi du bien, et en voulant conserver la miction normale, on court le risque de les voir succomber.

On se décidera d'autant plus volontiers à pratiquer cette opération qu'il s'agira de sujets âgés, chez lesquels le côté urinaire ne saurait être mis en parallèle avec le côté génital, je veux dire par là qu'il faut, chez eux, avant tout, rendre facile l'évacuation de la vessie et laisser au second plan le rôle des vésicules séminales. Il est bon, du reste, de prévenir le futur uréthrostomisé des conditions nouvelles dans lesquelles va le placer l'opération, c'est la conduite que j'ai constamment suivie. J'ai toujours mis mes malades au courant du résultat définitif que je cherchais. Tous, plus ou moins tourmentés depuis des années par leur urèthre, ont accepté rapidement l'opération. Suivant l'expression de l'un d'eux, ils avaient acquis la conviction que « le tuyau était toujours assez long, pourvu qu'il fût en bon état, et que c'était un médiocre plaisir de se voir uriner par le bout de la verge, quand il fallait se donner tant de peine et tant souffrir ».

Les deux grandes indications de l'uréthrostomie relèvent donc de l'incurabilité de certains rétrécissements qui ont résisté à une ou plusieurs uréthrotomies et du mauvais état des voies urinaires supérieures. Elle trouve dans l'âge plus ou moins avancé du malade, je ne dirai pas une indication, mais l'absence de contre-indications.

Mes uréthrostomisés depuis deux ans (j'ai pratiqué ma première uréthrostomie au mois de juin 1891), pour vieux rétrécissements récidivants, qui sont au nombre de dix, avaient la plupart dépassé la cinquantaine; et parmi eux s'en trouvent quatre âgé de 65 à 75 ans. Je tiens à faire remarquer que le plus grand nombre de ces opérations ont été faites à l'hôpital, c'est-à-dire dans un milieu où leurs indications doivent se présenter plus volontiers, par suite du défaut de traitement consécutif prolongé, suivi par les rétrécis. Il s'agit souvent, en effet, de pauvres diables qui sortent de l'hôpital, après une uréthrostomie, dans d'excellentes conditions. Pendant les premières semaines, les premiers mois, ils se sondent encore assez régulièrement suivant le conseil qui leur a été donné, mais bientôt par incurie, par défaut de sondes, ils abandonnent cette excellente pratique et ils deviennent ainsi des candidats à de nouveaux accidents urinaires dont l'échéance sera plus ou moins rapprochée.

Les rétrécissements de l'urèthre ne constituent pas

seuls l'indication de l'uréthrostomie. J'ai observé l'année dernière deux cas de tuberculose uréthrale que j'ai considérés comme justiciables de cette opération. L'histoire de ces malades, jeunes tous deux, l'un avait 34 ans, l'autre 18 ans, présente assez d'analogie au point de vue de la lésion et du traitement à instituer pour que je vous résume l'une seulement de ces observations.

Chez J. K..., âgé de 18 ans, la verge était en battant de cloche, et une induration phlegmoneuse datant de plusieurs semaines s'étendait du gland au scrotum. On eût pu croire à un chancre induré, mais à l'incision de la peau du pénis je tombai sur des fongosités gris-blafardes qui avaient disséqué au loin la peau du pénis et qui s'étaient complètement substituées au tissu spongieux péri-uréthral. Une sonde est introduite avec peine dans le canal qui est dans un véritable bain de fongosités ; il n'est plus représenté que par la muqueuse, du reste perforée en deux ou trois points par lesquels l'urine suintait lors de la miction. En cherchant à enlever, à détruire les fongosités, l'urèthre s'enlevait sous forme de larges lambeaux. L'étendue, la profondeur de cette tuberculose locale semblaient devoir nécessiter l'amputation du pénis, mais, en raison de l'âge du malade et d'autres considérations sur lesquelles je n'insiste pas, je me décidai pour l'uréthrostomie. Soit avec la curette, soit avec le fer rouge, je détruisis ces tissus fongueux qui s'étendaient en arrière des bourses, et j'abouchai au périnée un urèthre sain. Deux mois après, le malade quittait mon service guéri de sa tuberculose périnéale et urinant à volonté par son nouveau méat.

Il a ainsi conservé son pénis qui pourra très probablement lui rendre, en dehors de la miction, les services habituels.

Au point de vue du résultat définitif, je divise mes opérés en deux catégories :

1° Ceux chez lesquels le rétrécissement, nécessitant l'opération, existait seul, avec des lésions plus ou moins avancées de l'appareil urinaire.

2° Ceux, au nombre de trois, chez lesquels il existait en même temps une hypertrophie prostatique apportant de son côté des troubles de la miction.

Je désire auparavant faire remarquer, en ce qui concerne la gravité de cette opération, qui est, du reste, d'une simplicité extrême d'exécution, que pas un seul de mes opérés n'a succombé. Mon assistant, le Dr Jaboulay, a du reste, de son côté, pratiqué plusieurs fois l'uréthrostomie périnéale avec le même succès.

Chez les opérés atteints seulement de rétrécissement, la miction se fait par le nouveau méat dans les meilleures conditions depuis un temps variable, 6, 10, 15, mois et au-delà ; chez eux les troubles urinaires existants ont disparu après un temps plus ou moins long.

Chez les opérés porteurs en même temps d'une hypertrophie prostatique, j'ai conseillé un cathétérisme régulier que les malades pratiquent aisément eux-mêmes et qui, depuis lors, les met à l'abri des accidents si fréquents provoqués par l'évacuation incomplète de la vessie. Deux d'entre eux, dont l'état général est parfait, ont été opérés il y a 20 et 23 mois.

Le méat contre nature a, la plupart du temps, une tendance au rétrécissement. Il sera bon de prévenir le malade de cette éventualité, pour qu'il ait la précaution de le dilater par un cathétérisme pratiqué de temps à autre. L'uréthrostomisé urine accroupi ou mieux encore debout, un vase placé entre les cuisses.

Si la miction est parfaite, il n'en est pas de même de l'éjaculation, qui naturellement se fait en arrière du rideau scrotal. Je veux dire par là que le coït, toujours possible, ne peut être fécondant. D'après les renseignements donnés par quelques opérés, l'érection a lieu comme à l'état normal, et les sensations voluptueuses seraient les mêmes ou à peu près qu'avec l'urèthre ayant toute sa longueur.

De mes opérés, il n'en est pas qui regrettent de ne plus pouvoir uriner par l'extrémité de la verge.

Le méat périnéal leur assure une miction facile, et si l'orifice nouveau tend à se rétrécir, rien ne leur est plus facile que de lui maintenir ses dimensions, en introduisant de temps à autre le bout d'une sonde. Ils se trouvent ainsi désormais à l'abri des troubles de la miction et des accidents d'empoisonnement urinaire qu'ils connaissaient depuis trop longtemps par expérience.

M. Verneuil (Paris) a observé il y a déjà bien longtemps un vieux rétréci chez qui une uréthrotomie externe resta largement fistuleuse et qui s'en trouva très bien.

M. Kœberlé (Strasbourg) a observé un homme qui, ayant une fausse route consécutive à une rupture de l'urèthre, avait une infiltration d'urine. En présence de l'impossibilité du cathétérisme, M. Kœberlé fit l'uréthrotomie externe, et une série d'incisions dans les parties infiltrées. L'homme fut si content du résultat qu'il refusa de faire oblitérer sa fistule.

M. Severeanu (Bucharest) a soigné il y a quinze ans un adolescent qui s'était rompu l'urèthre dans une chute à califourchon et chez qui l'incision périnéale était restée fistuleuse. M. Severeanu fit une uréthroplastie périnéale, avec taille hypogastrique pour dériver temporairement l'urine, mais une fistule périnérale persista après la cicatrisation de la plaie hypogastrique et le malade se trouva si bien qu'il refusa toute opération autoplastique. Ces faits accidentels viennent complètement à l'appui de l'opération méthodiquement exécutée par M. Poncet.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

7e *session*, 1893.

Suppurations pelviennes.

MM. F. Terrier et H. Hartmann (Paris). — Les 59 observations qui servent de base à cette étude constituent la série complète (jusqu'à fin décembre 1892) des malades chez lesquelles nous avons pratiqué la laparotomie pour des lésions *indiscutablement suppurées*, cas où la présence du pus en foyer a été constatée au cours de l'opération.

L'âge de nos malades a varié de 20 à 44 ans, avec un maximum de fréquence de 24 à 26 ans. Le plus grand nombre avait eu des grossesses à terme ; 2 n'avaient fait que des fausses couches ; 17 seulement n'avaient jamais été enceintes. Dans un cas, les lésions suppurées ont semblé succéder à la pose d'un pessaire ou plutôt d'une tige intra-utérine ; dans un autre cas, à une dilatation utérine ; enfin, dans un troisième cas, l'utérus était bourré de petits fibromes.

24 fois la collection suppurée a été bilatérale ; 16 fois elle a siégé à droite, 16 fois à gauche ; dans un cas la collection intra-péritonéale n'a pu être rattachée à l'un ou à l'autre côté. Sur les 32 cas où la suppuration était unilatérale, 6 fois les annexes du côté opposé étaient *absolument saines*, 26 fois elles étaient malades. De ces 26 cas, 21 fois on a noté l'état exact des lésions : 10 fois il s'agissait de lésions inflammatoires légères, 3 fois d'une hydrosalpingite, 1 fois d'un hématome ovarien, 1 fois d'un kyste parovarien, 6 fois de lésions scléreuses graves, résultat probable de suppurations actuellement résorbées.

Le siège exact des lésions a été précisé 47 fois. Dans 1 cas il s'agissait d'une suppuration enkystée intra-péritonéale ouverte dans le rectum, dans 42 faits de foyers manifestement en rapport avec la trompe, dans 3 d'abcès exclusivement ovariens ; dans 1 *seul*, nous avons constaté l'existence d'une pelvipéritonite à loges suppurées multiples. Ce sont là des lésions bien différentes de la conception subjective des auteurs qui, pour prôner certain traitement des lésions suppurées des

annexes, ont donné des descriptions par trop convaincantes (1).

Si maintenant nous allons plus loin et si nous recherchons dans quelle partie de la trompe se développe la collection, nous voyons que c'est le plus souvent dans sa partie externe, que même dans 17 cas il s'agit de *suppuration localisée au pavillon* soit tubo-ovarienne (7 cas), soit tubo-intestinale (10 cas). Ces dernières, particulièrement intéressantes, ont été constituées 3 fois par des collections intermédiaires au pavillon et à l'anse oméga, 4 fois par des abcès intermédiaires au pavillon, au cæcum et à des anses d'intestin grêle, 3 fois par des abcès localisés entre le pavillon et des anses grêles.

Ces particularités dans le siège exact des lésions méritent d'être relevées; ces 10 cas de foyers en rapport avec l'intestin se trouvaient presque tous au niveau du détroit supérieur, loin de l'utérus par conséquent; ils nous expliquent ce fait, déjà constaté par tous ceux qui ont traité par l'hystéroctomie un certain nombre de suppurations des annexes, à savoir la non-ouverture possible d'un foyer. Ils nous montrent aussi que les suppurations péri-utérines peuvent s'ouvrir dans des portions d'intestins plus élevées que le rectum et qu'*évacuation d'un abcès par l'anus n'est pas le moins du monde synonyme d'ouverture d'un abcès dans le rectum.*

Tout en n'ayant pas toujours noté d'une façon précise l'état exact des adhérences des poches suppurées, nous voyons, dans nos observations, que 8 fois elles adhéraient à tous les organes de l'excavation, 21 fois à l'épiploon, 13 fois à l'anse oméga, 12 fois à l'intestin grêle, 10 fois au rectum, 8 fois à l'utérus, 8 fois à un des ligaments larges, 5 fois au fond du cul-de-sac recto-utérin.

Dans un certain nombre de cas il existait des lésions inflammatoires manifestes des organes voisins, en particulier de l'intestin (épaississement, friabilité, induration cartonnée, et même des perforations antérieures à l'opération (8 fois). Dans un cas il y avait même à la fois perforation de l'intestin et de la vessie, si bien que des matières intestinales passaient par la poche suppurée dans la vessie, s'y mélangeant à l'urine et donnant ainsi lieu à la production d'une variété peu connue de fistule intestino-vésicale (2).

Pour la libération des tumeurs inflammatoires, nous faisons comme tout le monde, travaillant à les décoller principalement avec l'ongle, recourant peut-être plus volontiers que d'autres au bistouri ou aux ciseaux lorsque les adhérences sont fermes et résistantes, ce qui tient à ce que nous opérons sous le contrôle de la vue et non pas seulement avec le doigt.

Lorsqu'au cours de l'opération nous trouvons une lésion de l'intestin, déchirure partielle ou complète des tuniques, perforation antérieure, nous en faisons la suture. Dans quelques cas complexes nous avons dû nous contenter d'assurer le drainage des parties voisines de la lésion.

Ce drainage, auquel nous avons eu recours dans 43 cas, est pratiqué avec de gros drains de caoutchouc désinfectés par l'ébullition dans de l'eau additionnée de sublimé. Lors de suintement sanguin persistant malgré la compression temporaire avec des tampons portés sur des pinces ou avec une compresse, nous avons eu recours à la cautérisation légère des parties avec le thermo et au tamponnement iodoformé fait avec une lanière de gaze que l'on tasse et dont on laisse sortir l'extrémité par la partie inférieure non réunie de la plaie abdominale.

La durée du drainage a été des plus variables, de deux jours à un mois et demi, en général d'une dizaine de jours.

Toujours nous avons soin de limiter le foyer mettant en rapport, les unes avec les autres, les parties mises à nu par la décortication et ramenant jusqu'à son niveau l'épiploon, que quelquefois même nous avons fixé par des sutures à la soie et que nous étendons ainsi au devant du paquet intestinal comme un tablier qui le sépare alors du foyer traumatique. Le fait de l'écoulement à l'extérieur des matières intestinales, qui s'est plusieurs fois produit dès le quatrième jour, montre bien qu'on arrive ainsi à créer un canal bien limité du foyer à l'extérieur, ce qui s'explique facilement lorsqu'on songe à la rapidité avec laquelle s'agglutinent les surfaces péritonéales.

Dans trois cas, l'appendice iléo-cæcal adhérent, enflammé ou même perforé, a dû être réséqué, les trois malades ont guéri, deux radicalement, la troisième en conservant une petite fistule pyostercorale.

Pendant toutes ces manœuvres, nous maintenons la malade dans la position élevée du bassin à laquelle l'un de nous, le premier à Paris, croyons-nous, a eu recours dès le mois de décembre 1890, position que nous n'avons pas tardé à employer d'une manière générale dans tous les cas.

Grâce à cette pratique, les intestins, sauf les anses adhérentes, tombent vers le diaphragme et laissent entièrement libre toute l'excavation dès lors facilement accessible non seulement au doigt mais aussi à la vue; c'est là un point sur lequel nous insistons, il faut dans ces opérations voir et bien voir ce qu'on fait, c'est la seule façon d'agir méthodiquement, de découvrir et de refermer les déchirures ou perforations de l'intestin, sinon d'une manière définitive, tout au moins pendant un temps suffisant pour être sûr que des adhérences protectrices se seront formées et que le liquide intestinal épanché sera isolé de la grande séreuse péritonéale.

Grâce à ces précautions, on peut, *voyant ce qu'on fait*, protéger efficacement les intestins, désinfecter les parties infectées et s'abstenir par suite de tout lavage abdominal.

Pour refermer l'abdomen, nous faisions au début la suture à un seul plan; ayant observé à la suite de cette pratique quelques cas d'éventration, nous l'avons abandonnée pour recourir, depuis le 12 avril 1890, à la suture à trois étages (péritoine, muscles et aponévrose, peau).

Le pansement consiste en *une compresse stérilisée* sur la ligne de suture, de la gaze iodoformée absorbante au niveau du drain, s'il y en a un, de l'ouate hydrophile stérilisée, de l'ouate ordinaire, le tout maintenu par une ceinture de flanelle fortement serrée.

Quant au traitement consécutif à l'opération, il consiste en grog ou en champagne frappé, auquel très rapidement, dès le deuxième ou le troisième jour, on adjoint du lait et de l'eau de Vichy. La morphine en injections sous-cutanées n'est donnée qu'à petites doses et pour calmer les douleurs. Nous ne cherchons pas à immobiliser les intestins; bien au contraire. A moins de lésion grave de l'intestin, nous donnons au moindre symptôme péritonéal, au moindre météorisme, un laxatif, le prescrivant en cas de vomissements sous la forme de limonade purgative glacée et administrée à doses fractionnées.

Si nous prenons en bloc nos 59 cas, nous voyons qu'ils nous donnent 7 morts, soit une mortalité générale de 11,86 0/0; mais si nous séparons notre statistique en deux parties, la première comprenant les opérations de 1888, 1889 et 1890, la deuxième les opérations de 1891 et 1892, nous trouvons que tandis que la première série nous donne 5 morts sur 28 cas, soit 17,8 0/0 de mortalité, la deuxième ne nous donne plus que 2 morts pour 31 opérations, soit 5,71 0/0 seulement de mortalité. C'est que depuis cette époque nous avons systématiquement cherché à opérer sous le contrôle de la vue en employant la position élevée du bassin.

Si nous comparons ces chiffres à ceux que donne l'hystérectomie vaginale appliquée aux mêmes cas, nous voyons qu'ils sont bien supérieurs, alors même que l'on fait aux hystérectomistes la partie belle, en comparant nos résultats *dans les cas suppurés* aux leurs *dans toutes les inflammations péri-utérines*, même en y comprenant les hystérectomies pour

(1) « Les collections purulentes du petit bassin ont pour centre l'utérus : à droite et à gauche, on peut trouver les trompes et les ovaires abcédés, en arrière le cul-de-sac de Douglas distendu, au-dessus des poches qui soulèvent les intestins protégés par l'épaisseur des néomembranes. Lorsque, par le morcellement, l'utérus est enlevé, on a, pour ainsi dire, fait disparaître la clef de voûte et toute la substruction s'écroule; pour prendre une autre image chère, dit-on, au promoteur de la méthode, on retire « la bonde » qui ferme toutes les collections; elles se vident... » Reclus, *Gaz. hebdom. de méd. et de chirg.*, 1891, p. 193; description reproduite textuellement par le même auteur dans le même journal, p. 512.

(2) La communication de la poche suppurée avec l'intestin n'est pas pour nous, on le voit, une contre-indication à la laparotomie. Lorsque M. Delbet écrivait en 1891 (*Des suppurations pelviennes chez la femme*, p. 429): « Les salpingites en communication avec le rectum rentrent dans la classe des tumeurs non extirpables », nous avions déjà opéré 5 malades évacuant du pus par l'anus et 1 porteuse d'une double communication de la poche avec la vessie et avec l'intestin; de ces 6 malades, 4 avaient guéri sans incident et nous ne possédions cependant pas encore la technique qui, comme on le verra, a notablement amélioré nos résultats. On est étonné après cela de dire que pour guérir ces abcès le même auteur a émis l'idée de détourner les matières fécales par un anus temporaire (Delbet, *loc. cit.*, p. 432). — On l'est encore plus lorsqu'on songe que la communication avec le tube digestif est quelquefois sur l'intestin grêle.

ovaires scléro-kystiques. M. P. Segond n'accusait-il pas, au dernier congrès international de gynécologie à Bruxelles, une mortalité de 11 morts pour 102 cas, dont 55 seulement étaient suppurés (1), mortalité portant probablement pour la plus grande part sur les 55 derniers cas. En effet, la première statistique publiée par ce chirurgien et contenant le détail des observations, nous montre que, sur 23 cas, les 4 morts avaient exclusivement porté sur des cas suppurés (2).

Faut-il donc craindre les *résultats éloignés?* Nous avons pu en revoir 46.

Or : 42 malades n'ont plus souffert depuis l'opération; 2 souffrent encore bien réellement ; 2 ont de petites douleurs de temps à autre ; aucune n'est immobilisée ; 22 n'ont jamais eu leurs règles ; 6 ont des règles irrégulières, 3 depuis le moment de l'opération, 2 après avoir eu pendant 10 et 11 mois des pertes, une après avoir eu deux pertes pendant la première année ; 3 ont des règles un peu irrégulières ; 3 les voient apparaître à 2 et 3 mois d'intervalle ; 2 ont eu des métrorrhagies qui ont nécessité un curettage secondaire ; 1 a des règles plus abondantes que normalement ; 1, après être restée un an sans rien voir, a eu des pertes pendant quelques mois, puis perd constamment un peu d'eau rousse ; 1 a de petites règles caractérisées par un écoulement d'eau à peine teintée.

Les résultats éloignés de la laparotomie sont donc en somme excellents. Le fait est d'autant plus intéressant que, sur les 46 opérées que nous avons pu suivre, il y en a 6 dont nous avons conservé les annexes d'un côté.

Quelles raisons invoquer dès lors en faveur de l'hystérectomie ?

L'éventration? Mais depuis que nous avons substitué à la suture à un seul plan la suture à étages, nous n'avons observé qu'un cas d'éventration. Il s'agissait d'une tousseuse habituelle, qui a eu, dans les jours qui ont suivi l'opération, une poussée de broncho-pneumonie.

L'impossibilité opératoire? Nous avons toujours pu opérer et nous croyons que ce qui n'est pas possible pour un chirurgien l'est pour un autre. La preuve en est dans notre dernière observation : dans une première laparotomie, le chirurgien d'un autre hôpital renonça à l'ablation des annexes; cette malade s'est présentée à nous; nous avons incisé de nouveau l'ancienne cicatrice, fait l'ablation des annexes et la malade a guéri.

La nécessité de faire une hystérectomie secondaire? Vraiment nous ne savons comment s'y prennent dans leurs laparotomies les prôneurs de l'hystérectomie pour trouver tant de cas où cette opération devient secondairement nécessaire. *Nous n'avons jamais été obligés d'y recourir* et cependant nous avons retrouvé la majeure partie de nos anciennes opérations (46 sur 52). Dans deux cas seulement une deuxième intervention a été nécessaire, elle a consisté en un simple curettage.

Le seul inconvénient que nous ayons constaté est la persistance dans quelques cas, sinon d'une fistule pyostercorale, tout au moins d'une *fistulette stercorale.* Encore n'avons-nous pas perdu l'espoir de guérir ces malades, lorsqu'elles voudront bien rentrer dans le service pour guérir leur petite infirmité, si peu gênante le plus souvent qu'elles ne tiennent pas, pour s'en débarrasser, à se soumettre à un nouveau séjour hospitalier (3).

Ces fistules ne sont du reste pas spéciales à la laparotomie, et elles peuvent s'observer aussi à la suite de l'hystérectomie vaginale qui de plus expose les malades aux lésions de la vessie et de l'uretère, lésions qui nous sont inconnues.

Que conclure de tout cela ?

Dans les suppurations salpingo-ovariennes, la laparotomie donne des résultats éloignés parfaits et comme sa gravité est moindre, comme elle permet, dans un certain nombre de cas, de conserver sans accident les annexes d'un côté, elle est bien manifestement supérieure à l'hystérectomie, car nous ne pensons pas que le fait d'éviter une cicatrice abdominale soit un motif suffisant pour permettre à un chirurgien d'augmenter les risques de mort de son opérée.

(1) D'après la *Semaine médicale*, 1892, p. 370.
(2) *Annuaire de gynécologie*, Paris, 1891, t. I. p. 161.
(3) Ajoutons que dans 7 cas nous avons observé une fistule stercorale temporaire durant de 3 jours à plusieurs mois et que dans deux cas nous avons vu une fistule purulente persister 11 et 13 mois, tous ces cas ayant guéri spontanément et définitivement.

L'hystérectomie vaginale mérite cependant d'être conservée ; elle est indiquée dans les suppurations, d'ailleurs rares, qui occupent, des deux côtés, le tissu cellulaire péri-utérin ; elle l'est aussi dans certaines pelvi-péritonites à loges multiples, heureusement exceptionnelles (1 cas sur 59).

Nous y avons eu recours 4 fois dans ces deux dernières années; une malade qui avait en même temps un fibrome est morte, deux sont radicalement guéries, une opérée depuis un mois et demi présente encore un peu d'élévation de température le soir et laisse écouler par le vagin une quantité de pus assez abondante.

Pour compléter ce que nous avons à vous dire sur les cas de suppuration péri utérine qui se sont présentés à nous, nous vous rappellerons que deux fois, en présence de foyers facilement accessibles par le vagin, nous avons eu recours à la *simple incision vaginale de la collection* qui a suffi pour assurer à ces malades une suppression complète des douleurs, persistant encore aujourd'hui après 18 mois écoulés. Peut-être aurions-nous pu y recourir dans un nombre de cas un peu plus grand; la persistance du maintien de la guérison nous engage à le faire dans l'avenir.

M. Broca (Paris). — Je ne veux pas insister ici sur les indications générales de la laparotomie dans les suppurations pelviennes, sur le parallèle avec l'hystérectomie vaginale : je ne saurais que répéter ce que vient de dire mon maître M. Terrier, à l'école duquel j'ai appris tout ce que je sais en chirurgie abdominale. Mais pour apporter ma contribution au débat, je relaterai les opérations pour suppurations pelviennes que j'ai pratiquées à l'hôpital Bichat pendant les périodes où j'ai eu l'honneur d'y suppléer M. Terrier.

Mes laparotomies sont au nombre de neuf, et elles se décomposent en : un drainage de la poche, huit extirpations menées à bien avec un décès.

Le cas où j'ai dû me contenter de drainer la poche pourrait être compté en faveur l'hystérectomie. Je ne crois pas toutefois qu'il doive en être ainsi. Il est relatif à la première salpingite — suppurée ou non — que j'aie opérée, et pour mes débuts je suis tombé sur un cas tout particulièrement difficile, avec poche incluse dans le ligament large. J'ai essayé de décortiquer, avec quelques fautes dont je me rends compte maintenant, et constatant que j'allais, vu mon inexpérience, à un échec presque certain, j'ai préféré m'en tenir à l'acte dont je me sentais sûr, à la marsupialisation de la poche. Je pense que j'ai bien fait, et la malade a guéri : son état a été amélioré très nettement, mais les douleurs n'ont pas radicalement cessé.

Si j'analyse maintenant mon décès, le seul de la série, je constate que la mort y a été produite par une péritonite d'origine intestinale, une plaque noire existant sur le cæcum, en un point où j'avais rompu des adhérences. Peut-être l'aurais-je évitée si j'avais suturé, tout comme si elle était pénétrante, cette déchirure des tuniques externes. En tout cas, instruit par cet échec, j'ai depuis cette époque examiné toujours avec grande attention les anses intestinales que j'avais libérées : chez trois malades j'ai ainsi fait des entérorrhaphies, dont une pour une large déchirure complète, et toutes les trois ont parfaitement guéri, sans fistule stercorale.

La seule fistule stercorale que j'aie observée est relative à une femme dont je n'ai pas pu surveiller moi-même les pansements et chez qui on a laissé séjourner pendant quatre mois une mèche iodoformée : après son extraction, des matières fécales ont passé par la fistule, mais pendant quelques jours seulement.

Ce qui est plus fréquent, ce sont les fistules entretenues par le fil du pédicule : il est en effet impossible d'être certain de l'asepsie de ce pédicule, suppuré avant l'opération. Mais au bout de quelque temps, avec de la patience et parfois avec une tige de laminaire, le fil s'élimine et la guérison est radicale. Cela m'est arrivé deux fois : mais il faut ajouter que pendant le temps de la fistule, le reste de l'état local et l'état général étaient excellents.

Mes opérées ont été revues au moins quatre mois après l'opération et leur santé reste parfaite ; plusieurs ont été examinées localement et le palper bimanuel a démontré la souplesse de tous les organes et tissus du petit bassin.

Il ne s'agit là que de suppurations des annexes, et non point de salpingites non suppurées. Toutes les malades ont été opérées dans la position de Trendelenburg.

Si pour moi la laparotomie est l'opération de choix pour toutes les poches énucléables (trompes ou ovaires), je n'en suis pas partisan pour les pelvi-péritonites avec abcès du cul-de-sac de Douglas. Je l'ai faite une fois dans ces conditions, au début de ma pratique, et ma malade est morte Il y a quelque temps je me suis retrouvé en face d'un cas de ce genre que j'ai traité avec plein succès par l'incision du cul-de-sac postérieur sur la ligne médiane.

Il existe enfin des suppurations du tissu conjonctif péri-utérin, et si parfois elles se collectent en un abcès qu'on ouvre là où il pointe, dans d'autres cas elles forment des périmétrites diffuses. Dans un cas de ce genre, consécutif à un accouchement récent, j'ai fait l'hystérectomie vaginale, et si en morcelant l'utérus j'ai réussi à ouvrir l'intestin, je suis bien certain que j'ai laissé dans le bassin bien des poches purulentes. A part la fistule stercorale que j'ai créée, l'état de la malade n'a pas été modifié par mon intervention, et elle a succombé environ trois semaines après, à la continuation des accidents. L'autopsie a été impossible. Je n'en tire d'ailleurs pas argument contre l'hystérectomie, que je considère encore, malgré ses difficultés et son échec, comme étant dans l'espèce la seule méthode possible.

M. H. Delagénière (Le Mans). — Au congrès international de Bruxelles nous avons affirmé la supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie vaginale pour les cas de suppurations pelviennes. Je m'appuyais alors sur les résultats de dix-huit laparotomies pour lesquelles je n'avais eu qu'une mort. J'apporte aujourd'ui huit nouveaux faits de suppurations pelviennes graves. Quatre malades ont été traitées par la laparotomie et ont toutes guéri ; quatre ont subi l'hystérectomie vaginale, l'une est morte de l'opération ; les trois autres, d'abord très améliorées, au point que deux d'entre elles auraient pu être considérées comme guéries opératoirement, sont mortes plus ou moins longtemps après leur opération. D'ailleurs la statistique de M. Segond donne une mortalité de 10,7 0/0 pour ses hystérectomisées, tandis que nous n'avons que 4,5 0/0 pour nos laparotomisées. Au point de vue des résultats définitifs, sur mes 21 cas de guérison opératoire, une malade n'a pu être suivie, j'ai un cas de mort par tuberculose pulmonaire sept mois après l'opération, une simple amélioration chez une neurasthénique, trois malades non encore guéries mais convalescentes ; enfin quinze cas de guérison complète.

Nous en arrivons donc à conclure que : 1° la voie abdominale pour les cas de suppurations pelviennes est la voie de beaucoup la plus sûre ; 2° les résultats définitifs de la laparotomie sont incomparablement supérieurs à ceux de l'hystérectomie.

M. Boiffin (Nantes). — Dans 14 interventions pour suppuration pelvienne, il y eut deux morts, l'une par occlusion intestinale post-opératoire, volvulus du côlon ascendant constaté à l'autopsie, l'autre par déchirure de l'intestin dont la suture ne tint pas. Les résultats éloignés des sept laparotomies guéries sont très bons ; dans un cas seulement, il fallut un curettage complémentaire ; dans un autre, il y eut une petite éventration.

Dans un cas, un polype utérin sphacélé donna lieu à deux énormes collections dans les ligaments larges ; cette femme épuisée n'aurait pu subir sans grands dangers une opération longue et laborieuse, tandis que deux incisions inguinales permirent de drainer ces abcès.

De deux hystérectomies vaginales pour lésions complexes avec fistules intestinales, l'une a été bien portante pendant un an, mais elle eut alors une rechute grave exigeant le repos complet pendant plus d'un mois ; l'autre fut reprise de fièvre et de douleurs pelviennes au bout de deux mois ; elle fut gravement malade pendant cinq semaines.

Dans les pyo-salpinx simples, la laparotomie reste l'opération de choix ; dans les collections purulentes péri-utérines, il est ordinairement suffisant de faire une incision et de drainer ; enfin l'hystérectomie vaginale ne sera qu'une opération de nécessité, d'exception, pour les lésions anciennes, très complexes, avec fistules intestinales ou vésicales.

M. Pozzi (Paris). — Au point de vue des résultats, je m'en tiendrai à ceux de mes dernières années à l'hôpital. Il a été pratiqué par moi et M. Picqué, 162 laparotomies pour salpingites avec 3.08 0/0 de mortalité. On y compte 99 cas de lésions non suppurées, 0 mort ; 63 cas de lésions suppurées, dont quelques-unes très graves, avec 5 morts, soit donc 3.08 de mortalité totale et 7.93 de mortalité pour ces derniers. Donc, quoi qu'on en ait dit, c'est bien moins grave que l'hystérectomie. Ce n'est pas à dire que je repousse absolument l'hystérectomie ; mes conclusions premières sont trop radicales parce que je voulais opposer une barrière à un courant que je crois très mauvais.

J'arrive à quelques points de technique où je diffère de M. Terrier. Il est certain que si on veut opérer en y voyant, il faut ouvrir largement et employer la position renversée. Mais ne vaut-il pas mieux opérer par une petite ouverture en se fiant seulement, dans la majorité des cas, à un toucher très exercé? Je le crois, et je pense qu'au doigt, on reconnaîtra mieux la position exacte de la trompe, la nature et le siège des adhérences. Il faut donc se fier beaucoup au tact et, d'autre part, je suis partisan des incisions petites. Je me borne presque toujours à une incision de 5 cent., permettant de passer 4 doigts et même la main, et je protège l'intestin par une compresse ; je vais à la recherche du fond de l'utérus et, une fois ainsi repéré, je vais décortiquer la poche ; et quand on a le *plan de clivage*, cette décortication se fait vite et bien. Quant aux adhérences intestinales, on les reconnaît parfaitement au toucher ; il faut attirer au dehors la poche et l'adhérence résistante que l'on dissèque aux ciseaux en faisant l'hémostase au thermocautère promené sur l'intestin superficiellement. Quant à la position renversée, je n'y ai recours qu'exceptionnellement et alors je me borne à faire soulever les jarrets par les épaules de deux aides.

Je ne fais qu'exceptionnellement le drainage, pour hémostasier le suintement, et alors avec le sac de Mikulicz rempli de gaze faiblement iodoformée ; ou bien, lorsqu'il y a eu infection de la cavité pelvienne, par rupture de la poche, et alors je le fais précéder d'un lavage. Quant à la suture, je vois avec plaisir que M. Terrier apporte aujourd'hui l'appui de sa haute autorité au procédé que j'ai préconisé le premier en 1887 et que j'ai été longtemps seul à employer.

Je considère l'hystérectomie comme une ressource précieuse pour les suppurations anciennes et diffuses, sans poches énucléables. Dans ces conditions, je lui ai dû des succès inespérés. Une autre indication rare et qui diminue avec l'habileté du chirurgien, est fournie par les adhérences très étroites et dures pour lésions anciennes non suppurées. Mais, quoi qu'on en ait dit, ces cas sont très rares. Quelquefois l'hystérectomie est indiquée après certaines laparotomies qui ont laissé dans le ventre des masses adhérentes et douloureuses. Mais l'inverse est vrai et j'ai fait, pour les mêmes motifs, des laparotomies secondaires à l'hystérectomie. Enfin, lorsqu'après laparotomie il persiste une fistule qui résiste à la recherche du fil avec une laminaire, on doit quelquefois faire l'hystérectomie ; mais ici encore l'inverse est vrai et, l'an dernier, j'ai laparotomisé une femme à qui l'hystérectomie avait laissé une fistule persistante.

M. Michaux prend la défense de l'hystérectomie d'après 25 cas, avec 2 décès seulement. Dès sa thèse, M. Lafourcade va réunir 375 hystérectomies avec 8.50 0/0 de mortalité ; tandis que sur 376 laparotomies faites à peu près par les mêmes chirurgiens, il y a eu une mortalité de 15 0/0.

Trépanation pour hydrocéphalie.

M. Mauny (Saintes). — Il s'agit d'un enfant de 9 ans présentant, depuis trois ans, des accidents épileptiformes. Limitées d'abord au côté droit, les crises se généralisèrent et devinrent surtout plus nombreuses dans ces derniers temps (Il y en eut jusqu'à 25 par 24 heures). La vie était directement menacée en raison de l'affaiblissement progressif de l'enfant qui était devenu flasque, vacillant et ne vivant plus en somme que de la vie végétative.

En présence d'un cas où il semblait exister une localisation du côté des circonvolutions ascendantes gauches, je fis porter la perte de substance osseuse à gauche, croisant le sillon rolandique. J'agrandis l'ouverture à la pince gouge, sur une étendue de 8 centimètres environ, et incisai la dure-mère dans le sens antéro-postérieur. Je ne découvris aucune lésion appréciable et mon action se borna simplement à donner issue à une assez grande quantité de liquide encéphalique. Une ponction aspiratrice du ventricule latéral donna peu de liquide. Le manteau cérébral s'affaissa et la décompression ainsi obtenue amena une disparition des crises pendant cinq

jours. Les accidents se montrèrent de nouveau et plus intenses que jamais dès que cessa le suintement céphalique.

Le petit malade succomba le 17e jour dans un état de prostration marquée, sans fièvre ni vomissements. Il n'y eut pas de méningite et l'issue fatale a été amenée ici par la reproduction du liquide encéphalique et l'hypertension cérébrale. La reproduction rapide du liquide est en effet du plus fâcheux pronostic dans toutes les opérations qui ont pour but de desserrer le cerveau (méningites aiguës, apoplexies séreuses, tumeurs intra-cérébrales). La grande difficulté consiste à prévenir le suintement trop abondant.

Si les faits analogues à celui que je viens de rapporter ne plaident pas, jusqu'ici du moins, en faveur de l'intervention, la crâniectomie n'en restera pas moins une opération justifiée dans certaines formes d'hydrocéphalie, ne serait-ce que pour mettre les malades dans les dernières chances de salut. Mais il faut d'autres faits pour juger la question.

M. Broca (Paris). — A propos de ce fait, je donnerai d'abord des nouvelles de l'enfant auquel en septembre 1890, le premier en France, je crois, j'ai fait le drainage du ventricule latéral. Il est resté idiot, mais la contracture pour laquelle je l'ai opéré n'a pas reparu. J'ai répété depuis cette intervention, presque à mon corps défendant, pour un cas d'hydrocéphalie rapidement progressive consécutif à l'extirpation — que j'avais faite quelques semaines auparavant avec plein succès — d'un spina bifida sous-occipital. L'enfant est mort épuisé en quelques heures, par écoulement excessif du liquide céphalo-rachidien.

M. Calot (Berck-sur-Mer) a traité par les ponctions répétées (30 fois) un enfant qui de la sorte a été très amélioré. Depuis, cet enfant a subi à Berlin une ponction avec un gros trocart et il est mort pendant l'opération.

M. Piéchaud (Bordeaux). — L'observation que vient de faire connaître le Dr Mauny et la plupart de celles qu'on a publiées ne permettent pas de juger encore l'intervention chez les hydrocéphales et elles établissent même jusqu'à présent que cette intervention ne saurait être considérée comme innocente.

La trépano-ponction simple a sa raison d'être, puisqu'elle s'adresse à des lésions d'un pronostic fort grave. Mais l'application n'en peut être réservée à tous les hydrocéphales.

L'ossification du crâne semble s'opposer à l'intervention et cependant, si les sujets ossifiés sont condamnés comme les autres à la mort prochaine ou à des accidents nerveux considérables, faut-il les abandonner? C'est ici qu'intervient avec une certaine utilité la crâniectomie. Cette opération largement faite établit une large surface dépressible capable de revenir sur elle-même et de se prêter au retrait des centres nerveux quand on les ponctionne. La trépano-ponction simple chez les ossifiés sera par contre le plus souvent dangereuse.

Mais est-il prudent de faire dans la même séance crâniectomie et ponction ? La crâniectomie et la ponction sont deux opérations graves et elles doivent être successivement faites, d'autant que la crâniectomie seule suffira quelquefois pour décomprimer les centres et que, si la ponction avec drainage doit être faite plus tard, la crâniectomie aura laissé une voie prête pour l'introduction du trocart. La ponction simple et plusieurs fois répétée paraît inférieure à la ponction suivie de drainage.

L'auteur de cette communication donne à l'appui de son opinion une observation d'hydrocéphalie traitée par la crâniectomie.

Tuberculoses du pied.

MM. Mondan (Lyon) et **Audry** (Toulouse) étudient l'anatomie pathologique des tuberculoses du pied, d'après 167 pièces, toutes provenant de la clinique d'Ollier.

25 fois (variés) il n'a pas été possible d'indiquer exactement le point de départ de la lésion.

Restent 142 cas avec : 29 fois une origine synoviale; 113 fois une origine osseuse.

Il faut d'ailleurs tenir compte du fait que l'on ne possède pas de document absolument rigoureux à cause du grand nombre des cas guéris sans intervention sanglante et sur lesquels on n'a pas de notions suffisantes.

Sur les 113 cas d'origine osseuse, on trouve :

1° *Cas où un seul os est malade* : calcanéum 40; astragale 29; tibia 13; péroné 2; cunéiformes 5; métatarsiens 5; cuboïde 4; scaphoïde 3;

2° *Cas où plusieurs os sont malades*; 3e et 4e métatarsiens, 1; cunéiforme et scaphoïde 2; cunéiforme et cuboïde 1; tibia et péroné 3; tibia et astragale 1; détermination impossible 4.

Calcanéum. — Lésions centrales fréquentes (28/40) avec les infiltrations, les cavernes et les séquestres ordinaires. Lésions périphériques le plus souvent caséo-fongueuses.

Astragale. — Lésions centrales 14 contre 7 périphériques siégeant soit dans le corps, soit dans la tête ou le col. Les lésions sont presque toujours ramollissantes, à l'encontre des précédentes.

Mortaise tibio-péronière. — Lésions centrales 12/21; d'ordinaire, on constate le séquestre cunéiforme classique; quelquefois (péroné) des formes térébrantes.

Petits os du tarse antérieur. — Prédominance marquée des lésions centrales, sauf pour le scaphoïde où, 5 fois sur 6, il n'a pas été possible de le découvrir sûrement; 4 fois, on n'a pas pu découvrir le point de départ exact de la tuberculose.

On peut distinguer :

1° La tuberculose des métatarsiens et des phalanges;
2° La tuberculose du tarse antérieur;
3° La tuberculose du calcanéum;
4° La tuberculose tibio-tarsienne.

M. Ollier (Lyon). — Le tarse est le point important dans la question qui nous occupe, et l'astragale en particulier l'os que nous devons considérer le plus. Au début, quand je voulais réséquer la tibio-tarsienne, je m'attaquais d'abord à la mortaise, puis j'agissais suivant les besoins sur l'astragale. Depuis 1878, j'ai constaté que l'ablation préalable de l'astragale est le vrai procédé; de la sorte on voit clair à ce que l'on fait et l'on a des résultats favorables parce que l'on fait des opérations complètes. Le désir de voir clair est la raison majeure, mais non la seule. Comme vient de le dire M. Audry, l'astragale est souvent le point de départ des tuberculoses du pied. En outre, pour les tuberculoses tibiales, c'est le seul procédé pour pouvoir conserver les malléoles après curettage, abrasion, tunellisation de l'extrémité inférieure du tibia. Or, pour avoir un pied solide, cette conservation est indispensable, et on ne peut pas compter sur une régénération suffisante. Mais c'est une opération qu'il faut faire lentement, sans violence; de la sorte on enlève aisément l'astragale tout entier; surtout on doit prendre bien soin d'enlever le bord postérieur de l'os. Une fois l'astragale enlevé, il faut poursuivre le tissu tuberculeux, sans craindre d'ouvrir les gaines qui sont souvent envahies; puis on touche la cavité largement au fer rouge. Ces opérations conservatrices sont surtout bonnes jusqu'à 25 ou 30 ans; mais il faut tenir grand compte de la gravité locale du cas, de l'état général plus ou moins florissant du sujet, et souvent on peut opérer des sujets bien plus âgés. Pour se déterminer entre l'amputation ou la conservation, pour porter un pronostic, il ne faut pas opérer ces malades dès qu'ils entrent à l'hôpital. Il faut les mettre au repos, avec une bonne nourriture, et souvent on obtient ainsi des améliorations telles qu'on peut conserver là où au premier abord on croyait devoir amputer. C'est aussi une opération qu'on doit pratiquer chez l'enfant, et je l'ai pratiquée avec succès chez des enfants de deux ans, et au point de vue de l'avenir il n'en résulte pas un raccourcissement progressif notable. Evidemment ce n'est pas, quoi qu'en ait dit Gritti, une opération à entreprendre pour toute tumeur blanche, dès le début, mais seulement dans les cas sérieux; en particulier l'existence d'une fistule, même petite et torpide, y est une indication. Le résultat fonctionnel est excellent.

M. Loyson (Lyon) insiste sur les indications de l'ablation de l'astragale, dont vient de parler son maître M. Ollier, et montre la nécessité de ne laisser marcher les malades que tard, et surtout tard sans appareil, si on veut obtenir un bon résultat fonctionnel et orthopédique.

M. Adenot (Lyon). — M. Ollier insiste sur l'origine osseuse fréquente des lésions tuberculeuses de la peau du pied. Ces lésions ressemblent au lupus, et en particulier au lupus végétant. Il faut les distinguer des ulcérations primitivement cutanées. Quelquefois la lésion osseuse est guérie, spontanément ou chirurgicalement. Ailleurs elle est encore en activité, et c'est à elle d'abord qu'il faut s'attaquer si on veut obtenir la guérison. Tant qu'elle n'est pas guérie, le lupus récidive. Or

pour trouver l'orifice fistuleux conduisant sur l'os malade, il faut le chercher, et avec soin, car souvent il est difficile à trouver, l'os n'étant ni gros ni douloureux. Il siège sur n'importe quel os, sur le scaphoïde et la tête du premier métatarsien surtout. On observe des faits analogues en d'autres régions, mais avec moins de fréquence. Dans son traité récent, M. Leloir croit que la lésion osseuse est secondaire ; en réalité elle est primitive.

M. Gangolphe (Lyon) a opéré une cinquantaine de cas. Chez l'enfant, il conseille l'arthrotomie ignée et le curage des foyers fongueux. De 10 à 30 ans, il préfère les résections typiques, qui lui ont toujours donné d'excellents résultats.

M. Pollosson (Lyon). — Dans le tarse antérieur, lorsque les deux massifs interne et externe sont pris, il faut évidemment faire la tarsectomie antérieure totale, mais lorsque la tuberculose n'atteint qu'un seul de ces massifs, faut-il faire la tarsectomie antérieure totale, dans un but orthopédique? Pour les arthrites du cuboïde, je crois, d'après deux cas, qu'il faut s'en tenir à la tarsectomie partielle (ablation du cuboïde et des têtes des deux derniers métatarsiens). Au contraire, pour les ostéoarthrites du massif externe, la tarsectomie partielle m'a donné un mauvais résultat orthopédique, et je conseille d'enlever le cuboïde même sain.

Le second point que je désire examiner est le suivant: quand il y a arthrite tibio-tarsienne, faut-il faire la désarticulation ou au contraire l'amputation au tiers inférieur ? Mes observations me permettent de penser que lorsque les fongosités n'ont pas envahi les gaines et ne remontent pas trop loin, on peut s'en tenir à la désarticulation. Le procédé de choix est alors celui de Syme, avec conservation du périoste calcanéen.

M. Poncet (Lyon). — J'ai observé deux cas de *tuberculose éléphantiasique* du pied, où j'avais cru d'abord à un néoplasme, à un épithéliome papillaire : l'examen bactériologique m'a démontré la nature tuberculeuse. Dans la forme ordinaire, mon expérience s'appuie sur plus de 500 opérations, comprenant des amputations partielles ou totales, des résections totales (4) ou partielles du tarse, des ablations de l'astragale (41), du calcanéum (22), etc., des opérations atypiques très variées.

Je pense tout d'abord que les moyens anciens (révulsion, cautérisation, immobilisation, etc.) sont mauvais. Ils font perdre un temps précieux, pendant lequel l'état général s'aggrave, l'économie entière s'infecte. Dès que le diagnostic est posé, il faut inciser sur le foyer douloureux et par cette porte largement ouverte agir suivant les besoins.

Laissant de côté les tuberculoses du métatarse et des phalanges, je m'occuperai seulement des tuberculoses du tarse, et je pense qu'à tout âge, même chez les vieillards si l'opération est précoce, elle pourra être économique si la lésion est limitée. Pour les tuberculoses anciennes, diffuses, à partir de 40 ans, il faut donner d'emblée la préférence à l'amputation partielle ou totale du pied. Chez trois réséqués de l'astragale de 35 à 45 ans, j'ai dû secondairement amputer la jambe. Entre 30 et 40 ans, quand plusieurs os sont atteints, l'amputation du pied, parfois de la jambe, sera l'opération de choix. De 25 à 30 ans, des opérations atypiques peuvent encore donner de bons résultats. Avant 15 à 16 ans et surtout avant 12 ans, l'amputation doit presque toujours être systématiquement rejetée.

Pour le massif postérieur du tarse, la résection reprend ses droits, qu'elle ne perd d'ailleurs pas même de 20 à 35 ans. Pour le tarse antérieur, l'évidement, le curettage donnent d'excellents résultats, surtout si on les combine à des cautérisations profondes au fer rouge, à des tunellisations multiples. Souvent il faudra revenir plusieurs fois à la charge.

Le traitement général doit être surveillé avec soin, mais il faut le considérer comme complémentaire.

M. Ch. Audry (Toulouse). — On admet (Verneuil, Billroth, Kœnig) que le pronostic des tuberculoses ostéo-articulaires présente au sujet de la survie définitive de l'individu une gravité considérable. En réalité, la tuberculose ostéo-articulaire est très certainement curable ou demeure silencieuse pendant un temps assez long pour qu'on puisse la considérer comme guérie. C'est une erreur de croire qu'après dix ans, on ne retrouvera plus ses opérés.

Si l'on considère seulement le pied, on voit que sur 120 individus dont nous avons pu comparer les observations pour une période variant de 18 mois à 30 ans (tous malades de la pratique du Dr Ollier) ; nous avons vu que 57 avaient présenté à notre connaissance des manifestations tuberculeuses autres que celles du pied ; 35 sont morts.

Sur ces 35 morts, 16 se sont produites pendant la première année qui a suivi le début du traitement ; 10 pendant la seconde ; les 13 autres ont succombé après un délai variant de 2 à 22 ans. (Les plus anciens après 18, 20, 22 ans). Or, il existe encore des opérés non tuberculeux (viscéralement) après 30 années et 28 années de survie.

Je pense que, de la sorte, on peut se croire autorisé à considérer le pronostic vital des tuberculeux du pied, et certainement aussi de ceux atteints dans les autres régions ostéo-articulaires, comme comparable à celui des cancéreux d'après la loi de Volkmann.

D'une façon complètement opposée à celle de M. Kœnig, nous admettons ce qui suit :

Les premiers mois, les deux premières années écoulées après le début du traitement chirurgical des tuberculoses ostéo-articulaires sont de beaucoup les plus dangereux. Mais le pronostic général va en s'améliorant avec le temps et l'on peut dire que les chances de guérison définitive sont en raison directe de l'ancienneté de la maladie.

M. Jaques L. Reverdin (Genève). — Le sujet du traitement des affections tuberculeuses du pied ayant été mis à l'ordre du jour du congrès, R... s'excuse de revenir sur un sujet qu'il a déjà abordé à deux reprises (Congrès de 1885, Congrès de 1892). Il rappelle le procédé d'extirpation de l'astragale qu'il a communiqué au Congrès de 1885, montre qu'il suffit d'ajouter à l'incision externe une courte incision verticale postérieure qui descend le long du bord externe du tendon d'Achille pour pouvoir très facilement enlever en totalité le calcanéum, ce qui est important, cet os étant très souvent atteint soit primitivement, soit secondairement. Le scaphoïde et le cuboïde peuvent aussi être enlevés, si on les trouve malades, par de très légères modifications de l'incision primitive. Il montre que dans les ostéo-arthrites du tarse postérieur, l'astragale est presque toujours malade et croit les cas susceptibles d'être traités par la simple arthrectomie fort rares.

Au point de vue fonctionnel, les résultats de la tarsectomie par le procédé en question sont très satisfaisants, sauf dans deux cas, dont un d'équinisme dû au manque de soins; il constata chez plusieurs opérés une tendance au varus, mais il établit que la section des tendons qu'il a, du reste, ordinairement suturés n'y est pour rien et qu'on doit l'attribuer à l'ablation de l'astragale; dans les tarsectomies étendues on ne l'observe pas. Il donne les résultats favorables de l'opération en se basant sur 16 cas personnels de tarsectomie postérieure pour ostéo-arthrites tuberculeuses, en conclut que l'opération est simple d'exécution, donne le plus de jour possible, permet à peu de frais la tarsectomie totale ou certaines tarsectomies compliquées et lui a donné de très bons résultats au point de vue de la guérison et au point de vue des fonctions.

M. Phocas (Lille). — La forme de la tuberculose varie selon l'âge, le degré de virulence des produits, l'état social, la nature du terrain, etc. ; elle doit commander le traitement et il n'est pas possible de donner une formule thérapeutique unique. L'immobilisation et la compression réussissent souvent chez l'enfant; les injections modificatrices et la méthode sclérogène employées quatre fois m'ont donné de bons résultats. L'évidement et la thermo-cautérisation réussissent souvent sur les petits enfants atteints de tuberculose osseuse avec fistule.

Chez les enfants plus âgés, j'ai recours aux résections; ainsi j'ai pratiqué trois fois l'astragalectomie, opération bénigne dans ses suites immédiates et excellente dans ses résultats. Deux fois j'ai pratiqué des tarsectomies très larges comprenant l'astragale, le calcanéum et la mortaise tibio-péronière dans un de ces cas, tous les os du tarse sauf une partie des cunéiformes dans l'autre. Les opérations datent de trois ans et de 10 mois. Les résultats consécutifs ne laissent rien à désirer et donnent un pied bien supérieur à celui résultant de l'opération de Wladimirov.

Une fois j'ai pratiqué la résection du calcanéum. Enfin une fois j'ai réséqué le premier métatarsien. J'ai amputé une fois à la suite de deux récidives survenues à quelques mois de

distance, récidives qui ont compromis la vie. L'enfant a guéri. Je n'ai jamais eu de mort opératoire, et la mortalité consécutive est presque nulle, car je n'ai perdu qu'un seul enfant trois mois après une opération de grattage quand la plaie était fermée, de généralisation tuberculeuse (cet enfant avait en même temps un mal de Pott et il était très jeune).

M. Bœckel (Strasbourg) donne les résultats éloignés de trente tarsectomies pour lésions tuberculeuses. Il a fallu faire deux amputations secondaires. Il y a eu quatre décès tardifs par tuberculose (deux méningites tuberculeuses, deux phthisies). Sur les vingt-quatre survivants il y a, pour l'extirpation du calcanéum, dix guérisons définitives sur onze cas; pour l'extirpation de l'astragale (faite chez les très jeunes sujets), onze guérisons définitives sur douze cas; pour les tarsectomies totales, quatre guérisons définitives sur huit cas.

M. Auffret (marine) ne recourt aux opérations qu'après échec du traitement non sanglant. Les opérations doivent être plus larges quand il s'agit de tuberculoses du tarse. Lorsque le sujet a dépassé 25 ans, c'est à l'amputation qu'il faut avoir recours.

M. Potherat (Paris) relate un fait de désarticulation du pied par la méthode de Syme, pour tuberculose.

M. Le Dentu (Paris) a appliqué à un cas de tuberculose du pied l'implantation d'os décalcifié. Chez un jeune homme atteint de tuberculose de l'extrémité inférieure du tibia, M. Le Dentu, allant plus loin que Senn, puis que Kümmel, implanta un os décalcifié long de 7 centim. Depuis il a observé une jeune fille qui portait une tuberculose étendue du tarse postérieur et des parties molles. Il a enlevé le calcanéum, l'astragale, le scaphoïde, abrasé le cuboïde et les cunéiformes, curetté les parties molles et implanté deux gros morceaux d'os décalcifié; suture, drainage. L'évolution des plaies fut favorable, et au bout de quatre mois le pied était à peu près reconstitué; la malade pouvait marcher avec un appareil silicaté. Depuis cette époque, le résultat s'est considérablement amélioré. A un moment, on a pu craindre une récidive : tout s'est borné à un petit abcès superficiel. Aujourd'hui, 22 mois après l'opération, le pied est solide, et la malade porte un petit appareil pour combattre une tendance à un peu de valgus. C'est, en somme, une méthode à essayer, à condition que le périoste ait pu être au moins partiellement conservé. L'os décalcifié est préférable à la gaze aseptique, iodoformée ou autre, parce qu'il provoque une ostéogenèse plus intense et parce qu'il fournit un appui plus solide.

M. Ollier (Lyon) préfère la gaze iodoformée, à cause de l'action topique de l'iodoforme sur les tissus tuberculeux.

M. Moty (armée) communique l'observation de deux tuberculoses du pied, l'une sur un homme de 33 ans, l'autre sur un militaire retraité de 57 ans.

Le premier était atteint de tuberculose des deux premiers métatarsiens et a dû subir l'amputation du Lisfranc; il marche très bien, six mois après l'opération, et son état général s'est sensiblement amélioré.

Le deuxième fait remonter à quatre mois une tuberculose tarsienne grave du pied droit s'accompagnant d'ankylose des os du tarse et de trajets fistuleux multiples dans la région malade. L'état général, une arthrite sèche ancienne du genou du même côté, rendent l'amputation de la cuisse 1/3 inférieur nécessaire (28 octobre); actuellement ce malade est parfaitement guéri et marche bien avec un appareil. Les lésions anatomo-pathologiques des os du pied montrent que la tuberculose remonte à une époque déjà éloignée et que la tuberculose a débuté par les têtes osseuses ou les os spongieux.

Chez l'adulte et chez le vieillard il ne faut pas espérer la guérison naturelle et les opérations simples et radicales sont les meilleures. Le traitement général pré et post-opératoire est toujours nécessaire pour empêcher d'autres localisations ultérieures.

M. Campenon (Paris) a opéré treize cas de tuberculose du pied proprement dit chez l'adulte. Pour juger des indications thérapeutiques, il faut absolument tenir compte de certaines divisions. Une première résulte de l'existence ou non de suppuration, de fistules.

Mais il convient, surtout dans les cas supparés ou fistuleux, de distinguer les *ostéo-arthrites latérales* n'intéressant qu'un des bords du pied des *ostéo-arthrites transversales*, qu'elles suivent l'interligne de Chopart ou de Lisfranc.

Les ostéo-arthrites latérales sont avantageusement traitées par un large évidement à la curette tranchante de tout ce qui est atteint et suspect.

Les ostéo-arthrites transversales suppurées conduisent presque fatalement à des amputations qu'il importe souvent de ne pas trop retarder.

M. F. Villar (Bordeaux). — Il s'agit d'une jeune fille âgée de 29 ans, ayant des antécédents tuberculeux. Le début remonte à deux ans, époque à laquelle la malade se fit une entorse : quelque temps après survint un abcès sur le dos du pied, puis un second, un troisième, etc.

Lors de l'entrée de la malade, on constate que le pied est très volumineux, présente cinq orifices fistuleux qui mènent le stylet sur des os friables, cariés. La malade est très pâle et très amaigrie.

En présence de ces lésions étendues, une amputation de jambe semblait indiquée : la patiente s'y étant refusée catégoriquement, M. Villar pratiqua l'ablation des parties malades. Par des incisions combinées il extirpa l'astragale, le scaphoïde, le cuboïde, les trois cunéiformes, une portion du calcanéum et les cinq métatarsiens. Les suites de l'opération furent des plus simples : le *pied désossé* prit de la consistance et la malade quittait l'hôpital deux mois après l'intervention, les plaies étaient cicatrisées, le pied était solide.

On a rarement eu l'occasion de pratiquer des résections aussi considérables. Ce cas montre que des lésions même étendues des os du pied ne sont pas toujours justiciables de l'amputation.

M. Coudray (Paris). — J'ai appliqué la méthode sclérogène de Lannelongue à 16 cas qui sont 7 ostéites du cou-de-pied, 7 du tarse, 2 des phalanges. De ces observations, je conclus :

La tuberculose du pied, comme celle des autres régions, sera utilement combattue par la méthode sclérogène. On trouvera bénéfice à l'employer soit qu'on se trouve en face d'une tuberculose au début, et alors la guérison par sclérose pourra être obtenue ; soit qu'on ait affaire à une tuberculose à évolution plus avancée, dans ce cas la méthode sclérogène révélera le siège et l'étendue des lésions et permettra ainsi une intervention prompte et sûre.

M. Verneuil (Paris) résume ses opinions déjà connues sur l'absence de réunion après les opérations pour tuberculoses locales, et sur l'action pour ainsi dire spécifique de l'iodoforme. Il termine en préconisant l'action du chauffage périphérique pour les tumeurs blanches, pour celles du pied en particulier. Il a ainsi, par exemple, guéri en cinq mois un homme atteint d'une tumeur blanche du pied, non suppurée, il est vrai.

M. Albert (Vienne) adresse une lettre dont il est donné lecture et où il exprime son avis sur le traitement de la tuberculose du pied. Il est heureux de voir que de toutes parts, en Allemagne, on en vient à la thérapeutique conservatrice, abandonnant de plus en plus les résections typiques, contre l'abus desquelles, tout comme les chirurgiens français, il n'a cessé de s'élever.

M. V. Ménard (Berck-sur-Mer). — D'après les observations de six malades ayant subi des opérations variées sur le premier métatarsien, il a constaté que le talon antérieur est, selon les cas, conservé ou fonctionnellement supprimé dans sa partie interne. Il est conservé après les résections de la partie postérieure et de la partie moyenne du métatarsien ; il est supprimé lorsque l'opération a porté sur la tête du métatarsien ou sur l'articulation métatarso-phalangienne.

La suppression de la partie interne du talon antérieur est suivie d'une déviation de l'avant-pied en valgus.

Après l'amputation du premier métatarsien avec le gros orteil, il s'est produit un pied valgus total antérieur et postérieur sans troubles fonctionnels importants.

M. Delorme (Val-de-Grâce) ne peut partager les conclusions de M. Ménard. Il a fait plusieurs fois la résection de la tête du premier métatarsien et en a obtenu de bons résultats. Les déviations s'observent probablement parce qu'on n'a pas bien conservé les attaches des tendons.

Luxation congénitale de la hanche.

M. Coudray (Paris) a appliqué la méthode sclérogène à 80 cas environ de tuberculose chirurgicale dont 43 grandes

articulations. Les résultats indiqués déjà d'une manière générale au Congrès de 1892 se sont vérifiés et sont satisfaisants. Il montre une fille de 4 ans atteinte de luxation congénitale de la hanche qui a subi le traitement sclérogène, après manœuvres de réduction ou d'abaissement de Paci ; l'enfant marche depuis 13 mois ; la claudication, qui était très disgracieuse au moment de l'intervention, est très atténuée ; la hanche est solide, bien que les mouvements soient presque normaux, sauf l'abduction.

M. Broca (Paris). — Je suis heureux d'avoir entendu M. Coudray dire qu'il considère les manœuvres de Paci comme amenant l'abaissement et non la réduction. Je ne crois pas, en effet, que, sauf cas tout à fait exceptionnels, il soit possible de réduire par manœuvres externes une luxation congénitale de la hanche, et si j'en parle, c'est d'après les constatations anatomiques que j'ai faites au cours de 8 réductions par la méthode sanglante : toujours j'ai trouvé disproportion évidente entre la tête, qu'il m'a fallu parfois diminuer de volume, et le cotyle que j'ai toujours dû évider. De ce que je viens de dire, il résulte que je suis partisan de la réduction par la méthode sanglante ; sans doute, je suis loin de contester la valeur du cas de M. Coudray, et je ne suis nullement opposé à l'idée d'élever autour de la tête, à l'aide de la méthode sclérogène, un rempart ostéo-fibreux ; mais je crois qu'avant tout, au moins pour les cas sérieux, il vaut mieux commencer par la réduction. Je ne puis, en ce moment, parler des résultats éloignés : pour cela il faut des mois et même des années. Mais ce que j'affirme, c'est qu'anatomiquement la réduction est possible. On doit donc la pratiquer, et j'ajoute qu'on doit la pratiquer de bonne heure, de 2 à 4 ans. Mon expérience, en effet, m'enseigne que plus on attend et plus elle est difficile. J'ai opéré plusieurs enfants de 2 à 3 ans, et la réduction a été facile ; j'en ai opéré ce matin même une de 4 ans, et elle a été laborieuse ; j'en ai opéré, il y a quinze jours, une de 13 ans, et elle a été extrêmement laborieuse.

M. Lejars (Paris). — Il peut arriver qu'à un certain âge la hanche luxée devienne le siège d'accidents douloureux, et que la marche, jusqu'alors impossible, aisée même, devienne impraticable : dans ces conditions il est indiqué d'opérer. Nous sommes intervenus dans un cas de ce genre. Notre malade, âgé de dix-sept ans, atteint d'une luxation congénitale de la hanche gauche, était totalement impotent. J'employai un procédé mixte : longue incision externe ; détachement de tous les muscles pelvitrochantériens, suivant les indications d'Hoffa ; la tête luxée était aplatie, érodée, ramollie ; le cotyle, presque comblé, n'avait plus de bord. Je sectionnai la tête, j'arrondis le col, puis j'excavai à la gouge la cavité cotyloïde et je réduisis. Suture des muscles détachés au périoste et aux tissus fibreux péritrochantériens ; sutures en étages des parties molles sous-cutanées, muscles et aponévroses. Pas de drain. Extension continue. Réunion par première intention. Au bout d'un mois et demi, l'opéré se levait : il fut soumis dès lors à un massage et à une électrisation méthodiques. Il est retourné dans son pays, marchant bien et sans fatigue avec une canne. Opéré depuis dix-huit mois, il nous écrit que l'amélioration s'est maintenue et que, de jour en jour, la marche devient plus facile et plus régulière.

Pied bot.

M. Ch. Willems (Gand). — Le traitement des formes graves du pied varus congénital a été beaucoup simplifié par l'opération de Phelps, puisqu'elle permet souvent d'éviter les résections osseuses qui constituaient autrefois la seule ressource pour ces formes graves, mais qui sont des opérations bien plus compliqués et peuvent n'être pas sans inconvénients pour l'accroissement ultérieur du membre. J'ai pratiqué moi-même l'opération de Phelps une dizaine de fois, et constamment avec de bons résultats. Je fais habituellement une incision assez longue, descendant suffisamment sur la plante pour que je puisse sectionner à ciel ouvert l'aponévrose plantaire. La plaie est ensuite bourrée et abandonnée à la réunion secondaire.

Or, j'ai reconnu bientôt que cette manière de traiter la plaie offre le double inconvénient d'exiger un traitement consécutif long (il faut au minimum un mois pour que la cicatrisation soit complète), et de mettre à la face interne du pied un amas de tissu cicatriciel, dont la rétraction expose à la récidive. Ce dernier inconvénient a même déterminé quelques chirurgiens à abandonner l'opération de Phelps. C'est pour y parer que j'ai tenté d'obtenir, après cette opération, la réunion immédiate.

J'ai d'abord essayé de suturer la plaie perpendiculairement à la direction de l'incision, mais je n'ai pu affronter qu'incomplètement, par suite du peu de mobilité des tissus, et la plaie s'est réouverte. Je me suis adressé alors à la transplantation cutanée : j'ai pris sur l'avant-bras un grand lambeau, mesurant six centimètres sur cinq environ et je l'ai fixé dans la plaie. Le onzième jour, tous les points de suture ont été retirés ; le lambeau adhérait parfaitement.

Comme il est certain qu'un tel résultat pourra être obtenu presque toujours, comme il l'est pour d'autres plaies, je crois que nous avons dans la transplantation cutanée un moyen facile d'assurer la réunion primitive, d'abréger par conséquent le traitement et, en mettant au bord interne du pied le minimum de tissu cicatriciel, de diminuer d'autant les chances de récidive.

M. Panné (Nevers) lit un travail concernant sept observations de tarsectomies partielles par résection de l'astragale et ablation d'un coin osseux pris sur le bord externe du pied, aux dépens du calcanéum et du cuboïde. L'appareil plâtré fut appliqué une fois le redressement obtenu et pour le maintenir. Les résultats ont été satisfaisants dans tous les cas.

Urano-staphylorrhaphie.

M. Le Dentu a traité jusqu'à présent 7 divisions accidentelles (dont 2 opératoires) et 23 congénitales, dont 17 ont été traitées jusqu'au bout, avec 17 guérisons. Comme accidents, une seule fois une hémorrhagie sérieuse. Il insiste surtout sur les points suivants :

1° Pour les becs-de-lièvre complexes avec saillie du promontoire, il conseille, contrairement à Trélat, de commencer par la restauration du bord alvéolaire ; et pour cela il a obtenu deux bons résultats par l'ostéotomie et le refoulement du promontoire, avec suture osseuse, par le procédé indiqué en 1873 par Duplay.

2° Pour l'instrumentation, il présente quelques instruments spéciaux qu'il a fait construire, en modification de ceux de Trélat.

3° Pour l'âge des sujets, il se rallie aux conclusions de Trélat.

4° Il considère l'opération en une séance comme devant être la règle, sauf lorsqu'on constate qu'un des deux lambeaux ou les deux manquent un peu de vitalité et d'épaisseur.

Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par la transplantation d'un lambeau pédiculé emprunté au tronc.

M. Paul Berger. — La cause des récidives si fréquentes à la suite des opérations pratiquées pour cette affection tient à la diffusion des lésions qui affectent, non seulement l'aponévrose, mais les tissus adjacents, notamment le tissu cellulaire, ainsi que l'a démontré Langhans. Pour guérir la rétraction, il faut donc extirper l'aponévrose palmaire, le tissu cellulaire adjacent et tous les prolongements que cette aponévrose envoie aux gaines tendineuses et aux parties latérales des articulations des doigts. Mais l'adhérence de la peau à l'aponévrose, dans les degrés avancés de la maladie, s'oppose à ce que l'on puisse découvrir et exciser l'aponévrose sans intéresser gravement les téguments. M. Berger préfère sacrifier délibérément ceux-ci dans toute l'étendue de la partie malade et, après avoir extirpé l'aponévrose et tous ses prolongements, recouvrir la perte de substance par l'autoplastie italienne modifiée, c'est-à-dire par l'application d'un lambeau de peau pris au tronc et laissé adhérent, par son pédicule, à son point d'origine jusqu'à sa parfaite adhésion avec la surface qu'il recouvre. Voici comment il règle cette opération.

1er *temps :* Dissection et excision de la peau de toute la moitié cubitale de la face palmaire de la main et, s'il le faut, de la face palmaire des doigts rétractés.

2e *temps :* Section, dissection et excision de l'aponévrose et de tous les tractus qu'elle envoie aux 4e et 5e doigts. Cette

dissection doit être poussée jusqu'à ce que les doigts soient redevenus complètement libres.

3e *temps :* Dissection d'un lambeau, délimité à l'avance, pris sur l'hypochondre opposé à la main que l'on opère, et pourvu d'un pédicule supérieur; fixation de ce lambeau par une suture soignée au pourtour de la plaie d'avivement.

Le membre est fixé contre le tronc par un appareil très simple composé de bandes roulées : l'immobilisation, en général bien supportée, est continuée jusqu'au 15e ou au 21e jour; à cette époque, on coupe le pédicule du lambeau et on libère le membre.

Quelques opérations complémentaires sont parfois nécessaires pour parfaire le résultat de cette opération. Ces résultats sont d'autant meilleurs qu'on les observe à une époque plus éloignée de l'opération; le lambeau, d'abord exubérant, finit par s'adapter parfaitement à la surface qu'il recouvre.

Des soins particuliers doivent être donnés en vue d'éviter les raideurs des doigts replacés dans l'extension. M. Berger présente trois malades opérés par ce procédé, il y a 18 mois, 6 mois et 2 mois. Il n'a jamais vu la rétraction se reproduire à la suite de cette opération.

Quelques considérations sur les plaies de l'œsophage.

M. A. Heydenreich (Nancy). — Les plaies de l'œsophage s'accompagnent parfois de troubles résultant de l'irritation des nerfs pneumogastriques et pouvant avoir un retentissement grave sur le fonctionnement du cœur. J'ai constaté ces phénomènes chez un avaleur de sabres, âgé de 28 ans, chez qui j'avais pratiqué antérieurement la taille stomacale pour retirer une cuiller à absinthe.

Cet homme, dans le cours de ses exercices, se fit une éraflure à l'œsophage avec un canon de fusil muni d'une mire. Il se plaignit de douleurs, de crachements de sang, d'impossibilité de la déglutition, de gonflement du cou. Ces phénomènes s'atténuèrent ensuite. Un mouvement fébrile persistait quand subitement, le douzième jour, la température tomba de 39°8 à 36°, puis deux jours après à 35°. En même temps, le pouls devenait faible et descendait à 50 pulsations et le malade présentait une dépression physique et morale et un malaise qui lui faisaient craindre une fin prochaine. Ces phénomènes persistèrent plusieurs jours, puis ils disparurent graduellement.

Ces phénomènes ne sauraient être attribués à l'inanition, car le malade prenait des aliments liquides en suffisante quantité. Je ne puis les expliquer que par une irritation transmise par les filets du pneumogastrique au tronc même du nerf; celui-ci a agi sur le cœur en ralentissant ses battements.

Cependant cet homme reprit le cours de ses exercices, dès qu'il eut quitté l'hôpital. Six semaines plus tard, je le retrouvais dans mon service agonisant. Il s'était introduit dans l'œsophage un tisonnier en fer terminé par un crochet et n'avait pu retirer cet instrument. Après des tentatives infructueuses faites par un médecin pour retirer le tisonnier, le malade était venu en chemin de fer à Nancy et avait été admis dans mon service. Quelques heures après, pendant la nuit, on s'était aperçu qu'il avait du râle trachéal et qu'il était à l'agonie. Il succomba vingt heures après l'accident.

A l'autopsie, je trouvai une perforation de l'œsophage, située à droite, à 8 centimètres au-dessous de l'ouverture du larynx, perforation à travers laquelle avait passé le crochet de l'instrument. La dissection de la pièce montra que ce crochet comprimait le nerf pneumogastrique droit, qui, à ce niveau, était rouge, congestionné. La mort était due évidemment à l'excitation prolongée de ce nerf qui avait déterminé l'affaiblissement des battements cardiaques et finalement l'arrêt du cœur.

L'autopsie a révélé, en outre, deux particularités curieuses. La partie supérieure de l'œsophage offrait un notable épaississement de ses parois, attribuables aux exercices habituels de cet homme. D'autre part, en dépit d'une taille stomacale pratiquée huit mois seulement avant la mort du malade, l'estomac ne présentait pas la moindre trace de cicatrice.

Plaie du cervelet.

M. Duplouy (Rochefort) publie un cas de plaie par arme à feu du cervelet sans aucun trouble fonctionnel, moteur, sensitif, sensoriel ou intellectuel, immédiat ou tardif. Ce fait concerne une femme alcoolique, qui s'était enivrée pour se donner du courage et s'était tiré un coup de revolver n° 7 derrière l'oreille droite. Il y a eu issue de matière cérébelleuse par la plaie. Guérison sans aucun incident, et elle se maintient depuis environ un an.

Kyste dermoïde de l'inion.

MM. Tillaux et Walther relatent un cas de kyste dermoïde de l'inion, c'est-à-dire aux environs de la protubérance occipitale. M. Lannelongue a consacré aux kystes de ce genre un chapitre de son livre sur les kystes congénitaux. Dans le cas actuel il y avait à la fois une poche extra et une poche intra-crânienne, cette dernière située entre l'os et la dure-mère. L'opération a été faite sur un homme de 34 ans, chez lequel la tumeur a commencé à se manifester à l'âge de 26 ans, en 1885; en 1887 débutèrent les troubles cérébraux; en 1888, opération par un confrère de province qui ouvrit la poche extérieure et n'osa pas aller plus loin; depuis, il a persisté une fistule, et de temps en temps survenaient des accidents nerveux lorsque le foyer ne se vidait pas. M. Walther fit l'ouverture large de la poche intra-crânienne après agrandissement suffisant de l'orifice crânien. La paroi a été touchée au chlorure de zinc, et non extirpée. L'état actuel est bon, mais la poche ne bourgeonne pas partout.

Les tumeurs de la paroi abdominale autres que les fibromes. Un cas de tératome.

M. Gross (Nancy). — Les tumeurs de la paroi abdominale sont une affection rare. On les réunit d'habitude dans une description commune, se rapportant plus spécialement aux fibromes que l'on observe le plus fréquemment. Bon nombre de ces derniers ne sont pas des fibromes *types*, mais contiennent une proportion d'éléments cellulaires fusiformes telle qu'ils constituent de véritables tumeurs *fibroplastiques*. Ce sont des fibromes en voie d'évolution et d'accroissement rapide qui peuvent récidiver après extirpation. On connaît une trentaine d'observations de *sarcomes fasciculés* ou *fibro-sarcomes*, et quelques exemples de *sarcome à cellules rondes*; M. Gross en rapporte un cas où la paroi abdominale antérieure entière a fini par être envahie. Après cette première série de néoplasies du type vasculo-connectif, formées par un tissu dont les éléments se trouvent dans la constitution du terrain où elles sont nées, M. Gross parle des tumeurs caractérisées par le mélange et la combinaison des néoplasies précédentes avec des éléments dont on ne retrouve pas les analogues dans la paroi abdominale, en particulier des *fibro-myomes*. Des tumeurs de ce genre ont été citées par Duchaussoy, Panas et Ledderhose. Sænger les considère comme de provenance du ligament rond, et Grætzer a attribué leur origine à des résidus embryonnaires du tube intestinal primitif, inclus dans la paroi abdominale. Les fibres musculaires lisses dérivant du mésoderme, il est inutile de rechercher aussi loin l'explication de la présence de ces éléments dans certains fibromes de la paroi abdominale.

M. Gross s'étend ensuite sur la description de quelques tumeurs à *structure complexe*. Il rappelle une observation de *cystosarcome*, dans lequel les cavités kystiques ont paru tapissées d'un épithélium à cellules cylindriques pareil à celui de certains kystes ovariques, puis la description d'une tumeur qui, analysée par Stilling, a présenté l'aspect d'un *sarcome avec dégénérescence carcinomateuse*. L'une et l'autre de ces néoplasies doivent être considérées comme des *tumeurs à tissus multiples*.

Récemment, M. Gross extirpa une tumeur de la paroi abdominale qui, au premier examen, a semblé être un fibrome riche en éléments cellulaires et qu'une étude ultérieure a montré de nature *tératoïde*. Dans sa plus grande masse, la tumeur se compose de tissu musculaire lisse et de tissu musculaire strié; elle renferme des kystes à structure complexe. On y trouve la plupart des épithéliums; quelques-unes des glandes du tube digestif; et M. Baraban, professeur d'histologie à la Faculté de Nancy, qui a fait l'analyse de la tumeur, estime que la tumeur se compose en résumé d'un *tube digestif imparfait et incomplet entouré de muscles lisses et de muscles striés*. Pour expliquer l'origine de cette tumeur, M. Gross discute successivement la théorie histogénétique des *cellules nodales* de Bard, la formation de la tumeur aux dépens des

débris de l'*épithélium germinatif*, la théorie embryogénétique de l'*enclavement* de Verneuil et Lannelongue, pour s'arrêter à l'hypothèse d'une formation tératologique par *inclusion abdominale*. Il conclut à la nécessité d'une étude minutieuse de toutes les tumeurs généralement confondues sous la rubrique de fibromes de la paroi abdominale. Un certain nombre de ces tumeurs ont manifestement une origine *congénitale*.

Kystes ovariques jumeaux. — Ovariotomie double sans choloroforme.

M. Largeau (Niort). — S'il est fréquent de rencontrer de petits kystes dans les deux ovaires, il est assez rare d'en trouver de très grands. Au cours d'une ovariotomie, après avoir enlevé un grand kyste de l'ovaire droit, je me suis aperçu que je n'avais fait exactement que la moitié de l'opération et qu'un grand kyste, symétrique absolument, se trouvait à gauche. J'ai fait la seconde ovariotomie sans plus de difficulté que la première.

Les deux kystes avaient pour origine le hile de l'ovaire ou les ligaments larges et ils avaient vraisemblablement une origine congénitale.

Un autre point intéressant et sur lequel je veux insister davantage, c'est que j'ai fait l'opération sans chloroforme, parce que la malade avait une affection cardiaque et redoutait beaucoup l'opération.

J'avais déjà fait l'ovariotomie, sans chloroforme, au mois de mai 1891. J'en avais fait ultérieurement deux autres plus difficiles et une hystérectomie abdominale avec pédicule externe pour des fibromes pesant 13 livres. Je m'étais aperçu ainsi que le péritoine est très peu sensible, comme on le sait déjà, et qu'on peut, sans douleurs vives pour la malade, mener à bien ces grandes opérations. Les suites n'en sont que meilleures, et je crois qu'on doit y recourir quand les malades atteintes d'affections cardiaques ou rénales ne peuvent subir sans grand inconvénient l'intoxication chloroformique.

Cholécystectomie.

M. Michaux (Paris) a pratiqué 8 cholécystectomies, dont une toute récente, et sur les 7 autres cas il a vu 4 fois la bile s'écouler par la plaie, malgré le soin avec lequel il pose ses ligatures sur le canal cystique, et de ce chef il a perdu une malade. Aussi ne peut il accorder que la réduction à pédicule perdu soit la cholécystectomie « idéale », comme l'a dit récemment M. Monod. La prudence conseille de mettre, du pédicule à l'extérieur, un drain ou une mèche de gaze iodoformée, et de la sorte on guérit radicalement presque tous les malades, ce qui, précisément, est « l'idéal ».

(*A suivre.*) A. Broca.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 *avril* 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

A propos de la vaccine.

M. Cadet de Gassicourt. — Dans la dernière séance M. Guéniot a posé la question suivante : comment se fait-il que, chez les sujets vierges de toute vaccination ou de toute variole antérieure, la vaccination n'engendre jamais la vaccinoïde ? J'apporte aujourd'hui un fait qui prouve que ce postulat n'est pas exact.

Il y a une trentaine d'années, j'ai vacciné une petite fille de trois à quatre mois, chez laquelle l'inoculation vaccinale a amené une papule qui n'avait aucun des caractères de la vaccine normale. Cette enfant n'avait jamais été vaccinée antérieurement ni malade. La mère n'avait pas eu la variole et n'avait pas été vaccinée pendant la grossesse.

Naturellement je n'ai pas voulu rester sur ce que je considérais comme un échec et j'ai fait deux ou trois tentatives nouvelles, chacune à quelques mois d'intervalle ; elles ont toutes été vaines. Plus tard M. Depaul vaccina lui-même cette petite fille et ne fut pas plus heureux que moi. En somme, cette enfant a été vaccinée huit fois, la dernière à l'âge de 15 ans ; toujours même résultat.

Ce fait me paraît démontrer que la vaccinoïde peut se développer, quoique très rarement, chez un enfant vierge de toute vaccine ou de toute variole antérieure et que la vertu préservatrice peut être égale au moins à celle de la vaccine la plus normale.

Typhus exanthématique.

M. Dujardin-Beaumetz. — Il existe actuellement, à Paris, trois foyers épidémiques de typhus exanthématique dont l'origine commune paraît être le Dépôt de la Préfecture de police, à savoir : à la prison de Nanterre, à l'infirmerie de la Santé et dans les hôpitaux, en particulier à l'Hôtel-Dieu.

A Nanterre, les premières entrées datent du 20 mars et le premier décès est survenu le 29 ; les cinq premiers malades ont été considérés comme atteints de grippe et de fièvre typhoïde ; mais à partir du 31 mars, M. Sapelier a rectifié le diagnostic et fait isoler les malades ; il y a eu jusqu'ici 26 malades, dont 11 ont succombé. Tous, sauf 2 cas intérieurs, provenaient du Dépôt.

De même, à la prison de la Santé, le diagnostic a été rectifié à partir du 3 avril et les malades isolés ; on y a compté 15 cas provenant du Dépôt, dont 8 décès, un seul cas intérieur.

A l'Hôtel-Dieu, c'est après une visite faite le 1er avril que les malades ont été isolés ; ils provenaient tous du Dépôt. Le service d'isolement a reçu jusqu'au 10 avril 13 malades sur lesquels il y a eu 2 décès ; 2 cas intérieurs, l'un chez un externe, l'autre chez un malade à proximité du lit d'un typhique.

D'après des renseignements tout récents, il y faudrait joindre d'autres faits analogues qui se seraient produits dans divers hôpitaux et un cas en ville chez une femme qui n'avait pas été au Dépôt.

Jusqu'ici, le premier cas paraît être celui d'un homme qui, après être venu à pied de Lille où existait, dit-on, une épidémie de typhus dans la prison depuis quelque temps, a séjourné au Dépôt et est entré à l'Hôtel-Dieu le 13 mars ; il a communiqué la maladie à son voisin de lit.

L'incubation semble être de 12 jours ; on constate dès le début de la céphalalgie, les yeux congestionnés, une hyperthermie très notable (40°), puis des symptômes ataxo-adynamiques très intenses, peu ou pas de troubles intestinaux, langue sèche et rôtie, puis apparaît une éruption variable ; la mort survient généralement du 8e au 9e jour. A l'autopsie, ramollissement de la rate, pneumonie secondaire, aucune lésion intestinale.

La transmission ne se faisant ni par l'eau ni par les matières fécales, elle a surtout lieu par le contact direct et par les vêtements et objets salis par les malades. D'où la nécessité de l'isolement et de la désinfection. Celle-ci a été faite au Dépôt et à la prison de la Santé avec une énergie et un zèle remarquables. Il faut, en outre, augmenter la ration de viande des détenus, leur faire fréquemment prendre des bains. Dans les hôpitaux, on doit créer des salles d'observation et des salles d'isolement. Ainsi l'on pourra bientôt être maître de cette épidémie qui, sur 62 cas, a jusqu'ici causé 25 décès.

M. L. Colin. — Je ne puis que confirmer les faits qui viennent d'être exposés. Mon impression, d'ailleurs, est que l'épidémie diminue singulièrement de gravité dans les prisons et qu'ici encore l'application méthodique et rationnelle des pratiques de l'hygiène montrera l'efficacité de celle-ci au point de vue de la prophylaxie du typhus exanthématique.

La plupart des prisonniers atteints avaient passé par le Dépôt ; c'est que la contagion y est facile, en raison de la promiscuité qui y règne entre un très grand nombre de personnes et que ceux qui y séjournent y gardent leurs vêtements ordinaires. Par contre, dans les prisons où il n'en est plus de même, les malades n'ont transmis la maladie qu'à un nombre exceptionnel de personnes qui ont été à leur contact direct. Ce qui démontre, d'une part, que l'individu n'est pas, par lui-même, l'organe de transmission, tant que sa maladie n'est pas déclarée, mais bien plutôt les objets qu'il porte sur lui et, d'autre part, qu'il y a lieu de prendre des mesures pour que les vêtements des personnes qui passent au Dépôt n'offrent plus aucun danger.

M. Lancereaux. — Les malades que j'ai observés à l'Hôtel-Dieu sont heureusement atteints d'une manière assez bénigne, 2 ont succombé sur 13; les autres sont en bonne voie de guérison. Je ne crois pas que cette épidémie soit née à Paris, et j'en veux pour preuve une épidémie de même ordre survenue cet hiver à Etrepagny, à la suite de l'arrivée d'un vagabond ; il y eut 15 malades.

MM. Rochard, Le Roy de Méricourt et **Ollivier** rappellent les diverses manifestations de typhus observées autrefois dans les armées et dans la marine ; ils insistent sur l'endémicité de cette affection en Bretagne ; peut-être l'épidémie actuelle vient-elle de cette contrée.

M. Dujardin-Beaumetz. — En l'absence de tous renseignements extérieurs, les premiers cas observés ont passé inaperçus ; on les a considérés comme étant dus à la fièvre typhoïde ou à la grippe. C'est pourquoi, dès que le diagnostic a pu être établi, j'ai pensé qu'il y avait lieu de ne rien cacher ni aux médecins ni à la population. Ainsi l'on a pu assurer presque aussitôt l'isolement et la désinfection.

M. Leloir. — Depuis deux mois existent dans la prison de Lille des cas assez nombreux de typhus exanthématique et depuis deux mois le ministère de l'Intérieur en a été prévenu. Cette épidémie est assurément due à l'encombrement, puisque la prison renferme 500 détenus au lieu de 170 qu'elle devrait seulement en avoir. Malgré les protestations du corps médical, les prisonniers malades ont été envoyés dans les hôpitaux généraux, d'abord dans les salles ordinaires, puis dans des salles soi-disant isolées, mais dont le personnel est commun avec les autres; il y eut aussitôt des cas intérieurs.

Les symptômes observés sont les mêmes qu'à Paris et peut-être l'épidémie parisienne actuelle est-elle la conséquence directe de celle de Lille !

M. Dujardin-Beaumetz. — Il est incroyable que le typhus existe depuis deux mois à Lille sans que l'administration supérieure, prévenue, n'en dise rien, et ne prenne aucun mesure sérieuse de prophylaxie ?

M. Leloir. — Je m'étonne, en effet, que personne n'en ait rien su dans les hautes sphères administratives, d'autant que tous les journaux de la région en parlent depuis longtemps. C'est moins intéressant qu'une élection.

M. A. Guérin. — Tout le monde n'est pas aussi favorisé par l'administration que M. Dujardin-Beaumetz. Je me rappelle qu'autrefois un médecin de Bicêtre fut suspendu pendant un mois et menacé d'être révoqué pour avoir dénoncé publiquement l'existence d'une épidémie dans son service.

M. Worms. — D'après ce que j'ai vu en Crimée lors de la formidable épidémie de typhus qui décima l'armée française, la durée de l'incubation de cette affection varie suivant la période de l'épidémie, jusqu'à devenir très courte à la fin de celle-ci. Il importe surtout, dans de telles circonstances, de nourrir le mieux possible les personnes qui sont en contact avec les malades : c'est à son alimentation très substantielle que l'armée anglaise, voisine de la nôtre, dut alors son immunité.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Weber, l'Académie établit comme suit la liste de présentation pour deux places de correspondant national dans la troisième division (médecine vétérinaire) : 1° M. Galtier (de Lyon); 2° M. Baillet (de Bordeaux); 3° *ex æquo* MM. Cornevin (de Lyon), Humbert, vétérinaire militaire, Laulanié (de Toulouse) et Neumann (de Toulouse).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 avril 1893.

Présidence de M. Ferrand.

A propos des oreillons.

M. Comby donne lecture de deux lettres avec observations de M. Guelliot, de Reims.

La première relate une observation, de congestion thyroïdienne, au cours des oreillons. C'est là une localisation rarement signalée.

La seconde lettre rapporte un cas d'œdèmes localisés multiples douloureux, au cours des oreillons.

M. Mathieu. — Dans la seconde observation, il est question de purpura avec crises gastro-intestinales. Or, dans le purpura rhumatoïde on trouve les mêmes symptômes, tels qu'œdèmes et crises gastriques.

Ictère grave hypothermique.

M. Hanot. — La haute élévation de la température est un des caractères fondamentaux de l'ictère grave classique ; dans quelques cas, au contraire, l'évolution se fait et la mort survient en pleine hypothermie. Un abaissement de la température apparaissant dès le début de la maladie avait déjà été noté par Wunderlich.

Je publie ici trois observations d'ictère grave avec abaissement de la température et cette hypothermie ne semblait pas résulter d'une intoxication urémique.

Observation I. — Ictère infectieux à forme typhoïde chez un alcoolique. Hypothermie; coli-bacilles dans les selles. Globules blancs à figures karyokinétiques sans bacilles. Guérison.

Obs. II. — Ictère chronique progressif, diarrhée, cachexie, hypothermie, mort. Hydropisie de la vésicule biliaire. Calcul dans le canal cystique. Cancer des voies biliaires. Colibacille dans tous les organes, trouvé dans la bile immédiatement après la mort.

Obs. III. — Embarras gastrique terminé par un ictère grave. Hypothermie. Mort en 16 jours. Coli-bacille dans le foie.

Macaigne, dans sa thèse, a réuni un certain nombre de cas d'ictères graves ou pseudo-graves par le coli-bacille.

Dans mes trois observations, l'ictère grave était survenu chez des individus dont le foie était altéré.

Il est donc permis de supposer que l'ictère grave hypothermique est dû à une infection par le coli-bacille, qui est l'ictère infectieux par coli-bacille.

Sur le terrain clinique, ces observations montrent aussi que l'ictère hypothermique coli-bacillaire peut être un ictère grave ou simplement un ictère pseudo-grave. Donc l'antisepsie intestinale méthodique et rigoureuse s'impose.

Un cas de choléra.

M. Gaucher. — Un malade est mort récemment dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine à la suite d'une attaque de *choléra vrai*.

Dans les selles riziformes examinées, on a décelé l'existence du bacille virgule. On ne sait d'ailleurs pas l'origine de l'infection dans ce cas; la salle où cet homme fut couché n'avait pas contenu de cholériques précédemment.

Cette observation est intéressante parce qu'elle est un cas isolé de choléra vrai.

Typhus exanthématique.

M. Bourcy rapporte à la Société deux cas de typhus exanthématique sur lesquels il désire revenir plus longuement dans une séance ultérieure.

M. Gaucher a vu récemment des cas de typhus exanthématique à Nanterre. Il est donc probable que bientôt on en verra dans nos hôpitaux.

M. Rendu. — Chez un malade de mon service dont le diagnostic était resté incertain jusqu'à ce jour, je crois maintenant à un cas de typhus exanthématique.

M. Chantemesse. — Il y a actuellement des cas de typhus à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Lancereaux. Je crois même qu'un externe du service a contracté la maladie par contagion.

(La question du typhus exanthématique est reportée à la prochaine séance.)

Goutte aiguë et tuberculose.

M. Galliard. — La tuberculose n'est pas exceptionnelle chez les goutteux chroniques cachectisés. Elle coïncide rarement avec la goutte aiguë.

L'observation que je rapporte est celle d'un homme qui, ayant eu deux accès de goutte aiguë et ayant contracté récemment une tuberculose pulmonaire, eût en même temps une pleurésie séreuse et un troisième accès de goutte aiguë. La convalescence fut marquée par de la polyurie et par une excrétion énorme d'acide urique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

THÉRAPEUTIQUE

Les bromures de potassium et de strontium (1), par le Dr X. Delmis.

Nous portons trop d'intérêt aux progrès de la thérapeutique pour n'avoir pas suivi avec la plus vive curiosité l'échange de communications qui s'est fait, depuis quelques mois, dans les divers Congrès médicaux, au sujet des effets thérapeutiques comparés du bromure de potassium et du bromure de strontium. Si nos éminents maîtres, A. Voisin, Legrand du Saulle et Falret, ont été les intronisateurs du bromure de potassium en France, ce journal s'est fait le vulgarisateur de leurs doctrines. Et nous avons cette satisfaction de constater, après tant d'expériences tentées et tant de résultats obtenus, qu'aucune de leurs prescriptions n'a été mise en défaut. Le bromure de potassium est demeuré le remède souverain dans le traitement des maladies nerveuses, en général, et de l'épilepsie en particulier. L'année dernière, cette vérité était magistralement constatée dans l'ouvrage de M. Féré (2) et, ici même, dans une revue critique de M. Gilbert Ballet (3). Mais c'est le propre de la science de ne pouvoir jamais s'en tenir à un résultat acquis et d'être toujours à la recherche du mieux. MM. Germain Sée, Constantin Paul (4) et Dujardin-Beaumetz (5) constatent la parfaite innocuité des sels de strontium et la tolérance du bromure de strontium par certains estomacs moins sympathiques aux autres bromures. Ces observations, venant confirmer celles de Vulpian, ont stimulé la curiosité des praticiens à l'égard de ces sels. Et parmi ceux-là mêmes qui préconisaient le bromure de potassium comme le seul efficace, il s'en est rencontré, tels que M. Féré (6), qui déclarent les observations faites sur la puissance thérapeutique du bromure de strontium comme intéressantes à constater : « si l'on considère, dit-il, que le bromure de strontium, d'après les essais faits pendant quatre mois, paraît remplir les indications du bromure de potassium à hautes doses dans les affections convulsives. »

Rappelant ses précédentes observations, M. le Dr Laborde (1) conclut à l'efficacité du bromure de strontium, qui, suivant lui, peut être substitué au bromure de potassium, notamment dans le traitement de l'épilepsie. D'autre part, les observations et les expériences, celles de M. le professeur G. Sée notamment, ont établi l'utilité des sels de strontium dans le traitement des affections de l'estomac, des reins et du cœur. Dans les dyspepsies gastro-intestinales, l'usage du bromure de strontium régularise la digestion, fait disparaître les douleurs si elles existent (la gastralgie et l'entéralgie) et, enfin, dissipe les flatuosités qui constituent un des principaux inconvénients de ces dyspepsies.

Dans la thérapeutique si pauvre des altérations rénales et de l'albuminurie, l'usage des sels de strontium et particulièrement du bromure, est appelé à jouer aussi, à l'avenir, un rôle précieux. Par l'administration de ce médicament, on diminue notablement les proportions d'albumine qui, souvent, même, arrive à disparaître ; la dyspepsie, la céphalalgie, qui indiquent un commencement d'intoxication urémique, s'atténuent, les œdèmes cessent de se produire. Enfin, le bromure de strontium est particulièrement indiqué chez les individus atteints d'affection du cœur, chaque fois que l'éréthisme de l'organe, les palpitations, les crises d'étouffements nécessitent l'emploi d'un sédatif.

Mais les justes défiances du praticien, si grandes à l'égard de la pureté des bromures de potassium, se sont montrées plus ombrageuses encore, et avec raison, à l'égard de la pureté des sels de strontium, toujours si difficiles à isoler des sels de baryte, dont la toxicité est à redouter. C'est ainsi que M. le Dr Lutaud signalait, récemment, deux accidents produits par l'ingestion d'un sel de strontium. Mais, en nous offrant les résultats de ses observations, M. Lutaud ne nous a pas dit si le médicament administré avait été préalablement soumis au procédé d'analyse signalé par M. Dujardin-Beaumetz et qui eût peut être amené la découverte d'une certaine proportion de baryte.

Quelle conclusion tirer de ces communications en apparence contradictoires? Cette conclusion est double.

La première affirme, une fois de plus, l'efficacité et la supériorité du bromure de potassium dans le traitement des maladies nerveuses. Le tableau comparatif dressé par M. le Dr Féré, touchant la toxicité des divers bromures, est un nouvel élément de démonstration à l'appui de cette précieuse méthode et maintient la suprématie au bromure de potassium bien préparé. Car, si la puissance thérapeutique d'un sel est en raison directe de sa toxicité, le rang qu'occupe, dans le tableau de M. Féré, le bromure de potassium, assure à ce dernier sel des avantages indiscutables sur les bromures d'ammonium, de strontium et de sodium. Cette étude comparative ne fait que constater ce qu'un passé expérimental de plus de vingt années a déjà démontré. La pratique aurait, cependant, grand tort de ne pas prêter l'oreille à une seconde conclusion, non moins évidente et qui propose aujourd'hui à la thérapeutique le bromure de strontium comme un succédané du bromure de potassium, dans le cas où le malade, saturé physiquement et moralement, voit son estomac se refuser à une plus grande ingestion du bromure de potassium. La précaution dans l'administration du bromure de strontium doit être plus sévère encore, puisque, ainsi qu'il a été indiqué plus haut, la pureté du produit ne s'obtient qu'avec les plus attentives précautions. Témoins des résultats obtenus, depuis vingt ans, dans la préparation du bromure de potassium, par les procédés d'analyse de M. Henry Mure, les plus grands praticiens ont demandé à cet habile chimiste de s'intéresser à ce progrès de la science, pensant qu'éclairé sur l'efficacité des bromures et la nécessité des sels associés, il pourrait, mieux que tout autre, préparer un produit qui, en donnant toute sécurité au praticien, assurerait au malade impatient du bromure de potassium le soulagement qu'on n'avait pu obtenir de ce dernier remède.

Leur attente n'a pas été vaine, et apres s'être enquis auprès des personnages les plus autorisés, après s'être inspiré des prescriptions de ces grands praticiens, la maison Henry Mure met aujourd'hui à leur disposition une préparation à base de bromure de strontium d'une pureté irréprochable. La perfection à laquelle M. Henry Mure était parvenu dans la composition du bromure de potassium est garante de ce que peut être le bromure de strontium offert aujourd'hui à toute victime d'une névrose.

Chaque cuillerée de sirop de Henry Mure contiendra, comme son congénère au bromure de potassium, 2 grammes de sel chimiquement pur.

La pratique médicale prend note de la nouvelle préparation de M. Henry Mure. Mais le bromure de potassium demeurera son auxiliaire le plus puissant.

---

(1) *Gazette des hôpitaux* du 25 février 1892.
(2) Ch. Féré, *Les épilepsies et les épileptiques.*
(3) G. Ballet, De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement. *Gazette des hôpitaux*, 26 juillet 1890.
(4) G. Sée, C. Paul, Séance de l'Académie de méd. du 28 juillet 1891.
(5) Dujardin-Beaumetz, *Soc. de thérapeutique*, séance du 11 novembre 1891.
(6) Féré, *Soc. de biologie*, séances des 17 octobre et 21 novembre 1891.

(1) Laborde, *Soc. de biologie*, séance du 5 décembre 1891.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Un nouveau traitement de la diarrhée des pays chauds.

M. le docteur Le Dantec, médecin de la marine française, traite avec succès la diarrhée de Cochinchine par l'eau chloroformée qu'il administre d'après la formule suivante :

Eau chloroformée saturée..	} ãã 100 grammes.
Eau distillée	

F. S. A. — A prendre : par cuillerées à bouche dans le courant de la journée.

Sous l'influence de cette médication (qui, sur le conseil de M. Le Dantec, a aussi été employée avec succès par deux autres de ses collègues, MM. les docteurs Piton et Guégan), les selles se modifieraient et deviendraient normales dans l'espace de quelques jours.

Dans les cas où la diarrhée est compliquée de dysenterie, notre confrère fait usage à la fois de l'eau chloroformée et des lavages antiseptiques du gros intestin.

Notons que M. Le Dantec est partisan de la théorie dualiste à l'égard de la diarrhée et de la dysenterie des pays chauds, qui sont pour lui des affections distinctes. Il se fonde en cela sur les différences suivantes des symptômes et des lésions des deux maladies :

Dans la dysenterie les selles sont peu abondantes, muqueuses, sanguinolentes et de réaction neutre ou alcaline. Il existe un ténesme violent et des épreintes. Le foie est généralement augmenté de volume et on remarque souvent un léger mouvement fébrile. Le gros intestin présente un grand nombre d'ulcérations, parfois des végétations verruqueuses. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume. Le foie est hypertrophié, congestionné.

Dans la diarrhée, les selles sont tantôt porracées, tantôt café au lait, tantôt lientériques, mais elles ne contiennent jamais de sang et sont toujours abondantes et acides. Il y a peu ou point de ténesme, pas d'épreintes. Le foie est, dans la plupart des cas, diminué de volume. L'apyrexie est complète. A l'autopsie, on trouve peu ou pas de lésions intestinales; les ganglions mésentériques sont normaux. Le foie est généralement atrophié et présente parfois une consistance plus ou moins calcaire.

Traitement des ulcères de la jambe par la méthode d'Unna.

On commence par laver la jambe à l'eau de savon, puis on l'enduit dans toute son étendue, à l'exception de l'ulcère, de la colle à l'oxyde de zinc dont Unna fait un grand usage dans le traitement des maladies de la peau, et dont voici la formule :

Oxyde de zinc...........	} ãã 10 grammes.
Gélatine pure............	
Glycérine................	} ãã 40 —
Eau distillée	

F. S. A. — Usage externe.

On laisse fondre la colle au bain-marie et on l'étend en couche épaisse au moyen d'un pinceau.

L'ulcère lui-même est saupoudré d'iodoforme, puis couvert de gaze imprégnée de la même substance et d'une couche d'ouate hydrophile. Avant que la colle ne soit séchée, on applique sur le membre une bande de tarlatane amidonnée que l'on a préalablement trempée dans l'eau chaude; cette bande doit être longue et être enroulée de façon à présenter deux lobes de volume égal. Le pont intermédiaire à ces deux chefs est appliqué sur la partie postérieure de la jambe, exactement du côté opposé à l'ulcère; puis, ramenant en avant les deux lobes, on les croise au devant de l'ulcère; les changeant ensuite de main, on les ramène en arrière pour les entrecroiser de nouveau à la face postérieure de la jambe, et on continue ainsi jusqu'à épuisement de la bande et de façon à recouvrir toute la jambe, depuis les orteils jusqu'au genou. En appliquant la bande, on doit avoir soin de serrer suffisamment de façon à diminuer visiblement le volume du membre. Au-dessus de cette première bande de tarlatane, on enroule une seconde bande, qui a pour but de renforcer les points insuffisamment couverts par la première; cette seconde bande peut être à deux ou à un chef, et on peut l'appliquer comme la première ou simplement l'enrouler en spirale. Ce premier pansement reste en place pendant deux à quatre jours, suivant que la sécrétion de l'ulcère est plus ou moins considérable; mais bientôt on peut laisser l'appareil pendant huit à quinze jours, sans devoir y toucher. Pour enlever les bandes amidonnées, la méthode la plus simple est de plonger toute la jambe dans un seau d'eau chaude.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs provoquées par la marche diminuent au bout de très peu de temps, et ce pansement présente encore l'avantage de permettre au patient de continuer à vaquer à ses occupations.

Comment agit ce pansement? La bande, appliquée de la façon décrite, tout en déterminant une diminution de volume de la jambe, exerce cependant une distension de la peau et l'attire énergiquement vers l'ulcère que l'on voit ainsi considérablement diminuer d'étendue. Comme elle adhère très intimement avec la peau enduite de colle, elle l'empêche de se rétracter ultérieurement, et de plus, en séchant, elle forme une carapace épaisse et constitue ainsi une couche protectrice très puissante à toute la jambe.

Mixture pour badigeonnages contre l'eczéma chronique récidivant de la face. — M. von Hebra.

Acide salicylique		5 grammes.
Ichthyol....................	} ãã	10 —
Glycérine..................		
Alcoolature de menthe poivrée....	} ãã	20 —
Alcoolature de lavande....		
Alcool rectifié..............		60 —

Mêlez. — Usage externe.

Un signe précoce de la coqueluche.

Parmi les symptômes précurseurs de la coqueluche déclarée, les auteurs signalent, entre autres, la conjonctivite et le larmoiement. Or, d'après M. le docteur Huguin (de Tourteron), il faudrait y ajouter encore la *photophobie avec dilatation pupillaire*, que ce confrère a vue survenir chez trois malades, en l'absence de tout traitement belladoné ou autre.

Dans les observations de M. Huguin, c'étaient d'abord deux enfants, âgés de six et huit ans, qui ont présenté, en même temps que la toux non encore caractéristique de la période catarrhale de la coqueluche, une photophobie avec dilatation des pupilles. Quelque temps après, il a pu constater des symptômes identiques chez une jeune fille de dix-huit ans, domestique dans la même maison, alors que rien encore ne pouvait faire soupçonner chez elle la coqueluche, dont le diagnostic fut bientôt confirmé par l'apparition de la toux quinteuse caractéristique.

Le meilleur traitement de la colique hépatique, d'après des observations faites par un confrère sur lui-même.

Un praticien genevois sujet aux coliques hépatiques, M. le docteur Colladon, décrit ainsi qu'il suit les moyens qui lui ont le mieux réussi contre la maladie dont il est atteint.

Ces moyens varient, bien entendu, suivant les trois périodes de l'affection : prodromes, période d'état, période de décroissance.

Parmi les prodromes de la colique hépatique, notre confrère en énumère plusieurs qui sont peu connus. Ce sont : une somnolence singulière, une torpeur générale, même après une bonne nuit, des pulsations artérielles irrégulières, surtout aux tempes, une fausse sensation de faim, de vide à l'épigastre ou bien un état nauséeux très prononcé, une certaine constriction du pharynx; éructations et vents; polyurie. Puis le malade ressent de la constriction aux hypochondres; son ventre se ballonne et la région de la vésicule biliaire devient sensible à la pression. Généralement une

précède de quelques heures l'apparition de l'accès.

Le traitement de la période des prodromes doit être, d'après M. Colladon, purement expectant. Les purgatifs et les vomitifs sont nuisibles. Le malade observera un repos physique et intellectuel complet. Son régime alimentaire sera sévère : peptones, bouillon dégraissé, viande grillée, maigre de jambon, pain rôti, riz à l'indienne, gelée de viande, fruits, le tout en petite quantité. Comme boisson il prendra du thé léger, de l'eau gazeuse artificielle.

Pendant la période d'état, notre confrère proscrit les piqûres de morphine, au moins au début de l'accès, car, d'après lui, elles feraient courir le risque de l'enclavement du calcul ou de complications graves. Par contre, il recommande les inhalations de chloroforme qui, lorsqu'elles sont poussées seulement jusqu'à une anesthésie incomplète, n'affaiblissent en rien la contractilité des organes excréteurs de la bile tout en diminuant suffisamment leur sensibilité. Un autre moyen recommandé par M. Colladon, c'est l'application sur l'épigastre et dans le dos de deux sacs en caoutchouc à moitié remplis d'eau très chaude. C'est un excellent sédatif de la douleur et qui procurerait, d'après lui, « un bien-être exquis ».

A la période de décroissance on prescrira un laxatif pour évacuer de l'intestin les concrétions biliaires, et on administrera ensuite les cholagogues, parmi lesquels M. Colladon donne la préférence à la bile de bœuf et au podophyllin. Ce dernier médicament, pris à faible dose pendant plusieurs jours de suite, procure une selle quotidienne et supprime la sensation de constriction dans l'hypochondre droit.

Pour prévenir le retour des accès de colique hépatique, le moyen capital est d'observer rigoureusement le régime alimentaire que l'on suit habituellement dans ce cas. Les douches froides sur l'hypochondre droit sont également utiles. Enfin, M. Colladon considère encore le massage de la région de l'hypochondre droit comme un puissant moyen préventif. Pratiqué par le malade sur lui-même pendant un quart d'heure, matin et soir, ce massage procure un grand soulagement.

Potion contre la coqueluche.

M. W. Gemmel.

Solution alcoolique d'ouabaïne	XLVIII gouttes.
Sirop d'écorce d'oranges amères	4 gram.
Eau distillée	175 —

F. S. A. — A prendre : toutes les trois heures, 1/2, 1 ou 2 cuillerées à café, suivant l'âge de l'enfant.

D'après M. Gemmel (de Glasgow), l'ouabaïne se montre active à toutes les périodes de la coqueluche : elle arrête les quintes, en diminue le nombre et l'intensité et accélère la guérison. Sous son influence, la température et le pouls tombent un peu au-dessous du chiffre normal, et, à partir du troisième jour, survient une transpiration abondante, qui persiste pendant toute la durée du traitement et disparaît dès que celui-ci est suspendu. Aux doses sus-indiquées, l'ouabaïne peut être administrée sans danger; elle n'a pas d'action cumulative.

Contributions à la thérapeutique du lupus.

Dans les cas de lupus où, pour une raison ou pour une autre, on est obligé d'attendre, avec le traitement opératoire, un dermatologiste anglais, M. H. Brooke, recommande les applications de la pommade suivante dont il se sert avec avantage depuis trois ans :

Oléate de mercure	30 grammes.
Acide salicylique	1 —
Ichthyol	0 gr. 50 cent.
Essence de lavande	Q. S.

Mêlez. — Usage externe.

Les parties malades sont frictionnées avec ce mélange pendant dix à vingt minutes, matin et soir, ou bien le soir seulement, mais alors pendant trente minutes; la pommade est ensuite laissée sur la peau. Pour les cas où il existe des excoriations et fissures de la peau, cette pommade est trop irritante et doit être mitigée par l'adjonction d'un corps gras indifférent. L'ichthyol diminue aussi considérablement l'action irritante de la pommade.

Lorsque l'irritation de la peau devient trop forte, on suspend le traitement pour un certain temps, pendant lequel on applique une pommade composée de :

Pommade de zinc benzoïnée	30 grammes.
Acide phénique neigeux	1 —

Mêlez. — Usage externe.

Ce traitement ne procure pas la guérison, mais il est cependant très utile, car il améliore l'état du malade et diminue l'étendue de la région exigeant l'intervention opératoire.

Un autre moyen médicamenteux pour le traitement des lupus est indiqué par M. le docteur Jarisch, professeur extraordinaire de dermatologie à la Faculté de médecine d'Innsbruck. Ce sont les badigeonnages quotidiens, continués pendant plusieurs mois, avec la teinture d'iode pure, grâce auxquels notre confrère autrichien a obtenu la guérison du lupus de la cavité buccale chez plusieurs malades. Ces badigeonnages sont moins efficaces, quoique encore utiles, contre le lupus de la peau. Ainsi, chez une fillette de sept ans, qui présentait environ cinquante foyers de lupus disséminés sur tout le corps, M. Jarisch a vu disparaître complètement, sous l'influence de l'iode, plusieurs de ces foyers, qui laissèrent après eux des petites cicatrices arrondies et déprimées.

Traitement mécanique de la constipation habituelle.

M. B. Beatty combat la constipation chronique par le moyen suivant :

Tous les matins ou chaque soir, suivant que l'un de ces deux moments de la journée convient le mieux pour aller à la selle, le malade, étant couché sur le dos, fait *rouler* lentement sur son ventre, de préférence à la région du côlon et dans la direction des trois portions de cet intestin (côlon ascendant, transverse et descendant), un sac de toile rempli de petit plomb de chasse. La durée de cette manœuvre et le poids du sac varient suivant le degré de la constipation et la tolérance du malade. Ce moyen qui agit, en somme, comme le massage abdominal et qui présente sur celui-ci le grand avantage de pouvoir être appliqué par le malade lui-même, sans l'aide d'une autre personne, donnerait de bons résultats.

Injection anti-blennorrhagique.

M. Watier.

Antipyrine	10 grammes.
Bichlorure de mercure	0 gr. 10 centigr.
Eau	1000 grammes.

F. S. A. — Usage externe.

Faire pratiquer, à n'importe quelle période de la maladie, *après chaque miction*, une injection, qu'on gardera *une demi-heure*.

Le traitement de l'ascite par la crème de tartre.

Un médecin japonais, M. le docteur M. Sasaki, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Tokio, traite avec succès l'ascite par la crème de tartre à haute dose.

Le premier cas dans lequel notre confrère a employé ce médicament date déjà de plusieurs années. Il s'agissait d'un malade atteint d'ascite par cirrhose du foie, chez lequel tous les médicaments usités en pareille circonstance (digitale, calomel, diurétiques divers) avaient été administrés en vain. Le malade avait été déjà ponctionné vingt-huit fois lorsque M. Sasaki eut l'idée de lui donner la crème de tartre à la dose initiale de 8 grammes par jour, dose qui fut augmentée progressivement jusqu'à 32 grammes. Sous l'influence de cette médication, l'ascite commença à diminuer rapidement, puis elle disparut tout à fait pour ne plus revenir pendant deux années entières.

Depuis ce temps M. Sasaki et, sur sa recommandation, plusieurs autres confrères japonais (MM. les docteurs Tawara, Takabaschi et Tokura) ont souvent employé la crème de tartre dans le trai-

tement de l'ascite, avec un succès qui ne s'est presque jamais démenti dans les cas où il s'agissait de cirrhose hépatique, de syphilis du foie ou de péritonite chronique simple. Lorsque l'ascite était consécutive à des tumeurs malignes de la cavité abdominale, le médicament restait impuissant, ainsi qu'il était facile de le prévoir.

M. Sasaki emploie la crème de tartre à la dose de 8 à 40 grammes par jour. La dose moyenne est de 10 à 20 grammes. Il commence, avons-nous dit, par 8 grammes et augmente progressivement jusqu'à ce qu'il atteigne la dose suffisante pour provoquer deux ou trois selles par jour. Le médicament est administré soit en poudre (cachets ou paquets), soit en mixture d'après la formule :

Crème de tartre..........	10 grammes.
Eau distillée..............	100 —
Sucre......................	4 —
Essence de citron........	Q. S. —

F. S. A. — A prendre en trois fois, dans le courant de la journée, après avoir bien agité chaque fois le flacon.

Chez les malades ainsi traités, on constate tout d'abord une augmentation considérable des urines (1 et même 2 litres par jour dans les cas où, avant l'administration de la crème de tartre, il n'y avait que 200 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures). Puis le ventre s'affaisse de plus en plus, l'ascite diminue pour disparaître complètement, parfois au bout de quelques semaines. D'autres fois, la disparition de l'ascite est plus lente et, dans ce cas, les malades sont obligés de continuer pendant plusieurs mois l'usage de la crème de tartre, ce qu'ils font d'ailleurs sans aucun inconvénient.

Lorsque l'ascite n'est pas très considérable et que le malade n'est pas encore affaibli, la crème de tartre peut à elle seule amener la disparition de l'épanchement. Mais, dans les cas où la quantité du liquide est excessive, où le ventre est considérablement distendu, il faut, pour que l'action de la crème de tartre puisse se produire, recourir d'abord à la ponction.

Ainsi que le montre, entre autres, le premier cas dans lequel M. Sasaki a employé la crème de tartre, la disparition de l'ascite sous l'influence de ce médicament n'est pas seulement temporaire, mais souvent plus ou moins durable.

Outre la crème de tartre, M. Sasaki soumet ses malades à l'usage des médicaments toniques (fer, quinquina, huile de foie de morue), ainsi qu'à un régime alimentaire reconstituant.

Traitement du muguet et de l'eczéma chronique du conduit auditif externe.

Dans le muguet du conduit auditif externe, M. le docteur L. Lœwe (de Berlin) conseille de tamponner toute cette cavité, depuis le tympan jusqu'à l'orifice de l'oreille, avec de petites boulettes de coton hydrophile imprégnées d'une solution de sublimé à 1/4000 ou d'acide phénique à 3 0/0. Pour éviter l'évaporation de l'eau du tampon, l'orifice auditif doit être bouché avec une boulette de coton imbibée d'huile d'olive ou trempée dans du collodion. Il suffit de laisser ce tampon en place pendant vingt-quatre heures pour tuer le champignon du muguet et obtenir ainsi la guérison complète.

Pour le traitement de l'eczéma chronique du conduit auditif externe, M. Lœwe emploie, avec succès, un tampon imprégné abondamment de la pommade suivante :

Emplâtre diachylon........ }	ââ 5 grammes.
Lanoline................... }	
Huile d'olive................	10 —

Mêlez, liquéfiez doucement au bain-marie, puis ajoutez :

Acide phénique neigeux....	0 gr. 20 centigr.

F. S. A. — Usage externe.

Solution antiseptique pour les usages divers de la chirurgie générale et de l'ophthalmologie. — M. A. Bourgeois.

Acide borique..........	100 grammes.
Borate de soude........	Q.S. pour neutraliser.
Eau distillée...........	Q.S. pour un litre.

Mêlez. — Usage externe.

Cette solution boro-boratée à 10 0/0 est facile à préparer, ce qui, au point de vue pratique, la rend préférable au boroborax cristallisé ou tétraborate de soude de M. Jænicke, dont la préparation est assez longue. Elle ne serait ni irritante, ni toxique, tout en étant douée de propriétés antiseptiques très manifestes. Comme antiseptique elle serait de beaucoup supérieure aux solutions ordinaires d'acide borique et pourrait être placée au même rang que les solutions phéniquées.

Inhalations contre les accès de migraine angiospasmodique. M.M. Benedikt.

Huile volatile de fenouil.........	15 grammes.
Nitrite d'amyle...................	5 —

Mêlez. — Respirer 5 à 10 gouttes de ce liquide, versées sur un mouchoir, jusqu'à l'apparition de la rougeur de la face.

Injections sous-cutanées d'acide phénique dans le traitement des spasmes professionnels.

M. le docteur Benedikt (de Vienne) a trouvé que certains spasmes fonctionnels accompagnés de douleurs nettement localisées cèdent aux injections hypodermiques d'une solution d'acide phénique, pratiquées aux points douloureux. En effet, par ce moyen, il a réussi à guérir de son spasme une pianiste chez laquelle un des tendons fléchisseurs de l'avant-bras était tuméfié et sensible à la pression, ainsi qu'un jeune homme atteint depuis cinq ans de crampe des écrivains et qui présentait une tuméfaction douloureuse dans la région des articulations métacarpo-phalangiennes.

Pommade contre le prurigo.
M. Lieb.

Résorcine médicinale........	2 gr. 50 cent.
Soufre précipité..............	5 grammes.
Acide phénique.............. }	ââ 0 gr. 50 cent.
Acide salicylique............ }	
Chloral hydraté..............	1 — 25 —
Vaseline......................	50 grammes.

Mêlez. — Usage externe.

Traitement de l'aphonie hystérique.

D'après M. Bach (de New-York), le traitement de l'aphonie hystérique, qui a pour cause un défaut d'influx nerveux central, doit viser surtout la production d'un premier son, d'une première phonation. Cette phonation peut, en effet, être obtenue à l'aide d'une action réflexe. Il suffit pour cela d'exercer sur le larynx une irritation mécanique ou chimique légère, mais suffisante pour exciter une toux plus ou moins sonore. Lorsque l'anesthésie de la muqueuse laryngienne est considérable, comme cela s'observe souvent chez les hystériques, on peut recourir à l'injection intra-laryngienne d'eau tiède qui, en pénétrant dans la trachée, provoque sûrement quelques efforts bruyants de toux. Ces injections peuvent être faites également avec de l'huile mentholée.

Lorsque la toux a été provoquée ainsi une ou deux fois, la malade apprend facilement à la reproduire à volonté sans l'aide d'injections laryngiennes, et, à partir de ce moment, il devient aisé de lui apprendre à prononcer pendant les efforts de toux les différentes voyelles, puis de prononcer ces voyelles en dehors de la toux, d'y associer ensuite des consonnes et enfin de dire des mots et des phrases entières.

Savon contre le goître.
M. A. Pollak.

Aristol.....................	0 gr. 30 centigr.
Savon mou de potasse...	30 grammes.
Ether sulfurique....... }	ââ 5 —
Alcool................... }	

Mêlez. — Usage externe.

Tous les soirs, en se couchant, le malade enduit la région de la tumeur d'une couche de ce savon, qu'il recouvre ensuite d'une compresse de flanelle. Le matin on enlève le savon, on lave la peau et on y applique (pour prévenir l'eczéma) un peu de vaseline phéniquée.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. des Arts et Manufact. et Dubuisson
12, r. Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical des névralgies rebelles et extirpation des ganglions de Gasser. Communication au *Congrès de chirurgie* par M. Doyen (Reims).

L'intervention sanglante dans les névralgies rebelles est encore considérée par bien des médecins comme illusoire. Des résultats positifs ont cependant été publiés et nous citerons tout particulièrement la remarquable communication de Segond au 4e Congrès de chirurgie (1889). La section simple des nerfs périphériques a été abandonnée pour les résections étendues des troncs principaux, auxquelles on a bientôt annexé, pour le trijumeau, l'ablation du ganglion de Meckel et du ganglion otique. Aujourd'hui, nombre de chirurgiens français et étrangers ont tenté ces opérations avec une proportion variable de succès. Nous avons opéré 8 cas de tic douloureux incurables, compliqués chez une malade de convulsions des muscles qui président à la déglutition, chez deux autres d'impossibilité presque complète de la mastication. Tous nos malades sont guéris et demeurent guéris depuis plusieurs années. Voici notre façon de procéder : S'agit-il d'une névralgie du maxillaire supérieur, la plus fréquente, nous pratiquons l'arrachement par torsion du nerf maxillaire supérieur, saisi par une pince à forcipressure au ras du trou grand rond. Nous incisons au niveau du rebord inférieur de l'orbite et nous effondrons le sinus maxillaire, à l'aide d'une pince-gouge, nous découvrons le ganglion de Meckel, puis le trou grand rond que l'on reconnaît aisément au fond de la fente sphéno-maxillaire, en suivant le tronc nerveux jusqu'à son point d'émergence. L'axe du trou grand rond est exactement antéro-postérieur et son diamètre supérieur à celui du trou vidien également antéro-postérieur, mais situé à quelques milimètres plus bas et en dedans, à la base de l'apophyse ptérygoïde. Le nerf est saisi dans une forte pince à forcipressure, au ras de l'orifice osseux et arraché par une torsion méthodique. On obtient presque toujours à l'extrémité de la pince la portion intra-crânienne du nerf, arrachée directement du ganglion de Gasser. Loin d'enlever méthodiquement le ganglion de Meckel, nous avons tenté, dans nos dernières opérations, de le ménager, persuadé qu'il serait inoffensif après la destruction de sa racine sensitive. Nous avons fréquemment réséqué, en même temps que le nerf maxiliaire supérieur et chez les mêmes malades, diverses autres branches, telles que : le nasal, le frontal interne et l'externe, le lacrymal, au niveau de la fente sphénoïdale, le dentaire inférieur, le buccinateur, l'auriculo-temporal. L'arrachement du nerf maxillaire supérieur au niveau du trou grand rond est la méthode de choix dans les cas de névralgie de sa sphère d'innervation. Accessoirement, il peut être indiqué de réséquer quelques branches de l'ophthalmique et du maxillaire inférieur.

L'opération doit se faire par la méthode indiquée, c'est-à-dire par la voie de Carnochan, la torsion devant être faite dans l'axe du trou d'émergence, qui est antéro-postérieur. Les chirurgiens qui n'ont pas obtenu de résultats ont employé un manuel opératoire défectueux et fait une opération incomplète.

Mais il est des cas de névralgie invétérée de toute la sphère du trijumeau qui exigent la résection de ses trois branches principales. Notre première malade, opérée de résection intra-orbitaire du maxillaire supérieur, avec destruction des nerfs dentaires postérieurs, souffrait de nouveau. La première intervention avait été insuffisante; connaissant plusieurs de nos cas de guérisons définitives à la suite d'interventions plus complètes que celles qu'elle avait subies, cette personne nous réclama de nouveau les secours de la chirurgie. Nous ne connaissions pas l'opération d'ailleurs mal réglée de Rose. Nous avons donc simplement étudié sur un crâne le meilleur mode d'abord du ganglion de Gasser. L'opération a été faite de la manière suivante : 1° incision verticale de 5 cent. au milieu de l'espace qui sépare le conduit auditif du rebord externe de l'orbite. L'incision ne doit dépasser en bas que de 15 mill. l'arcade zygomatique, et l'on doit ménager les rameaux du facial supérieur; 2° résection de l'arcade zygomatique, de l'apophyse coronoïde et dénudation de la suture sphéno-temporale, au niveau de laquelle sera appliqué le trépan. La portion horizontale de la grande aile du sphénoïde est alors dénudée à l'aide d'une rugine, en avant de la racine transverse de l'arcade zygomatique, jusqu'au trou ovale. Ce dernier est situé à 20 ou 25 mill. de la ligne rugueuse qui prolonge en avant la racine transverse de l'arcade zygomatique, et sépare la fosse temporale de la fosse ptérygo-maxillaire. Cette ligne est un point de repère certain. On peut aussi reconnaître dans la profondeur du bord postérieur tranchant de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, en dedans et en dehors duquel se trouve l'orifice cherché. Le trou petit rond est à 1 et 2 mill. en dehors et en arrière. 3°. Nous saisissons entre les mors d'une pince le dentaire inférieur et le lingual, à 3 ou 4 centimètres du trou ovale, et nous sectionnons leur bout périphérique. Il nous suffit alors de trépaner avec soin la fosse temporale, en se rappelant que l'on agit précisément au niveau de l'artère méningée moyenne, dont on a exagéré l'importance. Nous avons lié cette dernière à l'orifice inférieur du trou petit rond, afin de pouvoir faciliter, en l'écartant, la découverte du ganglion intra-crânien. L'orifice osseux obtenu à l'aide du trépan est agrandi avec une pince-gouge en empiétant également sur l'aile du sphénoïde et l'écaille du temporal; nous attaquons enfin la base du crâne, après avoir dépassé en bas la ligne rugueuse que nous avons signalée, et, nous guidant sur les deux troncs nerveux, que notre aide maintient légèrement tendus, nous entamons les dernières parcelles osseuses. Le trou ovale largement ouvert, nous décollons prudemment la dure-mère jusque sur le côté de la selle turcique, en séparant les deux feuillets fibreux qui revêtent le ganglion de Gasser. Nous avons atteint ainsi à sec, et après avoir cheminé entre la carotide, le sinus pétreux supérieur et le sinus caverneux, le bord supérieur du rocher, au niveau duquel nous avons sectionné le tronc même du trijumeau, en amont du ganglion de Gasser, que nous avons le plaisir de présenter au Congrès, presque intact, avec 15 mill. des branches ophthalmique et maxillaire supérieur, et 35 à 40 mill. des nerfs dentaire inférieur et lingual. La malade guérit sans la moindre réaction, malgré sa corpulence et son mauvais état général. Les douleurs ont disparu dès l'opération. Nous n'avons pas observé de troubles oculaires appréciables, contrairement à l'opinion des physiologistes. Nous avions d'ailleurs prévu cette particularité, la perte de l'œil chez les animaux après la section du trijumeau étant habituellement de cause traumatique. Le sympathique seul préside donc à la nutrition du globe oculaire. Nous n'avons pas besoin de dire que, chez notre opérée, la cornée est insensible, bien que la vision soit normale. Afin de démontrer que notre opération est bien le premier cas de section intra-crânienne du trijumeau au-dessous du sinus pétreux supérieur, et d'extirpation totale du ganglion de Gasser, avec une certaine étendue de ses branches émergentes, nous nous arrêterons quelques instants à la tentative antérieure de Rose.

L'opération de Rose est toute différente de la nôtre : Rose fit successivement « l'élongation du dentaire inférieur, la section des rameaux mentonniers, puis la section du nerf dentaire inférieur après trépanation de l'os, et enfin la section des nerfs dentaire inférieur et lingual dans la fosse ptérygoïde. C'est alors qu'il songea à enlever le ganglion de Gasser, après résection du maxillaire supérieur. Le ganglion fut chargé sur un fil à l'aide d'une aiguille de Deschamps, et extirpé sans ouverture de la dure-mère. Il y eut ensuite une panophthalmie; on énucléa l'œil; et la malade, guérie de ses douleurs, se montra satisfaite, malgré la perte d'un œil et de la mâchoire supérieure. » Avouons que nous ne trouverions pas souvent des malades assez patients et assez courageux pour subir successivement une pareille série de mutilations. Outre que l'opération a été faite sans règles précises, il doit y avoir eu destruction du ganglion ophthalmique au cours de l'ablation du maxillaire supérieur, et la destruction sur place du ganglion de Gasser, dont Rose semble, d'après l'observation, avoir obtenu à peine quelques bribes pour l'examen histologique, diffère sous tous les rapports de l'opération méthodique et réglée que nous avons menée à bien. Ce fait que le trijumeau et le facial ne constituent qu'un seul et même nerf, dont la racine sensitive est la grosse racine du trijumeau, la racine motrice, le nerf masticateur et le tronc du facial nous avait conduit à penser que l'ablation du ganglion de Gasser ne devait pas déterminer de troubles trophiques graves pourvu que les filets sympathiques des ganglions extra-crâniens puissent demeurer intacts. Le succès que nous venons d'obtenir nous autorise à proposer au Congrès, pour la cure de toutes les névralgies rebelles des nerfs rachidiens, une opération analogue à la section du trijumeau, c'est-à-dire la section intra-rachidienne des racines postérieures. Nous serons bientôt à même de donner les résultats de la nouvelle opération dans la névralgie sciatique.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

7[e] *session*, 1893.

Traitement des myomes utérins.

M. Kœberlé. — L'histoire des fibromes utérins est trop considérable pour que je cherche à faire autre chose qu'une esquisse sommaire de l'évolution de ces tumeurs, avec les indications et contre-indications des différents modes de traitement.

D'une façon générale, ce sont des néoplasmes essentiellement bénins, par le fait même de leur constitution anatomique; mais il est de nombreuses particularités de leur évolution qui peuvent les rendre dangereux : telles sont les conditions dépendant de l'âge des malades, du siège des tumeurs, de leur volume, de leurs rapports, leurs transformations dégénératives, les hémorrhagies excessives, etc. Lorsqu'il s'agit de fibromes enclavés dans le petit bassin, c'est alors que l'indication opératoire est le plus formelle. Quand on a affaire à des fibromes intra-utérins ou très rapprochés de la muqueuse et déterminant des hémorrhagies abondantes, on doit intervenir chirurgicalement, quel que soit l'âge de la malade. L'opération est contre-indiquée absolument dans les cas de tumeurs fibreuses volumineuses, dures, stationnaires, surtout quand on approche de la ménopause. Pour les fibromes implantés sur le fond de l'utérus, l'opération est rarement indiquée, car souvent alors la vie n'est pas en danger, et, lorsqu'il y a nécessité d'intervenir, c'est la laparotomie qui donne les meilleurs résultats.

En ce qui concerne l'hystérectomie, qui est aujourd'hui devenue une opération facile et brillante, grâce à l'antisepsie et grâce à l'emploi des pinces hémostatiques, je tiens à rappeler, à propos de ces dernières, que je les ai employées dès 1865 et que j'ai appliqué dès 1867 le pincement excessif, à titre d'hémostase définitive, à toutes sortes d'opérations.

M. Péan (Paris). — Il a été longtemps classique de dire que les myomes utérins sont bénins, s'accompagnent peu de complications et diminuent après la ménopause. Je fus désagréablement surpris de constater qu'il n'en était rien et m'aperçus que les accidents étaient fréquents, souvent même mortels. Au début de ma pratique, il est vrai, les résultats de l'ablation des fibromes volumineux étaient mauvais, la mort était fréquente; et cependant mes faits furent en moyenne favorables, ainsi que cela résulte de l'étude que j'en fis avec mon élève Urdy. Le danger de l'opération est moindre que celui de la tumeur abandonnée à elle-même, surtout si on opère de bonne heure ; et j'arrivai ainsi à l'intervention précoce, par la voie vaginale, en morcelant les fibromes sous-muqueux les plus volumineux, et même les interstitiels. J'en vins à disséquer le col circulairement, à faire le débridement bilatéral du col et du corps, en faisant au besoin le pincement temporaire du ligament large, et en morcelant ainsi des fibromes nombreux, même sous-péritonéaux; et enfin pour les fibromes multiples, j'entrai résolument dans la voie de l'hystérectomie vaginale, même pour des tumeurs grosses comme une tête de fœtus à terme (1882). Aujourd'hui, j'ai fait 300 fois cette opération, avec 98 0/0 de succès, pour les myomes de volume moyen, presque tous multiples, sauf 60. Et sur 250 opérées, 100 avaient de 40 à 50 ans, 10 de 50 à 60 ans; l'âge de 40 à 50 ans n'est donc pas favorable, quoi qu'on en ait dit. Sur 300 femmes, la tumeur était reconnue chez la plupart depuis plusieurs années, jusqu'à 18 et 20 ans, laps de temps pendant lequel on leur avait appliqué des traitements multiples, chirurgicaux ou autres, y compris la castration. Deux fois j'ai trouvé une dégénérescence sarcomateuse ; six fois il y avait association au cancer (du col 4 fois, du corps 2 fois). Parmi les conséquences fâcheuses que provoquent les myomes, signalons les dangers de l'accouchement et de la grossesse, la prédisposition aux grossesses tubaires, etc.

Les maladies générales concomitantes, et en particulier le nervosisme sous ses diverses formes, sont loin d'être rares ; de même les compressions veineuses et artérielles, les phlébites et les embolies, l'obstruction intestinale, la rétention d'urine. Les complications les plus fréquentes sont les métrorrhagies, les névralgies pelviennes, les inflammations utérines et péri-utérines, les salpingites suppurées ou non, la péritonite. On conçoit dès lors à quel degré de cachexie arrivent ces malades, confinées souvent au lit pendant des années. Dans ces conditions, on ne saurait s'étonner que quelques opérées succombent. La conclusion est qu'il faut opérer de bonne heure.

Pour les gros fibromes, il faut opérer par la voie abdominale, et la mortalité, qui avant 1886 était de 20 0/0, est aujourd'hui de 10 0/0, et cette amélioration est certainement due à l'hémostase par pincement des ligaments larges et au morcellement.

M. Potherat (Paris) a opéré 23 myomes utérins, qui sont : 6 énucléations de fibromes sous-muqueux, toutes heureuses ; 5 hystérectomies abdominales avec 2 décès ; 12 hystérectomies vaginales totales, avec un décès, ce dernier concernant une femme à laquelle M. Potherat avait omis de faire le curettage préalable de la cavité utérine. C'est là l'opération de choix quand la tumeur n'est pas trop volumineuse.

M. Doyen. — Je partage entièrement l'opinion de M. Péan relativement à la gravité des fibromes, beaucoup plus grande qu'on a bien voulu le dire. Il est aujourd'hui hors de doute que les fibromes utérins sont justiciables d'un traitement chirurgical, et la discussion ne porte actuellement que sur le procédé opératoire que l'on doit employer.

A mon avis, chaque fois que l'on peut opérer par la voie vaginale, il ne faut pas prendre la voie abdominale, qui doit être réservée aux fibromes très volumineux dépassant de beaucoup l'ombilic.

J'ai décrit, au Congrès de Bruxelles, le procédé que j'emploie depuis 1887 dans l'hystérectomie vaginale pour fibromes (Voir *Mercredi médical*, 1892, p. 559), et je ne reviendrai pas sur la façon dont je fais le morcellement et qui diffère complètement de la méthode de M. Péan. Sur 33 gros fibromes

que j'ai opérés suivant mon procédé et dont quelques-uns remontaient à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, j'ai eu un seul cas de mort survenu chez une malade qui n'a pas été surveillée et qui s'est assise sur ses pinces.

En ce qui concerne l'hémostase préventive, dans l'hystérectomie vaginale, je la considère comme illusoire, et pour ce qui est de la forcipressure définitive, je tiens à faire remarquer qu'il me suffit de placer une ou deux pinces sur chaque ligament large, alors que M. Péan laisse en moyenne 20 pinces dans le vagin après chaque hystérectomie, puisque, d'après les chiffres donnés dans ses observations, il n'a pas laissé moins de 1,761 pinces pour 87 opérations : il y a, dans cet abus de pinces, d'ailleurs parfaitement inutile, un véritable inconvénient pour les malades.

Je terminerai en faisant remarquer que l'idée de l'hémostase par pincement me paraît appartenir à Sp. Wells, et que son application à l'hystérectomie vaginale revient certainement à Richelot.

M. Péan se déclare enchanté que les jeunes chirurgiens entrent résolument dans la voie qu'il a tracée et applaudit aux perfectionnements de M. Doyen. Mais quant à l'hémostase par pincement, il en revendique la priorité. M. Richelot n'a rien à voir dans l'ablation de l'utérus par voie vaginale pour myomes. MM. Kœberlé et Verneuil, dont M. Péan a le bonheur de n'avoir pas été l'élève, n'ont rien inventé ici; c'est tout au plus s'ils ont appris de M. Péan à se servir des pinces, si même ils le savent, ce dont l'orateur doute.

M. Verneuil a relevé en quelques mots cette attaque discourtoise et a dit qu'il semblerait en résulter peut-être que lui-même a été l'élève de M. Péan, ce qui serait une assertion extraordinairement inexacte.

M. Bouilly (Paris). — Le traitement des fibromes doit varier essentiellement suivant leur volume, leur conformation et leurs rapports, et il est nécessaire, à ce point de vue, d'établir un certain nombre de catégories. C'est ainsi que les cas justiciables d'une intervention me paraissent être les suivants : 1° fibromes à évolution rapide ; 2° fibromes ayant atteint un volume tel qu'ils compromettent l'existence ; 3° fibromes comprimant le rectum ou la vessie ; 4° fibromes hémorrhagiques; 5° fibromes douloureux, dans lesquels la douleur dépend soit d'une lésion des annexes, soit d'une mobilité anormale de la tumeur; 6° dégénérescence kystique; 7° coexistence d'ascite; 8° fibromes faisant saillie dans la cavité utérine ou même dans la cavité vaginale ; 9° fibromes du corps compliqués d'une dégénérescence épithéliale du col.

Quand l'indication opératoire peut être remplie par un moyen plus simple que l'ablation directe, je crois qu'il ne faut pas hésiter à le préférer à celle-ci, et il me semble que l'on a un peu trop abandonné le traitement indirect par l'ablation des annexes. Or, ce sont les indications de ce mode de traitement que je vais m'efforcer de préciser.

Ces indications sont fournies essentiellement par les hémorrhagies et la douleur. Les hémorrhagies doivent être des ménorrhagies, pour qu'il y ait indication d'ablation des annexes; quand, au contraire, il y a, en dehors des règles, un suintement sanguin intermittent, dû à l'existence d'un fibrome sous-muqueux ou même faisant saillie dans la cavité utérine, et non plus interstitiel, l'indication est tout à fait différente. Au point de vue de la douleur, il faut bien savoir que, d'une façon générale, les fibromes, même les plus volumineux, ne sont pas douloureux, et que, chaque fois qu'il y a des douleurs continues ou paroxystiques, elles sont dues le plus souvent à des lésions des annexes ; c'est donc là une indication formelle pour l'ablation de ces annexes.

J'ai opéré 26 cas de fibromes par ce procédé de traitement; j'ai eu 3 décès dont 2 ne sont pas en réalité imputables à l'opération elle-même, l'une des malades ayant succombé à une asystolie cardiaque et l'autre à une pneumonie grippale; la troisième est morte de septicémie. Trois fois les hémorrhagies se sont reproduites par suite de l'évolution intra-utérine des fibromes. Dans un autre insuccès, j'ai pu également soupçonner l'existence d'un fibrome sous-muqueux. Enfin, dans les 19 autres cas, le résultat a été excellent et s'est maintenu parfaitement dans la suite; les pertes sanguines ont été supprimées soit d'emblée, soit dans les mois suivants, et les douleurs ont disparu comme par enchantement. Chez toutes ces malades, j'ai constaté une réduction considérable du volume du fibrome, aboutissant à la disparition presque complète pour ceux qui ne dépassaient pas le volume du poing, et correspondant à une diminution de moitié ou d'un tiers, après deux ou trois ans, pour des fibromes qui atteignaient l'ombilic.

M. Pozzi. — J'ai souvent pratiqué la castration comme traitement indirect des fibromes de l'utérus. Mais je dois dire que j'en suis beaucoup moins partisan aujourd'hui qu'autrefois. Actuellement, la technique de l'hystérectomie vaginale s'est perfectionnée au point de nous permettre d'enlever facilement et presque sans danger la grande majorité des corps fibreux pelviens pour lesquels l'hystérectomie abdominale présente une réelle gravité. Or, c'était pour ces cas-là que je faisais surtout la castration. Maintenant je leur applique l'hystérectomie vaginale avec morcellement et forcipressure.

Je réserve l'ablation des annexes pour les cas où une contre-indication réelle existe vis-à-vis de l'extirpation de l'utérus : par exemple la débilité extrême de la malade ou la situation pelvienne et intraligamentaire de fibromes trop volumineux pour être enlevés par la voie vaginale ; en pareils cas, en effet, l'hystérectomie abdominale est considérablement aggravée.

Mais, je le répète, désormais, pour moi, la castration est un *pis-aller* auquel j'ai rarement recours. Je ne considère pas l'extirpation de l'utérus par le vagin comme plus grave que cette opération et je la crois beaucoup plus efficace. En effet, j'ai vu dans un cas les trompes malades si adhérentes à l'utérus fibromateux qu'une seule avait pu être enlevée par la laparotomie et que les phénomènes douloureux ont persisté après l'intervention. J'ai dû quelques mois après faire l'hystérectomie sur les instances de la malade, qui a définitivement guéri.

Je reproche aussi à la castration de ne pas porter remède aux phénomènes de compression dus à la présence des fibromes même assez petits, notamment à la compression du rectum et à celle si redoutable des uretères. J'ai pourtant, dans une occasion, combiné la castration avec une myomectomie partielle suivie de *laparo-hystéropexie de l'utérus fibromateux*, qui a suffi à faire disparaître les accidents. Il s'agissait d'une femme très cachectique, dont le fibrome formait une masse remplissant tout le petit bassin et présentait deux lobes principaux : un qui surmontait le fond de l'utérus, l'autre qui était inclus dans les ligaments larges. Je repoussai une opération radicale, qui n'eût pas été supportée par la malade et je me bornai à l'opération palliative suivante : ablation des annexes; excision du lobe de la tumeur, gros comme les deux poings, qui surmontait le fond de l'utérus; fixation de l'utérus myomateux à la paroi abdominale, en utilisant les chefs des fils de soie qui avaient servi à serrer la pédicule de la myomectomie. L'utérus a été ainsi tout à fait redressé ; le rectum et les uretères ont été affranchis de la compression : l'albuminurie a cessé et la malade est revenue à la santé d'une façon remarquable ; elle n'a plus eu d'hémorrhagies depuis l'opération, qui, à la vérité, a été suivie pendant trois mois d'un léger suintement sanguin persistant.

Je crois que cette *hystéropexie de l'utérus fibromateux avec ou sans myomectomie partielle préalable* peut être utilisée dans des cas analogues à mon observation.

M. Richelot (Paris). — Dans le traitement des fibromes, la castration a bien sa valeur, mais elle me semble aujourd'hui une opération de second ordre.

L'énucléation a des avantages, mais elle n'est pas toujours possible.

J'ai fait 34 hystérectomies vaginales avec morcellement, et je n'ai eu qu'un seul cas de mort, chez une femme de soixante-deux ans; 33 malades ont guéri, et, bien que l'opération ait été dans quelques cas très laborieuse, les suites ont été toujours très bénignes.

Pour ce qui concerne l'hystérectomie abdominale, je l'ai préconisée depuis 1890, époque à laquelle je pratiquais déjà la réduction du pédicule avec ligature élastique perdue. Malgré les succès que j'avais obtenus, il était nécessaire de perfectionner la technique opératoire, surtout au point de vue de la désinfection du moignon.

Pour cela je cautérise la surface cruentée de celui-ci avec le thermocautère ; cette pratique me paraît très importante. Je fais la ligature à la soie et je ramène le péritoine par des-

sus les ligatures, de manière que le pédicule devienne extrapéritonéal.

Ce procédé est applicable aux plus gros fibromes; grâce à cette modification, le pronostic de l'hystérectomie ne me semble pas inférieur à celui de l'ovariotomie.

Sur 21 opérations, j'ai eu deux morts : l'une chez une femme atteinte de fibromes et de péritonite tuberculeuse, l'autre chez une femme de quarante et un ans, qui est morte de septicémie. Mais, dans ce cas, la suppuration ne s'est développée que dans la paroi : le pédicule est resté intact, et cet accident est imputable à la laparotomie, non à l'hystérectomie.

Sur les 19 malades qui ont survécu, j'ai eu un seul accident de suppuration sous-péritonéale, dans un cas où je n'avais pu faire le *rôtissement* du pédicule au thermocautère. La collection fut ouverte, et la malade a guéri parfaitement.

M. Chaput (Paris) décrit un procédé de traitement du pédicule qui consiste à faire l'hémostase par ligature directe des vaisseaux.

Après l'amputation supra-vaginale, et un caoutchouc réalisant l'hémostase provisoire, on applique sur la circonférence du moignon une couronne complète de pinces en cœur munies de griffes. On peut alors desserrer le caoutchouc sans avoir à craindre d'hémorrhagie grave, car tous les vaisseaux importants siègent à la périphérie du pédicule. On enlève alors chaque pince une à une. Si l'ablation de l'instrument détermine un jet de sang, on fait aussitôt la ligature de la région saignante. Pour que cette ligature ne glisse pas sur le tissu utérin qui est dur et élastique, on donne un coup de ciseaux de chaque côté de la pince pour pédiculiser la région pincée. Il est alors facile de jeter une ligature au-dessous de la pince.

On rencontre parfois vers le centre du pédicule quelques vaisseaux qui saignent ; pour les lier, le chirurgien trace autour du vaisseau, avec un bistouri, une incision quadrilatère, profonde d'un centimètre environ. Le prisme de tissu utérin ainsi isolé est saisi avec une pince en cœur au-dessous de laquelle on jette une ligature en masse.

On désinfecte alors la cavité utérine et la surface du moignon à la teinture d'iode.

Le dernier temps de l'opération consiste à fixer le pédicule derrière la paroi abdominale au moyen d'un fil qui les traverse tous deux. Une mèche de gaze iodoformée allant jusqu'au moignon tient lieu de drain.

Cette méthode évite l'hémorrhagie et le sphacèle du pédicule ; elle réduit au minimum les chances de septicémie ; elle est plus rapide et shocke moins les malades que l'extirpation totale de l'utérus. L'auteur a exécuté six fois son procédé, dont quatre fois avec succès.

M. Dubourg (Bordeaux). — En principe, le traitement chirurgical des fibromyomes utérins me paraît devoir être l'hystérectomie abdominale, et les indications de l'intervention sont fournies essentiellement par l'abondance des hémorrhagies, l'accroissement rapide des tumeurs, les phénomènes de compression et en particulier ceux qui se manifestent du côté de la vessie, et enfin les crises douloureuses. Les contre-indications résident surtout dans l'état cachectique des malades, ou dans l'existence de lésions cardiaques, rénales, etc. Avant de penser à une opération, on doit toutefois commencer par essayer l'électrolyse qui exerce souvent une influence incontestable sur les hémorrhagies, en les diminuant d'une façon très appréciable. Lorsqu'on doit se résoudre à l'intervention chirurgicale, c'est l'hystérectomie abdominale qui me paraît offrir les plus grands avantages, et c'est à l'hystérectomie partielle supra-vaginale que j'accorde la préférence. Lorsqu'on admet le traitement intra-péritonéal du pédicule, il suffit de faire la ligature du moignon avec de gros catguts, divisant le pédicule en quatre parties. J'ai appliqué quatre fois ce procédé, avec un succès complet. Lorsqu'il existe des adhérences trop étendues, lorsque l'on est en présence de difficultés trop considérables qui pourraient compromettre l'existence de la malade, on se bornera à faire la castration ovarienne.

M. J. Bœckel (Strasbourg). — J'ai fait vingt opérations pour fibromes avec cinq morts sur lesquelles il y a trois accidents qui ne sont pas imputables à l'opération. Dans tous les cas de fibromyomes volumineux, j'ai recours à la laparotomie : le traitement extra-péritonéal du pédicule est le moins dangereux. L'hystérectomie vaginale est l'opération la moins grave; je n'ai eu par ce procédé aucun accident, et elle me semble indiquée dans tous les cas où le fibrome n'a pas un volume excessif.

M. Jacobs. — J'ai pratiqué trente opérations abdominales pour fibromes avec vingt-trois morts et onze opérations vaginales toutes avec succès. La ménopause ne me semble pas, dans tous les cas, atténuer le développement des fibromes, et l'âge ne doit donc pas constituer une contre-indication opératoire. Les douleurs et les métrorrhagies constituent les indications formelles de l'intervention.

L'hystérectomie m'a donné les meilleurs résultats dans les fibromes de moyen volume. Pour les gros, je fais la laparotomie avec traitement extrapéritonéal du pédicule. Celle-ci met à l'abri des infections et de l'hémorrhagie.

M. Reynier. — Avant 1890, j'ai souvent essayé, pour les fibromes, du traitement palliatif, médical ou électrique : je n'en ai obtenu aucun bon résultat. Depuis 1890, chargé d'un service gynécologique, j'ai pratiqué vingt-trois opérations pour fibromes avec trois morts ; elles se répartissent ainsi :

Quatre opérations de Battey, avec quatre guérisons complètes ;

Cinq hystérectomies vaginales complètes avec ou sans morcellement, cinq guérisons ;

Quatorze laparotomies avec traitement intra-péritonéal une fois (une guérison), et traitement extra-péritonéal (treize fois avec trois morts).

Pour les fibromes de moyen volume, le morcellement vaginal est le meilleur; pour les gros, la laparotomie seule est praticable ; le pédicule sera laissé à l'extérieur. Dans tous les cas, l'intervention doit être précoce.

M. Routier. — Pour les fibromes de petit volume et hémorrhagiques, avec grande cavité utérine, j'ai coutume de faire la castration, qui est une excellente opération dans ces cas; sur 21 cas, j'ai toujours pu mener à bien l'intervention; trois fois je lui ai associé l'ablation de un ou plusieurs fibromes sous-péritonéaux; deux fois, j'ai dû faire secondairement le curettage de l'utérus et l'ablation de quelques fibromes sous-muqueux ayant dégénéré à la suite de la castration et causant des écoulements fétides.

Pour les fibromes pelviens, de volume modéré, causant des accidents de compression, je pratique l'hystérectomie vaginale, avec section médiane du corps utérin.

Les gros fibromes abdominaux seront enlevés par l'hystérectomie abdominale, et sur seize cas, j'ai eu trois morts, dont une par volvulus de l'intestin grêle à qui j'ai fait trop tard une laparotomie secondaire, une avec une petite adhérence intestinale, une par intoxication iodoformée.

J'ai fait six fois l'ablation totale, avec ablation du col par le vagin, et j'ai eu trois décès par hémorrhagie, le clamp mis sur le ligament large ayant mal tenu.

M. Rouffart (Bruxelles) commence par affirmer que la gravité opératoire vient surtout de ce qu'on opère trop tard, les malades s'étant épuisées pendant des traitements inefficaces. Ce n'est pas à dire d'ailleurs qu'il faille toujours opérer, car bien des fibromes ne causent jamais d'accidents.

Il est des cas où le traitement palliatif est le meilleur ; pour combattre les hémorrhagies et les douleurs, en général le curettage, répété au besoin, est préférable à l'électrisation.

Lorsque la myomectomie est indiquée, il faut en principe agir par le vagin et enlever suivant le cas le myome seul ou tout l'utérus. Lorsque la tumeur acquiert le volume d'une tête de fœtus, alors la voie abdominale doit être choisie, et en principe on doit pratiquer l'hystérectomie totale. Avant 189[illegible] M. Rouffart avait d'abord ouvert le ventre, puis enlevé le moignon par le vagin. Depuis, il commence par libérer le c[illegible] utérin et mettre des pinces sur le ligament large, puis il fa[illegible] la laparotomie. Cinq cas opérés ainsi lui ont donné d'exce[illegible]lents résultats.

M. Queirel (Marseille) a opéré une volumineuse tume[illegible] par la méthode de Martin : il y avait des adhérences étendu[illegible] avec l'intestin. Il parvint à les détacher sauf au niveau [illegible] rectum ; il put néanmoins terminer par l'énucléation et [illegible] castration.

Il a fait cinq hystérectomies abdominales avec pédic[illegible] perdu et a eu quatre guérisons et une mort. Cette stati[illegible]tique semble favorable à la méthode de réduction du pédicu[illegible]

M. Delagénière. — J'avais d'abord considéré l'hystérectomie abdominale pour les gros fibromes de l'utérus comme étant la ressource ultime à laquelle on pût recourir, et je pratiquais autant que possible l'opération d'Hegar et l'énucléation par morcellement; mais la première de ces opérations ne m'a donné que 80 0/0 de succès définitifs, et la deuxième environ 70 0/0 seulement, chiffres équivalents aux résultats de l'hystérectomie abdominale qui est de 75 0/0. J'ai donc cru devoir adopter les conclusions suivantes : 1° l'hystérectomie abdominale est l'opération de choix pour toutes les tumeurs fibreuses qui atteignent l'ombilic; 2° la castration ou opération d'Hegar est l'opération de choix pour toutes les petites tumeurs chez les femmes jeunes, quand le symptôme dominant est l'hémorrhagie; 3° l'énucléation par morcellement est indiquée dans les cas de petites tumeurs sous-muqueuses. Elle devra être complétée par l'hystérectomie vaginale, si la cavité est anfractueuse et difficile à drainer; 4° tous les cas qui ne rentrent pas dans ces catégories bien nettes seront susceptibles de l'hystérectomie abdominale. Cette dernière opération redevient donc l'opération de choix; or, la fixation extérieure du pédicule, la réduction du pédicule ne donnent que des résultats très médiocres.

C'est donc à l'*hystérectomie abdominale totale* qu'il convient d'avoir recours, car elle est d'une exécution aussi facile et elle présente l'avantage de ne pas faire courir le risque d'infection ou d'hémorrhagie par le pédicule : c'est l'opération de l'avenir. Quant à l'électrisation des gros corps fibreux, non seulement je la considère comme inutile, mais encore comme nuisible.

M. J. Hüe (Rouen). — Les inconvénients de la conservation du col dans l'hystérectomie abdominale ne me semblent plus à démontrer. Le plus simple est de l'extirper : on supprime la cavité cervicale susceptible de s'infecter, et l'hémostase est plus facile. J'ai réalisé il y a deux ans cette opération : les suites ont été très simples. Il y eut cependant à la suite une fistule urétérale droite.

Depuis lors, j'ai eu l'occasion de répéter deux fois cette hystérectomie abdominale totale pour deux cas de fibromes énormes : la guérison a été complète.

M. Duret (Lille). — Déjà en 1890, j'ai montré dans plusieurs travaux que les insuccès de l'hystérectomie venaient surtout de l'infection du moignon. En laissant le pédicule à l'extérieur, les dangers d'infection sont moindres et les chances de succès augmentées. Ce procédé me semble convenir exclusivement aux gros fibromes : pour ceux-ci, le traitement extra-péritonéal du pédicule est le seul, à mon avis, susceptible de permettre aux malades de guérir.

J'ai opéré dans des conditions désespérées trois malades et j'attribue le succès obtenu à la méthode suivie. Au neuvième jour, j'ai l'habitude d'enlever au bistouri la partie sphacélée du moignon, au-dessus de la ligature. La plaie est ensuite pansée à plat, et la guérison se trouve simplifiée.

M. Le Bec (Paris) insiste, lui aussi, sur les avantages qu'il y a à extirper le pédicule par le vagin. Mais cette hystérectomie laparo-vaginale offre quelques difficultés provenant des vaisseaux des ligaments larges. Or voici un moyen facile de les lier :

Les vaisseaux des ligaments larges forment deux groupes. L'externe contient les vaisseaux utéro-ovariens, l'interne est accolé à l'utérus.

Entre ces deux groupes, il existe toujours un espace celluleux large de deux à trois centimètres. Par là on peut passer un fil qui étreint les vaisseaux du groupe externe. Le groupe interne est difficile à séparer de l'utérus et est compris dans le pédicule. Si on ne lie pas bien les vaisseaux externes, voici ce qui se passe :

Le lien constricteur plisse le ligament large; si on le pince ainsi replié, quand on veut détacher le pédicule par le vagin, le ligament se détend et la partie élevée, qui contient les vaisseaux, s'échappe de la pince.

Quand le lien constricteur est mis sur le pédicule, on détache la tumeur. Il est bon alors de mettre une pince de Museux sur l'ouverture de l'utérus, car la muqueuse pourrait infecter le péritoine. Le col est enlevé comme dans l'hystérectomie vaginale ordinaire.

M. Gouilloud (Lyon) croit avoir été le premier en France à pratiquer l'extraction du moignon par le vagin. Depuis, il a fait l'hystérectomie totale, exclusivement par le vagin, pour une tumeur fibro-cystique en partie intra-ligamentaire pesant 6 kilos. Une autre fois, il a pu énucléer avec une grande rapidité, et sans avoir à poser une pince, une tumeur fibro-cystique intra-ligamentaire pesant plus de 8 kilos.

M. Largeau (Niort). — Il est un certain nombre de gros fibromes interstitiels que l'on ne peut opérer que par l'hystérectomie abdominale totale. Ce sont ceux qui, développés dans une des parois utérines, se coiffent de tissu utérin et ont cliniquement l'aspect et la forme d'utérus gravides. Il n'y a pas de col. Le fond du vagin est rempli par une grosse masse arrondie.

Trois fois j'ai opéré dans ces conditions, et par trois procédés différents : 1° Fixation du vagin à la plaie abdominale; 2° Double drainage abdominal et vaginal, l'orifice supérieur du vagin restant largement ouvert; 3° Suture complète du vagin et du péritoine par dessus le vagin.

C'est le second procédé qui a donné le meilleur résultat. Il permet un drainage parfait du péritoine et de tout le petit bassin, et expose moins que tout autre à la septicémie.

M. Schwartz (Paris). — Dans l'hystérectomie pour corps fibreux volumineux qu'il est impossible d'enlever par morcellement par la voie vaginale, la question du pédicule reste toujours, malgré les perfectionnements de l'hémostase, malgré les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie, le point litigieux. C'est de là que partent presque toujours les complications graves qui compromettent le résultat opératoire immédiat et contribuent pour beaucoup à la mortalité de l'hystérectomie abdominale.

Aussi pensons-nous que, toutes les fois que la chose est possible, c'est à l'extirpation totale de l'utérus et à la suppression du pédicule que devra viser le chirurgien.

C'est à l'hystérectomie abdominale combinée avec l'ablation vaginale du pédicule que nous avons eu recours dans le fait que voici :

Il s'agissait d'une jeune femme de 29 ans, atteinte d'une volumineuse tumeur dépassant l'ombilic qui avait pris depuis un an un développement rapide. Elle était vierge.

La tumeur fut enlevée par l'abdomen, un lien de caoutchouc placé sur le col sert de point de repère pour atteindre par le vagin le pédicule qui fut enlevé comme dans une hystérectomie vaginale. Guérison rapide.

Il s'agissait d'un gros myxo-fibrome.

M. Auguste Reverdin (Genève). — En présence de fibromes volumineux de l'utérus, le chirurgien, quelque partisan qu'il puisse être de l'hystérectomie vaginale, doit demander à l'hystérectomie abdominale la guérison de ses malades. Or, le pédicule qu'on laisse encore trop souvent en place, est, quoi qu'on dise et fasse, un sérieux danger tant au point de vue de l'infection qu'à celui de l'hémorrhagie.

Les moyens de l'étreindre, de le modifier, de le mettre en un mot dans l'impossibilité de nuire sont assez nombreux déjà pour qu'on puisse conclure à leur insuffisance.

L'idéal, lorsqu'on supprime un organe, c'est de n'en rien laisser.

Or, si on n'a pu encore se résoudre à supprimer le col, c'est que le poids de la tumeur, son volume et son enclavement dans le petit bassin rendent souvent fort difficiles les manœuvres nécessaires à parfaire ce résultat.

Un appareil à suspension fort simple fixé au plafond de la salle d'opération rend la chose relativement très facile. Cet appareil se compose d'une corde pourvue de chaînettes qui sont reliées aux anneaux d'une forte pince par des boucles.

Un mécanisme spécial permet d'arrêter au point voulu la corde sur laquelle tire un aide placé assez loin de l'opérateur pour ne le gêner en aucune façon. Rien de plus facile, une fois que le poids de la tumeur est supprimé, du fait de la suspension, de pousser dans le sens le plus favorable la masse qu'on s'efforce de détacher afin d'amener à portée de la main les adhérences contre lesquelles on lutte. On arrive peu à peu en descendant le long des flancs de la tumeur jusqu'au vagin, qu'on peut inciser d'autant plus facilement qu'il a été possible de l'amener plus haut au-dessus de la ceinture pelvienne.

Après avoir sectionné successivement les attaches vaginales, on place quelques pinces hémostatiques sur les bords divisés du vagin qu'on suture hermétiquement.

On répare les déchirures faites au péritoine, ainsi que la séreuse au niveau de la portion qui entourait le col.

De cette manière, lorsque l'opération est terminée, le vase péritonéal est entièrement réparé.

Aucune raison par conséquent de le drainer.

Le seul *espace mort* qui puisse fournir quelques produits dignes d'être éliminés, est celui qui se trouve au-dessus du vagin; espace qu'il est d'ailleurs possible de réduire par quelques points de suture perdus.

Suivant les cas, il sera prudent d'établir en ce point un drainage constitué soit par de la gaze iodoformée, soit par des tubes de caoutchouc.

Les résultats obtenus par ce procédé se sont montrés assez favorables pour qu'il trouve certainement des imitateurs.

M. le Dr Aimé Guinard (Paris). — Une malade de 33 ans s'est présentée à M. Guinard, à l'hôpital Saint-Louis, au troisième mois de sa cinquième grossesse. Trois de ses grossesses se sont passées normalement. Les accouchements ont eu lieu à terme; les trois enfants sont vivants. La quatrième a nécessité l'emploi du forceps : l'enfant était mort. Avant la suspension de ses dernières règles, cette malade avait des ménorrhagies très abondantes et un peu de leucorrhée.

A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, en août 1892, elle se plaint de douleurs de ventre très vives.

L'examen montre deux tumeurs qui semblent distinctes : l'une, qui occupe la fosse iliaque gauche, remonte au-dessus de l'ombilic et rappelle, par sa rénitence, un utérus gravide ; l'autre, qui remplit le petit bassin du côté droit, est dure, lisse et beaucoup moins mobile. Entre les deux tumeurs, se trouve l'ovaire droit appendu à l'utérus et douloureux au palper.

On porte le diagnostic de corps fibreux tenant au bord droit d'un utérus gravide, et comme il est aisé par le toucher vaginal de s'assurer que l'accouchement par les voies naturelles sera impossible, on décide la malade à accepter une opération.

Le 6 septembre, M. Guinard fait une longue incision suspubienne et trouve un corps fibreux du volume d'une tête de fœtus à terme, inclus dans le ligament large droit. Après avoir incisé le ligament large, il énuclée la tumeur et place une solide ligature en chaîne à la soie sur un pédicule peu volumineux. Suture du ligament large en surjet. Pas de drainage.

Les suites de cette opération ont été très simples et, quand la malade sortit de l'hôpital, un mois après l'opération, l'utérus gravide avait repris sa position sur la ligne médiane. Elle a accouché, sans accident aucun, à sept mois et demi.

Ce fait montre qu'on peut, sans compromettre une grossesse en cours, pratiquer des opérations abdominales même pour les tumeurs du petit bassin, attenant à l'utérus, pourvu, bien entendu, qu'elles soient pratiquées dans des conditions d'asepsie parfaite.

On peut, comme on l'a conseillé en pareil cas, attendre le terme de la grossesse et faire une opération césarienne, mais l'intervention est moins radicale, puisque la malade garde sa tumeur.

A mon sens, on ne doit pratiquer l'opération césarienne en cas de fibrome de l'utérus que si la tumeur siège dans le segment inférieur et occupe l'excavation pelvienne, comme chez la malade dont mon ami Picqué a récemment présenté l'observation avec guérison, à la Société de chirurgie. Si, au contraire, le fibrome siège sur une région de l'utérus accessible soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale et, à plus forte raison, si la tumeur, comme chez ma malade, n'est qu'accolée à l'utérus et reste incluse dans le ligament large, il ne faut pas hésiter à en pratiquer l'ablation au cours de la grossesse. En d'autres termes, l'opération idéale est la myomectomie abdominale ou vaginale dans le premier cas, l'énucléation dans le second.

Et si l'opération a été aseptique, on aura la satisfaction de voir la grossesse continuer son cours normal, comme dans l'observation qui fait l'objet de cette communication.

M. Picqué. — Dans mon cas, la myomectomie était impossible sans interrompre la grossesse, et c'est sur le conseil de M. Tarnier que j'ai pratiqué la césarienne à terme.

M. Vautrin (Nancy). — J'ai observé trois cas de grossesse compliquée de fibromes et dans les trois cas les terminaisons ont été différentes : dans l'un, j'ai fait la myomectomie suspubienne en enlevant en même temps l'utérus par l'opération de Porro; dans le second, j'ai pu intervenir sur le fibrome et ma malade est accouchée avant terme. Dans le troisième cas, sur l'avis de M. Hergott fils, et malgré des symptômes graves, j'ai attendu le travail, et alors le fibrome s'est désenclavé et l'accouchement s'est terminé naturellement et heureusement.

Malgré le succès inespéré de l'expectation dans ce dernier cas, je n'oserais pas attendre si pareil fait se représentait à mon observation. Je crois donc qu'en présence d'une grossesse accompagnée d'un fibrome, quand la tumeur est fortement enclavée et n'offre aucune tendance à se dégager, il ne faut pas hésiter à opérer de bonne heure. Il serait, en effet, dangereux d'attendre le moment de l'accouchement, car on sait combien les femmes sont alors exposées à l'infection.

M. Condamin conseille, dans les fibromes utérins qui ne donnent lieu qu'à des hémorrhagies et à de l'hydrorrhée, d'employer les crayons au chlorure de zinc quand les malades sont trop cachectiques pour supporter une opération curative radicale, ou qu'elles sont aux approches de la ménopause. Cette méthode a donné à M. Laroyenne, qui l'emploie depuis trois ans, d'excellents résultats. Le curettage est beaucoup moins efficace et s'accompagne bien plus fréquemment de récidives au point de vue de l'hydrorrhée ou de l'hémorrhagie.

Quant à la sténose du col, elle n'a jamais été observée à la clinique gynécologique de Lyon, peut-être à cause des précautions toutes particulières que l'on prend pour que l'action du caustique ne porte pas sur le segment cervical. Pour cela, après dilatation du col utérin et désinfection de la cavité utérine, un crayon mitigé au chlorure de zinc y est introduit. La cavité du col est fortement tamponnée. Après cette intervention, la malade reste couchée sur le ventre pendant plusieurs heures. Le col se trouve ainsi garanti. Au bout de huit à douze jours, l'eschare tombe. Il est utile de replacer immédiatement, et avec les mêmes précautions, un second crayon, mais plus petit.

Après l'application de ces caustiques, on voit quelquefois survenir un peu de fièvre; mais elle disparaît rapidement. Cette méthode, qui repose sur l'expérience de M. Laroyenne et sur un nombre assez considérable d'observations, mérite d'être prise en considération à cause de son efficacité et de la facilité de son application. Elle ne diminue en rien les indications des autres interventions opératoires, mais s'applique logiquement aux fibromes qu'une ménopause prochaine va modifier. On évite ainsi les dangers encore assez nombreux qui accompagnent une opération plus radicale.

MM. Bergonié et **A. Boursier** (Bordeaux) publient les résultats de l'électrisation monopolaire positive à la clinique électrothérapique de Bordeaux. Les conclusions sont que :

1° Le traitement électrique est surtout un palliatif efficace dans les cas de fibromes hémorrhagiques (90 0/0); 2° il agit favorablement aussi sur l'état général (79 0/0); 3° les douleurs s'amendent souvent sous son influence (50 0/0); 4° son action, au point de vue de la diminution de volume des tumeurs, n'est que rarement efficace (10 0/0).

M. Régnier, après avoir affirmé ses préférences pour les courants continus et les hautes intensités, conclut que ce traitement est indiqué :

1° Contre les tumeurs de petit volume causant de la gêne, des douleurs ;

2° Contre les tumeurs volumineuses et multiples si les annexes sont saines ;

3° Contre les hémorrhagies, sauf lorsque la cavité utérine est démesurément agrandie et lorsque la muqueuse utérine est dégénérée.

Les lésions inflammatoires des annexes, l'hydrorrhée, sont des contre-indications formelles.

M. Danion pense que tout fibrome non compliqué de kystes ou de collections purulentes est justiciable de l'électricité.

M. Verneuil s'excuse de prendre la parole dans un sens un peu réactionnaire. Il s'agit d'une maladie banale, dont tout chirurgien s'est occupé toute sa vie. On a indiqué ici une foule de procédés; et du débat il semblerait résulter que le traitement doit toujours être opératoire ; c'est la proposition qu'a émise nettement un des orateurs. C'est une proposition contre laquelle s'élève M. Verneuil. Enlever l'utérus pour un

corps fibreux gros comme une châtaigne est inadmissible. Les corps fibreux ne causant pas d'accidents sont fréquents; on en voit de gros comme la tête qui disparaissent sans que les femmes aient interrompu leur existence. Les morts causées directement par les fibromes sont très rares. Il faut autant que possible agrandir le champ de la thérapeutique aux dépens de celui de la médecine opératoire.

Grosse tumeur de l'ovaire ayant déterminé une torsion de l'utérus et nécessité l'hystérectomie.

M. Berlin (Nice) a enlevé récemment par la laparotomie une grosse tumeur abdominale qui s'était développée dans l'espace de quatre mois seulement et avait rempli toute la cavité abdominale. Son contenu était une énorme quantité de tissu lardacé, dur, infiltré, par places, d'une matière gélatineuse épaisse. Le travail d'évidement qu'il a fallu pratiquer avant de pouvoir amener la tumeur hors du ventre a été des plus laborieux. L'examen micrographique n'a pas encore été fait; il s'agit vraisemblablement d'un sarcome kystique.

La tumeur était développée dans l'ovaire; mais, sans que rien puisse expliquer ce fait bizarre, elle s'était dirigée successivement en arrière, puis à droite, entraînant dans cette évolution le bord gauche de l'utérus et faisant exécuter à ce dernier organe une rotation très nette de 180° autour de son axe vertical, et, pendant la plus grande partie de l'opération, personne ne pouvait se douter qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur des annexes droites. La véritable disposition n'a été reconnue que quand il s'est agi d'attaquer le ligament large situé à gauche; c'était le ligament large du côté droit, tordu, qui se trouvait transporté à gauche. La vessie avait subi une torsion parallèle. Enfin, la partie inférieure de la tumeur était fusionnée si intimement avec le bord gauche de l'utérus et le cul-de-sac vaginal que M. Berlin a dû se résoudre à pédiculiser en bloc la tumeur et l'utérus, par une ligature élastique; le pédicule a été fixé hors du ventre par des broches; le traitement intra-péritonéal n'aurait pas été prudent, à cause de la nature suspecte de la tumeur et des risques d'inoculation au péritoine. Les suites de l'opération ont été complètement simples jusqu'ici. L'opération date de trois semaines.

Traitement des déchirures complètes du périnée.

M. Pozzi. — Par déchirures complètes du périnée, j'entends toutes celles qui font communiquer l'anus et la vulve et s'accompagnent d'une déchirure de la cloison recto-vaginale.

J'ai opéré huit cas de ce genre par la méthode de Lawson Tait, modifiée par moi : voici quelle est ma manière de procéder.

L'avivement est obtenu à l'aide d'une incision transversale portant sur les débris de la cloison. Aux extrémités de celle-ci sont menées de haut en bas deux incisions verticales étendues de la hauteur des petites lèvres au pourtour de l'anus. Ceci fait, on creuse en décollant de manière à relever en haut le vagin avec les restes de la cloison.

Pour la suture, trois fils d'argent servent de soutien : l'un est placé sur le vagin, un deuxième à l'angle du décollement de la cloison recto-vaginale, un troisième sur le rectum.

L'affrontement est obtenu à l'aide d'un double surjet au catgut réunissant entre elles les surfaces cruentées; enfin une suture superficielle termine l'opération.

Hystéropexie vaginale.

M. Jacobs (Bruxelles) déclare préférer à l'hystéropexie abdominale l'hystéropexie vaginale double, par un procédé dont il donne la description.

M. Pozzi (Paris). — Nous savons fort bien que dans tous les cas de rétroversion adhérente il y a soit métrite, soit annexite, et l'hystéropexie ne suffit pas. Elle n'est qu'une opération complémentaire, après traitement convenable des lésions utérines ou annexiales, et son but est surtout d'empêcher l'utérus de retomber au point où il adhérait auparavant. Quant à l'hystéropexie vaginale, je crois que c'est une mauvaise opération : avec Trélat, je n'admets pas que le vagin puisse fournir un point d'appui suffisant; en outre, on n'agit pas sur les annexes.

M. Chalot (Toulouse) insiste sur la distinction suivant qu'il y a ou non un prolapsus concomitant. Il repousse en principe les opérations vaginales et avec M. Pozzi affirme l'utilité du traitement des lésions des annexes. Mais il croit qu'on néglige beaucoup trop l'opération d'Alexander, pour laquelle il a indiqué un procédé spécial (Voyez *Mercredi*, 1892, p. 466).

Du prolapsus de l'utérus et du vagin dans les kystes de l'ovaire.

M. A. Boursier (Bordeaux). — Je me propose d'étudier les prolapsus de l'utérus et du vagin causés parfois par des kystes de l'ovaire, à propos d'un cas personnel que voici :

Une femme de quarante-quatre ans, sans enfants, vient me consulter en janvier 1893, pour une tumeur abdominale. La maladie semble avoir débuté en 1888 par des douleurs des reins et du ventre et de la dyspepsie. En janvier 1891, l'abdomen commence à grossir; un médecin constate un début de prolapsus de la paroi vaginale postérieure. Malgré l'application d'un pessaire, en avril, un second examen démontre l'accroissement du prolapsus génital et de plus un peu d'abaissement utérin avec rétroversion : on découvre en outre l'existence d'une tumeur abdominale. A partir de juin 1892, le prolapsus augmente rapidement en même temps que le volume de l'abdomen s'accroît. En janvier 1893, je constate la présence d'une tumeur abdominale avec un épanchement ascitique abondant. Une ponction évacue environ dix litres de liquide jaune gélatineux, ayant tous les caractères physiques et chimiques d'un liquide ovarien, et permet aussi de constater une tumeur arrondie, fluctuante, indépendante de l'utérus. L'ovariotomie fut pratiquée le 11 mars 1893. A la suite, le prolapsus s'est spontanément réduit et ne s'est pas reproduit depuis.

Les observations de ce genre sont fort rares : je n'ai pu en rassembler que neuf autres.

De leur étude il résulte que le prolapsus paraît toujours dû à des causes mécaniques. Il provient d'une exagération considérable de la pression intra-abdominale démontrée par le volume du ventre, et de l'impossibilité de réduction et de maintien du prolapsus. Cet excès de pression est causé par le volume des kystes, tantôt uniques, tantôt multiples, et aussi par l'ascite, de nature variable, mais souvent abondante. Ce prolapsus présente plusieurs variétés : chute du vagin, chute de l'utérus complète ou incomplète, tantôt isolé, tantôt accompagné de cystocèle, de rectocèle, ou des deux à la fois.

Il faut insister sur le traitement spécial de cette complication. Le plus souvent, en effet, l'ovariotomie semble suffire pour amener la réduction spontanée et définitive du prolapsus sans aucun traitement direct de cet accident.

Suppurations pelviennes.

M. Segond (Paris) prend la parole pour répondre aux communications de M. Terrier et de ses élèves Boiffin, Broca et Hartmann, touchant la valeur de la laparotomie dans le traitement des suppurations pelviennes. Il répondra brièvement à MM. Boiffin, Broca et Delagénière, dont l'expérience en hystérectomie est au moins discutable. En effet, M. Broca n'a fait qu'une hystérectomie vaginale suivie de mort dans des conditions tout à fait défavorables : il s'agissait d'une femme accouchée quelques semaines auparavant et dont les tissus utérins et péri-utérins étaient, ainsi qu'il arrive en pareil cas, infiltrés et ramollis. J'ai opéré dans un cas semblable et avec le même résultat. M. Delagénière, dans quatre hystérectomies vaginales, a eu quatre morts et cette mortalité de 100 0/0 est peu faite pour le convertir. M. Boiffin a fait quatre hystérectomies avec un succès peu favorable, si j'en juge d'après ses communications antérieures.

M. Terrier n'apporte pas de faits d'hystérectomie vaginale, mais une série de 59 laparotomies avec 7 morts, soit 11,86 0/0; dans les derniers cas opérés sous le contrôle de la vue (technique absolument différente de celle de Pozzi, dont le principe est de ne pas y voir), la mortalité est même tombée à 5,71 0/0. A ces chiffres, M. Segond pourrait opposer ceux de Lafourcade qui, dans sa thèse, a réuni 393 laparotomies pour suppurations péri-utérines avec 58 morts, et 375 hystérectomies avec seulement 34 morts, ou encore la statistique de Jacobs qui, sur 117 cas d'hystérectomie vaginale, n'a eu

qu'une mort; mais il préfère s'en tenir à sa propre statistique. Sa mortalité est plus forte que celle de Terrier, puisque, sur 128 hystérectomies pour lésions bilatérales des annexes, il a 51 cas pour lésions non suppurées, sans une mort, et 77 suppurations avec 11 morts, soit 14,28 0/0. Mais si, usant du même artifice que M. Terrier, il prend ses 21 derniers cas de suppurations dans lesquels il a fait précéder l'hystérectomie du curettage utérin, il n'a qu'une mort, soit 4,28 0/0, chiffre inférieur à celui de M. Terrier.

Pour ce qui est des suites éloignées de l'hystérectomie, M. Segond peut affirmer qu'elles sont excellentes. Cependant, trois fois il a dû faire la laparotomie consécutivement, et M. Delagénière a actuellement, au Mans, une malade hystérectomisée par M. Segond qui souffre encore. Quant aux malades revues, elles sont en parfait état. C'est ce que M. Segond établira plus complètement dans un travail ultérieur. Il veut insister sur les accidents opératoires dont on charge si facilement l'hystérectomie vaginale. Sur plus de 250 hystérectomies vaginales faites soit pour lésions des annexes, soit pour fibromes, soit pour cancers, M. Segond n'a jamais pincé l'uretère. Il a eu une seule hémorrhagie inquiétante au cours de l'opération; la malade a très bien guéri. Il a déchiré trois fois la vessie, et les trois fois la fistule vésico-vaginale a guéri après suture. Neuf fois le rectum a été ouvert. Dans six cas, il existait préalablement une fistule rectale que l'écarteur n'a fait qu'agrandir. Deux malades sont mortes de tuberculose pulmonaire; six fistules se sont fermées spontanément: une est récente et en voie de guérison. Quant au manuel opératoire, M. Segond emploie la méthode décrite par Péan au Congrès de Berlin en 1890. Tous les autres procédés de Doyen, de Müller, de Quénu ne sont que des variétés de la méthode générale du morcellement et ne diffèrent du procédé de Péan que parce que l'hémostase suit le morcellement au lieu de le précéder. M. Segond combine ordinairement au morcellement par résections transversales, une fois le col enlevé, l'évidement central conoïde, qui lui permet d'amoindrir l'utérus et de le faire basculer en avant. Alors seulement il pince de haut en bas les ligaments larges avec des pinces lorgnettes. Ce procédé est le procédé de choix quand l'utérus est enclavé, de même que le procédé de Doyen est le procédé de choix quand l'utérus est abaissable.

Hématocèle rétro-utérine.

M. Vaslin (Angers) a observé une femme chez qui une hématocèle rétro-utérine, après 15 ans de silence, s'est transformée en une pyosalpingite ayant nécessité la laparotomie. Il en conclut à l'indication de traiter d'emblée l'hématocèle par la laparotomie et le nettoyage du foyer.

Trois cas de lipomes du mésentère.

M. Roux. — J'ai observé trois cas de lipomes du mésentère : une de mes malades avait dans le ventre une tumeur qui avait été diagnostiquée fibrome ; la palpation était, d'ailleurs, rendue difficile par le volume énorme du ventre. Je fis la laparotomie et trouvai à côté du fibrome diagnostiqué un lipome sous-péritonéal dans la fosse iliaque droite.

Chez une seconde malade, je trouvai au palper une tumeur dans la région de l'S iliaque; à l'opération, je reconnus un lipome du mésocôlon.

Enfin, le troisième cas concerne un individu de quarante et un ans, qui avait des crises périodiques d'occlusion intestinale, et chez lequel on sentait au niveau du mésentère une tumeur du volume d'une grosse orange. Je trouvai aussi un lipome du mésentère ; les connexions avec l'intestin étaient si complexes que je fus obligé de réséquer 1 m. 24 cm. du canal intestinal. Le malade a guéri.

Tumeur fibreuse de l'épiploon gastro-hépatique.

M. Ricard (Paris) décrit l'ablation d'une tumeur abdominale très volumineuse qu'il croyait être un corps fibreux de l'utérus, ce dernier étant remonté et la tumeur étant perceptible dans le cul-de-sac postérieur. La décortication de cette tumeur adhérente aux parois abdominales étant difficile, il dut l'attaquer par évidement central. Cette tumeur contenait, enclavée, la vésicule biliaire remplie de calculs et qu'il dut réséquer. Elle n'offrait aucune connexion avec les organes génitaux, ni avec la rate. M. Cornil, qui l'examina histologiquement, en fit un fibrome des épiploons. M. Ricard pense donc avoir eu affaire à une *tumeur fibreuse de l'épiploon gastro-hépatique ayant inclus dans son développement la vésicule biliaire.* L'ablation de ce fibrome a duré 1 h. 20 ; la malade était guérie 20 jours après l'opération.

De l'occlusion intestinale par étranglement interne.

M. Gangolphe (Lyon). — Il y a deux ans, opérant un malade atteint d'occlusion intestinale par étranglement au niveau de l'hiatus de Winslow, je fus surpris de voir s'écouler du ventre une grande quantité de liquide séro-hématique analogue à celui du sac dans les hernies étranglées.

Depuis lors, j'ai vu d'autres cas semblables. J'ai aussi tenté des expériences de ligatures de l'intestin. Dans tous les cas, j'ai retrouvé cette transsudation séro-hématique quelquefois très abondante. Il y a lieu, je pense, d'appliquer ces données à la clinique et de considérer la présence d'un épanchement abdominal comme un signe d'étranglement interne.

M. Maunoury (Chartres) donne les conclusions suivantes :

1° On interviendra chirurgicalement dans l'occlusion intestinale, seulement après avoir employé les moyens médicaux, et lorsque l'état du malade montrera qu'on ne peut plus attendre sans danger;

2° C'est le ballonnement du ventre qui servira de guide dans le choix de l'opération : entérotomie s'il est considérable; laparotomie s'il est modéré ou s'il manque ;

3° En cas d'entérotomie, l'exploration de la cavité abdominale et des deux bouts de l'intestin avec le doigt porté dans l'anus artificiel donnera des indications précieuses sur la conduite à tenir ultérieurement.

Cure radicale des hernies.

M. E. Schwartz (Paris). — Dans les cas de larges orifices et de très grosses hernies, il est absolument utile de consolider la région herniaire après la résection et la ligature du collet du sac. On s'est servi dans ce but de la peau, de tampons organiques de catgut, de plaques d'os oui ou non décalcifié, etc.

Nous avons eu à proposer et à faire il y a quatre mois une cure opératoire pour une grosse hernie crurale, la plus volumineuse certes que nous ayons pu observer.

Nous ne dirons de l'observation que quelques mots. Il s'agissait d'une hernie présentant le volume d'une tête de fœtus à terme, occupant toute la moitié de la vessie, sortant par un anneau défoncé qui laissait passer largement deux travers de doigt, impossible à contenir quoique facilement réductible.

Voici le procédé que j'imaginai après avoir pratiqué l'opération d'après le procédé usuel. Pour fermer la large brèche crurale, je disséquai un lambeau emprunté au moyen adducteur, je le renversai de bas en haut sur l'anneau ouvert, le suturai à tout son pourtour, puis refermai par des points de suture multiples toute la fosse laissée vide par la hernie. L'opération date de quatre mois et notre opéré, quoique n'ayant pas porté le bandage de soutien que je lui avais prescrit, présente au niveau de l'anneau une paroi souple et résistante qui n'a pas bougé depuis le jour de sa sortie. Cette résistance contraste avec la faiblesse de sa paroi immédiatement en dehors au niveau de la gaine des vaisseaux fémoraux.

Ce procédé a été adapté par nous à la cure de la hernie inguinale. Voici comment nous opérons. La cure ordinaire faite, le collet du sac lié le plus haut possible et le sac réséqué, après division de la paroi intérieure du trajet ou de l'anneau, si cela est nécessaire, nous ouvrons la gaine du grand droit par une incision le long de son bord externe. Nous détachons de ce muscle un large lambeau à pédicule inférieur comprenant la moitié ou le tiers de son épaisseur et nous le rabattons en bas en le faisant passer derrière le pilier interne de l'anneau. Il est suturé sur le trajet ou l'orifice laissant passer le cordon au dessous de son bord inférieur par quelques points à la soie ; on referme à la soie les piliers en les unissant au muscle inséré sous eux ; on referme la gaine à droite et l'opération se termine comme habituellement.

La plus ancienne de nos opérations ne date que de 2 mois ; il nous est impossible de vous donner des résultats ayant quelque valeur, nous nous réservons de suivre nos malades et de compléter leurs observations.

M. Zancarol (Alexandrie) a opéré 30 cas, avec 29 cures définitives et 1 récidive. Seul, ce dernier malade a porté bandage. Mais pour obtenir ces résultats, il faut des procédés opératoires bien réglés, et en particulier le meilleur est celui de Bassini, que M. Zancarol a appliqué 12 fois avec plein succès.

Des plaies du diaphragme.

M. Severeanu. — J'ai eu l'occasion d'observer une malade atteinte d'une hernie de l'estomac qui s'était produite à travers une plaie du diaphragme, due à un coup de couteau donné dans la ligne axillaire gauche, à la hauteur de la sixième vertèbre dorsale. La malade fut amenée à l'hôpital peu de temps après le traumatisme, et je constatai une fracture de la sixième côte. Dans la plaie je trouvai des matières alimentaires récemment ingérées; je pensai à une blessure de l'estomac, et réséquai la sixième et la huitième côtes sur une longueur de sept centimètres.

L'estomac perforé faisait, en effet, hernie au travers du diaphragme; je le suturai et le réduisis. Puis, je fis également la suture de la plaie du diaphragme, et laissai un drain dans la plèvre. La guérison est survenue sans incident.

Tumeur fibreuse de la paroi abdominale chez l'enfant.

M. Témoin (Bourges). — J'ai observé une tumeur fibreuse de la paroi abdominale chez une enfant de quatorze ans. A l'âge de deux ans, sa mère lui trouva dans le côté gauche de l'abdomen une petite tumeur de la grosseur d'une noix, tumeur dure, mobile, non douloureuse, qui, en un an, prit le volume du poing. En mars 1890, je trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant s'étendant des fausses côtes à l'arcade crurale et surplombant le tiers supérieur de la cuisse, tumeur dure, mate sur toute son étendue, légèrement irrégulière, mobile, non adhérente à la peau, immobilisée par la contraction des muscles de l'abdomen. L'enfant est très faible, marche péniblement et en se balançant comme une fille atteinte de luxation congénitale de la hanche.

L'opération a lieu le 9 mai 1890; incision de 12 centimètres au moins partant de la dixième côte et aboutissant à l'arcade crurale. La tumeur est nettement sous-musculaire, se laisse détacher facilement des couches superficielles et repose profondément sur le péritoine. Je la décolle peu à peu de cette séreuse, mais, malgré toutes les précautions, il m'est impossible de ne pas la sectionner sur une étendue d'une pièce de deux francs environ, où son adhérence avec la tumeur est très forte. Le poids du fibrome était de 1,400 grammes. Le péritoine est suturé à la soie, la plaie extérieure fermée par deux plans de suture et l'enfant guérit. Je l'ai revue ces jours derniers (deux ans et demi après l'opération) : elle va très bien. La mère me dit que pendant près d'un an sa marche a continué à être défectueuse, mais depuis cette époque elle est devenue normale.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Pilliet, et a montré qu'il s'agit bien d'une tumeur fibro-graisseuse.

Pathogénie des abcès du foie.

M. Zancarol (Alexandre). — Depuis l'année 1865, j'ai acquis par l'observation clinique la conviction de ces deux faits :

1° Que le pus hépatique n'est pas moins délétère que le pus des autres organes en suppuration; 2° que la dysenterie et l'abcès du foie sont très strictement liés et qu'un même principe produit les deux affections.

Cette manière de juger la question manquait pourtant de preuves matérielles et palpables. Ce sont ces preuves que je tâcherai de vous donner aujourd'hui en me basant : 1° sur l'expérimentation chez les animaux; 2° sur la similitude entre les altérations anatomo-pathologiques, produites par l'expérimentation, et les altérations rencontrées au cours des autopsies pratiquées chez nos malades.

Les expériences faites chez les animaux ont été toutes pratiquées sur le chat, et ont donné les résultats suivants.

L'injection des matières fécales dysentériques du chat, avec amibes vivantes pareilles à celles de l'homme, dans l'intestin de douze animaux de la même espèce, a donné six fois l'abcès du foie à streptocoques. Onze de ces chats ont eu la dysenterie, sept fois avec amibes dans les évacuations et quatre fois sans amibes. Dans l'intestin, on a trouvé les ulcérations caractéristiques de la dysenterie. Trois de ces chats, tout en présentant des altérations dysentériques intestinales, n'ont pas présenté les symptômes de cette affection. Chez aucun de ces animaux on n'a rencontré d'amibes sur les coupes d'intestins, tandis que *onze fois sur douze on a trouvé des streptocoques* dans l'épaisseur des tuniques intestinales.

L'injection de pus hépatique stérile dans le rectum de sept chats, a produit dans deux cas un abcès du foie, trois fois une infiltration purulente et quatre fois la dysenterie.

L'injection pure de streptocoques, provenant de la même source, c'est-à-dire de nos sujets d'inoculation, pratiquée dans l'intestin de deux chats, a donné chez le premier une dysenterie qui a guéri après quarante-quatre jours, et, chez le second, une dysenterie de soixante-sept jours de durée avec mort consécutive. A l'autopsie on trouve dans le gros intestin des ulcérations cicatrisées et des streptocoques dans le poumon.

Ainsi donc l'expérimentation sur les animaux a prouvé que la dysenterie et les abcès du foie sont de même nature et que le facteur pathogène de cette affection est un micro-organisme: ces résultats ont d'autant plus de valeur que l'observation clinique vient les confirmer. En effet, le sang de nos trois derniers malades opérés d'abcès du foie, pris au moment de l'opération ou avant celle-ci, a donné une culture pure de streptocoques.

L'examen bactériologique de neuf de nos malades avec abcès du foie, examinés dernièrement, a donné huit fois des streptocoques et une fois des staphylocoques, soit dans le pus, soit dans les coupes du foie. Si on fait le parallèle des coupes d'abcès du foie de l'homme avec des abcès du foie obtenus expérimentalement sur les animaux, on est frappé de la similitude des dispositions bactériologiques et anatomiques, avec cette seule différence que, dans les abcès expérimentaux, les micro-organismes sont en plus grande abondance.

De ces données je tirerai les conclusions suivantes :

1° Les abcès du foie sont d'origine microbienne;

2° Le facteur principal de ces abcès a été le streptocoque. L'avenir décidera peut-être si d'autres micro-organismes pourraient produire le même effet, ou si le streptocoque est le même que celui d'autres suppurations ;

3° La dysenterie est de même nature que les abcès du foie, de sorte que la cause pathogénique est encore ici le streptocoque. Quant aux amibes qu'on rencontre très souvent dans les matières fécales chez des individus même bien portants, elles ne jouent aucun rôle dans la pathogénie de cette affection ;

4° La porte d'entrée du micro-organisme pathogène des abcès du foie est le plus souvent le tube intestinal; de là il pénètre soit par la veine porte, soit par la circulation générale dans la glande hépatique.

Un procédé d'ablation partielle du rectum par les voies naturelles.

M. Hartmann (Paris). — Voici une opération à laquelle j'ai eu recours, et que je conseille pour l'ablation des sténoses annulaires du rectum, soit fibreuses, soit néoplasiques, mais mobiles :

Dilatation de l'anus; abaissement du rétrécissement saisi avec de petites pinces de Museux; incision circulaire du rectum autour du rétrécissement abaissé et invaginé dans le canal anal; libération du rectum dans toute la hauteur correspondant à la partie à réséquer; puis, lorsqu'on a dépassé dans le décollement les parties malades, section du rectum au-dessus. C'est à ce moment seulement que se produit un peu d'écoulement sanguin, l'abaissement et la coudure des vaisseaux ayant suffi à assurer l'hémostase pendant toute la première partie de l'opération. Rien de plus facile que de placer quelques pinces, puis de fixer grossièrement à la peau de la région anale le bout supérieur abaissé. Au bout d'une huitaine de jours, ce bout supérieur coupé par les fils remonte, mais le foyer opératoire est déjà fermé et l'on n'a à se préoccuper à aucun moment de le suturer au bout inférieur.

Traitement opératoire des hémorrhoïdes.

M. Quénu (Paris). — Après un rapide exposé historique et critique des divers procédés opératoires employés contre les hémorrhoïdes, M. Quénu en expose un nouveau qui consiste en l'incision à droite et à gauche de la peau un peu en

dehors de la muqueuse, suivie de dissection profonde de cette muqueuse jusqu'au point où elle commence à perdre sa coloration bleuâtre. Il résèque ensuite avec des ciseaux les veines qui doublent cette muqueuse et termine en la suturant. Il n'y a pas d'hémorrhagie sérieuse. La guérison est rapide; le tissu cicatriciel en dehors du canal n'amène pas de sténose. Si la muqueuse est fortement altérée, elle ne tarde pas à reprendre ses premiers caractères en passant vers le dixième jour qui suit l'opération par un état assez semblable à celui de la muqueuse qui recouvre les marisques. Si les hémorrhoïdes sont sphacélées, M. Quénu conseille l'application du cautère actuel; tandis que dans les hémorrhoïdes externes enflammées, il est d'avis d'ouvrir la tumeur, de la débarrasser de ses caillots et de faire la réunion immédiate.

M. Delorme fait remarquer la difficulté que le chirurgien doit éprouver pour la dissection de la muqueuse dans le procédé de M. Quénu.

M. Reclus conteste les inconvénients que M. Quénu attribue à son procédé, très simple, qui consiste en deux simples incisions de la peau et qui lui a toujours réussi.

Absence du rectum.

M. P. Delagénière (Tours). — Jusqu'à présent, l'absence congénitale du rectum a été, presque sans exception, toujours fatale. En faisant l'autopsie de six enfants atteints de cette affection, nous avons vu le cul-de-sac terminal muni le plus souvent d'un pédicule cellulo-vasculaire qui le rendait mobile. Nous appuyant sur cette donnée anatomique, nous avons, dans deux cas, essayé de découvrir ce cul-de-sac qui répond d'ordinaire à l'articulation sacro-iliaque gauche, et nous avons fait une laparotomie de ce côté et parallèle au pli de l'aine.

Dans un cas, à travers le périnée incisé, nous avons pu amener l'intestin jusqu'à la peau et faire un anus normalement situé; l'enfant semblait guéri quand il succomba le 7e jour à une broncho-pneumonie.

Chez le deuxième enfant, il nous fut impossible d'abaisser l'intestin dépourvu de pédicule.

Nous pouvons donc conclure que :

1° Le nouveau-né supporte assez facilement la laparotomie même prolongée ;

2° On peut espérer, par le procédé que nous avons indiqué, arriver à sauver un assez grand nombre d'enfants chez lesquels manque le rectum, alors que c'est l'exception maintenant; d'autant qu'après la laparotomie, la création d'un anus contre nature restera comme dernière ressource.

Traitement de la coxalgie.

M. Calot (Berck-sur-Mer) fait le procès de l'extension continue qu'il déclare incapable de redresser les attitudes vicieuses et dont les quelques avantages sont contre-balancés par de nombreux inconvénients. Il préconise l'emploi du demi-caleçon plâtré.

MM. Lannelongue (Paris) et **Phocas** (Lille) prennent au contraire la défense de l'extension, dont ils n'ont pas de peine à démontrer l'efficacité.

Traitement des abcès froids.

M. Calot (Berck-sur-Mer) préconise le traitement des abcès froids par l'extirpation large de la poche avec réunion immédiate obtenue grâce à la suture profonde et à la compression énergique. Une condition du succès, c'est de supprimer tout drainage. Le drain rend presque fatale la réinoculation des tissus; il laisse même, lorsqu'il est aseptique, des fistules indéfiniment durables.

Staphylococcus cereus.

M. Louis Dor (Lyon) étudie les propriétés pathogènes du microbe improprement appelé *Staphylococcus cereus* (décollements épiphysaires, périostites albumineuses, — ostéo-arthropathies, abcès séreux parostaux) et conclut : — 1° Les différents microbes connus sous le nom de Staphylococcus cereus albus, cereus aureus, cereus citreus, sont une seule et même variété d'un champignon pathogène qui n'est pas un staphylocoque ; — 2° Ce champignon, beaucoup plus élevé dans la série que les staphylocoques, prend l'aspect de staphylocoques sur certains milieux nutritifs, ce qui explique sa dénomination; — 3° Ce champignon inoculé aux jeunes cobayes produit dans l'espace de quinze jours à trois semaines un décollement de toutes les épiphyses sans suppuration ; — 4° Inoculé aux jeunes lapins, il produit aussi des décollements épiphysaires, mais en même temps il apparaît une périostite diaphysaire et des collections séreuses parostales ou intra-articulaires; — 5° Inoculé à des animaux un peu plus âgés, il produit simplement des ostéo-arthropathies hypertrophiantes; — 6° Ce microbe a été trouvé souvent dans des ganglions tuberculeux du cou; — 7° Une fois il a été isolé d'une collection séreuse d'une périostite albumineuse et une autre fois d'un abcès séreux parostal.

Ligature préalable de la carotide externe dans les opérations sur la face.

M. Chalot (Toulouse). — Après avoir montré les inconvénients de la ligature de la carotide primitive, qui s'accompagne dans un quart des cas de ramollissement cérébral, M. Chalot propose la ligature préalable de la carotide externe pour arriver à bien faire complètement l'exérèse des cancers de la face et de la partie supérieure du cou. Il donne des conseils sur le mode opératoire à suivre, met en garde contre l'incertitude du repère du nerf grand hypoglosse et fait remarquer toute l'importance de la veine thyroïdienne supérieure, qui, si elle n'est pas coupée entre deux ligatures, inonde le champ opératoire et rend l'opération difficile. Il base ses considérations sur 13 ligatures qu'il a dû faire en 18 mois.

Ablation d'un volumineux enchondrome parotidien.

M. Levrat (Lyon) a observé, chez un homme de soixante ans, un enchondrome parotidien pesant 6 kilos. La tumeur avait mis dix ans à prendre ce développement considérable. L'ablation au bistouri détermina un écoulement sanguin très abondant et nécessita la ligature de plus de 45 artères, dont 5 ou 6 présentaient le volume de la carotide. Malgré cela, le malade a bien guéri. Le succès opératoire a duré deux ans, au bout desquels est survenue la récidive.

Chirurgie du cerveau.

M. Warnots (Bruxelles). — J'ai eu l'occasion d'intervenir trente-deux fois sur le cerveau, dont dix pour épilepsie jacksonienne traumatique tardive; les résultats ont varié, mais je reste convaincu qu'il faut opérer de bonne heure, à la suite des traumatismes cérébraux, et que la trépanation doit être pratiquée comme moyen préventif.

Pour le traitement de l'épilepsie jacksonienne, on a proposé d'enlever les centres. Sur les 10 cas que j'ai opérés, j'ai fait une fois l'excision du centre du pouce chez un malade dont le *signal-symptôme* était une contracture du pouce de la main droite. Aujourd'hui, sept mois après l'opération, la paralysie de la main consécutive à l'opération persiste encore, mais le malade n'a plus eu aucun accès, et il en avait auparavant jusqu'à trente par jour.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas d'anévrysme artério-veineux cortical; je ne l'ai découvert qu'après trépanation, je l'ai respecté; mais, au lieu de réimplanter la rondelle osseuse comme je le fais habituellement, j'ai laissé la brèche ouverte, et l'anévrysme, devenu ainsi relativement superficiel, sera susceptible d'être traité directement.

Je suis intervenu six fois pour épilepsie essentielle; une de ces opérations mérite d'être mentionnée. Un malade, que j'avais déjà trépané du côté gauche et sans résultat pour une épilepsie essentielle d'origine probablement corticale, me pria plus tard de le trépaner à droite. A ce moment ses accès avaient changé : il y avait à la suite de l'attaque un tremblement du membre inférieur gauche, qui me décida à faire l'exploration électrique des centres. Après avoir mis à nu le cerveau, je mis les électrodes au niveau du centre du membre supérieur : une violente secousse du bras se manifesta aussitôt. Alors, passant au centre du membre inférieur, j'obtins un accès généralisé à la moitié du corps. Je remarquai en plus une accumulation à ce niveau de granulations de Pacchioni, et un exsudat assez développé : j'enlevai ces deux causes d'irritation.

Depuis, le malade n'a plus eu que des accès rares; ceux-ci sont, en outre, exclusivement limités au membre supérieur.

Topographie crânio-cérébrale.

M. Clado (Paris). — Il faut choisir des points de repère aisés à trouver, des lignes faciles à tracer et dont les dimensions varient proportionnellement à celles de l'écorce cérébrale.

Voici mon procédé :

1° *Scissure de Rolando.* — Le point supérieur, Poirier l'a bien montré, est à un travers de doigt en arrière du milieu de la ligne naso-inienne. De ce point tirez une ligne allant directement à l'angle temporo-zygomatique (arcade zygomatique et bord postérieur de l'os de la pommette); elle sera la projection du sillon de Rolando.

Cette ligne est la clef de la topographie crânio-cérébrale. Elle sert à délimiter les lobes et la plupart des circonvolutions psycho-motrices.

Le point inférieur du sillon de Rolando se trouve à un travers de doigt au-dessous de la moitié supérieure de cette ligne.

2° *Scissure de Sylvius.* — A l'union du tiers inférieur de ma ligne avec le tiers moyen, plantez une aiguille, elle tombera dans la vallée sylvienne. Je donne à ce point le nom de carrefour sylvien.

Une ligne allant de la dépression sous glabellaire (racine du nez) au carrefour sylvien représente représente, à partir de ce point et en se prolongeant en arrière, la scissure de Sylvius. Cette ligne va passer un peu au-dessus du lambda. Poirier, qui a mis en relief son importance, l'a appelée ligne naso-lambdoïdienne.

3° *Lobule de Broca* (3e circonvolution frontale droite ou gauche). — Une ligne menée de la partie postérieure de l'apophyse mastoïde au carrefour sylvien, puis prolongée, coupe le lobule de Broca. Elle passe juste au cap de la 3e frontale.

Une autre ligne a été utilisée pour déterminer le point supérieur du sillon de Rolando (Bergmann, Meckel). C'est une verticale partant de la partie postérieure de l'apophyse mastoïde. Elle coupe le lobule du pli courbe et touche la scissure de Sylvius et le sillon parallèle en arrière.

Mon procédé s'applique à des sujets de tout âge, depuis six ou huit ans.

Epilepsie jacksonienne. Trépanation. Abcès du cerveau consécutif.

M. Djémil-Bey (Constantinople). — Il s'agit d'un homme, âgé de trente ans, qui a reçu, deux ans auparavant, un coup de yatagan à la région fronto-pariétale droite.

Huit mois après l'accident, il a eu la première crise épileptiforme. L'opération fut faite le 15 décembre 1891. Après avoir déterminé la direction du sillon de Rolando, j'ai enlevé une esquille perpendiculaire formée par la table interne qui pénétrait dans le cerveau. Guérison complète. Cinquante et un jours après l'opération, abcès du cerveau consécutif; deuxième opération. Guérison définitive.

Cette opération présente un double intérêt :

1° Au point de vue de l'implantation de l'esquille de la table interne sans enfoncement apparent de la table externe;

2° En raison de l'abcès de la surface du cerveau au-dessous de la dure-mère, cinquante et un jours après la trépanation.

M. Malherbe (Nantes) fait part au Congrès des résultats heureux d'une trépanation faite chez une malade de 55 ans, atteinte d'épilepsie jacksonienne du côté droit à la suite d'une chute sur la tête. L'opération fut faite 5 jours après l'accident : on ne découvrit rien d'anormal durant l'opération; l'auteur en conclut que dans certains cas la trépanation produit de bons résultats, probablement en modifiant la congestion vasculaire du cerveau, alors même qu'on ne trouve aucune lésion apparente.

Complications chirurgicales de la grippe.

M. Le Clerc (Saint-Lô) communique trois observations de complications chirurgicales de la grippe.

La première observation se rapporte à un abcès musculaire du biceps brachial. Elle a trait à une enfant de 7 ans 1/2 observée au commencement de 1891. Douze jours avant de tomber malade, cette fillette avait fait une chute sur le bras gauche. Une quinzaine de jours après la guérison de sa grippe, en jouant elle éprouva une torsion du même bras. Seize jours après, développement d'un abcès occupant toute la loge bicipitale; ouverture en deux points; drainage. Guérison. Revue au bout d'un an, l'enfant se servait de son bras comme auparavant.

La deuxième observation est celle d'un homme de 44 ans, alcoolique. Dans la convalescence d'une grippe sévère, compliquée de spléno-pneumonie, ce malade présenta dans la région massétérine gauche un gonflement inflammatoire qui aboutit à un abcès qui fut ouvert en juin 1890. Il persista une fistule bientôt suivie de plusieurs autres. Au mois d'août le malade réclama une intervention. Résection du maxillaire inférieur. Impossibilité d'exécuter le dernier temps de l'opération, torsion du maxillaire : toute la branche montante, réduite en miettes, ne laissa dans la main de l'opérateur que la branche horizontale. Cette branche horizontale était elle-même tunellisée dans sa partie centrale et pleine de pus. En somme, il s'agissait là d'une ostéomyélite du maxillaire ayant débuté par la branche montante. Les suites opératoires furent *à priori* très bonnes, et deux mois après l'opération il ne restait plus qu'une fistulette insignifiante, lorsque le malade fut pris de lésions du foie et succomba dans le courant de janvier 1891.

La troisième observation est celle d'un homme de 28 ans qui, au douzième jour d'une grippe gastro-intestinale prolongée, fut pris d'une gangrène gazeuse du périnée et des bourses. Cette gangrène avait débuté par un petit abcès du raphé périnéal, près de la marge de l'anus : au bout de cinq jours le malade succombait. Le Dr Le Clerc, à défaut de preuves anatomiques, discute le diagnostic de la fièvre typhoïde et de la grippe et admet cette dernière pour les raisons suivantes : absence de fièvre typhoïde dans le pays et au contraire existence de la grippe; le malade avait eu antérieurement une fièvre typhoïde; la maladie avait débuté brusquement comme la grippe et dans ses manifestations cliniques rappelait plutôt la grippe.

En présence de l'apparition de cette complication foudroyante, l'orateur se demande comment interpréter le développement de cette gangrène. Il suppose que le bacterium coli, qui peut engendrer des abcès périnéaux, peut aussi devenir septique. Comme conclusion pratique, il conseille d'intervenir largement au thermocautère dès qu'apparaissent les moindres signes d'une inflammation périanale dans le cours d'une maladie infectieuse telle que la grippe ou la fièvre typhoïde.

Auto-inoculation cancéreuse. Péritonite tuberculeuse.

M. Courtin (Bordeaux). — Observation d'une malade de cinquante-deux ans atteinte de cancer du mésentère, ayant déterminé une ascite abondante, pour laquelle des ponctions furent faites à l'abdomen. Après la première ponction on put constater que les parois étaient souples et n'étaient pas doublées de plaques indurées. Huit jours après cette première ponction, se développait sur le trajet même de la plaie du trocart et sur les parties superficielles une plaque indurée; pareil fait fut observé au niveau d'une autre plaie de ponction. Des tumeurs dures, bosselées, squirrheuses se formèrent aux dépens de ces îlots; la peau s'ulcéra et une suppuration, sanieuse et putride, se produisit jusqu'au moment de la mort.

Péritonite tuberculeuse. Laparotomie. Guérison. — Femme, quarante-sept ans, se présente avec un ventre très gros, donnant la sensation nette d'ascite; par une ponction on retire 15 litres d'un liquide sanguinolent. Le liquide s'étant reproduit un mois et demi après, laparotomie, le péritoine viscéral et pariétal est aminci, le rebord du foie, la rate, sont recouverts de petits corps durs donnant la sensation de grains de semoule; attouchement avec des éponges imprégnées d'acide phénique fort. Ablation de l'ovaire gauche poly-kystique. Guérison.

M. Picqué. — J'ai opéré dans les mêmes conditions et avec un égal succès, une malade atteinte de péritonite tuberculeuse. Chez elle, il y avait des antécédents caractérisés par des lésions pulmonaires manifestes. La laparotomie fut faite au mois d'août dernier; l'ascite fut évacuée, et le péritoine nettoyé à l'éponge. Au bout de quinze jours, la malade quittait l'hôpital. Depuis le liquide ne s'est pas reproduit, et l'état général est redevenu meilleur.

Chirurgie de l'oreille moyenne.

M. Hamon du Fougeray (Le Mans). — Dans les affections aiguës, suppurées ou non, la paracentèse de la membrane du tympan pratiquée dès le début doit être préférée à l'intervention tardive.

Dans l'affection chronique sans exsudat (sclérose), l'indication capitale est de libérer l'étrier. Deux opérations nous paraissent y répondre. Si l'étrier est mobile, faire la désarticulation incudo-stapédienne avec ou sans résection de la longue branche de l'enclume. Si l'étrier est immobile, faire la stapédectomie par le procédé de Blake (Boston).

Dans les affections chroniques avec exsudat (catarrhe chronique), il faut évacuer le liquide par la paracentèse. J'y ajoute souvent le lavage de la caisse au sublimé.

Dans les suppurations chroniques, il faut supprimer l'écoulement, détruire les granulations, enlever les tumeurs. Dans les cas où les moyens ordinaires ne peuvent suffire, c'est que les lésions sont plus profondes. Il faut alors pratiquer l'opération de Sexton et, si l'attique est malade, se servir du procédé de Stacké.

En ce qui regarde les complications, soit du côté du cerveau, soit du côté de l'apophyse mastoïde, il ne faut pas se borner à une opération palliative ; il faut de plus nettoyer la caisse complètement par les opérations ci-dessus indiquées, car, tant que le foyer purulent microbien ne sera pas éteint, le malade ne peut pas être considéré comme guéri.

Aucune opération ne devra être tentée sans un diagnostic précis, tant au point de vue local qu'au point de vue fonctionnel.

(*A suivre.*) A. Broca.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *avril* 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Elections.

MM. Galtier (Lyon) et **Baillet** (Bordeaux) sont élus correspondants nationaux dans la division de médecine vétérinaire.

Typhus exanthématique.

M. H. Monod rend compte des instructions que le ministère de l'intérieur s'est empressé de donner, à la demande de son administration, dès que celle-ci fut informée de l'existence du typhus exanthématique sur divers points de la France et notamment à Lille. Malheureusement la législation ne donne actuellement que des pouvoirs insuffisants, pour ne pas dire nuls, à l'administration en pareil cas ; il est urgent de voter la loi qui est soumise au Parlement et qui remédiera à un tel état de choses.

M. Wannebroucq (Lille). — Dès le 15 février je constatai des cas de typhus exanthématique provenant des prisons de Lille et soignés dans les hôpitaux ; une enquête rétrospective me permit de constater qu'on y reçut le 8 janvier un nommé C. Jean, âgé de 19 ans, vagabond venu on ne sait d'où, et qui était assurément atteint de la même maladie.

Jusqu'ici il y a eu à Lille 40 cas dont la mortalité s'est élevée au tiers.

Aussitôt que l'existence du typhus fut reconnue, le médecin de la prison fut prévenu, le Conseil d'hygiène du Nord réuni, l'administration supérieure informée et des mesures sanitaires prises à la prison. Dans les hôpitaux on s'efforça de pratiquer l'isolement ; malheureusement il a été et est encore très illusoire.

Fallait-il aviser le Comité d'hygiène de Paris ou saisir la presse de l'état de choses ? Il n'est pas d'usage que les médecins s'adressent au Comité consultatif d'hygiène en passant par un acte d'injuste méfiance par-dessus la tête des autorités administratives et, d'un autre côté, il n'eût peut-être pas été sage de répandre la panique dans les populations avant qu'il fût démontré que l'épidémie ne pouvait être circonscrite dans son foyer primitif. D'ailleurs cette manière de procéder eût-elle pu empêcher le typhus d'être transporté de Lille à Paris ou dans d'autres agglomérations urbaines ? Ce qu'il faut regretter, ce sont les nombreuses lacunes que présente la direction de l'hygiène publique en France, c'est le mauvais état de beaucoup de nos établissements pénitentiaires, c'est l'indifférence et l'inertie de bien des commissions administratives des hospices en ce qui concerne le bien-être et le salut des malades.

M. Dujardin-Beaumetz. — Dans 9 cas de typhus exanthématique, dont six pièces d'autopsies, MM. Dubief et Bruhl viennent de trouver un diplocoque très ténu existant dans le sang périphérique et dans la rate, et auquel ils proposent de donner le nom de *diplococcus exanthematicus*. Ce microbe est rare dans le sang et dans la pulpe splénique ; aussi est-il très difficile d'obtenir des cultures en partant de ces milieux. Il n'en est plus de même si l'on part des organes respiratoires qui sont précisément le siège des lésions fondamentales du typhus exanthématique. Dans toutes leurs autopsies, ces auteurs ont pu constater la présence du même micro-organisme, souvent en extrême abondance, dans le mucus des fosses nasales, du pharynx, du larynx, et dans ces foyers spéciaux de pneumonie qui ne manquent jamais chez les typhiques. En partant de ces différents organes on réussit facilement à isoler et à cultiver le microbe à l'état de pureté. Cet habitat du microbe explique la plupart des phénomènes cliniques du typhus, l'intensité des phénomènes respiratoires et l'extrême contagiosité de la maladie, puisqu'on le trouve en très grande abondance dans l'expectoration.

M. **Kelsch.** — L'histoire des épidémies anciennes nous apprend que le typhus ne vient pas toujours par importation, mais qu'il peut aussi se développer sur place. L'encombrement momentané, l'accroissement de la misère sont sans doute les causes les plus apparentes des reviviscences des germes. En outre de ces moteurs pathogènes si puissants, tels que le méphitisme humain et la famine, les germes sont encore actionnés par des influences générales, d'ordre cosmique ou cosmo-tellurique qui abaissent ou élèvent alternativement leur virulence.

Il est possible que le typhus nous ait été envoyé du Nord cette année, mais il n'est pas improbable non plus qu'il soit né à Paris, comme il est né à Lille ou à Amiens, c'est-à-dire sur place.

Non seulement les vagabonds donnent le typhus quand ils l'ont, mais encore ils sont capables de le communiquer quand ils ne l'ont pas. Il est en effet des groupes nomades qui sont dangereux pour les populations sans l'être pour eux-mêmes ; ils n'ont pas le typhus, mais ils en fomentent et portent la cause en eux.

Le germe de cette maladie nous est encore inconnu, mais il est permis de supposer qu'il habite nos cavités naturelles à l'état de parasite inoffensif. Absolument silencieux dans les conditions normales, ce germe est susceptible de passer à l'activité pathogène, lorsque le terrain qui le porte subit de profondes détériorations par suite de la misère, de l'encombrement et des états morbides qui en résultent.

Mais l'agent typhogène devenu virulent n'a vraisemblablement pas de prise sur les organismes parvenus au dernier degré de la résistance vitale où il n'y réalise que des effets imparfaits, frustes ; par contre, si cette graine vient à être semée dans des groupes moins réfractaires, elle y détermine les plus grands ravages. En un mot, les nomades joueraient à l'égard du typhus le même rôle que les individus atteints de diarrhée prémonitoire vis-à-vis du choléra.

M. **Leloir** (Lille) confirme les déclarations ci-dessus transmises par M. Wannebroucq ; il ajoute que du 7 au 14 avril on a constaté 6 nouveaux cas de typhus à l'hôpital Saint-Sauveur. Si la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques a été prévenue à temps et s'en est préoccupée dans la mesure de ses attributions, il apparaît que l'administration des prisons n'a pas pu prendre en temps utile des mesures suffisantes.

Néanmoins l'Administration des prisons de Lille a laissé sortir 200 libérés, sans les maintenir en observation pendant quelque temps ; il est à craindre que cet exode n'ait été une des causes principales de la propagation de l'épidémie.

M. Brouardel. — Aussi devons-nous être tous d'accord pour demander que les autorités locales puissent être informées rapidement des cas de maladies transmissibles survenues sur leur territoire et que l'administration centrale soit suffisamment armée pour intervenir en temps utile et avec des moyens appropriés. Une loi sanitaire permettra seule d'obtenir ce résultat si urgent.

M. Léon Le Fort. — L'Académie a déjà, il y a deux ans, voté une telle proposition.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 14 *avril* 1893.

Ostéome du muscle brachial antérieur.

M. Guépin montre des coupes provenant d'une tumeur du brachial antérieur droit enlevée par M. Peyrot chez un jeune homme de 15 ans. Le début apparent remontait à deux ans. On voit du tissu calcaire et du tissu osseux vrai avec ses lamelles osseuses ; les canaux de Havers sont volumineux.

Anomalie de l'artère humérale.

M. Souligoux présente une pièce sur laquelle on constate un certain nombre de faits intéressants. L'artère axillaire se divise, au niveau du bord inférieur du grand pectoral, en deux branches de même volume. L'une de ces branches fournit l'artère radiale et l'artère cubitale ; l'artère cubitale est superficielle et ne donne pas l'interosseuse. La deuxième branche de bifurcation de l'artère axillaire fournit l'interosseuse qui passe sous l'expansion aponévrotique du biceps, fournit les artères récurrentes cubitales antérieure et postérieure et l'artère interosseuse normales. La distribution des artères à la main se fait suivant la description classique.

Pied-bot paralytique.

M. Monnier a apporté des moulages qui démontrent l'excellence des résultats qu'il a obtenus en enlevant l'astragale pour un pied-bot paralytique consécutif à une paralysie infantile. L'astragale offrait des déformations très notables surtout suivant son âge : il y avait allongement considérable du col.

Tumeur tuberculeuse d'un tendon.

M. Monnier montre en outre les coupes, faites par M. Dubief, d'une tumeur qui s'est développée depuis deux ans au niveau d'une plaie que le malade s'était faite il y a sept ans avec un fragment de bouteille. On avait cru à un névrome. La tumeur était en réalité fixée sur le petit palmaire et le fléchisseur propre du pouce. M. Dubief croit à sa nature tuberculeuse.

M. Cornil affirme, après examen des coupes, qu'il s'agit bien de tuberculose.

Épithélioma primitif du foie.

M. Collinet revient sur une présentation qu'il a faite en décembre dernier d'un épithélioma primitif du foie. Les coupes qu'il a examinées depuis lui ont démontré qu'il s'agissait de lésions de cirrhose et d'adénome.

Môle hydatiforme.

M. Recht présente une môle hydatiforme expulsée par une femme qui se disait enceinte de cinq mois ; il y avait eu huit grossesses antérieures normales. M. Cornil fera l'examen histologique de la pièce.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 *avril* 1893.

Présidence de M. Ferrand.

Fièvre typhoïde sans dothiénentérie.

M. du Cazal. — Je viens d'observer un malade qui pendant la vie avait présenté tous les symptômes classiques de la fièvre typhoïde, y compris une éruption de taches rosées des plus caractéristiques. A l'autopsie, l'intestin fut trouvé absolument normal, mais l'examen bactériologique de la rate, qui était hypertrophiée, y démontra de nombreux bacilles d'Eberth, dont les cultures étaient extrêmement virulentes. Le malade était mort à la suite d'une double pneumonie survenue au quinzième jour, et qui tenait, par conséquent, à une infection secondaire.

Ce fait est à rapprocher de ceux de MM. Vaillard, Vincent, Chantemesse et Widal, publiés ici même en 1890.

Typhus exanthématique.

M. Bourcy rapporte les détails des deux observations de typhus exanthématique résumés par lui dans la dernière séance. Ces deux cas ont présenté les caractères suivants :

Début brusque avec haute élévation de la température ; injection de la face et des conjonctives ; constipation ; éruption précoce avec confluence et éléments hémorrhagiques ; période nerveuse brusquement et nettement établie, aboutissant, dans le cas fatal, à un coma rapidement mortel et, dans le cas favorable, à une dépression thermique, en discordance avec la persistance du mauvais état général, et à une guérison sans convalescence. Enfin, et surtout, renseignements négatifs de l'autopsie et des recherches bactériologiques.

M. Comby. — J'ai observé, comme je l'ai dit dans la dernière séance, un malade atteint de typhus exanthématique et qui était venu du Dépôt dans mon service. Cet homme a guéri et je crois que les bains froids ont contribué à ce résultat.

M. Roger. — J'ai observé dans mon service de l'Hôtel Dieu annexe trois cas de typhus exanthématique. Les urines étaient rares et contenaient de l'albumine et de l'indican.

M. Thibierge. — Dans le service d'isolement des typhiques à l'Hôtel-Dieu, j'ai constaté chez la plupart des malades une rareté notable des urines. Il n'y a que dix-neuf typhiques à l'Hôtel-Dieu, et c'est à peine s'il y en a une trentaine en tout dans les hôpitaux de Paris.

M. Rendu a observé trois cas à Necker. Dans un de ces cas, terminé par la mort, les cultures ont été absolument négatives au point de vue du bacille d'Eberth ; d'autre part, l'intestin était complètement sain.

M. Huchard, dans un cas de typhus exanthématique, a noté une embryocardie très marquée pendant la vie. A l'autopsie pas de lésions intestinales, mais le cœur était excessivement ramolli.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 *avril* 1893.

Rupture traumatique de l'intestin.

M. Jalaguier rend compte d'une observation de M. Michaux, celle d'un homme de 33 ans qui, ayant reçu un violent coup de ringard dans le rebord costal droit, fut apporté à l'hôpital Beaujon dans un état de choc grave dont il était bien relevé le lendemain. Il avait seulement le faciès grippé, les yeux excavés, et une douleur à la pression de l'hypochondre droit. M. Michaux fit la laparotomie exploratrice, trouva dans le ventre un litre et demi de sang et un peu de matières fécales, provenant d'une rupture près de l'angle du côlon. Suture, lavage du péritoine, guérison.

Adoptant la division de Moty des contusions de l'abdomen en cas légers, moyens et graves, M. Michaux, tout en étant le premier à montrer combien est élastique la limite entre les cas moyens et légers, montre que son cas est un cas moyen, où malgré l'absence des symptômes immédiats il y avait rupture de l'intestin, et conclut que pour les cas moyens on doit entreprendre, dans les quinze à vingt premières heures, la laparotomie exploratrice. Il a vu, en effet, un homme chez lequel un cas analogue s'est terminé par la mort, après laparotomie tardive, tout symptôme net ayant fait défaut pendant quelques jours.

A première vue, ces conclusions semblent parfaitement légitimes, et en particulier la laparotomie a sauvé un malade chez lequel beaucoup de chirurgiens se fussent abstenus,

évidemment à tort. Mais M. Jalaguier fait observer qu'en pratique les cas moyens sont précisément établis presque toujours après coup; jusqu'au début de la péritonite, on ne les distingue guère des cas légers : or les cas légers guérissent tout seuls. Aussi bien, dans le fait de M. Michaux avait-on quelques indications: la violence du trauma, l'intensité du collapsus immédiat, la douleur fixe à la pression. Au total, M. Jalaguier en reste à ses conclusions du *Traité de Chirurgie*; partisan de la laparotomie exploratrice pour les plaies pénétrantes, pour les contusions graves, il s'en tient à la surveillance, avec laparotomie à la première alerte, pour les contusions légères et moyennes.

Il cite les succès donnés par la laparotomie pour rupture de l'intestin à Moty (1890), Croft (1890), Jahoda (1891, 2 cas), Nélaton (1892), Jalaguier (1892), cas tous résumés dans le *Mercredi médical*.

Corps étrangers du péritoine.

M. Jalaguier résume une autre observation de M. Michaux. Il s'agit d'une femme de 24 ans ayant subi la castration pour salpingite blennorrhagique, puis l'hystérectomie vaginale et qui, souffrant toujours, vint à l'hôpital Beaujon, où M. Michaux crut à des adhérences intestinales. La laparotomie le conduisit en effet sur un amas d'anses agglutinées, qu'il libéra au prix de trois déchirures, et de l'une d'elles il put extraire une mèche de gaze iodoformée; entérectomie de cette anse, entérorrhaphie simple des deux autres. La malade finit par succomber en un mois et demi à une péritonite à marche lente.

M. Jalaguier termine en insistant sur la migration des corps étrangers vers l'intestin, et en résumant à cet égard ses expériences, faites en commun avec M. Mauclaire (Voyez *Gazette hebdomadaire*, 1893, p. 161).

Polype nasopharyngien. Trachéotomie préalable.

M. Picqué a eu à soigner un garçon de 17 ans, atteint d'un polype nasopharyngien médiocrement volumineux, mais grave par des hémorrhagies, des douleurs, des troubles respiratoires. Après trachéotomie avec canule-tampon, il mit le sujet dans la position de Roser (tête déclive), fit une fente palatine médiane en respectant la luette, réséqua la voûte osseuse, et enleva la tumeur à la rugine, au prix d'une hémorrhagie inquiétante qu'il arrêta par le tamponnement iodoformé; ce tamponnement eût été impossible sans la trachéotomie préventive. Le pédicule fut plusieurs fois cautérisé depuis. Aujourd'hui, au bout de deux ans, la guérison est parfaite, et la brèche palatine s'est spontanément réduite à une fistulette insignifiante. L'examen histologique a révélé un fibromyxome télangiectasique.

La trachéotomie préventive, malgré la thèse de Redon, malgré un mémoire de M. Monod, est peu admise en France. Or, elle est indispensable, comme l'a montré Kocher, pour permettre le tamponnement et par conséquent l'asepsie du pharynx. A cet égard, M. Picqué renvoie à la récente thèse de Civel. La canule-tampon de Trendelenburg a quelques avantages sur la canule ordinaire, mais n'est pas indispensable. En somme, c'est une opération préliminaire indispensable pour attaquer les polypes nasopharyngiens qui saignent beaucoup.

M. Verneuil, après avoir préconisé les ablations larges en un seul temps, en est revenu à la méthode lente de Nélaton; il cite à cet égard l'observation d'un homme qu'il a opéré pour la première fois en 1885 en n'enlevant, par voie palatine, que le prolongement pharyngien; puis il a cautérisé le pédicule à plusieurs reprises à l'acide chromique, et, peu à peu, les prolongements faciaux se sont rétractés. Par contre, il a revu récemment un de ses opérés par voie maxillaire. Le résultat n'est pas beau au point de vue esthétique. Avec les opérations parcimonieuses, l'hémorrhagie est médiocre, le tamponnement n'est pas indiqué et la trachéotomie préventive devient inutile.

M. Monod a eu, depuis son mémoire, l'occasion de pratiquer deux fois la trachéotomie préventive pour des ablations de cancers étendus de la langue. Une fois le résultat a été bon; une autre fois le malade, non averti et désespéré de ne pouvoir plus articuler un son, s'est laissé mourir de faim. Il y a là un facteur moral avec lequel il faut compter.

M. Lucas Championnière a attaqué en 1887, après trachéotomie préventive, un énorme polype nasopharyngien qu'il n'a pas pu enlever en entier et dont il a ensuite cautérisé le reste au chlorure de zinc. Sans la trachéotomie, le malade serait certainement mort.

M. Berger a fait 12 résections du maxillaire supérieur sans trachéotomie, sans position de Roser et n'a pas eu à s'en plaindre; on peut fort bien éviter sans cela l'entrée du sang dans les voies aériennes.

M. Monod. — Ce n'est pas là l'indication principale, mais bien d'assurer l'asepsie de l'arrière-bouche, et, dès lors, d'éviter les pneumonies septiques.

M. Reynier, d'après une ablation de polype nasopharyngien et cinq résections du maxillaire supérieur, pense comme M. Berger. Quand on a réséqué le maxillaire inférieur, au contraire, assez souvent on observe des accidents respiratoires nécessitant la trachéotomie.

M. Picqué répond à M. Verneuil que, dans son cas, le moindre attachement provoquait des accidents asphyxiques et syncopaux; la méthode lente était, dès lors, impossible.

M. Monod présente un malade auquel il a fait, en 1891, la suture de la rotule. Le résultat est parfait.

M. Verchère lit une observation de trépanation au deuxième mois pour fracture du crâne avec enfoncement.

M. Delorme (Voyez p. 147).

A. Broca.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 11 *avril* 1893.

Cataracte noire.

M. Gillet de Grandmont a récemment opéré une femme de 72 ans qui était atteinte de cataracte noire et qui avait en 1873 subi une iridectomie. La pupille, comme la brèche irienne, était d'un noir parfait; à peine y apercevait-on quelques tractus blanchâtres dus à des exsudats iriens, et, si à l'ophthalmoscope les couches antérieures de la lentille paraissaient transparentes, il était impossible d'obtenir un reflet quelconque du fond de l'œil. Comme la tension de l'œil était normale, comme le cristallin n'était pas projeté en avant, on ne pouvait songer à une tumeur intra-oculaire. D'autre part, l'intensité et la régularité de la coloration noire de la pupille excluaient l'idée d'une opacité du corps vitré. Par exclusion, le diagnostic était cataracte noire. L'extraction en fut difficile; une incision intéressant la moitié du limbe cornéen, l'arrachement d'un large lambeau de la cristalloïde antérieure qui était colorée en jaune ambré, ne suffirent pas pour permettre au cristallin de basculer et de sortir. Il fallut élargir la section de la cornée, passer une lame mousse derrière l'iris afin de détacher ses adhérences à la cataracte, puis accrocher cette dernière avec le kystotome et l'entraîner au dehors. Il n'y eut pas d'issue de corps vitré. Les suites de l'opération furent très simples, mais la malade ne récupéra que la sensation lumineuse, ce qu'explique bien l'existence d'une rétino-choroïdite généralisée reconnue à l'examen ophthalmoscopique.

Au microscope, M. Latteux a trouvé le cristallin sclérosé et pigmenté et par l'analyse histo-chimique comme aussi par l'examen hématospectrocopique M. Hénocque a reconnu que la coloration noire de la lentille était due au pigment hématique.

M. Kalt a eu l'occasion d'examiner une cataracte noire dans laquelle la coloration ne pouvait être attribuée au pigment sanguin. On sait, en effet, que ce dernier ne résiste pas à l'action des acides forts; or, des coupes de cette cataracte restèrent colorées malgré une macération de plusieurs jours dans une solution d'acide sulfurique.

M. Meyer rappelle qu'il existe deux variétés de cataracte noire. Dans l'une la coloration est due au pigment sanguin, dans l'autre elle résulte d'une sclérose exagérée de la lentille; la couleur brune du cristallin sclérosé est alors pour ainsi dire poussée jusqu'au noir.

M. Gorecki a opéré plusieurs cas analogues à celui de

M. Gillet de Grandmont et a, comme lui, remarqué la difficulté de l'extraction de ces cataractes. Dans un cas la moitié seule du cristallin était infiltrée d'hémine et d'hématine.

M. Kalt fait observer que dans les cas d'hémorrhagies du vitré, de glaucome hémorrhagique, on ne trouve pas de pigment sanguin dans le cristallin, ce qui contredit l'explication donnée de la couleur de la cataracte noire.

M. Gillet de Grandmont lui oppose, outre le résultat de l'examen histologique et microchimique qu'il a rapporté, ce fait que l'évolution des lésions n'est pas comparable dans les cas de cataracte noire et d'hémorrhagie du vitré.

Atrophie optique.

M. Valude a récemment observé dans le service de M. de Saint-Germain aux Enfants-Malades un garçon de 12 ans qui au mois d'août 1891 eut toute la moitié droite du corps brûlée. Cet enfant fut pansé à l'iodoforme et en avril 1892, survinrent des phénomènes d'intoxication (vomissements, céphalalgie, T. 39°) attribués à l'iodoforme. Ils disparurent quand on eut supprimé cet agent, mais l'amaurose, qui s'était développée en même temps, persista tout en s'améliorant un peu. Après avoir été complète pendant quinze jours à trois semaines, elle permet actuellement à l'enfant de compter les doigts à courte distance. A l'examen ophthalmoscopique on constate une atrophie blanche des deux papilles optiques, atrophie complète sans halo.

Cette atrophie peut à juste titre être rattachée à l'intoxication iodoformique qui provoque ces troubles cérébraux se manifestant chez l'adulte par du délire et la manie aiguë, et chez l'enfant par de la céphalalgie et des vomissements.

Opération de la cataracte.

M. Parinaud rappelle qu'il a déjà classé les prolapsus iriens qui surviennent après l'opération de la cataracte en prolapsus primitifs et prolapsus secondaires. Les premiers, qui se produisent au moment de l'intervention, résultent d'une section trop périphérique de la cornée, l'ésérine ne peut rien contre eux, il faut les faire disparaître par l'iridectomie. Les prolapsus secondaires surviennent dans les vingt-quatre premières heures, quelquefois le deuxième et rarement le troisième jour après l'opération. Une condition de leur production consiste dans le rétablissement de la chambre antérieure; la plaie s'ouvrant brusquement, l'issue brusque de l'humeur aqueuse entraîne l'iris au dehors. Sous le bandeau on peut diagnostiquer la venue de cet accident, lorsque l'opéré accuse avoir senti une légère douleur passagère avec écoulement de liquide sur la joue. Tandis que l'on prévient les prolapsus primitifs en évitant les sections absolument périphériques, pour éviter les prolapsus secondaires il faut s'efforcer de retarder le rétablissement de la chambre antérieure. A cet effet on doit chercher à obtenir une plaie cornéenne qui ne se coapte pas exactement dans son étendue. M. Parinaud dans ce but préconise un lambeau trapézoïde. Après avoir pénétré au niveau du diamètre transverse, la lame ressortant au point opposé est conduite parallèlement à l'iris jusqu'à une certaine distance du pôle supérieur de la cornée. Après avoir ainsi tracé deux incisions courbes, externe et interne, elle est brusquement tournée en dehors et sectionne la cornée suivant une ligne droite. Dans cette dernière partie, la membrane n'est pas coupée en biseau, son affrontement est moins exact, l'humeur aqueuse filtre facilement et en général le huitième jour la chambre antérieure n'est pas encore reformée.

Grâce à l'absence de tout danger de prolapsus secondaire, M. Parinaud se contente de placer un pansement sur le seul œil opéré et il permet à ses malades de se lever.

M. Vignes opère sur un fauteuil ses malades qui regagnent leur lit sans y être portés; or, quoiqu'il ne fasse d'iridectomie, il n'observe pas de prolapsus irien. Pour lui, trois conditions méritent d'être signalées dans la production de cet accident. Plus les incisions cornéennes sont vastes, plus la sortie du cristallin est facile et moins il y a de chance de prolapsus. En second lieu, un bandeau trop serré favorise la sortie de l'iris. Aussi depuis plusieurs années M. Vignes place un pansement occlusif non serré. Enfin, les traumatismes inconscients de l'œil pendant la nuit sont une cause fréquente de hernie de l'iris. Il ne saurait accepter la proposition de M. Parinaud de retarder le rétablissement de la chambre antérieure.

M. Despagnet, comme cause de prolapsus primitif de l'iris, rappelle que dans certains cas un iris qui tout d'abord était bien rentré, cesse de se réduire, lorsque pour évacuer les masses corticales l'opérateur a fait de nombreuses introductions de la curette.

Quant à l'incision préconisée par M. Parinaud, il l'a vue pratiquer par M. Galezowski, et, si en effet, elle retarde le rétablissement de la chambre antérieure, elle présente le grave inconvénient de permettre l'accolement de l'iris avec la plaie, ce qui est plus dangereux que le prolapsus; car, on voit alors la pupille se couvrir d'un exsudat causé par une irido-choroïdite.

M. Despagnet est partisan du pansement occlusif prolongé.

M. Trousseau n'accepte pas la pratique conseillée par M. Parinaud. Il avoue ignorer les causes des prolapsus, aussi malgré tous ses efforts il en a dans 5 0/0 des opérations de cataracte. Cependant il fait l'iridectomie chez les gens nerveux, chez les tousseurs.

M. Gillet de Grandmont fait observer qu'autrefois on opérait tardivement la cataracte et qu'on n'avait pas de prolapsus irien; tandis que maintenant, comme on enlève des cataractes non arrivées à maturité, il reste derrière l'iris des masses corticales qui s'imbibent d'humeur aqueuse, et chassent l'iris dans la plaie. Il croit donc que l'on doit rechercher l'occlusion exacte de l'œil sous un pansement rare.

M. Kalt recommande aussi de maintenir les deux yeux couverts par un pansement afin d'empêcher le malade de regarder en bas et de faire ainsi largement baisser la plaie cornéenne.

M. Masselon est partisan du prompt rétablissement de la chambre antérieure.

MM. Parent et **Kœnig** rapportent chacun un cas où, malgré le retard de cicatrisation de la plaie cornéenne, il ne survint pas de hernie de l'iris.

M. Valude a plusieurs fois fait la même remarque, en particulier il a constaté cette heureuse terminaison chez un homme qui, à la suite d'une opération de cataracte, fut atteint d'un accès de manie aiguë.

M. Meyer choisit les cataractes qu'il opère sans iridectomie; or, sans qu'il puisse en donner les raisons, il a de 3 à 4 0/0 de prolapsus iriens. Toutefois il se déclare partisan d'une prompte fermeture de l'incision de la cornée.

M. Gorecki se demande si pour éviter l'enclavement de l'iris on ne pourrait pas toucher avec le couteau le bord de la pupille afin de provoquer quelques adhérences avec la cristalloïde.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 avril 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Anatomie de la syphilis médullaire.

M. Sottas. — Dans la variété qui se développe sous l'apparence d'une paraplégie spasmodique, les lésions vasculaires ont été dès longtemps observées par Déjerine, Lancereaux, Erb. Cependant on n'est point encore absolument fixé sur la question de savoir s'il s'agit toujours d'une lésion dégénérative consécutive à l'artérite, ou d'une infiltration syphilitique spéciale. Dans les trois cas que j'ai observés, l'examen de la moelle a montré une grande prédominance des lésions vasculaires. Au début, c'est dans les petits vaisseaux de la pie-mère, plus particulièrement les veines, que la lésion se cantonne; elle affecte tantôt la tunique interne des vaisseaux, tantôt la tunique externe. On note en même temps des gommes miliaires disséminées. Plus tard, il se produit des lésions analogues des vaisseaux dans la moelle même, et une sclérose correspondante. Celle-ci est précédée d'une phase de ramollissement ischémique qui ne va jamais jusqu'à la formation de cavités, mais qui fait place à un travail d'organisation. C'est que les anastomoses vasculaires sont ici plus importantes que dans le cerveau. Du reste, il y a développe-

ment compensateur des vasa-vasorum des vaisseaux malades, et ceci contribue à rétablir la circulation à un certain degré dans les territoires malades. C'est dans les cas où le travail de sclérose secondaire est très avancé, dans les points d'abord ischémiés et ramollis, qu'on voit se surajouter des scléroses ascendantes et descendantes développées suivant le type ordinaire.

M. Déjerine. — Ces recherches établissent définitivement quel rôle capital joue l'artérite syphilitique dans la moelle comme dans le cerveau. Elles donnent, de plus, l'explication de cette tendance organisante qui tient à la persistance d'un certain degré d'irrigation sanguine.

Paralysies systématisées.

M. Féré. — On a publié bon nombre de ces impotences fonctionnelles portant sur une modalité unique du fonctionnement de certaines parties : telles l'aphasie, l'agraphie, l'astasie-abasie. La systématisation est affirmée au nom de l'intégrité supposée des autres modes physiologiques. Or, j'ai pu m'assurer que cette prétendue intégrité ne semblait exister que parce qu'on n'en prenait point la mesure dynamométrique et chronométrique. Ainsi, l'astasie-abasie comporte une altération des mouvements ordinaires, ainsi que je l'ai vu sur deux malades, d'ailleurs hystériques, qui pouvaient exécuter des mouvements étendus au lit, marcher en s'appuyant ou à quatre pattes, ou présentaient de la trépidation. Chez ces malades, la force musculaire était considérablement altérée, ainsi que j'ai pu m'en assurer en comparant soit aux moyennes ordinaires, soit aux chiffres d'après la guérison.

Évolution histologique du placenta abortif.

M. Pilliet. — Le placenta abortif peut séjourner plusieurs années sur un point quelconque du conduit tubo-utérin.

Il détermine, d'après son siège, trois variétés de maladies qui ont même origine, la placentation abortive tubaire, interstitielle et utérine.

Cette origine commune se traduit par un signe commun, l'expulsion répétée de fragments placentaires mêlés à des caillots, et ces fragments qui se détachent ainsi, quand le gâteau placentaire est maintenu en place par ses rilles fibreuses ou non, contiennent des villosités en transformation myxomateuse ou hydatiforme.

On peut donc, par l'examen histologique des caillots expulsés spontanément, ou provenant d'un curettage explorateur, faire le diagnostic exact de l'affection et intervenir en temps utile. Il est donc contre-indiqué de faire d'emblée des grattages préventifs de l'utérus après chaque couche ou fausse couche, chez tous les sujets, puisque l'on pourra reconnaître la maladie chez ceux qui en seront atteints.

Enfin nous pensons que l'examen histologique montrera plus souvent qu'on ne le pense actuellement des débris placentaires dans les métrites hémorrhagiques et les endométrites fongueuses.

Tuberculose du chien.

M. Ch. Richet. — Voici deux chiens qui ont été soumis à une vaccination par inoculation de culture aviaire. Le premier a reçu ensuite une dose de bacille mammifère suffisante pour tuer un chien témoin en deux mois d'une façon constante : or, ce chien est encore vivant après plus d'un an. A vrai dire, il est maigre, mais son état est le même qu'il y a six mois et il a encore une assez grande vigueur. L'autre chien, après vaccination, a été transfusé avec du sang d'un chien inoculé avec du tubercule humain. Il est parfaitement bien portant, alors que, sans la vaccination préventive, il n'aurait pas manqué d'être infecté.

Diabète maigre.

MM. Rémond et Rispal. — Nous avons traité un malade atteint de cette affection par des injections de suc pancréatique. Il s'est produit une amélioration manifeste et une atténuation des principaux symptômes. Le poids du malade a augmenté, l'appétit est devenu meilleur, les urines ont perdu de leur abondance et de leur densité.

M. Brown-Séquard. — Nous avons fait avec d'Arsonval les mêmes constatations, et vu surtout que les injections de suc testiculaire sont beaucoup plus efficaces.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 5 avril 1893.

Présidence de M. Cordier

Kyste hydatique du foie. — Incision, suture de la poche à la paroi. — Expulsion spontanée de la poche. — Guérison rapide.

M. Vallas présente un petit malade qu'il a opéré à la Charité pendant qu'il suppléait M. Levrat. Il s'agit d'un enfant de 10 ans, atteint de kyste hydatique du foie, ponctionné l'année dernière.

Depuis cette époque, la tumeur a récidivé et M. Vallas a résolu alors d'intervenir par la laparotomie. Il a trouvé un kyste central contenant une assez grande quantité de liquide jaune à reflet verdâtre. M. Vallas a essayé d'énucléer la poche, mais il dut y renoncer parce que la paroi était très friable et que les pinces enlevaient les points sur lesquels on voulait les fixer. Les bords de la poche furent alors fixés aux bords de la peau, puis un drain fut placé.

Les suites de l'opération ont été marquées par une certaine élévation de la température pendant les deux premiers jours, élévation due sans doute à ce qu'un peu de liquide kystique avait pénétré dans la cavité péritonéale. Les jours suivants on ne constata aucun symptôme anormal, et le 16e jour, en enlevant le pansement, on trouva la poche kystique énucléée d'elle-même. Aujourd'hui, la cicatrisation n'est plus qu'une question de jours.

Cancer de l'estomac. — Noyaux hépatiques. — Propagation probable au cœur.

M. Pauly, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un malade mort dans le service de M. Clément.

Au niveau de la grande courbure de l'estomac, ulcération large comme une pièce de deux francs, à bords abrupts, à fond dur. Foie parsemé de noyaux volumineux et nombreux. Poumons emphysémateux. Reins congestionnés. Au cœur, on a pu constater, avant l'ouverture, une insuffisance mitrale nette. La valve aortique de la mitrale présente sur sa face auriculaire, vers son bord adhérent, un trou large comme une tête d'épingle, entouré de végétations. Dans la paroi du ventricule gauche se trouve une perte de substance laissant pénétrer l'extrémité de l'index, limitée par une lame crétacée; aorte athéromateuse. Le péricarde épaissi contenait un verre de pus. Au point de vue clinique, les renseignements sont assez sommaires : le malade, âgé de 70 ans, est entré le 17 mars à l'Hôtel-Dieu. Le soir, il était en imminence de syncope; la température était de 36°8. Le lendemain on a pu constater un souffle systolique de la pointe très intense. L'état général très grave, la température de 39°,4 firent porter le diagnostic d'endocardite ulcéreuse. Le malade faisait remonter le début de sa maladie à trois semaines environ. Il mourut deux jours après son entrée.

S'agit-il, comme on l'a pensé pendant la vie, d'une endocardite infectieuse, ou bien, comme les lésions trouvées à l'autopsie permettent de le supposer, d'une généralisation carcinomateuse au cœur?

M. Bard. — Les pièces présentées ayant été conservées dans l'alcool, il est difficile de se faire des lésions une opinion bien précise. Pour ce qui est du cœur, il semble s'agir plutôt d'une lésion inflammatoire que d'un néoplasme.

Action des aconitines sur la sueur.

M. Aubert, en poursuivant ses recherches sur l'action des alcaloïdes sur la peau, est arrivé à étudier celle des alcaloïdes de l'aconit. Il en résulte que l'aconitine de l'aconit napel détermine seule de la sueur, tandis que l'aconitine ferox, 17 fois plus toxique, l'aconitine japonaise et la napelline ne déterminent aucun effet sur la sécrétion sudorale.

D. P. Lacour.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

THÉRAPEUTIQUE

De la cure du diabète à la Bourboule, par le Dr Danjoy, président de la Société d'hydrologie. Paris, 1889.

Ce remarquable travail, tout récemment récompensé d'une médaille d'or par l'Académie de médecine, n'a été tiré qu'à un très petit nombre d'exemplaires destinés aux amis du regretté Dr Danjoy. Nous croyons donc faire œuvre utile en en donnant ici un résumé fidèle.

L'auteur, qui avait déjà présenté en 1876 une étude sur le diabète à la Société d'hydrologie, commence par répondre à certaines objections qui lui ont été faites : D'abord quelle part dans les succès obtenus à la station thermale faut-il accorder au traitement lui-même, quelle part au repos, à la distraction, au séjour dans les montagnes?... Il répond en rappelant les deux observations concluantes, citées dans son premier travail, de diabétiques traités par l'eau transportée, à l'hôpital Lariboisière, dans le service du docteur Proust. Nous y ajouterons, puisque l'occasion s'en présente, une observation recueillie dans le service du Dr Landrieux, à l'hôpital Saint-Antoine :

M. G..., employé d'octroi, entré le 12 mars 1889. Diabétique depuis six ans. Insomnies, troubles de la vue; bourdonnement d'oreille. Varices aux jambes; réflexes rotuliens abolis; mal perforant au gros orteil du pied droit.

12 mars. — Urine 2 litr. par jour. *Sucre total* : 94 *grammes*.

Traitement : Viande rôtie, bromure de potassium, eau de la Bourboule (source Choussy).

1er avril. — Même quantité d'urine. *Sucre total* : 8 *grammes*.

15 avril. — *Sucre* : néant. Etat très satisfaisant. Le mal perforant est en voie de cicatrisation.

Cet exemple, comme ceux des diabétiques de Lariboisière, établissent à la fois l'efficacité du traitement en dehors des causes accessoires, et l'action de l'eau transportée, prouve en même temps que le succès n'est pas dû, comme on l'a prétendu, à la chaleur de l'eau ingérée, ainsi que cela résulte d'ailleurs *à priori* de l'utilité bien connue des sources froides des Célestins et de Vals, pour la cure du diabète.

Cela dit, M. Danjoy étudie rapidement les différentes formes du diabète. Il rappelle que Seegen distinguait le grand et le petit diabète, et que Frerichs a maintenu cette division, en classant à part la glycosurie.

Lécorché distingue encore le diabète goutteux, dont généralement tous les symptômes sont atténués, et qui est très sensible à la médication alcaline. Quant au diabète gras et au diabète maigre, ce sont plutôt deux périodes de la maladie que deux espèces différentes. Sans nier l'utilité pratique de ces divisions, M. Danjoy signale une variété qui a un grand intérêt pour les médecins de la Bourboule, c'est le diabète azoturique, tout spécialement justiciable de cette station thermale.

Pour Frerichs, Bouchard, Demange, l'azoturie est une complication accidentelle que l'on peut ne pas rencontrer; pour Lécorché, c'est un symptôme essentiel du diabète. S'il y a azoturie par hypernutrition, c'est excès de vitalité; les eaux fortement alcalines sont indiquées, Vichy, Vals, Carlsbad. Si l'azoturie est faible, elle est due à la dénutrition ; il faut alors recommander les eaux reconstituantes telles que la Bourboule. Encore Lécorché reconnaît-il ailleurs que la Bourboule enraye puissamment le mouvement nutritif et diminue les pertes d'urée, ce qui justifie aussi son emploi dans l'azoturie prononcée. La clinique corrobore d'ailleurs cette déduction; car les cas où l'urée était en excès ont donné à M. Danjoy la plus forte proportion d'améliorations, tant pour la diminution du sucre que pour celle de l'urée.

Voyons maintenant l'action des principaux éléments constituants de l'eau de la Bourboule sur le diabète :

Les alcalins sont classés par Lécorché au nombre des antidiabétiques complets; et, en effet, de tout temps les eaux alcalines de Vals ou Vichy ont été employées avec succès, diminuant le sucre, la polyurie, la soif et l'insomnie, ramenant l'embonpoint. Leur action sur l'urée est plus contestée.

D'après Durand-Fardel, s'appuyant sur les recherches de Desbrets, pharmacien à Vichy, dont les études ont porté sur 298 cas, les eaux de Vichy agiraient comme un régulateur de l'assimilation, abaissant la proportion de l'urée en excès, la relevant en cas d'insuffisance. Coignard accuse de son côté une augmentation, faible, mais constante, de l'urée. D'autre part, Vichy, considéré comme représentant la médication alcaline pure, ne réussit pas toujours. D'après Durand-Fardel, ces eaux sont contre-indiquées chez les diabétiques arrivés à un certain degré d'épuisement nerveux. Enfin, chez beaucoup de malades, les eaux alcalines, après avoir réussi dans les premiers jours, perdent ensuite toute leur efficacité (Frerichs).

Le chlorure de sodium semble être plutôt un adjuvant. Toutefois Bouchardat et Rabuteau le préconisent, et même ce dernier se demande si l'efficacité des alcalins ne vient pas de leur transformation dans l'estomac en chlorure de sodium. Lécorché aussi recommande les eaux chlorurées sodiques, qui, en tout cas, agissent comme reconstituantes, de même que les bains de mer.

L'arsenic est encore considéré par Lécorché comme un antidiabétique complet. C'était l'opinion de Trousseau et Devergie, et les recherches de Quinquand et Longeviolle ont confirmé cette manière de voir. Le docteur américain Austin Flint préconise un traitement dont la partie médicale consiste essentiellement dans l'usage interne du bromure d'arsenic (Compendium Bouchut, 1886). Enfin Martineau a constaté l'efficacité d'une solution de carbonate de lithine et d'arséniate de soude dans le diabète. Il a guéri 67 diabétiques sur 70 traités, en l'employant à l'exclusion de toute autre boisson. Ce même traitement a réussi également aux docteurs Créquy, Constantin Paul et Dujardin-Beaumetz (Soc. de thérapeut., mars 1887). L'influence de la lithine paraît donc établie. Celle de l'acide carbonique est incontestable pour Ebstein, qui le recommande aux diabétiques comme l'agent actif des eaux alcalines.

M. Danjoy passe ensuite à l'examen des résultats chimiques du traitement thermal de La Bourboule :

Sécrétion urinaire : 127 fois M. Danjoy a pu obtenir la totalité des urines des 24 heures. Sur ce nombre, il a constaté 60 diminutions de volume, et 109 diminutions de densité, ou de perte en matériaux solubles.

Sur 188 cas, le sucre a diminué 117 fois *notablement* (c'est-à-dire de plus de 50 0/0), 58 fois *légèrement*; il est resté stationnaire 4 fois et a augmenté 9 fois. 63 dosages d'urée ont donné 36 diminutions, 5 états stationnaires et 22 augmentations. 27 cas ont fourni plus de 30 grammes d'urée par jour; il s'agissait d'azoturiques. Ces malades-là ont présenté un nombre de résultats favorables supérieur aux autres pour le sucre et pour l'urée. En effet, sur 27 cas le sucre a diminué de plus de 50 0/0, 25 fois; et légèrement, 2 fois; pas d'insuccès. Tandis que les 36 non azoturiques ont fourni 22 améliorations notables, 8 légères, et 5 insuccès (un polyurique).

De même chez les 27 azoturiques, l'urée a diminué 22 fois, est restée stationnaire 2 fois, et a augmenté 3 fois, tan-

dis que pour les 36 autres on compte 14 diminutions, 8 états stationnaires et 19 augmentations. A la Bourboule donc, comme à Vichy (Durand-Fardel), le traitement rapproche la proportion d'urée de la normale. Mais il faut noter en outre l'absence d'insuccès chez les azoturiques. D'autre part, l'urine se fonce, reprend son odeur normale; la soif, la sécheresse de la bouche, la polyurie, l'insomnie disparaissent; les forces et l'embonpoint reviennent. Les dents sont plus solides; la vue s'améliore.

Passant au traitement, M. Danjoy mentionne deux éléments comme ayant la plus grande part dans l'action modificatrice obtenue; ce sont *l'usage de l'eau en boisson* et la *durée de la cure*. Cette conclusion remarquable explique bien pourquoi l'eau **Choussy** transportée a une efficacité si réelle dans les hôpitaux ou à domicile. Durand Fardel avait déjà écrit en 1883 : « Le traitement du diabète par les eaux minérales est surtout un traitement interne. »

Tandis que le traitement balnéaire a beaucoup varié, l'eau Choussy a été donnée en boisson à tous les malades, à la dose de 2, 3, et même 4 verres par jour, dose très bien supportée en général par les diabétiques.

Le traitement a duré en moyenne de 20 à 25 jours; mais M. Danjoy déclare cette durée beaucoup trop courte. Le préjugé des 21 jours de cure est déplorable; malheureusement le malade en est imbu et a pris d'avance ses dispositions en conséquence, au grand détriment de la réussite complète du traitement. « C'est aux confrères de la ville, dit M. Danjoy, à réformer cet abus. »

Ils faciliteraient beaucoup la tâche du médecin des eaux en imposant un séjour d'un mois aux malades qu'ils envoient. L'examen des analyses faites le 1er, le 10e et le 21e jour, montre que le plus souvent c'est seulement après le 10e jour que les progrès se manifestent définitivement; les dix jours qui restent sont insuffisants, soit à modifier le traitement avec fruit, si c'est reconnu nécessaire: soit en tout cas à obtenir l'effet complet qu'on devrait atteindre.

Comme c'est la règle pour les autres traitements thermaux, et comme Durand-Fardel l'a constaté à Vichy, les résultats immédiats du traitement de la Bourboule dans le diabète ont une durée limitée. L'amélioration obtenue ne subsistera pas tout entière au delà de cinq à six mois, à moins que le malade ne reprenne pendant l'hiver de l'eau en boisson, ce qui lui fera gagner quelques mois encore. La cure thermale est un palliatif, qui reconstitue en tout cas le malade, et remédie d'une façon durable aux complications si fréquentes du côté de la peau et des muqueuses. C'est aussi l'opinion formellement exprimée par Lécorché.

Conclusions :

Après avoir vu près de deux cents diabétiques, M. Danjoy arrive en 1889 aux mêmes conclusions qu'il formulait en 1877 pour les indications du traitement de la Bourboule dans le diabète :

La Bourboule réclame les diabétiques amaigris et atteints d'azoturie, sur lesquels Vichy n'a pas ou n'a plus d'action. Il faut y ajouter ceux dont la glycosurie peut être due à un fonctionnement insuffisant de la peau ou de la muqueuse bronchique; à ces malades la Bourboule rendra des services incontestables. De même encore que Lécorché, M. Danjoy éloigne les malades arrivés à une cachexie très prononcée, ou chez lesquels des complications graves, thoraciques, cérébrales ou cardiaques sont également une contre-indication à tout traitement thermal.

Dans ces conclusions de M. le docteur Danjoy, la part de la Bourboule est assez belle. Qu'il nous soit permis d'ajouter cependant que des praticiens éminents, tels que M. le professeur Huchard, ont reconnu dans les eaux de la Bourboule, source Choussy, celles qui répondent le mieux à la plupart des indications dans le diabète.

BIBLIOGRAPHIE

Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire.

Deux nouveaux volumes viennent de paraître dans la *section du biologiste* de cette collection: ce qui porte à 23 le nombre des volumes parus dans cette section. Ce sont :

Les tumeurs blanches chez l'enfant, par le Dr A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris.

La pratique médico-chirurgicale des tumeurs blanches articulaires comporte, chez l'enfant et chez l'adulte, des différences notables. Chez l'enfant, il faut tenir grand compte de la tendance à la guérison spontanée, laquelle peut et doit être favorisée par un traitement médical général et par un traitement local orthopédique, non sanglant. Chez l'adulte, les résections s'imposent bien plus fréquemment, sans qu'on ait à se préoccuper de la compromission de l'accroissement ultérieur du membre. Ce raccourcissement est au contraire à redouter chez l'enfant et il doit commander une grande réserve à l'opérateur, que l'innocuité précieuse due aux méthodes aseptiques induit, trop aisément peut-être, en tentation chirurgicale. Ces indications et contre-indications sont indiquées d'une façon nette, précise, raisonnée, dans l'aide-mémoire de M. Broca, qui s'est inspiré, avec un sens critique fort juste d'ailleurs, de la doctrine et des admirables travaux de M. le professeur Ollier, de la Faculté de Lyon, le grand maître français en matière de résections et de chirurgie conservatrice. Le texte de cet aide-mémoire est illustré de nombreuses figures, dont la plupart sont empruntées au grand *Traité de résections* du professeur lyonnais.

Maladies des pays chauds, par le professeur de Brun, médecin sanitaire de France en Orient.

Ce nouveau compendium de la pathologie des climats chauds est appelé à prendre place dans la bibliothèque de tous les praticiens sans exception; car par ce temps d'extension illimitée et d'extension coloniale universelle, le médecin le plus sédentaire peut avoir pour clients les malades ayant apporté sous le climat tempéré de la mère patrie quelque affection spéciale aux zones brûlantes de notre globe.

M. le professeur De Brun a divisé son ouvrage en deux classes : 1° les maladies climatériques, comprenant le coup de chaleur, les fièvres climatériques des pays chauds et l'anémie tropicale ; 2° les maladies infectieuses : peste, fièvre jaune, choléra indien, fièvre dengue, téribéri, maladies du sommeil. Il contient, en outre, les renseignements sommaires que l'on possède sur une affection particulière au jeune âge dans les îles de l'archipel Hellénique, le ponos, ainsi que sur la fièvre typhique fluviale du Japon.

Les pathologistes y trouveront l'exposé succinct et impartial des tentatives contemporaines de vaccination préventive de la fièvre jaune ou du choléra, et un diagnostic différentiel fort net de la fièvre dengue. L'ouvrage a pour appendice un index bibliographique fort complet.

Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes, par M. le professeur Grasset. — (Coulet et Masson, édit., 1893). 1 vol. in-12, rel. d'amateur, tête dorée. Prix 3 fr. Franco poste 3 fr. 25.

Ce petit livre répond à l'un des plus pressants desiderata de la pratique journalière. Il est signé d'un nom qui en garantit la valeur.

Par une exception des plus heureuses aux tendances générales de l'esprit médical moderne, il s'occupe *du malade* et nous apprend comment on doit le traiter.

Le *traitement du malade*, exclusivement basé sur les résultats de l'observation clinique, tel est, en effet, le seul but du nouvel ouvrage auquel M. le professeur Grasset vient d'attacher son nom.

Dans ce livre, véritable chef-d'œuvre de précision, de clarté et de concision, l'auteur se place en face des maladies les plus courantes; il les envisage sous leurs divers aspects, leurs formes variées, et dit tout simplement, sans développements et sans phrases, ce qu'il faut faire en présence d'une espèce déterminée. Au lieu d'énumérer les divers moyens que l'on a proposés pour remplir telle ou telle indication, M. Grasset nous apprend ce qu'il fait, et cela vaut infiniment mieux. Il nous donne le résultat d'une expérience assise sur une situation professionnelle bien connue et incontestée.

Nous ne pouvons songer à entrer dans le détail des matières contenues dans ce traité.

L'ouvrage doit être lu ou plutôt consulté par les praticiens chaque jour et en présence de chaque cas; ils y trouveront une ligne de conduite complète, un exposé mûri et bien classé de l'ensemble des moyens à mettre en usage.

M. Grasset, avec une modestie enviable, se défend dans sa préface d'avoir fait œuvre originale en publiant ses « Consultations ».

Certainement, parmi les formules qu'il propose, certaines ne lui appartiennent pas en propre et sont empruntées aux meilleurs cliniciens. Mais, ce qui est original et éminemment personnel, ce qui fera sûrement le succès de ce traité, c'est l'idée mère, le plan de l'ouvrage, le groupement hiérarchique des moyens s'adressant à un cas déterminé; cela réal sé par un maître éminent qui joint à son autorité scientifique l'expérience d'un praticien possédant une notoriété exceptionnelle.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Complications buccales et dentaires de la grippe et leur traitement.

M. le docteur Hugenschmidt (Paris) a rencontré, pendant les épidémies de grippe, une série de lésions de la bouche et des dents, qu'il ne rencontre pas en temps ordinaire.

Il a vu des lésions buccales ou dentaires ou les deux réunies qui, avec les symptômes généraux de l'infection, étaient les seules localisations apparentes de la grippe. Chez d'autres malades, ces lésions survenaient comme complication d'une des formes principales de l'influenza. Enfin, ces manifestations se montraient pendant la convalescence de cette maladie.

Dans deux cas, la principale lésion observée a été une stomatite ulcéreuse très étendue. La maladie a débuté par une violente céphalalgie, des douleurs très intenses, et une fièvre s'élevant à 40°. Vingt-quatre heures après le début, les symptômes observés sont les suivants: mal de gorge et grande sensibilité gingivale avec périostite dentaire généralisée; sensibilité très vive des dents *antéro-inférieures*; puis, apparition sur les piliers pharyngiens d'ulcérations irrégulières qui, le lendemain, se recouvrent d'une fausse membrane, et ressemblent à ces ulcérations secondaires syphilitiques, décrites par A. Robin et Mauriac, dans lesquelles les ulcérations, un peu étendues, se recouvrent d'un exsudat diphthéroïde.

Le lendemain, les ulcérations, toujours irrégulières, envahissent le voile du palais, le palais, les gencives, les joues, les lèvres, et s'accompagnent d'une température vespérale ne descendant pas, pendant cinq jours, au-dessous de 39°. La fièvre dans les deux cas est tombée subitement en même temps qu'apparaissait une éruption d'ulcérations circulaires, géométriques, du type aphteux, sur la langue et les espaces du reste de la muqueuse buccale restés sains. Les dernières ulcérations ne disparurent que du vingt-deuxième au trentième jour après le début. On a noté de plus un engorgement ganglionnaire considérable et douloureux. Le même auteur a rencontré pendant l'épidémie sept cas de stomatite aphteuse plus ou moins prononcée, dont trois dans la même famille.

La gingivite simple avec périostite alvéolaire généralisée a été la forme la plus commune: les gencives étaient rouges, boursouflées et les dents très sensibles à la pression et à la percussion, surtout les dents antéro-inférieures. La sensibilité plus grande de ces dents continuellement baignées par la salive, bien qu'elles fussent très propres et sans dépôt tartrique, semblerait indiquer que la salive, par l'intermédiaire d'un corps irritant, une toxine par exemple, qui serait rejetée par les glandes salivaires pendant l'infection, serait la cause de ces lésions gingivales.

En moins grand nombre, il a rencontré des gingivites ulcéreuses, où les ulcérations toujours irrégulières ne présentaient pas le type aphteux et étaient localisées surtout au niveau du collet des dents.

Les périostites alvéolo-dentaires suppurées ont été très fréquentes et dues à des dents mortes, dont la pulpe a été détruite et qui restent comme « locus minoris resistentiæ » de l'organisme envers toute infection extérieure.

Il a noté aussi quelques accidents de la dent de sagesse chez des grippés, ainsi que des névralgies du trijumeau sans lésions dentaires apparentes.

Particularité à noter: dans les deux cas de stomatite ulcéreuse mentionnés plus haut, les ulcérations qui ont débuté par les amygdales ne se sont pas étendues au pharynx, mais ont suivi une marche en avant.

Comme traitement contre les stomatites ulcéreuses, M. Hugensmidt a recommandé l'emploi de lotions buccales antiseptiques, eau boriquée et solution d'acide thymique à 5 °/₀₀, pour être employées toutes les demi-heures pendant le jour, le liquide devant être conservé chaque fois au moins cinq minutes, dans la bouche.

Le soir, à l'heure du coucher, attouchement des gencives et de la muqueuse buccale avec le mélange ci-dessous formulé :

Salol.	6 grammes.
Vaseline liquide. . . .	40 —

Mêlez. — Usage externe.

Les ulcérations furent cautérisées avec le mélange phéniqué préconisé par Gaucher contre la diphthérie.

Pendant la convalescence, la fièvre étant tombée, il a employé avec succès, pour hâter la cicatrisation des plaques ulcéreuses, les lotions buccales à la créoline à 0,5 °/₀.

L'alimentation solide étant impossible vu l'extrême sensibilité des parties envahies, le seul aliment semi-solide employé été l'huître, qui est facilement déglutie et bien supportée par les malades. Il a eu recours au lait, au punch au lait (1 partie de rhum, de cognac ou de kirsch dans 10 parties de lait sucré) à prendre par verre à liqueur aussi souvent que possible. Les extraits de viande et les glaces ont été d'un grand secours.

Contre les gingivites simples et les périostites généralisées, l'auteur a employé des applications sur les gencives de parties égales de teinture d'iode et d'aconit, avec ou sans cocaïne, et des lavages fréquemment répétés de la cavité buccale avec une solution antiseptique.

Enfin, contre les accidents de la dent de sagesse, voici comment M. Hugenschmidt conseille de procéder : on fait un lavage très consciencieux de la cavité buccale avec une solution de bichlorure à 1 °/₀₀, accompagné d'injections au sublimé dans la région envahie, entre la gencive et la dent; la région étant aseptique, on débride largement; il ne faut pas se contenter d'une incision, mais il faut exciser la gencive qui recouvre la dent de sagesse, de façon à bien exposer la dent, et placer ensuite comme pansement une boulette de ouate antiseptique boriquée ou autre, chargée d'aristol : tous les accidents observés ont rapidement cédé à ce traitement.

Un traitement local de l'épistaxis.

On sait que les hémorrhagies nasales peuvent être dues à certaines affections générales, mais que, le plus souvent, elles sont d'origine purement locale et ont pour point de départ une érosion de cette partie antérieure de la cloison nasale, où se trouve une petite artère cheminant verticalement, appliquée sur le cartilage de la cloison et recouverte d'une muqueuse très fine. Chez les individus sujets à des épistaxis à répétition, on trouve sur cette région, lorsqu'on l'examine au moyen du spéculum nasi, une petite croûte noirâtre. Si on soulève la croûte avec la sonde, le sang jaillit immédiatement du point ainsi dénudé.

Il suffit d'obtenir la cicatrisation de cette érosion pour débarrasser définitivement le malade de ses épistaxis, et, pour cela, il faut s'adresser aux cautérisations. Le galvanocautère et l'acide chromique employés généralement dans ce but par les laryngologistes ont des inconvénients. En effet, le galvanocautère ne se trouve pas, le plus souvent, entre les mains du praticien; quant à l'acide chromique, son action est difficile à limiter à cause de sa déliquescence et, de plus, c'est une substance

toxique dont l'emploi exige quelque circonspection.

Aussi M. le Dr P. Houdeville, dans sa thèse consacrée à l'étude de l'épistaxis et inspirée par M. le Dr P. Hélot, chirurgien en chef de l'hospice général de Rouen, conseille-t-il de donner la préférence au nitrate d'argent pour le traitement des érosions nasales dans les conditions habituelles de la pratique médicale courante.

Notre confrère s'en sert de la façon suivante :

Si la cautérisation doit être pratiquée au moment même de l'hémorrhagie, ce qui arrive fréquemment, on fait comprimer la partie antérieure de la cloison nasale soit par un aide, soit par le malade lui-même (on peut simplement, comme le conseille M. le Dr Moure, serrer assez fortement les ailes du nez contre la cloison avec les doigts). On prépare quelques stylets garnis de petits tampons d'ouate dont l'un est trempé dans une solution de cocaïne à 20 0/0. En outre, sur un stylet plat, on fait fondre une perle de nitrate d'argent. Après avoir fait moucher le malade, on introduit rapidement le spéculum, on essuie la région de la cloison d'où provient le sang, on y applique le tampon imbibé de cocaïne et on attend quelques instants. Sous l'influence de la contraction vasculaire déterminée par la cocaïne, l'hémorrhagie diminue et il devient alors facile, après avoir retiré le tampon, de trouver le point qui saigne, sur lequel on applique la perle de nitrate d'argent. On la laisse quelques instants en place et on la retire quand on a une eschare suffisante. Le malade peut alors se moucher, même violemment, sans qu'un nouvel écoulement de sang se produise.

Deux séances de cautérisation suffiraient, en général, pour amener une eschare qui, après être tombée, laisse une cicatrisation complète de l'érosion.

La gingivite expulsive et son traitement.

Parmi les affections buccales, une des plus fréquentes, pour laquelle on consulte non seulement le dentiste, mais souvent aussi le médecin, est la gingivite expulsive ou pyorrhée alvéolaire. Cette affection, qui paraît être de nature parasitaire, bien qu'on ne soit pas encore fixé sur le microbe qui la produit, est importante à connaître, vu sa grande résistance aux moyens usuels de traitement, surtout lorsqu'elle n'est pas reconnue et soignée à son début. Il nous paraît donc utile d'esquisser ici la symptomatologie de la gingivite expulsive, d'après la description d'un spécialiste allemand très autorisé, M. le docteur W. Miller, professeur à l'Institut odontologique de la Faculté de médecine de Berlin, et d'indiquer en même temps un nouveau traitement de cette maladie.

La gingivite expulsive présente au début des symptômes peu caractéristiques, et qui se réduisent à une légère inflammation marginale de la gencive, telle qu'elle est souvent produite par les dépôts de tartre dentaire. Et en effet, ces dépôts existent dans la majorité des cas de gingivite expulsive, et constituent une des causes qui prédisposent à cette affection. A cette période de début la maladie provoque peu ou pas de troubles et reste habituellement méconnue.

Dans la suite les symptômes deviennent plus accusés. Les racines des dents se détachent de plus en plus de leur bourrelet gingival, qui se boursoufle et prend une coloration rouge foncé ou livide. La pression sur cette partie de la gencive fait sourdre une gouttelette de pus. La gencive se tuméfie de plus en plus ou bien se rétracte en laissant à nu une étendue plus ou moins considérable de la racine dentaire. Les dents deviennent branlantes, et au bout d'un temps variable elles tombent spontanément ou bien doivent être extraites. La dent une fois tombée, tous les phénomènes morbides du côté des gencives disparaissent complètement.

La durée de l'affection est variable suivant que la pyorrhée alvéolaire revêt une marche aiguë ou chronique. C'est ainsi que la période de temps qui s'écoule depuis les premiers signes de l'ébranlement des dents jusqu'à leur chute spontanée, peut varier de quelques semaines à plusieurs années.

La pyorrhée alvéolaire frappe surtout les adultes, mais elle se rencontre aussi dans l'enfance. C'est ainsi que M. Miller l'a observée chez des enfants de quatre à cinq ans.

Le pronostic de l'affection est défavorable au point de vue de la guérison. Cependant, par un traitement énergique et approprié on peut ralentir considérablement la marche de la pyorrhée alvéolaire et conserver ainsi les dents du malade pendant des années.

Les moyens de traitement qui ont été mis en œuvre jusqu'ici contre la gingivite expulsive ont consisté, en dehors des soins usuels de propreté et d'antisepsie buccale, dans l'emploi de divers caustiques chimiques appliqués dans le cul-de-sac alvéolo-dentaire. Les résultats obtenus n'ont été qu'incomplets et temporaires.

Or, tout dernièrement, un dentiste allemand, M. le docteur E. Strebbius, vient de préconiser un nouveau traitement de la gingivite expulsive, qui serait plus efficace que tous les autres et qui consiste dans des applications de nitrate d'argent en nature pratiquées de la façon suivante :

Après avoir bien débarrassé les dents de leur dépôt de tartre et essuyé la salive, on introduit à l'aide d'un fin stylet en bois un peu de nitrate d'argent pulvérisé dans le cul-de-sac alvéolo-dentaire en ayant soin de toucher avec le caustique toute l'étendue de la racine dénudée de la dent et de la gencive malade. On ne traite ainsi à chaque séance qu'un certain nombre de dents. Après chaque cautérisation on pratique un lavage abondant de la bouche pour enlever l'excès de nitrate d'argent.

Une seule cautérisation suffirait souvent pour enrayer toute suppuration gingivale et pour affermir dans leurs alvéoles les dents branlantes. Sous l'influence du nitrate d'argent la gencive prend immédiatement une coloration blanchâtre ; puis, au bout de deux jours, l'eschare se détache et tombe, le boursouflement œdémateux des gencives disparaît rapidement, et la région gingivale reprend un aspect sain et une consistance normale.

Traitement des ulcérations du col de l'utérus par les applications d'un mélange d'aristol et d'iodol.

M. le docteur D. Lewis (New-York) obtient de bons résultats dans toutes les ulcérations non malignes du col de l'utérus par le traitement suivant :

Après avoir donné une injection vaginale, on saupoudre abondamment les parties ulcérées, à l'aide de l'insufflateur, d'une quantité suffisante d'un mélange à parties égales d'aristol et d'iodol ; puis on introduit un petit tampon de coton hydrophile. Le pansement est renouvelé tous les deux jours.

L'acide carbonique solidifié comme anesthésique local.

Lorsqu'on laisse échapper, à travers un robinet, un jet d'acide carbonique liquide contenu dans un récipient métallique et qu'on dirige ce jet dans un petit sac en laine, on voit s'y former de l'acide carbonique neigeux. Cette neige comprimée ensuite à coups de marteau dans un moule conique prend la forme d'un bâton qui se maintient tel quel pendant plusieurs heures et peut ainsi servir à la production de l'anesthésie locale. En effet il suffit d'effleurer avec ce bâton le champ opératoire pour y provoquer immédiatement par l'action du froid intense (— 90°) une insensibilité complète.

Un chirurgien allemand, M. le docteur Kümmel, a pu, paraît-il, pratiquer à l'aide de ce procédé d'anesthésie, sans recourir au chloroforme et sans provoquer la moindre douleur, une opération sanglante sur un enfant de treize ans ayant nécessité une incision très profonde et étendue de la cuisse.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. des ARTS ET MANUFACT. et DUBUISSON 12, r. Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

DERMATOLOGIE

Sur l'angiokératome, par le Dr Ch. Audry (Toulouse).

Il existe déjà un assez grand nombre d'observations ou de mentions de la lésion signalée par Dubreuilh (verrue télangiectasique), C. Fox (confondue avec les lymphangiectasies), définie par Mibelli sous le nom d'angiokératome.

Mibelli, dans son second travail (*Giornale Italiano delle malat. ven. e della pelle,* 1891), en a réuni 14, sans compter une note antérieure de Breda (1), Pringle : 2 obs. (*British journal of Dermat.*, 1891) ; Audry et Deydier (*Lyon méd.*, 1892), un cas ; Brocq, un cas ; Thibierge, un cas (*Ann. de Dermat.*, 1892), un cas de Lefort cité par Barthelémy ; deux moulages du musée de Saint-Louis (Merklen, Tennison, sans compter un moulage de télangiectasie symétrique de Vidal) ; deux cas de Joseph (*Berl. klin. Woch.*, 1892 et *Arch. für Dermat.*, 1892, p. 330) ; enfin des cas indiqués de mémoire par Lassar, Saalfeld, Lewin (*Arch. für Dermat.*, 1892, p. 330) ; au total 34 faits dont 23 avec observation en comptant trois observations inédites toutes empruntées à la région toulousaine où les engelures sont très fréquentes et très prononcées.

Observation I. — Garçon de 15 ans, syphilitique et tuberculeux (coxalgie). Engelures nombreuses, répétées, ulcérées. Mains asphyxiques, bleuâtres, avec des marbrures cinabre. Les lésions n'occupent guère que les mains et en particulier la main gauche, côte à côte avec les cicatrices gaufrées, laissées par les engelures ulcérées. Sur la main gauche, éléments très nombreux, très développés, nettement kératosiques, disséminés sur la face dorsale des doigts et du tiers inférieur du métacarpe ; le pouce en présente, mais en plus petit nombre. Face palmaire indemne. Main droite ; éléments moins nombreux, bien verruqueux, limités à la face dorsale des doigts, respectant le pouce droit ; trois éléments sur la face dorsale du gros orteil. Pied gauche sain.

C'est ce sujet qui nous a fourni les matériaux de nos examens histologiques.

Obs. II. — Homme de 22 ans, acnéique.

Engelures multiples ayant laissé des cicatrices. Extrémités bleuâtres.

Eléments nombreux disséminés sur la face dorsale des deux mains et des doigs. Main droite moins malade : le pouce et l'index sont sains ; quelques éléments sur la face palmaire de l'annulaire. Kératose peu prononcée. A la main gauche, tous les doigts en présentent sur leurs deux faces ; mais la face palmaire est moins altérée ; on retrouve un petit angiome au centre même de l'éminence thénar. Kératose généralement nulle ou à peine indiquée. Rien aux oreilles, qui ont cependant présenté de nombreuses engelures.

Aux pieds, mêmes lésions que sur les mains.

Pied gauche : lésions disséminées sur le bord externe de la moitié antérieure et sur la face dorsale des trois derniers orteils ; un élément très kératosé sur la 2e phalange du 3e orteil.

Rien sur la face palmaire.

Pied droit : peu atteint ; quelques éléments sur le 3e et le 4e orteils et à la base du 5e.

Les pieds comme les mains transpirent abondamment.

Obs. III. — Homme robuste de 21 ans. Engelures nombreuses : cicatrices ; extrémités bleuâtres.

Sur la face dorsale du métacarpe droit, trois petits éléments angiomateux presque imperceptibles, dépourvus de toute saillie ; ils se vident et disparaissent complètement par la pression ; ils représentent le rudiment de la lésion. Deux éléments semblables sur la face dorsale du métacarpe gauche.

(1) Obs. inédites de Barduzzi, Bertarelli. Un cas de Dubreuilh. Les trois cas de C. Fox ; les autres, personnels ; nous ne comptons pas celui de Pringle (d'après Torœk). Je n'ai pas pu prendre connaissance de l'observation de Radcliffe Crocker (citée in *Monatschrift*, t. XIV).

Ici la kératose manque complètement, au point de vus macroscopique du moins.

Nous avons examiné plusieurs éléments enlevés des doigts de notre premier malade. Voici les résultats obtenus :

Hypoderme normal.

Zone des papilles. Les papilles sont irrégulières, quelques-unes extrêmement allongées. Un certain nombre d'entre elles sont plus ou moins complètement remplies par de petits lacs sanguins bordés d'un endothélium bien apparent. Au plus haut degré de développement, ces lacs remplissent complètement la papille et se mettent en contact avec la vitrée. D'autres fois, ils en sont séparés par quelques travées conjonctives délicates. Enfin, en d'autres cas, on trouve simplement un capillaire nettement dilaté. D'autres papilles sont normales. Les lacunes sanguines se retrouvent parfois brusquement sur la coupe en plein corps muqueux de Malpighi, ce qui est évidemment dû à l'intrication des papilles dans tous les plans. Quelques-unes de ces dernières sont comme soufflées et présentent une vaste lacune complètement inoccupée, bordée d'endothélium et qui répond vraisemblablement à l'une des précédentes, vidée de son contenu.

Enfin, l'une des pièces examinées nous a montré dans l'axe des papilles des espaces plus ou moins étendus, lacunaires, bordés d'un endothélium et remplis non pas de globules sanguins, mais d'un coagulum granuleux amorphe et incolore. Il est vraisemblable que ce sont des lacunes lymphatiques, et en un point, j'ai pu découvrir des relations manifestes avec un lymphatique dilaté ; mais il y a lieu de remarquer que je n'ai point aperçu de noyaux dans le coagulum en question.

La vitrée du derme est normale ainsi que la couche génératrice. Je n'ai rien vu de bien anormal dans le corps muqueux ; celui-ci ne présente aucun indice histologique d'une inflammation quelconque.

La couche granuleuse est considérablement et régulièrement augmentée d'épaisseur ; l'éléidine se trouve en quantité double ou triple de la normale ; nous n'avons rien vu de spécial dans son apparence et sa distribution.

L'ensemble des couches cornées est très augmenté d'épaisseur. Il présente l'aspect ordinaire des régions où la kératinisation physiologique est très active : l'extrémité des doigts par exemple. Nous n'avons trouvé aucune trace de persistance anormale des noyaux au delà du stratum lucidum.

Nulle part, je n'ai rien vu qui indique un processus de vésiculation. J'ai pu en quelques points retrouver les excréteurs des sudoripares caractérisés par leur gaine d'éléidine accoutumée.

On pourrait théoriquement critiquer l'appellation d'angiokératome, puisque l'hyperkératose peut manquer entièrement, et la lésion se limiter absolument à un angiome ; cependant le terme de Mibelli doit, nous semble-t-il, être conservé, car il indique bien la lésion typique et n'expose pas à la confusion.

On retrouve facilement chez nos malades toutes les étapes d'une lésion dont nous ne voulons pas décrire ici l'aspect clinique ; il suffit de savoir qu'elle varie du piqueté le plus fin dépourvu de toute excroissance cornée jusqu'à la petite plaque rouge ou carminée couverte d'un petit bouclier rugueux, sec, corné, non desquamant, toujours indolent. Nous en avons vu toutes les localisations : pieds, mains. Une seule fois Pringle a vu un angiokératome de l'oreille, et Thibierge un angiome du nez, non kératosique, d'ailleurs.

La lésion est évidemment constituée par un degré variable d'hyperkératose survenue sur un petit angiome. Cet angiome est acquis et il relève soit des engelures, soit bien plutôt de l'état asphyxique des extrémités. Nos faits n'apportent rien de bien nouveau. Ils ont simplement pour but de montrer que l'angiokératome est une lésion réellement fréquente : je dis : *une lésion*, car je crois qu'il y a quelque exagération à le considérer comme une maladie. Nos examens histologiques confirment

généralement ceux de Mibelli, et nous montrent pourquoi Pringle n'a pas retrouvé les dilatations probablement lymphatiques : c'est qu'elles sont constantes et peuvent exister sur un élément et manquer sur le voisin; il est probable que leur présence est en rapport avec le degré de développement de l'angiokératome. En thérapeutique, je pense que l'électrolyse reste la méthode de choix, car elle évite de petites hémorrhagies désagréables, et donne de meilleures cicatrices.

C'est surtout au point de vue de l'anatomie générale que l'angiokératome présente de l'intérêt : il nous montre que le fait de la stase sanguine localisée peut amener la production d'une hyperkératinisation rigoureusement parallèle. Il nous permet ainsi d'étudier les lésions d'une hyperkératose primitivement vasculaire; des caractères qu'elle présente, il n'en est pas de plus intéressant que l'absence des noyaux de la couche cornée. J'ai discuté d'ailleurs la question en ce qu'elle se rattache à l'étude générale de l'anatomie des kératonoses (1).

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

7e *session*, 1893 (*Fin*).

Drainage abdomino-périnéal de la vessie.

M. Guelliot (Reims). — Dans les cas d'infiltration d'urine, la conduite classique est d'inciser le périnée et de chercher l'urèthre. Mais cette conduite n'est pas toujours possible à suivre. Dans ces conditions, M. Guelliot conseille de faire le cathétérisme rétrograde, mais pour placer un drain abdomino-périnéal et non une sonde à demeure. Il a appliqué deux fois ce drainage transvésical abdomino-périnéal, l'une pour une rupture traumatique de l'urèthre avec une fracture du pubis, l'autre pour un rétrécissement non traumatique compliqué d'infiltration d'urine. Les deux malades ont guéri.

Des résultats éloignés de la chirurgie rénale.

M. Tuffier (Paris). — J'envisagerai ces résultats au point de vue des trois grandes opérations que nous pratiquons sur le rein, la néphrorraphie, la néphrotomie et la néphrectomie et en me basant sur les 74 opérations que j'ai pratiquées. J'ai présenté au congrès de 1891 les résultats que m'avait donnés *la néphrorraphie*. Je n'ai aujourd'hui qu'à confirmer mes conclusions. Au point de vue opératoire : 1° j'ai substitué le gros catgut à la soie, mes expériences m'ayant prouvé que la soie pouvait s'incruster des sels de l'urine et devenir le centre d'un calcul; 2° j'emploie la position de Trendelenburg pour réduire le rein pendant la fixation de l'organe. Les résultats de mes 45 opérations me prouvent que la guérison des malades se maintient toutes les fois que le rein est seul en cause et qu'il ne s'agit pas de cette maladie générale caractérisée par une infériorité physiologique de tous les tissus et dont la néphroptose et l'entéroptose ne sont que deux facteurs.

Mes 17 néphrotomies m'amènent à cette conclusion : l'opération est d'autant plus efficace qu'elle est pratiquée plus tôt et cela aussi bien pour les lésions suppurées qui auront alors le moins de chances de laisser des fistules que pour les calculs qui auront alors moins de temps pour provoquer des lésions irrémédiables dans le parenchyme rénal. Mes expériences sur la lithiase artificielle me l'ont bien prouvé. Du reste, je n'insiste pas sur ces faits que j'ai consignés dans mon second mémoire destiné au congrès de 1892, et publié dans la *Gazette hebdomadaire*, pour étudier surtout les résultats éloignés de la néphrectomie. A cet égard nous envisagerons l'état général et l'état local de nos malades.

J'ai pu suivre depuis trois ans quatre de mes opérés. Leur équilibre physiologique est parfait, les analyses successives de l'urine ont démontré que le filtre rénal suffisait à une émonction complète et normale. Ces malades vivent de la vie commune, ils travaillent et par conséquent leur rein élimine normalement tous les produits de désassimilation qui résultent du travail musculaire; deux de mes malades ont eu des maladies infectieuses, l'influenza, une congestion pulmonaire. Au point de vue pathologique, la suffisance rénale a été parfaite. Enfin, les malades peuvent mener à bien une grossesse, puisqu'une femme opérée depuis cinq ans par mon collègue Brun a pu subir sans encombre trois grossesses et trois lactations sans que le rein adelphe ait failli à sa tâche.

Je n'envisagerais pas la question au point de vue local si, dans ces derniers temps, on n'avait agité la question des *fistules* après la néphrectomie. J'ai étudié ces faits au point de vue de leur fréquence, de leur cause et de leur traitement. Ce sont des complications *rares*, puisque sur mes douze opérés je ne l'ai pas rencontrée, et sur les 173 observations de suppurations rénales relevées à ce point de vue, j'en compte 2,5 0/0 de définitives, et sans que la nature, simple, calculeuse ou tuberculeuse de l'affection puisse être invoquée.

A la vérité, il existe souvent des suppurations peu abondantes et prolongées; c'est ainsi qu'une de mes malades a suppuré pendant dix mois, à la suite d'une néphrectomie lombaire pour pyélonéphrite tuberculeuse, et je trouve 7 0/0 de ces fistules temporaires.

La *cause* de ces suppurations tient à deux processus concomitants, à la sclérose péri-rénale et à l'urétérite; la première crée après l'ablation de la glande un foyer à parois rigides, costale en dehors, fibreuse en dedans, analogue en tous points à la fistule pleurale suite d'empyème. Elle est due comme celle-ci à une intervention trop tardive. Quant à l'urétérite, son action doit être combattue par un grattage bien exact des parois de ce canal, et ce n'est que l'urétérite avec dilatation, c'est-à-dire avec rétention purulente, qui est capable de provoquer une fistule, et dans ces cas même, si le drainage par la vessie est suffisant, la guérison peut avoir lieu, mais si l'uretère est flexueux la résection partielle de ce conduit peut devenir nécessaire. En voici un exemple. J'ai opéré en février 1892 une jeune femme de 30 ans d'une énorme pyonéphrose avec rétention incomplète. Au cours de ma néphrectomie, j'examinai l'uretère, qui avait le volume d'un petit intestin de chien. Il présentait à quelques centimètres du bassinet une inflexion brusque en S qui formait siphon et contribuait à la rétention. Après avoir enlevé le rein, je réséquai l'uretère au-dessous de cette inflexion; ma malade n'a jamais eu ni fistule, ni suppuration, elle est restée absolument guérie.

Si cependant on voulait être plus radical et supprimer du même coup le rein et l'uretère, voici le procédé que je conseille après expérience. Faire une incision lombo-iléo-inguinale, partant de l'angle de la 12e côte, la masse sacro-lombaire rasant la crête iliaque et aboutissant à l'orifice supérieur du canal inguinal; se débarrasser d'abord du rein, prendre l'uretère dans une bonne ligature, le faire tendre et le décoller progressivement jusqu'à la vessie. Mais c'est là, je crois, une opération d'exception qui ne serait guère utile qu'en cas d'oblitération de l'urèthre, car les fistules permanentes après la néphrectomie sont trop rares puisqu'on l'utilise primitivement, et c'est au drainage méthodique et prolongé qu'il faudra recourir.

M. Reynier. — Dans ma communication, j'ai dit que l'uretère pouvait causer non seulement des fistules, mais encore des accidents douloureux et fébriles dus à la rétention du pus de l'uretère, malgré la fermeture de la fistule. Ces uretérites exigent évidemment les conditions anatomiques sur lesquelles vient d'insister M. Tuffier. Peut-être guérissent-elles quelquefois; mais j'ai montré que, parfois, il faut extirper le segment inférieur de l'uretère. Pour enlever l'uretère dans la même séance que le rein, on peut agir par voie lombaire. Dans mon cas, j'ai extirpé secondairement le bout d'uretère par une incision inguinale.

Étranglement du rein mobile.

M. Albarran (Paris). — J'ai opéré une jeune fille qui, depuis douze ans, souffrait d'accidents dus à un rein mobile; les crises douloureuses, durant parfois plusieurs jours, coïncidaient avec les règles. A plusieurs reprises de graves accidents d'étranglement rénal m'obligèrent à réduire le rein

(1) Voir la dernière session générale de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, 5 avril 1893.

après chloroformisation de la malade; en octobre dernier, après une crise qui se prolongea pendant quinze jours, le rein étant devenu irréductible et l'état général très précaire (la malade avait eu des vomissements continuels et des syncopes répétées), je me décidai à opérer en pleine crise.

Je trouvai le rein en *rétroversion*, l'extrémité supérieure ayant basculé en arrière et l'inférieure en avant; l'organe était augmenté de volume, mais il fut aisé de le réduire et d'évacuer ainsi par l'uretère la petite quantité d'urine qui le distendait : le rein fut ensuite fixé par la néphrorrhaphie d'après le procédé de M. Guyon. Les suites opératoires furent des plus simples et la malade est restée absolument guérie : en cinq mois elle a engraissé de 15 kilos et toute douleur a disparu.

Je ferai remarquer qu'au point de vue pathogénique, cette observation est absolument concluante, en démontrant que certains étranglements rénaux sont dus à l'hydronéphrose intermittente par coudure de l'uretère : cette théorie ne reposait encore sur aucune constatation directe. J'insiste également sur la variété curieuse de déplacement rénal, la controversion, que l'opération m'a fait observer.

Je ne saurais trop m'élever contre la doctrine courante du laisser faire dans les accès d'étranglement rénal, et je pense avec M. Guyon que l'on doit essayer le taxis du rein. Le malade sera placé dans la position inclinée de Morand-Trendelenburg et l'on essayera la réduction du rein par des manœuvres douces; au besoin on donnera du chloroforme, et si malgré la réduction les phénomènes s'aggravent, on aura recours à l'intervention opératoire, dont je résume ainsi les indications : néphrorrhaphie si le rein est sain et réductible, néphrotomie lors d'hydronéphrose permanente ou encore si le rein est infecté. Très rarement la néphrectomie primitive pourrait être pratiquée si l'on était sûr que le rein du côté opposé fût sain, si le rein malade était très altéré et si en même temps l'état général permettait une opération de cette importance.

M. Picqué. — J'ai opéré, il y a huit jours, une malade dans les mêmes conditions que celle de M. Albarran. Cette femme, aujourd'hui, ne souffre plus, et ses urines sont normales comme quantité.

M. Malécot (Paris). — J'ai obtenu un pareil succès chez une malade opérée dans les mêmes conditions.

M. Jeannel. — Trois malades que j'ai opérées pour des crises douloureuses analogues ont parfaitement guéri.

Résultats de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale.

M. Vigneron (Marseille). — Parmi un grand nombre de tuberculoses vésicales observées à la clinique des maladies des voies urinaires et traitées avec succès par les instillations de sublimé, huit seulement ont été traitées chirurgicalement; deux fois le nettoyage de la vessie a été pratiqué par la voie uréthrale. Ce procédé, répété jusqu'à deux fois chez une même malade, n'a donné aucun résultat, même temporaire, et les deux malades ultérieurement néphrotomisées en raison de l'envahissement du rein sont mortes en quelques mois. Il s'agit là, d'ailleurs, d'un procédé incomplet et souvent dangereux.

Sept autres malades, dont une déjà curettée par l'urèthre, ont subi la taille hypogastrique et ensuite le curettage ou l'incision de leur muqueuse malade. On a ensuite cherché à modifier les lésions par l'écouvillonnage à la gaze iodoformée, les cautérisations au thermocautère ou au chlorure de zinc, ou le tamponnement vésical.

Sur ces sept cas, deux fois la suture primitive de la vessie a été faite. La réunion a manqué une fois : la fistule s'est fermée depuis et le malade reste avec des symptômes atténués; il n'a plus vu réapparaître ses hématuries. Chez le second, la réunion par première intention a eu lieu, mais ultérieurement s'est formée une collection sus-pubienne suivie de fistule hypogastrique, et la mort est survenue au bout de quatre mois.

Chez les cinq autres, on a tenté la suture de la vessie à la paroi abdominale pour produire une fistule vésicale. Quatre fois le résultat immédiat a été satisfaisant, mais l'amélioration n'a duré que le temps de la fistule : une fois celle-ci fermée, les symptômes se sont montrés de nouveau : trois malades sont morts au bout de quelques mois; deux survivent sont dans un état assez précaire.

Le curettage avec taille hypogastrique et fistulisation de la vessie donne donc une amélioration, mais non la guérison. Pour les cas précoces, opérés de bonne heure, il est probable que les résultats seraient meilleurs. Le diagnostic précoce de l'étendue des lésions ne peut se faire qu'à l'aide du cystoscope.

Des uréthrotomies complémentaires.

M. Desnos (Paris). — Le traitement d'un rétrécissement de l'urèthre ne doit pas être considéré comme terminé lorsque, après l'emploi d'un procédé quelconque, on arrive à y faire pénétrer une bougie volumineuse. Une exploration post-opératoire plus minutieuse de l'urèthre est nécessaire. Deux cas se présentent alors. Dans le premier, les instruments quels qu'ils soient, bougies coniques, Béniqué ou boules exploratrices, cheminent dans l'urèthre dont la paroi est partout lisse et unie; ceux-là n'auront qu'une faible tendance à la récidive. Dans d'autres cas, au contraire, on constate qu'après avoir passé une bougie conique volumineuse, 23 à 25 par exemple, un explorateur à boule plus petite réintroduit aussitôt après, rencontre une série de ressauts; c'est qu'alors la bougie conique avait mis en jeu l'élasticité d'une ou de plusieurs brides très souples que le passage de l'instrument avait simplement refoulées, mais non dilatées réellement. Ces cas sont fréquents; ce sont ceux qui récidivent fatalement et à brève échéance.

Le traitement doit donc s'attacher à détruire ces brides. Les différents procédés de dilatation, lente ou brusque, ne peuvent y parvenir; il en est de même des sections pratiquées avec l'uréthrotome de Maisonneuve ou ses analogues qui manquent de la précision nécessaire. L'instrument de Civiale permet, au contraire, de reconnaître les brides et de donner à la lame une saillie exactement calculée; j'ai fait modifier cet instrument de telle sorte qu'à une même tige peuvent être vissées des olives de diamètre différent pour s'adapter à toutes les variétés de stricture. Les incisions, pour donner de bons résultats, doivent être profondes; or, si on voulait d'emblée sectionner toute l'épaisseur de la bride, on s'exposerait à produire des hémorrhagies. C'est par opérations successives qu'il faut procéder; on ne fera jamais d'incisions de plus d'un millimètre et demi de profondeur; quelques jours après, on explorera de nouveau l'urèthre comme je l'ai déjà indiqué et on pratiquera de nouvelles incisions, jusqu'à ce que toute saillie intra-uréthrale soit disparue. C'est un traitement qui exige un temps quelquefois assez considérable, mais qui donne les meilleurs résultats éloignés.

M. Albarran. — Depuis 1888, M. Guyon recourt à cette pratique à l'aide de l'uréthrotome d'Otis pour les rétrécissements larges.

M. Lavaux fait une communication sur les infections secondaires dans la tuberculose vésicale.

M. Malherbe (Nantes) communique les résultats immédiats et éloignés de 76 lithotrities.

Présentations d'instruments.

M. Desnos. — 1° *Modifications de la sonde de Cusco.* — On sait que cette sonde est métallique, à grande courbure et pourvue d'une partie qui est élastique, grâce à un ruban d'acier contourné en spirale; cette partie flexible a été reportée le plus près possible du bec qui acquiert une grande mobilité; de plus, la courbure est petite et se prête bien aux déformations de l'urèthre prostatique.

2° *Uréthrotome pour les rétrécissements larges.* — Le mécanisme qui détermine la saillie de la lame est celui de l'uréthrotome d'Albarran; au niveau de cette saillie est disposé un pas de vis sur lequel on peut monter successivement des olives correspondant aux divers numéros de la filière; on reconnaît donc très facilement les brides, la muqueuse est ainsi mise en tension et la section de l'anneau fibreux s'opère avec une grande précision.

Rétraction des cicatrices de brûlures.

M. A. Guérin (Paris). — Pourquoi le tissu inodulaire qui succède aux brûlures est-il doué d'une rétractilité qui produit les difformités les plus regrettables? Pourquoi diffère-t-il

sous ce rapport du tissu des cicatrices par lesquelles se guérissent les plaies ordinaires?

M. Guérin soutient que cela dépend de ce que, dans les brûlures, le tissu voisin de l'eschare est malade et que le tissu inodulaire qui y prend naissance doit se ressentir de cette fâcheuse condition. Pour prouver qu'il en est ainsi, il rappelle ce qui se passe dans les arbres brûlés incomplètement : une partie étant carbonisée, il arrive souvent que l'arbre ne meurt pas de suite, des feuilles et de nouvelles branches peuvent naître, et pourtant l'arbre est destiné à mourir l'année suivante. Quand un morceau de bois brûle, les liquides qui y sont contenus sortent en ébullition.

Dans les brûlures que nous sommes appelés à traiter, c'est de la graisse qui s'échauffe, fond et va plus ou moins loin agir sur les tissus voisins.

Il démontre la genèse du tissu inodulaire des brûlures et ses conséquences, en démontrant que l'on peut avoir une cicatrice normale par l'*ischémie* qui s'oppose à la stase des liquides sanguin et lymphatique.

Il obtient l'ischémie par la compression élastique. Il prouve par les faits qu'il a publiés ailleurs que, par ce moyen, on s'oppose définitivement à la rétraction des cicatrices. Ce résultat important pour les membres l'est encore plus pour le visage. Avec cette méthode de la compression produisant l'ischémie et s'opposant à l'inflammation des tissus dans lesquels le tissu inodulaire doit prendre naissance, on n'a plus à craindre les difformités si regrettables pour les yeux, la bouche, etc.

Complications graves de la tourniole.

M. J. Huguet. — La tourniole n'est dangereuse que parce qu'elle constitue une porte d'entrée largement ouverte aux infections microbiennes; c'est pourquoi, quand on constate des abcès, des phlegmons de la main, des lymphangites plus ou moins étendues des membres supérieurs dont l'origine paraît peu nette, l'idée première qui vient au chirurgien est de rechercher si quelque tourniole n'a pas été le foyer initial.

Une des complications les plus ordinaires de la tourniole consiste dans sa transformation en panaris profond. Quelquefois, enfin, on observe des accidents graves avec une tourniole restant simple.

Dans un cas, à la suite d'une piqûre très légère au pouce de la main gauche chez un robuste cavalier de 22 ans, survient après deux jours une petite tourniole; la mince pellicule est excisée et le traitement classique des panaris rigoureusement employé. Malgré cela, des phénomènes généraux apparaissent au quatrième jour. La température est de 40°; l'état local reste très satisfaisant, mais l'état général devient de plus en plus mauvais, et au dixième jour après la blessure, la mort survient par septicémie aiguë. Il est intéressant de noter que la tourniole, cause première de tous les accidents, est jusqu'à la fin restée une tourniole et rien de plus.

Le deuxième cas que nous avons observé est plus intéressant encore, il nous a fourni les conclusions suivantes : Une simple tourniole, suite de piqûre au médius gauche chez un jeune homme de 20 ans, a pu déterminer des accidents généraux qui ont failli causer la mort; ce fait vient à l'appui de notre première observation.

De plus, l'affection s'est compliquée d'abord de trois abcès à distance développés au niveau de la racine du doigt et dont le premier a débuté dès le sixième jour; puis presque aussitôt est survenue une gangrène de la moitié antérieure du même doigt.

Enfin cette tourniole gangréneuse à évolution rapide a affecté la forme sèche. Nous sommes certain que cette gangrène n'a été causée ni même favorisée par aucun agent caustique. Tous les pansements ont été faits avec de l'eau phéniquée à 3 0/0 et les bains préparés avec une solution au 100e. Etant données ces proportions relativement faibles des solutions employées, il est évident que cette gangrène ne doit et ne peut être imputée qu'à une évolution toute particulière du processus morbide. A la suite de cette gangrène traitée sans succès par l'embaumement, une intervention a dû être pratiquée; la deuxième phalange a été sectionnée au niveau de sa partie moyenne et la guérison s'est opérée très rapidement.

Greffes autoplastiques.

M. Levrat (Lyon). — J'ai opéré par des greffes autoplastiques un malade atteint de cicatrices difformes du membre supérieur, et j'en ai obtenu de très bons résultats.

Il s'agit d'un enfant de quatorze ans qui, à l'âge de dix ans, eut une brûlure étendue du bras, de l'avant-bras et de la main. Depuis trois ans, une cicatrice résistante maintenait en flexion l'avant-bras sur le bras, et la main sur l'avant-bras.

Après avoir sectionné les brides et disséqué les adhérences des tissus cicatriciels au niveau du coude, je recouvris les surfaces creusées au niveau du coude, je recouvris les surfaces creusées à l'aide d'un lambeau pris sur la partie correspondante du thorax. Des sutures furent appliquées et le tout fut protégé par un pansement ouaté. Un appareil plâtré maintint pendant un mois le bras au contact du tronc. Au bout de ce temps je fis la section du pédicule.

Deux mois plus tard, j'opérais de la même façon pour la main. Le lambeau fut emprunté à la fesse correspondante; le pédicule fut sectionné au bout de trente jours.

Pour les deux autoplasties la réunion s'est bien faite : les mouvements sont revenus, et la peau est restée souple.

J'ai appliqué le même procédé pour une brûlure étendue de la paume de la main, et le résultat a été tout aussi bon.

J'ai également utilisé des greffes de peau de grenouille. Sur trois cas, elles n'ont réussi qu'une fois : une greffe cutanée, faite à l'aide d'un bout de prépuce, m'a aussi donné un bon résultat pour une brûlure du bras.

Pathogénie du lymphadénome.

M. Verneuil (Paris) a observé depuis quelque temps trois cas intéressants à cet égard. Il a d'abord vu un jeune homme atteint de lymphadénome et dont le père était rhumatisant, la mère tuberculeuse, et il s'est demandé s'il n'y avait pas là un de ces cas d'hybridité si curieux qu'il aime à étudier. Il a opéré l'an dernier un homme de 60 ans atteint d'un volumineux lymphadénome ganglionnaire consécutif à une lésion amygdalienne pour laquelle il fallait, à cause de la suffocation, faire une opération palliative. Or ce sujet, actuellement arthritique et néoplasique, avait le cou couturé de cicatrices scrofuleuses. Enfin, il vient d'observer un homme vigoureux, rhumatisant, qui, dès son enfance, a eu des adénopathies cervicales et dont la sœur est morte de pleurésie tuberculeuse. M. Verneuil pense donc que c'est un hybride scrofulo-arthritique.

Occlusion intestinale.

M. Monod (Paris) a observé dans ces derniers temps cinq cas d'occlusion intestinale aiguë, dont quatre ont été suivis de guérison, et il les rapporte sommairement, parce qu'ils montrent bien l'importance de la rapidité de l'intervention, dès qu'on a reconnu l'impuissance des moyens médicaux.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de 50 ans environ; un premier lavement électrique resta sans effet, mais une deuxième tentative fut suivie d'un résultat favorable et la malade guérit. Dans un second cas, le lavement électrique suffit également à faire disparaître les phénomènes d'occlusion, développés chez un jeune homme auquel avait été faite, quelques mois auparavant, une cure radicale de hernie.

Les trois autres cas ont été traités par la laparotomie. Le premier est celui d'un jeune homme de dix-neuf ans, dont M. Monod a publié l'observation il y a trois ou quatre ans; après échec du lavement électrique, la laparotomie fut pratiquée le lendemain matin, et on put lever l'agent de l'étranglement, constitué par une bride qui siégeait aux environs de l'abouchement de l'intestin grêle dans le cæcum. Ce malade a guéri, ainsi qu'un quatrième, âgé de 52 ans, chez lequel on avait tout lieu de croire à l'existence d'un néoplasme, alors que l'obstacle était constitué, comme pour le précédent, par une bride située à l'union de l'intestin grêle et du cæcum. Enfin, tout récemment, M. Monod a opéré par laparotomie un malade atteint d'une occlusion intestinale aiguë due à un énorme volvulus; les accidents dataient déjà de quelques jours et on trouva un intestin en très mauvais état : le malade est mort le lendemain de l'opération.

Ostéotomie du radius.

M. Jaques Reverdin donne l'observation d'un homme de 56 ans qui, à la suite d'une fracture de l'avant-bras, pro-

bablement du radius seul, un peu au-dessous de la partie moyenne, avait guéri avec le fragment inférieur en pronation de façon que la supination était supprimée. L'ostéotomie transversale pratiquée au niveau du col a permis de faire exécuter au fragment inférieur un mouvement de rotation d'un quart de cercle, d'améliorer considérablement la difformité en rétablissant dans une certaine mesure la possibilité de la supination. Dans des cas moins anciens et plus favorables, ce procédé permettrait certainement d'obtenir bien plus encore.

Méthode sclérogène.

M. Dubois (Cambrai) a publié l'an dernier trois observations de tumeurs blanches traitées par la méthode sclérogène, et depuis il en a recueilli une autre. Cette dernière concerne une jeune fille atteinte de tuberculose grave du poignet et opérée en décembre 1892, puis en janvier 1893, et actuellement en bonne voie. Il termine en donnant les résultats éloignés de ses cas de l'année dernière, qui sont bons.

Le sein hystérique et les tumeurs hystériques de la mamelle.

M. Gilles de la Tourette (Paris). — Les manifestations de l'hystérie sur la glande mammaire sont depuis longtemps connues. Il en existe deux variétés principales : dans certains cas, on trouve dans le sein une tuméfaction diffuse, étendue ; d'autres fois il y a une tumeur localisée. En général, il existe une hyperesthésie superficielle très marquée : le frôlement seul est insupportable et douloureux, et ce signe est presque caractéristique. Cette zone d'hyperesthésie peut devenir hystérogène ; la pression détermine alors une grande attaque.

L'œdème qui se forme au niveau de la tuméfaction peut déterminer des ulcérations, et, dans ces conditions, l'analogie des tumeurs avec les néoplasmes malins est si grande que certaines malades ont été opérées.

Pour ce qui concerne le traitement, il n'y a pas à faire de compression ; car ce moyen ne réussit pas ; seul le traitement de l'hystérie amène la guérison.

M. Sévereanu (Bucarest) a raconté très humoristiquement l'histoire d'une jeune femme à laquelle, pendant la première nuit de noces, son mari a défoncé le périnée.

A. Broca.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

6 *avril* 1893.

Présidence de M. Le Roy de Méricourt.

Analyse du suc gastrique.

M. Linossier (Lyon) présente quelques réflexions critiques à propos des procédés d'analyse du suc gastrique. Il montre combien les résultats de l'analyse sont variables avec le repas d'épreuve, le moment de la digestion auquel on l'extrait. Il fait voir que la filtration que presque tous les expérimentateurs font subir à la masse chymeuse enlève toute valeur aux résultats de l'analyse, car la majeure partie des éléments actifs du suc gastrique est retenue sur le filtre. Les dosages d'acidité fournissent des chiffres différents suivant le réactif coloré que l'on emploie comme indicateur : tel suc gastrique, alcalin au tournesol, présentait à l'égard de la phénolphtaléine une acidité de 1,39 p. 1000. Des différences notables existent aussi entre les quantités d'acide chlorhydrique décelées par les diverses méthodes d'Hayem, de Gautier, de Mintz, de Sjœqvist, de Léo, de Braun, etc. Il y a aussi souvent discordance complète entre les résultats fournis par l'analyse quantitative et ceux que donnent les réactifs colorés. Les méthodes qui permettent d'apprécier la proportion des acides organiques ne sont pas plus exactes. Quant à l'évaluation des ferments et des produits de la digestion, elle n'a jamais été faite d'une manière sérieuse.

En résumé, aucune des évaluations fournies par l'analyse du suc gastrique ne présente un caractère absolu ; elles portent, non sur des quantités réelles, mais sur des quantités conventionnelles, et les conventions varient avec chaque expérimentateur. Aussi, si l'on peut tirer grand profit de la comparaison des analyses effectuées par un même auteur, est-il très délicat de mettre en parallèle les résultats analytiques de deux auteurs différents ; et, dans bien des cas, on a pu croire à une contradiction entre deux expérimentateurs, là où il n'y avait que discordance entre deux méthodes d'analyse.

M. Le Roy de Méricourt fait observer que l'étude des diverses formes de dyspepsie est difficile : l'estomac n'est pas un vase clos fonctionnant comme dans un laboratoire ; il y a à observer les faits cliniques, et les conclusions tirées des recherches chimiques sont trop hâtives. Les études sont encore à continuer, et il est utile que les cliniciens attendent les résultats vraiment scientifiques.

Lait stérilisé.

M. Beluze fait une communication sur le lait stérilisé employé dans l'alimentation infantile. Les 30 enfants qui font l'objet de ce travail ont été pesés tous les huit jours aussi régulièrement que possible ; ce sont des enfants confiés pendant le jour à une crèche de Paris où la stérilisation du lait est faite chaque jour. I. Sur ces 30 enfants, 19 étaient au sein avant d'être mis au lait stérilisé : 1° 9 de ces enfants dont l'âge moyen est de trois mois et demi environ ont semblé souffrir de cette modification de régime ; 2° 4, âgés de sept mois, ont continué à avoir une croissance normale à très peu de chose près ; 3° 6, âgés de 7 mois et demi en moyenne, ont au contraire sensiblement profité de l'adjonction du lait stérilisé à l'alimentation naturelle. II. Les onze dernières observations concernent des enfants antérieurement nourris au biberon. La croissance, dans tous les cas, a été supérieure à la moyenne normale. Une observation est intéressante parce qu'elle a presque la forme d'une expérience de laboratoire. L'enfant, nourrie au biberon chez elle, entre pesant 5,900 gr. On la met au lait stérilisé ; le 20 juillet elle pèse 6,200 gr. Donc augmentation de 300 gr. en 14 jours. La crèche ayant été licenciée le 29 juillet, l'enfant part bien portante chez elle, où elle est remise au biberon. Quand elle rentre le 10 août, elle pèse 6,295 grammes ; donc elle n'augmente que de 95 gr. en treize jours. On la remet à la crèche au lait stérilisé. Le 14 septembre elle pèse 6,970 grammes. Donc augmentation de 19 gr. 85 par jour. III. Sur les 30 enfants observés, aucun enfant n'a été atteint d'accidents gastro-intestinaux ; les deux seuls qui ont été malades l'étaient redevenus chez eux après une absence de 13 jours. — *Conclusions* : I. L'alimentation au sein reste préférable à toute alimentation artificielle chez les enfants ayant moins de 7 mois. II. A Paris et dans la classe ouvrière, les enfants de plus de 7 mois élevés au sein, auxquels on donne en surplus du lait stérilisé, ont, grâce à ce supplément d'alimentation, une croissance supérieure à la moyenne. III. Toujours, dès qu'un enfant ne peut être élevé au sein, l'alimentation par le lait stérilisé se montre supérieure à l'alimentation par le lait ordinaire et doit lui être préférée. IV. L'usage exclusif du lait stérilisé met les enfants à l'abri de tous accidents gastro-entériques.

M. Ledé fait une communication sur la stérilisation du lait employé pour l'élevage des enfants du premier âge. Les procédés de conservation du lait, la pasteurisation et la stérilisation en grand ne peuvent assurer les mères de ne pas voir paraître des symptômes de diarrhée et de gastro-entérite. Le lait stérilisé dans des flacons d'un litre et même d'un demi-litre ne permet pas d'éviter aux enfants la gastro-entérite, car le lait stérilisé a perdu ses propriétés spéciales sitôt que la bouteille est entamée. Aussi est-il de toute nécessité que la bouteille ne contienne que le lait nécessaire pour un repas. Des appareils fort ingénieux ont été inventés ; mais outre leur prix d'achat souvent élevé, les différentes pièces, caoutchouc, bouteilles spéciales, goulots rodés à l'émeri, se détériorent facilement ou peuvent s'égarer. Aussi le Dr Ledé a-t-il réuni, dans un appareil simplifié, toutes les indications exigées pour la stérilisation du lait. La mère peu fortunée achète, surtout à Paris, le lait d'une valeur de 30 centimes environ le litre. Ce lait doit être stérilisé sitôt l'arrivée dans le logement. Dans un panier à verres sans cloison, de 16 à 18 centimètres de diamètre, on place des bouteilles de verre blanc employées en pharmacie, d'une contenance de 90 grammes. Les bouteilles bien lavées sont remplies d'environ 60 grammes de lait pour la première semaine, de 90 grammes de lait pour les deux semaines suivantes ; on peut ensuite employer des

bouteilles de 110 grammes ; ces bouteilles étant placées ainsi dans le panier, le tout est plongé dans un récipient du ménage (marmite, pot-au-feu, etc.) et de l'eau y est versée jusqu'au niveau du lait dans les bouteilles pour former un bain-marie. Sitôt que cette eau est en ébullition, on recouvre la marmite de son couvercle et on prolonge l'ébullition lente pendant 45 minutes. A ce moment le panier est enlevé, et les bouteilles sont bouchées avec des bouchons de liège toujours nettoyés et propres. Sitôt le lait refroidi, les bouteilles sont plongées dans une terrine contenant de l'eau froide. Le lait ainsi stérilisé se conserve facilement pendant quelques jours ; mais il est préférable, étant donnée sa qualité inférieure, de le consommer dans la journée même ou au plus tard le lendemain. Il est essentiel de rejeter le lait qui serait coagulé pendant l'ébullition au bain-marie. Lorsque le lait doit être donné à l'enfant, la bouteille est plongée dans de l'eau tiède pour réchauffer le lait ; le bouchon de liège est enlevé et est remplacé soit par une tétine de caoutchouc, soit mieux encore par le galactophore employé par M. le Dr Budin dans son service de la Charité et que l'on peut construire à des prix très modiques. La stérilisation du lait est donc rendue facile pour la mère de famille, qui doit, lorsqu'elle ne peut élever son enfant au sein, assurer à ce jeune être une nourriture aussi parfaite que possible et lui éviter les troubles gastro-intestinaux si fréquents dans les premières semaines de la vie. Par la stérilisation ainsi pratiquée, le lait de vache est plus facilement digestible pour l'enfant, et, chose non encore expliquée, ne se coagule pas en masse sitôt son arrivée dans l'estomac. Ce procédé de stérilisation devrait être indiqué aux nourrices et aux éleveuses et son emploi ne peut que diminuer la mortalité des enfants dans les trois premiers mois de l'existence.

Lithotritie.

M. Desnos lit un travail sur les limites de la lithotritie. Grâce au perfectionnement de l'asepsie et de l'antisepsie de la vessie, la lithotritie constitue aujourd'hui l'opération de choix dans l'immense majorité des calculeux. Les contre-indications tirées des déformations de la prostate, de l'étroitesse ou des trop grandes dimensions de la vessie, du volume ou de la dureté trop grande du calcul, sont des raretés ; il en est de même de l'âge avancé, et un vieillard, âgé de 85 ans, récemment lithotritié, se levait au quatrième jour. Il semblerait donc que la taille ne devrait plus être employée qu'à titre exceptionnel, si les progrès de la chirurgie moderne ne permettaient de viser un autre but en même temps que l'extraction du calcul. Beaucoup de calculeux sont atteints d'hypertrophie de la prostate ; or, on sait qu'aujourd'hui les opérations dirigées contre cette affection réussissent et donnent de bons résultats. Quand il y a coïncidence de ces deux affections, il est donc permis, au lieu de se borner au broiement du calcul par la lithotritie, de recourir à la taille, qui constitue, elle aussi, une opération dépourvue de gravité et qui, dans certains cas, permet d'aborder la prostate et de la modifier. Comme exemple, l'orateur cite un malade lithotritié par lui sept fois en cinq ans, à qui il a pratiqué l'excision d'une partie de la prostate et qui depuis lors a expulsé des graviers à la suite de coliques néphrétiques, sans en garder dans la vessie.

Cystostomie sus-pubienne.

M. Poncet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, fait une communication sur les résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne pour accidents urinaires d'origine prostatique. L'opération qu'il a proposée, il y a quatre ans, sous le nom de « cystotomie sus-pubienne », a pour but de combattre les accidents urinaires d'origine prostatique et d'assurer la fonction par un canal artificiel placé au-dessus du pubis. Elle trouve ses indications dans la rétention d'urine lorsque le cathétérisme est impossible, lorsqu'il est devenu laborieux, douloureux, lorsqu'il est nécessaire de le pratiquer un grand nombre de fois pour soulager le malade. Enfin la cystostomie doit toujours être préférée à la sonde à demeure. Ses indications sont non moins nettes dans les cystites douloureuses, dans les accidents d'empoisonnement urinaire, etc. En s'appuyant sur plus de soixante cystostomies pratiquées soit par ses élèves, soit par lui, il divise ses opérés en trois catégories au point de vue fonctionnel : 1° Ceux chez lesquels la continence vésicale est parfaite. Le nouveau canal ne laisse passer aucune goutte d'urine en dehors du sondage ; 2° Les malades dont la vessie ne peut contenir une certaine quantité d'urine, au delà de laquelle l'incontinence se produit ; 3° Enfin les opérés chez lesquels la plus grande quantité des urines s'écoule au dehors. Ces deux dernières catégories de malades doivent donc porter un urinal. Quelle que soit, du reste, la perfection ou l'imperfection de la nouvelle fonction, un fait n'en reste pas moins démontré : c'est la puissance de la cystostomie sus-pubienne pour triompher d'accidents prostatiques si souvent mortels.

M. Etienne Rollet (Lyon). — J'ai pratiqué 5 fois la cystostomie sus-pubienne au mois de juillet 1892 ; j'ai eu des nouvelles de ces opérés il y a quelques jours, ils sont tous en parfaite santé, l'un d'eux est âgé de 81 ans. Cette opération est des plus simples et elle donne d'excellents résultats dans les cystites douloureuses et l'infection urinaire. Chez deux prostatiques, la température atteignait 40°, l'infection était très grave malgré des lavages antiseptiques répétés ; c'est grâce à la cystostomie que ces individus sont vivants à l'heure actuelle.

M. Desnos. — L'opération de la cystostomie sus-pubienne rend les plus grands services, et il faut être reconnaissant à M. Poncet d'en avoir montré les avantages. Cependant il ne faut pas faire trop bon marché du cathétérisme. Le cathétérisme difficile et surtout impossible est une rareté, et dans ces cas la taille sus-pubienne est tout à fait indiquée. Quant au cathétérisme facile, il rend les plus grands services si les prostatiques s'imposent l'obligation d'observer les précautions antiseptiques suffisantes, ce qu'on peut obtenir chez la plupart des malades, et chez beaucoup d'entre eux une évacuation régulière procure des améliorations telles, qu'elle assure une santé apparente parfaite et même la guérison. Aussi, en pareil cas, la cystostomie doit-elle être considérée comme absolument exceptionnelle. Cette opération ne met pas à l'abri de l'infection et un malade dont la vessie était aseptique au moment où je l'ai opéré, s'est infecté et a succombé en quelques mois avec des accidents d'infection urinaire généralisée. Quant à la ponction hypogastrique, c'est une excellente ressource qu'il ne faut pas perdre de vue.

Epididymites syphilitiques.

M. Rollet (Lyon) lit un travail sur les épididymites syphilitiques. M. Dron, de Lyon, a montré en 1863 que la lésion isolée de l'épididyme est un accident de la période secondaire de la syphilis assez fréquent, apparaissant en moyenne trois mois et demi après le chancre. Aujourd'hui, tout au moins en France, tous les cliniciens admettent l'existence de l'épididymite secondaire. Cette affection est tantôt aiguë, tantôt chronique d'emblée et par conséquent provoque ou ne provoque pas de douleurs. Il s'agit d'une lésion limitée, dans la généralité des cas, à la tête de l'épididyme. La tumeur épididymaire, souvent bilatérale, est comparable au volume et à la forme d'une noix, d'une olive, d'une noisette ou d'une pilule. Fait très important à noter, cette tumeur peut être détachée du testicule ; sa consistance est ferme et mamelonnée.

Il s'agit très probablement d'infiltrations syphilitiques résolutives : en l'absence d'autopsie, on ne peut qu'émettre cette hypothèse très vraisemblable. Le traitement par le mercure et l'iodure de potassium abrège la durée de l'épididymite secondaire, sans toutefois exercer sur elle une action curative aussi prompte et aussi décisive que sur beaucoup d'autres lésions syphilitiques. Tous les auteurs classiques divisent à l'heure actuelle les manifestations de la syphilis sur les glandes génitales en épididymite secondaire et orchite scléro-gommeuse tertiaire. Nous pensons, en raison d'un fait que nous venons d'observer, que si le sarcocèle épididymo-testiculaire est la modalité la plus fréquente de la syphilis tertiaire, l'épididymite tertiaire, c'est-à-dire le syphilome localisé à l'épididyme, n'en existe pas moins. Si nous rapprochons de notre observation les signes notés dans les cas publiés antérieurement, mais dans lesquels le tertiarisme des malades n'est pas absolument démontré, nous voyons que le syphilome tertiaire de l'épididyme présente les caractères suivants :

lésion unilatérale, parfois envahissant tout l'épididyme et provoquant des douleurs. Le traitement ioduré ou mixte amène la résolution rapide du syphilome scléro-gommeux. Les lésions syphilitiques tertiaires concomitantes ou antérieures mettront le clinicien sur la voie du diagnostic. Les symptômes de cette épididymite tertiaire se rapprochent de ceux de l'épididymite blennorrhagique ou tuberculeuse. Le signe diagnostique qui semble le plus important est la constatation des adhérences du testicule et de l'épididyme qui n'existent pas dans les formes syphilitiques. Ainsi la syphilis tertiaire peut atteindre isolément l'épididyme; cette épididymite tertiaire s'éloigne tellement du type clinique habituel du testicule syphilitique que nous n'hésitons pas à en faire une forme spéciale; elle a d'ailleurs une grande importance soit au point de vue du diagnostic, soit sous le rapport du pronostic et du traitement. Il y a donc lieu d'adopter une nouvelle classification et de réserver à l'épididymite syphilitique tertiaire une place et une description à part, ainsi qu'il est fait pour l'épididymite secondaire longtemps méconnue.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séances des 6, 7 *et* 8 *avril* 1893.

Présidence de M. Lailler.

Abcès canaliculaire du raphé médian, du pénis et du scrotum.

MM. Balzer et **Souplet** rapportent l'observation d'un homme de 26 ans portant, depuis trois ans, un petit cordon dur et rouge à la face inférieure de la verge et ayant, depuis huit jours, un abcès à la partie inféro-postérieure des bourses; à la région périnéale, on constatait à la palpation profonde une sorte de canal, du volume d'une plume d'oie, à parois dures, rappelant la consistance du canal déférent enflammé, se prolongeant jusqu'au voisinage du rectum; le pénis présentait en outre un canal analogue au précédent, s'étendant jusqu'à l'extrémité du fourreau de la verge et offrant des irrégularités lui donnant l'aspect d'un chapelet à petites bosselures; il y avait trois bosselures sur les bourses et un certain nombre sur la verge; après incision, on constate que tous ces abcès communiquent entre eux. Ils ont observé des lésions semblables, mais moins développées, dans un autre cas. Ces lésions n'appartiennent pas à la lymphangite, car les troncs lymphatiques du scrotum et du pénis étaient indemnes; mais leur pathogénie reste obscure.

Evolution, pathogénie et traitement du clou de Biskra.

M. Moty. — Le clou de Biskra se montre surtout dans les saisons chaudes et sèches. Il suit dans son développement une marche centripète, les premiers clous se produisant à la périphérie et les autres en des points plus centraux; il s'accompagne habituellement d'un engorgement prononcé des ganglions lymphatiques correspondant à la région malade; ces deux faits montrent que les lymphatiques jouent un rôle important dans le transport à distance de l'agent pathogène. Les plaies granuleuses ne se transforment pas en clous de Biskra lorsqu'on les inocule avec les produits de sécrétion de cette affection. Les inoculations sur la peau saine avec la sérosité de jeunes clous, avec les croûtes ou avec les cultures échouent souvent : il y a des conditions étiologiques encore inconnues. Les meilleurs traitements pour les clous jeunes à croûte encore mince sont les applications de solution de sublimé au millième et celles d'emplâtre de Vigo; pour les clous anciens, l'emploi de ces modes de traitement doit être précédé de l'ablation des croûtes et de l'application, pendant deux jours, de poudre de calomel et de liqueur de Labarraque.

Mycosis fongoïde.

M. Hallopeau présente pour la deuxième fois un malade atteint de mycosis fongoïde d'emblée (voir *Mercredi médical*, décembre 1892, p. 600) avec dénudation du squelette. La lésion a une zone d'envahissement constituée par un bourrelet caractéristique qui s'étend excentriquement en même temps qu'il se détruit partiellement dans sa partie interne; il est remarquable par la régularité de sa surface convexe, la netteté avec laquelle il se détache des parties voisines et sa tendance à se renverser en dehors; siégeant sur la moitié gauche de la tête, il a envahi et partiellement détruit l'oreille; il menace l'œil; la résection partielle en a momentanément enrayé les progrès, mais il s'est depuis lors reconstitué et a repris sa marche envahissante; la surface ulcérée qu'il circonscrit offre une apparente analogie avec une membrane de bourgeons charnus; elle en diffère par la production incessante de nouvelles plaques de sphacèle et la présence de saillies miliaires, isolées ou conglomérées; *ces saillies miliaires, rondes, translucides et de consistance ferme, constituent les nodules élémentaires de la néoplasie*; *ils sont comparables aux granulations miliaires de la tuberculose*; les inoculations aux animaux ont donné des résultats négatifs.

Pelade et vitiligo.

M. Dubreuilh communique l'observation d'un homme de 33 ans, atteint de pelade sans troubles nerveux, ayant débuté par plaques isolées, puis ayant envahi la totalité du cuir chevelu, qui n'était plus recouvert que d'un fin duvet; les sourcils, puis les cils, enfin les poils du pubis tombèrent et il se développa des plaques de vitiligo.

M. Morel-Lavallée a observé un cas de pelade du cuir chevelu dans lequel des touffes de poils de la barbe prirent la coloration blanche du vitiligo.

M. Barthélemy pense que la présence du vitiligo et de la pelade est une simple coïncidence, sans relation étiologique entre les deux affections.

M. Mathieu ne croit pas qu'il s'agisse en pareil cas d'une pelade surajoutée au vitiligo, mais bien que le vitiligo cause la pelade : il a observé chez un sujet atteint depuis longtemps de vitiligo la chute des poils par aires séparées et arrondies, sur lesquelles les cheveux repoussent en petit nombre, blancs et fins; le cuir chevelu a fini par se dénuder à peu près complètement par suite de la confluence des plaques peladiques, et la peau à ce niveau présente une coloration moins prononcée que sur les parties avoisinantes.

M. Barthélemy pense qu'il y a seulement superposition au vitiligo de la pelade, dont le développement est peut-être favorisé par le terrain vitiligineux, mais dont la marche reste ce qu'elle serait sans le vitiligo.

Alopécies atrophiques.

M. Dubreuilh rapporte les observations de quatre femmes atteintes d'alopécie atrophique, affection qui n'avait été jusqu'ici observée que chez l'homme. L'alopécie s'est produite dans tous les cas sous forme de plaques blanches, nacrées, glabres, d'aspect cicatriciel, accompagnée dans deux cas uniquement d'une légère rougeur entourant les poils de la bordure des plaques, et dans deux cas une rougeur d'intensité variable de toute la plaque alopécique, sans pustules, ni suintement, ni croûtes. Au point de vue histologique, les lésions se rapprochent beaucoup de celles du lupus érythémateux. L'ichthyol en pommade a semblé enrayer la marche de la maladie. Cette affection, décrite sous les noms de pseudo-pelade (Brocq), de sycosis lupoïde, d'ulerythème sycosiforme (Unna), ne mérite aucune de ces dénominations; comme désignation d'attente, on peut l'appeler alopécie cicatricielle innominée, ou alopécie atrophique.

M. Besnier. — A titre provisoire, je désigne ces alopécies sous le nom d'alopécies innominées, cicatricielles ou pseudo-cicatricielles. Je ferai remarquer qu'il y a dans la pelade vraie des alopécies simulant ces alopécies cicatricielles, mais en différant par la guérison possible et pouvant en être distinguées, à l'examen biopsique, par la persistance du système pilo-sébacé. Quant au traitement des alopécies cicatricielles, je pense qu'il y a le plus grand intérêt à limiter la lésion par l'épilation qui devra enlever tous les poils persistants sur les plaques et tous ceux qui les entourent dans une étendue de 4 à 5 millimètres.

Syphilide pigmentaire et alopécie.

M. Haslund rapporte la fréquence de la syphilis pigmen-

taire, qu'il a rencontrée chez 65 0/0 des femmes atteintes de syphilis secondaire, en Danemark.

Il signale spécialement une alopécie (alopecia leucodermica) sous forme de petites taches qui l'accompagne fréquemment.

M. Besnier a remarqué également l'alopécie concomitante à la syphilide pigmentaire.

Collodion iodé dans le traitement des teignes.

M. Butte a obtenu de bons résultats de l'application du collodion iodé dans les formes achromateuses de la pelade à plaques peu nombreuses, et surtout dans la teigne tondante.

Favus de l'homme.

M. Bodin a constaté, en étudiant au moyen des cultures dix-neuf cas de favus, la présence de sept espèces différentes de champignon. En présence de cette multiplicité des espèces de favus, comparée au petit nombre relatif des cas de cette affection, on est amené à se demander si ces parasites n'existent pas dans la nature à l'état indépendant, si leur inoculation à l'homme, en dehors des cas de contagion, n'est pas accidentelle.

Favus de l'homme, de la poule et du chien.

M. Sabrazès a isolé, dans dix-sept cas de favus humain, un seul et même champignon pathogène qui s'inocule facilement à la femme en formant des godets; ce dernier résultat est obtenu même après un passage sur la souris et sans que les caractères du parasite soient notablement modifiés.

Les godets fournissent des cultures cinq mois encore après leur ablation; leurs spores sont plus durables que celles des milieux artificiels, fait intéressant au point de vue prophylactique. Elles ne résistent pas à la température de 70°. Sur l'homme, l'inoculation est parfois abortive et n'aboutit qu'à un développement filamenteux du champignon dans l'interstice des lamelles cornées.

Sur le lapin, sur la poule (crête), on obtient des godets superficiels; sur le chien, l'inoculation échoue.

Ce champignon est le même que celui de Kral (de Prague), de Mibelli (de Cagliari), de Plaut (de Leipzig). Il faut lui conserver le nom d'Achorion Schœnleinii.

Il ne se développe pas, en hiver, à la température de la chambre, au-dessous de 13°. L'odeur de souris n'est pas perçue au niveau des godets d'inoculation; elle est très contingente et sans signification diagnostique dans les cultures.

Le parasite pénètre parfois sous la forme de faisceaux filamenteux denses et droits jusqu'au delà de la membrane basale, dans la région des vaisseaux papillaires. L'épiderme se mortifie par un processus de nécrose de coagulation. Les fines granulations qu'on y trouve ne sont pas des microcoques, mais simplement des débris de désintégration cellulaire : le godet est presque toujours une culture pure.

La *teigne des poules* est un favus; l'inoculation des cultures à la poule, l'examen microscopique des coupes de ces lésions et surtout l'étude des godets à évolution lente obtenus sur l'oreille de la souris, le prouvent péremptoirement.

L'inoculation à l'homme n'a donné que des plaques pseudo-trychophytiques : dans les squames, on retrouve le parasite filamenteux et enchevêtré.

Ce champignon pousse à la température de 13° assez rapidement et se différencie du précédent sur tous les milieux. C'est un bactridium.

Il est distinct aussi du champignon du *favus du chien* qui s'inocule au chien en produisant des godets confluents; il tue les souris en creusant la tête de godets serpigineux. Huit inoculations à la peau humaine ont été suivies d'érythème favique; une seule, après passage sur la souris, a produit un placard de godets typiques. Les rétrocultures des lésions de la souris et de ce dernier godet humain ont reproduit le champignon originel identique à lui-même dans tous ces cas, différent sur tous les milieux de l'Achorion Schœnleinii et de l'epidermophyton gallinæ. Au point de vue botanique, c'est un oospora qu'il y aurait lieu de distinguer de l'Achorion Schœnleinii.

Pseudo-tuberculoses faviques expérimentales.

M. Sabrazès. — L'achorion Schœnleinii, dans le godet favique, envoie, dans certains cas, des filaments mycéliens jusqu'au voisinage des vaisseaux de la région papillaire; ne peut-il se généraliser ? Il n'y a pas, chez l'homme, d'observation bien certaine de lésions faviques extra-cutanées. Bien que chez la souris le favus détermine des lésions très graves et très profondes, on n'a jamais cependant noté de dissémination dans les viscères thoraciques et abdominaux.

Des godets des cultures sporulées absorbées par voie digestive n'ont jamais, chez la souris, amené de favus intestinal.

Mais les injections intra-veineuses et intra-péritonéales de semblables cultures ont été suivies, chez le lapin, de pseudo-tuberculose favique du poumon et du péritoine.

Critique anatomique des kératonoses

(*Psoriasis, pityriasis rubra pilaris, angio-kératome, ichthyose, verrue, etc.*)

M. Ch. Audry. — L'augmentation d'éléidine est un phénomène qui accompagne constamment l'hyperkératinisation quelles qu'en soient l'origine et la nature. Il est probable que la persistance des noyaux de la couche cornée hypertrophiée doit être considérée comme l'indice d'un processus de kératinisation active secondaire à des influences parasitaires certaines, probables ou possibles. On ne la retrouve pas, en effet dans les hyperkératoses nettement vasculaires (angio-kératome) ou nerveuses (papillome corné neurotique). Il est à noter qu'on ne la retrouve pas ou qu'on la retrouve mal dans les verrues vulgaires, parfois même dans l'eczéma séborrhéique. On ne peut pas considérer la persistance des noyaux dans la couche cornée comme un signe exclusif des parakératoses.

La lésion initiale du psoriasis est constituée ou se traduit par la disparition ou la diminution de l'éléidine; elle nous apparaît comme le résultat d'une épidermose vraie, *épidermidose kératolysante.* C'est seulement après l'installation des phénomènes inflammatoires secondaires qu'on peut regarder le psoriasis comme un type de parakératose au sens de Unna. Au début, du reste, il répond bien à la notion pure d'Auspitz.

Le pityriasis rubra pilaire ne peut pas être rangé à côté du psoriasis. Il en serait plutôt l'opposé. Il est dû à un processus d'hyperkératose franche probablement secondaire à une inflammation dermo-papillaire primitive : c'est une *dermite hyperkératinisante*; ce n'est pas une parakératose.

Il n'est pas certain que la diminution de l'éléidine soit un phénomène constant des parakératoses (on peut la trouver normale ou exagérée dans l'eczéma séborrhéique).

L'ichthyose congénitale et familiale du type vulgaire se distingue nettement de toutes les lésions précédentes par l'absence d'indices inflammatoires quelconques, et d'anomalie vasculaire, par l'amincissement du corps muqueux, l'absence de nucléation et d'adhérence dans les couches hyperkératinisées. Il y a lieu de se demander si l'on ne doit pas faire jouer un grand rôle à l'atrophie des sébacées. Dans son ensemble elle constitue une lésion paradoxale où l'augmentation de l'éléidine et une hyperkératinisation intense se greffent sur un tégument atrophique. L'ichthyose n'est nullement identique au papillome corné neurotique.

Epithélioma consécutif à l'eczéma solaire.

M. J. Hutchinson présente un malade atteint d'épithélioma à foyers multiples occupant presque tout le côté gauche de la face, sur lequel on voit de nombreuses cicatrices d'interventions chirurgicales; malgré les récidives locales incessantes, la marche de la maladie est bénigne, ce qui tient à l'origine sébacée de cette affection.

M. Besnier. — Dans les cas de ce genre, l'ablation par l'instrument tranchant est insuffisante, les cautérisations thermiques et chimiques peuvent seules donner des résultats satisfaisants.

M. Lailler croit que le caustique le plus utile dans le cas actuel serait la pâte de Vienne; il pense qu'on doit détruire les lésions dès qu'elles se reproduisent.

M. Dubreuilh a vu deux frères présenter des lésions analogues sur la face, les mains et les poignets; l'un d'eux a été atteint d'épithélioma du larynx.

Psoriasis des ongles.

M. Meneau a observé 8 cas de psoriasis unguéal primitif ou secondaire : il se caractérise par des altérations profondes

des ongles sans sécrétion et sans suppuration et occupe un grand nombre d'ongles simultanément.

Dermatite scarlatiniforme.

MM. Hallopeau et **Brodier** présentent une femme atteinte de dermatite scarlatiniforme survenue sans cause appréciable, mais qui avait eu antérieurement un érythème hydrargyrique : la prédisposition individuelle joue donc un rôle essentiel dans la production de cette lésion, qui s'est caractérisée par la production de nombreuses pétéchies et d'excoriations avec croûtelles au niveau des plis articulaires, par l'intensité du prurit qui persiste encore trois semaines après le début et malgré la régression de l'éruption, par le développement d'une endo-péricardite.

Éruption arsenicale.

M. Cathelineau communique l'observation d'un homme de 45 ans présentant sur les faces antérieure et latérales du tronc, le dos, les avant-bras et les cuisses une éruption de pustules de dimensions inégales, à base rouge un peu infiltrée, la plupart vidées et remplacées par des croûtelles jaunâtres, impétiginiformes ; le malade n'avait absorbé aucun médicament, mais son urine renfermait de l'arsenic, ce qui rend vraisemblable l'idée que l'éruption, limitée aux parties du corps recouvertes par la chemise, était de nature arsenicale et provoquée par une cause externe.

Le gallanol dans le psoriaris et l'eczéma chronique.

MM. Cazeneuve et **Rollet** ont employé le gallanol, anilide de l'acide gallique, substance soluble dans l'eau bouillante, dans l'alcool et dans l'éther, dans le psoriasis et l'eczéma chronique et en ont observé de bons résultats ; ils se sont servis de badigeonnages avec un mélange de gallanol et de chloroforme ou d'alcool, qu'on recouvre d'une couche de trausaticine.

Lèpre et syringomyélie.

M. Du Castel présente un malade, ayant vécu aux Indes, qui est atteint de lèpre avec macules circinées et anesthésiques ; il présente en même temps une femme qui n'a jamais quitté la France et qui présente un érythème papulo-tuberculeux et quelques éléments circinés avec anesthésie au niveau des lésions cutanées et dissociation de la sensibilité sur la peau saine ; en outre, elle a eu, dans les quatre membres, de l'engourdissement, des douleurs articulaires et a présenté à leur niveau des bulles ; il s'agit dans ce cas, soit d'une syringomyélie, soit d'une névrite périphérique, avec lésions cutanées rappelant celles de la lèpre, mais il n'est pas démontré qu'il s'agisse de lèpre.

M. Besnier insiste sur la nécessité de la preuve bactériologique.

MM. Eraud et **Hugounenq** communiquent des recherches bactériologiques et chimiques sur la pathogénie de l'orchite blennorrhagique (Voir *Mercredi médical*, 8 mars 1893, p. 112).

MM. Dubreuilh et **Auché** présentent chacun un cas d'angiokératome.

M. Mendel présente une petite fille de 15 mois atteinte d'asphyxie symétrique des extrémités.

M. Aubert communique des recherches sur l'action locale des alcaloïdes sur la sécrétion sudorale.

M. Dubreuilh communique des recherches sur l'anatomie pathologique de la gale.

M. Cathelineau communique des recherches sur l'action drastique de l'écorce de Mururé.

M. Archambault adresse une observation d'éléphantiasis congénitale.

G. Thibierge.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Deuxième session, avril 1893.

Rigidité anatomique et pathologique du col utérin.

M. Wallich (Paris) fait une communication sur la rigidité anatomique du col, en opposition avec celle dite pathologique. Si la nature de cette dernière est bien connue, il n'en est pas de même de la première. C'est au microscope qu'il a demandé l'explication de ce phénomène. Les études histologiques auxquelles s'est livré M. Wallich lui ont montré que ces cols rigides étaient œdémateux, infiltrés de sang, mais que les fibres musculaires ne présentaient aucune lésion spéciale. Il montre deux coupes. D'autre part, sur 17,000 accouchements qui ont eu lieu dans le service de M. Pinard, de 1883 à 1893, M. Wallich n'a pu relever que trois cas de rigidité anatomique du col et encore ne sont-ils pas très nets.

Pour lui, ce que l'on appelle la rigidité anatomique du col n'existe pas en tant que lésion spéciale de cet organe. Ce que l'on désigne sous ce nom n'est, comme l'enseigne M. Pinard, qu'un état secondaire qui tient à une anomalie des agents dilatateurs et, ce qui le prouve, c'est que c'est surtout dans les cas où il y a eu rupture prématurée de la poche des eaux, irrégularité des contractions, etc., que l'on a rencontré la rigidité anatomique.

M. Maygrier (Paris) demande à M. Wallich s'il nie cliniquement, comme il le fait anatomiquement, la rigidité anatomique du col. Pour lui, c'est là un fait indiscutable : il peut se produire du côté du col un état particulier analogue à ce que l'on trouve du côté du périnée chez les vieilles primipares. Il peut y avoir résistance du col, comme il y a résistance du périnée. Il cite un cas où il n'y eut pas de rupture prématurée des membranes et où il y eut cependant rigidité du col. La rigidité est un fait rare sans doute, mais dont on ne peut nier l'existence.

M. Porak (Paris) est de l'avis de M. Maygrier. Il connaît au moins deux cas où le manque de dilatation ne pouvait être attribué à une autre cause qu'à la rigidité du col.

M. Guéniot (Paris) a vu des cas de rigidité du col et a été frappé de voir comme la rigidité a disparu rapidement après une incision très légère du bord rigide. Dans ces cas, ce n'est pas la force dilatatrice qui manque, mais c'est la rigidité du col qui annule les forces des agents dilatateurs.

M. Pinard (Paris) s'est toujours trouvé très embarrassé pour expliquer aux élèves ce que c'était que la rigidité anatomique du col. Et la communication de M. Wallich vient le satisfaire en tout point et combler une lacune qui existait dans son esprit. Pour lui, la rigidité anatomique du col n'existe pas : ce n'est qu'un état secondaire, dont on doit chercher la cause dans tout ce qui aura pu amener une anomalie dans le travail normal.

M. Gaulard (Lille) pense qu'il faut limiter la question. Il est incontestable que chez les primipares âgées, après 35 ans par exemple, les accouchements sont plus difficiles. Pourquoi? Il y a des causes diverses, mais le col est certainement une cause de difficulté. Le biceps ne se contracte pas de la même manière chez un jeune homme et chez un vieillard. Or ce qui a lieu du côté des fibres de la vie de relation, pourquoi cela n'existerait-il pas du côté des fibres lisses? On ne fait pas de la gymnastique à 50 ans, comme on la fait à 20 ans. Le col d'une femme de 40 ans se comportera autrement que celui d'une femme de 25 ans. Et c'est là la vraie lésion. Aussi, pour être plus dans le vrai, devrait-on dire rigidité physiologique et non rigidité anatomique du col.

M. Guéniot (Paris) a fait une communication sur les indurations pathologiques du col utérin au point de vue de l'accouchement. Il préconise les incisions, les débridements multiples lorsque la lésion envahit tout le col, de préférence à l'opération césarienne. On peut inciser en plein tissu morbide. Il faut procéder graduellement, à petits coups; il faut de préférence faire porter les incisions sur les portions saillantes, sur les arêtes et multiplier les entailles. Un ou deux doigts introduits dans le col le distendent et mettent ainsi en relief les portions indurées, plus résistantes, sur lesquelles doit

porter le bistouri. Il est reconnu, en effet, que dans ces parties, il n'y a pas de vaisseaux. On se sert, suivant le cas, des ciseaux ou du bistouri. Si la lésion est limitée à l'orifice interne, on emploiera le bistouri boutonné.

M. Pinard a vu deux cas d'incision du col pour induration cancéreuse, alors qu'il était interne de M. Tarnier. Dans ces deux cas, l'application du forceps avait suivi les incisions. Les deux malades succombèrent. Au contraire, deux fois il a fait l'opération césarienne et les deux fois les femmes ont survécu à l'amputation utéro-ovarique.

M. Guéniot, quoiqu'il l'ait faite avec succès pour la mère et l'enfant, n'est pas pour l'opération césarienne si l'enfant est mort. A l'époque où se sont passés les faits de M. Tarnier, l'antisepsie n'était pas connue et puis on ne faisait pas les incisions telles que les fait et le conseille M. Guéniot : ce n'est pas deux incisions qu'il faut, mais des incisions multiples, et quand la tête vient appuyer sur l'orifice il faut multiplier les petites incisions sur tout le pourtour. M. Guéniot a obtenu ainsi des succès un peu à sa surprise et c'est pour cela qu'il a cru devoir en parler. Les incisions semblent aujourd'hui d'une bénignité relative. On les fait suivre d'un tamponnement à la gaze iodoformée, et les femmes qu'il a ainsi opérées ne paraissent pas avoir eu leurs jours raccourcis.

M. Stieber (Toulouse) fait une communication sur un cas de rigidité du col chez une parturiente syphilitique, rupture prématurée des membranes, enfant mort pendant le travail, septicémie aiguë rapidement suivie de mort. Lors de l'entrée de cette malade à la clinique d'accouchement de Toulouse, les membranes sont rompues, le col, au toucher, est long de un cent., dur, sclérosé. On arrive sur un segment inférieur rigide, tendu ; ce toucher n'est pas douloureux. On soumet la malade au traitement antisyphilitique. Le 24 août, la malade ressent des douleurs assez fortes, puis elles cessent, mais reparaissent bientôt et cet état dure jusqu'au 28.

A partir du 3e jour, c'est-à-dire du 27 août, le travail devient si douloureux qu'il nécessite l'emploi du chloroforme. Au 4e jour (le 28), la dilatation n'est que de 4 cent., le col est toujours très rigide ; la température s'élève à 38°.

Des phénomènes de surmenage apparaissent et l'enfant ne tarde pas à succomber. Le lendemain le liquide prend déjà un peu d'odeur, sans que, cependant, il y ait fétidité absolue. M. Stieber, chef de clinique de M. Crouzat, prie alors le professeur de la Maternité de lui donner son avis. Ils discutent si l'opération césarienne ne serait pas indiquée par cette rigidité du col qui semble invincible et ce commencement d'infection aiguë. Enfin le 5e jour se produit l'accouchement spontané qui est assez rapide. L'enfant naît mort et macéré. On prend toutes les précautions antiseptiques, mais, malgré tout, malgré des injections intra-utérines, la température continue à s'élever et au 3e jour la mère meurt de septicémie aiguë. A l'examen microscopique on trouve le col très déchiré, surtout la lèvre antérieure qui est déchiquetée.

M. Pinard constate qu'il y a grand intérêt à publier cette observation. En effet, il a eu un cas analogue dans son service. La dilatation arrivée comme 1 franc, le travail s'est arrêtée. A l'examen, il constate la présence sur la lèvre antérieure d'un chancre induré qu'il montre aux élèves au moyen de deux valves. Depuis 10 heures du matin, la dilatation reste stationnaire, sans faire aucun progrès malgré des contractions énergiques. M. Pinard procède alors à la dilatation forcée, mais non avec un ballon : il emploie le procédé de M. Tarnier. Le forceps est employé comme un ballon, mais alors on est sûr de ne pas avoir de procidences, car la tête n'est pas refoulée par le ballon qui est remplacé par la tête elle-même.

M. Maygrier fait remarquer la difficulté croissante qu'éprouve le col à se dilater de plus en plus dans ces cas de rigidité du col.

M. Guéniot fait remarquer que cette sclérose syphilitique ne se limite pas au col seulement, mais gagne le segment inférieur.

M. Crouzat dit que l'introduction de tout ballon dilatateur dans l'observation qu'il rapporte était impossible, puisque le col ne laissait pas passer le doigt.

Curettage utérin dans les suites de couches.

M. Rivière (Bordeaux) a fait 16 fois le curettage, 8 fois après avortement, et 8 fois après accouchement. Il a eu 3 insuccès : le premier chez une éclamptique, le second dans un cas de perforation par manœuvre abortive criminelle, et le troisième dans un cas d'intervention au quatorzième jour.

Les indications opératoires ont été, dans 3 cas d'avortement, l'hémorrhagie, et, dans les treize autres cas, la septicémie. Dans les cas d'hémorrhagie après avortement, l'orateur recourt de suite à la curette sans tamponnement préalable. Dans les cas de septicémie, si les injections utérines intermittentes ne donnent aucun bénéfice et si l'irrigation continue échoue également, il faut curetter. Après curettage, pas de tampon iodoformé intra-utérin, mais abandon dans la cavité utérine de crayons iodoformés.

Le curettage fait trop tardivement ne sert à rien ; il expose aux perforations dans les cas d'utérus puerpéral ramolli et malade ; il faut donc être prudent, ne pas rechercher le cri utérin, et se servir plutôt d'une curette tranchante que d'une curette mousse. L'anesthésie chloroformique est inutile.

Comme phénomène consécutif au curettage, il faut signaler l'hyperthermie avec frisson le soir de l'opération, peut-être par inoculation au niveau de toutes les parties cruentées : aussi la cautérisation est-elle très utile.

M. Gaulard (Lille). — Le curettage n'est pas si simple qu'on pourrait le croire. Tardif, il est inefficace ; précoce, il est souvent inutile : souvent il est dangereux, exposant aux perforations. On dit bien qu'il n'y a jamais d'hémorrhagie avec le curettage. Cependant, pas plus tard qu'hier matin, il se peut que j'aie ouvert un gros vaisseau avec le tranchant de ma curette, car il s'est écoulé un jet de sang gros comme le doigt et je n'ai eu que le temps de recourir au tamponnement. On se trouverait bien, peut-être, de donner préalablement de l'ergot de seigle.

M. Budin (Paris). — Avant de recourir à une intervention quelconque dans la cavité de l'utérus, je pratique l'exploration interne de cet organe. D'ailleurs, s'il reste un corps étranger dans la matrice, s'il y a une altération de la muqueuse, après l'avortement ou l'accouchement, on peut, dans la très grande majorité des cas, pénétrer plus ou moins facilement avec un ou deux doigts. Or, si quelque chose reste dans l'utérus, il faut absolument l'enlever et procéder au nettoyage de la cavité utérine ; ce qui peut se faire de plusieurs manières.

Contrairement à M. Rivière, je pense que l'anesthésie peut rendre de très grands services, car alors on peut mettre la main gauche sur l'utérus et abaisser cet organe pendant qu'un doigt ou deux de la main droite pénètrent dans sa cavité et l'explorent.

Si une portion du placenta est restée adhérente, le doigt, appuyant sur la paroi utérine soutenue par la main extérieure, la détache et l'entraîne. Il peut enlever aussi des portions de caduque et ce qu'on a décrit sous le nom de polypes placentaires.

Lorsqu'il y a infection de la caduque, le doigt ramène des portions altérées et épaissies, mais pour nettoyer complètement il faut employer un écouvillon trempé dans une solution de sublimé.

Enfin, dans quelques cas très rares, les portions placentaires sont tellement adhérentes qu'il est impossible de les détacher ainsi. Dans ce cas seulement, on a recours à la curette qui, appliquée sur la pulpe de l'index, ira opérer exactement au lieu voulu, et on constate parfois que la curette même guidée par le doigt glisse sur les côtés de la portion adhérente qu'elle n'arrive à détacher qu'avec la plus grande difficulté. Donc, on ne recourra à la curette que très exceptionnellement. Son emploi, comme l'a dit M. Rivière, est généralement suivi d'un grand frisson. Ce frisson est rare, au contraire, quand on a recours simplement au doigt ou à l'écouvillon.

Je n'insisterai pas sur les dangers de perforation : ils sont assez connus, et un compatriote de M. Rivière, M. Audibert, en a rapporté un certain nombre dans sa thèse. Ils s'expliquent si on se souvient qu'en explorant l'utérus après l'avortement, on est parfois surpris de la minceur extrême de ses parois.

En résumé, dans ces cas, ce qu'il faut, c'est faire un dia-

gnostic exact grâce à l'exploration intra-utérine, puis procéder au nettoyage de la cavité, à l'aide de méthodes aussi sûres et aussi inoffensives que possible.

M. Fochier. — Le nettoyage de la cavité utérine, comme l'entend M. Budin, est parfaitement légitime. Par le curettage précoce de l'utérus infecté, que ramenez-vous? Il n'y a pas encore ces végétations de la muqueuse qu'il peut y avoir plus tard bénéfice à retirer. Dans les débuts, les lavages et les topiques sont bien supérieurs à des grattages irrationnels.

M. Charpentier débute par des lavages répétés, mais s'il échoue il curette, et généralement obtient des résultats favorables.

REVUE DES JOURNAUX

Coli-bacille dans un panaris développé au cours d'une fièvre typhoïde (Ueber den Befund des Bacterium coli commune in einem Panaritium bei Typhys abdominalis), par Bernheim (*Centr. f. klin. Med.*, 1893, n° 13, p. 273). — L'auteur rapporte l'histoire d'une femme de 25 ans chez laquelle se développa, dans le cours d'une fièvre, un panaris de l'annulaire droit. L'abcès fut ouvert et le pus ensemencé donna naissance à des cultures pures de coli-bacille.

C'est donc une nouvelle contribution aux propriétés pyogènes du bacille d'Escherich signalées par d'autres auteurs.

Multiplicité des tumeurs de l'utérus (Zur Multiplucitæt malignen Tumoren nebst Bemerkungen zur vaginalen Hysterectomie), par Schœnheimer (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 15, p. 350). — Dans un cas d'hystérectomie vaginale pour cancer du col chez une femme de 34 ans, l'auteur enleva en même temps l'ovaire droit qui se présenta de lui-même dans la plaie après l'ablation de l'utérus. Or, tandis que la tumeur utérine était un carcinome à cellules épithéliales plates, celle de l'ovaire était un kystome papillaire malin. Il y a donc eu dans ce cas formation de deux tumeurs malignes d'espèce différente.

Rupture de l'utérus (Uterusruptur komplicirt durch den Bestand einer Rectovaginalfistel), par Fernwald (*Centr. f. Gyn.*, 1893, n° 13, p. 273). — Il s'agit d'une femme de 24 ans, II-pare, chez laquelle le premier accouchement laissa une fistule recto-vaginale assez large.

Cette fois les douleurs duraient depuis 28 heures et tout faisait prévoir un accouchement naturel lorsque l'apparition brusque, presque à fleur de peau, sous l'ombilic, d'une partie mobile fit soupçonner une rupture de l'utérus. On appliqua le forceps et on fit l'extraction d'un enfant mort. Le placenta ne sortant pas et le collapsus s'accusant de plus en plus, on introduisit la main dans l'utérus et on constata l'existence, au niveau du segment inférieur, d'une rupture de 10 centim. de longueur par laquelle avait passé le placenta. Celui-ci fut alors extrait de la cavité abdominale avec les caillots qui l'entouraient. Drainage à la gaze iodoformée passée en bouton de chemise entre la cavité abdominale et la cavité utérine.

Pendant huit jours l'état restait grave, puis tout se calma après une évacuation alvine spontanée. Quinze jours après, phlébite de la jambe gauche, puis au bout de 10 jours formation d'un abcès du poumon droit avec évacuation spontanée de la collection à travers les bronches. Guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 avril 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Typhus exanthématique.

M. Proust. — L'enquête faite par MM. Napias, Netter et Thoinot a permis d'établir que le premier typhique entré au Dépôt de Paris était un nommé Ghys, venant de Lille.

Le temps écoulé entre son départ de Lille et le début de la maladie à Paris (21 jours) est trop long pour que l'on puisse accepter que Ghys ait contracté sa maladie à Lille. Il semble plus probable d'admettre qu'il a été contagionné dans une de ses étapes ultérieures, à Amiens, par exemple. M. Netter a pu donner cette démonstration après qu'il eut retrouvé à la consultation de l'hôpital Beaujon le premier malade de l'hôpital de Lille. Il s'agissait d'un nommé Cods Juns qui avait été frappé de typhus à Lille le 4 janvier. Or, cet individu avait couché le 23 décembre à l'asile de l'abbé Chabot, à Amiens, où se trouvaient déjà des malades venant de localités situées à l'ouest de cette ville. Il est donc probable que le typhus viendrait de l'ouest et peut-être de ces départements bretons où la maladie est endémique.

Cette hypothèse se trouve confirmée par les résultats de l'enquête qui se poursuit en ce moment dans le département de l'Eure. MM. Netter et Thoinot ont établi que, déjà à la fin de décembre, le typhus existait à Etrépagny et aux environs. Dans cette ville et dans les localités voisines on relève de la fin de décembre au 3 mars 19 typhiques, dont 3 cas inférieurs.

Des nomades ayant passé par Etrepagny ont été reçus à l'hôpital de Gisors, qui renferma du 9 janvier au 11 mars 8 typiques, dont 2 cas intérieurs. Quelques malades venus de la même direction, ont été observés à Pontoise et à Beauvais, puis à Amiens (93 cas, 35 décès). Cette ville à son tour infecta Lille et Paris, qui jusqu'ici a eu 91 cas, dont 38 suivis de décès.

Grâce aux mesures qui ont été prises, il n'y a plus à la prison de Lille un seul cas de typhus; depuis le 20 mars, à Paris il y a eu encore dans ces derniers jours quelques cas nouveaux, mais aucun nouveau foyer n'a été signalé.

Suture nerveuse.

M. Léon Le Fort. — Pour expliquer le mécanisme de la régénérescence des nerfs suturés, M. Laborde invoque la sensibilité récurrente, l'arrêt fonctionnel sur l'influence des traumatismes, les suppléances anatomiques ou l'existence de fibres récurrentes non dégénérées. Or, ces explications ne prouvent pas que le simple contact ait pu ramener la sensibilité.

J'en veux pour preuve le fait suivant : R..., 25 ans, est reçu à la Pitié le 24 octobre 1890. Un an auparavant, section du cubital; la région innervée est insensible au contact, au froid et à la chaleur, atrophie des interosseux et de l'adducteur, griffe cubitale, troubles trophiques. Le traitement électrique ne donne aucun résultat.

Le 9 mai 1891, j'annonce à ma clinique qu'après l'opération la sensibilité reparaîtra immédiatement et qu'elle disparaîtra peu à peu si je n'ai pas la réunion du tissu nerveux sans intermédiaire. Je suture le nerf avec de la soie phéniquée; immédiatement la sensibilité reparaît, mais 10 à 15 jours après se montre un affaiblissement progressif, puis la disparition de la sensibilité. Les troubles trophiques guérissent et restent guéris.

Je ne discute pas les diverses théories émises pour expliquer le rétablissement des fonctions nerveuses après un temps assez long, lorsque le nerf divisé a été avivé et suturé; la plupart des théories proposées peuvent trouver des faits qui les justifient.

Mais ici le fait est autre. Il s'agit d'expliquer comment la sensibilité peut être rétablie *immédiatement, instantanément*, par le seul fait de la mise en contact des bouts du nerf avivé.

Mon opinion est celle-ci : dans ces cas il y a transmission *par simple contact* de l'influx nerveux, mais cette transmission est affaiblie et elle cessera de se faire si la contiguïté immédiate cesse par formation d'une cicatrice fibreuse.

Cette transmission deviendra forte, et elle restera permanente, si à cette contiguïté du premier moment succède *la continuité* par soudure des éléments nerveux des deux bouts du nerf divisé puis suturé.

M. Le Dentu. — On s'est beaucoup occupé du rétablissement rapide de la sensibilité, mais on laisse en général dans l'ombre la disparition rapide des troubles trophiques. Ainsi M. Le Dentu a soigné, deux mois après, une entorse du poignet suivie de névrite du nerf médian et accompagnée de troubles trophiques graves des doigts. M. Le Dentu fit l'élongation du médian; dès le lendemain, l'état des doigts s'améliora, et, en quinze jours, la cicatrisation était achevée; la sensibilité ne s'était d'ailleurs pas rétablie. Le second cas concerne une section du médian au poignet; troubles trophiques plus graves encore que dans le cas précédent; inci-

sion, excision d'une bandelette purement fibreuse (examen histologique), avivement et suture; la sensibilité ne se rétablit pas rapidement, mais les troubles trophiques s'amendèrent dès le lendemain et la guérison était obtenue en trois semaines. Quelle est l'interprétation? La théorie de la conductibilité par simple contact, malgré ses apparences séduisantes, n'est guère probable et, en tout cas, elle n'est pas démontrable. La récurrence, la suppléance anastomotique restant latente jusqu'à l'opération? C'est possible, mais il faut autre chose que fournit l'opération, et ici M. Le Dentu croit volontiers à la dynamogénie, sans rien affirmer cependant, car ses effets sont bien inconstants. Et, au total, la question est loin d'être tranchée. Il faut pour expliquer les faits cliniques existant que les physiologistes nous trouvent des faits nouveaux.

Transfusion nerveuse et neurasthénie.

M. C. Paul conclut d'une série nouvelle d'observations sur ce traitement :

La neurasthénie est un épuisement nerveux.

Elle peut être physiologique à la fin de la vie, lorsque la mort survient dans un grand âge sans maladie; c'est la fin naturelle malheureusement trop rare.

La neurasthénie morbide est produite par un épuisement des forces nerveuses ne permettant plus au système nerveux de se recharger de forces nouvelles suffisantes pour les dépenses journalières de la vie.

La transfusion nerveuse, faite avec une dilution de la substance grise du cerveau et habituellement du cerveau de mouton, provoque la production de nouvelles forces nerveuses. C'est un tonique nerveux par excellence. Le premier bénéfice de cette transfusion est de donner un peu de sommeil, condition nécessaire pour la transformation des forces alimentaires en forces physiologiques.

Ces forces reviennent le plus souvent dans le même ordre. D'abord l'émotilité diminue, les sens se réveillent, l'intelligence se développe. Puis l'appétit revient, les forces physiques augmentent, alors la thérapeutique ordinaire redevient active quand elle n'agissait pas auparavant. Une chose à remarquer c'est l'heureuse influence de la transfusion nerveuse sur la force du cœur. Enfin, quand l'organisme a repris son équilibre, la virilité reparaît comme complément de la guérison.

M. Polaillon lit un rapport sur une observation de **M. Ricard** concernant la réparation d'une perte de substance de la voûte crânienne par la greffe osseuse immédiate (Voir *Mercredi*, 1891, p. 366).

Gastro-entérostomie.

M. Le Bec présente deux malades atteints de rétrécissement pylorique et sur lesquels il a pratiqué, il y a un mois, la gastro-entérostomie. Les résultats fonctionnels sont satisfaisants.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 21 *avril* 1893.

Kystes hématiques des ovaires et intégrité des trompes.

M. Malherbe présente des pièces provenant d'une hystérectomie vaginale par morcellement qu'a pratiquée M. Segond. L'utérus était rempli de petits corps fibreux : les deux ovaires contenaient des kystes pleins de sang noirâtre. Contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire en pareil cas, les trompes étaient normales. La malade peut être actuellement considérée comme guérie.

Opération de fibrome pédiculé de l'utérus chez une femme de 71 ans.

M. Malherbe montre un fibrome pédiculé de l'utérus, du volume d'une tête d'adulte, qu'il a enlevé, avec M. Segond, chez une femme de 71 ans. La malade est complètement remise de son opération. On trouve à la coupe de la tumeur des parties dures, résistantes. S'agit-il de tissu osseux ou de calcification ? C'est ce que démontrera l'examen histologique.

Pseudo-méningite infantile.

M. Bergé relate l'observation d'un enfant qui présentait des manifestations dont l'ensemble fit porter le diagnostic de méningite. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion méningée; les ensemencements du liquide cérébral et des méninges restèrent stériles. Il y avait de l'hépatisation des deux bases pulmonaires.

Glandes latéro-maxillaires de la tortue et des oiseaux.

M. Pilliet apporte des préparations de glandes sous-maxillaires ou plutôt latéro-maxillaires de la tortue · car ces glandes sont situées sur les parties latérales le long de la branche du maxillaire. La même disposition existe chez les oiseaux. Ces glandes sont des glandes en tubes composées : elles ne se développent pas en donnant des bourgeons latéraux, mais conformément au type papillaire.

M. Cornil fait remarquer que ce développement suivant le le type papillaire se retrouve, en pathologie, dans l'épithélioma à cellules cylindriques.

Kyste dermoïde.

M. Pilliet rapporte ensuite l'examen histologique d'un kyste dermoïde de l'ovaire enlevé par M. Broca. Le kyste présentait une papille saillante. On y trouvait les éléments habituels des kystes dermoïdes : les glandes sébacées seules avaient subi la dégénérescence épithéliomateuse. Sans l'examen histologique, l'existence de l'épithélioma eût donc été méconnue.

Pigmentation des prolongements cellulaires dans les odontoïdes des sélaciens.

M. Pilliet termine par une communication sur la pigmentation des prolongements cellulaires dans les odontoïdes des sélaciens. Sur ses préparations, on voit avec la plus grande netteté les prolongements pigmentés des cellules de la dentine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 *avril* 1893.

Présidence de M. Laveran.

Diagnostic du typhus exanthématique.

M. Netter. — Tous nos collègues ont insisté sur les difficultés du diagnostic du typhus et reconnu, même, qu'ils eussent erré plus longtemps encore s'ils n'avaient eu connaissance de l'épidémie du Dépôt. Il y aurait pourtant un intérêt majeur, au point de vue des mesures de préservation surtout, à pouvoir faire ce diagnostic le plus rapidement possible, et bien des morts, dans le personnel hospitalier, auraient été évitées, si on eût su de quoi il s'agissait.

Je ne crois pas devoir insister sur les symptômes du typhus, qui ont été fort bien exposés dans les séances précédentes. Comme signes de diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde, on a signalé le début brusque, la stupeur plus marquée, la constipation, l'absence de météorisme, l'éruption plus abondante, plus généralisée, et à caractère pétéchial, le degré plus élevé de la température, les rémissions insignifiantes, la terminaison rapide, critique, enfin, à l'autopsie, l'absence de lésions intestinales, et le résultat négatif dans la recherche du bacille typhique.

Mais il ne faut pas oublier, à côté des cas nettement caractérisés, l'existence de formes moins tranchées dans lesquelles l'éruption est rare et peut manquer, celle de cas frustes dans lesquels il peut ne pas exister de fièvre. Pour le diagnostic de tous ces cas, on aura utilement recours aux éléments diagnostiques suivants, tirés de l'étiologie, et qui permettent le diagnostic rétrospectif :

1° L'époque de l'épidémie : le typhus est une maladie d'hiver et de printemps;

2° L'âge des malades, sensiblement plus élevé que l'âge moyen des typhoïsants;

3° La condition sociale : si l'on excepte les personnes qui donnent des soins aux malades, le typhus a presque exclusivement frappé des sujets sans domicile;

4° La fréquence de la contagion, si rare, au contraire, dans la fièvre typhoïde;

5° On s'enquerra surtout de l'état des sœurs, des infirmiers, des médecins. Ces personnes sont les meilleurs réactifs du typhus, si l'on peut s'exprimer ainsi. Nous n'avons pas vu de localité tant soit peu envahie où ils n'aient fourni de victimes;

6° On recherchera l'existence antérieure de la fièvre typhoïde chez les sujets atteints. Nous avons, quatre fois au moins, constaté cette particularité, qui a une certaine valeur, étant donnée la rareté des récidives de la dothiénentérie;

7° Sur les bulletins des hôpitaux les cas de typhus se révéleront en général par le court intervalle qui sépare l'entrée de la mort, ou de la sortie.

La mort et la guérison surviennent plus tard dans la fièvre typhoïde;

8° La proportion élevée des décès est enfin un élément important du diagnostic. Dans la population spéciale qui est presque exclusivement touchée en France par l'épidémie actuelle, cette proportion dépasse 30 0/0.

MM. Rendu, Thibierge, Catrin, Richardière insistent à nouveau sur les difficultés du diagnostic du typhus exanthématique.

M. Le Gendre. — J'ai observé trois cas de typhus exanthématique. Un seul a fourni une observation complète avec autopsie et examen bactériologique. Il a présenté les trois particularités suivantes :

1° Formation d'embolies dans les artères fémorale et pulmonaire;

2° Influence nulle des bains tièdes et de la quinine contre l'hypothermie;

3° Présence dans le sang pendant la vie et dans tous les organes après la mort d'un microbe trouvé par M. Beaussenat, et ressemblant, par ses caractères morphologiques, au bacille d'Eberth et au bacterium coli, mais n'ayant pas leurs réactions dans la culture.

Je me contente de signaler la présence de ce microbe et je me garde de le considérer comme pathogène.

M. Comby. — Je rappelle que, dans mon cas, l'usage des bains froids à 20° a été très favorable. Je crois que la balnéation froide est meilleure dans le typhus que la balnéation tiède progressivement refroidie.

M. Hanot. — J'ai observé deux typhiques: l'un est précisément celui de M. Le Gendre qui avait d'abord passé dans mon service et qui était déjà atteint de la maladie lorsqu'il fut amené au Dépôt. Actuellement, j'ai un autre malade atteint depuis trois jours. L'épidémie ne me paraît donc pas éteinte.

Fièvre typhoïde compliquée de diphthérie.

M. Catrin rapporte une observation de diphthérie survenue au cours d'une fièvre typhoïde en voie de décroissance et qui se termina rapidement par la mort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 *avril* 1893.

Présidence de M. Périer

Trachéotomie préventive.

M. Picqué croit que cette trachéotomie a été appliquée dans des occasions où elle n'était pas indiquée, ne l'a pas été dans d'autres où elle aurait rendu de grands services. Il faut y renoncer pour les interventions sur la langue et la réserver aux opérations sur le pharynx, en particulier aux fibromes naso-pharyngiens. L'abandon du tamponnement trachéal par la méthode de Trendelenburg ne doit pas jeter du discrédit sur le tamponnement intra-pharyngé de Kocher; c'est là un moyen hémostatique et antiseptique précieux.

M. Delorme. — J'ai opéré deux fois des fibromes naso-pharyngiens; je n'ai pas fait la trachéotomie préventive, mais utilisé la position de Rose. Je crois la trachéotomie inutile dans ces opérations. Je suis convaincu que les ablations larges des fibromes donnent les meilleurs résultats, et grâce aux appareils prothétiques de M. Martin (Lyon), on peut remédier à toutes les difformités consécutives à l'ablation du maxillaire supérieur.

M. Verneuil. — Je ne suis pas opposé à la trachéotomie préventive dans tous les cas. Je l'admets parfaitement pour les tumeurs du pharynx, mais uniquement dans cette affection. Je lui préfère dans les autres circonstances la ligature préliminaire de la carotide externe et la ligature des deux linguales quand il s'agit de la langue Il me semble qu'on se trompe sur le processus de la pneumonie septique consécutive aux interventions pharyngées; la cause des accidents, c'est la septicémie sus-hyoïdienne. Je ne puis admettre le procédé de Rose. On perd de la sorte une grande quantité de sang. Tous ces moyens ne doivent d'ailleurs être employés qu'exceptionnellement.

M. Schwartz. — J'ai fait 7 fois l'ablation du maxillaire supérieur, sans trachéotomie préventive; 5 fois j'ai lié, au préalable, la carotide externe; j'ai eu une mort de pneumonie septique.

M. Després. — Il faut faire la trachéotomie préventive dans les ablations de la langue si l'on opère au thermocautère; si on emploie l'écraseur elle est inutile. Je suis pour les opérations radicales dans les fibromes naso-pharyngiens des jeunes gens, car sans cela ils récidivent jusqu'à 25 ans.

Luxation ancienne du coude et résection.

M. Tillaux fait un rapport sur une observation de M. Lejars. Un ouvrier, après une chute sur le coude, a une luxation en arrière de cette articulation. M. Lejars le voit cinq mois après et constate une ankylose rectiligne impossible à réduire; pas le moindre mouvement. Incision d'Ollier; triceps détaché de son insertion; impossibilité de fléchir et fracture de l'olécrâne pendant les manœuvres; ostéophytes antérieurs et postérieurs. Résection de l'olécrâne et de la tête du radius. Os remis en place. Suture du triceps. Immobilisation à angle droit. Guérison fonctionnelle parfaite. M. Tillaux approuve la conduite tenue, insiste sur l'inutilité des tentatives de réduction : dans les cas les plus favorables, le coude reste raide. Il vaut mieux réséquer. M. Tillaux préfère l'incision unique médiane et croit plus sage d'enlever la bande d'Esmarck avant de faire le pansement. Il faut s'efforcer, dans les cas semblables, de faire comme M. Lejars; l'hémirésection sur l'humérus lui semble préférable, à moins que l'olécrâne ne soit brisé.

M. Quénu. — Les tentatives de réduction tardive, tout en étant très scientifiques, ne donnent que des résultats médiocres. Mais il faut bien savoir aussi qu'on peut ne pas obtenir des guérisons complètes après la résection. Il faut absolument faire des réserves sur ce que peut donner cette opération dans les luxations anciennes du coude, car il y a des cas où, au bout d'un certain temps, il se produit une rétraction du tissu fibreux périarticulaire : d'où gêne très grande dans les mouvements de l'avant-bras.

M. Lucas-Championnière. — Je suis pour les interventions sanglantes et cela de très bonne heure. On doit opérer dès qu'on a franchi la période où l'on a perdu l'espoir de remettre les choses en état par les moyens ordinaires. Il y a des cas, ceux qui datent de quelque temps, où il faut abandonner d'emblée toute idée d'arthrotomie avec réduction simple : il faut carrément partir pour la résection. Si on fait une résection partielle, c'est la tête du radius qu'il faut s'efforcer de conserver et n'enlever que l'humérus et le cubitus. Je suis pour la suppression des ligatures. Il faut mobiliser très rapidement toute articulation réséquée.

M. Routier cite un cas de luxation ancienne du coude ankylosée, traitée par la résection. Mobilisation très précoce. Il appuie les remarques de M. Quénu.

M. Berger se demande si, dans les cas cités au cours de la discussion, y compris celui de M. Lejars, il s'agit bien de simples luxations anciennes du coude. Il tend à penser qu'il a dû y avoir en même temps fracture, car l'ankylose osseuse est exceptionnelle dans la luxation simple. Il préfère la résection totale à la résection partielle.

M. Berger présente une pièce de 5 francs extraite par l'*œsophagotomie interne*. Au cours de l'opération il blessa le

pharynx; aussi ne crut-il pas prudent de suturer la plaie œsophagienne. Il a opéré un peu trop haut.

M. Monod présente *un fibrome de la paroi abdominale* développé du côté du péritoine, pris pour *une tumeur de l'ovaire.*

M. Jalaguier présente des pièces ayant trait à ses expériences sur *le séjour des corps étrangers dans l'abdomen.*

M. Reynier présente un *fibrome utérin* énorme, du poids de 16 kilogrammes, enlevé par l'hystérectomie vaginale chez une femme de 57 ans.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 *avril* 1893.

Présidence de M. Hallopeau.

Du traitement de la pneumonie grippale.

M. Huchard est heureux de constater que l'on renonce aux juleps kermétisés, aux potions d'oxyde blanc d'antimoine, de tartre stibié, qui dans l'espèce n'ont aucune action. Il a d'autre part complètement abandonné les vésicatoires, susceptibles de créer ou d'aggraver une lésion rénale déjà existante et il a recours seulement à deux médicaments dont l'efficacité est réelle, sinon constante, l'alcool et la digitale.

L'alcool est depuis longtemps donné aux pneumoniques; à l'hôpital notamment, on administre fréquemment, sous forme de potion de Todd, une certaine quantité de rhum, mais elle est absolument insuffisante. Todd lui-même ne craignait pas d'aller jusqu'à la dose de 600 grammes d'eau-de-vie, par doses fractionnées et souvent répétées. Béhier donnait 150 à 200 grammes de cognac. M. Huchard, dans les cas où la fièvre est élevée, le pouls fréquent, la tendance de l'état général adynamique, donne 120 grammes environ d'eau-de-vie par vingt-quatre heures.

Quant à la digitale, il l'emploie d'une façon systématique, même en l'absence de toute complication du côté du cœur et cela, non seulement en raison de son action tonique sur le myocarde, mais encore à cause de l'influence favorable qu'elle exerce sur la circulation pulmonaire. Il y a quelque temps, M. Petresco (de Bucharest) allait jusqu'à conseiller les doses, réellement considérables, de 10 et 12 grammes de feuilles de digitale en infusion. M. Masius adopte la dose de 4 à 6 grammes. En réalité, des doses plus petites permettent d'arriver au même résultat sans produire d'effets toxiques, et M. Huchard n'emploie que la digitaline cristallisée à 1/1000e, dont 50 gouttes correspondent à 0 gr. 001 milligr. de digitaline. Il donne cette dose en deux fois, et la renouvelle seulement, si la chose est nécessaire, quatre ou cinq jours après.

M. Bardet. — Un milligramme de digitaline représente 0 gr. 50 centigr. de poudre de digitale : c'est donc relativement une petite dose. M. Bardet a souvent donné un gramme de poudre de digitale sans observer aucun accident. Il faut n'employer que la digitaline dite cristallisée.

M. Trasbot. — Chez certains animaux, chez le cheval notamment, il est difficile et nuisible de dépasser par exemple 4 à 5 grammes de poudre, qui représentent chez ce dernier la quantité maximum. La tolérance pour ce médicament varie pour l'animal sain et pour l'animal malade, et chez ce dernier selon la maladie. C'est ainsi que la digitale est très bien supportée dans les cas de pneumonie ou de congestion pulmonaire. Toutefois je préfère de beaucoup à la digitaline, qui détermine trop brusquement ses effets, l'action plus lente, plus continue de la digitale.

M. Dujardin-Beaumetz. — Il est toujours regrettable, même en thérapeutique, de se démentir; je suis cependant obligé d'admettre que la digitaline produit des résultats aussi bons et même meilleurs que la digitale. Les doses insuffisantes que j'employais au début sont la seule cause de mes insuccès. Je crois, toutefois, à l'accumulation du médicament. J'y crois d'autant plus qu'il n'est souvent facile de constater le maximum d'effet que quelques jours après la cessation de la digitale. Pour cette raison, je crois inutile de continuer trop longtemps la médication. Contrairement à M. Crocq (de Bruxelles), je considère la macération de digitale comme la meilleure préparation et la poudre comme la moins bonne.

M. Huchard. — M. Trasbot a dit avec raison qu'il y a de grandes différences entre l'organisme sain et l'organisme malade dans la tolérance de la digitale. Il est certain, en effet, que les pneumoniques supportent parfaitement des doses même élevées.

Comme M. Dujardin-Beaumetz, je crois aussi à l'accumulation de la digitale. C'est en raison même de cette accumulation dans l'économie, qui se charge de fractionner les doses, que mon maître M. Potain a conseillé de donner la digitaline en une fois, à doses massives, utilisant ainsi avec juste raison la faculté que possède ce médicament de s'éliminer lentement.

Du traitement de la sclérodermie par la méthode des courants continus.

M. Hallopeau. — Nous avons assez fréquemment l'occasion de rencontrer à l'hôpital des cas de sclérodermie, particulièrement de la variété dite « en plaques ». Parmi les traitements proposés et appliqués à cette affection, la galvanisation paraissait un des meilleurs. Malheureusement la question semblait difficile à élucider, car il nous arrivait quelquefois d'assister à une amélioration spontanée. Je crois cependant pour ma part à la réelle efficacité des courants continus et j'ai observé une femme chez laquelle la maladie s'agravait lorsqu'on cessait les bains électriques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 *avril* 1893.

Présidence de M. Dareste.

Formes de la syphilis médullaire.

MM. A. Gilbert et **G. Lion.** — Dans un mémoire publié en 1889, nous avons cru pouvoir distinguer, en nous fondant sur les faits alors connus, quatre types anatomo-pathologiques auxquels nous avons appliqué les désignations de méningo-myélite hyperémique et nécrobiotique, de méningo-myélite diffuse embryonnaire, de méningo-myélite diffuse scléreuse et de méningo-myélite gommeuse.

D'après les faits de Pierret et Jarisch, nous décrivions la méningo-myélite hyperémique et nécrobiologique comme caractérisée par une congestion et une multiplication des vaisseaux de la moelle et de ses enveloppes accompagnées d'hémorrhagies interstitielles et de ramollissement de la substance nerveuse.

La méningo-myélite embryonnaire diffuse apparaissait, d'après l'examen approfondi d'un cas personnel, avec des lésions macroscopiques pouvant être nulles ou presque nulles et des lésions histologiques représentées par une prolifération luxuriante de jeunes cellules dans les parois vasculaires et dans la trame même de la pie-mère et de ses prolongements intra-médullaires, ainsi que par la production d'un dépôt fibrino-leucocytique sous-piemérien.

A la méningo-myélite gommeuse appartenaient les cas assez rares de productions noduleuses possédant les caractères histologiques de la gomme.

Enfin, sous le nom de méningo-myélite diffuse scléreuse, nous rangeons les cas dans lesquels la sclérose représentait l'élément anatomique principal, cette sclérose étant le plus souvent associée au ramollissement et siégeant principalement au voisinage de vaisseaux épaissis et en partie oblitérés.

Cette division a été confirmée particulièrement pour ce qui a trait aux formes embryonnaire diffuse et gommeuse, par les travaux de Gajkiewicz et de Siemerling; de plus, elle a été complétée par la publication de plusieurs observations qui ont établi l'existence de l'artérite syphilitique de la moelle.

Il résulte de cet ensemble de faits que les lésions déterminées par la localisation de la syphilis sur la moelle sont très diverses; elles comprennent l'artérite et la phlébite, l'ectasie et la multiplication des capillaires, l'infiltration embryonnaire diffuse, la gomme, le ramollissement et la sclérose.

Parmi ces lésions, il en est qui sont incontestablement primitives et d'autres secondaires. L'artérite et la phlébite se

rangent certainement dans la première catégorie. Mais faut-il admettre, suivant une tendance qui se fait jour actuellement, qu'elles résument en elles le processus primordial des myélites syphilitiques?

Un certain nombre d'observations démontrent que la méningo-myélite embryonnaire diffuse et la gomme peuvent constituer la manifestation primitive. Gajkiewicz, qui décrit trois variétés anatomiques de syphilis médullaire, l'artérite et la phlébite oblitérantes, la gomme et l'infiltration diffuse des méninges, admet même que cette dernière est la plus fréquente. A la vérité, les vaisseaux dans cette forme ne sont pas sains; les cellules rondes s'agglomèrent principalement autour d'eux, pénètrent et dissocient leurs tuniques, diminuent et obturent quelquefois complètement leur lumière. Mais la même infiltration s'étend à la pie-mère et à ses prolongements intra-médullaires, et, s'il existe une corrélation entre l'altération vasculaire et l'altération méningée, il ne saurait être question de subordination de l'une de ces lésions à l'autre.

Il y a loin d'une semblable lésion à celle de l'artérite typique telle qu'elle est décrite dans le cas de Mœller. Ici nous voyons un processus diffus s'étendant à la totalité de la trame pie-mérienne et aux parois vasculaires qui y sont contenues, là un processus local limité à la seule paroi vasculaire. Ici il s'agit d'une véritable production néoplasique qui envahit vaisseaux et méninges, là d'une artérite avec lésion des seules tuniques artérielles. Il n'est pas impossible, enfin, que l'ectasie et la multiplication des capillaires soient aussi la conséquence initiale de l'action du poison syphilitique.

En résumé, s'il en était ainsi, la syphilis pourrait occasionner initialement dans la moelle les quatre altérations suivantes :

Artérite et phlébite, infiltration embryonnaire des méninges et de leurs prolongements intra-médullaires, gomme, hyperhémie avec dilatation des vaisseaux.

Quant au ramollissement et à la sclérose, ce sont vraisemblablement des lésions secondaires. Encore n'est-il pas sûr que la sclérose ne puisse être quelquefois initiale.

Le ramollissement est la conséquence le plus souvent de l'oblitération artérielle qui résulte de l'artérite ou de l'étouffement du vaisseau par l'infiltration embryonnaire diffuse ou nodulaire. Ne peut-il pas également succéder à l'hyperhémie et aux hémorrhagies interstititielles qui l'accompagnent?

La sclérose est le terme ultime du processus de ramollissement ou l'aboutissant de l'infiltration embryonnaire et de la gomme.

Micro-organismes trouvés dans la rate et le cerveau dans le typhus exanthématique.

MM. Curtis et **Combemale.** — En ensemençant le sang de douze typhiques, et de l'un d'eux pendant huit jours consécutifs de l'infection confirmée, nous n'avons pu obtenir aucune culture. Au contraire, avec la rate et le cerveau, les ensemencements ont été fertiles; il s'est développé un petit diplocoque, pouvant se grouper au hasard des préparations en pseudo-streptocoques ou en staphylocoques. Le micro-organisme a été isolé trois fois sur six autopsies pratiquées deux à douze heures après la mort. La rate était tuméfiée, le cerveau œdémateux ou congestionné.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 12 *avril* 1893.

Présidence de M. Cordier

Ulcères du nez et de la lèvre supérieure.

M. Collet, interne des Hôpitaux, présente un malade du service de M. Poncet. C'est un jeune homme de 24 ans, porteur de lésions ulcéreuses du nez et de la lèvre supérieure. Il y a deux ans, étant alors dans le service de M. Léon Tripier, il comparut une première fois devant la Société. A cette époque on hésitait entre syphilis tertiaire, lupus et épithélioma. Le traitement antisyphilitique ne donna aucun résultat. La présence de ganglions sous-maxillaires fit rejeter le diagnostic de lupus et admettre celui d'épithélioma. L'examen histologique pratiqué alors par M. Dor démontra d'ailleurs la présence de globes cornés. Aujourd'hui il existe des lésions de la cloison; les ganglions sous-maxillaires n'ont pas augmenté de volume. Le diagnostic de lupus devient beaucoup plus plausible.

M. Cordier rappelle que ce malade fut examiné par tous les chirurgiens de l'Antiquaille et qu'ils furent tentés d'admettre la nature syphilitique de l'affection. M. Gailleton seul porta le diagnostic d'épithélioma. Aujourd'hui l'hypothèse d'épithélioma paraît devoir être écartée. Est-ce donc du lupus? M. Cordier n'en est pas convaincu, car on ne sent point de tubercules. Il pense qu'on doit reprendre la médication iodurée et l'appliquer plus longtemps que la première fois.

M. Poncet rejette d'ores et déjà le diagnostic de cancroïde. Depuis deux ans un cancroïde aurait évolué; il présenterait aujourd'hui des végétations et aurait déterminé une altération de l'état général. L'âge du malade doit également éloigner l'idée de cancroïde; pour M. Poncet, la question ne se pose plus aujourd'hui qu'entre la syphilis et la tuberculose; pour la trancher, un traitement sera institué dès demain, et dans quelque temps le malade sera présenté de nouveau à la Société. Quant aux globes cornés présentés par M. Dor, ils ne sont peut-être pas aussi caractéristiques qu'on veut bien le dire et, lors de la première discussion, M. Bard fit remarquer que dans les vieilles lésions cutanées, quelle qu'en soit la nature, il peut y avoir formation de pseudo-globules presque impossibles à distinguer des globes cornés de l'épithélioma.

M. Icard croit se rappeler qu'il y a deux ans l'ulcération occupait toute la lèvre et que l'autoplastie a été faite de toutes pièces.

M. Mayet partage complètement l'opinion de M. Poncet au point de vue de la valeur diagnostique très relative des globes cornés.

M. Cordier constate qu'il y a 2 ans, c'est sur les données fournies par l'examen histologique que le diagnostic a été établi. Aujourd'hui ces notions n'ont plus aucune valeur.

De la ponction de la vessie.

M. Bron lit un mémoire sur les indications de la ponction vésicale ; voici ses conclusions : Avant de tenter sur un vieillard atteint de rétention d'urine quelque opération que ce soit, si le cathétérisme n'a pu être pratiqué, on doit faire la ponction de la vessie. Toutes les méthodes sont bonnes, rectale, périnéale, hypogastrique. La ponction hypogastrique est toutefois plus simple. Le trocart du frère Come ne présente pas plus de dangers que les trocarts capillaires.

Le calme que donne la ponction aux organes urinaires permet habituellement à la fonction de se rétablir d'elle-même au bout de quelques jours. Dans tous les cas, grâce à elle le chirurgien peut choisir l'heure où son intervention sera le plus favorable pour rouvrir à l'urine sa voie normale. Quelle que soit la méthode employée, c'est une opération nette dans ses indications, facile dans son exécution, et généralement simple dans ses suites.

M. Poncet veut retenir de la communication de M. Bron certaines particularités : M. Bron dit que toutes les voies sont bonnes pour arriver à la vessie chez les malades atteints de rétention; il est cependant admis aujourd'hui qu'on ne doit avoir recours qu'à la voie hypogastrique. La voie rectale expose à l'infection, et par la voie périnéale le chirurgien agit presque aveuglément.

M. Bron met sur le même rang la ponction avec le trocart du frère Come et celle avec l'appareil Dieulafoy ou Potain. La première de ces méthodes expose cependant à beaucoup plus d'accidents: elle ouvre une large voie aux germes pathogènes.

Il faut distinguer les prostatiques simples et les prostatiques urinaires. Chez les premiers qui ont une grosse prostate et une urine saine, s'il survient tout d'un coup une rétention d'urine on peut employer la ponction hypogastrique avec une aiguille capillaire; on pourra même y avoir recours trois ou quatre jours de suite. En supposant que l'urine s'écoule en petite quantité dans le tissu cellulaire par l'orifice de l'aiguille, comme elle n'est pas septique, elle se résorbera sans amener de réaction inflammatoire. Chez les prostatiques urinaires, la ponction doit être absolument proscrite; ces malades, qui ont des urines purulentes, sont exposés, de par cette opération, aux plus grands dangers, à l'infiltration et au phlegmon

urinaires. Aujourd'hui, nous disposons d'une opération beaucoup plus sûre: c'est l'ouverture méthodique de la vessie.

D. P. Lacour.

ÉTRANGER

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 11 *avril* 1893.

Luxation rénale.

M. Bruce Clarke. — J'ai spécialement en vue des cas de reins flottants caractérisés par une série d'attaques aiguës. Les attaques surviennent généralement à la suite d'un violent effort et chaque attaque semble prédisposer le sujet à une nouvelle. Le malade est pris brusquement d'une violente douleur dans l'un ou l'autre rein, avec irradiations vers la cuisse. Ces attaques simulent des coliques néphrétiques, mais s'en distinguent par une distension intestinale et par l'absence de gravier dans l'urine. On peut même quelquefois percevoir une distension du rein. On peut appliquer à cet ensemble de symptômes le terme de luxation rénale, car dans certains cas on peut réduire immédiatement le rein luxé.

M. Clément Lucas. — J'ai déjà fait observer que dans ces cas il peut survenir des symptômes de torsion et d'étranglement qui peuvent intercepter complètement le cours de l'urine dans l'uretère.

M. Bowles. — L'expression de luxation rénale ne convient pas très bien à cet accident, car presque toujours le rein est mobile antérieurement à l'attaque.

M. Smith. — Il n'y a aucune relation directe entre la mobilité du rein et la douleur éprouvée par le malade. Je ne crois pas au succès de la néphrorrhaphie. Je n'approuve pas le passage de grosses sutures à la soie à travers la substance du rein; je crois que ces sutures peuvent devenir le point de départ de calculs. Une méthode plus nouvelle consiste à ouvrir la capsule du rein, à amener le rein au niveau de la plaie lombaire et à appliquer un irritant comme le nitrate d'argent; on fixe ensuite la capsule au bord de la plaie.

M. Norman Moore. — Il est excessivement rare de trouver un rein flottant à l'autopsie.

M. Hare. — Les reins flottants sont bien plus fréquents chez la femme; on les rencontre six fois plus fréquemment à droite qu'à gauche. Un bandage convenablement appliqué produit en général un grand soulagement.

M. Champneys. — Le rein flottant est plus fréquent chez la femme en raison des variations de pression que subit l'abdomen chez cette dernière et de la facilité avec laquelle apparaît et disparaît chez elle le tissu adipeux; il faut faire intervenir l'amaigrissement et la laxité de la paroi abdominale qui succèdent souvent à la grossesse. Chez la femme la guérison peut être spontanée.

M. Lucas. — Si dans les autopsies on trouve peu de reins flottants, cela tient à ce qu'avant la mort les malades sont restées au lit et le rein a pu ainsi reprendre sa place.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 5 *avril* 1893.

Grossesse extra-utérine.

M. Cullingworth. — Une femme de 25 ans ayant déjà un enfant de 14 mois fut bien réglée jusqu'en juillet 1889. Le 14 août elle ressentit des douleurs abdominales très vives et n'eut pas ses règles ce mois-là. En septembre les douleurs reparurent, et à partir de cette époque survinrent des hémorrhagies à intervalles irréguliers. En octobre l'abdomen augmenta de volume, et en décembre la malade ressentit les mouvements du fœtus. Le 3 mars 1890, les mouvements du fœtus cessèrent et le volume du ventre se mit à diminuer. Le 1er avril, on fit la laparotomie. On trouva un fœtus mort depuis quelques jours et situé entre les feuillets du ligament large du côté droit. On put enlever le placenta sans produire d'hémorrhagie. Les bords du sac furent suturés aux bords de la partie inférieure de la plaie abdominale. La malade guérit complètement et quitta l'hôpital le 3 mai.

M. John Phillips. — Une femme de 28 ans, ayant déjà 2 enfants, eut pour la dernière fois ses règles le 30 janvier 1891; elle présenta ensuite des signes de grossesse. Dans la dernière semaine d'avril, la malade fut prise de douleurs très vives dans le bas-ventre; elle perdit alors un peu de sang; puis survinrent des douleurs spasmodiques, surtout à droite. Au commencement d'octobre on fit la laparotomie, on trouva un fœtus en décomposition dans le ligament large du côté gauche. La malade guérit.

M. Sinclair Stevenson. — Une femme de 40 ans, mariée depuis 17 ans et qui n'avait jamais été enceinte, présenta une augmentation du volume de l'abdomen, et on put entendre les battements du cœur du fœtus. Cette malade mourut avant qu'on ait eu le temps de l'opérer. A l'autopsie, on trouva un fœtus contenu dans un kyste occupant la plus grande partie de l'abdomen. On ne put déterminer s'il y avait eu une rupture de la trompe. Les ligaments larges étaient normaux. Le placenta, qui était attaché au fond de l'utérus, était très petit. Une femme de 30 ans, mariée depuis 11 ans, ayant eu 5 enfants. Trois mois après son dernier accouchement, elle fut prise de douleurs abdominales très vives avec prostration. Elle ne se croyait pas enceinte. On trouva une tumeur pelvienne, qui augmenta rapidement de volume et qu'on prit pour un kyste de l'ovaire. On fit une laparotomie et on retira un enfant bien développé et vivant; le sac fut déchiré et il y eut une hémorrhagie. Le sac fut attiré à travers la plaie abdominale, entouré par une ligature à l'aide d'un tube de caoutchouc et réséqué alors avec le placenta qu'il contenait. Le pédicule fut fixé dans l'angle inférieur de la plaie à l'aide de deux aiguilles à tricoter. La malade guérit. Une femme de 34 ans, mariée depuis 6 ans, n'ayant pas eu d'enfants, présenta des signes de grossesse. On trouva une tumeur ovale s'élevant jusqu'à l'ombilic et remplissant le côté droit. On fit une laparotomie et on trouva un gros kyste du ligament large; on vida son contenu, on le lia et on le réséqua. La malade guérit.

M. Sidney Turner. — Un point important, c'est de savoir si on doit enlever immédiatement le placenta au moment de l'opération ou le laisser se détacher ultérieurement. L'ablation du placenta entraîne souvent une hémorrhagie importante, qui, il est vrai, cesse souvent quand le placenta est complètement enlevé. Il peut être utile de comprimer l'aorte pour arrêter l'hémorrhagie.

M. Horrocks. — Le diagnostic de grossesse extra-utérine étant fait, si la santé de la malade est excellente, on peut rester inactif quelque temps; cependant il faut savoir que ces malades sont continuellement sous le coup d'accidents graves.

M. Duncan. — Si on fait le diagnostic de grossesse extra-utérine dès le début, on doit opérer immédiatement. Si, au contraire, l'enfant est presque viable, on peut garder la mère au repos en la surveillant soigneusement. Je crois qu'il est dangereux de chercher à enlever le placenta au moment de l'opération. Il est impossible de dire au bout de combien de temps cesse la circulation placentaire après la mort du fœtus, car ce temps varie suivant les cas.

M. Herman. — Dans les six premiers mois, on doit opérer le plus tôt possible. Vers le terme, il est dangereux d'opérer, le fœtus étant vivant. Quand le placenta est déjà thrombosé ou quand il est fixé au ligament large, on peut l'enlever sans danger; mais il n'en est plus de même quand il contracte de nombreux rapports avec des parties vasculaires. Je crois qu'il est inutile de suturer le sac à la partie abdominale.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

A propos de l'hystérectomie vaginale dans les fibromes utérins, par M. E. Baudron, interne des hôpitaux.

Pour ajouter à son intéressante communication une démonstration complète, M. Doyen a fait, le lundi 10 avril, une hystérectomie vaginale pour fibromes utérins, dans le service de mon excellent maître le Dr Pozzi. Les plus difficiles et les plus incrédules parmi les assistants, fort nombreux, ont dû être satisfaits ou convaincus. En 40 minutes, par son procédé de résections successives en V, sans hémostase préventive, Doyen a enlevé un utérus farci de fibromes dont un suppuré avait déterminé avec la vessie et le cul-de-sac vésico-utérin des adhérences qui ont singulièrement compliqué l'intervention. J'ai suivi attentivement les manœuvres de Doyen; je voudrais les rapporter ici pour bien montrer ce qu'elles ont de spécial, comme aussi les points qui les rapprochent des procédés plus connus à Paris.

Lorsque j'eus vu à Reims Doyen enlever, en 4 minutes et demie, 6 minutes et 8 minutes trois utérus abaissables à des degrés variables par la simple manœuvre de l'hémisection antérieure sans hémostase préventive, je reconnus deux choses : d'abord, que Doyen dans les cas faciles faisait l'hystérectomie plus rapidement qu'il ne l'avait dit à Bruxelles; en second lieu, que son procédé *d'hémisection antérieure*, tout en dérivant de la méthode du morcellement, était cependant un procédé original et différent du procédé, que mon Maître Segond avait si souvent appliqué devant moi, d'après Péan. Depuis, mes chers Maîtres Pozzi et Segond ont employé ce procédé dans des lésions bilatérales des annexes, l'utérus étant abaissable, et se sont plu à reconnaître combien il était rapide et original.

Ceci posé, mon ami Doyen me permettra de lui dire que son procédé d'ablation vaginale de l'utérus fibromateux est très peu original et même qu'il est le cousin très germain de celui que mon Maître Segond a employé devant moi plus de soixante fois depuis 1890.

Voyons plutôt l'exposé des deux techniques. Dans le procédé de Doyen, l'utérus étant fortement saisi par deux solides pinces de Museux, on circonscrit le col à coups de ciseaux par une incision non pas circulaire, mais en raquette à manche postérieur, telle que le coup de ciseaux qui libère la muqueuse vaginale en arrière ouvre presque fatalement le cul-de-sac de Douglas. La vessie est ensuite décollée le plus haut possible et si dans cette manœuvre le cul-de-sac antérieur n'est point effondré, on ne s'en inquiète pas. La vessie est soulevée par un écarteur court et large, et la face de l'utérus étant bien à découvert, on la divise dans toute son épaisseur par deux incisions en V à sommet inférieur.

Une fois le cul-de-sac antérieur ouvert par l'une de ces deux incisions qui montent symétriquement de plus en plus vers le fond de l'utérus, un long écarteur est introduit dans le péritoine et protège la vessie. L'idéal serait que l'opérateur, amarré de plus en plus haut sur les lèvres du V, arrivât ainsi jusqu'au sommet de la matrice et par de fortes tractions, sans rien réséquer de la masse utérine, mais en modifiant sa forme, en la faisant plus effilée, l'accommodât au calibre de la filière vaginale.

Lorsqu'on a affaire à un utérus de 500 à 600 grammes sans adhérences avec un fibrome unique, ce procédé idéal est peut-être applicable. Mais pour peu que des poussées de périmétro-salpingite aient immobilisé l'utérus, il faut avoir recours à des *manœuvres*, je dirai même à une *manœuvre* unique, au *morcellement*. Cette méthode chirurgicale a Péan pour père. C'est en 1890 que ce chirurgien en a posé les lois et formulé les indications dans des cas particuliers de l'hystérectomie. Elle consiste à réséquer par morceaux successifs une tumeur trop volumineuse pour passer par une ouverture *naturelle* ou *chirurgicale*, en ayant soin de n'en rien détacher qu'après avoir saisi avec une pince la portion de la tumeur située au-dessus de celle qu'on va enlever. Or, que fait Doyen sinon cela? car il me concédera bien que les morceaux qu'il taille successivement n'ont avec le V schématique qu'une ressemblance assez lointaine. Mon Maître Segond non plus ne fait pas autre chose, mais les fragments qu'il obtient ressemblent d'une façon assez lointaine aussi à des cônes. A quoi tient cette différence ? Tout simplement, je crois, à ce que M. Segond morcelle au bistouri courbe et Doyen aux ciseaux courbes. La résection en V est donc bien voisine de l'évidement central conoïde (1). Dans les deux méthodes l'opérateur a une préoccupation constante, se tenir toujours amarré à la coque utérine; un but unique, amoindrir le segment antérieur de l'utérus, jusqu'à ce les dimensions de l'organe lui permettent de franchir la boutonnière vaginale. Où sont donc alors les différences entre ces deux méthodes ?

Elles sont au nombre de deux : 1° Doyen fait toutes ses manœuvres de morcellement *sans la moindre hémostase préventive* des ligaments larges. M. Segond, au contraire, fait *une hémostase préventive partielle*. Or, Doyen a raison de ne faire aucune hémostase préventive du moment qu'il ne résèque pas préalablement le col utérin. Soit du fait de son peu de vascularité, soit du fait des tractions qu'on exerce sur la tumeur, la région sur laquelle on morcelle *ne saigne pas*. Au contraire, mon Maître Segond faisant de l'ablation du col utérin le premier temps du morcellement doit pincer tout d'abord les artères utérines sous peine d'avoir une hémorrhagie formidable au niveau des tranches de section du col. J'ai été témoin d'un fait fort démonstratif à ce sujet. Mon maître Segond ayant un jour commencé une hystérectomie vaginale pour fibrome par le procédé type de Doyen, voulut, au cours du morcellement, se débarrasser du col dont il était gêné. Or, malgré les tractions faites sur l'utérus et la compression exercée au niveau du col amputé par de fortes pinces de Museux, l'hémorrhagie fut si abondante qu'il fut nécessaire de pincer les deux artères utérines. L'hémorrhagie cessa immédiatement;

2° Doyen ne met qu'une seule grande pince *de haut en bas* par ligament large. M. Segond, outre les deux pinces du début sur les artères utérines, met généralement une ou deux pinces de *haut en bas* sur chaque ligament. En résumé, quatre ou six petites pinces au lieu des deux grandes pinces de Doyen renforcées de deux petites pinces de sûreté.

Si maintenant je veux tirer quelques conclusions de ce rapide exposé, je dirai :

1° Que le procédé du V unique sans morcellement est un procédé original dérivé du procédé de l'hémisection antérieure qui appartient absolument à Doyen;

2° Que le procédé de morcellement type employé par Péan; le procédé des V successifs vanté par Doyen; le procédé de l'évidement central conoïde prôné par mon maître Segond; que ces trois procédés, dis-je, ne sont que *les adaptations personnelles* d'une méthode chirurgicale unique, *le morcellement*. Le procédé de Doyen ne diffère des deux autres que par un point secondaire, la conservation du col dont la conséquence est l'inutilité de toute hémostase préventive.

(1) A ce propos, je ferai remarquer que le mot *central* ne signifie pas le moins du monde qu'on évide du centre de l'utérus à sa périphérie mais sur son axe médian et toujours de la périphérie de l'utérus vers sa cavité.

En insistant à la fin du Congrès de 1893 sur ces divers procédés, sur leurs ressemblances et leurs particularités, je n'ai eu qu'un but : rendre à chacun ce qui lui appartient, afin d'éviter pour l'avenir, en matière d'hystérectomie au moins, le retour de ces revendications périodiques qui enveniment les questions et ne les font point avancer d'un pas.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Deuxième session, avril 1893.

(*Fin*).

De l'insertion vicieuse du placenta, variété dite complète.

M. Démelin (Paris) s'occupe de la variété dite centre pour centre, fait clinique rare, si rare, que certains accoucheurs n'en ont jamais rencontré. Dans l'insertion vicieuse, il y a deux cas à considérer : ou bien le placenta recouvre peu ou beaucoup l'orifice interne, ou bien il le recouvre complètement. Dans ce dernier cas, on a un placenta prævia central. Le diagnostic de la variété d'insertion du placenta centre pour centre est absolument impossible pendant la grossesse et ne peut être fait qu'à un seul moment du travail, au moment de la dilatation complète. Et encore peut-on être induit en erreur en croyant marginal un placenta qui, primitivement, était central. Car, lorsque l'orifice utérin s'élargit, il peut se faire que le placenta, restant adhérent d'un côté, soit décollé de l'autre, et que les membranes décollées glissent et viennent se mettre en contact avec l'orifice utérin. On croit alors à une insertion partielle du placenta. Inversement, on peut croire central un placenta qui n'était que partiel. M. Démelin pense qu'on doit donner le nom d'insertion complète du placenta à celle dans laquelle les cotylédons recouvrent l'aire de l'orifice utérin. Elle ne peut être diagnostiquée qu'au moment de la dilatation complète. Cette variété existe-t-elle ? M. Démelin en a réuni 40 cas. Il n'en conserve que 22, car ce sont des observations émanant de maîtres qui font partie de la Société obstétricale : MM. Tarnier, Budin, Maygrier et Porak. Dans chacun de ces cas, le diagnostic a été posé au moment de la dilatation complète, si bien que, dans certains, il a fallu décoller le placenta sur un de ses bords pour pouvoir aller rompre les membranes ; et que, dans d'autres cas, on a dû perforer le placenta lui-même. Mais de plus, M. Démelin peut donner le résultat de 8 autopsies, dont 4 ont été faites par lui-même. Ces autopsies démontraient nettement l'insertion du placenta sur tout le pourtour du col. L'existence du placenta prævia à variété centrale est donc aujourd'hui un fait prouvé. Léopold a fait l'autopsie d'une femme non encore accouchée et il a pu voir le placenta s'insérant centre pour centre. Au moment de l'accouchement, on constate une souplesse, une dilatabilité très grande du col et sa vascularisation considérable. Les déchirures du col sont rares. Le pronostic est grave pour l'enfant : 76,80 0/0 de mortalité. Pour les mères, la mortalité est de 35 0/0. Comme traitement, le moins mauvais pour combattre l'hémorrhagie, semble être le tamponnement.

M. Fochier s'étonne qu'au sujet du traitement personne ne parle du ballon de Champetier et de la manœuvre de Braxton Hicks.

M. Démelin cite le fait d'une femme du service de M. Tarnier, à laquelle des tamponnements successifs avaient permis de vivre plusieurs jours. M. Tarnier voulut alors appliquer le ballon de Champetier. Le ballon a crevé. Néanmoins la dilatation s'est faite rapidement. M. Tissier a fait la version et la femme est morte le soir même.

Abaissement prophylactique du pied antérieur dans les présentations du siège mode des fesses.

M. Potocki (Paris). — Dans les présentations du siège mode des fesses, quand l'accouchement menace de ne pas se terminer, le forceps est d'un emploi dangereux, car il risque de léser les viscères fœtaux, de briser la crête iliaque, de comprimer la tige du cordon. Les lacs sont difficiles à passer, peuvent fracturer les fémurs et profondément entamer les parties molles. Des crochets, il ne faut pas parler. L'extraction à l'aide des doigts, tirant dans les aines, est presque toujours impossible. Il est un autre procédé qu'on peut toujours employer, et qui est l'abaissement du pied antérieur, puis l'extraction par traction sur ce pied abaissé. On peut toujours abaisser le membre inférieur relevé, mais dans l'excavation.

Ahlfed a, le premier, conseillé, dans les présentations du siège mode des fesses, surtout chez les primipares, l'abaissement prophylactique d'un pied dès le début du travail, sans se soucier d'attendre que la dilatation soit faite. Avec cette pratique, on risque de provoquer une procidence du cordon et, si la dilatation est insuffisante, on est dans l'impossibilité de terminer l'accouchement. R. Barnes conseille d'introduire la main, de soulever le siège et d'aller chercher le pied pour l'amener à la vulve. Cette pratique est assurément très difficile dans bien des cas et souvent dangereuse.

Je pense qu'il y a mieux à faire : il faut abaisser le pied et de préférence le pied antérieur, en n'intervenant que lorsque la dilatation est complète et en usant de la manœuvre conseillée déjà par Mme Lachapelle, mais perfectionnée par M. Pinard. On abaisse le pied en saisissant la cuisse fœtale, en la portant en arrière et en dehors, en flexion et en abduction extrêmes ; le pied tombe de lui-même sur le dos des doigts de l'opérateur par flexion de la jambe, spontanée et provoquée par la pression sur les muscles de la face postérieure de la cuisse.

Cette manœuvre peut être employée que la présentation soit au niveau du détroit supérieur, dans l'excavation ou même soit si profondément engagée que la hanche soit tout près de se dégager. Toutes les fois que nous avons dû intervenir de la sorte dans le service de M. Pinard, depuis dix ans, pour une présentation décomplétée mode des fesses, nous avons réussi.

D'ailleurs, les chiffres sont les suivants :

(*a*) 28 fois nous avons abaissé le pied antérieur et nous avons eu 28 enfants vivants ;

(*b*) 4 fois nous avons abaissé le pied postérieur et nous avons eu 3 enfants vivants ;

(*c*) 1 fois le pied antérieur fut abaissé un peu trop tôt, avant la dilatation complète ; il y eut procidence du cordon et mort de l'enfant.

Les 28 abaissements ont été pratiqués, 19 fois chez des primipares et 9 fois chez des multipares.

Quant au poids des enfants, aucune observation ne concerne des enfants pesant moins de 2 kil. 300 ; 5 concernent des enfants de 2 kil. 300 à 2 kil. 500 ; 11 des enfants de 2 kil. 500 à 3 kil. (7 primipares et 4 multipares) ; 6 des enfants de 3 kil. à 3 kil. 500 (4 primipares et 2 multipares) ; 6 des enfants de 3 kil. 500 à 4 kilos.

Quant au degré d'engagement, 11 fois la présentation était arrêtée au détroit supérieur, 6 fois peu engagée au point que le périnée était déjà distendu.

M. Loviot (Paris). — L'abaissement du pied peut réussir, mais avec cette constance cela me surprend. Il y a des cas où il n'est point possible avec un engagement profond si l'enfant est volumineux : l'excavation est obstruée, le siège fœtal est absolument enclavé ; il est impossible de déplacer la cuisse dans un sens quelconque, et la porter en dehors avec l'espérance que le pied va tomber en dedans est illusoire. Les chiffres fournis par M. Potocki sont beaucoup moins convaincants qu'il ne le croit.

Je suis surpris de voir que la plus grande partie des opérations ont été faites sur des enfants pesant moins de 6 livres et demie. Quant à ceux qui dépassent ce chiffre, on n'a pas noté s'il s'agissait de primipares ou de multipares. Que m'importe l'accouchemement par le siège mode des fesses avec un enfant tout petit, puisque tous les modes d'intervention sont alors favorables ! Ce que je préfère dans ces accouchements laborieux du siège décomplété, c'est le forceps, qui permet d'amener la présentation jusqu'à la vulve, d'où elle se dégagera spontanément.

M. Lepage (Paris). — Dans un fait où la manœuvre d'abaissement m'a réussi, il s'agissait d'un fœtus profondé-

ment engagé. Il s'agissait d'une secondipare et d'un hydrocéphale et il fallut terminer l'accouchement en évacuant le liquide céphalo-rachidien. L'enfant pesait 5 kil. 600 non compris le liquide céphalo-rachidien.

M. Potocki aurait dû intituler sa communication : abaissement curatif d'un pied, attendu que l'abaissement n'a été pratiqué que quand la marche du travail se ralentissait et quand l'accouchement menaçait de se prolonger dangereusement.

M. Gaulard (Lille). — Je partage un peu l'opinion de M. Loviot et je trouve comme lui que les fœtus de 2 kil. 300 à 2 kil. 500, par exemple, n'ont guère à faire dans cette statistique.

J'ai souvent abaissé le pied au détroit supérieur, mais dans l'excavation, j'ai toujours été retenu par la crainte de fracturer le fémur. Quelle est la longueur de la cuisse, du genou (c'est-à-dire de la face antérieure du plateau tibial, la jambe étant fléchie) à la face postérieure du sacrum ? Je ne saurais pas le dire précisément. Le chiffre de neuf centimètres et demi à dix centimètres indiqué doit être quelquefois dépassé, et cette longueur doit elle-même dépasser souvent, pour peu que l'enfant soit gros, les diamètres utilisables de l'excavation, attendu qu'on ne peut pas toujours abaisser la cuisse en la faisant passer par les diamètres les plus favorables.

Au détroit supérieur il n'y a pas de difficulté théoriquement; tout à fait en bas de l'excavation, quand la région trochantérienne est sortie du bassin osseux, il en est de même; on peut admettre qu'on est moins étroitement limité. Mais, dans l'excavation, il me reste des doutes et j'aurais des craintes.

M. Fochier (Lyon). — L'an dernier, j'ai, dans un cas, procédé par abaissement du pied en mettant la cuisse dans l'abduction forcée. J'ai réussi. Mais en refoulant la cuisse en dehors et en arrière (par rapport au fœtus) j'ai fait tourner le dos du fœtus vers le sacrum maternel, vous comprenez par quel mécanisme, et j'ai dû ensuite extraire l'enfant occiput en arrière.

Mes efforts n'ont pu réussir à ramener cet occiput sous la symphyse. On comprend qu'il y a là une complication qui ne m'a guère nui, mais qui pourrait entraîner des conséquences désavantageuses. Je crois que ce sont plutôt les parties molles que les parties dures du bassin qui s'opposent à l'abaissement du membre.

M. Ollivier (Paris). — J'ai été beaucoup moins heureux dans mes tentatives d'abaissement du pied, le siège étant engagé, et j'ai pourtant essayé ce procédé dans plus de vingt cas.

M. Budin. — Cet abaissement du pied ne me semble guère possible par la manœuvre d'abduction de la cuisse dans les cas où le siège est engagé décomplété pendant la grossesse. Nous savons qu'alors les jambes restent souvent étendues sur les cuisses après la naissance : le pied n'aura nulle tendance à tomber.

J'ai recours volontiers, pour les sièges engagés, aux lacs et au forceps, en ayant soin de ne tirer, selon le conseil de M. Tarnier, que pendant les contractions et en faisant exécuter en même temps par un aide une véritable expression fœtale.

M. Pinard. — Si certains opérateurs ont échoué, c'est qu'ils ne connaissaient pas ou n'employaient pas la manœuvre qui nous sert et qui nous a toujours réussi, dans les trente-trois cas nous nous sommes adressés à elle.

Hémorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né.

M. A. Herrgott (Nancy) a accouché une femme qui avait déjà perdu deux enfants d'hémorrhagie intestinale. Le troisième mourut de même, et à l'autopsie il ne fut trouvé qu'une coloration très rouge de la muqueuse, et une réduction très considérable du cœur gauche. M. Herrgott pense que cette anomalie a dû jouer un rôle étiologique important.

M. Bar (Paris) admet cette origine mécanique pour le cas particulier : mais parfois l'origine est certainement infectieuse : chez trois enfants ayant eu des hémorrhagies multiples, il a trouvé le streptocoque dans le sang.

M. Pinard (Paris) fait remarquer que ces cas d'ordre infectieux sont ceux qui sont susceptibles de guérison.

M. Guéniot (Paris) cite un cas de guérison; **M. Oui** (Bordeaux) en cite deux autres. Le pronostic n'est donc pas fatal.

Souffle utéro-placentaire. Grossesse extra-utérine.

M. Gaulard. — Chez une femme atteinte de grossesse extra-utérine, l'auscultation faisait entendre, au niveau de la région hypogastrique, un souffle très intense qui permit de diagnostiquer l'insertion du placenta sur la face antérieure du kyste. L'opération faite par le docteur Paquet confirma ma supposition. Bigelow et Kœberlé avaient signalé des faits tout semblables.

En mai dernier, j'examinai une grossesse ectopique, et me fondant, d'une part, sur la netteté des sensations fournies par le palper, d'autre part, sur l'impossibilité où j'étais d'entendre en aucun point le souffle maternel, j'annonçai que, selon toute vraisemblance, le placenta s'insérait en arrière; j'opérai : ma présomption était juste.

Il y a donc dans les grossesses extra-utérines une relation évidente entre le souffle maternel et le lieu qu'occupe l'insertion du placenta. Ce rapport est important. En effet, d'après Stoltz, Cazeaux, Depaul, etc., quand la grossesse extra-utérine est arrivée à une période assez rapprochée du terme, l'enfant étant vivant, il convient de faire la laparotomie pour extraire un enfant qui vive. Selon Litzmann, il est mieux d'ajourner l'opération dans la crainte d'atteindre le placenta; les chiffres qu'il fournit lui donnent raison : sur 10 opérations, il y eut 9 femmes et 6 enfants morts. Chez l'opérée de M. Paquet une hémorrhagie se produisit et la malade succomba le soir même. Dans une autre statistique plus récente, sur 18 cas il y eut 17 morts, dont 11 par hémorrhagie. Cette hémorrhagie si redoutable tient quelquefois à des manœuvres intempestives de délivrance après l'extraction fœtale, mais elle est due dans l'immense majorité des cas à la plaie du placenta situé sur la face antérieure et incisé dès les débuts de l'opération. Si par l'auscultation on pouvait déterminer que l'insertion placentaire est antérieure, on devrait donc ou s'abstenir ou pratiquer l'élytrotomie, en tout cas ne pas faire la laparotomie. Par contre, avec une insertion postérieure, on aurait le droit d'aborder le kyste par la paroi hypogastrique.

Si ce rapport entre le souffle et l'insertion placentaire existe pour une grossesse ectopique, pourquoi n'existerait-il pas dans les grossesses normales? Certains observateurs, entre autres Cazenave, Lacroix, Michaélidès, ont recherché par le toucher intra-utérin, après l'expulsion fœtale, avant le décollement placentaire, la place qu'occupait la masse du placenta et l'ont comparée à la place où le foyer maximum du souffle s'entendait pendant la grossesse. Deux de mes élèves ont repris cette recherche et l'expérience, répétée une quarantaine de fois, semble donner raison à la théorie que je soutiens à nouveau.

A la théorie placentaire, on objecte que le souffle persiste après la délivrance. Sans doute, mais aussitôt après la délivrance les gros vaisseaux, irriguant la région qui servait de substratum au placenta, ne reviennent pas immédiatement à leurs dimensions primitives. Plus vite se fait la rétraction utérine, plus vite s'efface la lumière de ces vaisseaux qui s'atrophient plus rapidement et plus vite aussi disparaît le souffle. S'il y a paresse dans l'involution de l'organe, le souffle persiste davantage.

L'époque d'apparition du souffle ne concorde-t-elle pas à peu près avec l'époque où le placenta est formé? Enfin, si on admet la théorie pathogénique de Dubois, on devrait entendre deux foyers de souffle utérin : un de chaque côté de la matrice. Rien n'est plus rare : on n'en entend ordinairement que d'un seul côté.

N'a-t on pas dit aussi que l'insertion vicieuse du placenta pouvait se reconnaître par la place occupée par le souffle ?

M. Tarnier (Paris). — Dans la communication de M. Gaulard, il y a deux parties distinctes : 1° ce qui concerne la grossesse extra-utérine où je pourrais être théoriquement d'accord avec M. Gaulard, sans me prononcer formellement ; 2° ce qui a trait à la grossesse utérine. Sur ce deuxième point, je ne suis pas du tout convaincu par la tentative de réhabili-

tation de l'ancienne théorie utéro-placentaire. Où s'insère le placenta ? Ordinairement vers le fond. Où s'entend toujours le souffle utérin ? Sur les parties latérales et en bas. Les élèves de M. Gaulard, en introduisant leur main dans l'utérus aussitôt après le dégagement fœtal, ont trouvé le placenta là où s'entendait le souffle gravidique ; mais, au moment de cette recherche, le placenta n'occupe plus la place qu'il avait pendant la grossesse : l'utérus, en se réduisant, en se rétractant, a entraîné vers en bas, vers les fosses iliaques, le placenta qui occupait précédemment la région du flanc ou de l'hypocondre.

M. Pinard (Paris).—Dans un cas de grossesse extra-utérine, l'enfant étant mort mais mort depuis peu, j'entendais sur la surface antérieure du kyste un énorme souffle accompagné de frémissement cataire. Quand je fis l'opération, je traversai le placenta sans trop grand dommage, mais quand je voulus décoller ce placenta j'eus une hémorrhagie formidable à laquelle l'opérée faillit succomber. Mais, par contre, j'ai vu des cas où le placenta était inséré sur la paroi antérieure, et dans lesquels il n'existait pourtant aucun souffle révélateur.

Pour la grossesse normale, j'objecterai à la théorie placentaire que le souffle utérin est très fugace et très mobile, qu'on l'entend à une place puis à une autre, à un moment et pas au moment suivant. Ce n'est cependant pas le placenta qui change de situation. Dernièrement, sur une femme contrefaite que j'ai gardée plusieurs mois dans mon service avant de l'opérer, j'ai pratiqué à maintes reprises l'auscultation de la façon la plus attentive pour déterminer la place du placenta ou du moins l'absence du placenta sur la place antérieure de l'utérus. De mon examen résultait l'affirmation que l'insertion placentaire était postérieure; je fis l'opération césarienne suivie de l'amputation utérine et je tombai en plein placenta, contrairement à toutes mes prévisions.

M. Fochier (Lyon). — Dans les bassins rétrécis il est quelquefois facile de suivre avec le doigt tout le trajet de l'artère hypogastrique et de l'artère utérine jusqu'au moment où celle-ci aborde la matrice et se subdivise. En exerçant sur l'artère utérine, à 2, 3 ou 4 centimètres de son origine, une très légère pression, on perçoit un thrill très net et, dans ce cas, le thrill n'est pas en rapport avec la place qu'occupe le placenta.

M. Gaulard. — L'insertion placentaire ne se fait pas aussi communément au fond de l'utérus que le dit M. Tarnier et mon opinion résulte d'un assez grand nombre de mensurations faites sur l'arrière-faix. Je dirai à M. Pinard que le souffle est fugace parce que les vaisseaux où il se produit sont contractiles et traversent une paroi contractile et que, suivant les alternatives de relâchement ou de resserrement, le souffle peut s'accuser ou disparaître. D'ailleurs, je n'ai pas d'autre prétention que d'émettre une hypothèse que des travaux ultérieurs infirmeront ou confirmeront.

Auto-intoxication gravidique et éclampsie.

M. Bouffe de Saint-Blaise (Paris) ayant examiné, soit seul, soit avec M. Pilliet, les organes de 31 femmes éclamptiques, décrit les lésions du foie qu'il a constatées et que M. Pilliet a déjà étudiées ici (voyez *Gazette*, 1890, p. 349). Il en déduit les règles thérapeutiques suivantes :

1° On prescrit le régime lacté pour lutter contre l'auto-intoxication et contre l'albuminurie;

2° On provoque la transpiration par les grands bains;

3° On donne le chloral et le chloroforme pour refréner l'excitabilité nerveuse;

4° La saignée a été conseillée, mais il vaut mieux injecter dans les veines ou le tissu cellulaire du sérum artificiel.

M. Fochier (Lyon). — M. Ranvier a décrit des lésions du foie dans la pyohémie qui ressemblent beaucoup à celles que M. Bouffe de Saint-Blaise considère comme caractéristiques de l'éclampsie. Que l'éclampsie soit une maladie infectieuse, la chose se peut, mais n'est pas encore prouvée. Quelle comparaison veut-on établir entre l'empoisonnement par le nitrate d'urane pris à dose relativement massive et l'intoxication lente et à doses infinitésimales dont l'aboutissant est l'éclampsie ?

M. Porak (Paris). — Il est en effet avantageux dans l'éclampsie de recourir aux injections hypodermiques d'eau salée; il y a longtemps que je l'ai dit et fait. Je ne crois pas qu'on ait eu recours à cette méthode thérapeutique ailleurs que dans mon service, si ce n'est dans ces derniers temps.

M. Bouffe de Saint-Blaise. — Il y a seulement huit jours que nous avons employé ces injections hypodermiques à la Clinique Baudelocque et ce qu'a décrit M. Ranvier est tout différent de ce que M. Pilliet et moi avons vu. M. Ranvier a trouvé des lésions hépatiques développées autour des artères hépatiques, tandis que nous avons montré que la dilatation vasculaire et l'hémorrhagie se produisaient autour des vaisseaux portes.

Dupré, dans son mémoire, avait, du reste, bien montré que, dans le foie, les altérations consécutives à une infection charriée par le sang apparaissent autour des branches terminales de l'artère hépatique, et que l'infection venue de l'intestin était localisée autour des vaisseaux de la veine porte.

M. Bar (Paris). — Il y a bien longtemps que je poursuis ces recherches sur les lésions hépatiques dans l'éclampsie, et M. Bouffe de Saint-Blaise doit le savoir, attendu qu'un certain nombre de pièces qui ont servi à son collaborateur ont été prises dans mon laboratoire.

Il affirme que la lésion du foie est caractéristique, attendu qu'on la trouve toujours dans l'éclampsie et qu'on ne la trouve que là. Ces deux propositions ne me paraissent pas exactes.

On la trouve toujours ? Dans un grand tiers des cas, je n'ai rien observé d'analogue. Dans les deux autres tiers, il est certain qu'on trouve un foie altéré : cet organe est le plus souvent farci de foyers hémorrhagiques, mais il arrive qu'on ne constate que de la dégénérescence graisseuse, aiguë, occupant les parties centrales des lobules. Virchow avait décrit ce processus et en avait même déduit toute une théorie sur la pathogénie des accidents éclamptiques.

En second lieu, ces lésions ne se rencontreraient que dans l'éclampsie ? Je crois, comme M. Fochier, que dans beaucoup de maladies infectieuses on trouve les mêmes lésions, si bien qu'il m'est arrivé de présenter à des anatomo-pathologistes des foies éclamptiques et de m'entendre dire qu'il s'agissait uniquement de lésions banales dues à quelque maladie infectieuse.

M. Queirel (Marseille). — Autrefois on incriminait le rein comme cause de tous les désordres de l'éclampsie, maintenant c'est donc le foie ? M. Bouffe de Saint-Blaise parle de l'ictère comme d'une complication commune ; je ne l'ai guère observé.

J'ajouterai que j'ai dû soigner dernièrement une femme enceinte qui présentait un énorme abcès du foie ayant détruit près des deux tiers de l'organe. Jamais il n'y a eu la moindre apparence d'éclampsie.

M. Maygrier (Paris). — J'ai vu, comme M. Bar, des foies d'éclamptiques ne présentant nul vestige des extravasations dites caractéristiques. Tout récemment j'ai prié M. Sabourin de se charger de l'examen : il s'agissait d'une hépatite suraiguë sans trace d'hémorrhagie.

M. Pinard (Paris). — Je suis convaincu que ce n'est pas toujours le foie qui est l'unique facteur de l'éclampsie. Il y a des éclampsies par insuffisance rénale avec température normale et des éclampsies par insuffisance hépatique avec ictère et hyperthermie.

M. Bouffe de Saint-Blaise. — Mes recherches ont porté sur 31 cas, et c'est sur ces 31 examens que je me base et non sur d'autres.

Du reste, ce qui m'importe le plus, c'est d'établir non telle ou telle lésion du foie, mais *la lésion* du foie. Jusqu'à preuve du contraire, je ne crois pas qu'il puisse y avoir éclampsie avec intégrité de l'organe hépatique.

M. Chambrelent (Bordeaux) a résumé ses recherches sur la pathogénie de l'éclampsie (voyez *Mercredi*, 1892, p. 101).

M. Guéniot (Paris) a soutenu de nouveau, comme devant l'Académie (voyez *Mercredi*, 1893, p. 271), le rôle des réflexes associés à la toxémie.

Diagnostic rétrospectif douteux de grossesse.

M. Prouvost (Roubaix). — Il s'agit d'une jeune fille dont l'hymen est intact (bien que permettant une pénétration digi-

tale assez facile), qui présente des vergetures abdominales et une division très nette du col utérin au lieu d'élection des déchirures de la parturition.

Les vergetures peuvent-elles être attribuées simplement au météorisme ou à l'obésité? La déchirure du col est-elle le résultat d'un passage ovulaire ou la trace de quelque intervention ou manœuvre opératoire?

A toutes les questions et à tous les soupçons, cette jeune fille, qui se prête fort bien à l'examen, oppose les dénégations les plus formelles.

M. Gaulard. — J'ai vu cette jeune fille qui est d'abord hystérique avérée, ce qui nous permet de ne pas attribuer grand crédit à ses assertions. Les vergetures sont localisées au-dessus des plis inguinaux; de plus, elles sont colorées en rose, c'est-à-dire qu'elles sont d'origine récente.

Au palper l'utérus est gros; enfin, autre chose : il n'y a pas division du col, mais dépression. Je croirais volontiers qu'il s'agit dans ce cas d'un avortement terminé depuis peu.

M. Guéniot. — Parfois une glandule du col plus développée que les glandules voisines présente une consistance exceptionnellement ferme; qu'une glandule analogue se développe à côté de la précédente : entre les deux est un intervalle qu'au toucher on pourrait prendre pour une scissure.

Grossesse ayant duré trois cent cinq jours.

M. Queirel. — Il est toujours intéressant de signaler les faits qui semblent non douteux de grossesse prolongée. Simpson en rapporte des cas qui paraissent tout à fait probants. J'ai recueilli moi-même une observation de grossesse ayant duré pour le moins trois cent cinq jours et, si l'on compte suivant le procédé adopté par M. Tarnier, ayant duré onze mois. L'époque des règles, la date d'apparition des premiers mouvements sont tout en faveur de cette longue prolongation de grossesse.

Traumatisme maternel et fœtal après une application de forceps.

M. Charpentier relate une observation d'application difficultueuse de forceps sur une tête fœtale engagée dans l'excavation en OIGP. M. Charpentier s'est servi du forceps de Levret, a pu entraîner la tête, la faire tourner et la dégager; mais les parties molles maternelles furent assez malmenées : le vagin présentait une assez large déchirure. La contusion des plexus nerveux sacrés détermina de l'impotence et de la sensibilité du membre inférieur gauche et de la paralysie vésicale et rectale. Après quelques jours survinrent des phénomènes fébriles qui étaient sous la dépendance d'une sorte de stercorémie due à l'accumulation énorme de matières fécales dans l'intestin. L'évacuation de toutes ces matières amena la guérison.

Du côté du fœtus, la pression des cuillers avait causé un sphacèle de la région occipitale. L'enfant n'a jamais cessé de se bien porter et de se développer, tout en éliminant lentement, pendant huit mois, des petits séquestres osseux.

Services d'accouchements.

M. Maygrier a communiqué la statistique de son service à l'hôpital de la Pitié; il a eu en 1892 0.50 0/0 de mortalité maternelle et 12.87 0/0 de mortalité fœtale. Chez les sages-femmes agréées, il y a eu 0.29 0/0 de mortalité. M. Maygrier a insisté sur la disposition défectueuse — aujourd'hui améliorée — des locaux.

Mais son malheur n'est rien à côté de celui de la Faculté de Bordeaux, où, d'après les révélations de **M. Oui**, tout est déplorable. Le local est une vieille caserne qui a été peu ou prou désinfectée. On pénètre, par un long couloir tortueux, dans la première partie composée d'une cuisine-office où on lave la vaisselle et où chauffe une eau plutôt sale que claire. Cette eau sert à tout le service, pour injections. Dans la salle de travail, un seul robinet à eau froide, et encore ne peut-on avoir de l'eau que pendant un certain temps de l'année, car l'eau provient d'un réservoir de capacité insuffisante. Pas de salle de bains. On emploie le service ordinaire de l'établissement. Pour donner un bain à une parturiente il faut une demi-heure à trois quarts d'heure. Aussi, quand le travail est assez avancé, doit-on se dispenser de baigner les femmes. De plus, les bains ne fonctionnent que de 8 heures du matin à 6 heures du soir, c'est dire que la nuit il n'y en a pas. De même, le dimanche, pas de bains même dans la journée. A la porte de la salle de travail se trouvent les cabinets d'aisances : les tuyaux tortueux, de petit volume, s'engorgent très souvent. Aussi, cinq à six fois par an, tout déborde dans le service. La salle de travail est coupée en deux par une cloison, on ne sait pourquoi : dans une partie il y a un lit, dans l'autre il y en a trois, mais l'espace est si restreint qu'on ne peut s'y retourner dans les cas d'intervention. Il n'y a pas de table, on pose les liquides antiseptiques, les cuvettes, sur des escabeaux, qu'on renverse trop souvent. Pas de salle de garde pour les élèves. Outre le manque d'eau, quand on lave il n'y a pas d'écoulement possible, il faut éponger goutte à goutte. Les murs, sales, laissent sourdre l'humidité. La salle de travail est placée au-dessus d'un laboratoire de pharmacie d'où se dégagent continuellement des vapeurs sulfhydriques, de sorte qu'on ne peut aérer. Au bout de la salle se trouve la chambre d'une sage-femme et ensuite le dortoir des accouchées : 22 lits à sommiers de bois. Depuis 2 ans 1/2 on n'a jamais vu désinfecter un matelas. Ce dortoir se compose de 3 salles d'enfilade, de 6, 9, 7 lits, mais les portes sont placées de façon que la surveillance y est impossible. Sous les toits, au second, se trouve un petit logement pour les infirmières, le laboratoire de la clinique, etc.,etc.; enfin, un dortoir de 15 à 16 lits pour les femmes enceintes. La salle très basse est exposée à l'Est d'un côté, à l'Ouest de l'autre, de sorte que l'été la chaleur y est intolérable et que les femmes n'y peuvent séjourner. Pour les injections, il faut aller avec un seau chercher l'eau chaude à l'office, ce qui exige un peu plus de 10 minutes.

Matériel: 10 bassins en étain servant à *tout* sont remisés faute de place dans les cabinets d'aisances. Au dortoir des femmes enceintes, il y a 3 cuvettes et 1 seul bassin pour toutes; 3 bocaux à injections, en verre, très fragiles, servent pour toute la clinique. Les sondes et canules sont placées dans des liquides antiseptiques, mais comme vases pour les contenir on n'a que d'anciennes terrines à pâtés, de sorte qu'une bonne moitié de la canule sort du récipient.

Personnel : 5 infirmières landaises ne comprenant pas le français et peu ou pas intelligentes, bonnes attendant une place et séjournant à peine. Une sage-femme logée entre les accouchées et la salle de travail, de sorte qu'elle entend les cris des enfants au moment du change et les cris des parturientes. Des élèves sages-femmes sont de garde pendant la nuit. De août à novembre le service est fait par les élèves sages-femmes de première année ne sachant pas un mot d'accouchement. Les étudiants sont de garde le jour. La morbidité est plus grande, la nuit, pendant l'époque où les élèves sages-femmes de première année sont chargées du service.

Il est juste d'ajouter qu'il existe à Bordeaux, a dit M. Bar, une maternité bien aménagée, mais c'est la maternité Pellegrin et non celle de la Faculté.

M. Crouzat (Toulouse) ajoute qu'il existe en province certains services où on n'a qu'une assiette pour deux ou trois femmes qui sont obligées de boire dans des pots à confitures. Il existait même un hôpital où la salle de bains n'avait que les quatre murs et pas de baignoires; enfin on obtint une baignoire en zinc bien vite abîmée. Le 5 avril 1891, on demande une baignoire en tôle émaillée, et le premier bain ne put y être donné que le 9 décembre 1892.

M. Pinard. — Il est remarquable de voir combien, en province, dans des villes *riches*, les établissements hospitaliers sont restés moyen âge. Il faudrait arriver à forcer les municipalités à donner un minimum exigible. Les pouvoirs publics devraient avoir des moyens de forcer la main aux localités; il y a certainement des mauvaises volontés et c'est un crime d'exposer ainsi les pauvres femmes à des dangers. On pourrait peut-être partir de là pour montrer à ces localités les responsabililés qu'elles encourent.

MM. Chambrelent et **Sabrazès** ont tenu la Société au courant de leurs recherches sur le passage des microbes à travers le placenta (Voyez *Mercredi*, 1893, p. 105, 117 et 152).

22° CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

(*Tenu à Berlin du 12 au 15 avril 1893*).

Extirpation d'une tumeur du foie.

M. von Bergmann (Berlin). — Au Congrès de 1850 on traita déjà très chaudement la question de la chirurgie hépatique. Ponfick donna un intérêt tout particulier au sujet en présentant des pièces démontrant la dégénération du foie après une prise plus ou moins considérable de son parenchyme. Les tumeurs hépatiques, croit-on en général, sont rarement passibles d'extirpation. Le plus souvent, il s'agit de kystes hydatiques, pour lesquels la glande est intéressée par des incisions peu profondes, ou par des ablations de substance peu importantes.

En 1888, Langenbuch extirpa avec succès un lobe de foie pédiculisé. Les syphilomes ont été également l'objet d'interventions; Von Eiselsberg opéra un gros cavernome du lobe droit. Les carcinomes primitifs ne prêtent guère, on le comprend, à l'intervention chirurgicale. Dans un cas de cancer de la vésicule, Hochenegg enleva le néoplasme avec le tissu hépatique y attenant.

Dans le cas qui fait l'objet de la communication de M. von Bergmann, il s'agissait d'une tumeur de la région hypogastrique, présentant une grande mobilité. Elle se laissait percevoir à la hauteur de l'ombilic, offrait une forme arrondie et pouvait être déplacée à gauche, à droite et en bas. Située dans le plan médian, elle débordait également dans la région latérale. En raison de la régularité et de la mobilité, on pensait à un kyste hydatique; d'ailleurs, quand on repoussait la tumeur en haut, elle disparaissait complètement, et le malade était obligé de se baisser pour la rendre accessible au palper.

Au cours de l'anesthésie il fut possible de reconnaître cependant quelques bosselures, ainsi que les connexions avec le foie.

L'intervention démontra l'existence de tumeur ayant la couleur du tissu hépatique et de consistance moyenne, se rattachant au foie par un pédicule de 10 centimètres de long sur 2-4 centimètres d'épaisseur. Le pédicule fut incisé prudemment, les gros vaisseaux furent ligaturés et l'hémostase définitive s'obtint par la compression à l'aide de tampons de gaze stérilisée. La plaie opératoire resta ouverte dans une partie de son étendue.

On enleva le tamponnement au troisième jour, sans qu'il survînt aucune complication, et on réduisit le pédicule.

Il s'agissait d'un adénome hépatique tubulé.

Kystes hépatiques non parasitaires.

M. W. Müller (Aix-la-Chapelle) rapporte l'observation d'une tumeur kystique du foie qu'il a opérée il y a deux ans. La malade, âgée de 59 ans, jusqu'alors bien portante, fut envoyée en juin 1891 à l'auteur pour être ovariotomisée; depuis cinq ans elle souffrait de douleurs abdominales périodiques. Jamais elle n'avait eu d'ictère. Les trois dernières années, elle avait de la rétention d'urine, et des dysuries. Depuis un an elle s'était considérablement affaiblie et avait le faciès nettement cachectique. A l'examen physique on constatait une tumeur kystique occupant l'abdomen et une partie du petit bassin. L'ovaire droit paraissait sain, le gauche n'était pas accessible au toucher. En présence de ces données on diagnostiqua un kyste de l'ovaire et on intervint le 15 juin. La tumeur remplissait tout l'abdomen et contractait de fortes adhérences en haut. Après une ponction qui laissa écouler un liquide de couleur chocolat, on put sortir le kyste du petit bassin et le voir se pédiculiser à la face inférieure du foie.

En raison du volume des vaisseaux du pédicule, M. Müller n'excisa que les deux tiers de la tumeur et enserra extra-péritonéalement le reste avec une corde faite de gaze iodoformée. La guérison, compliquée d'une bronchite grave, s'effectua en quatre mois.

Le kyste contenait environ 6 litres de liquide sanguinolent avec des caillots de fibrine. Au point de vue de la pathogénie de cette tumeur, il convient de noter que sa paroi contenait du tissu hépatique présentant des cavités kystiques. Il s'agissait évidemment d'une dilatation kystique de voies biliaires néoformées, en un mot d'un cysto-adénome.

La littérature médicale relate trois cas analogues. L'auteur considère ces néoplasmes comme bénins; d'ailleurs la malade n'a pas encore présenté de récidive.

M. Meinhard-Schmidt (Cuxhaven) a opéré, il y a six ans, un kyste énorme du foie chez une femme de 60 ans, cachectique; on avait également cru à un kyste de l'ovaire. Le foie fut suturé dans la plaie opératoire et on dut inciser une épaisseur d'un doigt de parenchyme hépatique pour ouvrir la tumeur. Celle-ci était remplie de tissu fongueux qu'on enleva à la curette. La guérison se fit en deux mois. Le foie reprit son volume normal petit à petit et rentra dans les fausses côtes.

M. Bardeleben (Berlin), il y a plus de deux ans, opéra un sarcome du foie par propagation. Le malade avait une tumeur partant de la paroi abdominale, plongeant dans l'abdomen et adhérente à la glande hépatique. L'auteur fit l'excision cunéiforme du parenchyme envahi et tamponna à la gaze iodoformée pour assurer l'hémostase. La guérison s'est maintenue sans récidive.

M. Czerny (Heidelberg) rapporte que son assistant extirpa une gomme hépatique circonscrite. Le pédicule ligaturé sectionné fut traité extra péritonéalement. La guérison se fit régulièrement.

M. Kœnig (Gœttingen) opéra, il y a des années, un kyste hépatique volumineux; il libéra le péritoine de la tumeur et accola les surfaces cruentées de la séreuse à l'aide de sutures. Dans les tumeurs pédiculées, il a procédé de même, après avoir retroussé le péritoine recouvrant ce pédicule, sectionné ce dernier, il a réuni par la suture la capsule de séreuse détachée.

La suture, quand elle est possible, et la réduction du pédicule lui paraissent le traitement idéal.

M. Küster (Marbourg), dans un cas de cancer de la vésicule biliaire ayant envahi le bord libre du foie, eut recours à la méthode de Terrier, qui consiste à passer un trocart à travers la tumeur et à enlacer la base de celle-ci d'une ligature élastique. La malade mourut de septicémie avant la mortification et l'élimination du néoplasme.

Résection du genou par le procédé de section arciforme.

M. Helferich (Greifswald) a fait connaître il y a deux ans une opération ayant pour but, dans le cas d'ankylose angulaire du genou, de redresser le membre. Il s'agit de cas où l'ankylose n'est pas osseuse et où le redressement est encore possible. Ce dernier est obtenu par la résection arciforme, à savoir par l'excision d'une mince lamelle osseuse de l'extrémité inférieure du fémur et de l'extrémité supérieure du tibia.

M. Helferich a employé son procédé opératoire dans le cas d'ankylose ostéomyélitique, d'arthrite déformante grave et d'autres affections. Son intervention a été couronnée de succès. Aussi la recommande-t-il comme une opération de choix. Ce manuel est facilité surtout par l'usage d'une petite scie arciforme spéciale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mai 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

MM. Hallopeau et **Huchard** se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Typhus exanthématique.

M. Bucquoy. — J'ai été témoin, à Amiens, en 1848, d'une épidémie de typhus survenue dans les conditions suivantes : un prisonnier est extrait de la prison dite le Petit-Bicêtre qui est hors de la ville, est conduit devant le juge d'instruction au Palais de Justice. L'instruction dura plusieurs heures et dans le cabinet du juge se trouvaient le greffier, deux gendarmes, plusieurs témoins, en tout 12 ou 15 personnes qui furent alors en rapport avec le prisonnier. C'est dans ce milieu qu'éclata une épidémie de typhus tellement grave que presque tous ceux qui y avaient été appelés

furent atteints, juge, greffier, gendarmes et que plus de la moitié moururent en quelques jours.

Le prisonnier, cause de cette épidémie, communiqua la maladie à d'autres prisonniers qu'on soigna à l'Hôtel-Dieu. Personne n'en fut atteint en dehors de la prison et de ceux qui avaient passé par le cabinet du juge d'instruction.

Immunité vaccinale.

M. Hervieux. — L'état bactéricide est la condition essentielle de l'immunité vaccinale ; c'est le passage des produits bactériens à travers l'organisme qui, en provoquant la diapédèse, détermine l'état bactéricide, c'est-à-dire l'immunité vaccinale.

La bactérie vaccinale ne passe pas dans le sang ; elle est détruite par les leucocytes imprégnés de ses produits de sécrétion.

La puissance prodigieuse de prolifération des microbes fait concevoir comment avec un seul bouton on peut obtenir l'immunité vaccinale.

La décroissance de l'immunité vaccinale s'explique par la loi du renouvellement des tissus et des tumeurs dans l'organisme humain. Cette loi de renouvellement explique chez les revaccinés la stérilité de certaines piqûres, de fécondité de certaines autres et le développement plus ou moins incomplet des boutons vaccinaux.

La revaccination constitue le seul moyen à l'aide duquel on puisse mesurer le degré de conservation de l'immunité vaccinale.

L'activité de la rénovation dans le jeune âge, son ralentissement dans l'âge avancé expliquent la prompte disparition de l'immunité vaccinale chez les jeunes sujets, sa persistance chez les sujets âgés.

Suture nerveuse.

M. Laborde n'a pas eu la prétention d'apporter la solution de tous les problèmes, mais seulement d'en montrer des inconnues et de se rapprocher le plus possible des faits humains par les faits inexpérimentaux. Or, quoi qu'en dise M. Le Fort, la théorie de la conductibilité par simple contact est inadmissible ; l'expérimentation est à cet égard très nette, et malgré l'opinion de M. Le Fort, elle est, chez les chiens tout au moins, aussi probante que les faits cliniques. Certes, le chien ne parle pas, mais il a des réactions motrices réflexes absolument probantes.

M. Le Fort ne nie ni la sensibilité récurrente, ni la sensibilité collatérale, et il se place exclusivement sur le terrain de la sensibilité immédiatement rétablie. Or, à cet égard, il convient d'abord de se demander si, dans les faits cliniques, les chirurgiens ont toujours examiné avec tout le soin nécessaire les divers modes de la sensibilité.

Ainsi sur un des opérés de M. Tillaux, M. Laborde, grâce à des investigations d'ordre physiologique, a pu mettre en évidence une sensibilité récurrente jusque-là méconnue. Et pour M. Laborde ces faits ne prouvent pas autre chose que le réveil d'une sensibilité empruntée latente. Cela ne peut s'expliquer que par la dynamogénie. C'est ce qui a eu lieu après la première opération de M. Le Fort, et après la seconde ce qu'il faut faire intervenir, c'est la régénération, seule capable d'expliquer le rétablissement permanent des fonctions.

M. Laborde reviendra plus tard sur les faits concernant les troubles trophiques.

M. Le Fort. — Tout le monde est d'accord sur la dégénération fatale du bout périphérique et l'impossibilité d'une restitution définitive ni parfaite par contact simple. Tout ne passe pas, c'est incontestable, mais il passe quelque chose.

M. Laborde. — Quand ça passe, tout passe.

M. Le Fort. — Je maintiens qu'à cet égard l'expérimentation sur les animaux est insuffisante. Chez mon malade la sensibilité revenue était très atténuée ; il n'y avait pas douleur à la piqûre, mais simple sensation de contact, et là un chien ne réagit pas. Or cette sensibilité obtuse ou bien elle passe par continuité, ou bien vous êtes forcé de chercher des théories je ne sais pas où.

M. Laborde. — Je suis heureux de constater que M. Le Fort n'admet pas le rétablissement *définitif* par contact. Et si vous démontrez le rétablissement *temporaire*, ce sera une découverte immense, celle d'un fluide nerveux jusqu'à présent inconnu.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 28 avril 1893.

Étranglement herniaire.

M. Zuber relate l'observation d'un malade de 76 ans, entré dans le service de M. Monod avec des phénomènes d'étranglement et porteur d'une volumineuse hernie inguinale droite. La hernie était réductible avec gargouillement ; il n'y avait ni constipation absolue, ni ballonnement du ventre. Aussi, malgré les vomissements fécaloïdes qui survinrent le lendemain, M. Monod renonçait à intervenir : l'état général du malade ne semblait pas en effet devoir permettre de faire une laparotomie, seule opération qui parût indiquée, étant donnée la réductibilité de la hernie. Le malade mourut deux jours après son entrée. A l'autopsie, on trouva une anse intestinale noirâtre étranglée au niveau d'une bride fibreuse annulaire siégeant dans le trajet inguinal. L'anneau avait le calibre du doigt. D'autres anses occupaient le sac herniaire et constituaient la portion réductible de la hernie. On peut conclure de ce cas, qu'en présence de phénomènes d'étranglement chez un malade porteur d'une hernie, même réductible en apparence, on est toujours en droit d'intervenir chirurgicalement et d'inciser au niveau de la hernie.

Exostoses de la voûte crânienne.

M. Hulot présente des pièces provenant de l'autopsie d'une femme morte d'intoxication oxy-carbonée dans le service de M. Hayem. Il y a un épaississement considérable de la voûte crânienne ; il n'y avait rien à la base ; on ne trouva aucune exostose au niveau des membres. On a constaté dans le foie un noyau caséeux, sorte de pomme ramollie. L'utérus contient un fibrome calcifié. A signaler comme anomalie, quatre valvules sigmoïdes à l'artère pulmonaire.

M. Cornil fait remarquer qu'il s'agit ici d'ostéite condensante et que l'épaississement s'est fait aux dépens de la table externe. On ne trouve pas à la face externe des os, sous le péricrâne, les dépressions caractéristiques de la syphilis.

Cancer de l'estomac.

M. Nordmann montre un cancer du pylore qui s'est étendu à l'épiploon gastro hépatique et au foie. Le malade, âgé de 59 ans, offrait seulement des symptômes de dyspepsie avec pyrosis : il y avait une hyperchlorrhydrie. Il avait une teinte jaune paille variable suivant les jours. On ne constatait pas de tumeur à l'épigastre ; le foie n'atteignait pas le rebord des fausses côtes. Le malade, atteint de lésion mitrale, eut à un moment de l'œdème des quatre membres, qui disparut sous l'influence de la digitale. L'appétit reste toujours bon : l'alimentation que préférait le malade était la viande.

Tumeur kystique du grand épiploon.

M. Cazin présente une tumeur kystique volumineuse du grand épiploon, enlevée chez un homme qui avait autrefois été ponctionné par M. Lancereaux, lequel avait retiré de la tumeur un liquide hématique et avait songé à un kyste du pancréas. La poche qui était contenue, sans adhérences notables, dans le grand épiploon, renfermait sept litres de liquide sanglant. Certains points de la poche, épaissis et légèrement adhérents à l'intestin, ont été examinés microscopiquement : ils offrent la structure du fibro-sarcome : on y voit quelques exsudats hémorrhagiques. Cette constatation histologique engage-t-elle l'avenir du malade qui est sorti guéri de son opération et plein d'espoir ? Il semble actuellement difficile de trancher la question.

M. Cornil rapproche cette observation d'un fait analogue qu'il a communiqué cette année même à la Société. Il s'agissait d'une tumeur kystique de l'utérus, enlevée par M. Hartmann. A la face interne de la cavité, il y avait comme ici de petits kystes indépendants. La paroi était constituée par du tissu sarcomateux. Or, cette tumeur provenait d'une récidive : et depuis l'opération de M. Hartmann, une nouvelle récidive s'est produite.

Rupture de l'intestin grêle.

M. Guillemain rapporte le cas d'une rupture de l'intestin grêle consécutive à un coup de pied de cheval sur la paroi abdominale : il n'y avait aucune trace de lésion de cette

paroi. La mort est survenue vingt-trois heures après l'accident, avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. A l'autopsie, on a trouvé une rupture d'une anse d'intestin grêle, à douze centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. Il y avait ectropion de la muqueuse. Le mésentère était en état d'intégrité absolue.

M. Potherat cite un fait de rupture intestinale qu'il a eu récemment l'occasion de voir et qui présentait plusieurs particularités intéressantes. Cette observation doit être prochainement publiée.

T. Legry.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 *avril* 1893.

Présidence de M. Périer

Luxations anciennes du coude et résection.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion d'intervenir deux fois pour des luxations anciennes du coude. D'abord chez un jeune homme de 14 ans, atteint d'une luxation ancienne du coude droit, qui avait été complètement méconnue; il n'y avait aucune fracture. Cette luxation était postérieure et complète; à peine y avait-il quelques mouvements au coude. On essaya de réduire sous le chloroforme; impossible. Incision médiane postérieure; on trouva des parties fibreuses interposées. Section de l'olécrâne, et résection de la tête du radius. Réduction. Suture de l'olécrâne. Mobilisation au dix-huitième jour. Au début le résultat fut bon; mais peu à peu la raideur revint et, en somme, la guérison n'est que partielle. Dans un second cas, il s'agissait d'une luxation du coude gauche restée inaperçue pendant trois mois. Réduction impossible sous le chloroforme. Huit jours après, incision; c'était le brachial antérieur, transformé en une masse fibreuse épaisse, qui s'opposait à la réduction. On dut abattre l'olécrâne, réséquer l'apophyse coronoïde et la tête du radius. Réduction et suture de l'olécrâne. Mobilisation au 20e jour. Résultat excellent après un an. M. Schwartz est d'avis d'essayer d'abord la réduction pendant l'anesthésie; si on échoue, il faut faire une résection atypique et s'attaquer surtout aux surfaces articulaires inférieures. Dans son premier cas, il a eu un échec parce qu'il n'a pas agi suffisamment sur l'humérus; il n'y a que des avantages à se rapprocher de la résection typique. L'accès est facile après la section de l'olécrâne. Il vaut mieux ne faire ni ligatures, ni drainage; il faut mobiliser rapidement, d'une façon méthodique.

M. Kirmisson. — Je puis citer une observation de luxation ancienne du coude que j'ai opérée chez un petit garçon. Résection incomplète. Guérison. Les résections incomplètes sont de bonnes opérations; de la sorte on conserve la forme et la solidité de l'article. Quand on craint la raideur, il suffit de faire une résection plus large.

M. Berger. — C'est à dessein que j'ai confondu les résections pour luxation avec les résections pour arthrites ankylosantes. C'est qu'en effet, dans les cas cités précédemment, on avait à lutter contre des ankyloses vraies. Je persiste pourtant à penser qu'une luxation du coude ne se termine pas d'ordinaire par une ankylose, mais par une simple raideur articulaire.

M. Lucas-Championnière. — Il faut intervenir très largement; il n'y a aucune raison de faire des économies d'os, et, au contraire, il y a des raisons pour être large. Quoi qu'en pense M. Berger, on trouve parfois, après des luxations du coude, des ankyloses vraies; il en connaît au moins un cas. Quand on intervient chez des jeunes gens, on obtient d'ordinaire de bons résultats s'il s'agit de luxations; les arthrites rhumatismales avec ankylose sont bien plus difficiles à guérir.

M. Tillaux. — Il y a, en effet, des sujets qui ont une tendance toute particulière à l'ankylose, et en particulier je me souviens d'un jeune homme chez qui je n'ai pu l'éviter pour une fracture du coude mobilisée cependant de bonne heure.

Comme moi, M. Championnière repousse la réduction par manœuvres de force, mais je ne suis plus d'accord avec lui pour repousser la résection économique. Quel doit être notre but? réduire; si nous y parvenons par l'arthrotomie simple, tant mieux; sinon, il nous faut agir sur les os suivant les besoins, en attaquant celui qui est l'obstacle. Je ne crois pas du tout que la résection large évite davantage le retour de l'ankylose.

Opérations préliminaires pour les exérèses portant sur la cavité bucco-pharyngienne.

M. Quénu. — Les opérations préliminaires, ligature ou trachéotomie, sont inutiles dans les résections des maxillaires supérieurs ou dans l'hémisection du maxillaire inférieur. La ligature des deux carotides externes me semble une opération rationnelle avant l'ablation de certains polypes naso-pharyngiens dont on a reconnu la vascularité, cela au point de vue de l'hémostase. La trachéotomie préventive me paraît indiquée dans certains cas de tumeurs naso-pharyngiennes ou de certaines tumeurs du voile du palais s'accompagnant de troubles respiratoires pendant le sommeil. La trachéotomie préventive est très recommandable, associée à la ligature de la carotide externe, dans les opérations pour cancers étendus de la langue et du plancher de la bouche, non afin de sauvegarder la respiration pendant l'acte opératoire, mais pour isoler les voies pulmonaires d'un foyer de contamination.

Polypes naso-pharyngiens.

M. Verneuil présente les deux malades dont il a déjà communiqué l'observation il y a quinze jours. Sur les deux le résultat thérapeutique est bon, mais celui qui a été opéré par voie palatine et par cautérisations multiples n'a jamais été en danger, tandis que l'autre a failli mourir; en outre, le résultat plastique est chez lui beaucoup plus beau. Il parle sans doute moins bien, ce qui tient à ce qu'il refuse de se laisser faire la staphylorrhaphie.

Fibro-sarcome kystique du grand épiploon.

M. Segond présente une volumineuse tumeur kystique du grand épiploon, développée chez un homme de 48 ans, avec prédominance du côté droit de l'abdomen. L'examen clinique aurait pu faire penser à un kyste hydatique de la face inférieure du foie, si la ponction n'avait pas montré l'existence d'un contenu hématique; dans le service de M. Lancereaux, où le malade a séjourné pendant quelque temps, on avait fait le diagnostic de kyste du pancréas.

M. Segond, dans une laparotomie sus-ombilicale, mit à nu la surface du kyste et évacua 7 litres et demi de liquide sanglant; la poche, dont le siège exact put alors être reconnu, fut enlevée complètement, malgré quelques adhérences, et notamment une adhérence assez intime au gros intestin. Le malade, opéré le 7 avril, a parfaitement guéri. L'examen de la pièce, fait par M. Cazin, a montré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome kystique.

M. Galezowski fait une communication sur un procédé de débridement des points lacrymaux (Voy. *Mercredi*, 1890, p. 235).

M. Chaput présente un cas d'autoplastie du nez pour lésions de syphilis héréditaire, avec prothèse métallique par la méthode de Martin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 *avril* 1893.

Présidence de M. Hallopeau.

Danger et contre-indication de la morphine dans l'asphyxie de l'angine de poitrine.

M. Huchard. — La douleur n'est pas l'accident le plus important de l'angine de poitrine : c'est la syncope. Il est des cas d'angine de poitrine où le malade ne meurt pas subitement, mais dans lesquels il est pris de dyspnée avec œdème pulmonaire qui amène la mort en 3, 4 ou 6 heures. Dans ces cas, combattre la douleur par la morphine est au moins inutile et fait perdre un temps précieux; il faut agir rapidement par des injections répétées d'éther, de caféine, de trinitrine, par des inspirations de nitrite d'amyle. Cette forme de l'angine de poitrine a été expérimentalement déterminée par Betheleim, au moyen de la compression de l'artère coronaire antérieure; le ventricule gauche diminue ses contractions, tandis

que le ventricule droit, continuant à bien fonctionner, ne tarde pas à causer de l'œdème pulmonaire et l'asphyxie.

Sur les causes d'insuccès de la digitale.

M. Huchard divise en trois groupes les causes d'insuccès de ce médicament si précieux. Ces causes tiennent : 1° au médicament; 2° à la maladie ou au malade ; 3° au mode d'administration.

1° Les raisons d'insuccès dus au médicament proviennent de sa mauvaise qualité et elles sont trop connues pour y insister. Aussi doit-on, pour les éviter, préférer la digitaline.

2° Les insuccès dus aux malades et aux maladies sont nombreux et nous intéressent plus particulièrement. Les pneumoniques tolèrent bien la digitale ; les typhoïdiques la supportent mal. Le poison typhique en effet paraît, en ralentissant le pouls, agir un peu comme la digitale. Dans le rhumatisme articulaire aigu, la digitale abaisse insuffisamment la température. C'est dans les cardiopathies que ce médicament est surtout précieux. Toutefois, comme le fait remarquer Teissier, de Lyon, l'indication de la digitale repose sur l'état de compensation et non sur le siège de la lésion.

Il y a 4 périodes dans une cardiopathie avec lésion organique : 1° l'*Eusystolie*, la compensation est parfaite, la digitale est inutile; 2° l'*Hypersystolie*, il y a excès de compensation et la digitale est nuisible ; 3° l'*Hyposystolie*, et 4° l'*Asystolie*, la compensation diminue et disparaît et la digitale est alors d'un usage précieux. L'état de la fibre cardiaque explique aussi de nombreux insuccès de la digitale, mais il ne faudrait pas, dans ces cas, être trop absolu. Souvent la faiblesse du myocarde tient plus aux barrages, aux obstacles, qu'à la dégénérescence du myocarde. L'obstacle levé, la digitale jusqu'alors inactive produit des effets merveilleux. Le barrage peut être cardiaque, par exemple quand il y a dilatation considérable et menaces de thrombose cardiaque. Une saignée préalable de 400 grammes permettra à la digitale d'agir. L'obstacle peut être hépatique et il faudra combattre la congestion du foie avant de donner la digitale. Il n'y a pas de barrage rénal et la digitale, quoi qu'on en ait dit autrefois, réussit très bien, même lorsqu'il y a imperméabilité rénale. Christison, en 1855, l'avait déjà fait remarquer; lorsqu'il y a sclérose du foie, la digitale est inactive. Withernig, du reste, avait déjà constaté que la digitale, utile dans les hydropisies généralisées, n'agissait pas dans les hydropisies enkystées. Le barrage périphérique doit être combattu par des mouchetures avant l'administration de la digitale.

M. Huchard avoue que lui le premier a trop insisté sur les dangers de l'emploi de la digitale quand il y a excès de la tension artérielle. Ce médicament régularise plus qu'il n'augmente la tension artérielle. Dans certaines arhythmies, telles que le pouls à rythme couplé et tricouplé alternant, la digitale augmente les accidents. Dans les tachycardies compensatrices, sur lesquelles M. Rigal a insisté, dans les tachycardies bulbaires par compression du nerf vague, dans les tachycardies bulbaires la digitale est nuisible ou tout au moins inactive. Dans l'asystolie avec dyspepsie ou état gastrique, ce médicament n'agit qu'après un purgatif ;

3° Le dernier groupe de causes d'insuccès tient au mode d'administration, M. Huchard est d'avis de donner la digitale à dose massive. Il soumet ses malades au repos, au régime lacté exclusif, leur donne un purgatif et le quatrième ou cinquième jour, il leur fait prendre 50 gouttes d'une solution à 1/1000 de digitaline en une fois. Il est d'avis de ne pas donner d'autres médicaments avec la digitale pour éviter les antagonismes et bien se rendre compte de l'action du remède. Il ne conseille pas d'employer la voie hypodermique, l'absorption de la digitaline se faisant mal à cause de l'irritation qu'elle produit sur le tissu cellulaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 avril 1893.

Effets physiologiques et thérapeutiques d'un liquide testiculaire ou orchitique.

MM. Brown-Séquard et **d'Arsonval** exposent les résultats obtenus à l'aide des injections de liquide par plus de douze cents médecins.

En voici le résumé :

Ataxie locomotrice 342 cas ; 314 améliorations ou guérisons. Autres scléroses médullaires 8 à 9 0/0 d'améliorations ou de guérisons.

Tuberculose pulmonaire 67 cas ; amélioration, 8 0/0.

Cancer 103 cas (cancers superficiels), amélioration dans presque tous les cas.

Paralysie agitante 27 cas ; 25 améliorations.

Diabète ; amélioration presque constante.

Beaucoup d'autres affections chroniques ont été très améliorées dans presque tous les cas. Par exception, la neurasthénie s'est montrée rebelle dans presque la moitié des cas.

Toutes ces recherches conduisent à émettre les conclusions suivantes :

1° Bien que le liquide orchitique ne possède aucune influence curative directe sur les divers états morbides de l'organisme, il peut, après injection sous la peau, guérir ou améliorer considérablement les affections, organiques ou non, les plus variées, ou tout au moins en faire disparaître les effets.

2° Ces actions du liquide orchitique sont dues à deux espèces d'influences : par l'une, le système nerveux, gagnant en force, devient capable d'améliorer l'état dynamique ou organique des parties malades ; par l'autre, qui dépend de l'entrée dans le sang de matériaux nouveaux, ce liquide contribue à la guérison d'états morbides par la formation de nouvelles cellules ou d'autres éléments anatomiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 avril 1893.

Présidence de M. Dareste.

Parasites du cancer.

M. Malassez, à propos du récent travail de MM. Ruffer et Plimmer sur les parasites du cancer, fait remarquer que la description des auteurs paraît bien, pour quelques formes du moins, se rapporter aux faits qu'il a personnellement observés.

Ablation des capsules surrénales.

M. Langlois. — J'ai continué mes recherches expérimentales qui ont porté sur 27 chiens, dont 25 ont survécu à l'ablation d'une seule capsule. J'ai procédé par la voie antérolatérale qui m'a paru plus favorable que la voie lombaire. La capsule gauche est facilement attaquée, la droite un peu moins : pour celle-ci, on est parfois obligé de laisser un fragment qu'il faut détruire sur place au fer rouge.

Lorsqu'on enlève les deux capsules, la mort est constante au bout de 18 à 40 heures. Les animaux présentent de la parésie, et de l'immobilité.

Si l'on fait à un chien venant d'être opéré des deux capsules une injection de sang d'un chien semblablement opéré mourant, on avance notablement la mort.

Si un chien est opéré d'un seul côté et survivant depuis un mois, on peut lui injecter sans danger du sang d'un animal opéré bilatéralement.

La conservation d'un dixième de capsule surrénale a permis la survie.

M. Brown-Séquard. — Chez deux cobayes opérés des deux côtés, j'ai fait une saignée, et substitué du sang d'animaux sains. La survie a été prolongée de 8 à 10 heures.

Injections organiques.

M. Brown-Séquard. — M. Héricourt ayant à traiter un malade qui était resté à la suite de l'influenza faible, neurasthénique et hypochondriaque, lui a injecté comparativement du liquide testiculaire, une solution de phosphate de soude, le liquide de Koch, la spermine de Pœhl, l'extrait de substance cérébrale de C. Paul, le sérum artificiel de Chéron. Le suc testiculaire produisait constamment de bons résultats. Parmi les autres substances, seule la spermine a produit un effet, mais moindre et moins constant. On sait que la spermine existe dans la prostate et la rate, plus que dans le testicule. En tout cas il n'en reste pas de traces dans le suc testiculaire, préparé par B. S. et d'A. Il est à noter que le malade ignorait

chaque fois le corps employé et que l'effet suggestif ne peut être invoqué,

M. Busquet envoie une note sur l'action des essences sur le développement des champignons des teignes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 *avril* 1893.

Présidence de M. Ferrand.

Sur un cas de fièvre hystérique.

M. Hanot (en son nom et au nom de **M. Boix**, interne des hôpitaux). — On sait, surtout depuis la remarquable observation présentée par M. Debove à la Société des hôpitaux en 1885, que la réalité de la fièvre hystérique ne peut plus être mise en cause. Nous venons, précisément, d'en observer un nouveau cas, non douteux, sur une jeune femme de vingt et un ans, chez laquelle la fièvre, irrégulière d'allures, simula d'abord une dothiénenterie. Par éliminations successives, on fut amené au diagnostic de fièvre hystérique, et confirmé, ensuite, dans cette opinion par une enquête rétrospective.

L'abondance et la faible densité des urines ne contribuèrent pas peu à nous mettre sur la voie, alors que d'autres symptômes nous inclinaient du côté d'un début de fièvre typhoïde.

Ce diagnostic de fièvre nerveuse parut encore plus fondé lorsque, à la nouvelle de son assignation de paraître en justice (elle était inculpée d'avortement), la malade atteignit des températures de 40° et quelques dizièmes, sans qu'il pût y avoir la moindre supercherie.

A ce moment, nous pensâmes aussi à une tuberculose aiguë; mais, en peu de jours, tout avait disparu.

Les renseignements nous apprirent qu'elle avait eu, peu avant son assignation, trois crises de nerfs très nettes et que sa fièvre avait débuté brusquement, à la suite d'une émotion violente occasionnée par la vue de son mari malade.

Au surplus, la courbure thermométrique était irrégulière et visiblement influencée par les impressions morales. Il en était de même pour l'apparition et la disparition des phénomènes stéthoscopiques.

L'analyse de l'urine de vingt-quatre heures, faite, il est vrai, à un moment où la fièvre était tombée, a justifié la formule d'inversion indiquée par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau. La proportion de l'acide phosphorique combiné aux bases terreuses était, en effet, par rapport à celle de l'acide phosphorique combiné aux bases alcalines, à peu près exactement comme 2 est à 3, au lieu d'être comme 1 est à 3, ce qui est la formule normale.

Ajoutons, faits intéressants, que cette femme était sans antécédents nerveux et qu'on ne constata aucun stigmate d'hystérie pendant sa fièvre; mais, en revanche, il s'agissait d'une dégénérée.

Autre particularité. Elle était entrée dans l'hystérie active par de la fièvre, et cette fièvre avait d'abord pris les allures d'une dothiénentérie.

Quelles pouvaient être les raisons de ce fait?

La malade avait vu évoluer à côté d'elle trois fièvres typhoïdes qu'elle avait soignées. On peut donc supposer que le tableau de cette maladie s'était gravé d'une façon grossière, il est vrai, mais suffisante, dans son cerveau d'hystérique, et que le jour où elle vit à l'hôpital son mari très gravement atteint de cette même dothiénentérie, elle reproduisit immédiatement quelques-uns des symptômes qui l'avaient frappée chez lui (épistaxis, céphalalgie avec vertiges, fièvre, courbature), elle avait aussi du ballonnement du ventre, mais il s'expliquait naturellement par une constipation de huit jours.

Quant aux râles sous-crépitants, puis sibilants, généralisés, que nous avons notés, on sait que l'hystérie peut aussi les produire et qu'ils en ont imposé plusieurs fois pour de la tuberculose.

Nous insisterons, en terminant, sur l'importance de l'abondance et de la faible densité des urines dans le diagnostic de la pseudo-fièvre typhoïde de nature hystérique. C'est un excellent signe.

Comme traitement, le bromure de potassium est tout indiqué et on en a obtenu souvent de remarquables effets. Les antithermiques, on le comprend, doivent échouer.

Incident Lallemand.

M. Bucquoy rappelle dans quelles conditions déplorables a succombé du typhus son externe Lallemand.

La Société nomme une commission composée de MM. Millard, Bucquoy, Guyot, Gérin-Roze et Juhel-Renoy, chargée de « provoquer des mesures qui assurent aux élèves des hôpitaux, quel que soit leur titre, des soins convenables, lorsqu'ils auront été frappés, dans l'exercice de leurs fonctions, d'une maladie infectieuse qui nécessite leur isolement. »

N'est-il pas inhumain et injuste de voir des élèves des hôpitaux contracter dans leur service une maladie contagieuse, et ne pouvoir être soignés à l'hôpital qu'autant que la direction veut bien s'y prêter?

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 19 *avril* 1893.

Présidence de M. Cordier

Appendicite dans les hernies étranglées.

M. Auguste Pollosson présente des pièces anatomiques provenant de deux malades qu'il a opérés de hernies étranglées. Chez le premier malade, il trouva dans le sac un appendice vermiculaire gangrené qu'il excisa, et opéra ensuite la réduction. Chez le deuxième malade, il constata une hernie du cæcum avec apendicite gangréneuse qui avait été l'origine d'un abcès intra-scrotal. L'entérectomie et l'entérorraphie étant impraticable, il établit un anus contre nature après avoir réséqué l'intestin perforé, il enleva le testicule et sutura les bourses pour empêcher l'infection de la plaie opératoire par les matières fécales.

M. Maurice Pollosson, aux deux cas d'appendicite qu'il a trouvés dans les hernies étranglées et qu'il a communiquées, il y deux ans, à la Société, en ajoute un troisième qu'il a opéré et guéri. Il avait diagnostiqué avant l'opération une hernie épiploïque étranglée.

Sarcome de l'ovaire chez une petite fille.

M. Periole, interne des hôpitaux, présente, au nom de M. Vincent, un énorme sarcome de l'ovaire enlevé à une petite fille de neuf ans.

Corps étranger de l'urèthre et de la vessie.

M. Collet, interne des hôpitaux, présente un corps étranger de l'urèthre et de la vessie provenant d'un malade du service de M. le professeur Poncet. Il s'agit d'un homme de 39 ans qui s'était introduit dans l'urèthre une grosse ficelle et l'avait poussée probablement jusqu'à la vessie. Au bout d'un moment, il lui a été impossible de la retirer, même en exerçant des tractions assez fortes sur l'extrémité qui dépassait le méat. Le malade a gardé ce corps étranger pendant six semaines, après quoi il s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, où, en tirant sur la corde, on a pu arriver à son extraction. On a alors constaté qu'elle portait à sa partie moyenne un nœud très compliqué. En raison de l'uréthrite infectieuse due au séjour prolongé de cette ficelle et des délabrements considérables provoqués par le passage du nœud, on a dû pratiquer une large uréthrotomie externe, et après la constatation, *de visu*, des altérations du canal dont il ne restait d'autre vestige qu'une muqueuse effilochée et en bouillie, on l'a fait suivre d'un abouchement du bout postérieur au périnée. C'est une nouvelle indication, formelle dans ce cas particulier, de l'uréthrostomie périnéale.

L'observation emprunte un autre intérêt à la présence d'un gros nœud sur le trajet de la corde. Il est difficile au premier abord de comprendre le mécanisme de sa formation. Bien que le malade ait préalablement dilaté son canal par diverses manœuvres, il est impossible qu'il ait pu y introduire un pareil nœud (et il le nie d'ailleurs absolument). Il affirme qu'il a introduit la corde toute droite en lui imprimant seulement un mouvement de torsion sur son axe pour faciliter sa pénétration. Il est vraisemblable que le bout de la ficelle se détordait à mesure qu'il arrivait dans la vessie et se pelotonnait en formant des boucles qui se sont serrées et ont formé un nœud compact, lorsque le malade, après un moment, a voulu

tirer sur le tout pendant à l'extérieur. On peut se convaincre du bien fondé de cette supposition en cherchant à reproduire, comme l'ont fait MM. Jaboulay et Dor, les conditions expérimentales du phénomène ; il suffit pour cela d'introduire dans un ballon à long col contenant un peu de liquide, une corde à laquelle on imprime, à l'exemple du malade, un mouvement de torsion : on voit se former dans l'intérieur du ballon, à mesure qu'on pousse, des boucles qui se pénètrent réciproquement ; la traction exercée au dehors sur la ficelle n'a d'autre effet que de les tasser et de former un nœud qu'il est absolument impossible de retirer.

M. Auber rappelle que la formation de ces nœuds dans la vessie n'est pas un accident aussi rare qu'on pourrait le croire. Lui-même a publié, il y a quelque temps, un cas dans lequel une bougie conductrice s'était nouée dans la vessie. Peu après, un chirurgien de Dijon rapporta un cas analogue.

D P. Lacour.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 19 *avril* 1893.

Ladrerie de l'œil.

M. Hirschberg présente une paysanne de 44 ans qui, après avoir mangé de la viande de porc atteint de ladrerie, fut prise d'accidents d'helminthiase intestinale. Sous l'influence d'un traitement approprié, elle rendit un grand nombre de tœnias.

Deux ans après cet accident, elle commença à se plaindre d'affaiblissement de l'acuité visuelle du côté gauche et perdit finalement la vue de ce côté. A l'examen ophtalmoscopique, on trouvait dans la profondeur du corps vitré, en avant du nerf optique, un ver vésiculaire de 10 millim. de longueur sur 5 de large et 5 de hauteur. A l'éclairage, la vésicule avait des reflets verdâtres, paraissait entourée d'un bord pourpre et présentait nettement des mouvements. Le corps vitré était épaissi à la périphérie et à ce niveau la rétine paraissait trouble.

La malade étant endormie, on tailla un lambeau conjonctif, puis on enfonça le couteau dans le corps vitré. Le ver vésiculaire sortit aussitôt. L'opération n'avait pas duré une minute et la guérison s'effectua sans complications, de sorte qu'au bout de vingt jours, l'œil paraissait absolument sain. La malade ne recouvra pourtant pas la vue, l'opération ayant probablement été faite trop tard.

Empyème de l'antre d'Highmose.

M. Flatau. — Il s'agit d'une femme jusqu'alors bien portante qui, dans le cours de sa première grossesse, fut prise d'une tuméfaction du maxillaire supérieur du côté gauche. Un an après, elle redevint enceinte et à la tuméfaction précédente s'ajoutèrent des douleurs très vives. Elle se fit arracher deux dents, et, depuis lors, il se faisait un écoulement continu d'un pus fétide, en même temps que des masses fétides obstruaient les cavités nasales du côté gauche.

Il s'agissait évidemment d'un empyème de l'antre d'Highmose. Pour se frayer un passage vers cette cavité, on fut obligé de réséquer une portion du processus alvéolaire. La cavité nettoyée, on retira avec des pinces une large membrane pyogène. Guérison.

Grossesse tubaire.

M. Dührssen présente les pièces anatomiques de quatre cas de grossesse tubaire opérés pour des hémorrhagies consécutives à la rupture du kyste. Sur les quatre opérées, on a eu un seul décès par anémie.

Dans tous ces cas, les femmes sont arrivées à l'hôpital dans un état d'anémie profonde, et d'après M. Duhrssen, si l'on veut sauver les malades, la première indication est de faire la transfusion saline avant la laparotomie. Le seul cas de mort est justement attribuable à ce que la transfusion a été faite non pas avant, mais après la laparotomie.

Extirpation du rein.

M. J. Israël a présenté un rein qu'il a extirpé dans les conditions suivantes :

Un homme de 28 ans, jusqu'alors bien portant, fut pris il y a trois ans, de troubles de miction consistant en crises douloureuses extrêmement intenses rappelant celles de la colique néphrétique. Pour trouver un peu de soulagement, le malade avait recours à la morphine et devint ainsi morphinomane.

A l'examen on trouvait le rein gauche augmenté de volume, douloureux à la pression, de même que l'uretère correspondant ; hématurie alternant avec des urines catarrhales.

Croyant à une néphrite calculeuse, M. Israël fit la néphrotomie lombaire et fendit le rein en deux. Pas de calculs, mais une légère dilatation du bassinet. La plaie du rein fermée au catgut, guérit rapidement, mais la situation du malade s'aggrava en ce sens que les crises devinrent plus fréquentes et plus douloureuses.

Il était pourtant évident qu'il existait un obstacle à l'écoulement de l'urine, peut-être un calcul de l'uretère. Aussi M. Israël se décida-t-il d'intervenir de la façon suivante :

Il mit de nouveau à nu le rein et ne trouvant rien dans le bassinet, il prolongea l'incision en rasant la crête iliaque jusqu'au pubis, de façon à découvrir l'uretère par cette incision extra-péritonéale. L'uretère était induré, cartilagineux, par place atteint d'une sorte d'uretérite. S'étant assuré par le cathétérisme, à travers une incision, que l'uretère était perméable, M. Israël se contenta d'abord d'établir une fistule uretérale. Mais le malade n'ayant été nullement soulagé, on fit quelques jours après la néphrectomie.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 25 *avril* 1893.

Ablation d'une poche œsophagienne.

M. Butlin. — J'ai enlevé chez un malade une poche œsophagienne, pour cela j'ai fait une incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche. J'ai sectionné l'omo-hyoïdien et l'artère thyroïdienne supérieure ; j'ai écarté le paquet carotidien ; je pus facilement isoler la poche des tissus voisins et j'ai suturé ensuite l'œsophage à la soie. Le malade guérit sans complications. Je ne connais qu'une observation semblable rapportée par Bergmann dans les Archives de Langenbeck (Bd XIII, Hft I, 1892).

M. Lucas. — J'ai lu deux observations de pharyngotomie à la suite desquelles il y avait eu de l'altération de la voix, due d'après Cook à une lésion des récurrents ; je pense qu'on a dû sectionner le laryngé externe, branche du laryngé supérieur.

M. Godlee. — J'ai soigné un jeune soldat qui, à la suite d'un repas, devint brusquement très malade et, au bout de quelques semaines, éprouva la difficulté d'avaler ; on diagnostiqua une poche de la partie inférieure de l'œsophage. On put guérir le malade en passant des bougies.

M. Butlin. — Chez mon malade l'opération n'a amené aucun trouble de la voix. J'ai appris dernièrement que Kocher de Berne a opéré deux cas de cette nature avec plein succès.

Influence du régime sur la maladie de Bright.

M. Hale White. — On n'est guère d'accord sur le régime à prescrire aux malades atteints de la maladie de Bright. J'ai étudié dix malades atteints de mal de Bright chez lesquels l'urine a été analysée chaque jour. En variant les régimes, je suis arrivé aux résultats suivants : 1° les farineux et le lait augmentent la quantité d'urine sécrétée ; 2° ils abaissent un peu la densité de l'urine ; 3° le régime lacté fait sécréter plus d'albumine que le régime ordinaire ; 4° je n'ai pas obtenu de résultats constants pour l'urée ; 5° le régime ordinaire n'expose pas plus que les autres à l'urémie et même

dans un cas l'urémie a disparu sous l'influence du régime ordinaire. Les malades se sont toujours trouvés plus forts et en meilleur état avec le régime alimentaire ordinaire. Je conseille donc de donner le régime ordinaire aux brightiques.

M. Quain. — Je suis heureux d'entendre ce plaidoyer contre le régime lacté. J'ai vu un malade qui vivait presque exclusivement de pâtisserie et qui présentait de l'albumine en masse dans l'urine. Un régime ordinaire fit disparaître cette albumine. Le mercure est indiqué dans certains cas.

M. Maguire. — L'urine peut contenir une grande quantité d'albumine, sans que la santé soit troublée. Je crois qu'au début de la néphrite interstitielle, le régime ordinaire est très mauvais; plus tard, au contraire, quand le cœur est fatigué, le régime ordinaire peut rendre des services.

M. Broadbent. — Pour le traitement général, il faut se guider sur le cœur et la tension artérielle. Les symptômes urémiques sont dus à une rupture de l'équilibre circulatoire; ils résultent d'une augmentation de la résistance périphérique qui ne peut plus vaincre le cœur; d'où une stase dans les capillaires cérébraux. Le mercure agit en augmentant les éliminations intestinale et hépatique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 24 *avril* 1893.

Polype nasal

M. Watson. — Chez un homme de 50 ans, atteint d'obstruction nasale depuis deux ans, j'ai trouvé un polype muqueux de la fosse nasale droite s'étendant en arrière dans le pharynx nasal et venant boucher l'orifice postérieur de la narine gauche. J'ai enlevé ce polype.

Désarticulation de la hanche.

M. Symonds. — Voici un enfant de 8 ans qu'on a dû amputer au niveau de la hanche, la résection de cette dernière ayant échoué. On trouva une nécrose considérable du grand trochanter et de l'acétabulum ; on dut faire la transfusion au cours de l'opération. Le malade est guéri et peut marcher à l'aide d'un membre artificiel. C'est le seul cas où le malade ait pu marcher sans béquille et sans canne. Une injection de tuberculine avant l'opération avait produit une véritable explosion des accidents du côté de l'articulation.

Anévrysme artérioso-veineux.

M. Stonham. — Voici une femme de 21 ans qui, il y a 10 ans, reçut un coup sur le métacarpien du pouce. Un anévrysme artérioso-veineux s'est formé entre l'artère dorsale du pouce et l'origine de la veine radiale; il y a un thrill. Cet anévrysme n'est douloureux que depuis 4 mois. Je vais traiter cet anévrysme par la compression élastique et, si ce procédé échoue, par l'ablation au bistouri de la tumeur.

M. Bristowe. — J'ai vu un anévrysme artérioso-veineux dû à une communication de la veine cave donnant un murmure semblable à celui du cas précédent. Le thrill est dû à une vibration du sac.

Chancre de la joue.

M. Hutchinson. — Voici un homme de 35 ans, qui, au cours d'une querelle, fut mordu à la joue; il se développa en ce point un petit chancre; il y a un gros bubon sous-maxillaire et une éruption syphilitique sur le corps.

De l'hémoptysie dans l'anévrysme de l'aorte.

M. Smith. — Dans certains cas l'hémoptisie en est le premier symptôme. L'hémorrhagie directe n'est pas toujours nécessairement fatale. L'hémorrhagie peut aussi être indirecte et résulter de la compression des conduits trachéo-bronchiques, des vaisseaux, de la subtance du poumon; elle peut être due à une lésion valvulaire secondaire du cœur.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séances des 5 *et* 12 *avril* 1893.

Rhumatisme blennorrhagique polyarticulaire.

M. Nobl a observé un homme de 34 ans qui au 9e jour de sa blennorrhagie fut pris de douleurs dans les articulations des orteils droits et deux jours après de tuméfaction du genou avec fièvre et raideur de la nuque. A l'examen on trouvait une arthrite exsudative des deux genoux et de l'articulation de l'atlas avec l'axis. La ponction du genou fit sortir un liquide séro-purulent ne contenant pas de gonocoques ni de microorganismes pyogènes. Quelques jours après, les articulations tempo-maxillaires et tibio-tarsiennes se prenaient à leur tour.

Le salicylate de soude à haute dose eut une action insignifiante sur la marche du processus. Actuellement le malade, qu'on peut considérer comme guéri, conserve encore une hydarthrose du genou, de la raideur de la nuque et de la dificulté de mastication.

M. Schlesinger relève à cette occasion la gravité du rhumatisme blennorrhagique. Il y a 3 mois il eut à soigner un malade qui présentait une arthrite blennorrhagique du genou. Le traitement fut continué pendant 3 mois et le malade quitta l'hôpital en gardant un exsudat dans le genou et des raideurs articulaires.

Souffles cardiaques musicaux.

M. Weiss, après avoir présenté une malade chez laquelle on trouvait à l'auscultation un souffle musical au niveau de l'orifice aortique, a fait à cette occasion une étude de ces bruits.

Les souffles musicaux du cœur peuvent se diviser en cardiaques et pseudo-cardiaques. Ceux-ci se produisent tantôt dans les bronches ou les veines intra-thoraciques, tantôt dans le péricarde. Les bruits cardiaques tiennent toujours à des modifications pathologiques du côté des valvules mitrales ou aortiques.

M. Schrotter a présenté plusieurs pièces anatomiques sur lesquelles on pouvait voir les conditions mécaniques de la production des bruits musicaux. Dans un cas, il s'agissait d'une bride fibreuse tendue à travers le ventricule; dans d'autres, on trouvait des perforations valvulaires avec portion périphérique formant une véritable corde tendue.

Troubles digestifs et dermatoses.

M. Pick a observé un malade qui était pris d'urticaire chaque fois qu'il mangeait des pommes de terre ou de la confiture. Une autre dame présentait des exanthèmes érythémateux chaque fois qu'elle avait une indigestion ou de la gastralgie. Les deux malades furent guéries par l'emploi interne de la créosote

M. Ehrmann fait observer que l'eczéma dont l'étiologie est si variée, apparaît plus facilement chez les dyspeptiques. Quant à l'urticaire, il est dû à l'absorption de certaines toxines alimentaires, de certaines substances albuminoïdes (contenu des kystes), etc. Mais, d'un autre côté, l'urticaire apparaît chez des personnes prédisposées à la suite des émotions violentes. Quant à l'action de la créosote, on peut supposer que cette substance agit comme antiseptique.

M. Pins est plutôt d'avis que les toxines alimentaires agissent directement sur les nerfs périphériques, vaso-moteurs qu'ils paralysent.

Les prodromes du rhumatisme articulaire aigu.

M. Hock a observé une jeune fille qui, au milieu d'une santé parfaite, fut prise de perte de connaissance dont elle revint assez vite. Apportée à l'hôpital, on trouva à l'examen une température de 38° et subjectivement des maux de tête violents. Vers le soir la température monta à 39°, mais le lendemain la température redevint normale et la malade ne paraissait nullement souffrir. Vingt-quatre heures après, douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne, et une éruption de lichen ortié. Le lendemain début d'un rhumatisme articulaire aigu clinique qui dura deux mois.

Pour M. Hock, la fièvre, les maux de tête, etc., qui ont précédé le rhumatisme, doivent compter parmi les prodromes de cette affection.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Rupture de la rate ; splénectomie,

par O. Riegner (1).

Les déchirures étendues de la rate déterminent toujours la mort par hémorrhagie; aussi a-t-on, plus d'une fois, agité la question de savoir si dans ces cas il ne fallait pas faire la laparotomie et l'extirpation de l'organe. Nussbaum, dans une monographie sur les blessures de l'abdomen, s'exprime ainsi : Lorsque la situation est désespérée, que l'hémorrhagie est telle qu'il n'y a pas à songer à l'arrêter par la compression, on peut se demander s'il n'y a pas lieu de recourir aux moyens extrêmes, c'est-à-dire à la laparotomie, si peu dangereuse actuellement. Sans doute, dans un cas de rupture de la rate, le médecin n'est pas toujours prêt pour une intervention de cette nature; mais dans certaines conditions données, dans la certitude d'une mort prochaine, faut-il hésiter à faire la splénectomie? Non, quand il ne reste plus que cette intervention pour sauver le malade, il faut la tenter. En parcourant la littérature médicale de ces dix dernières années, je n'ai pourtant pas trouvé un cas où l'on ait suivi cette ligne de conduite. Il a 7 mois j'ai eu l'occasion de faire une splénectomie pour une déchirure transversale complète de la rate; le cas vous intéressera, je pense, tant au point de vue chirurgical que physiologique; voici brièvement l'observation :

Arthur G..., âgé de 14 ans, tomba le 17 mai d'un échafaudage, de la hauteur d'un 3e étage. A son arrivée à l'hôpital, il avait l'air anémié et se plaignait de violentes douleurs dans l'abdomen. Le pouls était petit et accéléré, la respiration superficielle et saccadée. Le ventre n'était point ballonné. La pression était douloureuse, mais en aucun point n'existait de matité anormale. Sur le flanc gauche on constatait des excoriations et des sugillations. Le lendemain matin, le facies anémique s'était accentué, le thermomètre marquait 36°. Le pouls misérable s'était encore accéléré ; il y avait du ballonnement. Le foie dépassait de 4 travers de doigt le rebord des fausses côtes. Dans toute la région hypogastrique on constatait de la matité, plus accentuée à gauche et dans les parties déclives. Les urines étaient normales.

En présence de tels symptômes on ne pouvait songer qu'à une hémorrhagie interne occasionnée par la rupture d'un organe important, le foie ou la rate. L'augmentation de la matité hépatique pouvait sans doute laisser penser à une lésion du foie, mais il était bien plus naturel de porter son attention du côté de la rate, en raison des excoriations du tronc indiquant la portée du traumatisme, et de la matité considérable de l'hypochondre gauche.

Je fis la laparotomie en pratiquant une incision longitudinale médiane et une transversale dirigée à droite et à gauche sous le rebord des fausses côtes. Par cette large ouverture il me fut facile d'explorer avec soin tous les organes de l'abdomen. Le foie ne présentait aucune lésion, ainsi que le tube digestif. La moitié gauche du ventre surtout était remplie de caillots sanguins et de sérosité; après une toilette sommaire, je constatai une rupture transversale complète de la rate ; un fragment était tombé dans la partie inférieure du ventre, tandis que l'autre était encore attenant aux vaisseaux tordus selon leur axe, circonstance qui n'avait pas peu contribué à diminuer l'intensité de l'hémorrhagie. Après ligature et torsion des gros vaisseaux, j'enlevai ce fragment de rate et refermai le ventre après une toilette et une inspection soignée de tout l'abdomen.

Une injection de sérum artificiel fut immédiatement pratiquée au malade très anémié et très affaibli.

Les suites opératoires eussent été plus satisfaisantes s'il n'était survenu une gangrène spontanée du membre inférieur gauche, pour laquelle il fallut faire l'amputation de Gritti.

Le malade supporta heureusement cette nouvelle intervention, qui, bientôt, fut suivie d'une hypertrophie des ganglions lymphatiques des coudes, des aines, des aisselles et du cou.

Actuellement l'enfant est florissant de santé, et ne ressent aucun symptôme morbide. Les ganglions sont encore hypertrophiés, quoique ceux de l'aisselle aient déjà beaucoup diminué. La glande thyroïde semble également avoir augmenté de volume, bien que celui-ci n'ait pas été noté avant l'opération.

Ce cas mérite d'attirer votre attention non seulement au point de vue chirurgical, mais encore par les considérations physiologiques qui s'y rattachent.

Les blessures de la rate ne sont pas un fait si rare que vous croyez, ainsi qu'il résulte des travaux de Ledderhose, Playfair et Nussbaum-Mayer.

Le diagnostic précoce est des plus difficiles à établir sur-le-champ, à moins que les lésions extérieures ne vous indiquent nettement la portée du traumatisme sur la région splénique.

Chez notre malade il existait quelques excoriations sur le flanc gauche. Les phénomènes douloureux le plus souvent sont mal localisés ou ne peuvent l'être en raison de la sensibilité de tout l'abdomen.

Les phénomènes de shock ne renseignent pas davantage, car ils appartiennent à tous les grands traumatismes de l'abdomen.

Contrairement aux ruptures des voies biliaires, des voies urinaires, du tube digestif, les ruptures de la rate ne déterminent pas le plus souvent de péritonite.

L'absence de réaction péritonéale serait donc un signe de diagnostic différentiel, si les symptômes abdominaux réflexes ou autres ne s'associaient pas pour vous faire croire à une inflammation du péritoine. Je vous ai signalé, en effet, chez notre malade une série de phénomènes (douleur abdominale, vomissements, petitesse et rapidité du pouls, respiration costale et superficielle, épanchement dans l'abdomen) qui auraient pu faire penser à une péritonite diffuse au début. L'absence d'épanchechement gazeux dans le ventre et la persistance de la matité hépatique éliminaient toute idée de rupture intestinale. Ni le rein ni la vessie n'étaient intéressés, puisqu'il n'y avait pas eu d'hématurie et que les urines étaient normales. Le signe qui ne fait jamais défaut et qui fut des plus nets chez notre malade est l'accentuation croissante d'une hémorrhagie grave intra-abdominale, caractérisée par la décoloration de plus en plus marquée des téguments, la fréquence et la petitesse du pouls, les phénomènes cérébraux d'une anémie aiguë et l'existence d'un épanchement augmentant d'une manière appréciable dans les parties déclives du ventre.

Lorsqu'il s'agit de déchirures étendues de la rate, tout traitement autre que l'intervention chirurgicale est inutile et impuissant à arrêter l'hémorrhagie rapidement mortelle. La laparotomie avec splénectomie est la seule conduite rationnelle. Souvent l'hémorrhagie est telle qu'en moins de quelques heures, de quelques minutes, le malade a succombé. C'est vous dire que dans tous les cas les circonstances ne sont pas aussi favorables que dans le mien, où l'intensité de l'hémorrhagie avait été jugulée par une torsion accidentelle des vaisseaux du hile de l'organe. Les blessures concomitantes des autres

(1) *Berlin. klin. Wochensc.*, n° 8, 20 fév. 1893.

viscères, fait assez fréquent, compliquent particulièrement l'opération. Loin d'être une raison d'abstention, elles commandent une intervention hâtive de laquelle seule dépend la guérison possible du patient.

L'opération doit être conduite selon tous les préceptes de l'asepsie et de l'antisepsie. L'incision cruciale me paraît absolument nécessaire pour explorer plus promptement et plus complètement la cavité abdominale, en même temps elle en facilite la toilette soignée. Il faut déplisser toutes les anses intestinales et les franges du mésentère, explorer la surface du foie, en un mot faire une revue de tous les organes. Des injections de sérum artificiel pendant les premiers jours consécutifs à l'opération relèveront avantageusement l'état général du blessé.

Notre malade nous a présenté une complication qui présente son intérêt au point de vue chirurgical. Je veux parler de la gangrène du membre inférieur gauche.

La cause de cette lésion ne saurait être l'action d'un traumatisme direct, car dans les premiers jours d'observation il n'y avait aucune trace de contusion. Il s'agit vraisemblablement d'une gangrène par thrombose due à différents facteurs (l'ischémie considérable, les injections sous-cutanées et les massages consécutifs, etc.).

Cette circonstance malheureuse m'a donné l'occasion de faire quelques recherches sur le membre amputé concernant le rôle physiologique de la rate que je vais vous exposer.

Aujourd'hui il est nettement démontré, non seulement par de nombreuses expériences sur l'animal, mais encore par nombre d'observations concernant l'espèce humaine, que la rate n'est pas un organe indispensable à la vie. Les opinions sont encore loin de s'accorder sur le rôle hématopoiétique que joue la rate, et sur la suppléance d'autres organes dans le cas d'ablation de cet organe.

D'après Neumann et Mosler, vous le savez, la moelle des os serait destinée à suppléer à la rate et jouerait une fonction importante dans la genèse du sang. Il était donc intéressant d'examiner la moelle des os du membre amputé quatre mois après la splénectomie. M. Ponfick, qui a bien obligeamment voulu faire un examen rapide, n'a rien observé de particulier soit à l'œil ou au microscope, si ce n'est une hyperhémie de toute la substance graisseuse de la moelle. Sur des coupes pratiquées ultérieurement, il est facile de reconnaître une vascularisation très intense, surtout au niveau des cartilages de conjugaison. On n'y voit pas les modifications décrites par Neumann et Mosler chez les animaux dératés. Quoi qu'il en soit, on ne peut nier ici une participation évidente de la moelle des os. Je vous ai fait remarquer à dessein l'hypertrophie de la glande thyroïde. Jouerait-elle un rôle de suppléance? Les expériences sur l'animal pratiquées déjà en 1841 par Bardeleben sembleraient le confirmer. Zesas n'a, par contre, jamais observé d'hypertrophie thyroïdienne chez les animaux dératés. Des observations sur l'homme (Crédé-Ceci) sont affirmatives; d'autres, au contraire, négatives (Czerny, Billroth, Albert, Trendelenburg).

Chez mon malade il y a une hypertrophie légère du corps thyroïde. Il est regrettable que le volume primitif de la glande n'ait pas été exactement apprécié; cette dernière semble donc avoir été influencée par la splénectomie. S'il peut rester quelque doute sur le rôle de suppléance du corps thyroïde dans notre cas, on ne pourra s'empêcher d'être convaincu de la participation évidente du système lymphatique. En effet, dès la quatrième semaine après l'extirpation de la rate, les ganglions inguinaux, puis ceux des autres régions, se mirent à s'hypertrophier, et ce n'est qu'actuellement, c'est-à-dire sept mois plus tard, qu'ils commencent à reprendre leur volume normal. Czerny a observé, deux semaines après une splénectomie, une hypertrophie ganglionnaire de l'aine et du cou qui ne rétrocéda qu'au bout de trois mois.

Vinogradoff a relaté une hypertrophie ganglionnaire généralisée, dans les mêmes circonstances.

Chez les animaux dératés on a signalé avec assez d'accord une augmentation des globules blancs et parfois une diminution des hématies. Zesas a noté que les modifications hématiques s'observaient dès la quatrième semaine après l'ablation de la rate et cessaient vers la huitième. Czerny, Witzel, Trendelenburg n'ont constaté aucune modification chez l'homme. Horoch, Albert ont signalé une augmentation des globules blancs et une diminution des hématies.

Billroth, Hucker, trois semaines après l'intervention ne relevaient qu'une légère augmentation des globules blancs; par contre, nombre d'auteurs ont trouvé une augmentation des globules blancs, une diminution des hématies avec abaissement proportionnel du taux de l'hémoglobine.

L'observation de Crédé est surtout concluante à ce sujet et montre le rôle hématopoiétique de la rate et à son défaut des organes hématopoiétiques (moelle osseuse, ganglions, corps thyroïde).

Chez mon malade, les recherches hématologiques ont donné les résultats suivants :

Le taux de l'hémoglobine un jour après l'opération était tombé à 20 0/0 pour remonter progressivement à 80 0/0. Le nombre des globules était dans les premiers jours de 25,000,000 globules rouges et 25,000 globules blancs par centim. cube. D'un côté, il y avait donc une diminution de moitié et de l'autre une augmentation de quatre à cinq fois. Le nombre des hématies au bout de huit semaines était normal et les globules blancs étaient encore en excès. Des lamelles de sang préparées d'après les données de Erhlich montrèrent au début les altérations d'une leucocytose aiguë; il y avait des globules blancs augmentés de volume, un grand nombre d'éléments neutrophiles polynucléaires et quelques cellules éosinophiles. Au bout d'un mois on constatait surtout une pléthore de lymphocytes mononucléées. Actuellement persiste une augmentation évidente des globules blancs. Les lymphocytes ont diminué et le nombre des cellules polynucléaires s'est accru. Dans les nombreux examens pratiqués, on n'a jamais constaté de modifications des hématies.

Ces données hématologiques sont en faveur du rôle hématopoiétique que jouent chez mon malade les glandes lymphatiques. L'augmentation peu marquée des cellules sanguines blanches éosinophiles est peut-être un argument contre la participation de la moelle osseuse dans l'hématopoièse, d'ailleurs son examen microcospique n'avait révélé rien de bien particulier en dehors de sa vascularisation.

Le processus de réparation n'est pas terminé, puisqu'il existe encore une leucocytose notable et une hypertrophie ganglionnaire presque généralisée. Quoi qu'il en soit, j'ai cru devoir, dès à présent, vous entretenir de ce malade et vous en signaler les particularités intéressantes.

REVUE DES CONGRÈS

22e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

(*Tenu à Berlin du 12 au 15 avril 1893*).

Diphthérie des plaies.

M. Brunner (Zurich) comprend sous ce nom l'infection particulière des plaies où à l'examen bactériologique on trouve

le bacille de Lœffler. Le type de cette infection est la diphthérie de la plaie de la trachéotomie pour croup. Dans ces cas il s'agit d'infection par contact ou par continuité des tissus. Mais il existe d'autres cas où la diphthérie envahit la plaie sans que le malade soit atteint de diphthérie proprement dite ou se soit trouvé en contact avec des diphthériques. Ainsi M. Brunner a observé trois cas de ce genre où il s'agissait deux fois de plaies des doigts et une fois d'un phlegmon du scrotum. Dans tous ces cas on trouva, à côté des streptocoques et des staphylocoques, le bacille de Lœffler très virulent dans un cas et d'une virulence atténuée dans deux autres.

Ces trois malades n'ont pas été en contact avec des diphthéritiques, et à cette époque il n'y avait pas d'épidémie de diphthérie à Zurich. On peut donc admettre que le bacille pseudo-diphthéritique qui existe souvent à la surface des muqueuses et de la conjonctive des individus bien portants, a pu être transporté sur la plaie et acquérir une virulence très accusée.

Désinfection des plaies.

M. Schimmelbusch (Berlin) a fait une série d'expériences sur des animaux pour étudier l'action des antiseptiques sur les plaies infectées.

Les premières expériences étaient faites sur des souris placées dans des cages de telle façon que leur queue sortait dehors et ne pouvait être touchée par l'animal. A deux centimètres de la base de la queue on faisait une petite plaie qu'on infectait de charbon et qu'on lavait immédiatement après au sublimé à 1/1000; dans d'autres cas la plaie était longtemps irriguée par la même solution. Tous les animaux ont succombé au charbon, et le résultat fut le même quand le sublimé fut successivement remplacé par l'acide phénique, le chlorure de zinc, la créoline, etc.

Dans une autre série d'expériences sur des lapins, on faisait aux animaux une plaie de l'oreille qu'on infectait avec une culture de streptocoques et qu'on traitait comme précédemment. Les résultats furent les mêmes que dans les expériences avec des souris : tous les lapins succombaient à l'infection streptococcique.

Ces expériences montrent donc que les antiseptiques agissent autrement sur l'organisme vivant infecté que sur une culture microbienne *in vitro*. Pour expliquer cette différence d'action, on peut admettre ou bien que les antiseptiques sont neutralisés par les substances albuminoïdes du sang ou bien qu'il est matériellement impossible de porter la substance bactéricide dans tous les recoins de la plaie ou bien enfin que les microbes pénètrent très rapidement dans les tissus et échappent ainsi à l'action des antiseptiques.

C'est la dernière hypothèse qui paraît la plus vraie. Elle s'appuie du reste sur des faits cliniques et expérimentaux bien connus de Collin qui voyait les lapins mourir du charbon quand il leur enlevait l'oreille dans laquelle était faite l'injection, même quelques minutes après l'injection. Du reste, M. Schimmelbusch a pu constater le même fait en amputant la queue des souris dix minutes après l'infection.

Autoplastie de la trachée.

M. Schimmelbusch (Berlin) a rappelé deux cas d'autoplastie de la trachée pour perte de substance consécutive à la trachéotomie.

Dans le premier cas, datant de sept ans, on fit simplement l'excision de la cicatrice et l'autoplastie par lambeau cutané. Le succès fut complet.

Dans le second cas où la perte de substance mesurait 5 cent. de hauteur et s'étendait jusqu'au sternum, avec rétraction cicatricielle du menton, on tenta d'abord l'autoplastie cutanée qui échoua. On se décida alors à combler la perte de substance par un lambeau résistant, un lambeau ostéopériostique qui fut pris sur le sternum et rabattu la face cruentée en dehors. La malade guérit.

M. Küster (Magdebourg) rappelle qu'il y a déjà quelques années il eut recours au procédé qui consiste à réséquer la cicatrice et à suturer, après la mobilisation, les deux bouts de la trachée.

Dans le cas où il employa ce procédé, il s'agissait d'une rupture traumatique de la trachée avec perte de substance. La guérison ne fut pas complète en ce sens que le malade conserva une fistule et un léger rétrécissement au niveau de la fistule.

M. Kœrte (Berlin) pratique toujours la trachéotomie inférieure, et a remarqué que la perte de substance consécutive à l'opération tient à l'infection des tissus par les streptocoques. Cette infection est très difficile à éviter en temps d'épidémie.

M. Bergmann, qui emploie la trachéotomie supérieure, n'a jamais observé la destruction de la trachée. Il est d'avis que ces pertes de substance surviennent quand on fend le cricoïde ou quand on fait le tamponnement iodoformé de la muqueuse au-dessus de la plaie.

Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche.

M. Hoffa (Würzbourg) a déjà appliqué sa méthode opératoire, qu'il a communiquée il y a trois ans, dans 26 cas de luxation congénitale de la hanche. Le but de cette méthode est la réintégration de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde préalablement recreusée.

Les obstacles à la réduction résultent du raccourcissement des parties molles étendues du bassin à la cuisse et à la jambe.

Plus les enfants sont jeunes, plus il y a de chances de succès à vaincre la résistance des tissus, qui est déjà marquée chez un enfant de trois ans. Celle-ci s'accroît avec l'âge, aussi faut-il opérer le plus tôt possible et n'intervenir qu'exceptionnellement chez les sujets déjà d'un certain âge.

Le squelette présente également des obstacles à la réduction : la cavité cotyloïde est la première en cause. Généralement, on croit que cette dernière fait défaut, bien que M. Hoffa l'ait toujours rencontrée quoique incomplètement développée.

Sur 111 pièces de luxation congénitale, 104 fois la cavité cotyloïde existait, 7 fois elle faisait défaut. Le plus souvent, elle est même bien conformée.

Quoi qu'il en soit, la cavité est toujours impraticable. Dans trois ou quatre cas M. Hoffa négligea de l'agrandir, et mal lui en prit.

Pour façonner la nouvelle cavité, l'auteur conseille la curette tranchante à la place du ciseau. Le curettage est facile à pratiquer surtout à l'aide de la curette à manche recourbé en forme de baïonnette. M. Kœnig craint que le fond de la cavité ne soit trop mince pour permettre un évidement. M. Hoffa, à l'aide de pièces, démontre que la partie de l'os à évider est la plus épaisse; d'ailleurs, il n'a jamais éprouvé de difficultés sérieuses. La tête fémorale et son col créent rarement des difficultés opératoires; celles-ci surviennent dans deux conditions : tantôt l'angle d'ouverture formé par le col et la diaphyse est trop ouvert. Dans ce cas, il faut sectionner les parties molles hardiment et largement pour pouvoir abaisser facilement la tête. Tantôt le col subit une inflexion horizontale dirigeant la tête en avant. Dans le cas de réduction, la tête fémorale présente alors une grande tendance à s'échapper dont on ne peut triompher qu'en mettant la jambe en rotation en dedans.

L'opération se fait de la façon suivante : l'articulation est ouverte à l'aide de l'incision de la résection de Langenbeck; et le ligament rond extirpé. Chez l'enfant, jusqu'à l'âge de 6 ans les parties molles à sectionner sont surtout les muscles pelvi-trochantériens. Quand il s'agit de malades plus âgés, il faut faire au préalable l'extension continue, pour obtenir, autant que possible, l'allongement des parties molles, puis on libère autant que possible, avant l'opération proprement dite, l'articulation des parties molles qui l'entourent, et on rend la tête fémorale mobile, en sectionnant tous les muscles tendus par la traction sur la jambe; c'est ainsi qu'il faut couper le muscle droit au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure; les fascia, les abducteurs et enfin les muscles longs, s'étendant du bassin à la jambe. On peut également détacher les muscles insérés à l'ischion. La cavité étant alors évidée, la réduction s'opère facilement : après un lavage à l'eau stérilisée pour enlever tous les débris osseux, on suture la capsule, on tamponne la plaie avec de la gaze iodoformée, sans réunir. Cette dernière est enlevée au bout de huit jours.

Dans le cas de luxation unilatérale, on se propose de vaincre la résistance des muscles, corriger la lordose et la boiterie. On sait que dans les luxations congénitales, la tête fémorale est diminuée de volume, et que l'extrémité inférieure est raccourcie. Aussi, dans le cas de luxation unilatérale,

reste-t-il après l'intervention une légère différence des extrémités inférieures. Lorsque l'affection est double, la lordose disparaît complètement et la marche redevient normale.

Le résultat s'est maintenu chez tous les malades. M. Lorenz à Vienne et d'autres auteurs ont pratiqué l'opération de M. Hoffa avec le même succès.

M. König n'hésite pas à reconnaître, après expérience faite, la supériorité de la méthode de Hoffa sur celle dont lui-même a donné la description il y a deux ans.

M. Gussenbauer (Prague) a eu l'occasion de traiter plusieurs cas d'après la méthode de Kœnig, qui consiste à agrandir la cavité cotyloïde à l'aide d'un lambeau périosté. Contrairement à l'opinion de M. Kœnig lui-même, cette méthode lui a donné des résultats satisfaisants.

M. Guggenberg (Halle) propose pour l'évidement de la cavité, au lieu de la curette tranchante, un trépan de forme semi-lunaire.

Moignons ostéo-plastiques dans les amputations basses de la jambe.

M. Bier (Kiel). — Dans les amputations de la jambe par le procédé habituel, le moignon de soutien est souvent exposé à des ulcérations en raison de la pression des os sur les parties molles. L'auteur évite ce grave inconvénient par le procédé qu'il a imaginé. Il pratique une résection cunéiforme des parties molles et des os à la partie antérieure de la jambe, puis il scie le tibia et le péroné et rabat en avant et à angle droit avec l'axe du membre l'extrémité osseuse du moignon. De cette façon la face postérieure du tibia, recouvert de ses parties molles, regarde en bas et sert de point d'appui au membre. Le raccourcissement du membre est considérablement diminué et ce dernier possède une base solide de sustentation. L'artère tibiale antérieure est sectionnée, la postérieure conservée. Avec ce procédé l'on peut se contenter d'appliquer ultérieurement l'appareil de prothèse le plus simple.

Traitement des sarcomes des os longs par la résection.

M. Neumann (Halle). — Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans qui présenta, à la suite d'une chute, de violentes douleurs au niveau du genou gauche. Il survint une tumeur qu'un médecin incisa sur une longueur de 7 cent.; il s'en échappa une certaine quantité de substance d'aspect sarcomateux. Au cours de la désinfection de la cavité néoplasique, il se fit une fracture du tibia à 4 cent. au-dessous de l'articulation. On aborda alors la lésion par une incision latérale en commençant au-dessous de la tubérosité de l'os et allant au delà du condyle; l'articulation était envahie. Tous les tissus malades furent soigneusement enlevés, la partie inférieure du fémur fut réséquée, ainsi qu'un morceau de 5 centim. de péroné sain. La partie restante de cet os fut taillée en pointe, puis enfoncée dans la partie inférieure du fémur. On draina et on sutura. La structure était celle d'un sarcome à cellules géantes. La malade marche actuellement à l'aide d'un appareil; la guérison est parfaite sans récidive.

Interventions par la voie sacrée.

M. Czerny (Heidelberg). — Cette voie permet d'aborder des tumeurs inaccessibles autrement. M. Czerny a ainsi opéré nuit malades atteintes de carcinomes de l'utérus très avancés. Une malade est morte, les sept autres ont guéri. Aujourd'hui une seule est encore en vie, les autres ayant succombé à des récidives. L'auteur conseille d'intervenir par cette voie pour d'autres affections qui en comportent nettement l'indication.

Les tumeurs douteuses du corps de l'utérus peuvent être abordées de cette façon : une jeune fille de 20 ans présentant des métrorrhagies et des écoulements fétides, mêlés de débris sarcomateux, se détermina à être opérée quand sa tumeur utérine eut le volume d'une tête d'enfant, et qu'il existait déjà un envahissement du vagin. Les dimensions du néoplasme étaient telles qu'il n'y avait pas lieu de songer à l'intervention vaginale. Aussi M. Czerny intervint-il par la voie sacrée. La malade guérit, mais mourut plus tard de métastase.

Chez une autre malade fortement anémiée par des pertes de sang considérables, il existait une tumeur utérine de la grosseur d'une tête d'homme. La guérison arriva par l'intervention sacrée. Dans deux autres cas il s'agissait de kystes dermoïdes adhérents au petit bassin.

M. Czerny est également intervenu chez un jeune homme pour une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, située entre la vessie et le rectum. Dans deux cas d'atrésie rectale, il put commodément trouver le bout inférieur du rectum, et dans trois cas de tumeurs du bassin il réséqua définitivement le sacrum en partie; une fois il l'enleva jusqu'aux deuxièmes trous sacrés.

M. Steinthal (Stuttgart) a pratiqué trois fois l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée. Chez une femme de 52 ans, opérée pour un carcinome en chou-fleur du col de l'utérus, la guérison s'est maintenue sans récidive. Chez une autre, opérée en septembre 1892 pour un carcinome du corps, le résultat fut aussi heureux. Dans un troisième de cancer du col ayant envahi tout le vagin, l'intervention fut également suivie de succès.

L'auteur pense que la méthode d'extirpation par le sacrum est appelée à un grand avenir, car le plus souvent les carcinomes utérins sont trop étendus pour être enlevés par le vagin; d'un autre côté, l'extirpation après résection définitive ou temporaire a des avantages sérieux sur l'extirpation par le vagin. Il est facile de pratiquer l'hémostase. Le champ opératoire plus étendu permet de faire des opérations plus complètes et d'éviter ainsi les récidives ganglionnaires.

M. Schede (Hambourg) fait remarquer que l'opération est rendue plus facile, en plaçant le bassin assez haut. Il y a moins de sang et le champ est plus vaste; il conseille d'inciser d'abord le vagin, de tirer l'utérus dans l'axe du corps, de laver le champ opératoire pour chasser les débris cancéreux avant l'ouverture du péritoine. De cette façon, il n'a jamais eu de récidive au niveau de la plaie antérieure. Les récidives sans exception sont d'ordre ganglionnaire. La cavité péritonéale est suturée la première et le vagin ensuite, de cette façon la réunion s'est faite par première intention.

Quel côté doit-on choisir pour opérer? Cela dépend du côté infiltré par le néoplasme.

M. Gussenbauer (Prague) devait essayer un procédé spécial chez une femme chez laquelle on avait diagnostiqué un sarcome, alors qu'il s'agissait de tuberculose. Il consistait à pratiquer à la scie une section médiane du sacrum et du coccyx, puis une section transversale d'une moitié latérale au sacrum au-dessous du premier trou sacré, section qui se continuerait en dehors, à travers la symphyse sacro-clinique.

Il opéra par un procédé analogue un homme de 31 ans, atteint d'un cancer très élevé du rectum. La guérison se fit par première intention.

Résection temporaire du crâne pour un cas d'amnésie progressive.

M. Hahn (Berlin). — Le malade en question est âgé de 30 ans, et fut envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de tumeur cérébrale en raison de certains symptômes observés. Pas d'antécédents syphilitiques, mais, par contre, alcoolisme marqué avant son affection. A son entrée on notait de la déviation de la langue à gauche, une diminution du goût, des bourdonnements d'oreille et des douleurs sourdes dans la tête. Depuis novembre 1891, l'acuïté visuelle avait complètement disparu à gauche et commençait à s'affaiblir à droite. Perte de mémoire. Immobilité pupillaire à droite. Diagnostic : kyste hydatique dans le lobe frontal gauche. On pratiqua une résection temporaire du frontal en taillant un lambeau ostéo-cutané quadrangulaire à base dirigée du côté de la région temporale; l'os fut taillé en biseau. La dure-mère n'offrait pas de pulsations; après son incision, la substance cérébrale fit hernie au dehors.

Il n'y avait point de tumeur, et on dut sectionner la partie de substance cérébrale herniée, dans l'impossibilité de la réduire. Enfin on pratiqua une ponction exploratrice qui ramena des ventricules 100 grammes de liquide.

Cette intervention un peu accidentée détermina une guérison rapide. Le malade recouvra la mémoire, les douleurs cessèrent et l'acuïté visuelle de l'œil droit revint notablement. Il s'agissait donc d'une hydrocéphalie comme on en voit survenir chez des alcooliques, dans la méningite cérébro-spinale

Trépanation pour une plaie du cerveau par instrument piquant.

M. Nicolai (Francfort-sur-Oder). — L'opéré que présente l'auteur est un soldat qui reçut un coup de fourche à la tempe gauche. L'une des pointes avait pénétré dans l'os à 7 centimètres au-dessus du conduit auditif externe.

M. Nicolaï fit une incision au niveau de la petite plaie, agrandit l'ouverture osseuse et constata une fracture esquilleuse de la table interne. Un petit fragment était même enfoncé dans la substance cérébrale. Au moment où on la retira, le malade fut pris comme d'une attaque tétaniforme. Par crainte de l'infection, on laissa la plaie libre en la protégeant seulement avec de la gaze stérilisée. La malade présenta ultérieurement une série de phénomènes particuliers : il eut de la paralysie des muscles et de l'abolition des réflexes du côté droit ; de l'incoordination des mouvements de l'œil, de l'aphasie et de l'agraphie. Ces symptômes disparurent peu à peu et actuellement il est complètement guéri.

Résection temporaire du crâne pour une hémorrhagie intra-veineuse dans un cas de fracture de la base.

M. Stenzel (Küstrin). — Un ouvrier, âgé de 38 ans, tomba, le 18 janvier, de un mètre et demi sur le sol, il perdit connaissance et fut transporté à l'hôpital. Extérieurement le crâne ne présentait aucune lésion. Il survint du ptosis de la paupière supérieure gauche, de l'hémiplégie droite, du coma, en un mot des signes de compression qui engagèrent à intervenir. On pratiqua une résection temporaire du temporal gauche, on trouva un épanchement sanguin comprimant le cerveau. Les caillots enlevés, l'hémorrhagie fut arrêtée par tamponnement. Au bout de quelques jours le tampon fut enlevé et remplacé, car l'hémorrhagie avait repris ; ce ne fut qu'au 6e jour qu'on put rabattre le lambeau ostéo-périostique et le suturer. Les suites opératoires furent des plus satisfaisantes, car le malade était guéri le 18 février.

M. Hoffmann opéra il y a deux ans et demi un malade qui avait reçu, 5 ans auparavant, un coup de pied de cheval à la partie gauche de la tête ; il s'ensuivit des troubles cérébraux graves, de l'hémianopsie droite et de l'aphasie, symptômes qui firent penser à une lésion en foyer dans le lobe postérieur gauche. La trépanation resta blanche ; alors, en présence des symptômes de compression, on ponctionna le ventricule et on retira environ deux grammes de liquide ; la plaie fut réunie secondairement. Les symptômes s'accentuèrent, l'acuïté visuelle disparut progressivement, le malade dut finalement être placé dans une maison de santé. Dans ce cas il s'était évidemment agi d'hydrocéphalie chronique.

M. Troje rapporte deux cas de résection temporaire du temporal, faite à la clinique de M. Mikulicz. Dans le premier la jeune fille en question, âgée de 18 ans, tomba vers un an et demi d'une échelle, et se fit un enfoncement de la tempe droite. Dans sa 12e année elle fut prise d'épilepsie jacksonienne. Au cours de l'opération on trouva de petits kystes dans la substance cérébrale adhérant à l'os, développés dans le lobule supra-marginal et dans la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante. En dehors d'une paralysie passagère des réservoirs, la malade guérit par première intention.

De l'état du rein après la néphrotomie.

M. Barth (Marbourg). — Chez un homme de 32 ans, auquel M. Küsler avait pratiqué une néphrotomie exploratrice suivant une incision allant de la convexité vers le hile, l'état du rein examiné par la plaie opératoire était le suivant : sur la partie médiane de l'incision transversale, le tissu rénal s'était réuni et présentait du tissu cicatriciel. A côté existaient des foyers de nécrose analogues à des infarctus. Au microscope on voyait des vaisseaux thrombosés au milieu du foyer, une partie de tissu en processus de résorption et plus loin une zone de réparation formée de néo-canalicules urinifères dérivant des tubes droits. Il résulte de ces faits qu'il faut choisir l'incision qui lèse le moins de vaisseaux, c'est-à-dire l'incision exactement médiane et longitudinale. C'est d'ailleurs ce qui résulte d'expériences faites sur l'animal.

Résection des reins.

M. Kümmel (Hambourg). — On s'est demandé, dans la chirurgie rénale, s'il ne serait pas utile de conserver le plus possible de la glande en n'enlevant que les parties malades. M. Kümmel a entrepris une série d'expériences sur le lapin consistant à réséquer une plus ou moins grande partie d'un pôle de l'organe ; il n'en est pas résulté d'inconvénients pour l'animal, tant au point de vue de l'état général que de la sécrétion urinaire.

L'état des reins, quelques jours après l'opération, est tout à fait particulier. L'organe opéré acquiert rapidement le volume, le poids et la forme de l'autre rein, mais il ne s'agit pas d'une hypertrophie réelle, d'une néoformation de tissu parenchymateux, mais d'une hyperplasie conjonctive de nature cicatricielle amenant plus tard la rétraction de la glande.

Dans plusieurs cas, M. Kümmel eut l'occasion d'extirper une partie du rein chez l'homme. En 1886, un jardinier de 36 ans eut, à la suite d'un traumatisme, une affection rénale. L'excision d'un foyer morbide de la grosseur d'une noix amena la guérison.

M. Kümmel intervint chez un homme cachectique de 54 ans souffrant de douleurs rénales à gauche et présentant des urines sanglantes ; il lui fit une excision d'un foyer malade, les hématuries persistèrent, la cachexie s'accentua et il ne lui resta bientôt plus de doute qu'il s'agissait d'un cancer vésical ; le malade en fut opéré, mais il succomba à des lésions de néphrite interstitielle.

En 1887, il opéra une femme de 44 ans, épuisée, amaigrie, présentant un rein droit facile à palper et très douloureux ; il s'agissait d'un volumineux abcès ; l'incision, le curettage et l'excision d'un tiers de la glande amenèrent une guérison parfaite ; la femme travaille et présente des urines normales.

Dans un dernier cas, il s'agissait de l'extirpation d'une tumeur du rein droit qui nécessita l'ablation de la moitié de la glande.

La malade présentait un kyste hydatique du rein, diagnostiqué en raison de l'existence d'une tumeur semblable située à la cuisse. La plaie opératoire fut tamponnée à la gaze et la guérison s'opéra sans accidents.

La résection, on le comprend, sera réservée plutôt aux affections bénignes épargnant une plus grande partie du rein.

M. O. Bloch (Copenhague) fit une néphrotomie exploratrice pour un calcul présumé ; l'excision d'un morceau de la glande fut faite dans le but de la soumettre au microscope ; ce dernier révéla l'existence d'une néphrite bactérienne. La plaie se cicatrisa néanmoins parfaitement.

Narcose chirurgicale.

M. Gurlt a pu réunir pour cette année 58 statistiques portant ensemble sur 57,541 narcoses dont 11,464 par le protoxyde d'azote. Sur ce nombre de narcoses on compte 12 cas de mort, soit 1 sur 2,900 narcoses. Les cas de mort se décomposent comme il suit :

130,609 narcoses chloroformiques avec 66 morts, soit 1 sur 2,890 ; 14,360 narcoses par l'éther avec 0 mort ; 4,118 narcoses par l'éther et le chloroforme avec 1 mort ; 4,440 narcoses par le mélange de Billroth (chloroforme, éther et alcool) avec 0 mort ; 4,538 narcoses par le bromure d'éthyle avec 1 mort, et 597 narcoses par le pental avec 3 morts, ce qui donne une proportion considérable de 1 mort sur 199 narcoses. 4 fois on a été obligé de faire la trachéotomie. Le chloroforme congelé de Pictet a sur son actif 708 narcoses avec 3 morts.

Presque toujours la mort a frappé des individus au-dessous de 30 ans. A l'autopsie on ne trouva rien pour expliquer la mort.

L'éther n'a pas encore conquis tous les chirurgiens, mais en Allemagne Trendelenburg s'est déclaré nettement partisan de la narcose par l'éther.

M. Kœnig, qui a fait depuis 4 ans 7,000 narcoses chloroformiques, n'a pas eu un seul cas de mort. Quand il survient des accidents, il s'en tire par le procédé de Maas qui consiste à exciter le cœur en portant des coups rhythmiques répétés sur la région précordiale.

M. Bardeleben, qui emploie le chloroforme depuis 1848, a eu plusieurs cas de mort après 1878. Il a pourtant employé le procédé de Maas, qui ne lui a rien donné.

M. Küster a renoncé au chloroforme, dont il s'est servi

pendant 21 ans, pour n'employer maintenant que l'éther dont il est extrêmement satisfait. Il n'emploie le chloroforme que dans les opérations sur la tête et le cou, de crainte d'infecter la plaie par le masque à éther.

12e CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 12 au 15 avril.

Le choléra.

M. Rumpf commence par tracer le tableau clinique du choléra. La constatation du bacille a peut-être été faite chez tous les malades, mais toujours chez ceux qui ont fini par succomber au choléra. Le bacille en virgule disparaît ordinairement du 6e au 7e jour ; il y a pourtant des cas où on le trouve encore au 18e jour après le début du choléra. Dans certains cas, comme on a pu le voir pendant la petite épidémie de décembre-janvier, à Hambourg, les malades portent le bacille sans présenter de troubles généraux. Ce sont ces individus qui sont le plus capables d'importer l'épidémie dans des localités jusqu'alors indemnes.

L'état particulier du rein est provoqué par l'action directe des toxines, et le coma des cholériques est très analogue au coma urémique. Comme traitement, on donnera de l'opium au début, pour le remplacer très rapidement par du calomel. Viennent ensuite les bains chauds, les injections intra-veineuses, etc.

M. Gaffky. — Les recherches bactériologiques faites pendant l'épidémie de Hambourg ont confirmé la spécificité du bacille de Koch. Le fait de l'absence du bacille dans 35 0/0 des cas mortels signalé par Lesage et Macaigne reste unique et inexplicable. Il est vrai que, comme tous les micro-organismes, le bacille en virgule peut dans certaines conditions subir des modifications morphologiques.

La gravité du choléra n'est pas en rapport direct avec le nombre de bacilles contenu dans les selles. Les résultats négatifs de la célèbre auto-expérience à laquelle se sont soumis Pettenkofer, Emmerich, Hasterlik, s'expliquent par le peu de virulence des cultures, faites avec les déjections d'un Hambourgeois qui avait eu un choléra bénin.

Les vibrions cholériques peuvent conserver longtemps leur vitalité même au milieu d'autres micro-organismes. Ainsi les selles cholériques contenaient des vibrions encore virulents au bout de 4 mois, et c'est de la même façon que les bacilles cholériques se conservent dans l'eau, qui est un des moyens les plus puissants dans la propagation du choléra.

M. Klemperer résume ses travaux sur les vaccinations (Voy. *Gaz. hebdom.*) pour montrer que, dans un avenir peut-être prochain, la prophylaxie du choléra entrera dans une voie pratique.

M. E. Frænkel revient à son tour sur le rôle spécifique du bacille de Koch. Les cas cliniques graves ou même mortels dans lesquels on n'a, à aucun moment, trouvé le vibrion cholérique, ne sont pas du choléra.

Dans 39 cas, il a pu examiner le rein, et presque constamment il a trouvé des modifications du protoplasme ; la nécrose cellulaire n'a existé que dans trois cas. Il ne s'agit donc pas, dans le choléra, du rein ischémique, mais du rein toxique comme on en trouve dans la diphthérie ou la pneumonie typhique.

M. Senator ne croit pas au choléra nostras mortel dont a parlé M. Fürbringer. Ce choléra est extrêmement rare chez les adultes.

M. Klebs, qui a eu l'occasion d'étudier sur place l'épidémie cholérique de Gênes, a eu l'occasion de constater, contrairement à M. Frænkel, la fréquence de la nécrose épithéliale du rein. Si à Hambourg les cas de ce genre étaient rares, c'est que, dans cette ville, le choléra était souvent foudroyant, tandis qu'à Gênes, où le choléra avait une marche plus lente, les toxines pouvaient agir plus longtemps sur le rein.

M. Quincke a communiqué les recherches de son assistant M. Roos qui a constaté l'absence dans l'intestin des cholériques, de la putrescine et de la cadavérine qui sont constantes dans les diarrhées profuses.

M. Rumpf qui a essayé de traiter les cholériques par les injections de sérum des individus ayant eu le choléra, a toujours vu l'état de ses malades s'aggraver.

Ponction diagnostique du canal vertébral.

M. Ziemssen. — Lorsqu'on suit les règles posées par Quincke, on pénètre facilement dans le canal vertébral. Dans l'hydrocéphalie secondaire il sort alors par la canule un véritable jet de liquide cérébro-spinal dont la quantité varie de 30 à 90 cm. c. Dans un cas de méningite cérébro-spinale on a retiré un liquide louche contenant des leucocytes et des diplocoques, liquide qui devint plus tard clair.

Ces ponctions sont anodines. Quelquefois on observe pendant quelque temps de l'irrégularité du pouls. Dans tous les cas on constate la disparition de la céphalalgie.

M. Quincke a déjà fait 44 ponctions chez 21 malades. Ces ponctions sans grande valeur thérapeutique sont importantes au point de vue diagnostique. Dans un cas on retira par la ponction un liquide hémorrhagique, et à l'autopsie on trouva une hémorrhagie cérébrale.

M. Sahli a fait la ponction dans trois cas de méningite tuberculeuse, sans grand profit pour le malade. Il a essayé de drainer la dure-mère avec tubes en caoutchouc ou en métal, et trouvé que la technique est très facile.

M. Naunyn a fait 11 ponctions chez 7 malades. Dans la méningite tuberculeuse la pression est très élevée et atteint 700 millim. c. d'eau. L'opération peut être faite sans chloroforme. L'effet de ces ponctions est tout à fait passager.

Fonctions de l'estomac.

M. Mering a étudié, sur des chiens pourvus de fistules duodénales, certains points de la physiologie de l'estomac dilaté.

L'eau n'est pas résorbée dans l'estomac dilaté et malgré les grandes quantités d'eau qu'on donnait à ces chiens, ils avaient toujours soif. Au bout de quelques jours de cet état, on observait chez eux des contractions, la tétanie d'origine stomacale de Kussmaul.

L'alcool est par contre très rapidement résorbé. Si l'on donne aux chiens une solution alcoolique de 25 0/0, il sort par la fistule contenant seulement 1 à 10 0/0 d'alcool. En même temps il sort par la fistule bien plus de liquide qu'il n'en a été introduit dans l'estomac. L'estomac sécrète donc dans ces conditions une certaine quantité de liquide.

Le sucre, surtout en solution alcoolique, est absorbé par l'estomac avec la même rapidité que l'alcool, et cette propriété, le sucre la partage avec les peptones et la dextrine.

Il résulte de tout ceci que l'estomac est moins un organe d'absorption que de sécrétion.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mai 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

M. Legroux se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale.

Désinfection de tuberculose.

M. Dujardin-Beaumetz. — M. le docteur Ducor a communiqué, il y a plusieurs semaines, à l'Académie, l'observation d'une famille dont quelques membres étaient devenus tuberculeux dans une chambre primitivement occupée par un phthisique et sur les papiers de tenture de laquelle on a retrouvé le bacille caractéristique.

Il y a donc un intérêt majeur à pratiquer la désinfection des appartements occupés par les phthisiques. Faut-il rendre obligatoire la déclaration des cas de tuberculose ? Ce serait affronter des difficultés insurmontables et porter une atteinte

grave et dangereuse au secret médical. Il vaut mieux engager vivement la population à faire pratiquer la désinfection. A Paris, d'ailleurs, le public s'y prête de plus en plus, puisque le nombre des désinfections opérées pour tuberculose par les services municipaux gratuits ne cesse de s'élever ; plus de 2,000 dans les quatre premiers mois de 1893 contre 1,200 pendant le même temps en 1892.

Nucléine.

M. G. Sée. — Sous le nom de nucléine on désigne une série de substances extraites d'abord du noyau des cellules de la pulpe splénique et plus récemment de diverses autres cellules. Contrairement aux albumines, elle renferme de l'acide phosphorique, ce qui en fait des protéines phosphoriques.

Administrée à l'homme à la dose de 2 à 3 grammes, sous forme de poudre incolore ou jaunâtre, insoluble dans l'eau et dans l'alcool, soluble dans les alcalis étendus, la nucléine est inoffensive ; elle ne produit que l'augmentation du nombre des globules blancs, soit de véritables phagocytes.

Aussi peut-elle rendre de grands services pour le diagnostic des tuberculoses latentes. Chez de tels sujets, l'ingestion de 2 à 3 grammes de nucléine provoque une hyperpyrexie s'élevant à 40° pendant 2 ou 3 jours ; à l'auscultation, des râles fins, etc., révèlent une suractivité de la tuberculose jusque-là latente.

La lèpre dans le midi de la France en 1893.

M. Zambaco. — Au mois d'août dernier j'ai communiqué à l'Académie mes recherches faites en Bretagne sur la survivance de la lèpre ; depuis cette époque j'ai poursuivi les mêmes recherches dans le Midi. Je crois pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

La lèpre antique ou lèpre égyptienne existe partout. Elle a ravagé la France pendant plusieurs siècles ; deux mille léproseries environ y ont été créées pour recueillir ses victimes. Aujourd'hui réduite à des proportions minimes, elle survit toujours ; et l'on trouve des lépreux tant dans le nord que dans le midi de la France. Il doit en être de même de toutes les contrées de l'Europe centrale.

La lèpre qui survit en France est la vraie lèpre, la lèpre historique, toujours la même, qu'on la désigne sous le nom de zaraath, de *morbus phenicicus*, d'éléphantiasis des Grecs, de spedalskhed, ou de *Dzudham*.

Cependant, la civilisation, en améliorant les conditions hygiéniques et le bien-être des populations, a restreint de plus en plus la proportion de la lèpre, — qui est une maladie de misère, — et diminué le nombre de ses victimes. Elle l'a aussi atténuée, mais, parfois, elle l'a transfigurée, contribuant ainsi à la faire méconnaître.

La lèpre peut revêtir les formes les plus variées, les plus dissemblables entre elles, comme la léonine et la nerveuse, principalement dans les lieux où elle a perdu son acuïté. Néanmoins, on peut toujours ramener toutes ces mutations aux types primitifs ; il y a infiniment moins de différence entre certains cas de sclérodermie et de morphéa, et certaines variétés de la lèpre, qu'il n'y en a entre les deux formes classiques de la lèpre, la tuberculeuse et la nerveuse.

La conviction générale que la lèpre n'existe plus en France depuis le moyen âge a fait qu'on a laissé passer inaperçue même la lèpre autochtone tuberculeuse et la lèpre nerveuse la plus évidente. Ainsi on a qualifié de *syringomyéliques* des lépreux incontestables ; et, par inadvertance, on a créé la maladie de Morvan qui n'est pas, non plus que la lèpre mutilante, classique dans la plupart des cas.

Dans mes voyages récents à l'ouest et au midi de la France, toutes les fois que j'ai pu séjourner suffisamment dans une localité et que le concours de mes confrères m'a été prêté, j'ai pu découvrir la lèpre typique, ou tout au moins la lèpre atténuée ou bien un état suspect. Dans les villes où l'enseignement officiel attire les malades et en impose une exploration méticuleuse, on constate, par-ci par-là, des cas de lèpre autochtone classique ou atténuée, diversement qualifiée selon les idées du jour. Mais dans les pays éloignés des foyers scientifiques, les cas de lèpre classique même, et à plus forte raison ceux de la lèpre atténuée ou transfigurée, passaient inaperçus.

Les lépreux que j'ai rencontrés dans le midi de la France, rangés d'après l'intensité de leur affection plus ou moins manifeste, remplissent tous les degrés de l'échelle, depuis le type le plus criard de la lèpre léonine, jusqu'à la forme la plus atténuée, la plus fruste. Depuis que l'attention a été appelée sur cette synthèse, elle est admise par les médecins locaux. M. Moriez (de Nice) et M. Paul Roux ont constaté à l'Institut Pasteur le bacille de la lèpre sur des parcelles de la peau et les raclures du nerf cubital gonflé ou à nodules appartenant à des lépreux du canton de Nice. La lèpre autochtone est aussi admise par le docteur Vidal, chez une Niçoise dont j'ai publié l'observation. Cela étant, la lèpre de la Ligurie serait-elle donc dans l'impossibilité de franchir la barrière pour se retrouver dans d'autres départements ? Le contraire se démontre de plus en plus.

Ainsi M. Pitres (de Bordeaux) trouva le bacille et rangea définitivement dans la catégorie des lépreux un malade chez lequel il avait diagnostiqué la syringomyélie avant ma communication d'août dernier à l'Académie (séance du 29 nov. 1892) ; il a également observé la lèpre autochtone, cette fois-ci léonine, chez une autre personne de Bordeaux.

M. Straus vient de trouver le bacille de Hansen dans la peau d'un des soi-disant syringomyéliques de Bretagne dont j'ai l'an dernier entretenu l'Académie.

Le bacille existe-t-il chez tous les malades du nord et du midi de la France qu'aucun léprologue n'hésiterait à considérer comme lépreux, à la simple exhibition de leurs photographies ? Si la biopsie de quelques-uns de ces malades ne démontrait pas la présence du bacille, en faudrait-il, malgré tout le processus clinique de ces malades, leur refuser droit de cité dans la léprose ? Je ne le pense pas. Car il n'a point été établi que le bacille existe constamment chez tous les lépreux atteints de la forme nerveuse ou mutilante, sans exsudats, sans tubercules. Et c'est ce qu'il est facile aux médecins de Saint-Louis d'établir, en biopsiant les lépreux nerveux de leurs services déjà diagnostiqués sans cette épreuve réclamée. Ce n'est que dans le cas où le bacille serait constatable dans la lèpre nerveuse et dans la lèpre mutilante diagnostiquée par les médecins de Saint-Louis chez leurs hospitalisés que l'on serait en droit de discuter la nature lépreuse des individus dont les photographies reproduisent le tableau le plus parfait de la lèpre universelle. D'ailleurs les maladies microbiennes très atténuées conservent-elles leur microbe ? Y en a-t-il dans la scarlatine ?

En tout cas, la lèpre diminue de plus en plus en France et le moment de sa disparition totale n'est pas bien éloigné. Sa diminution rapide en Ligurie, où elle sévissait cruellement jusqu'à l'annexion, prouve que le seul moyen de la combattre avec efficacité consiste à améliorer le sort du peuple et partant à le mettre en état de se bien nourrir, d'avoir des habitats convenables, et de veiller sur sa propreté individuelle et ambiante. C'est ce qu'un historien béarnais avait déjà exprimé par une métaphore, en disant que *l'usage du linge fera disparaître la lèpre*. Le peuple a commencé à avoir du linge ; mais ce qui lui manque encore, et que l'auteur béarnais a omis d'ajouter, c'est que ce linge soit propre.

Traitement des tuberculoses chirurgicales ouvertes par l'eau bouillante.

M. Jeannel (Toulouse). — Pour obtenir la stérilisation des plaies tuberculeuses, il suffit de chauffer à 100° toute l'épaisseur de la zone tuberculeuse bacillifère ; mais il est nécessaire de la chauffer tout entière.

Or, l'application des hautes températures au moyen du thermo-cautère ou du chalumeau de Félizet, aboutit à rôtir la surface de la plaie.

Le rôtissage, c'est-à-dire l'emploi de la chaleur sèche, comme procédé de stérilisation, est aussi insuffisant et infidèle en thérapeutique qu'en hygiène culinaire.

L'ébouillantement, c'est-à-dire l'emploi de la chaleur humide, est le seul procédé sûr et fidèle de stérilisation des viandes, en hygiène culinaire ; il était à prévoir qu'il serait aussi efficace en thérapeutique.

Mes tentatives thérapeutiques et mes observations cliniques montrent le bien fondé de cette prévision. J'ai pu guérir par l'ébouillantement trois malades atteints d'ostéo-arthrites tuberculeuses récidivées après résection, chez qui l'amputation semblait formellement indiquée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 *mai* 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Action du coli-bacille sur la grenouille.

M. Roger. — Les produits solubles extraits des cultures du coli-bacille exercent sur la grenouille une action qui peut être étudiée par l'inscription graphique de la contraction musculaire et des mouvements cardiaques. Tant que la moelle est intacte, les effets sont très prononcés, et l'excitabilité de ce centre est exagérée. L'action sur le muscle, considérée indépendamment des connexions nerveuses centrales, est beaucoup plus minime. Enfin, le cœur n'a pas montré le ralentissement qui a été noté chez d'autres animaux par quelques observateurs. Je noterai accessoirement que chez les grenouilles influencées, la courbe de contraction musculaire se rapproche beaucoup de la courbe des muscles fatigués.

Bactériologie de l'ictère grave.

M. Vincent. — J'ai observé deux cas de cette affection et fait à ce sujet quelques recherches bactériologiques, sur le cadavre à vrai dire. Dans un premier cas, le coli-bacille a été extrait de la rate, de la bile et de presque tous les organes. Il s'agissait d'un type de coli-bacille se rapprochant un peu du bacille d'Eberth, et paraissant constituer un intermédiaire entre le coli-bacille ordinaire et le bacille typhique. Le deuxième cas se rapporte à une cirrhose hypertrophique compliquée d'ictère grave. Le staphylococcus a été dans ce cas retiré des organes. Quoique ces faits soient limités, on en peut conclure que des infections microbiennes diverses peuvent conditionner le syndrome de l'ictère grave.

Albuminurie intermittente.

MM. Bouchard et Charrin. — On a observé une albuminurie transitoire dans des conditions très variables, digestion, fatigue, travail. Le rôle du travail musculaire est bien mis en évidence dans le fait suivant. Un jeune homme fait une croissance rapide accompagnée de troubles digestifs; il intervient une attaque de chorée. Or, on observe chez le malade une albuminurie qui se produit seulement pendant le jour, c'est-à-dire pendant que durent les mouvements choréiques. La nuit, si le malade dort régulièrement, les mouvements choréiques cessent, et les urines du matin sont normales. Mais si, par le fait des troubles digestifs, le malade a son sommeil interrompu et développe quelque activité musculaire, l'urine de la nuit est également albumineuse.

Action des courants électriques sur les microbes.

MM. d'Arsonval et Charrin. — Nous avons étudié à ce point de vue le bacille pyocyanique dont les particularités de développement sont plus faciles à suivre. Si l'on interpose dans un solénoïde un tube de bouillon ensemencé avec du bacille pyocyanique, on remarque tout d'abord que la vitalité du microbe n'est pas influencée. En faisant agir le courant sur des tubes de gélose, on voit de même que l'action électrique ayant duré 5, 10, 20 et 60 minutes, il n'y a presque aucune différence dans l'énergie du développement le long de la strie d'inoculation. Au contraire, la fonction chromogène est notablement arrêtée: cela se voit déjà sur le tube soumis 5 minutes à l'électricité, mais le fait est des plus frappants pour les tubes influencés 20 minutes et au delà.

Taches blanches du foie.

M. Hanot. — Les zones de décoloration avaient été déjà mentionnées par M. Hayem. Je les ai trouvées dans un grand nombre d'infections, broncho-pneumonie grippale, choléra, diphthérie, méningite suppurée, phlegmon infectieux du pharynx, fièvre typhoïde, rage, infections expérimentales diverses. Elles siègent de préférence à la convexité, ont un aspect et une étendue variables, une forme arrondie quand elles sont petites. Elles ne sont pas très saillantes, mais dépassent un peu cependant la surface environnante, au point de donner une apparence granuleuse, quand les saillies sont nombreuses et petites. Au point de vue histologique, on note de l'ectasie capillaire, des aires embryonnaires péri- et intra-lobulaires; ces dernières forment des traînées circonscrivant parfois un petit groupe de cellules hépatiques. Les cellules sont tuméfiées et troubles, ou présentent divers aspects de dégénérescence, graisseuse, vitreuse, etc. Des néo-canalicules biliaires se voient en différents points. Il y a en raccourci dans ces taches toutes les lésions du foie infectieux. La présence de microbes est constante.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 *mai* 1893.

Pachyméningite spinale hémorrhagique.

M. Philippe rapporte l'observation d'un homme de 54 ans qui, l'année dernière, eut, dans le service de M. Gombault, des attaques convulsives intermittentes, délire léger, opisthotonos. La guérison survint au bout de quatre mois. Le 20 avril dernier, le malade rentrait à l'infirmerie avec une attaque apoplectique franche et succombait. A l'autopsie, on a trouvé une hémorrhagie cérébrale gauche récente, avec inondation ventriculaire. Il n'y a pas de pachyméningite cérébrale : la dure-mère est intacte à ce niveau. Mais, sur toute l'étendue de la partie postérieure de la moelle, avec prédominance dans la région dorso-lombaire, on voit, à la face interne de la dure-mère, une série de petits hématomes emprisonnés dans de minces lames de tissu fibreux. La face externe de la dure-mère est saine : il en est de même du squelette. Il n'y a pas de lésion macroscopiquement appréciable sur les coupes de la moelle faites à différentes hauteurs. On a détaché une parcelle d'hématome pour l'examiner au microscope. Elle est constituée par des faisceaux fibreux adultes entrecroisés, dans les mailles desquels sont contenus des amas de globules rouges parfaitement conservés. On ne voit ni cellules vaso-formatives, ni tubercules.

Pachyméningite externe cérébrale tuberculeuse.

M. Philippe présente le crâne d'un individu qui, n'ayant eu jusque-là aucune manifestation symptomatique d'ordre nerveux, fut trouvé un matin en état apoplectique et mourut quelques heures après. A l'autopsie, en dehors de quelques nodules tuberculeux guéris avec adhérences pleurales au niveau des sommets, on voit les lésions crâniennes suivantes : la dure-mère adhère au frontal et au pariétal; elle présente à sa face externe et supérieure une masse étalée, un peu bourgeonnante, jaunâtre, mesurant 10 cent. d'avant en arrière et 12 cent. transversalement. L'os à ce niveau est creusé et offre des irrégularités. Les autres méninges et le cerveau paraissent sains. Il n'y a pas de pachyméningite spinale. La recherche des bacilles sur un fragment de la masse adhérente à la dure-mère a été négative, mais l'examen histologique y a montré des follicules tuberculeux avec cellules géantes et îlots de caséification.

M. Cornil fait remarquer l'aspect tomenteux, granuleux, de la surface externe de la dure-mère, ici comparable au périoste. La table interne de l'os offre aussi de la transformation tuberculeuse. On voit, en regardant la pièce par transparence, qu'il s'agit d'ostéite raréfiante.

Fracture de la voûte du crâne.

M. Frey montre la voûte crânienne d'un homme qui fut apporté dans le service de M. Monod, à la suite d'une chute d'une hauteur de 2 mètres environ. Il y avait à gauche, près de la protubérance occipitale, une plaie assez étendue qui fut suturée et pansée. Le blessé ne reprit pas connaissance et mourut quelques heures après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on a trouvé une fracture du crâne. Le trait de fracture est antéro-postérieur, légèrement oblique de droite à gauche. Il part de l'arcade sourcilière droite, non loin de la bosse frontale, atteint la suture sagittale vers sa partie moyenne, se confond avec elle jusqu'à l'occipital et se poursuit jusqu'au trou de l'occipital dont il ne respecte pas, comme cela se voit d'ordinaire, les bords très épais et très résistants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1893.

Présidence de M. Périer

Fistule uretéro-vaginale, abouchement dans le côlon, guérison.

M. Bazy. — M. Chaput, ayant eu à traiter une fistule uretéro-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale, a pratiqué l'abouchement de l'uretère dans le gros intestin. Il a mis à nu l'uretère après avoir fait une longue incision latérale recourbée en bas au niveau de l'arcade crurale, puis, après avoir sectionné ce conduit entre deux pinces, il a fait l'abouchement du bout supérieur dans le côlon iliaque, en établissant d'abord un premier plan de sutures séro-séreuses, suivi, après l'ouverture de l'intestin, d'un plan muco-muqueux unissant les lèvres postérieures des deux orifices, et enfin, en faisant de même, pour les lèvres antérieures, deux plans de sutures successifs, l'un muco-muqueux et l'autre séro-séreux. La malade, qui a parfaitement guéri, a chaque jour quatre ou cinq selles liquides; on ne trouve chez elle aucune trace d'infection ascendante.

La fistule uretérale, bien que M. Chaput ne l'ait pas mentionnée dans son observation, siégeait très vraisemblablement au voisinage plus ou moins immédiat de la vessie; dans ces conditions, je me demande si l'on n'aurait pas mieux fait d'aboucher l'uretère, non pas dans l'intestin, mais directement dans la vessie. Deux cas pouvaient se présenter, suivant qu'il y avait simple rétrécissement ou oblitération complète de l'uretère. Dans le premier cas, la taille hypogastrique aurait permis de cathétériser l'uretère, puis, après avoir incisé la vessie au devant de lui, de suturer les lèvres de la plaie vésicale aux bords de l'orifice uretéral. Dans l'autre hypothèse, si, par l'incision de la vessie faite dans la direction de l'uretère, on n'avait pas réussi à le retrouver, il aurait suffi de refermer la plaie hypogastrique pour aller, au moyen d'une nouvelle incision, le rechercher au-dessus de la vessie.

L'abouchement intestinal me semble, en effet, présenter des inconvénients sérieux, tout d'abord en raison de la fréquence des selles résultant du mélange de l'urine avec les matières fécales, et surtout à cause des dangers d'infection ascendante qui, toutefois, nous devons le constater, n'ont pas été justifiés dans l'observation de M. Chaput.

M. Routier. — J'ai observé également, consécutivement à une hystérectomie vaginale, une fistule uretéro-vaginale dépendant de l'uretère droit, ainsi que je pus m'en assurer en exerçant des pressions sur chacun des deux reins; la pression sur le rein droit produisait seule, en effet, un écoulement d'urine.

Après un essai d'autoplastie non suivi de succès, je me suis décidé à faire une néphrectomie, et je n'ai pas eu lieu de le regretter, attendu que nous avons trouvé du pus dans le bassinet et deux ou trois infarctus dans la substance corticale du rein.

Exophthalmos pulsatile consécutif à une fracture du crâne; compression directe, guérison.

M. Picqué. — Il s'agit d'une femme de soixante ans qui, renversée par un fiacre, fut relevée sans connaissance, avec une hémorrhagie de l'oreille gauche et du nez; quelques heures après l'accident, elle commença à accuser un bruit de scie au-dessus de l'oreille gauche, ainsi qu'une céphalalgie violente. Six jours plus tard, il se produisit du côté droit un gonflement assez considérable des paupières avec une exophthalmie très accusée, en même temps que la malade se plaignait de douleurs lancinantes très intenses. On crut à des phénomènes phlegmoneux, et, comme les douleurs étaient devenues intolérables, on fit une ponction du creux orbito-palpébral, qui ne donna qu'un écoulement de sang. Ce ne fut que deux jours plus tard qu'on constata des pulsations et du thrill et que l'on vit qu'il s'agissait en réalité d'un anévrysme artério-veineux.

Au point de vue du traitement, je me suis contenté simplement de faire de la compression directe, et les phénomènes se sont amendés progressivement.

M. Gayet (Lyon). — J'ai assisté au développement d'un exophthalmos chez un individu qui, quelques jours auparavant, avait reçu un violent traumatisme au niveau de la joue. Je fis faire des séances de compression digitale de la carotide droite, et au bout d'un certain temps il y eut une amélioration notable, qui amena bientôt le malade à la guérison.

A un autre point de vue, je rappellerai un cas d'exophthalmos, non pas traumatique, mais spontané, que j'ai observé avec Tripier, et dans lequel, à l'autopsie, nous ne trouvâmes absolument aucune lésion de la carotide interne dans le sinus caverneux.

M. Tillaux. — Chez un malade qui avait été soigné par M. Gayet, et qui présentait un anévrysme artério-veineux de l'œil droit, consécutif à une blessure par balle de revolver, les applications de glace ont suffi à produire une réelle amélioration.

Œsophagotomie externe pour corps étrangers de l'œsophage.

M. Chauvel lit un rapport sur une observation de M. Cahier (Lyon) relative à un cas de corps étranger dans l'œsophage traité tardivement par l'œsophagotomie externe ; il s'agissait d'un dentier avalé par un jeune soldat ; on perdit du temps à faire successivement, sans aucun résultat, plusieurs tentatives d'extraction par les voies naturelles, et lorsque le malade fut opéré, on avait exercé les jours précédents de violentes tractions sur les corps étrangers ; il succomba trois ou quatre jours après l'intervention, et l'on trouva à l'autopsie des déchirures multiples de l'œsophage.

M. Quénu présente un malade opéré, il y a huit ans, par la voie palatine, pour un polype naso-pharyngien.

M. Choux montre des pièces relatives à un cas d'étranglement interne par diverticule de l'extrémité inférieure de l'iléon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 mai 1893.

Présidence de M. Ferrand.

Sciatique guérie. — Scoliose croisée persistante.

M. Chauffard. — Je présente à la Société un malade atteint de scoliose croisée, suite de sciatique. Il a 37 ans, il est vigoureux, un peu alcoolique et fut pris, il y a deux mois, sans cause connue, d'une sciatique limitée aux branches fessières et qui disparut très rapidement. Cet homme fut retenu quinze jours au lit par une dermite consécutive à une application de teinture d'iode. Lorsqu'il se releva, il s'aperçut qu'il était tout de travers.

La scoliose dont il est porteur est croisée, comme cela arrive en général. Mais n'est-il pas étonnant de voir une sciatique aussi légère déterminer une scoliose aussi considérable et aussi durable ? Le lien qui unit les deux affections est donc étiologique bien plus qu'évolutif.

Si, pour expliquer la pathogénie de ces déformations, il est assez logique d'admettre une impotence fonctionnelle des muscles extenseurs, il est assez difficile de prouver le bien-fondé de cette hypothèse.

Comme traitement, j'emploierai les bains sulfureux et le massage méthodique.

Contractures organique et hystérique.

M. J. Babinski. — Je me propose de démontrer que la contracture liée à la sclérose des cordons latéraux diffère, tant au point de vue clinique qu'à celui de la pathogénie, de la contracture hystérique et qu'il s'agit là de deux phénomènes absolument distincts.

Dans la grande majorité des cas, le diagnostic de ces deux espèces de contracture peut être établi, sans qu'il soit nécessaire de prendre en considération le mode d'évolution de l'affection, la présence ou l'absence de stigmates hystériques, grâce seulement à leurs caractères intrinsèques, au facies spécial que présente chacune d'elles et à l'état dans lequel se trouvent les réflexes tendineux.

Dans les cas types de paralysie spasmodique organique, voici ce qu'on observe :

S'agit-il d'une contracture du membre supérieur, les divers segments de ce membre sont fléchis les uns sur les autres et la main forme une griffe d'un aspect tout particulier ; si l'on prend dans sa propre main celle du malade et qu'on cherche à porter celle-ci dans l'extension, on éprouve une résistance qui donne l'impression d'un obstacle doué d'élasticité et animé parfois d'une trépidation plus ou moins marquée. De plus, au fur et à mesure que la main s'étend sur l'avant-bras, les phalanges se fléchissent les unes sur les autres et viennent serrer la main de l'observateur. La contracture des membres inférieurs a pour conséquence, si elle est unilatérale, la démarche spéciale qu'on désigne par le verbe « faucher » ; si elle est bilatérale, la démarche dite spasmodique.

La rigidité musculaire est relativement peu accentuée, même quand la paralysie spasmodique est intense, et il est possible, à l'aide de tractions légères, de fléchir et d'étendre, au moins dans une certaine mesure, les divers segments des membres contracturés les uns sur les autres. Enfin, les réflexes tendineux sont toujours exagérés, même quand la paralysie est très légère, sauf dans quelques cas exceptionnels et complexes.

Les caractères de la paralysie spasmodique hystérique sont bien différents. L'attitude des membres contracturés est tout autre. La rigidité musculaire est généralement très prononcée et il faut exercer des tractions énergiques pour faire exécuter quelques mouvements aux divers segments de ces membres. De plus, je suis d'avis que, le plus généralement, dans la contracture hystérique, les réflexes tendineux ne sont pas exagérés. Une exagération manifeste et unilatérale de ces réflexes dans un cas d'hémiplégie spasmodique permet, le plus souvent, d'affirmer que les troubles moteurs ne relèvent pas de l'hystérie. Il en est de même, dans un cas de paraplégie, de l'exagération latérale des réflexes, quand celle-ci est très prononcée et qu'elle se caractérise par le phénomène connu sous la dénomination d'épilepsie spinale.

Mais il faut avoir soin, pour bien apprécier l'intensité des réflexes tendineux, de distinguer, dans la secousse consécutive à la percussion d'un tendon, le mouvement réellement réflexe des mouvements volontaires qui peuvent s'y associer. Il faut aussi éviter de confondre la véritable épilepsie spinale avec un tremblement du pied qu'on peut obtenir chez certains hystériques en soulevant la pointe du pied, et qui simule, à première vue, le phénomène précédent.

Voici des faits qui tendent à prouver que la contracture hystérique, contrairement à la contracture organique, est un phénomène absolument indépendant de l'exagération des réflexes tendineux.

J'ai pu provoquer, par suggestion, chez quelques tabétiques hypnotisables, dont les réflexes rotuliens étaient abolis, une contracture hystérique très prononcée des membres inférieurs.

Le fait suivant vient aussi à l'appui de cette opinion et montre bien les dissemblances entre les contractures organique et hystérique : une malade, hystérique hypnotisable, est atteinte d'une hémiplégie spasmodique organique du côté droit (impotence presque absolue du membre supérieur droit, main en griffe, exagération notable des réflexes tendineux, rigidité relativement peu marquée). Pendant le sommeil hypnotique on peut développer facilement, dans le membre supérieur gauche, une contracture hystérique très prononcée sans modification des réflexes tendineux. Il est, au contraire, impossible de modifier, par suggestion, l'attitude du membre supérieur droit, d'augmenter sa rigidité, de développer une contracture hystérique dans ce membre atteint déjà d'une paralysie spasmodique organique.

La contracture hystérique, contrairement à l'opinion généralement admise, doit être considérée, selon moi, comme un état de contraction musculaire prolongé; elle diffère encore par là de la contracture organique.

On peut reproduire par une contraction volontaire, d'une façon transitoire il est vrai, une rigidité musculaire de tous points identique à celle qui constitue la contracture hystérique et il n'est pas rare, du reste, que celle-ci s'installe immédiatement à la suite d'une contraction exécutée dans un but déterminé, sous l'influence manifeste de la volonté.

Un sujet atteint de contracture hystérique se distingue d'un individu normal parce qu'il est capable de maintenir très longtemps ses muscles dans l'état de contraction, ou, plutôt, parce qu'il est incapable de l'acte de la volonté qui est nécessaire pour faire passer à l'état de relâchement des muscles préalablement raccourcis par une contractiion volontaire.

Il n'y a pas lieu, du reste, d'être surpris qu'un membre atteint de contracture soit plutôt plus froid qu'un membre normal; ce n'est pas là, comme on l'a dit, un paradoxe physiologique, et cette observation n'est pas en contradiction avec la thèse que je soutiens, car un muscle qui est raccourci ou contracté d'une façon permanente se trouve dans un état d'équilibre. Or, c'est le passage alternatif de l'un à l'autre de ces deux états, le relâchement et le raccourcissement, qui constitue (au point de vue mécanique) le travail musculaire; c'est ce phénomène, et non pas l'état de contraction, qui doit être la cause principale du développement de chaleur dans les muscles qui fonctionnent.

Le délire caféinique.

M. Faisans. — Depuis trois ou quatre ans, j'ai été frappé par quelques faits dans lesquels la caféine a paru provoquer une excitation cérébrale intense, de l'insomnie et même du délire. Dans l'un de ces cas, un délire violent, avec prédominance d'hallucinations visuelles, débuta dès la première injection de caféine ; il persista aussi longtemps que le médicament fut continué, et avec la même violence pendant les vingt-quatre heures qui suivirent la suppression de la caféine ; puis il diminua et disparut finalement deux jours après. Dans ce cas, comme dans deux autres à peu près semblables, il s'agissait de malades atteints de pneumonie et pour lesquels l'action stimulante diffusible de la caféine devait être recherchée.

La fréquence du délire chez les pneumoniques est bien connue, mais il est fort rare qu'il revête le caractère hallucinatoire, au moins au degré où il existait chez les malades auxquels je fais allusion et qui, en outre, avaient une température normale au moment où le médicament fut employé. D'autre part, dans mes trois observations, et dans plusieurs autres dont j'ai gardé le souvenir, il y eut une coïncidence tout à fait frappante entre le commencement du traitement par la caféine et l'apparition du délire, entre la suppression de la caféine et la disparition du délire.

Je suis donc convaincu que la caféine peut produire un délire violent, à caractère hallucinatoire (hallucinations visuelles surtout); et susceptible, comme tous les délires de cet ordre, de conduire à des tentatives de suicide.

Resterait à savoir s'il est nécessaire, pour que la caféine ait ce résultat, qu'il existe un état névropathique spécial, jouant le rôle de cause prédisposante. Deux de mes trois cas tendraient à le faire admettre, car il s'agissait, dans l'un, d'une vieille femme, dont le système nerveux laissait fort à désirer, et, dans l'autre, d'un névropathe doublé d'un alcoolique. Mais peut-être aussi n'y a-t-il là qu'une coïncidence de hasard.

Je pense donc, en résumé, que la caféine peut produire certains effets d'intoxication, dont le plus important est un délire hallucinatoire, et que, par suite, son action doit être attentivement surveillée, surtout lorsqu'il s'agit de malades nerveux ou alcooliques.

Variole et vaccine simultanées.

M. Millard communique un cas de variole et de vaccine simultanées, observé par lui chez une femme affirmant n'avoir eu aucun rapport avec des varioleux et qui fut revaccinée par mesure générale de précaution la veille de sa sortie de Beaujon où elle avait été admise pour une grippe.

Pleurésie purulente chez un enfant de cinq ans.

M. Variot communique une observation de pleurésie purulente chez un enfant de cinq ans, avec un abcès de la paroi thoracique, communiquant avec l'épanchement. Un pneumothorax s'était développé consécutivement à la thoracentèse. A l'autopsie, on trouva le poumon gauche presque ossifié.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Bacille du chancre mou.

M. P. Rivière a examiné plusieurs chancres mous d'inoculation et y a constamment trouvé le streptobacille de Unna, identique du reste à celui qui a été trouvé dans le pus antérieurement par Ducrey.

Après avoir expérimenté les procédés de coloration recommandés par Unna, Kiefting, Quinquaud et Nicolle, M. Rivière s'est arrêté au procédé suivant, qui lui a donné de meilleurs résultats :

Fixation des pièces par l'alcool acétique, inclusion dans la paraffine, fixation des coupes à la gomme sur la lame. Les coupes, qui doivent être très minces (1/200 de millimètre), sont colorées dans le liquide suivant :

Solution alcoolique de bleu de méthylène, X gouttes.

Solution de carbonate d'ammoniaque dans l'eau à 1/200, 4 cm. c.

Lavage à l'eau, décoloration par un lavage très rapide, deux secondes, dans l'alcool absolu chargé de fluorescéine ; lavage à l'eau, déshydratation à l'alcool, essence de bergamote et baume.

Les streptobacilles siègent dans le tissu qui forme la base du cancer et dans lequel ils s'enfoncent assez profondément. Ils forment des colonies de deux à six chaînes parallèles et flexueuses qui serpentent dans les espaces intercellulaires et peuvent atteindre 120 μ de longueur. Les bacilles, arrondis aux deux bouts, avec un espace clair central, ont une longueur de 1/2 μ à 2 μ 1/2; leur largeur est constamment de 1/3 de μ.

Enchondrome vasculaire du sternum.

MM. Coyne et Cannieu présentent un enchondrome vasculaire du sternum, variété de chondrome dont on a cité quelques rares exemples.

Les auteurs y ont remarqué : des capsules de cartilage nombreuses, réunies par groupes de 10 à 20, occupées par des cellules de un ou deux noyaux ; une substance fondamentale claire et transparente ; des vaisseaux, en petit nombre, se ramifiant au sein de la tumeur, mesurant environ 1/20 de millimètre. Les uns munis d'une paroi conjonctive, les autres constitués par un simple canal creusé dans le cartilage.

Cette tumeur se différencie très nettement des enchondromes ostéoïdes et des cartilages dits d'ossification. Sa structure la rend comparable au cartilage à cellules ramifiées.

Fibrome du lobule de l'oreille.

M. Binaud présente une petite tumeur, de la grosseur d'une noisette, qui s'était développée chez une jeune fille de 18 ans qui s'était fait percer les oreilles il y a environ deux ans. Elle vit bientôt apparaître cette petite tumeur à l'orifice postérieur du trajet. M. Binaud a trouvé par l'examen microscopique la structure ordinaire des chéloïdes.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 26 *avril* 1893.

Tabes à début laryngé.

M. Grabower présente un malade chez lequel le premier symptôme de tabes a été constitué par la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur du côté droit.

Le malade, un homme, est venu la première fois il y a quinze mois, pour des troubles nerveux peu nets, sauf une inégalité des pupilles. M. Grabower examina le larynx et trouva une paralysie du crico-thyroïdien postérieur. Pendant l'inspiration, la corde vocale droite était un peu paresseuse. La sensibilité et l'excitabilité réflexe de la muqueuse laryngée qui ne présentait nulle part de lésions inflammatoires, étaient normales.

Le malade était resté pendant quelque temps dans le même état; puis ont paru peu à peu les symptômes classiques du tabes : douleurs fulgurantes, troubles de la sensibilité, phénomènes ataxiques, abolition du réflexe rotulien, etc.

M. Frænkel demande si l'on a examiné l'état du sterno-mastoïdien et du trapèze innervés par le nerf accessoire de Willis?

M. Grabower n'a pas examiné son malade sous ce rapport.

Cirrhose hypertrophique du foie.

M. Freyhan rappelle brièvement les discussions nombreuses sur la cirrhose hypertrophique et la cirrhose atrophique que les uns considèrent comme appartenant au même type morbide, d'autres comme deux maladies tout à fait distinctes. Les signes indiqués par les dualistes et pouvant servir pour le diagnostic différentiel (disposition du tissu fibreux, néoformation des voies biliaires, intégrité de la cellule hépatique) sont absolument insuffisants pour juger tel ou tel cas. Il y a quelque temps, M. Freyhan a eu l'occasion d'observer deux cas de cirrhose hypertrophique où le parenchyme était atteint à un degré comme cela ne s'observe que dans les cas avancés de cirrhose atrophique.

Si l'anatomie pathologique ne permet pas de faire le diagnostic, il n'en est heureusement pas de même de la clinique. D'un côté, nous trouvons une diminution du foie sans fièvre ni ictère, mais avec ascite, de l'autre côté une hypertrophie considérable du foie avec ictère intense mais sans ascite et, à côté de cet trépied symptomatique, de la tuméfaction de la rate, des hémorrhagies et de la fréquence du pouls.

Si l'autonomie parfaite des deux formes a été combattue, c'est que les formes intermédiaires sont très nombreuses en clinique. Il faut se garder de confondre la cirrhose hypertrophique avec le carcinome du foie. Dans la première, malgré l'ictère, les selles sont toujours colorées, tandis que dans le second, elles sont fréquemment argileuses. Un autre signe différentiel est l'âge : l'hypertrophie du foie est surtout fréquente entre 20 et 30 ans, tandis que le cancer s'observe chez des individus plus âgés.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 2 *mai* 1893.

Kystes papillomateux de l'ovaire.

M. Pye-Smith. — Voici deux gros kystes ovariens papillomateux provenant d'une femme de 35 ans, mère de quatre enfants et ayant jusqu'alors joui d'une excellente santé. En août 1884 il y eut de l'ascite et on fit 299 ponctions. On fit une laparotomie en 1887; on vit le péritoine et l'épiploon bourrés de petites masses brillantes; on crut à un cancer colloïde et on referma l'abdomen. Cependant une petite portion d'une de ces tumeurs retirée avec l'ongle fut examinée et on lui trouva une structure de papillome. Plus tard, après une ponction, survinrent des vomissements et la malade mourut. A l'autopsie on trouva deux grosses tumeurs papillomateuses de l'ovaire. Il semble qu'il s'agit d'une maladie locale et on n'a trouvé aucune trace de tumeur maligne.

M. Hopkins. — Le liquide contenait un peu de mucine et un peu de fibrinogène.

M. Doran. — J'ai montré en 1879, chez une femme de 49 ans, une tumeur papillomateuse contenue entièrement dans la trompe; la tumeur fut enlevée et la malade guérit. L'année dernière j'ai enlevé deux ovaires papillomateux chez une femme très amaigrie et qui guérit.

M. Cullingworth. — Chez une fille de 20 ans, j'ai enlevé un gros kyste papillomateux qu'on avait préalablement ponctionné; il y avait beaucoup de petites tumeurs sur le péritoine. Douze mois après l'opération, la malade va très bien et les petites tumeurs ont paru s'atrophier.

M. Morton. — Une femme entra à l'hôpital avec des symptômes d'ascite; on enleva une masse ovarienne papilloma-

teuse. Il y avait plusieurs petites tumeurs semées dans le péritoine et cependant un an après l'opération il n'y avait pas de récidive.

Tumeur du médiastin.

M. Hale White. — Voici une tumeur du médiastin englobant le cœur et s'ouvrant dans l'œsophage et dans l'aorte. Pendant sa vie le malade présenta les signes ordinaires des tumeurs du médiastin et en plus on entendait un fort souffle aortique systolique. Le malade mourut subitement au cours d'une hématémèse. A l'autopsie on trouva la partie supérieure et gauche du médiastin postérieur occcupée par un sarcome gangréné par places, comprenant le poumon gauche, englobant la plus grande partie de la plèvre gauche et du péricarde et produisant une pleurésie et une péricardite. L'oreillette gauche avait sa paroi presque entièrement constituée par du tissu de nouvelle formation et quelques nodules faisaient saillie dans sa cavité. L'aorte était resserrée par la tumeur, les valvules étaient saines. Un peu au-dessous de l'origine de la carotide primitive gauche, l'aorte était ulcérée et communiquait avec l'œsophage à travers la tumeur.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 28 avril 1893.

Abcès du psoas ayant entraîné la mort par des complications rénales.

M. Benham. — Un enfant de 8 ans présentait un abcès de la fesse gauche provenant d'une affection des dernières vertèbres dorsales et des vertèbres lombaires. On ouvrit cet abcès qui fut suivi de plusieurs autres siégeant des deux côtés; il persista pendant longtemps des fistules. Un corset de Sayre fut appliqué et l'affection du rachis finit par guérir. Cependant une albuminurie avait apparu; l'urine contenait aussi du pus et quelquefois des graviers. Il y eut des crises de colique néphrétique qui entraînèrent finalement une anurie presque complète et la mort survint bientôt. A l'autopsie, on trouva l'uretère gauche tordu, obstrué et compris dans une masse de tissu cicatriciel; il y avait hydronéphrose du même côté. Le rein droit était hypertrophié et transformé en une sorte d'abcès. Il y avait des calculs dans le rein gauche.

M. Lucas. — Cette affection calculeuse était probablement secondaire à la pyélite tuberculeuse.

M. Broadbent. — Je considère l'affection calculeuse comme secondaire à l'occlusion de l'uretère.

Ulcère de l'estomac amenant une perforation; laparotomie.

M. Warrington-Haward. — Une femme de 26 ans, ayant déjà souffert d'une dyspepsie douloureuse, fut amenée à l'hôpital en état de collapsus dû à une perforation d'un ulcère de l'estomac; on fit la laparotomie quatorze heures après l'apparition des symptômes aigus. On trouva la perforation; on ne put faire l'excision de l'ulcère en raison de l'épaississement énorme de ses bords. On sutura l'estomac à la paroi abdominale et les bords de l'ulcère aux bords de l'incision. On fit un lavage du péritoine, on draina l'estomac et on sutura le reste de l'incision. Le malade mourut au bout de six semaines de complications pulmonaires. A l'autopsie, on trouva l'estomac complètement adhérent à la paroi abdominale. Mais on trouva comme cause de la mort un abcès de la base du poumon gauche avec un peu d'empyème diaphragmatique.

M. Penrose. — Dans l'étude que M. Dickinson et moi avons faite sur les abcès diaphragmatiques en relation avec l'ulcère de l'estomac, sur dix cas, nous avons trouvé sept fois l'abcès dans la base du poumon gauche.

M. Parker. — J'ai vu dans deux cas la perforation de l'estomac à la suite d'un ulcère amener l'épanchement d'une telle quantité de matières dans toute l'étendue de la cavité péritonéale qu'il eût été, je crois, impossible de nettoyer cette dernière.

M. Dyce Duckworth. — Je ne partage pas cette opinion; je crois, au contraire, qu'on peut arriver à nettoyer la cavité péritonéale en y faisant passer des volumes énormes de liquide.

M. Haward. — Quand on reste pendant quelques heures sans intervenir, les matières septiques épanchées sont entraînées au-dessus du diaphragme et elles causent un abcès secondaire. Quand on lave bien la cavité abdominale, qu'on excise l'ulcère de l'estomac et qu'on suture bien ce dernier, la guérison peut être obtenue, mais à la condition que l'opération ait été faite très tôt (1).

Excision partielle du larynx pour un chondromyxome.

M. Bond. — Voici un homme de 44 ans qui fut pris de paralysie des muscles abducteurs droits de son larynx sans cause appréciable. Au laryngoscope on put, plus tard, découvrir une tumeur naissant au-dessous des cordes vocales et couvrant les parties postérieures de la gauche. En dehors et en arrière de l'aryténoïde droit, on voyait une tuméfaction œdémateuse. Plus tard, la partie inférieure, postérieure et droite du cartilage thyroïde augmenta de volume. On enleva une partie de la tumeur et on vit qu'il s'agissait d'un myxochondrome. Plus tard, la dyspnée nécessita une trachéotomie. Bientôt on dut opérer : on fit une incision verticale dans le larynx et on trouva la tumeur perforant la membrane cricothyroïdienne; toute la lumière du larynx était occupée par la tumeur qui provenait de la face antérieure de la paroi postérieure du cartilage cricoïde. On enleva entièrement le cartilage cricoïde avec la tumeur, les deux aryténoïdes et la partie antérieure de la région inférieure du thyroïde. On coupa les deux récurrents. Le malade guérit très vite; il peut parler à l'aide d'un larynx artificiel. Il n'y a pas de récidive.

(1) *Ulcère de l'estomac ayant amené une perforation. Laparotomie* (A case of perforated gastric ulcer for which gastrorrhaphy vas performed; death on the thirty first day), par Hastings Gilford (*British med. Journ.*, 6 mai 1893, p. 944). — Une jeune fille de 20 ans présenta brusquement les symptômes d'une péritonite par perforation. On fit la laparotomie neuf heures après; l'incision fut faite un peu à gauche de la ligne médiane; on trouva le péritoine plein de liquide et de matières à moitié digérées; on trouva la perforation de l'estomac près du cardia, un peu en arrière. On sutura cette perforation et on fit un lavage du péritoine avec de l'eau additionnée d'un peu de créoline. On draina la plaie et on la ferma. Pendant deux jours la malade eut du délire; au bout de cinq jours, on enleva le drain. On donna à la malade des lavements nutritifs. On donna un peu d'eau créosotée à la malade, mais presque aussitôt elle ressortait par la plaie abdominale. Le 10e et le 11e jour, les parotides gonflèrent successivement; il survint de la fièvre et beaucoup de prostration. On donna de nouveau du lait, mais on le vit encore sortir par la plaie. On attira alors l'estomac dans la plaie; on passa deux sutures dans ses bords et on introduisit un tube en verre dans la cavité stomacale; on put donner des aliments par ce tube. Le 14e jour, on entendit des râles crépitants à la base du poumon gauche et il survint une diarrhée fétide. Il devint évident qu'une collection purulente s'était formée dans le voisinage de l'estomac. On examina la malade sous le chloroforme et on rouvrit la plaie; on trouva l'estomac comprimé vers sa partie moyenne en forme de sablier, mais on ne put trouver de pus. Le 21e jour, il y eut des vomissements. On ferma alors complètement l'estomac à l'aide de sutures. Tout alla bien pendant quelque temps; on fit de nouveau une petite intervention, puis la malade alla très mal et finit par mourir 31 jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouva un petit abcès entre le foie et l'estomac. La forme en sablier de l'estomac était due à une cicatrice d'un ancien ulcère de la face postérieure. Outre l'ulcère voisin de l'œsophage, on en trouva un autre sur la grande courbure; on trouva un 3e ulcère au milieu de la petite courbure.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur le murmure sous-claviculaire chez les tuberculeux, par le Dr Moncorgé (du Mont-Dore), ex-interne des hôpitaux de Lyon.

Voici l'observation qui m'a engagé à publier cette courte note :

« L'été dernier, M. B... vient me consulter au Mont-Dore, avec l'intention de suivre un traitement thermal. C'est un homme de 35 ans, sans antécédents héréditaires importants à signaler. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme, ni de rhumatisme antérieur, pas de tendances à s'enrhumer. En 1890, influenza. A la suite, B... se met à tousser, à maigrir, à perdre ses forces, à s'essouffler facilement. Quelquefois sueurs nocturnes. Jamais d'hémoptysies.

Au moment où j'ai l'occasion de l'examiner, je trouve au sommet droit de la submatité avec exagération des vibrations, une respiration légèrement soufflante avec quelques râles humides plus nombreux sous la clavicule que dans la fosse sus-épineuse.

Dans la fosse sus-épineuse gauche, un peu de submatité avec diminution sensible des vibrations. Respiration obscure et quelques crépitations fines s'entendant à la fin de l'inspiration, dans les grandes inspirations surtout; ces crépitations ne sont pas constantes. B... dit avoir eu, il y a quelques mois, des douleurs superficielles et fugaces au sommet de l'épaule, douleurs qui n'ont pas reparu depuis.

Dans la fosse sous-claviculaire gauche, pas de signes bien nets fournis par la percussion et la palpation. En l'auscultant, à l'oreille, je constate une respiration saccadée qui me paraît singulière dans sa force et la régularité de son rhythme. Faisant arrêter la respiration, je perçois un souffle sous-claviculaire des plus nets, dont je précise ensuite les caractères à l'aide du stéthoscope. Ce souffle a son maximum à l'union du tiers interne aux deux tiers externes de la clavicule, se prolongeant au ras de cet os du côté de l'épaule, où il va s'atténuant. Il est beaucoup moins marqué dans le 2e espace intercostal, et à peine sensible dans la fosse sus-épineuse en bordure de la clavicule. Il est systolique, fort et râpeux dans le 1er espace intercostal, et comme superficiel.

Il n'y a aucun souffle à la pointe, ni à la base, aux lieux d'auscultation des artères aorte et pulmonaire. Battements du cœur réguliers; pas d'hypertrophie. Pouls égal des deux côtés; pas de souffle dans les carotides.

Aucun soulèvement, aucune saillie sous-claviculaire. Pas de centre de battement, pas de thrill ou frémissement sensible à la main ou perceptible au stéthoscope. Pas de goître.

M. B... resta vingt jours au Mont-Dore, où le traitement consista, outre la boisson et les inhalations, en douches et pluies chaudes, de 3 à 10 minutes, à forte pression, sur les épaules, en lui recommandant de faire des inspirations aussi profondes et aussi régulières que possible. Je l'auscultai une sixaine de fois. A mes deux derniers examens le souffle sous-claviculaire s'était beaucoup modifié. Il était moins intense et surtout beaucoup plus doux, tout en restant d'ailleurs absolument net. Je ne retrouvais plus les fines crépitations précédemment entendues. »

Ces signes étant donnés, il serait difficile de localiser ailleurs que dans la sous-clavière le souffle entendu. Je ne mentionnerai que pour mémoire l'anévrysme de la thyroïdienne, dont le souffle se présente également à son maximum au tiers interne de la clavicule, mais dont la propagation se fait dans une autre direction. D'ailleurs le malade n'était point porteur de goître qui pût amener la dégénérescence et la distension de l'artère et provoquer un anévrysme spontané (cas de Brousse). L'artère pulmonaire ne saurait être incriminée, ni comme rétrécissement acquis d'origine rhumatismale (pas d'antécédents), ni comme compression par un ganglion tuberculeux. Le maximum d'intensité du bruit anormal se fût produit au lieu d'élection ; la propagation eût été autre, et dans le cas de compression, non du tronc, mais d'une branche de l'artère pulmonaire, le souffle n'aurait pas revêtu ce caractère de superficialité qu'il présentait si nettement. J'écarte l'anévrysme de la sous-clavière, ces anévrysmes étant d'origine traumatique. Rien d'ailleurs, dans le relevé des signes sus-indiqués, n'autorise une pareille hypothèse. Reste la lésion de la sous-clavière (tiraillement ou englobement) par la pleurésie du sommet, révélée par la percussion, la palpation et l'auscultation. Tout, dans l'exposé des faits, plaide en faveur de ce diagnostic, et indique la solidarité des lésions du sommet et du souffle sous-clavier, lequel modifie son timbre et son intensité quand disparaissent les frottements pleuraux. Au reste on connaît les rapports étroits des sous-claviculaires avec le poumon. Chacune de ces artères décrit un arc à convexité supérieure et dont la concavité est tournée vers le sommet du poumon. La plèvre pariétale y reçoit même une empreinte. La sous-claviculaire gauche, plus longue que la droite, est beaucoup plus que celle-ci en contact avec la plèvre et avec le poumon.

Suivent quelques faits qui peuvent se rapprocher de cette observation, soit comme pseudo-respiration saccadée, soit comme souffles vasculaires produits par la tuberculose, indépendamment de toute lésion du cœur.

Schrœtter (1872) observe au sommet gauche un bruit de souffle, indépendant de la respiration systolique, et en outre des râles et un souffle caverneux. Ce souffle n'était perçu qu'au niveau de la caverne, l'auscultation du cœur et des vaisseaux étant parfaitement normale. A l'autopsie, excavation de la grosseur d'un poing, traversée par une grosse artère oblitérée. Plusieurs branches de la pulmonaire (l'une notamment présentait un diamètre de près d'un demi-centimètre) tapissaient presque directement la paroi. Ces artères ne présentaient aucune trace de rétrécissement qui pût donner lieu à la production d'une veine liquide. L'auteur pense que ces artères étant mal soutenues et comme dénudées par le voisinage de l'excavation, les tuniques entraient en vibration d'une façon anormale par l'effort de l'onde sanguine ; la production d'un bruit de souffle systolique (théorie de Skoda) production d'un bruit de souffle systolique que la caverne propageait et renforçait comme un appareil de résonnance.

Brunn a noté l'existence d'un bruit de souffle systolique et diastolique au niveau d'une caverne pulmonaire. Il explique cela par la compression réciproque de l'air de la caverne sur l'artère et de l'artère sur l'air, au moment de la systole.

Potain (thèse de Bozonet) a entendu la respiration saccadée produite par l'artère sous-clavière comprimant une caverne. Les saccades étaient isochrones aux pulsations artérielles. L'autopsie fit constater qu'il existait une caverne superficielle en rapport avec l'artère, au sommet antérieur du poumon gauche.

Lehrnbecher a constaté l'existence d'un double souffle systolique dans la carotide et la sous-clavière.

Hope a signalé un souffle de compression de l'aorte descendante par le poumon tuberculeux, souffle variant suivant certaines positions du malade.

Les murmures ou les souffles sous-claviculaires ont été surtout étudiés par les médecins anglais, qui semblent les rencontrer fréquemment et y attacher une certaine importance dans le diagnostic de la tuberculose au début.

Sieveking (*Lancet*, 1860) dit : « Nous trouvons souvent, spécialement dans la tuberculose, et peut-être principalement à son début, un murmure sous-clavier par compression ou induration du poumon, ou dans l'inspiration par compression de l'artère. Ce murmure est sous la clavicule, court, sans caractère différent des bruits venant de la région cardiaque ; il n'est habituellement pas prolongé. » Leurs opinions varient quant au lieu de production du souffle. Latham et Alison le localisent dans l'artère pulmonaire ; on ne l'entendrait donc qu'à gauche. Pour eux, ce serait ou un souffle anémique renforcé par le voisinage d'une induration pulmonaire, qui élève aussi le ton artériel, ou un phénomène de compression. Opinion partagée par Germain Sée qui semble d'ailleurs n'attacher au signe lui-même et à son interprétation qu'une fort médiocre importance. Matterstock admet aussi l'origine artérielle pulmonaire, tout en convenant qu'il peut coexister très intense dans la sous-clavière gauche et même dans l'axillaire.

Palmer (*Lancet*, 1864) conteste la signification pathologique du signe sous-claviculaire. Pour lui, ce serait un bruit d'ordre physiologique complètement étranger à la tuberculisation, et qu'on peut obtenir dans une inspiration forte et retenue quelques secondes, surtout si l'on a soin de faire lever les bras de l'individu examiné. Cherchant sur 129 ouvriers de toute profession, il a trouvé 17 fois le souffle à gauche, 7 fois à droite et 13 fois des deux côtés. Le phénomène serait dû à la compression de l'artère, soit par le muscle sous-clavier, soit par la première côte, dans l'élévation du bras, compression favorisée par l'expansion pulmonaire au moment de l'inspiration.

Quelques auteurs français seulement signalent le bruit sous-claviculaire, à titre de pure indication et sur la foi des médecins anglais. Ils ne paraissent d'ailleurs lui accorder qu'un crédit fort limité comme valeur diagnostique et même comme existence. Hérard et Cornil disent avoir perçu chez un petit nombre de phthisiques à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration un souffle vasculaire qui leur a paru pouvoir se rapporter au murmure sous claviculaire. Hanot (in Dictionnaire Jaccoud) se borne à enregistrer sans commentaire l'opinion de ces deux auteurs.

On ne saurait pourtant nier l'existence du souffle sous-claviculaire. Sans doute on l'augmente par l'élévation du bras et l'arrêt en inspiration forcée ; mais si, en dehors de ces artifices de production ou de renforcement, le phénomène persiste, on est bien obligé de lui assigner une origine nettement pathologique. Sans vouloir établir une nouvelle statistique parallèle à celle de Palmer, j'ai eu la curiosité de vérifier son assertion chez des phthisiques et des non phthisiques. Trois ou quatre fois seulement j'ai eu l'occasion de percevoir dans la région sous-claviculaire quelque chose de bourdonnant et de confus, qu'il fallait avoir beaucoup de bonne volonté pour prendre comme souffle, et qui, en tout cas, n'avait aucun rapport avec le bruit anormal observé chez B...

On ne peut faire de l'artère pulmonaire le siège exclusif du murmure sous-claviculaire. Ce murmure, en effet, s'entend quelquefois à droite, et là, s'il est permis d'hésiter entre la sous-clavière et le tronc innominé, il ne saurait être question de la pulmonaire. En outre, les souffles d'anémie ou de compression nés dans cette artère localisent ailleurs que sous la clavicule leur maximum d'intensité ; ils ne sont sous-claviculaires que par à peu près. Kirkes, après avoir noté l'intensité variable de ce souffle, tantôt très doux, tantôt rude, ou fort comme celui d'un anévrysme, influencé par l'inspiration profonde et l'énergie des battements du cœur, après avoir rappelé qu'il tend à disparaître à mesure que commence et s'affirme le ramollissement du sommet, ajoute : « Ce murmure est indépendant d'un murmure dans la région du cœur, et se produit là où il est entendu. Ce n'est pas un bruit de propagation. » Et il recommande expressément de se mettre en garde contre les bruits artificiels créés par une pression exagérée du stéthoscope au ras de la clavicule.

Étant donnés les rapports de contiguïté ou de voisinage qu'affecte la sous-clavière, la gauche surtout, avec la plèvre et le poumon et qui semble mettre cette artère en imminence constante de lésions (par compression, adhérences, tiraillement), il paraîtrait naturel de conclure *à priori* à la fréquence des murmures sous-claviculaires gauches. Il n'en est rien cependant, si, en même temps que mes souvenirs personnels, j'interroge l'enseignement de mes maîtres dans les hôpitaux et les données fournies par les auteurs classiques. Resterait à expliquer cette différence d'opinions entre médecins anglais et français, d'autant plus singulière qu'elle porte, non sur l'interprétation, mais sur la simple constatation d'un fait clinique dans une maladie aussi communément répandue. C'est dire, en somme, le peu de valeur pratique offert par ce symptôme infidèle sur la signification pathologique duquel on évitera d'ailleurs de se méprendre quand le hasard le mettra sous l'oreille. Kirkes fait du souffle sous-clavier, localisé et précisé comme il l'entend, un symptôme de la première heure dans la phthisie commençante. L'observation de Potain montre qu'il peut être tout aussi bien un épiphénomène de la dernière heure. Il suffit que des conditions favorables se présentent ; qu'elles soient ganglions tuberculeux, adhérence pleurale ou caverne pulmonaire, peu semble importer. Il faut ajouter que depuis l'époque où la question a été débatue (1860, 1862, 1864), nous nous sommes fait une autre idée des tout premiers symptômes de la phthisie, et habitués à la recherche de signes cliniques délicats qui ont peut-être une valeur intrinsèque moindre considérés isolément, mais qui, pris en bloc, sont autrement précieux et importants pour le diagnostic (1).

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

ONZIÈME SESSION TENUE A PARIS DU 1er AU 4 MAI 1893.

Séance du 1er mai 1893.

PRÉSIDENCE DE M. LAGRANGE.

M. le prof. Panas, au nom du Comité, souhaite la bienvenue aux membres du Congrès et constate que de plus nombreux confrères étrangers ont répondu cette année à l'appel du Comité.

De l'asepsie dans les opérations pratiquées sur les yeux.

M. Nuel (Liège), *rapporteur*. — Pour limiter les dimensions de notre travail, nous traiterons à peu près exclusivement du genre d'opérations qui intéressent les milieux de l'œil les moins résistants à l'infection microbienne (cristallin et corps vitré), celles qu'on pratique sur le système cristallinien : extractions et discissions. Qui peut le plus, peut le moins. On apportera aisément aux principes établis pour ces opérations les réductions et les tempéraments permis pour des opérations moins dangereuses. Nous étudierons d'abord les conditions variées dans lesquelles peuvent être établies l'asepsie et la stérilisation des instruments, des objets de pansement et surtout du champ opératoire.

(1) *Lyon méd.*, 23 avril 1893, t. LXXII, n° 17, p. 579.

A. *Limite du pouvoir des désinfectants chimiques.* — Il y a dans l'entourage immédiat des microbes des conditions qui peuvent diminuer et même annuler l'action des antiseptiques. Nous en ferons saisir l'importance en constatant par exemple que le sublimé, qui jouit de propriétés bactéricides éminentes, peut les perdre absolument dans telles circonstances. La réaction acide est favorable, la réaction alcaline (de la plupart de nos humeurs) est défavorable à l'action bactéricide du sublimé, et la présence de l'acide sulfhydrique en détruit absolument l'effet. Voilà pour l'annulation *chimique* des antiseptiques.

D'autre part, les matières albuminoïdes, la gélatine, la mucine, etc., ramassent, au sein des liquides, des fragments de détritus riches en microbes, les condensent et les rendent difficilement pénétrables par les antiseptiques. Souvent même la présence de certains antiseptiques contribue à cet effet. Ce genre de protection *mécanique* des microbes de nos humeurs se fait plus ou moins sentir à l'égard de presque tous les antiseptiques. Les corps gras constituent ordinairement une barrière infranchissable pour les microbes. Un fil imprégné du bacille du pus bleu (un microbe peu résistant), puis recouvert de graisse ou de gélatine, reste septique pendant un et même plusieurs jours dans une solution aqueuse de sublimé à 0.5 0/00. C'est la raison de l'inactivité presque absolue des antiseptiques dissous dans les graisses, notamment de l'huile phéniquée.

L'antiseptique le plus actif peut, dans l'organisme humain, par exemple sur la conjonctive oculaire, provoquer des réactions défavorables à son action. Il est absolument impossible d'appliquer à la surface d'une plaie, ou bien sur la conjonctive, un antiseptique en concentration suffisante pour y tuer tous les microbes pathogènes. Il arrive que l'antiseptique provoque à la surface de l'œil un état d'irritation donnant lieu à de la sécrétion plus ou moins muqueuse, et cette hypersécrétion fournit un milieu nutritif favorable à la pullulation des microbes. Ce rôle nuisible va donc à l'encontre de l'action antiseptique, qu'il peut neutraliser tout à fait. Il est, par exemple, des yeux avec irritation du bord ciliaire, qui ne tolèrent presque pas de substance irritante, et qui réagissent à son application par un certain degré d'injection ciliaire et de sécrétion muqueuse. Pour eux, le sublimé, qui pour son efficacité se trouve toujours au haut de l'échelle des antiseptiques, peut être un agent désinfectant moins utile qu'un autre moins haut coté.

Les considérations qui précèdent, et d'autres encore, notamment celles relatives à l'espèce des microbes, ont conduit à la conclusion, acceptée par la plupart des auteurs récents, que non seulement la stérilisation, mais même l'*asepsie absolue est irréalisable à l'aide des seuls moyens chimiques.*

Ce qui est consolant, c'est que dans l'immense majorité des cas, surtout en chirurgie oculistique, l'infection est produite par des microbes relativement peu résistants à l'égard des antiseptiques en général, et des antiseptiques chimiques en particulier. L'agent infectant habituel nous est donné dans les staphylocoques, le jaune et le blanc, deux microbes heureusement très sensibles à l'égard des influences antiseptiques les plus diverses. Le problème de l'asepsie serait presque résolu si nous parvenions à nous abriter contre eux. C'est en vue de ces deux micro-organismes que doivent être conçues nos mesures antiseptiques. Plutôt que de vouloir dans toutes les opérations prendre des précautions très compliquées capables de détruire tous les germes pathogènes, quels qu'ils soient, chose à peu près irréalisable, il est infiniment plus pratique de se borner à écarter du terrain opératoire le staphylocoque, agent habituel de l'infection, quitte à prendre des mesures spéciales si l'on a des raisons de craindre des microbes plus résistants.

Dans notre lutte contre les microbes pathogènes, nous avons comme allié une propriété de nos tissus et de nos humeurs sans laquelle tous nos efforts antiseptiques seraient vains : nous voulons parler des propriétés antibactéridiennes de nos tissus et de nos humeurs : lymphe interstitielle, humeur aqueuse, larmes, propriétés déjà signalées et basées en partie sur la phagocytose, en partie sur une action chimique, comparable à celle des poisons. Dans les tissus, la phagocytose semble prédominer ; dans les larmes et surtout dans l'humeur aqueuse, l'action chimique paraît l'emporter. En vertu de cette propriété, la multiplication des microbes est entravée plus ou moins, et les germes finissent même par être tués. Le résultat en est, dans le cas des plaies opératoires, une guérison normale, comme s'il y avait asepsie réelle et complète, mais seulement à la condition que les microbes pathogènes ne soient pas trop nombreux, le pouvoir bactéricide de nos tissus et de nos humeurs ayant des bornes.

Ce pouvoir, d'ailleurs, est susceptible de variations d'un individu à l'autre. Nous savons, en effet, qu'un œil ayant subi des atteintes de diverse nature chez un individu à constitution délabrée, cachectique, offre moins de résistance contre l'invasion des microbes. Nous savons notamment que le diabète et l'albuminerie abaissent le pouvoir antibactéridien des tissus. Enfin, dans l'œil lui-même, une infection des parties dont la nutrition est moins intense, surtout celle de la substance cristallinienne et du corps vitré, infection qui suppose une blessure de ces parties, est surtout à craindre. Une simple discission d'une cataracte secondaire par ponction cornéenne est infiniment plus dangereuse qu'une iridectomie ; elle l'est au moins autant qu'une simple extraction de cataracte, réussie sans lésion du vitreum.

La quantité de microbes nécessaire pour qu'une infection se produise dépend précisément du pouvoir bactéricide en question. Bien loin de pouvoir stériliser la surface de l'œil, nous n'arrivons pas même, en règle générale, à y faire disparaître tous les germes pathogènes. Mais ce à quoi nous arrivons, c'est à réduire à la surface de l'œil le nombre des microbes pathogènes au point que le pouvoir antibactéridien de l'organe opéré puisse en avoir raison.

B. *Asepsie et désinfection du sujet à opérer.* — Un bain général avec frictions au savon peut être nécessaire dans des conditions spéciales, de même qu'un léger purgatif, à prendre la veille, peut être indiqué en vue de métastases dont la source est dans un intestin surchargé.

Mais tous nos efforts doivent être concentrés sur l'œil et son voisinage immédiat. D'après ce qui a été dit plus haut, il est bon de commencer par savonner soigneusement la région, pour opérer un nettoyage en gros et pour enlever les pellicules, la graisse, qui imprègnent toujours la peau et les paupières, et dont l'enlèvement est une condition essentielle pour rendre les microbes accessibles aux antiseptiques chimiques. Le savonnage est suivi de lotions antiseptiques, répétées si possible pendant une couple de jours. Un bord palpébral même normal sera soigneusement lavé avec la solution antiseptique. Le même liquide antiseptique renouvelé servira à inonder le sac conjonctival dans tous ses recoins, y compris les culs-de-sac, les paupières étant retournées, et après instillation préalable de cocaïne chez les personnes sensibles. Il pourra être utile de promener dans le creux conjonctival de petites boulettes de coton imprégnées de la solution antiseptique.

Quant à l'espèce d'antiseptique à employer, le choix peut se mouvoir aujourd'hui entre certaines limites : l'antiseptique choisi doit être reconnu comme très actif et ne doit pas (par sa nature ou en vertu de sa concentration) irriter la conjonctive. Pour notre part, nous nous en tenons toujours à la solution aqueuse de sublimé à 1/2000, rarement plus diluée. Ses propriétés antiseptiques sont unanimement reconnues comme excellentes; elle est très bien supportée par l'œil. Au besoin, le sublimé en solution à 1/3000 et même à 1/5000 est encore un agent très actif. Légèrement chauffé, ses propriétés bactéricides s'accroissent notablement, et il peut être utile de ne pas verser sur l'œil une certaine quantité d'un liquide froid. Les lotions du sac conjonctival surtout, ainsi que celles du bord libre des paupières, sont répétées trois ou quatre fois par jour, et cela pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'opération, dont le premier acte est constitué par une dernière désinfection.

Certainement d'autres antiseptiques sont capables de remplir utilement le même rôle. Il en est ainsi de certains sels mercuriques, tels que l'iodure à 1/2000, préconisé par M. Panas, l'oxycyanure et le cyanure mercuriques recommandés successivement par M. Chibret, en solution aqueuse à 1/1500. Le trichloride d'iode en solution de 1/500 à 1/2000 paraît, d'après Pflüger, se ranger à peu près sur la même ligne. Cette liste pourrait sans doute être allongée encore, et il est plus que probable qu'on trouvera des substances encore plus énergiquement antiseptiques et moins irritantes que les sels mercuriques. Il semblerait que les mélanges de différents antiseptiques fussent capables de réaliser un certain progrès

dans cette direction. Le dernier venu de cette catégorie, le phénol salyl (de Christmas), attire en ce moment l'attention. L'idéal serait une substance fortement antiseptique et n'exerçant pas d'action délétère sur les éléments de nos tissus. L'acide borique à 4 0/0 n'est certainement pas assez antiseptique. M. Bourgeois dit cependant beaucoup de bien du soborax, solution d'acide borique dans une solution aqueuse de borax (l'acide borique s'y dissout jusqu'à 16 0/0). Le silence se fait de plus en plus autour de la pyoctanine (Stilling), qui devait joindre des propriétés antiseptiques très grandes à une innocuité absolue pour les tissus.

Une fois l'opération proprement dite commencée, la solution de sublimé n'est plus mise en contact avec l'œil ou avec la conjonctive. Les lotions nécessaires se font avec la solution physiologique de chlorure de sodium (de 6 à 7 0/00), stérilisée par l'ébullition. D'autres liquides anodins pour l'œil ouvert, tels que la solution d'acide borique à 4 0/0, peuvent remplir le même rôle : celui d'un liquide aseptique ; mais nous ne voyons pas trop en quoi ils seraient préférables au premier.

Comme corps absorbant les liquides, nous proscrivons absolument les éponges (dans toutes les opérations où l'œil est ouvert), parce qu'il est trop difficile, sinon impossible, de les aseptiser. Nous préférons nous servir exclusivement de petites masses de gaze aseptisée, corps suffisamment absorbant pour nos besoins spéciaux. Sous ce dernier rapport, elle l'emporte même sur l'ouate dégraissée.

Nous ne nous étendrons pas spécialement sur les diverses phases de l'extraction, dans le but de démontrer que tout accident survenant au cours de l'acte opératoire favorise la pénétration et la pullulation des microbes entre les lèvres de la plaie cornéenne et à l'intérieur de l'œil. Une section cornéenne aussi régulière que possible est l'idéal, en ce qu'elle facilite la coaptation des lèvres de la plaie ; or, le meilleur obstacle à la pénétration des microbes est l'occlusion de la plaie cornéenne, sans adhérences de l'iris, sans enclavement d'aucune espèce, avec rétablissement de la chambre antérieure. Nous n'attachons pas, à notre point de vue, une grande importance au lambeau conjonctival, affectionné par certains opérateurs.

Nous croyons aussi qu'il est prudent d'empêcher les bords palpébraux, ces nids de prédilection des microbes, de venir en contact avec les lèvres de la plaie cornéenne.

Aussi, pour favoriser l'expulsion du noyau et surtout des masses cristalliniennes, évitons-nous la manœuvre qui consiste à faire servir les paupières, et surtout la paupière supérieure, à des efforts de pression et de contre-pression.

Les rangs des partisans des lavages intra-oculaires antiseptiques pratiqués à la suite des opérations oculaires vont s'éclaircissant de plus en plus, malgré les statistiques favorables de M. le Pr Panas. Il faut se demander ici si les beaux résultats obtenus ne peuvent pas être mis sur le compte des autres moyens antiseptiques employés et du procédé opératoire. M. Chibret est aussi un partisan de cette méthode. D'après lui, bien que les substances antiseptiques disparaissent avec rapidité de la chambre antérieure, elles ont eu le temps de modifier le terrain dans un sens défavorable au développement des microbes. Les sels mercuriques, notamment, se combineraient avec les substances albuminoïdes des endothéliums et produiraient ce qu'il appelle, dans son langage imagé, une « métallisation » des parois de la chambre antérieure, un revêtement efficace contre la pénétration des microbes. Il n'hésite donc pas à injecter encore un sel mercurique, le cyanure, bien qu'en solution très faible (1/20.000).

Nous avons jadis démontré que, à part la solution physiologique de chlorure de sodium et celle d'acide borique, tous les liquides injectés, y compris l'eau aseptisée, tuent les endothéliums de la chambre antérieure et que les sels mercuriques sont particulièrement pernicieux à cet égard, qu'ils produisent trop facilement des troubles intenses et indélébiles de la cornée.

La pratique des injections intra-oculaires n'est donc, en général, conservée désormais que dans le but mécanique d'évacuer les masses corticales.

L'opération terminée, après avoir séché la région au moyen d'un tampon de gaze aseptisée (par le procédé indiqué plus loin), nous appliquons sur les deux yeux un pansement composé d'un tampon de gaze aseptique placé sur l'œil et maintenu par une bande modérément serrée. La gaze aseptique, sèche et chiffonnée, se moule très bien sur les saillies et remplit les creux et, par conséquent, sert à exercer une compression méthodique, à peu près au même titre que l'ouate ; elle a, de plus, sur celle-ci un avantage sérieux au point de vue de l'asepsie : elle absorbe les liquides mieux que l'ouate dégraissée. Les rondelles de lin absorbent trop peu.

Il y a lieu de proscrire la gaze rendue soi-disant aseptique par l'incorporation de toutes sortes de substances antiseptiques. Outre que cette asepsie est un leurre, les préparations nécessitées à cet effet enlèvent à la gaze en grande partie les propriétés qui la recommandent à notre choix, notamment son pouvoir absorbant.

Les instillations de poudre d'iodoforme dans l'œil opéré méritent une mention spéciale. Cette poudre est bien supportée par l'œil et, bien qu'elle ne tue pas les microbes, elle en empêche le développement. De plus, elle diminue les sécrétions de la muqueuse, ce qui n'est pas à dédaigner. On tend aujourd'hui à remplacer la poudre d'iodoforme par celle d'aristol. Les avantages signalés de ces poudres ne paraissent pas compenser l'inconvénient que présente la présence d'un corps étranger volumineux dans le sac conjonctival. Aussi cette pratique n'est plus guère usitée que dans quelques cas où l'œil à opérer porte dans son voisinage immédiat une source d'infection.

Quand faut-il renouveler le premier pansement ?

Nous avons adopté la manière de procéder que voici : Dans tous les cas nous soulevons le pansement de l'œil opéré au bout de quarante-huit heures, et cela avec précaution, dans une demi-obscurité, la lumière artificielle étant placée du côté temporal, et en laissant le second œil ouvert, afin d'éviter toute contraction de l'orbiculaire des paupières. Si le pansement est sec — et surtout s'il n'y a pas ce léger œdème suspect du bord libre de la paupière supérieure, — nous le renouvelons à l'instant même, et sans essayer d'ouvrir la fente palpébrale. Y a-t-il un peu de sécrétion sur le pansement, à l'endroit qui correspond à la fente palpébrale ? alors nous lavons les bords ciliaires des paupières doucement, à l'aide d'un tampon d'ouate aseptique et trempée dans la solution de sublimé *chauffée* — ceci pour éviter la contraction de l'orbiculaire qu'occasionnerait le contact d'un liquide frais, et parce qu'à chaud la solution antiseptique est plus active qu'à froid — en recommandant au malade de laisser l'œil fermé sans serrer les paupières, puis nous remettons un pansement frais. Nous n'ouvrons l'œil que le troisième ou le quatrième jour, toujours par peur d'une infection par le bord libre de la paupière supérieure.

Y a-t-il, dès le premier jour, de la sécrétion notable sur le pansement, et surtout le bord libre de la paupière supérieure est-il un peu gonflé, nous n'hésitons pas à inspecter l'œil et la plaie cornéenne, après avoir désinfecté les cils comme ci-dessus. Si on trouve une infiltration suspecte des lèvres de la plaie, on se servira d'instillations d'iodoforme, concurremment avec le fer rouge, qui nous paraît tout indiqué ici, ses inconvénients étant plus que contrebalancés par ses avantages incontestables.

Toutes ces précautions antiseptiques doivent être poussées à l'exagération lorsque l'opéré se présente dans des conditions anormales, soit qu'il s'agisse d'un état général fâcheux (albuminurie, diabète) qui ait diminué la résistance du tissu aux microbes, soit que le malade offre une complication de nature infectieuse située au voisinage de l'organe malade ou qui en soit éloignée.

Comme lésion de voisinage, les affections des voies lacrymales doivent être pour l'opérateur un objet constant de préoccupation. Et en allant à leur découverte, il ne suffira pas, pour les exclure, de constater qu'une pression répétée, exercée sur le sac lacrymal, ne fait rien refluer par les points lacrymaux : un faible degré de catarrhe de ces voies peut, en effet, n'avoir produit que peu de sécrétion, et ne pas se révéler par cette manœuvre, diverses circonstances mécaniques pouvant empêcher le reflux caractéristique. Pour peu que l'œil à opérer soit larmoyant, il n'y a lieu de se déclarer satisfait que si une injection d'eau salée poussée dans un canal lacrymal apparaît dans les narines.

D'une manière générale, les traitements à instituer sont de longue durée. Dans bon nombre de cas, on n'aboutira pas à l'idéal, à une guérison radicale. Mais encore faut-il s'en

rapprocher le plus possible, et cela peut suffire pour la réussite. Il faudra naturellement redoubler de précautions antiseptiques avant, pendant et surtout après l'extraction. C'est dans des cas de ce genre qu'on pourra avec avantage saupoudrer l'œil opéré d'iodoforme, ce médicament, outre qu'il s'oppose à la pullulation des microbes, tarissant plus ou moins les sécrétions conjonctivales, lesquelles sont alors particulièrement à craindre.

C'est ici surtout qu'il faut être pénétré de l'idée que les antiseptiques n'agissent pas uniquement en vertu de leur pouvoir microbicide absolu, mais que l'utilité de leur emploi consiste surtout en ce que, tout en tuant une partie des microbes, ils annulent passagèrement leur prolifération, et pour beaucoup d'entre eux, en ce qu'ils augmentent la résistance des tissus à l'égard des microbes, et permettent ainsi aux forces de diverse nature, inhérentes aux organes et aux tissus, d'éliminer peu à peu ces microbes. Quelque grande que soit la diversité des moyens usités, ils tendent tous vers le même but : l'élimination des microbes. Il en est ainsi notamment des remèdes employés contre le catarrhe conjonctival, à commencer par le nitrate d'argent pour finir par les astringents les plus faibles, y compris le dernier venu, l'alumnol. L'action astringente coagule les liquides interstitiels des couches les plus superficielles des tissus, condense ceux-ci, et les rend plus résistants à l'égard de la marche envahissante des microbes. Selon les allures du catarrhe conjonctival, on préférera tantôt les antiseptiques purs, tantôt, quand la sécrétion est surtout muqueuse, les remèdes plutôt astringents. Il est du reste à remarquer que tous les médicaments employés en pareil cas jouissent de propriétés antiseptiques.

L'emploi d'antiseptiques incorporés dans des corps gras pour combattre les affections blépharitiques semble être justifié par la considération que, dans ce cas, les replis hébergeant les microbes sont remplis de graisse. C'est alors qu'il peut être utile d'exprimer à diverses reprises les sécrétions retenues dans les conduits excréteurs des glandes du bord palpébral.

Pour ce qui est des affections des voies lacrymales, la préoccupation dominante est de rétablir leur perméabilité par les moyens connus.

Nous ne saurions souscrire à la recommandation d'auteurs tels que Haab, qui, dans les cas d'obstacle constaté à l'écoulement des larmes, conseillait récemment de cautériser au fer rouge les papilles lacrymales à l'effet d'obstruer les canalicules; nous ne saurions pas davantage adopter la pratique de ceux qui, comme Deutschmann, prétendent fermer ces canalicules contre le reflux des sécrétions septiques du sac par des ligatures étreignant les canalicules après leur incision. Nous mettons sur la même ligne les cautérisations énergiques du sac dans toute affection de ce genre, une telle médication n'étant légitime que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Malgré tout ce qu'on aura fait dans cette direction, on verra toujours se poser la question embarrassante de savoir si on a fait assez, si l'œil à opérer est devenu, non pas d'une asepsie absolue, irréalisable surtout ici, mais d'une asepsie suffisante.

Il n'y a certes pas d'oculiste qui ne se soit demandé s'il n'y aurait pas un moyen de reconnaître à l'avance quels sont les yeux qui sont suspects de s'infecter sous le pansement. C'est un critérium de prédisposition à l'infection qu'il faudrait avoir.

Nous pensons avoir découvert ce critérium, sinon absolu, au moins applicable dans la plupart des cas. Ce moyen consiste dans l'application d'un bandage compressif aseptique, durant deux jours, sans qu'on prenne préalablement de l'œil d'autres soins que de le soumettre aux simples mesures de propreté. S'agit-il d'un œil suffisamment aseptique, alors on trouvera le deuxième jour le bandeau non mouillé, l'œil sec et pâle. Au contraire, si le pansement est recouvert d'une quantité notable de sécrétion, si l'œil a rougi et sécrète, c'est qu'alors les conditions sont telles que l'occlusion aurait pu provoquer l'infection de la plaie d'une extraction de cataracte, soit que les microbes pathogènes, n'importe de quelle provenance, s'y trouvassent en quantité efficace, soit que le terrain fût dépourvu de la résistance normale à l'égard des microbes. Un œil se révèle-t-il comme suspect à cette épreuve, il faudra continuer, au besoin en le variant, le traitement préparatoire à l'extraction de la cataracte. Il nous est arrivé de n'obtenir l'asepsie voulue qu'après avoir appliqué à l'œil deux et même trois fois notre pierre de touche.

Les développements qui précèdent et notre critérium de la septicité d'un œil supposent que l'infection ne se produit pas au moment de l'opération, mais après, les germes pyogènes pouvant provenir, soit des voies lacrymales, soit du sac conjonctival, soit du bord libre des paupières. Nous croyons que tel est le cas habituel, exception faite naturellement pour les cas rares où l'infection serait endogène.

Nous disposons actuellement, en effet, de procédés d'asepsie suffisants pour les mains de l'opérateur et l'œil lui-même; quant aux instruments, leur asepsie est chose facile à réaliser.

C. *Stérilisation des instruments.* — D'après ce qui a été dit plus haut, nous ne serons guère tenté d'accorder une confiance illimitée à la désinfection par les moyens chimiques. En théorie, les microbes ne résistent pas à l'action prolongée des substances antiseptiques énergiques ; mais trop souvent ils sont enfermés dans des taches de sang, de mucus, de graisse, voire même desséchées, toutes circonstances qui entravent et rendent même impossible la désinfection absolue à l'aide de ces moyens. La plupart des substances les plus antiseptiques attaquent l'acier des instruments. Le sublimé corrosif doit être absolument écarté pour ce motif. La solution aqueuse d'acide phénique, usitée encore en chirurgie générale, attaque assez vite le fil de nos instruments tranchants, et du reste elle n'a qu'un pouvoir désinfectant restreint.

La substance qui, en ce moment, semble l'emporter sur toutes les autres est le cyanure de mercure, recommandé par M. Chibret, qui plonge les instruments pendant dix minutes dans une solution aqueuse de ce sel à 1 0/0. Les propriétés antiseptiques de cette solution sont excellentes, et nous avons pu nous convaincre qu'une immersion de quelques heures dans ce liquide froid n'entame pas le poli et ne gâte pas le tranchant des instruments d'une manière sensible. Sous ce double rapport, cet agent se recommande tout spécialement.

En l'état actuel de nos connaissances, nous ne pensons pas cependant que la désinfection par un agent chimique puisse être recommandée comme méthode générale, dominante, et cela en tenant compte de tout ce que nous savons des limites restreintes mises à l'activité des antiseptiques chimiques en général. La chaleur doit être de tout point préférée chaque fois qu'il s'agit d'instruments d'acier notamment. Pour les curettes et les instruments en caoutchouc durci, on pourra avoir recours au cyanure de mercure.

On sait que le flambage altère les fins tranchants de nos instruments d'oculistique et qu'il en est de même de la stérilisation à l'étuve à 150° ou 200° C. ; nous ne nous y arrêterons pas.

Actuellement la pratique la plus communément adoptée et en même temps la plus commode et la plus sûre est l'ébullition, la coction dans l'eau. On donnera à cette eau une action plus antiseptique en y ajoutant un alcali fixe de potasse ou de soude, voire même du chlorure de sodium.

Nous nous servons habituellement d'une solution de 1.5 à 2 0/0 de carbonate de soude, recommandée par M. Schimmelbusch. Cette solution, à partir de la concentration de 1 0/0, outre qu'elle sert avec avantage au nettoyage à froid des instruments — opération dans laquelle elle peut remplacer le savon — outre qu'elle peut se fabriquer dans presque tous les ménages, développe à une chaleur de 100° des propriétés antiseptiques remarquables.

Dans les conditions habituelles, une immersion de 3 à 4 secondes dans cette eau alcaline suffit amplement pour désinfecter nos lancettes et nos petits bistouris. Au sortir du liquide, les instruments sèchent vite et se recouvrent d'une fine poussière de soude, qu'on enlèvera aisément en les essuyant avec de la gaze aseptique. Les écarteurs, les pinces à griffes ou à dents, etc., exigent une coction un peu plus prolongée, mais qui, pour la pratique oculistique, ne dépasse pas une demi-minute.

La coction dans l'eau ramollit le ciment qui unit les lames métalliques avec les manches de certains instruments. On peut y remédier par un montage spécial, purement métallique, entre la lame et le manche. De nombreux praticiens, surtout ceux qui désinfectent par l'air chaud, exigent que les manches soient lisses et en métal (nickel ou aluminium). Les instruments ainsi constitués nous semblent être dépourvus

d'une qualité que possèdent les manches en ivoire ou en os, et qui a bien sa valeur en oculistique: l'os et l'ivoire, en effet, adhèrent en quelque sorte aux doigts; l'absence de cette qualité dans les manches métalliques polis est très sensible en oculistique, et diminue la sûreté des deux ou trois doigts qui saisissent l'instrument.

Aussi nous préférons nous en tenir à l'ancienne monture, que nous évitons même de plonger dans l'eau bouillante. Nous nous contentons de nettoyer ces manches soigneusement et de les plonger au besoin dans un liquide fortement antiseptique, tel que la solution de cyanure de mercure à 1 0/0. L'asepsie des manches, qui en somme n'arrivent pas au contact de la plaie, est du reste moins rigoureusement exigible que celle de la lame métallique, de la partie tranchante.

Nous pensons aussi que, lors de la stérilisation dans l'eau sodique, il vaut mieux tenir en main les instruments tranchants pendant les quelques secondes que dure leur immersion.

Les instruments métalliques non tranchants, pinces, écarteurs, aiguilles, etc., sont plongés en entier dans le liquide bouillant.

D. *Désinfection des pièces de pansement.* — Dans le temps, on croyait réaliser la désinfection des pièces de pansement en imprégnant les objets de ce genre (bandes, ouate, gaze, etc.) de substances antiseptiques diverses. On est revenu de cette idée, d'abord parce que de cette manière on ne saurait obtenir une asepsie complète, ni même sérieuse, puis parce que cette imprégnation altère certaines propriétés physiques essentielles des pièces de pansement.

Les substances antiseptiques sont fixées généralement dans les pièces de pansement à l'aide de fixatifs constitués par la glycérine et par des principes résineux, dont la présence, outre qu'elle peut irriter la peau, diminue le pouvoir absorbant de l'ouate, de la gaze, etc. Or, une condition favorable pour le développement des microbes est l'humidité. Très souvent les bords ciliaires des paupières hébergent des bactéries pathogènes; et si les liquides déversés dans le sac conjonctival y séjournent et inondent les bords ciliaires, les germes s'y développent beaucoup mieux que si le pansement absorbe avidement les sécrétions.

La conclusion est donc que les pièces de pansement doivent se composer de gaze et d'ouate simplement aseptiques et rendues telles au moyen de la stérilisation par la vapeur d'eau saturée.

Cette vapeur d'eau peut être donnée à haute tension au moyen de l'autoclave; c'est là un procédé sûr, mais délicat, et l'appareil nécessaire est d'un prix élevé.

On peut, aussi sûrement, se contenter de la vapeur d'eau saturée à 100° tenue en présence de son liquide générateur et fournie par une étuve spéciale peu coûteuse.

La vapeur produite par l'ébullition pénètre dans l'étuve et refoule l'air qui y est contenu de façon à prendre sa place. A ce moment commence la désinfection. Les objets de pansement, les fils, etc., disposés dans des corbeilles en fil de laiton, doivent subir pendant une demi-heure l'action de la vapeur, puis on fait, pendant un quart d'heure, passer un courant d'air sec et chaud destiné à les sécher.

Un dispositif très simple de l appareil permet de distribuer à volonté de la vapeur ou de l'air chaud.

La question de l'asepsie des collyres mérite enfin une mention spéciale. On essaye d'empêcher ceux-ci de devenir infectants en les additionnant d'une faible quantité de sublimé ou de cyanure de mercure; à une dose aussi faible, cependant, il ne faut guère espérer détruire tous les microbes et l'expérience, en effet, est là pour démontrer que les collyres sont difficilement tenus aseptiques. Si l'on veut être sûr de son collyre, il n'y a qu'un moyen, c'est de le faire bouillir au moment d'en faire usage. De plus, on stérilisera la pipette et le flacon. Dans un but analogue, on a recommandé de conserver les collyres dans des ampoules en verre soufflé et scellées à la lampe.

M. Chibret (Clermont-Ferrand). — Le cyanure de mercure est bien préférable au bichlorure, son pouvoir antiseptique est supérieur à l'eau bouillie, et, comme je l'ai fait souvent observer, c'est de tous les sels solubles de mercure le plus stable.

M. Trousseau (Paris). — Il y a lieu de féliciter M. Nuel de nous avoir évité une longue et inutile énumération des antiseptiques, et de nous avoir rappelé que le lavage, par son action mécanique, est de la plus haute importance. Comme lui, nous admettons l'utilité des pansements secs, qui évitent la macération épidermique.

Ce que M. Nuel a dit de la désinfection des instruments est fait pour me plaire, car j'ai moi-même cherché à simplifier notre instrumentation, dans le seul but de réduire au minimum le traumatisme de l'œil et de diminuer d'autant les chances d'infection.

M. Nuel a insisté sur la quantité des microbes comme facteur d'infection. C'est surtout leur quantité qu'il faut prendre en considération. Le pus d'une dacryocystite est autrement dangereux que la sécrétion d'une simple conjonctivite. A ce point de vue, le bandeau réactif me paraît très intéressant

M. Dor (Lyon). — M. Nuel a fait le procès du bain instrumental d'huile employé à Lyon, mais il ne le connaît évidemment pas, car, par ce moyen, les instruments ne sont nullement gras, lorsqu'au sortir du bain on les plonge dans de l'eau distillée.

Puisque nous parlons de substances antiseptiques, je dirai deux mots du trichloride d'iode, qui m'a donné des résultats de beaucoup inférieurs à ceux du sublimé : j'ai eu avec cette substance des panophthalmies et des opacités cornéennes.

M. Parisotti (Rome). — Je ne connais pas la suppuration oculaire, grâce aux soins méticuleux que je prends pour mes instruments et les opérations.

Les instruments sont bouillis après avoir servi, puis ils sont plongés à demeure dans une trousse à liquide, un petit bocal spécial rempli d'alcool absolu d'où je ne les sors que pour servir à nouveau; les manches sont stérilisés au sublimé. Les pièces de mes pansements passent à l'étuve d'où elles ne sortent qu'au moment de servir.

Dans quelques cas de suppuration commençante, j'ai pu arrêter le processus infectieux avec des lavages intra-oculaires.

M. Gayet (Lyon). — Le lavage intra-oculaire me paraît une pratique très recommandable et je l'emploie depuis longtemps sans m'en départir. Mais, à l'encontre de MM. Panas et Vacher, je n'agis pas timidement et avec quelques gouttes d'antiseptique seulement. J'irrigue largement et avec force la chambre antérieure, et mon lavage non seulement aseptise le champ opératoire, mais aide les débris cristalliniens à sortir.

Cependant, pour que ces lavages soient bien supportés, il faut que le liquide soit chaud; avec des injections froides, j'ai eu de véritables accès de glaucome. Le liquide que j'emploie est à la température de 38° C.; c'est le liquide salé préconisé par M. Nuel.

M. Parinaud (Paris). — Il me paraît impossible d'obtenir l'asepsie parfaite de la conjonctive. Depuis un an, avec M. Morax, j'ai fait de nombreuses recherches sur ce sujet. Toujours, nous avons retrouvé des microbes. J'ai même, à diverses reprises, constaté ce fait paradoxal que, quelques heures après l'emploi du sublimé, on en trouve davantage qu'auparavant. Ce qui tient sans doute à ce que l'action de cet antiseptique est puissante, mais fort courte, tandis que son action irritante est beaucoup plus longue.

Actuellement, je me contente d'antiseptiques moins actifs, et j'attache une grande importance au lavage mécanique, que je pratique avec une solution alcaline, au sous-carbonate de soude.

Pour éviter les infections légères, qui se produisent sous le bandeau, j'emploie les poudres d'iodoforme ou de salol, déposées dans le grand angle de l'œil. Enfin, j'additionne mes collyres à la cocaïne, de sublimé dans la proportion de 1/2000. Il se forme un chloro-mercurate de cocaïne, peu soluble, mais très antiseptique.

M. Panas. — Le lavage de la chambre antérieure m'a toujours donné d'excellents résultats. Autrefois j'avais souvent des suppurations intra-oculaires. Depuis, je n'ai plus eu à déplorer pareil accident. Mais en fait de lavage de ce genre, il ne faut pas dépasser la quantité d'un centimètre cube au maximum, car les grands lavages ne servent qu'à faire évacuer les masses corticales. De plus, j'emploie exclusivement la solution boriquée, car tout autre liquide irrite la

cornée. Si l'origine microbienne de la cataracte est réelle, le lavage de la chambre antérieure est rationnel.

M. Vacher (Orléans). — Je me sers, pour le lavage, d'un siphon spécial qui permet de le faire en quantité abondante, de manière à faire sortir les masses corticales.

M. Sulzer (Genève). — Je ferai observer à M. Nuel qu'il est préférable d'employer l'autoclave pour la stérilisation des pansements ; on obtient ainsi une stérilisation absolue.

M. Vignes (Paris). — Ainsi que le recommande M. Nuel, j'emploie les alcalins pour la désinfection des instruments, et je dois dire que je n'ai eu que d'excellents résultats. Je me sers presque exclusivement de collyres aseptiques dont j'ai, le premier, préconisé l'emploi, dans une des dernières séances de la Société d'ophthalmologie de Paris.

M. Darier (Paris). — J'ai l'habitude, avant de pratiquer une opération, de faire des injections sous-conjonctivales de sublimé pour faire de l'asepsie préalable. J'emploie aussi les collyres aseptiques contenus dans de petites ampoules de verre qu'il suffit de briser au moment de leur emploi.

M. Abadie. — J'ai été un des premiers à recommander les lavages intra-oculaires quand on a commencé à introduire l'antiseptique dans la chirurgie oculaire. A ce moment on prenait des précautions quelque peu excessives, car on voulait à tout prix éviter le phlegmon de l'œil. Peu à peu on se départit de tant de rigueur et il en est advenu du lavage intra-oculaire ce qui est advenu du spray employé tout d'abord par tous les chirurgiens et auxquels tous ont fini par renoncer. J'opère un nombre considérable de cataractes, aux Quinze-Vingts on en opère encore davantage, et néanmoins, sans lavages intra-oculaires, les statistiques sont aussi brillantes que celles de M. Panas.

Quand on parle de l'infection de l'œil, on vise toujours le phlegmon. Pourtant avec des instruments bien stérilisés à l'étuve et des lavages et nettoyages des culs-de-sac de la conjonctive et des voies lacrymales avec une solution de sublimé à un pour deux mille, on l'évite presque toujours.

Mais ce à quoi on ne prête pas assez attention, ce sont ces légères poussées d'iritis, de choroïdites, ces cicatrisations tardives de la plaie qui favorisent les enclavements et qui sont des phénomènes d'ordre infectieux. Il ne faut pas oublier que la virulence varie de 0 à l'infini, d'une simple irritation conjonctivale au phlegmon de l'œil.

Or, pour éviter ces infections légères, mais qui peuvent devenir le point de départ de complications sérieuses, je conseille d'employer les collyres absolument aseptiques contenus dans des ampoules de verre que MM. Vignes et Darier ont récemment introduits dans la pratique. Je m'en sers depuis quelque temps et je m'en trouve très bien.

Incidemment M. Panas a parlé des recherches de M. Galippe qui a trouvé des microbes dans les cristallins cataractés. Cela m'a aussi d'abord fort étonné. Mais M. Galippe avait annoncé aussi à une époque que les microbes traversaient tous les filtres et membranes filtrantes, et le fait, d'abord très contesté a été finalement reconnu exact par tout le monde. M. Galippe me faisait observer du reste que le gonocoque qui est introduit dans l'urèthre finit par atteindre parfois l'articulation du genou et doit traverser dans l'économie bien des tissus et des membranes pour en arriver là.

Cela nous expliquerait assez bien l'apparition des cataractes qui accompagnent souvent les choroïdites d'origine infectieuse.

M. Nuel. — Je reconnais que l'autoclave offre une stérilisation plus exacte que l'étuve à 100°, mais il nous suffit, à mon point de vue, d'une asepsie relative que j'appelle *suffisante*.

Quant aux bains d'huile rappelés par M. Dor, je me demande comment les instruments peuvent supporter une température de 200°.

Enfin, j'ajoute que je ne crois pas qu'il soit démontré encore suffisamment que le cyanure d'hydrargyre assure une antisepsie réelle durant vingt-quatre heures ; l'expérience doit être plus convaincante.

(*A suivre.*)

22° CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE
(*Tenu à Berlin du 12 au 15 avril 1893*).

Urano-staphyloplastie.

M. Küster (Marburg) se plaint de l'absence de statistiques nombreuses permettant de juger d'une façon définitive les résultats de l'uranoplastie. Il a fait cette opération 22 fois sur des individus de 20 à 40 ans, avec 15 guérisons et 7 insuccès complets ou incomplets.

Au point de vue technique, M. Küster préfère former de chaque côté de la luette un lambeau qui lui sert à allonger la luette et, du même coup, le voile du palais. Dans le reste, il suit les règles tracées par Langenbeck ; de plus, il coupe transversalement la muqueuse nasale au niveau du bord postérieur de la voûte palatine, tout en évitant de trop tailler le voile du palais. Les sutures sont faites avec son porte-aiguille en cou de cygne, ce qui lui permet de terminer l'opération en une heure.

Autant que possible, on s'abstient de mettre un tampon ; mais si le tamponnement paraît nécessaire à cause de l'hémorrhagie, il faut enlever les pièces au bout de quelques heures.

Les résultats phonétiques fournis par l'opération sont nuls ; il faut encore faire faire des exercices vocaux à ces malades après l'opération, et dans ces conditions, les malades arrivent à parler fort bien.

En terminant, M. Küster s'élève contre l'uranoplastie chez les jeunes enfants, préconisée par M. Wolff. Il ne faut jamais opérer avant l'âge de 6 à 7 ans.

M. Julius Wolff communique les heureux résultats éloignés qu'il a obtenus de la staphylorraphie précoce. Il présente un enfant actuellement âgé de 7 ans qu'il opéra à 13 mois pour une division congénitale du palais s'étendant jusqu'aux incisives. Malgré l'absence des incisives supérieures et le manque de correspondance qui en résulte pour les maxillaires supérieurs et inférieurs, la prononciation des mots même difficiles à énoncer est des plus nettes, sans nasillement ni grimacement de la face.

Le résultat est encore plus satisfaisant chez un autre malade âgé de 6 ans, opéré à 15 mois. Chez un troisième, où l'intervention fut pratiquée à 4 mois, âgé de 4 ans en ce moment, on peut constater avec quelque étonnement la netteté de la parole.

La staphylorrhaphie précoce, d'après Trélat, serait une opération dangereuse et incertaine dans ses résultats, et même dans quelques cas inutile. Il n'en serait rien d'après M. Wolff.

Il y a danger quand, à la façon de Küster, on néglige la compression méthodique, et qu'on laisse perdre une trop grande quantité de sang au malade. Bien plus, l'opération précoce est une intervention de salut pour la vie de l'enfant, car elle le soustrait aux troubles si funestes de la respiration, de la déglutition et de l'ouïe.

La certitude du succès dépend de la suture et de sa tension. La suture est-elle bien faite, les tissus sont-ils complètement détendus, il n'est nullement besoin de badigeonnage au collodion iodoformé, de tamponnement à la gaze et de lavages quotidiens.

Le procédé de Küster est mauvais parce qu'on perd en largeur ce qu'on gagne en longueur, de sorte que le voile du palais trop étroit et trop tendu s'applique difficilement sur la paroi postérieure du pharynx.

Les résultats de l'opération précoce suffisent pour réfuter la troisième objection, l'inutilité éventuelle de l'intervention.

M. Schede (Hambourg). — Dans ces 10 dernières années il est intervenu dans 30 cas de division congénitale de palais. Son mode opératoire diffère de celui de Langenbeck en ce seul point qu'il fait des incisions latérales libératrices de la longueur juste suffisante pour triompher de la tension des tissus. Il ne fait usage ni de collodion ni de tamponnement. La suture est faite à l'aide des aiguilles de Brun et de Hagedorn. Tous les malades ainsi opérés, avec quelque exercice ont acquis une élocution nette et facile. Deux d'entre eux ont obtenu ce résultat même sans exercice particulier. La correction de la prononciation n'est possible qu'autant que le voile du palais est assez étendu pour atteindre la face postérieure du pharynx. Une opération supplémentaire peut d'ailleurs parfaire le résultat.

M. Küster ne considère pas la compression méthodique comme un avantage. Chez les enfants déjà âgés, l'hémorrhagie est négligeable. L'intervention rapide est certainement préférable à celle retardée par la compression. Il n'admet pas la nécessité d'un voile du palais atteignant le pharynx pour la correction de la prononciation, ainsi que le prouvent des faits de Trelat et autres. Dans un de ces cas il existait 11 millim. entre le bord libre du voile et la paroi pharyngienne postérieure, la prononciation avec de l'exercice était cependant devenue normale.

M. Sonnenburg fait observer que chez le malade présenté par M. Wolff, il existe une atrophie du maxillaire supérieur assez accusée pour que les dents ne se couvrent pas. Il est évident que la traction exercée par la cicatrice gêne le développement du maxillaire supérieur. Il est donc préférable de ne pas opérer les enfants très jeunes.

M. Wolff trouve que l'avancement des dents inférieures ne tient pas chez son malade à l'atrophie du maxillaire. C'est un phénomène qui existe aussi chez des individus bien portants. Du reste, il n'a jamais observé chez ses opérés l'atrophie du maxillaire supérieur.

De l'utilité des sutures perdues dans la laparotomie et les cures radicales de hernies.

M. Schede opéra, il y a 6 ans, un enfant atteint d'une éventration volumineuse; il pratiqua la suture perdue et le malade guérit complètement et définitivement. En raison de ce succès il a employé le même procédé dans 170 laparotomies et 270 cures de hernies; pour ces dernières il n'a eu qu'une récidive de 6 0/0. Les points de suture perdue sont pratiqués avec du fil d'argent très fin qui s'encapsule dans les tissus.

M. Kraske dans la cure radicale des herniés pratique l'occlusion de l'orifice herniaire à l'aide d'un lambeau ostéopériostique détaché du pubis. Les résultats seraient surprenants. La solidité de l'occlusion tiendrait non seulement aux parties osseuses du lambeau, mais encore à l'os de nouvelle formation.

M. Trendelenburg (Bonn) a tenté cette méthode dans le cas de hernies volumineuses; s'il a eu des succès, il lui est arrivé aussi de constater des récidives. Toutefois, c'est un procédé digne d'être pris en considération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 *mai* 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Élection.

MM. Schiff (Genève) et Hlava (Prague) sont élus correspondants étrangers dans la division de médecins.

Ophthalmie sympathique.

M. Chauvel lit un rapport et un mémoire de M. le docteur Galezowski concernant les hémorrhagies et les anévrysmes miliaires du cercle miliaire de l'ophthalmie sympathique. (Voir *Mercredi médical*, 1893, p. 147)

La théorie microbienne, d'après M. Chauvel, n'est pas suffisante, il est vrai, pour expliquer les cas d'ophthalmie sympathique; mais il serait cependant imprudent, ainsi que le voudrait M. Galezowski, de vouloir lui substituer d'une façon générale l'hypothèse d'une névrite des nerfs ciliaires. La variété des lésions que l'on inscrit sous la dénomination si vague d'ophthalmie sympathique correspond évidemment à des conditions étiologiques et à des pathogénies différentes.

M. Javal. — Le procédé de M. Galezowski me paraît basé sur une illusion d'optique, car en plaçant un prisme devant l'œil on ne peut voir plus loin qu'en ne plaçant pas de prisme.

M. Chauvel. — Je ne me fais pas ici le défenseur du procédé conseillé par M. Galezowski pour l'exploration des parties périphériques de la cavité oculaire. Il me paraît difficile que l'observation ophthalmoscopique porte beaucoup au delà de la région équatoriale, et dans les figures qui nous ont été soumises, les lésions reproduites siègent évidemment à ce niveau. M. Galezowski convient lui-même que l'examen par son procédé est très délicat; je ne m'en suis pas servi et me déclare absolument hors d'état d'en apprécier la valeur.

Suture nerveuse.

M. Brown-Séquard. — Pour expliquer le rétablissement immédiat, en dehors de toute régénération des fibres nerveuses, des propriétés fonctionnelles des nerfs sectionnés lorsqu'on suture leurs extrémités, il me paraît indispensable de faire intervenir les modifications dynamiques auxquelles j'ai depuis longtemps donné les noms d'inhibition et de dynamogénie.

Les changements dynamiques se produisent à la suite de toutes les irritations portant sur un point quelconque du système nerveux, c'est-à-dire que chaque fois qu'on touche à un nerf, on y détermine une modification telle que ses propriétés fonctionnelles se trouvent tantôt augmentées et tantôt diminuées. Le rétablissement de la sensibilité à la suite de la suture d'un nerf n'est donc pas dû à l'affrontement des deux bouts de ce nerf, mais à l'irritation produite par l'opération sur les nerfs de la peau ou sur ceux de la région.

En effet, ce que cette irritation opératoire a fait, une autre peut le défaire, ainsi que le démontre le fait devenu classique, rapporté autrefois par M. Tillaux.

De nombreuses expériences et les faits que j'ai depuis longtemps rapportés sur l'inhibition et la dynamogénie me permettent d'affirmer qu'on pourrait obtenir le même effet que celui qu'on observe après la suture des nerfs, sans même pratiquer celle-ci, pourvu que les deux bouts du nerf sectionné ne soient pas très éloignés l'un de l'autre; toutes les espèces d'irritation, soit dans la région, soit à la peau seulement, peuvent y servir presque aussi bien.

Qu'il me soit permis d'ajouter que ces notions, que je rappelle à propos de la suture nerveuse, conduisent à une foule d'applications thérapeutiques, trop peu connues. Ainsi, dans les cas de migraine ophthalmique, le passage d'un courant galvanique assez énergique dans la narine du côté correspondant, suffit à juguler l'accès en une seconde.

Par contre, la ligature d'un membre, siège de l'aura épileptique, ne prévient pas l'attaque comme on le croit généralement en empêchant la transmission de cette aura, mais en modifiant l'excitabilité du cerveau.

Si même l'attaque d'épilepsie commence et qu'on voit la tête se pencher graduellement vers une épaule, une poussée violente de la tête vers l'épaule opposée fait avorter l'attaque. Ce sont là, et il y en a bien d'autres, des exemples de la puissance d'action des irritations sur les phénomènes inhibitoires et dynamogéniques et portant sur les variations d'équilibre des diverses parties du système nerveux et leurs multiples suppléances.

Typhus exanthématique.

M. Lancereaux rend compte des 10 cas de typhus qui avaient été placés dans son service à l'Hôtel-Dieu. Il décrit les symptômes observés qui ne diffèrent pas de ceux qui ont été signalés dans les séances précédentes.

Une hygiène convenable en raison de la grande contagiosité du typhus s'imposait; rien ne fut négligé à cet égard. En particulier, les vasistas des fenêtres placées sur deux des côtés opposés de la salle furent ouverts et un courant d'air constant put s'établir dans les parties élevées à plusieurs mètres au-dessus du niveau des lits des malades. Cette disposition a été des plus favorables, tant pour les assistants que pour les malades qui furent entourés des plus grands soins de propreté; mais en outre des pulvérisations d'acide phénique eurent lieu dans la salle la plus grande partie du jour. Ni le personnel traitant, ni aucun des élèves n'a été atteint du typhus.

Comme thérapeutique, lotions froides alcoolisées, bains tièdes et même bains froids, caféine et éther en potion à la dose de 1 à 2 gr. dans les 24 heures; régime lacté.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 12 mai 1893.

Anomalie du rachis.

M. Launay a disséqué la colonne vertébrale d'un guillotiné et a constaté qu'il existait une treizième côte mobile dans la région dorsale; d'après l'analyse des apophyses, on peut être certain qu'il s'agit de côte et non d'apophyse transverse. Une autre anomalie existait d'ailleurs au niveau du sacrum, qui présente six pièces; la sixième pièce peut être considérée comme une vertèbre supplémentaire de la région lombaire. Cette vertèbre dénature l'aspect du promontoire qui paraît double. On ne peut savoir s'il existait une anomalie dans la région cervicale.

Sarcome du médiastin antérieur.

M. Demantké a observé dans le service du docteur Tapret à Saint-Antoine un homme âgé de 26 ans, entré à l'hôpital le 10 avril. Il présentait des phénomènes de compression dans la région de la base du cou, circulation collatérale, dyspnée, tuméfaction de la région susternale. Le malade mourut au bout de deux mois; on constata une tumeur grosse comme le poing située au devant de la trachée, descendant jusqu'à la base du cœur et ayant envahi le péricarde. Cette tumeur est formée par un tissu de consistance assez molle. Au microscope on constate qu'il s'agit de sarcome fasciculé. Il existait dans chaque plèvre un épanchement d'un litre environ.

On doit penser, comme l'a indiqué M. Letulle, qu'il s'agit d'une tumeur développée aux dépens du thymus, car le médiastin postérieur est absolument respecté.

M. Letulle fait remarquer la rapidité de l'évolution, les tumeurs primitives seules vont aussi vite; les observations de tumeurs ganglionnaires relatent une marche beaucoup plus lente.

Foie kystique.

M. Demantké présente les coupes histologiques du foie kystique qu'il a montré à la Société le 10 février. Ces kystes sont dus à la dilatation des canalicules biliaires; l'espace porte est scléreux. Les parois des vaisseaux sont hypertrophiées. Il n'y avait pas de sclérose aux veines sus-hépatiques.

Kyste fibromateux.

M. Pilliet présente un kyste multiloculaire de l'ovaire enlevé par M. Tillaux chez une femme de 52 ans. On y constata un gâteau fibreux du volume de deux poings, dur à la coupe, constitué par du tissu fibreux pur.

Ces cas sont très rares, M. Poupinel en a publié un semblable ; de même qu'un kyste peut devenir épithéliomateux par prolifération de son épithélium, de même il peut devenir fibromateux par prolifération de sa paroi. On peut remarquer qu'il n'existe pas de fibres musculaires dans la région fibreuse, tandis que les parois du kyste sont très riches en fibres semblables.

Hématosalpinx.

M. Pilliet a trouvé, à l'autopsie d'une femme, les organes génitaux internes qu'il présente : l'utérus est en antéversion, les trompes sont oblitérées, les ovaires sont prolabés ; à l'extrémité externe d'une trompe il existait une collection de sang liquide sans caillots. Il s'agit bien d'un hématosalpinx. Cette pièce démontre encore qu'il peut y avoir hématosalpinx sans grossesse tubaire.

Bartholinite.

M. Pilliet présente des coupes de bartholinites qui démontrent que les culs-de-sac de la glande s'atrophient et disparaissent, quand il y a inflammation et kyste. On a donc raison de faire l'ablation de la glande qui est devenue inutile.

M. Cornil a publié une étude sur des cas semblables. Ce sont des kystes développés dans le canal principal.

On retrouve dans les parois l'épithélium du canal excréteur, la partie glandulaire s'atrophie peu à peu.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mai 1893.

Métrite et chlorure de zinc. Vomissements de la grossesse.

M. Picqué fait un rapport sur deux observations de M. Dayot (de Rennes) :

1° Une femme, ayant une métrite consécutive à des couches septiques, fut soignée par le crayon de chlorure de zinc, après quoi ses règles devinrent pénibles, puis remplacées par des crises douloureuses, l'état général périclita. M. Dayot fut alors appelé, constata une atrésie utérine complète avec distension de la trompe gauche et obtint la guérison par l'ablation des annexes après laparotomie.

M. Picqué montre qu'on n'en est plus à compter les désastres dus à cette méthode, d'une simplicité néfaste. Récemment il a eu, dans les mêmes conditions que M. Dayot, à opérer une femme à laquelle il a fait l'hystérectomie vaginale, et comme dans ces cas la fonction génitale est irrémédiablement perdue, il croit que c'est l'intervention de choix.

2° M. Dayot a traité par le curettage utérin une femme ayant des vomissements incoercibles de la grossesse ; les vomissements cessèrent, mais la grossesse persista, et M. Picqué en conclut que la curette de M. Dayot n'a peut-être pas été, comme le pense l'auteur, jusqu'au niveau des cornes utérines.

M. Reclus doit pratiquer sous peu l'hystérectomie vaginale à une femme qui doit une atrésie utérine au crayon de chlorure de zinc.

Corps étrangers de l'œsophage.

M. Berger a vu un dentier artificiel franchir sans accidents le tube digestif depuis la bouche jusqu'à l'anus, mais pour les corps étrangers irréguliers il n'y faut pas compter, et même, comme l'a dit M. Chauvel, il faut être très ménager des tentatives d'extraction par les voies naturelles. M. Chauvel a bien fait de combattre le drainage allant de la bouche à la plaie cervicale. Lorsque la suture est contre-indiquée, comme par exemple par de la suppuration péri-œsophagienne, ainsi que cela existait dans un cas dont M. Berger a récemment entretenu la Société, il suffit de tamponner la plaie à la gaze. M. Berger termine par quelques points de technique, et en particulier il recommande d'aller à la recherche de l'œsophage par une incision médiane.

M. Th. Angèr a extrait par l'œsophagotomie une vertèbre de queue de cochon arrêtée à peu près au niveau du sternum, et il a trouvé aisément l'œsophage par la même incision que pour lier la carotide gauche. Le malade, opéré alors que depuis huit jours il n'avait rien pu avaler, est mort d'inanition quarante-huit heures après.

Résection tibio-tarsienne modelante.

M. Chauvel résume une observation envoyée par M. Roux (de Marseille). Il s'agit d'un homme de 63 ans que M. Roux opéra, vingt-huit jours après l'accident, pour une luxation du pied avec fracture de l'extrémité inférieure du tibia. Le pied étant sain, M. Roux s'attaqua exclusivement à la mortaise. Evitant la complication opératoire recommandée par M. Polaillon, il abattit la malléole externe, puis réséqua un centimètre du plateau tibial, et dans le tibia façonna à la scie et à la gouge une mortaise dans laquelle il logea l'astragale. Le résultat fut parfait et le malade a une jointure à la fois solide et mobile, avec un raccourcissement insignifiant. De là M. Roux conclut à l'excellence de ce procédé, et à sa supériorité en particulier sur celui de M. Polaillon. Mais M. Chauvel se demande s'il faut avoir un semblable enthousiasme à l'occasion d'un seul succès ; il persiste à penser que le chirurgien ne fera jamais une mortaise aussi solide que la naturelle, et il persiste à conseiller, toutes les fois qu'elle est possible, la conservation de la malléole externe. De son beau succès, M. Roux tire des conclusions trop générales.

Fractures comminutives du coude.

M. Tuffier, constatant qu'après les fractures comminutives du coude, le résultat fonctionnel est en général médiocre, a

traité par l'enchevillement deux cas de ce genre avec plein succès.

Le premier cas est celui d'un garçon de 19 ans, chez lequel il ne put coapter une fracture à trois fragments de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Le 22 novembre 1892, il fit donc une incision verticale entre le bord externe du biceps et le brachial antérieur, sectionna une bride musculaire interposée, puis réduisit les fragments qu'il encloua ensuite avec une cheville transversale d'os de veau.

Le blessé a recouvré des mouvements presque complets. Il fut plus heureux, à cet égard, que le second opéré de M. Tuffier, homme de 37 ans, chez qui la flexion n'est pas complète. Et M. Tuffier est persuadé que cette imperfection est due à ce que, tandis qu'il a bien enchevillé la fracture oblique, il ne s'est pas occupé d'un trait transversal, qu'il croyait assez loin de l'articulation pour être facile à maintenir. Au cas échéant, il le fixerait par la suture osseuse.

Quelque temps avant ces deux malades, M. Tuffier avait eu à en soigner un qui, à la suite d'une fracture, avait le bras à peu près ankylosé dans la rectitude, et on sentait que la flexion était rendue impossible par l'arrêt de la coronoïde contre une cale osseuse. M. Tuffier abrasa l'os et creusa à la gouge une nouvelle cavité coronoïde, pas tout à fait assez profonde, cependant, en sorte qu'actuellement la flexion ne peut dépasser l'angle droit. Mais le progrès sur l'état antérieur est considérable.

De là, M. Tuffier conclut :

1° Qu'on est en droit de traiter par l'enchevillement les fractures comminutives récentes ;

2° Que pour les fractures anciennes avec ankylose les petites opérations partielles peuvent donner d'excellents résultats et éviter la résection.

M. Quénu est du même avis pour les fractures anciennes. L'an dernier il a opéré un enfant chez lequel la flexion était empêchée par la coronoïde buttant contre un cal saillant. L'abrasion de ce cal donna un résultat, non pas parfait, mais bon.

M. Félizet. — Chez l'enfant, ces fractures s'accompagnent souvent d'un décollement épiphysaire, et il en résulte peu après une sorte d'exostose qui se forme sur la diaphyse, près du cartilage, et arrête l'excursion de la coronoïde. Trois fois il a suffi à M. Félizet d'abraser cette saillie pour avoir un très bon résultat.

M. Lucas-Championnière fait une communication sur la valeur antiseptique de certaines essences, destinées à remplacer les antiseptiques à odeur désagréable et à propriétés toxiques. Il se déclare satisfait en particulier de l'essence de cannelle dissoute dans le rétinol à 1/10.

M. Hartmann présente une malade à laquelle il a pratiqué la splénectomie.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 *mai* 1893.

Présidence de M. Laveran.

Lésions expérimentales du foie et du rein.

M. Charrin. — J'ai injecté dans le canal cholédoque et dans l'uretère, non pas des microbes vivants, mais des cadavres de microbes, c'est-à-dire des cultures stérilisées par la chaleur.

Dans ces conditions, il se produit dans le foie des altérations importantes. Ce sont principalement des infiltrations embryonnaires des gaines glissonniennes et des espaces de Kiernan. Parfois même on observe des nodules embryonnaires dans les lobules hépatiques. Ces lésions ont une grande analogie avec les altérations infectieuses proprement dites.

Du côté du rein, les effets sont très analogues. L'expérience ne réussit pas toujours, sans qu'on puisse fournir de ces insuccès une explication précise.

M. Hanot. — Les lésions qu'a observées M. Charrin se rapprochent par leur topographie de celles de la cirrhose hypertrophique biliaire. Il y a là une raison de plus de considérer cette dernière maladie comme une hépatite interstitielle d'origine infectieuse, une infectionbiliaire.

Régression du follicule de de Graaf.

M. Henneguy. — J'ai étudié les phénomènes qui se passent dans ceux des follicules qui n'arrivent pas à maturité. On peut voir apparaître dans l'ovule des phénomènes vitaux particuliers, production d'un fuseau avec plaque équatoriale, et parfois d'un globule polaire. Il peut même y avoir un début de segmentation parthénogénétique qui avorte et donne naissance à des éléments-cellules de seconde génération avec indice de multiplication. A la fin un afflux leucocytique se fait autour du follicule, et les éléments cellulaires sont résorbés par un véritable travail de phagocytose.

Destruction expérimentale des cellules du foie.

M. Pilliet. — J'ai essayé l'effet des agents toxiques, à la suite d'injections intra-parenchymateuses faites avec la seringue de Pravaz. J'ai employé dans ce but le nitrate d'argent et l'acide phénique. Les résultats obtenus par l'emploi de ces deux agents sont la nécrobiose et l'altération vésiculaire des cellules, que l'on retrouve dans les maladies infectieuses du foie. L'emploi de ces toxiques permet d'étudier ces lésions pures, sans infection microbienne surajoutée, et de saisir à leur début les altérations cellulaires.

Le nitrate d'argent est surtout précieux, car toutes les parties du foie atteintes par le réactif prennent, sous l'influence de la lumière, une coloration brune caractéristique, ce qui permet de les retrouver facilement.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 *mai* 1893.

Cellule végétale et microbe.

M. Charrin. — J'ai réussi à inoculer le bacille pyocyanique à une variétés de *Crassulacées.* La structure plus simple de la plante m'a permis de suivre plus aisément certains phénomènes. Bien que ces recherches soulèvent un grand nombre de questions, encore non tranchées, déjà, telles qu'elles sont, elles permettent d'établir un parallèle entre la cellule végétale et la cellule animale, soumises l'une et l'autre à l'action d'un même agent pathogène ; ce parallèle biologique comporte des ressemblances et des différences.

Dans les deux règnes, pour triompher, les bactéries doivent avoir pour elles la quantité comme la qualité ; elles utilisent, pour agir, leurs sécrétions, surtout celles que l'alcool précipite. On échoue souvent, faute de doses suffisantes.

Dans les deux règnes elles altèrent les tissus, modifient les milieux, arrivent à changer la réaction des tumeurs. Ces modifications, plus faciles à dégager chez la plante, mettent en évidence le principe de l'adaptation de l'organe envahi aux besoins de l'envahisseur, adaptation accomplie par cet envahisseur. Ici, l'acidité diminue de moitié, des trois quarts ; on arrive à l'état neutre.

Dans les deux règnes existent des défenses mécaniques et chimiques. Toutefois, chez les végétaux, les premières sont infiniment plus marquées ; de là la difficulté de la pénétration intra-cellulaire ; néanmoins, ces cellules dégénèrent, grâce aux sécrétions. Les secondes se rencontrent à peu près à un égal degré ; de leur efficacité ou de leur neutralisation dépendent, en partie, la durée, l'intensité de l'évolution de l'agent pathogène.

La protection par les phagocytes établit entre les deux règnes une distinction importante ; la structure de la plante ne se prête guère à ce processus.

L'économie de la feuille ne réagit pas sous l'influence des toxines pour réaliser l'état réfractaire, du moins d'une façon aussi prompte que l'organisme animal.

De ces expériences, poursuivies au laboratoire de pathologie générale, il dérive qu'un agent, pathogène pour les animaux, peut le devenir chez les végétaux. Non seulement il occasionne chez les plantes des symptômes, des lésions, mais il procède, dans une certaine mesure, de la même façon. Il agit par lui-même traumatiquement ; il agit spécialement par les toxines, sans parler de la concurrence vitale. De là

l'extension aux deux règnes des lois de la physiologie pathologique. Quant aux processus de la résistance, ils offrent des analogies et des distinctions.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 10 *avril* 1893.

Névralgie hépatique. Colique hépatique nerveuse.

M. C. Pariser. — La malade dont je vous rapporte l'observation est âgée de 45 ans. Dans ces dernières années, à la suite de troubles digestifs et de crises douloureuses localisées dans la région hépatique, elle fut traitée tantôt pour de la colique néphrétique, tantôt pour de la colique hépatique d'origine calculeuse. Conformément à ce dernier diagnostic, elle fit même deux cures inutiles à Karlsbad.

Chez cette malade, se manifestaient, une à deux heures après le repas, une sensation de plénitude de l'estomac et de l'abdomen, des nausées et éructations gazeuses et acides. Au cours de l'an dernier, après une période d'inappétence survint une légère polyphagie qui parfois se traduisit par les besoins impérieux de la boulimie. A peu près à cette époque disparurent de fréquentes migraines habituelles, faisant place à des crises excessivement douloureuses, localisées à la région hépatique et dans l'hypochondre droit et amenant presque la perte de connaissance. Ces phénomènes, d'une durée de deux à quatre heures, étaient suivis de spasmes pharyngés et de vomissements. La menstruation paraissait avoir d'étroites connexions avec leur apparition. En effet, si la malade à la date des règles ne se ménageait pas aussi bien physiquement que psychiquement, il survenait une crise quatre jours après. Le lendemain de l'attaque la peau présentait souvent, pas toujours, une teinte subictérique. Les conjonctives étaient toujours normales, les selles quelquefois légèrement décolorées. Quatre ou cinq jours après de telles péripéties, la malade se plaignait de lassitude générale, accusée surtout dans les jambes.

L'examen des divers organes permet de noter quelques particularités intéressantes. En raison d'une légère dyspnée, de palpitations et de sentiments d'angoisse, de différents côtés on avait déjà porté le diagnostic de névrose cardiaque. Il existait des troubles dyspeptiques d'origine nerveuse. Le foie avait ses dimensions normales et n'était pas sensible à l'exploration et à la pression.

Du côté des organes génitaux, on notait de la rétroflexion et de la dysménorrhée membraneuse intermittente. L'urine était normale. En dehors de tous ces symptômes nerveux, il existe encore de l'hyperesthésie de la moitié droite de l'abdomen et une idiosyncrasie particulière contre l'alcool. En présence de ce tableau symptomatique, je me crois autorisé à porter le diagnostic de névralgie hépatique excluant complètement la cholélithiase.

La névralgie hépatique est, de l'avis de tous, une affection rare; je pense que cette opinion résulte surtout d'un manque d'observation ou de connaissance du fait. Nombre de médecins, la majorité, dirais-je, ne reconnaissent que le calcul biliaire comme seule cause de la colique hépatique. Le diagnostic de cette dernière avec la névralgie hépatique n'est pas facile. Les avis sont encore partagés sur la production de l'ictère dans la névralgie. La coloration blanc-jaunâtre que j'ai signalée chez ma malade était, je crois, l'expression d'une légère cachexie consécutive aux crises si douloureuses. Quoi qu'il en soit, en admettant l'ictère nerveux, on voit combien le diagnostic devient difficultueux.

A la névralgie appartiennent les crises périodiques survenant à la date des règles. Stokes a déjà attiré l'attention sur ce point. Fürbringer a signalé des cas où le retour des attaques se faisait tous les trois mois en dehors de la menstruation.

Cette périodicité de la colique nerveuse est un point de diagnostic important. Dans la lithiase biliaire, cette régularité dans l'apparition de la colique peut également exister, nouvelle difficulté. Un point de diagnostic différentiel des plus importants est l'alternance de l'hépatalgie nerveuse avec d'autres manifestations nerveuses. Souvent il existe des phénomènes nerveux qui précèdent, accompagnent ou suivent l'attaque de nature à vous éclairer. Des stigmates évidents d'hystérie ou de neurasthénie entraînent le plus ordinairement votre conviction.

Chez moi, je vous ai signalé de la névrose cardiaque stomacale, de l'hyperesthésie, une idiosyncrasie particulière contre l'alcool se traduisant par des douleurs intestinales intenses après l'ingestion de la moindre quantité de liqueur alcoolique ou de boisson alcoolisée. D'après Beau, l'hépatalgie nerveuse reconnaîtrait comme cause l'usage de spiritueux, d'aromates; Kussak incrimine le thé.

L'inutilité du traitement de la cholélithiase et l'exagération des réflexes patellaires seront encore de nature à vous éclairer.

Le traitement de la colique hépatique nerveuse sera celui de la neurasthénie.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 9 *mai* 1893.

Travail musculaire excessif.

M. Dukes. — Le travail musculaire excessif peut entraîner des accidents graves. J'ai vu dans un cas la mort survenir chez un homme pendant une course.

M. Broadbent. — Tout le monde sait que la dilatation temporaire du cœur est fréquente à la suite des exercices violents; chez les sujets âgés, cette dilatation peut devenir permanente. On sait aussi, et il en est de même chez les animaux forcés à la course, que le sang devient foncé et très fluide, en même temps que la chair est très tendre et se décompose vite. Dans les cas non suivis de mort, il peut survenir des accidents nerveux, comme des vomissements. Néanmoins le véritable danger provient des changements qui se produisent dans le sang. Cette décomposition du sang, quand elle n'entraîne pas la mort, peut au moins fortement compromettre la santé.

M. Golding-Bird. — Il y a déjà longtemps qu'on a signalé ces accidents; on les a attribués à un excès d'acide sarco-lactique versé par les tissus dans le torrent sanguin. Saussier a pris du sang d'un chien ayant accompli un travail musculaire excessif et l'a injecté à un autre chien bien portant; il a vu se développer chez ce dernier des pustules gangréneuses et de la fièvre. La mort à la suite d'un exercice excessif est probablement due à des ptomaïnes, bien plutôt qu'à une lésion du système nerveux ou à des troubles asphyxiques.

M. Hunter. — Lorsqu'on soumet l'hémoglobine à une solution saturée d'acide carbonique, on obtient un produit qui n'est pas identique à l'hémoglobine réduite, car si on met ce produit en présence de l'oxygène il ne donne plus de l'oxyhémoglobine. La diminution d'alcalinité du sang à la suite des exercices violents est associée à un excès d'acide sarco-lactique et peut-être à un défaut d'élimination des reins, mais cela ne suffit pas à expliquer les accidents produits qui indiquent des troubles plus profonds. Une partie de l'acidité est due à l'acide phosphorique qui provient de la lécithine due à la désintégration des éléments anatomiques. L'ensemble des symptômes rappelle le coma diabétique et a été reproduit artificiellement par l'injection de grandes quantités d'acide dans le sang.

M. Morgan. — Toute cette discussion a été provoquée par un sujet qui s'est trouvé mal à la suite d'une course; or, on n'a pas fait attention à toutes les conditions. Ce jeune homme, en effet, s'est mis à courir aussitôt après un repas; or, sans avoir besoin de recourir à de la physiologie transcendante, on

sait qu'on ne peut pas courir dans de telles conditions. Il est évident que dans ce cas c'est l'état de l'estomac qui a primé tout dans la production des accidents.

M. Norman Moore. — Seitz, de Zurich, a montré qu'à la suite de ces exercices immodérés, on peut trouver des lésions des fibres cardiaques.

M. Waller. — La théorie chimique et sanguine ne me satisfait pas et je crois qu'il sera bon à l'avenir de chercher du côté du cerveau.

Myome kystique utérin.

M. Doran. — Une femme avait depuis 12 ans un myome utérin volumineux et kystique qu'on enleva par énucléation. Cette tumeur siégeait du côté droit et le cæcum reposait sur sa partie supérieure, immédiatement sous le foie; le ligament rond du côté droit était très allongé et ressemblait à un uretère. On enleva en même temps l'utérus et les deux annexes. Le développement d'un kyste dans un myome peut être dû à une dégénérescence graisseuse ou muqueuse, à une dilatation des vaisseaux sanguins ou à une dilatation des conduits lymphatiques. La lymphangiectasie est probablement plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 3 mai 1893.

Lochies.

M. Giles. — La quantité des lochies est en moyenne de 350 grammes; leur écoulement dure 9 ou 10 jours, l'écoulement n'augmente pas chez la mère qui ne nourrit pas. La quantité est généralement plus grande jusqu'à l'âge de 25 ans. Le poids de l'enfant a une faible influence et celui du placenta a une influence marquée. La quantité des lochies est en raison directe de l'hémorrhagie au moment de la parturition. Les lochies sont peu abondantes chez les femmes qui ont des règles abondantes.

M. Armand Routh. — Je crois que le chiffre donné par M. Giles est trop faible; il n'a pas tenu compte probablement de la quantité de lochies perdue par l'évaporation, par la miction, par la défécation, par les injections, etc. La fièvre prolonge l'écoulement des lochies.

M. Herman. — Je crois que les lochies viennent en partie du vagin et en partie de l'utérus.

Hémato-salpingite.

M. Lawford Knaggs. — Une femme de 44 ans avait été réglée à l'âge de 11 ans et elle le fut régulièrement jusqu'au mois d'août 1891. Elle avait contracté la syphilis et probablement la blennorrhagie 15 ans auparavant. Elle avait eu quatre enfants antérieurement à l'époque à laquelle elle contracta la syphilis. En 1889, elle eut une perte fort abondante qui dura 24 heures et qui fut suivie d'un écoulement jaunâtre qui persista pendant 14 jours. Elle eut un accident semblable en 1891.

Elle eut alors des frissons, des douleurs. La région de l'ovaire gauche était douloureuse et résistante. L'utérus était normal et refoulé vers la droite par une tumeur occupant le ligament large du côté gauche. On fit le diagnostic d'hémato-salpingite. Au bout d'une quinzaine de jours, la tumeur disparut. On fit la laparotomie et on trouva une petite masse de la taille d'une petite pêche fixée au côté gauche du bassin; l'ovaire était au-dessous et en arrière d'elle. La cavité de cette masse communiquait avec la trompe de Fallope, et contenait un peu de muco-pus. Il est probable qu'à l'époque des règles le sang s'accumulait dans cette cavité; il y avait ensuite une débâcle du sang suivie d'un écoulement purulent.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 21 avril 1893.

Carie sèche.

M. Billroth présente un malade auquel il a fait la résection de l'humérus pour une carie sèche de l'épaule. Les résultats furent loin d'être satisfaisants, surtout lorsqu'on les compare à ceux qu'on obtient généralement par l'expectation. C'est donc celle-ci qui est le véritable traitement de ces arthrites tuberculeuses à évolution lente.

M. Weinlechner est du même avis. Il a dans ces cas obtenu de bons résultats avec les injections phéniquées.

Ostéomalacie.

M. Latzko a observé à Vienne 19 cas d'ostéomalacie dans ces deux dernières années.

Au point de vue clinique on peut relever l'apparition précoce des contractures musculaires. Le traitement par le phosphore donne des résultats excellents. L'opération de Porro faite dans deux cas a également donné des résultats satisfaisants.

Dans un cas M. Latzko a essayé comme traitement les inhalations de chloroforme poussées jusqu'à la narcose qui fut continuée pendant 3/4 d'heure, et le résultat fut le même qu'après la castration. Le chloral rend aussi de bons services.

Séance du 28 avril 1893.

Redressement intra-articulaire et ostéoclasie dans le genu-valgum et les contractures du genou.

M. Lorenz a décrit sous ce nom un procédé qui, d'après lui, est destiné à restreindre considérablement les indications de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie. Le redressement intra-articulaire peut être fait en une seule séance par l'application continue d'une force possible à graduer. L'effet est produit par la simple tension des parties sans blessure ni déchirure.

L'appareil dont se sert M. Lorenz se compose de deux plaques métalliques creuses garnies d'une couche épaisse de caoutchouc; l'une (l'interne) est vissée sur une planche en bois; l'autre est mobile et peut être rapprochée de la première à l'aide de deux vis. Le membre est placé entre les deux plaques, et la partie qui dépasse celle-ci soumise à l'action d'une courroie mise en mouvement par un levier à vis.

En comprimant les plaques, la diaphyse peut être simplement redressée (ostéocampsie) ou fracturée (ostéoclasie), et cette action de l'ostéoclaste redresseur peut s'exercer sur n'importe quelle surface d'un os.

D'une façon générale, l'ostéoclasie n'est faite avec un réel succès que chez les enfants et les adolescents, et, dans la majorité des cas, le redressement intra-articulaire peut remplacer chez eux l'ostéoclasie que M. Lorenz réserve pour les incurvations rachitiques des jambes.

Séance du 5 mai 1893.

Fistules vésico-vaginales.

M. v. Dittel a montré une malade chez laquelle il a obtenu l'occlusion d'une fistule vésico-vaginale par le procédé suivant :

Après la laparotomie médiane, l'utérus fut attiré en haut et en avant et le péritoine transversalement divisé au niveau de son passage de l'utérus sur la vessie. Cette section mit sous les yeux la paroi vésicale postérieure et rendit facile la suture de la fistule. Guérison opératoire sans complication. Quant à la fistule vaginale, elle se ferma plus tard par bourgeonnement.

Fistule branchiale.

M. Büdinger a présenté une femme de 23 ans avec une forme rare de fistule branchiale externe incomplète. Dans l'angle maxillaire gauche se trouve un orifice à travers lequel on arrive avec la sonde jusque dans la partie cartilagineuse du conduit auditif externe dont la paroi inférieure présente une fente longitudinale de 6 cent. 1/2 de longueur, tapissée du même épithélium que celui du conduit auditif.

Comme traitement, M. Büdinger se propose de faire des injections de teinture d'iode forte.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la cure radicale des hernies avec transplant osseux, par le Dr Thiriar, professeur à l'Université de Bruxelles.

J'ai présenté au Congrès français de chirurgie une note sur l'utilité d'un transplant osseux dans la cure radicale des hernies; mes opérations étaient alors au nombre de 21; elles se montent actuellement à 25. Ce travail, très court, n'indiquait pas la façon dont il faut préparer les transplants osseux destinés à boucher les orifices herniaires, je le complète dans ce sens.

La cure radicale des hernies, aujourd'hui admise et pratiquée par presque tous les chirurgiens, a subi dans ses procédés bien des améliorations et, dans la plupart des cas, grâce à ces perfectionnements, cette opération est devenue réellement radicale; elle procure une guérison durable et définitive.

Dans certains cas, encore trop nombreux, sous l'influence de différentes circonstances tenant soit au procédé opératoire, soit surtout à l'état des parties herniées, des récidives sont cependant observées. La plupart du temps, ces récidives proviennent du défaut de résistance de la cicatrice; la résistance des parois n'est pas assez forte, elle n'est pas assez solide et la poussée du contenu abdominal en a facilement raison.

Bien plus, la faiblesse de ces parois et par conséquent de la future cicatrice est une contre-indication formelle à l'opération d'après la plupart des chirurgiens; c'est ainsi que Lucas-Championnière trouve avec raison des contre-indications opératoires « chez les individus malades ou si faibles que leurs parois abdominales faciles à effondrer ne permettent aucun espoir de reconstitution ».

Il en est est de même des grosses hernies, car « alors, en effet, on se trouve en présence d'une hernie énorme à combler, de viscères en excès pour la contenance de l'abdomen et souvent d'une portion du gros intestin qui crée un obstacle à l'achèvement complet de la réparation de la région ».

En outre, « il faut abandonner à leur sort certains hernieux qui font des hernies partout, dont la paroi abdominale s'effondre en tous les sens. On n'obtiendrait rien chez ces types de hernieux, il est donc inutile de leur faire courir une chance quelconque ».

Les contre-indications de l'opération sont donc encore trop nombreuses et la plupart des opérateurs se préoccupent à juste titre de ce défaut de résistance des parois tant naturelle qu'accidentelle ou opératoire.

Pour remédier à ces graves inconvénients, on a eu recours à de nombreux procédés qu'il est inutile de discuter ici. Je me contenterai de vous signaler le conseil que donne Lucas-Championnière dans son magistral traité, car il a été le point de départ de mes recherches à ce sujet.

Notre éminent collègue conseille d'agglomérer les catguts, de faire des assemblages de ces fils pour en former une sorte de gangue pour les éléments de la cicatrice qui en devient plus puissante et plus épaisse.

C'est dans le but d'obtenir cette cicatrice épaisse, puissante que j'ai essayé un moyen d'obturation permanente de l'orifice du trajet herniaire.

Mon procédé consiste à interposer un gros bouchon d'os décalcifié entre le moignon du sac suturé, rentré dans l'abdomen et la paroi abdominale.

Voici comment je procède :

Après avoir soigneusement disséqué le sac, l'avoir bien isolé, je le lie le plus haut possible au delà de l'anneau interne et j'en fais alors la résection; le moignon abandonné disparaît derrière la paroi abdominale. Entre cette paroi et le péritoine, de façon à boucher complètement l'orifice herniaire, j'interpose une solide plaque d'os décalcifié qui est bien maintenue dans sa position par quelques sutures qui rapprochent et réunissent les piliers, les bords de l'orifice.

La grandeur de cette plaque doit dépasser celle de l'ouverture de l'anneau; ordinairement, elle a 3 à 5 centimètres de long sur autant de large et 8 à 12 millimètres d'épaisseur.

Tous les différents plans sont ensuite réunis par quelques sutures en catgut, le canal est, autant que possible, reconstitué; la suture de la peau est ensuite pratiquée avec drainage s'il y a lieu.

Quelques précautions opératoires sont à observer lorsqu'on fait usage de cette méthode.

La plaque osseuse doit dépasser en dimension l'ouverture de l'orifice herniaire, elle doit être interposée soigneusement entre le péritoine et cet orifice qui est suturé sur le transplant. Lors de mes premières opérations, j'ai maintenu en place cette greffe osseuse en la comprenant dans les catguts qui rapprochent les bords de l'orifice herniaire; j'ai, depuis, reconnu que cette pratique était inutile. Il est facile d'interposer la plaque osseuse entre le péritoine qui se décolle facilement et la paroi abdominale et elle est très bien maintenue en place par la suture des différents plans abdominaux.

J'ai pratiqué 25 fois cette opération depuis le mois de septembre dernier; j'ai obtenu ainsi une cicatrice solide, résistante, je n'ai pas encore observé de récidive.

Cependant, j'ai choisi, pour appliquer cette greffe osseuse, les plus mauvais cas de ma pratique : hernies opérées et récidivées jusqu'à trois reprises; hernies volumineuses à parois très faibles, à ouverture très large; hernie énorme du gros intestin, etc., etc.

C'est ainsi qu'une de mes opérations a été pratiquée chez un individu âgé de 55 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche énorme, descendant jusqu'au genou. Le contenu en était formé par l'intestin grêle et l'épiploon facilement réductibles et par tout le côlon descendant et l'S iliaque qui faisaient partie de la paroi postérieure du sac, l'incision que je fis avait 32 centimètres de longueur. Je rentrai l'intestin grêle et réséquai 525 grammes d'épiploon. Je dus, pour faire rentrer le gros intestin, fendre largement la paroi abdominale et rentrer naturellement avec lui la paroi postérieure du sac. Après ligature soigneuse des débris de celui-ci, je reconstituai la paroi abdominale au moyen de nombreuses sutures réunissant successivement les différents plans et j'interposai entre l'ouverture et le péritoine une plaque osseuse large de 6 centimètres, longue de 4 1/2 centimètres et épaisse de 6 millimètres; ce transplant venait de l'omoplate d'un porc. La guérison opératoire de ce malade est complète depuis quelques semaines. Il est trop tôt pour juger des résultats définitifs que tout fait prévoir être excellents.

Quel est le rôle de cette greffe osseuse? Que devient-elle dans les tissus?

Je repousse le péritoine de façon que, comme je m'en suis assuré par des expériences cadavériques, il existe sur la surface péritonéale une saillie du péritoine au lieu d'une fossette, d'une cavité, future amorce, pour une nouvelle hernie.

Ce transplant joue le rôle de soutien; il se résorbe peu à peu, il ne persiste pas, ne s'ossifie naturellement pas, puisque les éléments nécessaires lui manquent pour cela; mais il est remplacé au fur et à mesure de sa disparition par un tissu fibreux solide, résistant, qui se fusionne

avec les parties voisines pour fermer complètement l'orifice herniaire.

On peut le considérer comme une charpente dans laquelle le tissu embryonnaire destiné à se tranformer en tissu cicatriciel solide est déposé graduellement de la périphérie vers le centre. Il disparaît donc peu à peu sans trace, mais laisse comme effet durable un tissu fibreux solide, véritable barrière qui s'oppose dans l'avenir à toute nouvelle effraction de la part des viscères abdominaux.

J'ai pu constater dans deux cas la manière dont la résorption de cette greffe osseuse s'accomplit.

La première de ces observations se rapporte à ma cinquième opération, pratiquée le 13 octobre dernier. Il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans, tailleur de profession et porteur d'une grosse hernie inguinale congénitale droite. On pouvait facilement introduire deux doigts dans l'anneau. J'avais interposé entre cet anneau et le péritoine un gros morceau d'os décalcifié provenant du fémur d'un porc. Ce transplant mesurait quatre centimètres de long, 3 1/2 de large et 12 millimètres d'épaisseur. J'avais ensuite réuni, capitonné toutes les parties cruentées au moyen de nombreuses sutures en catgut n° 3, qui, à cette époque, laissait à désirer au point de vue de l'antisepsie. Les premiers jours furent excellents; le 19, c'est-à-dire 6 jours après l'opération, je constatai une gouttelette de pus au niveau de deux points de suture de la peau; le 30, l'angle supérieur de mon incision s'ouvrit pour laisser échapper du pus phlegmoneux dans lequel se trouvait ce qui restait de mon transplant osseux. Ce morceau avait une forme trapézoïde et mesurait 2 centimètres 6 millimètres en longueur, 2 centimètres en largeur et 6 millimètres en épaisseur. Il avait donc en 15 jours subi une résorption notable.

Au microscope, sur une coupe, cette greffe offre la structure d'un os compaçt, se colorant à peine par les matières colorantes. Dans les canaux de Havers, près de la périphérie, on constate la présence de quelques leucocytes se laissant colorer par l'hématoxyline. La surface de ce fragment est recouverte entièrement de leucocytes, remplissant les anfractuosités que l'on trouve sur les bords de la coupe.

Le 26 novembre, l'opéré sortit de l'hôpital radicalement guéri, je l'ai revu il y a quelques jours, la cicatrice est solide, résistante; il n'existe aucune trace de récidive et ne porte pas de bandage.

Pareil accident m'est arrivé à ma 8e opération, et toujours à cause du mauvais catgut que j'avais employé. Il s'agit ici d'un relieur âgé de 42 ans. Trois ans auparavant, un de mes collègues l'avait opéré des deux côtés à la fois pour hernie inguinale. Il fut admis dans mes salles pour une récidive double plus prononcée à droite qu'à gauche. A droite, l'anneau peut admettre quatre doigts.

Le 16 novembre 1892, je pratiquai la cure radicale de la hernie droite; j'interposai un transplant long de 4 centimètres 6 millimètres, large de 3 centimètres 2 millimètres et épais de 11 millimètres et je fis le capitonnage des différents plans par du catgut n° 3.

Le 27, c'est-à-dire 11 jours après l'opération, apparition de quelques gouttelettes de pus par 2 points de suture; à leur niveau, la ligne de réunion se désunit, et le 23 décembre seulement, eut lieu la sortie d'un fragment du transplant, ressemblant tout à fait à un cotylédon de haricot et mesurant en épaisseur 4 millimètres au maximum, en longueur 22 millimètres et en largeur 9 millimètres. Ce fragment est très mou, très flexible et a une surface rugueuse.

Au microscope, sur une coupe, on constate des bords anfractueux, et à l'intérieur de la substance osseuse, on ne trouve aucune infiltration cellulaire.

De ces observations, il résulte que les éléments cellulaires n'infiltrent pas le transplant osseux comme ils le font quand on greffe un morceau d'éponge ou de catgut. Ce transplant est usé en quelque sorte par les éléments embryonnaires cicatriciels qui se substituent peu à peu aux éléments morts du morceau d'os.

La présence de cet os décacifié force les cellules embryonnaires à s'accumuler autour de lui pour l'engloutir couche par couche et le faire ainsi disparaître.

Le tissu cicatriciel remplace successivement les éléments organiques de la greffe osseuse, comme on remplace successivement les pierres vermoulues d'un édifice qu'on veut consolider et remettre à neuf.

Il en résulte une cicatrice solide, résistante, et si on a soin en outre de bien réunir les parois du canal inguinal et les divers plans que l'on a dû couper, cette cicatrice vient s'appuyer sur un boudin fibreux, dur, résistant, et le tout forme une cuirasse, un obstacle presque insurmontable aux poussées qui viennent de la cavité abdominale.

Il appartient évidemment au temps de démontrer la valeur de mon procédé. Les résultats immédiats indiquent cependant qu'il y a là une voie féconde dans laquelle la chirurgie herniaire pourrait s'engager et trouver peut-être la véritable solution du problème de la non-récidive des hernies après la cure radicale.

Dans tous les cas, l'introduction d'un gros morceau d'os décalcifié dans les tissus est complètement inoffensive, comme le démontrent mes 25 opérations. Pour obtenir cette sécurité absolue, il faut nécessairement que le transplant osseux soit complètement aseptique et pour cela sa préparation exige quelques soins et quelques précautions.

Tout d'abord, il est bon de prendre l'os au moment même où l'animal (porc ou bœuf) est abattu; il faut immédiatement enlever les parties molles en tenant compte des règles antiseptiques. On détache ensuite l'os du périoste en évitant d'employer la rugine ou tout autre instrument capable de léser la surface osseuse.

L'os, débarrassé de son périoste, est plongé dans une solution d'acide chlorhydrique pur à 10 pour 100. La quantité de liquide à employer doit être dix fois plus considérable que le volume de la masse osseuse. Le liquide doit être renouvelé tous les deux jours; il faut éviter tout contact de l'os avec des objets non désinfectés. Le deuxième ou troisième jour la moelle du canal central de l'os se détache d'elle-même.

La décalcification dure un temps plus ou moins long suivant que l'os a été débité en morceaux plus ou moins considérables. C'est ainsi qu'un tibia entier de porc exige quinze à dix-huit jours. La décalcification est complète quand l'os est flexible et quand il ne s'en détache plus de bulles d'air.

Après décalcification, l'os est plongé pendant deux jours dans une solution de bichlorure de mercure à 1 pour 1000, puis desséché à l'étuve. Il est conservé dans l'éther iodoformé. Avant de le plonger dans ce dernier liquide, l'os doit être complètement déshydraté, ce qui s'obtient par l'immersion de l'os dans l'alcool absolu renouvelé deux jours de suite. Cette immersion dans l'alcool a en outre l'avantage d'assurer un dégraissage parfait du tissu.

Telle est la manière dont mes premiers transplants osseux ont été préparés par mon ancien interne le docteur Vandervelde, qui a bien voulu me remettre une note à ce sujet.

Au moment de me servir de ces os, je les retire de la solution d'éther iodoformé et je plonge le morceau qui doit être transplanté dans une solution de sublimé à 1 pour 1000 jusqu'au moment de l'implantation.

REVUE DES CONGRÈS

22e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

(*Tenu à Berlin du 12 au 15 avril 1893*).

Résection de l'intestin.

M. Haasler (Halle). — Un enfant de 15 ans présenta des symptômes d'obstruction intestinale pendant 4 semaines, puis il élimina une portion d'intestin grêle de 10 centimètres. Il survint une amélioration passagère d'un mois de durée. Les phénomènes d'occlusion réapparurent plus menaçants ; on pratiqua la laparotomie et on constata à la partie inférieure de l'iléon l'existence d'un obstacle. Le ballonnement du ventre ne permettant pas une résection immédiate, on fit un anus contre nature temporaire pour pratiquer 10 jours plus tard la résection secondaire. La pièce anatomique montra qu'il s'agissait bien d'une invagination intestinale. La partie de l'intestin non éliminée formait une sorte de masse polypoïde et était la cause de l'obstruction.

M. Haasler intervint encore dans un cas présentant quelque intérêt. Il s'agit d'une femme souffrant depuis 4 ans et prise de symptômes d'obstruction graves.

Dans la fosse iliaque droite, on constatait une tumeur difficilement appréciable.

Une incision pratiquée en dehors du muscle droit démontra qu'il s'agissait d'un carcinome du cæcum ayant envahi l'iléon et le côlon ascendant. Le côlon transverse très sclérosé contractait de larges adhérences avec la tumeur ; on eut donc à enlever une partie de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant, le côlon transverse et une partie du mésentère.

Tout ce tractus intestinal fut attiré hors du péritoine et réséqué.

Au bout de sept jours, il se fit une petite fistule stercorale lenticulaire. La malade guérit complètement et augmenta de 38 livres.

Le microscope montra qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome.

M. Braun (Kœnigsberg). — Dans les cas de sténose, l'extirpation est l'opération idéale, mais il n'est pas toujours possible de la pratiquer. Dans un cas d'invagination de 20 c. d'iléon dans le côlon, l'auteur dut pratiquer une entéro-anastomose. Le résultat fut heureux, les symptômes douloureux disparurent immédiatement, bien que la tumeur ait persisté pendant un certain temps.

M. Rydygier pratiqua une fois la désinvagination avec succès.

Névralgie du trijumeau guérie par l'élongation du facial.

M. Schulze-Berge est d'avis que pour guérir la névralgie faciale il faut à tout prix arriver au ganglion de Gasser, en évitant autant que possible de faire une opération très étendue.

Dans un cas, il a pu faire disparaître la névralgie du trijumeau par la névrotripsie du facial. Il s'agissait d'une femme atteinte depuis trois ans d'une névralgie de la troisième branche du trijumeau, surtout accusée au niveau du nerf du buccinateur. La résection de ce nerf puis celle du sous-orbitaire n'eurent aucun succès. M. Schulze mit alors à nu le facial par une incision semi-circulaire autour du lobule de l'oreille, et pratiqua la névrotripsie jusqu'à ce que parût la parésie des muscles correspondants. Les accès disparurent trois jours après l'opération et la malade resta définitivement guérie.

M. Esmarch croit que le grand nombre d'interventions parfois très graves préconisées contre ces névralgies montre que nous ne possédons pas encore le moyen de combattre cette affection. Dans ces conditions, il serait peut-être rationnel d'essayer la méthode de Gussenbauer qui lui a donné 33 guérisons et qui consiste à provoquer une dérivation intestinale par l'huile de ricin.

M. Gussenbauer a en effet remarqué que ces malades sont des constipés, et c'est pour cela qu'il a préconisé les purgatifs répétés. Mais il y a des cas qui ne cèdent pas à l'huile de ricin, et ce sont ceux-là qui sont passibles d'une intervention.

Cholédocotomie.

M. Kœrte (Berlin) a eu à intervenir six fois sur la vésicule biliaire pour occlusion des canaux hépatiques. Quatre fois il s'agissait de calculs, deux fois d'une compression par une tumeur. Dans les cas d'occlusion par calculs, M. Kœrte a essayé de mettre à nu le cholédoque ; sur les quatre fois il n'y parvint qu'une seule : le canal fut incisé, le calcul enlevé et la plaie suturée. Dans les trois autres cas il se contenta de faire la cholécystotomie.

M. Lauenstein a, sur 44 opérations sur la vésicule biliaire, réussi seulement deux fois à enlever les calculs arrêtés dans le cholédoque. L'incision du cholédoque peut être rendue plus facile en plaçant deux anses de catgut en avant et en arrière du calcul, qui peuvent servir ensuite comme deux points de suture.

M. Riedel (d'Iéna) a incisé le cholédoque 10 fois. Pour réussir, il faut avoir des aides expérimentés, et pour rendre le cholédoque accessible, il est nécessaire de détruire les adhérences qui existent entre le cholédoque, l'épiploon et le côlon transverse. Il faut commencer par le côté droit du duodénum qui est fréquemment soudé au canal cystique et à la vésicule et se rapprocher peu à peu du cholédoque. Un aide soulève avec la main, entourée de gaze stérilisée, le foie, l'autre l'estomac, le troisième repousse l'intestin en bas. On aperçoit alors le cholédoque au milieu d'un espace triangulaire circonscrit par des compresses, et on incise le canal sur le calcul. La suture est faite à la soie ; le drainage est inutile.

Sur ses 10 opérés il y a 8 guérisons et 2 morts, dont une par pyélo-phlébite suppurée, et une par shock opératoire.

Asepsie et hémostase préventive.

M. Neuber (Kiel) a renoncé aux bandes élastiques classiques à cause des difficultés qu'on éprouve quand il s'agit de les rendre aseptiques. Si on les fait bouillir, l'élasticité est perdue, et la bande ne vaut plus rien. Actuellement, après un grand nombre d'essais, M. Neuber a adopté des bandes en toile larges de 5 cm. et longues de 3 à 5 mètres. Elles sont mouillées avant d'être appliquées.

Leur application sur les membres est facile. Le membre est d'abord soulevé, puis la bande appliquée de la périphérie vers la racine du membre, et inversement pour remonter jusqu'à l'endroit où doit être pratiquée la constriction avec une bande de toile également.

Dans ces conditions, l'hémorrhagie parenchymateuse post-opératoire est minime et on peut faire de grandes opérations sans perdre beaucoup de sang.

M. Bardeleben (Berlin) a aussi essayé de remplacer la bande élastique et fait des essais avec l'ancien tourniquet dont on n'utilise que la pelote. Il a encore eu recours à la bande de toile qu'il applique sèche et qu'il mouille ensuite.

Autoplastie.

M. Krause (Altona) a traité 21 cas d'ulcères de jambe et de perte de substance de la face par la transplantation de lambeaux cutanés non pédiculés pris sur le bras ou une autre région. Le fond de la perte de substance ou de l'ulcération doit auparavant être transformé en plaie saignante et l'hémorragie arrêtée par la compression qui peut durer quelquefois quelques heures. Le lambeau, qui ne doit comprendre que la peau proprement dite sans tissu adipeux, n'a pas besoin d'être désinfecté soigneusement. Il ne faut pas oublier que ces lambeaux se rétractent considérablement.

M. Kœrte a pu, dans un cas de gangrène du pénis, restaurer entièrement cet organe à l'aide d'un lambeau pris sur le scrotum.

M. Lauenstein a présenté un malade chez lequel il a eu à faire une opération autoplastique pour une perte de substance consécutive à l'extirpation d'un épithélioma du nez et de la joue. La peau voisine étant insuffisante pour pouvoir être utilisée, M. Lauenstein prit le lambeau sur le thorax et eut un pédicule qui ne mesurait pas moins de 15 centimètres. Le résultat fut pourtant très satisfaisant.

M. Hirschberg (Francfort) a rapporté 4 cas dans lesquels il a fait avec succès la transplantation de grand lambeaux cutanés doublés de tissu cellulaire et adipeux. Pour que ce lambeau prenne, il faut l'hyperémier, ce qui s'obtient par la constriction du membre et sa flagellation avec un tube de caoutchouc.

Troubles consécutifs à l'extirpation de la glande thyroïde chez les moutons.

M. v. Eiselsberg a extirpé la glande thyroïde à deux moutons de même âge venant de la même mère et conservé le troisième comme témoin. Au bout de 6 mois, le mouton témoin pesait 35 kilogs et les deux opérés 10 et 14 kilogs. Chez l'un des opérés on constatait une augmentation de l'occiput comparé à l'avant-tête atrophiée, une atrophie des cornes, des souffles au cœur et de la maladresse dans les mouvements. Chez le second opéré, les troubles trophiques furent moins accusés. A l'autopsie on trouva chez le second opéré une glande thyroïde complémentaire qui faisait défaut chez le premier.

Métastases produites par le goître.

M. v. Eiselsberg a attiré l'attention sur certaines tumeurs des os dont la structure rappelle les adénomes de la glande thyroïde et qui doivent être considérées comme des métastases du goître. Souvent la glande thyroïde paraît même normale. Dans un cas qu'il a observé il s'agissait d'une tumeur grosse comme le poing qui s'était développée sur la voûte du crâne. L'examen histologique de la tumeur montra le tableau classique de l'adénome de la glande thyroïde. Celle-ci était pourtant normale chez le malade. Après l'extirpation de la tumeur, la récidive dans la cicatrice ne survint qu'au bout de 4 ans.

M. Kraske a observé un cas analogue. Chez une femme de 30 ans qui portait un tout petit goître, on vit se développer sur le crâne une tumeur dont l'accroissement rapide fit penser à une tumeur maligne. La tumeur enlevée présentait une structure qui fit penser à une métastase adénomateuse de la glande thyroïde. Depuis trois ans que l'opération a été faite, il n'y a pas encore eu de récidive.

M. Riedel a opéré deux cas d'adénome simple du maxillaire supérieur où le diagnostic avant l'opération était de carcinome. Les opérés sont morts plus tard sans qu'il fût survenu une récidive.

M. Gussenbauer a observé un cas très curieux de métastase adénomateuse chez une femme atteinte de goître. Elle arriva à la clinique avec une paraplégie que le médecin traitant avait attribuée à un mal de Pott lombaire. Une incision au niveau de la tumeur fit reconnaître l'existence d'une véritable tumeur qui occupait les trois dernières vertèbres dorsales et comprimait la moelle. Cette tumeur — un adénome type — fut enlevée et l'hémorrhagie très abondante arrêtée par le tamponnement. L'opérée a survécu, mais sa paraplégie n'a pas été modifiée. Aujourd'hui on trouve une récidive dans la cicatrice.

Résection de la hanche.

M. Schede, dont le procédé (section de la tête du fémur et celle de la pointe du grand trochanter, suivies d'inclinaison du bassin pour faire entrer l'extrémité supérieure de l'os dans la cavité cotyloïde) a soulevé une objection de Kœnig relative à la trop grande inclinaison qu'il faut donner au bassin, présente des pièces anatomiques pour montrer que cette inclinaison peut être peu étendue. Dans un grand nombre d'opérations faites par M. Schede, suivant son procédé, il n'a jamais rencontré de difficultés pour maintenir l'extrémité supérieure du fémur dans la cavité cotyloïde. Les résultats fonctionnels fournis par cette opération sont souvent excellents. Les opérés marchent facilement, avec peu de claudication.

Traitement des blessures de l'abdomen par armes à feu.

M. von Bramann (Halle). — Des opinions très diverses ont été émises depuis quelques années sur le traitement chirurgical des plaies de l'abdomen par armes à feu. En Amérique et en Angleterre d'abord, puis en France et en Allemagne, on est sorti de plus en plus de la méthode d'expectation pour se convertir à la doctrine de l'intervention opératoire, dans ce sens que cette dernière s'impose toutes les fois que l'on a des raisons d'admettre que l'intestin ou un autre organe important a été lésé ou qu'une hémorrhagie intra-abdominale menace la vie du blessé. Attendre pour intervenir que des symptômes de péritonite se soient déclarés est une grave erreur à mon avis, car les laparotomies pratiquées en pleine péritonite sont suivies de mort, pour ainsi dire sans exception. Pour que l'opération ait des chances de succès, il faut donc intervenir de très bonne heure, avant que la péritonite ait eu le temps de se développer, toutes les fois que par l'examen de la blessure, de sa direction, de la nature de l'arme qui l'a produite et des symptômes observés, on ne peut éliminer sûrement la possibilité d'une blessure de l'intestin ou de l'estomac, c'est-à-dire des organes dont la lésion entraîne habituellement une péritonite mortelle.

Dans un cas de coup de feu à l'épigastre avec hémoptysie consécutive et hémothorax, M. von Bramann crut devoir s'abstenir d'une intervention. Le troisième jour survint une péritonite qui emporta rapidement le blessé, à l'autopsie duquel on trouva une blessure du côlon transverse avec issue de matières dans la cavité péritonéale.

Dans un autre cas concernant une plaie de l'abdomen par plomb de chasse, on fit la laparotomie en pleine péritonite. On trouva des plaies multiples de l'intestin. L'opéré succomba en vingt-quatre heures. Par contre, on fut plus heureux dans les cas suivants, opérés de bonne heure :

Le premier cas est celui d'un jeune homme de seize ans, qui s'était tiré un coup de revolver à droite et en haut de l'ombilic. On trouva une plaie de l'iléon qu'on ferma par une suture. Toilette du péritoine, puis excision et suture du trajet de la balle. La plaie opératoire fut fermée sans drainage. Le sixième jour survinrent de la dyspnée et du ballonnement et il s'écoula par la plaie un liquide qui se trouva être de l'urine. Néanmoins, la guérison fut complète en quatre semaines,

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de vingt-trois ans qui se tira un coup de revolver sous le rebord costal gauche et entra le lendemain à ma clinique. Il n'y avait pas de signes de péritonite. On trouva une plaie de la paroi stomacale et une autre du côlon. En outre la balle avait blessé le pancréas et déterminé une hémorrhagie. C'est pourquoi on fit le tamponnement et on laissa la plaie en partie ouverte. La guérison eut lieu en six semaines.

Dans un troisième cas, un enfant de cinq ans avait été blessé d'un coup de revolver par accident. Il entra à la clinique avec des symptômes de *shock* qui me décidèrent à intervenir. La balle n'avait même pas perforé le péritoine. On excisa et sutura le trajet de la plaie, qui guérit ainsi plus rapidement.

D'une façon générale, on peut affirmer que la laparotomie pour blessures à l'abdomen par armes à feu n'est pas une opération aussi grave qu'on le croit généralement, à condition toutefois que l'on intervienne avant le développement des anses intestinales. Pour le diagnostic de la perforation de l'intestin, M. Bramann n'est pas partisan de la méthode d'insufflation de Senn, qu'il considère comme dangereuse en ce qu'elle favorise l'issue du contenu intestinal dans le péritoine.

M. Sonnenburg présente une pièce anatomique prise sur le cadavre d'un individu qui, il y a dix-huit mois, s'était tiré un coup de revolver dans le côté gauche du thorax. Il guérit sans opération pour succomber plus tard à une affection indépendante de la blessure. Or, la balle avait traversé la plèvre, le diaphragme, la rate et s'était arrêtée dans l'enveloppe adipeuse du rein gauche.

Plombage des os.

M. Sonnenburg a fait des expériences sur le plombage des os dans les cas de pertes de substance osseuse très étendues. Il faut, avant tout, assurer l'asepsie parfaite de l'alliage et de la cavité osseuse, surtout quand il s'agit de suppuration. Comme alliage, M. Sonnenburg préconise l'amalgame de cuivre.

Histologie de la greffe osseuse.

M. Barth (Marburg) a fait des expériences nombreuses sur des animaux pour voir ce que devient la substance

osseuse transplantée dans une autre cavité osseuse. Ses recherches ont montré que lors même que la substance osseuse transplantée prend, pour ainsi dire, elle ne reste pas vivante. Ses noyaux ne se colorent plus, ce qui est un signe certain de nécrose. Si elle n'est pourtant pas éliminée, cela tient à ce qu'elle est traversée par du tissu osseux néoformé.

M. Kœrte, sans contester les expériences de M. Barth, fait observer que la clinique montre que les lambeaux osseux transplantés reprennent fort bien leur vitalité. Ainsi, dans un cas de fracture comminutive du crâne, M. Kœrte avait retiré tous les fragments et, après les avoir lavés, les remit en place. Au bout de quelque temps, il eut à rouvrir le crâne de son malade au niveau de la fracture, et constata une consolidation parfaite des fragments qui formaient une sorte de mosaïque.

Rupture et luxation des ménisques du genou.

M. Borck (Rostock) rapporte un cas de *dérangement interne* du genou, opéré par M. Madelung. Il s'agit d'un homme de 28 ans qui, il y a trois ans, se fit une entorse grave du genou gauche avec une forte hémarthrose consécutive, dont la guérison fut très lente. Il put, cependant, reprendre son travail lorsque, l'année dernière, il se fit une nouvelle entorse du genou, à la suite de laquelle survinrent des accidents de plus en plus fréquents de pincement du ménisque interne, lequel faisait une saillie très appréciable entre les surfaces articulaires à la partie interne de l'articulation. On fit une incision au côté interne du genou et l'on arriva sur un petit corps dur, saillant, qui n'était autre que la partie antérieure du ménisque rompue et déplacée. La résection de cette portion, longue de trois centimètres, fut suivie d'une guérison complète avec état fonctionnel normal de l'articulation.

M. Lauenstein a opéré, il y a un mois et demi, un matelot qui, à la suite d'un faux pas, s'était fait une rupture du ménisque interne avec déplacement en avant. L'opéré guérit avec un excellent résultat fonctionnel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 *mai* 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Suture nerveuse.

M. Laborde. — Pour expliquer définitivement les faits rapportés ici par divers observateurs au cours de la discussion sur la suture nerveuse, je crois utile de rapporter l'expérience suivante :

Les deux nerfs vagues, après chloralisation suffisante de l'animal, étant mis à nu, dans une suffisante étendue, à la région cervicale, je détermine le courant minimum qui, appliqué sur l'un et l'autre nerf, est capable de produire, d'une façon nette, l'arrêt momentané du cœur. Je place ensuite, et au préalable, un double fil d'attente (de fine soie) traversant l'épaisseur de l'un des cordons nerveux — le gauche par exemple, — et situés environ à une distance de 1 c. m., de façon à réaliser le rapprochement exact et la suture des bouts du nerf quand il aura été divisé dans l'intervalle des fils d'attente. Une aiguille à drapeau implantée au contact du cœur transmet à l'extérieur les battements de l'organe.

Les choses ainsi disposées, je pratique la section du nerf au lieu indiqué, c'est-à-dire dans l'intervalle du fil de suture préventive. Il est bien évident que, dans cette nouvelle condition, le courant d'excitation appliqué sur le premier point, qui se trouve situé au-dessus de la section, n'amène plus aucun effet sur le cœur; ce n'est que l'excitation du bout inférieur, périphérique ou cardiaque qui est capable de produire l'effet suspensif en question.

Je rapproche alors les deux bouts du nerf divisé à l'aide des fils d'attache, de façon à en opérer l'affrontement, le contact les plus parfaits possible ; et je renouvelle l'excitation électrique au-dessus de la suture ; en ceci, nul effet ne se produit sur les battements du cœur qui continuent sans interruption et sans arrêt.

L'excitation ne passe donc plus ; la conductibilité nerveuse provoquée ne se réalise plus, malgré le contact parfaitement établi des surfaces des bouts du nerf sectionné.

Si, au contraire, l'excitation est portée au-dessous de la suture, c'est-à-dire sur le bout périphérique ayant conservé de la continuité organique, l'effet suspensif et d'arrêt se reproduit immédiatement; de même, bien entendu, que lorsque cette même excitation est transportée comparativement sur le vague du côté opposé, resté intact et pouvant servir de témoin.

Force est ainsi de renoncer à l'hypothèse chirurgicale du simple contact, qui n'est d'ailleurs soutenue, au moins à l'Académie, que par MM. Léon Le Fort et Chauvel.

M. Léon Le Fort. — Je ne puis que persister dans mon opinion, jusqu'à ce qu'on ait apporté une explication qui rende suffisamment compte, du moins à mon sens, des faits cliniques que j'ai observés.

Traitement du tétanos.

M. Berger fait un rapport sur un cas de tétanos traumatique guéri à la suite d'une intervention locale énergique.

Dans le premier, M. Cerné pratique l'amputation du doigt au 19e jour d'un tétanos qui avait résisté au chloral; dès le lendemain, on constatait une amélioration des symptômes et le 13e jour le malade était guéri. Il s'agissait d'une plaie contuse ayant intéressé l'articulation de la 1re avec la 2e phalange du médius gauche ; le tétanos s'était développé 13 jours après la blessure.

Le fait de M. Darolles concerne un jeune garçon atteint d'une section presque complète du pouce, intéressant l'os au niveau de la 2e phalange, et produite par une scie mécanique ; 19 jours après l'accident, le tétanos se déclare et s'aggrave malgré le chloral administré à haute dose; le 10e jour, M. Darolles extirpe la phalange qui était nécrosée et désinfecte le foyer traumatique ; au bout de 4 jours, tous les symptômes de tétanos ont disparu.

Le malade de M. Folet, à la suite d'un vaste décollement des téguments du membre inférieur produit par le passage d'une roue de voiture, avait présenté une sorte de phlegmon diffus gangréneux, qui, vers le 20e jour, s'était compliqué de trismus puis d'épisthotonos avec crises. Le surlendemain de l'apparition du tétanos, M. Folet ouvrit, draina, désinfecta tous les décollements ; les jours suivants, il réitéra lui-même les manœuvres de désinfection sous chloroforme. Vers la fin du 3e jour, une détente se produisit dans les phénomènes tétaniques qui disparurent complètement le 6e jour.

M. Berger prend occasion de ces faits pour examiner quelle est la valeur du traitement local et particulièrement de l'amputation dans le traitement du tétanos. Il rappelle les faits nombreux de guérison à la suite de l'amputation du foyer traumatique qui ont été récemment publiés; MM. Roux et Vaillard en citent deux dans leur récent travail. Sur onze cas pour la plupart de provenance étrangère, cités par M. Galmard dans une thèse récente comme des exemples de guérison due aux injections d'antitoxine, quatre avaient subi l'amputation, trois autres, des interventions locales très actives. M. Ferraton a communiqué à la Société de chirurgie un nouveau cas de guérison du tétanos à la suite de l'amputation ; M. Berger ajoute une observation inédite, communiquée par Romei (de Bologne) d'amputation suivie de guérison et cite sa statistique personnelle comprenant quinze cas de tétanos avec deux amputations qui furent seules suivies de guérison.

L'amputation, d'après lui, agit en supprimant le foyer microbien qui verse les toxines dans l'économie : elle ne saurait prévenir les effets de l'intoxication tétanique effectuée, mais elle s'oppose à l'absorption de nouvelles doses de poison. Il ne faut donc pas s'étonner qu'elle reste inefficace dans un certain nombre de cas. On peut voir le tétanos se déclarer même postérieurement à l'amputation quand l'introduction des toxines dans la circulation a précédé celle-ci.

D'autre part, on ne saurait attribuer aux autres médications les succès qui ont suivi l'amputation. Dans la plupart de ces cas, le chloral était resté inefficace.

Quant aux injections anti-toxiques, M. Berger doute qu'elles aient, jusqu'à présent, amené la guérison d'un seul cas de tétanos. Il s'appuie sur les faits de MM. Roux et Vaillard et cite une observation personnelle dans laquelle une femme, entrée dans son service avec un tétanos spontané, mourut six jours après le début du traitement dirigé avec la plus grande rigueur par M. Roux lui-même. M. Berger cite, en outre, une lettre de M. Treille, médecin-inspecteur du corps de santé des colonies, relatant des faits qui lui ont été communiqués par M. le Dr Rangé, chef du service de santé au Dahomey ; celui-ci a traité au Dahomey deux cas de tétanos par l'antitoxine et il a eu deux insuccès. Les injections faites préventivement dans un certain nombre de cas n'ont pas empêché un blessé de mourir du tétanos. Ainsi la valeur préventive des injections d'antitoxine n'est même pas absolue.

Il faut donc considérer que les succès observés à la suite de l'amputation dans le traitement du tétanos sont bien dus à l'opération.

Dans quelle mesure l'amputation doit-elle être pratiquée dans les cas de tétanos ? M. Berger pense qu'il est impossible de donner ici des règles précises ; il faut se régler : 1° sur la gravité du tétanos ; 2° sur l'insuccès des autres médications ; 3° sur l'importance du membre dont le sacrifice est nécessaire ; 4° enfin et surtout sur la gravité de la blessure et sur les conséquences qu'elle doit entraîner pour le bon fonctionnement du membre.

L'amputation n'aggrave pas sensiblement le pronostic du tétanos. Les dangers de la chloroformisation en pareils cas ont été exagérés ; c'est au point de vue de la mutilation qu'il faut se placer pour juger la question de l'amputation. La conclusion à laquelle arrive M. Berger, sur ce point, est la suivante :

L'amputation, pratiquée dans les tissus sains, met le blessé dans les meilleures conditions pour la guérison du tétanos traumatique. Dans les cas où elle peut être exécutée sans causer de mutilation trop étendue, elle doit être pratiquée aussi près que possible du début des accidents. Quand, par le fait d'une lésion traumatique, la vitalité et le bon fonctionnement d'un membre se trouvent gravement compromis et que la question d'amputation se pose, l'apparition du tétanos traumatique doit faire pencher la balance en faveur de celle ci.

Greffe osseuse hétéroplastique.

M. Mossé (Toulouse) rapporte une observation de greffe hétéroplastique réalisée sur le lapin au moyen d'un fragment osseux emprunté à un chat tué brusquement. La transplantation de la rondelle a eu lieu une heure un quart après la mort. Ce lapin a été sacrifié au bout de 45 mois. Les fréquentes incisions exploratrices et l'examen au moment de la mort ont établi la permanence de la greffe et la vitalité du transplant. Cette expérience est une preuve positive de la permanence possible de la greffe hétéroplastique crânienne.

Les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour préciser toutes les conditions du succès, mais trois points essentiels semblent acquis en médecine expérimentale :

1° La greffe hétéroplastique réussit souvent de l'espèce inférieure à l'espèce supérieure, condition favorable pour la chirurgie humaine ;

2° Le transplant doit être pris dans une espèce voisine ; toutefois, la greffe a plusieurs fois réussi avec des transplants empruntés à une espèce assez éloignée ;

3° L'animal qui fournit le transplant doit être jeune ; il peut y avoir avantage à choisir un transplant contenant encore un point d'ossification.

Un résultat important aussi à noter, c'est qu'il a été possible d'utiliser, avec succès complet, dans la production d'une greffe hétéroplastique, un fragment osseux emprunté à un animal mort depuis plus d'une heure.

Il semble résulter enfin de l'expérience qui vient d'être rapportée, que si on avait à combler une lacune osseuse de la boîte crânienne de l'homme, la greffe hétéroplastique pourrait être tentée avec quelque chance de succès, si on ne pouvait pratiquer la greffe interhumaine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 *mai* 1893.

PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

Bactériologie des oreillons.

MM. Laveran et **Catrin**. — Nous avons poursuivi l'étude du diplocoque mentionné dans un précédent travail. Ce microbe a été trouvé dans la parotide 39 fois sur 56 cas, dans l'orchite 13 fois sur 16, dans le foie 10 fois sur 15, dans l'œdème ourlien extra-parotidien 3 fois sur 3, dans les arthrites 2 fois sur 2 examens : ce qui donne 72 0/0 de résultats positifs. Le microbe a pu être retiré du sang 15 jours après la disparition de la tuméfaction ourlienne ; ceci explique que la contagiosité de la maladie puisse persister assez tard. Dans un cas il s'était formé une collection suppurée parotidienne : l'aureus seul avait causé cette suppuration.

Le diplocoque en cause a toujours été retrouvé avec les mêmes caractères que nous avons notés précédemment.

L'inoculation aux animaux est généralement sans effet, le microbe est peu phlogogène. Cependant l'injection intra-testiculaire produit ordinairement une inflammation très vive chez le lapin.

Identité du bacille lactique de Pasteur avec le bacterium lactis aerogenes.

MM. Leudet et **Wurtz**. — Nos nouvelles recherches confirment un travail publié il y a deux ans. Les échantillons de bacterium lactis aerogenes ne présentent aucune différence d'avec le bacille lactique : les deux sont immobiles et se colorent par le Gram, ce que n'avait point noté Escherich. Le bacille lactique possède des propriétés fermentatives intenses à l'égard du lait stérilisé et à l'abri de l'air : or, c'était là, suivant Escherich, la caractéristique la plus marquante du bacterium lactis aerogenes. Chaque espèce se développe sur les tubes de gélose de l'autre, après grattage. Il est vrai que le grattage est peut-être insuffisant et, en effet, on voit les tubes, remis à l'étuve après simple grattage, montrer une nouvelle pousse. En somme, il existe sans doute des variétés de bacille lactique, mais il n'y a aucune raison solide d'en séparer le bacille lactis aerogenes.

Action de la pression sur le bacille pyocyanique.

MM. d'Arsonval et **Charrin**. — Nous avons opéré avec des pressions d'acide carbonique. L'action de ce gaz n'est peut-être pas indifférente aux résultats. En tout cas, la pression a l'effet principal. La vitalité du bacille est atténuée en quelques heures, perdue en 24.

M. Chauveau. — J'ai étudié le même point autrefois, au sujet du bacille charbonneux. Au lieu de 50 atmosphères, je ne dépassais pas 12. Toute pullulation était arrêtée. Je pense aussi que le rôle de la pression est plus important que celui de l'acide.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 *mai* 1893.

PRÉSIDENCE DE M. PÉRIER.

Hydronéphrose intermittente.

M. Gérard-Marchant. — J'ai observé une malade qui, depuis des années, souffrait du bas-ventre et du flanc droit, et chez laquelle je fis d'abord une laparotomie pour salpingo-ovarite bilatérale ; elle avait, en outre, une ptose rénale du côté droit, et, huit mois après ma première opération, elle revint me trouver, réclamant une nouvelle intervention pour des accidents d'hydronéphrose intermittente qui se produisaient avec une extrême fréquence du côté de son rein mobile. Ma seconde intervention consista à faire une néphrotomie et une néphropexie ; je voulus, en effet, m'assurer par l'incision du rein qu'il n'y avait pas de calcul dans le bassinet, et je terminai l'opération en établissant un drainage rénal qui fut supprimé vers la sixième semaine ; la malade a parfaitement guéri.

Dans un autre cas d'hydronéphrose intermittente, infectée, j'ai fait la néphrectomie, et l'examen histologique a montré qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses ; j'ai cru également devoir, dans ce cas, employer le drainage.

M. Monod complète son observation dont il a présenté les pièces à la dernière séance. Au point de vue clinique, c'est un cas type d'hydronéphrose intermittente chez une femme de 46 ans ayant, depuis dix ans, des crises douloureuses de rein mobile; c'était, en outre, une névropathe avec goître exophthalmique. Ces crises étaient intermittentes, s'accompagnaient de gonflement du rein et se jugeaient par de la polyurie. Quand M. Monod vit la malade, la tumeur était permanente, à la suite de crises d'hématurie; elle était volumineuse, indolente, fluctuante, mobile. L'opération choisie fut la néphrectomie trans-péritonéale, par incision verticale le long du bord externe du grand droit; après décortication du rein, la poche restante fut réunie sans drainage et la malade, opérée depuis dix jours, va très bien. Si M. Monod a agi par néphrectomie, c'est parce que, l'hydronéphrose étant fermée, les urines étaient normales, ce qui démontrait l'intégrité du rein opposé.

M. Tuffier. — On est loin d'être fixé sur la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente. Expérimentalement, j'ai fait des hydronéphroses par coudure de l'uretère; sur le malade, je l'ai vue chez une femme dont l'hydronéphrose s'était transformée en pyonéphrose; elle se vidait toutes les fois que la tension était suffisante pour triompher de l'obstacle. J'ai fait, d'autre part, la néphropexie chez une femme où la pression sur la poche faisait redresser la coudure de l'uretère.

J'en conclus que si, pour ces cas, la coudure joue un rôle dans la genèse de l'hydronéphrose, elle n'est pour rien dans celle de l'intermittence.

Pour ce qui est du traitement, je ne suis guère partisan de la ponction, quoique j'en aie vu un succès avec M. Tillaux, chez une femme alors enceinte et qui, depuis, a accouché et semble guérie; mais dans un autre cas, M. Tillaux ayant fait il y a huit ans une ponction qui d'abord avait semblé efficace, j'ai trouvé une pyonéphrose, aseptique il est vrai. Pour l'hydronéphrose intermittente, quand le rein fonctionne encore, je conseille la néphropexie (voyez *Gazette*, 1892, p. 615). Si le rein est annihilé ou suppuré, je fais la néphrectomie; souvent sans doute la voie péritonéale est bonne, mais j'ai vu un cas — où même le rein n'était pas suppuré — où, en raison des adhérences, j'ai dû refermer le ventre.

M. Lucas Championnière, après avoir lu l'important mémoire de MM. Terrier et Baudouin, n'est pas convaincu que la mobilité du rein et la coudure de l'uretère soient toujours la cause de l'hydronéphrose intermittente. Il a opéré un cas où il n'y avait ni mobilité, ni coudure; un autre où les crises avaient une régularité remarquable (tous les 7 jours) et étaient dus à des calculs. Il ajoute, à propos d'une remarque de M. Monod, que, lui aussi, a pratiqué avec plein succès pour une hydronéphrose la néphrectomie transpéritonéale sans drainage.

M. Monod. — M. Terrier insiste pourtant dans ces cas sur la nécessité d'un drainage prolongé, parce que l'uretère est suspect; je dois reconnaître que mon cas est encore trop récent pour que je me déclare absolument à l'abri d'un abcès tardif A cet égard, le succès déjà ancien de M. Championnière est important.

M. Bouilly. — J'ai abordé par le ventre un gros rein suppuré que j'avais pris pour un kyste de l'ovaire: j'ai pu extraire la tumeur sans la rompre et je n'ai pas drainé. La malade a guéri.

M. Bazy a vu un des malades dont MM. Terrier et Baudouin ont publié l'histoire et qui faisait cesser les crises, liées à la mobilité du rein, en se mettant dans la position genu-pectorale de façon à réduire l'organe déplacé. Les expériences de ligature de l'uretère prouvent, d'autre part, que souvent il y a coudure sans oblitération.

M. Reynier ne nie pas la réalité de l'intermitence par coudure, mais il se demande si parfois la coudure n'est pas secondaire à la distension, causée elle-même par un rétrécissement. Il a opéré deux cas où, malgré la coudure, il restait un orifice laissant passer un stylet.

M. Tuffier. — Il y a des cas où le rôle de la coudure est incontestable: ne fût-ce que par cet argument qu'hydronéphrose intermittente et rein mobile prédominent tous deux à droite. Mais il y a des pyonéphroses à décharges intermittentes où cependant la poche est adhérente. Peut-être dans un des cas de M. Marchant la lésion primitive est-elle un rétrécissement tuberculeux de l'uretère.

M. Reclus a fait 5 néphrectomies transpéritonéales et a toujours drainé; 3 fois il aurait pu s'en passer; mais 2 fois c'était indispensable, en raison de la béance due à la rigidité des tissus.

M. Segond relate deux observations. L'une rentre dans la catégorie de ces cas à périodicité régulière dont a parlé M. Championnière. La néphrectomie lombaire a donné un succès qui dure depuis 3 ans: mais M. Segond se déclare incapable de dire la cause anatomique de la lésion. La seconde observation a trait au drainage, dont il s'est passé sans aucun inconvénient après l'ablation transpéritonéale d'un rein mobile horriblement douloureux.

Tarsectomie postérieure.

M. Félizet décrit un procédé de tarsectomie postérieure chez l'enfant par incision plantaire et postérieure médiane. On peut lui objecter la cicatrice plantaire, mais avec la réunion immédiate, cet inconvénient est médiocre; et par contre, il y a une large ouverture où l'on peut faire facilement le flambage.

M. Delorme présente un malade atteint de luxation récidivante du genou.

M. Monod présente des corps étrangers articulaires multiples du genou, extraits par arthrotomie.

M. Félizet présente une pièce de cure radicale de hernie opérée chez un enfant de 8 mois, mort à 18 mois de coqueluche avec broncho-pneumonie. Sous l'influence de la toux, il s'est produit une hernie du côté opposé, mais le côté opéré est resté solide.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 19 *mai* 1893.

Angiome biliaire généralisé.

M. Philippe présente le foie d'une femme morte asystolique à l'hospice d'Ivry. Il est atrophié et sa surface externe est soulevée par de petites dilatations kystiques. A la coupe, on constate que le tissu hépatique est dur et scléreux. Il n'y a, à aucun endroit, obstruction des voies biliaires. Le microscope montre le bourgeonnement des canalicules biliaires: les cellules biliaires forment leurs parois. Ainsi néoformés, ces canalicules se dilateront ou formeront des kystes à paroi conjonctive tapissée d'un éphithélium identique à celui des canalicules biliaires.

Ce cas serait donc à rapprocher de celui que M. Demantké a présenté à la précédente séance.

M. Létienne montre les coupes du foie kystique dont l'observation a été communiquée par M. Demantké. Ce foie, outre une sclérose péricanaliculaire accentuée et une dilatation kystique des canalicules biliaires, présente une thrombose veineuse porto-sus-hépatique et des îlots de nécrose; certains ont, en effet, subi au centre une fonte cavernulaire. Il faut donc différencier les deux ordres de lésions: les unes dépendent d'un processus chronique lent, les autres d'un état infectieux terminal.

Cancer primitif du foie et cirrhose.

M. Philippe présente le foie d'une femme morte avec des symptômes de cirrhose atrophique. Ce foie est diminué de volume, la coupe en est dure. Du côté du lobe gauche, il existe une grosse masse constituée par des points jaunâtres avec infiltration sanguine par places; au râclage, on trouve un suc lactescent abondant.

Cirrhose du foie.

M. Claude présente le foie et l'œsophage d'une femme morte à l'hôpital de Lourcine dans le service de M. de Beurmann. On trouva un foie scléreux, petit, une rate petite; au microscope on constata les lésions de la cirrhose commune. Au niveau du cardia on trouva d'énormes varices œsophagiennes.

M. Schwab présente aussi un foie cirrhotique, mais

augmenté de volume : il pèse 1,850 grammes. Il n'y avait pas eu d'ictère, ni de circulation veineuse collatérale, ni d'ascite.

Nouveau symptôme de l'anévrysme de l'aorte.

M. Martin-Durr rappelle l'observation qu'il a résumée en mars, au sujet d'un malade soigné dans le service de M. Potain à la Charité. Il s'agissait d'un homme atteint d'un anévrysme de l'aorte. C'est le premier malade chez lequel on a observé, en France, le signe d'Oliver. Cet auteur a constaté que la trachée subissait une secousse à chaque systole cardiaque. Ces secousses sont transmises par les pulsations que le sac anévrysmal transmet à la racine de la bronche gauche qui lui adhère. Pour trouver ce symptôme, il faut fixer la trachée en élevant fortement le menton et en saisissant avec deux doigts le cartilage cricoïde.

Ulcère perforant du duodénum.

MM. Marie et **Vermorel** présentent le duodénum d'un homme âgé de 42 ans, mort dans le service de M. Germain Sée, peu de temps après son entrée. Ce malade, saturnin, se croyait atteint de colique de plomb ; ce diagnostic fut confirmé, mais le malade mourut rapidement et l'autopsie révéla que sa mort était due à une péritonite par perforation du duodénum. La perforation, située à un centimètre du pylore, à la face antérieure, correspondait à un ulcère rond.

Tuberculose rénale à forme hématurique. Néphrectomie.

M. Tuffier a observé une femme de 40 ans, atteinte d'hématuries répétées, ayant amené un état cachetique grave. A l'examen, on ne découvrit rien d'anormal du côté des reins. Pendant un examen cystoscopique, on vit sourdre du sang par l'orifice de l'uretère gauche. Le diagnostic fut ainsi posé, et on fit une incision pour aller explorer le rein. Il présentait cinq abcès et des granulations tuberculeuses. On fit la néphrectomie et aujourd'hui la malade est en bonne santé.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séances des 12 et 19 mai 1893.

Présidence de M. Fernet.

Ostéo-arthropathies pneumiques chez l'enfant.

M. Moizard. — Depuis les travaux de M. Marie, on admet qu'à côté de l'acromégalie il existe des ostéo-arthropathies survenant dans le cours d'affections chroniques pleuro-pulmonaires non tuberculeuses, ostéopathies qui peuvent être rapprochées des doigts hippocratiques de la tuberculose ou de la dilatation des bronches. Les examens nécroscopiques de Bamberger, Lefebvre et Rauzier établissent qu'il s'agit, dans ces cas, d'ostéo-périostite subaiguë avec hyperplasie et condensation de l'os sous-périosté. Au point de vue chimique, les os différaient des os sains par l'augmentation des matières organiques, et surtout de la graisse, et par la diminution des matières minérales, notamment du phosphate de chaux.

Presque toutes les observations concernent des adultes et quelques-unes seulement des enfants. L'ostéo-arthropathie a été rencontrée même dans le cours d'affections pleuro-pulmonaires aiguës et on a constaté alors la disparition de l'ostéo-arthropathie, lorsque ces affections pleuro-pulmonaires guérissaient.

Je viens d'observer deux cas de ce genre, chez deux enfants de 5 à 6 ans. Dans la première observation, on constate une pleuro-pneumonie d'abord et ensuite une pleurésie purulente méta-pneumonique, terminée par une vomique. On vit se développer des lésions d'ostéo-arthropathie pneumiques développées un mois après le début des accidents pulmonaires et limitées aux phalangettes des doigts.

Dans le deuxième cas, il s'agissait aussi d'une pleurésie purulente méta-pneumonique, avec empyème guéri en 28 jours. L'ostéo-arthropathie fut limitée aux phalangettes des deux mains et diminua rapidement après la guérison de la pleurésie.

M. Marfan. — J'ai observé trois cas de doigts en baguette de tambour. Dans deux, l'ostéo-arthropathie survint chez des enfants atteints d'empyème et de dilatation bronchique, mais, dans le troisième, on la rencontra au cours d'une cystite compliquée de pyélo-néphrite.

Anatomie pathologique de la gastrique parenchymateuse hyperpeptique.

M. Hayem. — La dyspepsie nerveuse est beaucoup plus rare qu'on ne le pense, et depuis le jeune âge l'estomac est surtout surmené par les écarts de régime.

On rencontre dans les autopsies les plus diverses les altérations de la gastrite chronique. Elles portent sur les glandes ou sur le tissu interstitiel et, le plus souvent, sur les deux à la fois.

Les altérations glandulaires doivent être prises pour base de toute classification anatomo-pathologique des gastrites, car elles commandent les formes cliniques.

J'admets trois variétés de gastrite chronique : 1° la gastrite hyperpeptique ; 2° la gastrite atypique ; 3° la gastrite muqueuse.

La première est celle que je décrirai aujourd'hui. Elle est essentiellement caractérisée par une irritation des éléments cellulaires des glandes amenant l'hyperthrophie et la multiplication de l'épithélium peptique préexistant.

Elle comprend un certain nombre de sous-variétés : 1° l'hyperpeptique pure (sous-altération du tissu interstitiel;) 2° l'hyperpeptique atténuée (atypico-peptique) ; 3° l'hyperpeptique mixte, c'est-à-dire avec une irritation interstitielle plus ou moins accentuée.

On peut reconnaître à la gastrite parenchymateuse hyperpeptique trois périodes, savoir : une période de début, une période d'état (correspondant au degré le plus élevé des lésions caractéristiques), enfin, une période avancée qu'on pourrait encore appeler période d'atrophie ou de sclérose.

Les principaux caractères de ces trois périodes sont les suivants :

1° Période de début. — Les tubes glandulaires de l'estomac sont gonflés et granuleux, avec prolifération épithéliale. A cette phase, l'épithélium de la surface et celui de la partie excrétante des glands sont intacts.

2° *Période d'état*. — Les lésions glandulaires consistent en une hypertrophie et une multiplication active des cellules peptiques.

3° *Phase terminale ou de sclérose*. — Elle est caractérisée par la régression progressive des glandes et aboutit à l'atrophie de la muqueuse.

Telles sont les trois phases de l'altération, mais elles sont rarement à l'état pur et les formes complexes sont de beaucoup les plus fréquentes.

« La plupart des hyperpeptiques étant considérés comme des névropathes, la constatation d'une lésion anatomique, ou mieux, d'un processus anatomique en corrélation avec l'état hyperpeptique, conduit à mettre en doute l'existence d'une dyspepsie essentielle, primitivement nerveuse. Les opinions qui ont été émises sur ce point sont décidément contredites par les faits. Les malades atteints de gastrite hyperpeptique représentent ces prétendus névropathes. Or, ils sont destinés, lorsque la maladie a duré un certain temps ou est parvenue à une certaine phase de son évolution, à devenir les plus misérables des dyspeptiques et de véritables incurables.

» Fort heureusement, et c'est par là que les recherches dont je vous fais part ont une importance pratique indéniable, la gastrite parenchymateuse hyperpeptique n'est pas d'emblée au-dessus des ressources d'une thérapeutique bien entendue. Je crois même pouvoir affirmer, en me fondant actuellement sur un nombre élevé d'observations, que son évolution se fait avec une grande lenteur ; que, dans la plupart des cas, elle existe déjà depuis des années lorsque surviennent les accidents accentués qui offrent peu de prise aux moyens thérapeutiques. C'est pendant la première période, qui jusqu'à présent n'a pas suffisamment attiré l'attention, que l'intervention médicale peut être suivie d'une prompte efficacité. Contrairement à ce qui a été trop souvent dit et écrit, il faut rechercher les états gastriques latents ou faiblement caractérisés, dépister la gastrite chronique à son début et lui accorder la sollicitude qu'elle mérite. On verra ainsi diminuer dans une forte proportion le nombre de ces incurables et on évitera aux gastropathes les redoutables et mul-

tiples complications qu'entraînent à leur suite les mauvaises digestions. »

Oreillons avec orchite, prostatite et hémoptysie.

M. Comby. — L'hémoptysie, au cours des oreillons, n'a pas encore été signalée ; je viens d'en observer un cas qui ne me paraît pas douteux. Un homme de 29 ans, bien portant jusqu'alors, est pris le soir, en quittant son travail, de frissons violents avec fièvre, céphalalgie, agitation, insomnie. En même temps, il remarque que ses bourses sont enflées et douloureuses, il a une orchite droite sans écoulement préalable, avant tout gonflement parotidien. Les glandes parotides ne furent prises que le surlendemain et leur engorgement ne fut pas aussi durable que la localisation testiculaire. Le troisième jour l'état s'aggrave, la prostration est très accusée, il y a du délire et une oppression extrême qui se termina par une *hémoptysie* abondante (un verre de sang).

Cependant le malade n'a jamais toussé avant la maladie actuelle, et il ne présente aucun signe de tuberculose après la disparition de la congestion pulmonaire ourlienne, dont il a été atteint. Un médecin de la ville, témoin de ces accidents inquiétants, fit transporter d'urgence le malade à l'hôpital. Le jour de l'entrée, il est dans un état typhoïde, mais il est calme, ne délire plus, quoique sa température rectale atteigne près de 40°. Le testicule droit est gros et douloureux, ainsi que l'épididyme. La douleur s'irradie le long du cordon spermatique et vers l'abdomen. Le toucher rectal dénote une sensibilité très vive de la moitié correspondante de la prostate et de la vésicule séminale droite. Il y a donc un peu de *prostatite*, localisation ourlienne très rare, rencontrée une fois par Gosselin. L'examen des urines ne révèle pas d'albuminurie. Au bout de quelques jours la fièvre tombe et le malade entre en convalescence. Le testicule reprend son volume habituel, mais il reste mou, ce qui permet de craindre l'atrophie consécutive.

Cette observation présente trois particularités : 1° L'orchite a précédé de deux jours le gonflement parotidien ; cette inversion, signalée déjà par quelques auteurs, n'en est pas moins très rare et très curieuse ; 2° L'orchite droite, qui affectait à la fois le corps du testicule et l'épididyme, s'accompagnait de *prostatite*, phénomène très exceptionnellement indiqué ; 3° Enfin, les oreillons chez cet homme ont déterminé une fluxion pulmonaire, avec hémoptysie abondante, quoique rien ne pût faire songer à la tuberculose pulmonaire. L'*hémoptysie ourlienne* n'avait pas été signalée jusqu'à présent, c'est pour cela que je l'ai publiée.

Traitement de l'érysipèle.

M. Juhel-Rénoy. — Il y a lieu de tenir compte, tout d'abord, des érysipèles spontanément atténués, chez les strumeux et les lymphatiques notamment. La vaseline, l'eau boriquée, tous les remèdes conseillés réussissent en ce cas.

Dans les cas graves, j'ai employé l'acide phénique sous les formes les plus variées. J'ai employé d'abord l'huile phéniquée à 10 0/0, sans résultat. Cette médication huilée empêche toutefois les croûtes. J'ai usé encore des injections phéniquées à 5 0/0, essayant de circonscrire la plaque érysipélateuse de 2 centimètres en 2 centimètres.

J'ai alors employé les pulvérisations de sublimé dissous dans l'éther. Je n'ai pas obtenu avec ce procédé les résultats brillants de Talamon, procédé qui laisse d'ailleurs des pigmentations et de véritables éphélides de la peau.

En présence de ces insuccès, j'ai employé le procédé mécanique suivant. J'ai circonscrit l'érysipèle avec des bandelettes de diachylon et de la sorte j'ai vu l'érysipèle rapidement rétrocéder.

L'ichthyol a été considéré en Allemagne comme un spécifique véritable ; mais j'ai constaté que la vaseline avec partie égale d'ichthyol amène du soulagement, mais n'empêche pas l'évolution de l'érysipèle.

En circonscrivant la plaque érysipélateuse avec de la traumaticine, trempée dans l'ichthyol, j'ai obtenu l'arrêt de la plaque dans plus de 50 0/0 des cas.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 18 mai 1893.

Présidence de M. Ernest Besnier.

Lèpre.

M. Zambaco Pacha rapporte une série d'observations de sujets atteints de lèpre qu'il a observés dans différentes localités du midi de la France : Montpellier, Toulouse, Bagnères-de-Bigorre, Marseille, ces sujets n'ayant pas quitté leur pays d'origine : il tire de ces faits cette conclusion que la lèpre existe partout et non pas seulement dans les régions réputées jusqu'ici lépreuses.

Chez les cagots des Pyrénées, il a vu des lésions présentant les caractères de la maladie de Morvan et il a constaté l'existence de plaques anesthésiques : sans vouloir encore tirer des conclusions définitives et assimiler les cagots aux lépreux, il fait remarquer que ces faits constituent une présomption.

Il est porté à croire que les faits qualifiés du nom de pellagre comprennent un certain nombre de cas de lèpre ; de même pour la maladie de Raynaud, qui n'est pas une maladie véritable, mais un syndrome.

M. Du Castel présente de nouveau une malade atteinte de lésions cutanées analogues à celles de la lèpre.

M. Zambaco Pacha déclare que, s'il observait un malade semblable à Constantinople, il n'hésiterait pas à porter le diagnostic de lèpre.

M. Ern. Besnier pense que, dans un cas semblable, il est impossible de faire un diagnostic immédiat : à défaut d'ablation de tissus lépreux, on pourrait tenter la recherche du bacille dans la sérosité d'un vésicatoire suivant la méthode de Démosthène.

M. Darier a examiné des préparations qu'il avait reçues de Roumanie et d'Angleterre et qui avaient été faites avec le pus sécrété par des surfaces recouvertes de vésicatoires quelques jours auparavant : il y a trouvé un grand nombre de bacilles lépreux absolument caractéristiques et quelques-unes des cellules connues sous le nom de cellules lépreuses ; mais il semble bien difficile d'admettre qu'un pareil nombre de bacilles se rencontrent au niveau d'une plaque de lèpre nerveuse et il serait disposé à croire que les vésicatoires ont été appliqués sur des lésions de lèpre tuberculeuse.

MM. Hallopeau et **Jeanselme** présentent pour la deuxième fois (Voir *Mercredi médical*, 1893, p. 128) un lépreux qui offre des poussées aiguës du côté des yeux et chez lequel s'était produite rapidement une déformation en griffe de la main : depuis la première présentation, les lésions, tout en persistant dans ces mêmes parties, ont envahi un grand nombre de nerfs périphériques, donnant lieu à des paralysies, des anesthésies et des amyotrophies remarquables par leur distribution et leurs caractères. C'est au niveau des membres qu'elles atteignent leur maximum d'intensité : les extenseurs des pieds ont en grande partie disparu ; il en résulte une démarche toute spéciale, celle que l'on observe dans les pseudo-tabes toxiques et infectieux, le *steppage*. Au membre supérieur gauche, la griffe cubitale s'est accentuée ; une paralysie occupant toute la sphère de distribution du nerf facial droit s'est produite en peu de jours ; l'orbiculaire gauche est également intéressé, de telle sorte que de chaque côté l'occlusion des yeux ne peut se faire qu'incomplètement. La sensibilité est abolie dans les parties des membres sous-jacentes aux coudes et aux genoux ; aux cuisses et aux bras, la sensibilité thermique présente une perversion remarquable : le contact d'un corps froid y donne la sensation d'un corps chaud ; le même phénomène s'observe au niveau du front. Les nerfs qui commandent les territoires atrophiés ont considérablement augmenté de volume.

Syphilis pulmonaire.

M. Feulard rapporte l'observation d'un homme de 37 ans, syphilitique depuis l'âge de 20 ans, qui après quelques jours de malaise et de fièvre fut pris d'un violent point de côté à droite et se mit à cracher tout à coup une sorte de matière noirâtre et d'odeur alliacée. A l'auscultation, respiration un peu soufflante en arrière au niveau du tiers moyen du poumon droit avec râles fins ; à gauche, respiration soufflante au

niveau du hile et quelques frottements pleuraux. La brusquerie du début, la localisation des symptômes et l'expectoration fétide firent tout d'abord croire qu'il s'agissait d'une gangrène pulmonaire. Toutefois, en raison des antécédents du malade, il prescrivit 2 grammes, puis 3 grammes d'iodure de potassium. Après une amélioration passagère, le malade fut pris au bout d'un mois, dans la nuit, de quintes de toux épouvantables, avec expectoration de crachats rougeâtres mêlés de gaz fétides, puis de pus en abondance. L'iodure de potassium, qui avait été cessé parce qu'il était mal supporté, ne fut pas alors repris, le diagnostic de syphilis pulmonaire ne paraissant pas suffisamment établi. Au bout de deux mois, signes d'une véritable caverne sous la clavicule droite. Son état général et les signes d'auscultation étaient tels que M. Duguet n'hésita pas à faire de ce malade un phthisique arrivé à la période des cavernes ; mais les crachats ne renfermant pas de bacilles, le malade fut mis de nouveau au traitement ioduré. Une amélioration s'étant produite, celui-ci fut continué à la dose de 4 grammes d'iodure, puis de 5 grammes par jour. L'amélioration continua et, malgré une nouvelle vomique de crachats bruns mélangés de sang, le malade se rétablit, si bien que, après un traitement d'un mois par les frictions mercurielles combinées à l'iodure, il était complètement guéri ; sa guérison, qui remonte maintenant à six ans, ne s'est pas démentie depuis.

Perlèche.

M. Raymond rapporte deux cas de perlèche, affection de la commissure labiale fréquente chez les enfants et caractérisée par une érosion qui simule parfois des plaques muqueuses : il a trouvé constamment, au niveau de ces lésions, le staphylococcus cereus albus, mais d'autres microbes peuvent produire la même lésion, qui n'a donc rien de spécifique.

Dermatite exfoliatrice.

M. de Beurmann présente une malade atteinte de dermatite exfoliatrice accompagnée d'un prurit intense, qui a débuté par la face et est restée localisée à cette région pendant 3 ans ; outre l'intensité du prurit et la marche très lente, ce cas a été remarquable encore par l'apparition d'une lymphangite de l'avant-bras.

Ulcérations de la bouche d'origine tabétique.

M. Hudelo présente un malade de 50 ans, syphilitique à l'âge de 18 ans, qui présente sur la muqueuse buccale, au niveau du rebord gingival inférieur et du bord externe du maxillaire supérieur à droite, des ulcérations qui se sont développées après la chute des dents : ce malade a perdu toutes ses dents à l'exception de quatre molaires ; ces ulcérations ont depuis un an offert une marche lentement progressive, celle du maxillaire supérieur envahit jusqu'à l'os. Ce malade est atteint de tabes très caractérisé, paraissant remonter à cinq ans, avec manifestations accusées du côté de l'extrémité céphalique (tabes supérieur) ; il y a de l'anesthésie au voisinage des ulcérations qui paraissent sous la dépendance d'altérations de la 5ᵉ paire d'origine tabétique.

Epithélioma du pénis.

M. Darier présente un homme de 50 ans, portant sur le prépuce une lésion érosive dont l'examen histologique a montré la nature épithéliomateuse.

M. Balzer a observé ce malade il y a quelques mois ; la lésion était à cette époque plus limitée, elle présentait des alternatives de disparition et de récidive.

M. Fournier a observé plusieurs exemples de cette variété d'épithélioma du pénis, qui n'a pas été décrite par les auteurs ; il insiste sur ses caractères qui sont les suivants : érosion indolente, d'un rouge sombre, d'aspect velouté, sans bords et sans induration, sans le moindre engorgement ganglionnaire au moins pour un certain temps ; réfractaire à tout traitement et à évolution chronique ; elle mériterait le nom d'épithélioma bénin ou d'épithélioma syphiloïde.

Traitement de la pelade par l'essence de Wintergreen.

M. Hallopeau s'appuie, pour recommander ce traitement, sur les résultats comparatifs donnés par l'emploi simultané de l'essence de Wintergreen et de l'essence de cannelle sur les deux moitiés d'un cuir chevelu peladique ; or, il est possible que momentanément, en dehors de toute intervention thérapeutique, les deux moitiés d'un cuir chevelu réagissent différemment sous l'influence du contage peladique ou constituent pour lui des terrains de valeur inégale ; on voit, en effet, des teignes restées limitées sans cause appréciable à une moitié du cuir chevelu ; on pourrait donc se demander si la différence observée entre l'évolution des plaques peladiques de chaque moitié de la tête n'est pas due à une influence analogue plutôt qu'à l'action différente des traitements employés. Cette objection tombe devant l'expérience thérapeutique suivante : l'auteur a traité de nouveau par l'essence de Wintergreen une partie des plaques de pelade restant sur la moitié non guérie du cuir chevelu de son malade, alors que les autres ont continué à être soumises à l'action de l'essence de cannelle ; or, cette fois encore, la différence des résultats obtenus par les deux médications est des plus frappantes ; tandis, en effet, que les plaques traitées par l'essence de Wintergreen sont guéries ou en voie de guérison avancée, celles qui sont traitées par l'essence de cannelle commencent à peine à s'améliorer. Relativement au mode d'emploi de cette essence, la préparation la plus active paraît être son mélange avec une quantité égale d'éther ; elle n'est nullement irritante ; ce n'est donc pas à une inflammation transformant le cuir chevelu en un milieu impropre à la culture du contage peladique, mais bien à son action parasiticide que l'on doit attribuer ses effets curatifs.

Les trichophytons peuvent ils avoir une existence saprophyte ?

M. Sabouraud. — Nous avons déjà émis, M. Bodin et moi, l'un pour le *favus*, l'autre pour la *trichophytie*, l'hypothèse d'une existence saprophyte des parasites qui causent les teignes cryptogamiques de l'homme.

Pour la trichophytie, divers arguments plaident en faveur de cette hypothèse :

1° L'existence libre, spontanée des champignons pathogènes de l'homme ou des animaux paraît une règle générale, prouvée pour quelques-uns, probable pour les autres.

Par exemple, l'*aspergillus fumigatus* existe librement dans la nature et ne cause que rarement la tuberculose aspergillaire (Chantemesse, Rénon). Son existence saprophyte est la règle, son existence parasitaire l'exception.

De même l'existence saprophyte du champignon de l'actinomycose ; si elle n'est pas absolument chose démontrée, elle semble actuellement très probable ; de même encore le *botrytis Bassianna de la muscardine* des vers à soie.

2° Dans leur vie parasitaire, les trichophytons ne fournissent jamais que des formes pauvres de végétation, de simples filaments mycéliens, des spores mycéliennes, et jamais de *spores libres* sur une *tryphe sporifère* différenciée.

Cependant, dans des milieux de culture même très médiocres, ils émettent non seulement des formes conidiennes plus différenciées que la simple spore mycélienne, mais ils produisent même l'appareil sporifère spécial aux champignons de leur groupe.

Il est bien difficile d'admettre que ces parasites retrouvent en quelques jours leurs formes de reproduction élevées s'ils n'avaient jamais eu avant leur culture artificielle l'occasion de les produire.

Sans l'hypothèse d'une existence saprophyte, il faudrait croire que depuis qu'il existe une teigne trichophytique, ce trichophyton garde en permanence, à l'état de virtualité, le pouvoir d'émettre des fructifications qui, sur l'homme et les animaux, ne se produisent jamais.

3° Enfin, la vitalité de certains trichophytons est telle qu'ils cultivent sans difficulté presque sur tous milieux naturels quelconques :

Sur humus végétal, sur terreau, sur du vieux bois pourri, sur des graines et même sur un milieu *exclusivement minéral* comme le liquide employé par Winogradsky pour la culture des ferments nitreux.

Tous ces faits n'empêchent évidemment pas qu'il faille admettre le plus souvent à l'origine de la teigne trichophytique une contagion par l'homme ou par l'animal. Mais l'hypothèse d'une existence saprophyte des trichophytons — qui vérifierait la règle générale des champignons pathogènes — que vient d'autre part appuyer l'examen botanique

du trichophyton dans sa vie parasitaire et dans sa vie en culture artificielle, — hypothèse d'une existence saphophyte qu'il est facile enfin de reproduire artificiellement — doit empêcher d'affirmer que toute teigne trichophytique a forcément pour origine la contagion d'un cas de trichophytie antérieure de l'homme et de l'animal.

Toxicité du sérum dans les affections cutanées.

M. Quinquaud a constaté que la toxicité du sérum sanguin est accrue dans les prurits d'origine rénale et hépatique; dans la généralité des dermatites exfoliatrices, dans les poussées aiguës d'eczéma généralisé, elle augmente à la première période de la maladie et pendant sa période d'état, puis diminue quand la maladie s'améliore, pour devenir inférieure à la normale pendant la convalescence.

M. Fournier communique une observation d'*hystéro-neurasthénie d'origine syphilitique*.

M. Mendel communique une observation de *gangrène symétrique des extrémités chez un enfant*.

M. Mendel présente une malade atteinte de *troubles nerveux d'origine syphilitique* (syphilide nerveuse maligne précoce).

M. Balzer présente, au nom de **M. Watraszewski**, une note sur les avantages du *savon de potasse au calomel* comme succédané des pommades mercurielles.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 26 avril 1893.

De l'hystérectomie.

M. Th. Landau. — En Allemagne, c'est à Osiander que revient d'avoir fixé la méthode de l'excision du cancer utérin. Avant lui Struwe (1803) avait déjà pratiqué l'hystérectomie totale. Sauter en avait donné la description et Récamier indiqué le procédé hémostatique. En 1850, malgré plusieurs insuccès, Reiche préconisait ardemment l'extirpation totale de l'utérus sous le chloroforme dans le cas de cancer.

Freund le premier parvint en 1878, grâce à sa méthode, à dissiper tous les préjugés défavorables à cette opération, si bien qu'en 1880, Czerny avec ses succès séduisants entraînait à sa suite de nombreux partisans.

Un progrès sérieux fut réalisé en Allemagne par l'importation du procédé Péan-Richelot par Léopold Landau.

Cet auteur, dans l'hystérectomie vaginale, ne fait plus de sutures ni de ligatures; il réalise l'hémostase par les pinces à demeure, la forcipressure. C'est là un point important de la méthode de l'extirpation vaginale; il est d'autres particularités desquelles dépend le succès.

Les instruments doivent être entièrement métalliques et préalablement stérilisés. Les bourgeons cancéreux seront enlevés à la curette avant l'opération. Le vagin, soigneusement débarrassé des débris néoplasiques, sera désinfecté à l'eau phéniquée à 3 0/0.

Le procédé opératoire différera selon qu'on aura affaire à un utérus mobile pouvant être abaissé ou immobile et fixé par des tissus inflammatoires.

L'examen soigné de tous les organes du petit bassin s'impose donc avant toute intervention.

L'utérus se laisse-t-il abaisser, les annexes sont-elles saines, l'opération est extraordinairement facile à pratiquer dans un temps très court.

Après avoir incisé les culs-de-sac vaginaux en se gardant de blesser la vessie et le rectum, l'opérateur, à l'aide du doigt, libère l'utérus en avant et en arrière, en refoulant le tissu para-cervical et en abaissant l'organe à l'aide de pinces de Muzeux. Les parties latérales où arrivent les vaisseaux sont jusqu'à présent respectées. Si quelques artères donnent du sang, on les saisit à l'aide de longues pinces. Lorsque l'utérus est entièrement libéré en avant jusqu'au péritoine, on incise celui-ci transversalement, puis on ouvre de même le cul-de-sac de Douglas. Il est facile alors de faire basculer l'utérus en avant, de saisir les ligaments larges, d'appliquer sur chacun d'eux une ou deux longues pinces et de les sectionner ensuite. Au bout de 36 à 48 heures, on peut enlever les pinces à demeure sans qu'on ait à craindre d'hémorrhagie. En moyenne l'opération dure dix minutes.

L'utérus est-il fixé? Après avoir pratiqué le décollement du tissu para-cervical, on détachera autant que possible l'utérus en avant et en arrière des adhérences qu'il contracte; mais il ne sera pas possible de l'amener vers la symphyse. Il faudra se garder d'exercer des tractions intempestives, dans la crainte de déchirer les ligaments larges, friables et de déterminer une hémorrhagie mortelle; dans ce cas, l'utérus libéré doit être laissé en place; l'opérateur progresse armé de pinces petites, solides et nombreuses; il glisse un doigt en arrière du ligament large, pendant que celui d'un assistant est en avant; ainsi se trouve réalisée une voie pour pouvoir appliquer sans danger les grandes pinces à demeure.

Quand les complications annexielles sont unilatérales, il faut commencer l'opération par le côté sain. Lorsqu'on s'avance ainsi progressivement, on peut aborder, même à une certaine hauteur, des tumeurs salpingo-ovariennes, les ponctionner, les inciser, etc.

Lorsqu'il y a trop de difficulté à libérer le champ opératoire, on enlève l'utérus par morceaux. Quel que soit le mode d'intervention qu'on aura été obligé de suivre, on prendra les soins post-opératoires suivants. On laissera une sonde à demeure dans la vessie; on calmera les douleurs par des injections de morphine. Après l'ablation avec des pinces, on fera deux ou trois fois par jour des injections vaginales à faible pression, avec des solutions antiseptiques. Au bout du 18e jour les malades peuvent se lever et se considérer comme guéries. Si l'on applique bien la méthode, il n'y a pas lieu de craindre l'infection, ni l'hémorrhagie, ni la blessure des organes voisins. En tout cas, si l'une de ces complications survient, elle peut également se présenter par tout autre procédé.

Dans un cas, il est survenu un iléus par inclusion de l'intestin dans l'entonnoir opératoire, mais il s'agissait d'une malade qui le 2e jour de son opération se leva et se promena dans sa chambre.

La gangrène du rectum par la compression des pinces est un fait rare, quoi qu'en dise Küster, et n'est pas un argument contre le procédé.

Le résultat définitif est excellent et supporte la comparaison avec n'importe quel autre mode d'intervention. L'usage des pinces est bien supérieur à celui de la ligature et de la suture. Il permet d'opérer avec rapidité et sécurité. Dans deux cas, M. Landau n'a pas mis plus de 4 et 6 minutes et demie pour extirper l'utérus.

Ces avantages doivent être de nature à rallier de nombreux chirurgiens à l'emploi de la forcipressure dans l'hystérectomie.

M. Dührssen ne pense pas que les avantages de la forcipressure soient tels qu'il faille abandonner la ligature des ligaments larges. Sur 13 opérées, il n'en a perdu qu'une par embolie.

Si la forcipressure a les avantages que lui accorde M. Landau, elle a des inconvénients. Elle expose au pincement de l'uretère; à l'infection, dans le cas de cancer gangréneux où s'impose le morcellement; enfin, à la gangrène de l'intestin par la pression des pinces.

La statistique n'est d'ailleurs pas en faveur de la méthode de Péan. M. Landau, sur 79 cas, a eu 4 morts et 2 fistules de l'uretère. Léopold sur 80 cas n'a eu que 4 morts et pas de complications par l'autre procédé.

M. Czempin pense que la méthode de la forcipressure est tout au plus applicable dans un cas de cancer avancé, et encore elle n'est pas préférable à l'autre procédé.

La surveillance des pinces pendant 2 jours, les douleurs qu'elles occasionnent, leur enlèvement au bout de 48 heures sont autant d'inconvénients de plus. A l'aide des pinces, on laisse les annexes; ce qui peut avoir des conséquences fâcheuses quand il s'agit de personnes encore jeunes non arrivées à la ménopause.

M. Landau considère les objections de M. Dührssen

comme théoriques, attendu qu'il ne s'est servi qu'une seule fois de la forcipressure.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 12 *mai* 1893.

Suture continue de l'intestin à la suite de la résection du cæcum.

M. Bruce Clarke. — Voici un garçon auquel j'ai réséqué le cæcum avec l'appendice vermiforme, cinq centimètres de gros intestin et cinq centimètres d'intestin grêle pour une hernie congénitale irréductible. Le testicule était si adhérent à l'appendice vermiforme et à la paroi scrotale que je dus l'enlever aussi. Les bouts sectionnés de l'intestin ont été réunis par une double rangée de sutures continues. La guérison a été complète au bout d'une semaine.

M. Parker. — Cette méthode de suture si simple pourra rendre de grands services dans l'invagination chez les enfants et les adultes, surtout quand le collapsus nécessite une intervention rapide.

M. Edmunds. — J'ai eu à opérer un cancer de l'S iliaque; j'ai fait une incision médiane et j'ai attiré la tumeur au dehors, puis, cinq jours après, la tumeur étant bien séparée de la cavité péritonéale, je l'enlevai et je réunis l'intestin par une suture continue en dehors de l'abdomen. Mais la ligne de suture manqua et il se forma une fistule stercorale. Depuis, des tentatives réitérées n'ont pas abouti pour fermer cette fistule.

Occlusion intestinale.

M. Nairn. — Une femme de 75 ans présentait depuis une semaine des symptômes d'occlusion intestinale; on fit la laparotomie et on trouva un calcul biliaire obturant le jéjunum. La malade supporta très bien l'opération, mais mourut subitement au bout de 10 heures.

M. Duckworth. — Dans ce cas rien n'indiquait la cause de l'obstruction. Je crois que le calcul s'était lentement frayé un chemin par ulcérations du fond de la vésicule biliaire et de la paroi du duodénum, d'où il passa dans le jéjunum.

M. Morison. — J'ai vu un malade qui, à la suite d'une colique hépatique, devint sérieusement malade et vomit un calcul biliaire de la grosseur d'une cerise. Puis survinrent des phénomènes d'occlusion intestinale qui disparurent un peu plus tard après l'expulsion d'un nouveau calcul.

M. Gould. — Voici un calcul qui provient d'une femme qui avait présenté des symptômes de colique hépatique; elle fut brusquement prise de douleurs au niveau de l'ombilic, de vomissements et d'obstruction intestinale complète. On opéra et on trouva un calcul biliaire. Mais la malade mourut au bout de 29 heures. Cette opération avait été faite trop tardivement.

Abcès du poumon.

M. Morison. — Une femme de 32 ans avait une toux à laquelle elle prêtait peu d'attention. Elle était enceinte et elle accoucha sans complications le 4 décembre 1890. A la fin de décembre, la toux augmenta; il survint de la fièvre et l'haleine devint fétide. On ne trouva aucun symptôme pulmonaire, mais bientôt la malade s'aperçut que, lorsqu'elle se plaçait sur le côté gauche, elle rendait par la bouche, sans aucun effort, un flot de pus. On entendit alors de la crépitation à droite du sternum; plus tard, on trouva de la crépitation et de la matité en arrière et à droite. On fit l'empyème et on put ainsi évacuer un peu de pus, mais on s'aperçut que par la plaie sortait de l'air à chaque mouvement respiratoire. La malade mourut le 26 mars 1891. On ne put faire l'autopsie, mais il est probable qu'il s'agissait là d'un abcès du poumon communiquant avec le médiastin postérieur.

Paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale.

M. Pitt. — Un homme de 50 ans eut, à la fin de décembre, une hémiplégie droite légère sans aphasie; en février, il eut une paralysie du bras gauche et de la face du côté gauche, sans perte de connaissance. Cette paralysie est complexe, mais les réflexes sont conservés. La nutrition des muscles et leur réaction à l'électricité restèrent normales. Ce malade était aussi atteint du mal de Bright. Ce cas, qui n'est pas unique, diffère d'une paralysie bulbaire progressive par l'apparition de deux attaques unilatérales survenant brusquement et par l'absence de tout trouble musculaire. Le plus souvent, il s'agit de lésions du noyau lenticulaire dans sa partie externe.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 16 *mai* 1893.

Hernie rétro-péritonéale.

M. Clarke. — Je vous présente un cas de hernie rétro-péritonéale mésentérique; les symptômes furent ceux d'une obstruction intestinale aiguë. Tout l'intestin grêle était contenu dans un sac formé par une double paroi péritonéale. On fit la laparotomie et on put retirer tout l'intestin par un orifice occupant la partie inférieure de la hernie. La mort survint par l'épuisement. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un vice de développement.

Pleurésie et ascite chyliformes.

M. Turney. — Un homme de 54 ans entra à l'hôpital le 11 mars, il avait des vomissements et de l'hypertrophie de ses ganglions lymphatiques. Pas d'albumine dans l'urine; le malade mourut le 2 avril. A l'autopsie on trouva dans le péritoine et la plèvre droite un liquide laiteux. La plèvre gauche contenait un sérum trouble tenant en suspension des matières grasses. Le canal thoracique était dilaté et obstrué à son embouchure par suite d'une trombose des veines jugulaire interne et sous-clavière. Le foie était normal. L'hypertrophie ganglionnaire était due à une infiltration carcinomateuse secondaire à un squirrhe du pylore. La trombose de la veine sous-clavière avait probablement eu pour origine un embolus cancéreux.

Anévrysmes de l'aorte thoracique.

M. Rolleston. — Un homme de 45 ans reçut un coup de pied de cheval qui lui brisa la sixième côte droite et le sternum. Aussitôt survint une dypsnée intense et on entendit un souffle mitral systolique, des souffles aortiques systolique et diastolique. Le malade mourut au bout de 4 jours. A l'autopsie on trouva au-dessus des valvules aortiques une rupture transversale des tuniques interne et moyenne de l'aorte, ayant produit un anévrysme disséquant qui communiquait de nouveau avec l'aorte au voisinage de la cicatrice laissée par l'oblitération du canal artériel. Il y avait un peu d'athérome à la base de l'aorte et un deuxième anévrysme disséquant au niveau de l'aorte thoracique.

M. Hadden. — Je ne crois pas que le traumatisme seul puisse produire un anévrysme disséquant d'un vaisseau sain.

M. Bradford. — J'ai vu, sans traumatisme, un anévrysme disséquant d'une femme atteinte de cancer des valvules sigmoïdes.

Lymphadénomes.

M. Chaplin. — Une femme ayant joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 30 ans présenta alors des signes d'anémie; puis survinrent une hypertrophie des ganglions du cou, de la dypsnée, de la toux et de l'expectoration. Les ganglions des aisselles et des aines s'hypertrophièrent aussi. Le foie et la rate augmentèrent aussi de volume et il y eut de la fièvre. La malade mourut et à l'autopsie on trouva tout le sommet du poumon droit envahi par des tumeurs; on en trouva aussi dans le poumon gauche. Ces tumeurs avaient la structure typique du lymphadénome.

Fracture du col anatomique de l'humérus.

M. Clutton. — Voici une fracture de l'humérus, dans laquelle le trait de fracture a suivi exactement le col anatomique. On dut faire une incision et enlever la tête humérale qui avait été projetée dans l'aisselle à travers une déchirure de la capsule. La grosse tubérosité avait également été fracturée. La malade a pu guérir et elle peut se servir de son bras.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE MÉDICALE

De l'œdème dur rhumatismal, par le docteur J. Robin, médecin-major de 2e classe au 6e régiment d'infanterie.

Le nommé X..., âgé de 22 ans, se présente à notre visite, en juin 1892, pour une affection qui offre les caractères suivants :

La cuisse gauche est tuméfiée. Le gonflement s'étend jusqu'au niveau du tiers supérieur du membre et présente à la face postérieure de l'extrémité inférieure, principalement sur le trajet du muscle biceps, une zone d'induration qui remonte de dix centimètres environ. En ce point, la peau est considérablement épaissie, résistante, légèrement plus foncée que celle du voisinage; on ne peut ni la pincer, ni la plisser, ni la déprimer; par sa consistance, elle rappelle l'aspect de la couenne. A la partie antérieure, au contraire, le gonflement est souple, élastique, mais ne conserve pas l'empreinte du doigt; la peau normale ne tranche en aucune façon sur les parties voisines.

Il n'existe ni douleur ni trace d'inflammation. Les parties affectées ont conservé leur sensibilité. La jambe et le pied sont sains. Des lésions possibles des vaisseaux, recherchées avec soin, ne donnent aucun résultat.

Les ganglions inguinaux et cruraux ne paraissent pas altérés.

X... n'a jamais eu d'abcès ni de plaies suivies de lymphangite. Il a toujours été d'une constitution robuste et ne porte actuellement aucune trace d'affection des grands viscères.

En 1891, on signale chez lui des douleurs rhumatismales vives dans toutes les articulations du membre supérieur gauche et, quelques jours avant l'apparition de l'œdème, une parésie légère avec sensation d'engourdissement de la cuisse gauche.

Il raconte qu'à la suite de longues marches, il s'aperçut, il y a un mois environ, que la cuisse avait enflé, mais d'une manière indolente. Depuis ce temps et après d'autres fatigues multiples, le volume du membre s'est mis à augmenter progressivement, toujours sans réaction inflammatoire ni phénomènes douloureux d'aucune sorte.

La marche n'est pas gênée, mais, comme l'état de son membre l'inquiète, il vient réclamer nos soins.

La mensuration, pratiquée aussitôt, accuse les chiffres qui suivent :

Membre sain : Extrémité supérieure, 49 centimètres; extrémité moyenne, 43 centimètres; extrémité inférieure, 37 centimètres.

Membre malade : Extrémité supérieure, 52 centimètres; extrémité moyenne, 50 centimètres; extrémité inférieure, 46 centimètres.

Il est envoyé à l'hôpital, où il séjourne un mois. Traitement : repos et bains sulfureux.

A sa sortie, la cuisse a sensiblement diminué; l'œdème dur a fait place à un œdème mou, sauf dans une étendue très limitée; les mesures du membre malade donnent les résultats ci-dessous :

Extrémité supérieure, 50 centimètres; extrémité moyenne, 47 centimètres; extrémité inférieure, 42 centimètres.

Il y a régression manifeste qui se continue depuis, car le malade, revu en mars de l'année 1893, paraît, sauf un léger gonflement, guéri de son affection.

Comme cette observation donne lieu à des considérations étiologiques particulières et qu'elle renferme un certain nombre de points mal définis tant au point de vue de sa cause que de sa nature, nous avons essayé de présenter succinctement une hypothèse pathogénique qui nous paraît la plus acceptable pour expliquer son développement.

En raison de la facilité avec laquelle la marche s'exécute malgré la tuméfaction, l'absence totale de tout phénomène douloureux, l'énergie fonctionnelle du membre qui n'a pas faibli, il faut d'abord, ce nous semble, écarter l'idée d'une altération osseuse ou musculaire. Rien ne dénote non plus l'existence d'une lésion artérielle ou veineuse avec obstacle de la circulation en retour; les deux fémorales, également isochrones au pouls, battent à l'unisson; les pulsations sont régulières; les veines d'apparence normale. En outre, la recherche d'une artério-sclérose, faite avec le plus grand soin, est restée sans résultats.

Une lymphangite aiguë ou subaiguë, profonde ou superficielle, doit être rejetée, car cette affection provient le plus souvent d'une lésion de voisinage (furoncles, plaies, écorchures) dont nous n'avons trouvé aucune trace, et s'accompagne de symptômes généraux et locaux si nets qu'elle ne laisse aucune place à l'hésitation. Il n'y a donc pas lieu de s'y arrêter davantage.

Le premier caractère objectif, et même le principal, consiste dans le gonflement uniforme de toute la partie inférieure de la cuisse avec induration très marquée sur le trajet du muscle biceps, dans une étendue de plusieurs centimètres. On ne peut ni plisser ni déprimer le revêtement cutané, dont l'épaississement paraît considérable et qui résiste à la façon du parchemin. Ces signes sont communs au sclérème des adultes. « Lorsque la maladie a fait quelques progrès, la peau paraît immobile, sans rides ni plicatures, comme adhérente aux os; on ne peut ni la déprimer ni y faire pénétrer facilement des corps acérés; sa coloration est variable; elle paraît quelquefois d'un jaune cire ou plus brune qu'à l'état normal, mais la teinte varie suivant l'âge de la lésion et cette peau, décolorée, prend peu à peu une nuance plus foncée. » (Follin et Duplay, art. *Sclérème.*)

Cet ensemble symptomatologique se rapproche donc beaucoup de notre cas particulier; cependant, à côté de caractères communs, il en existe de différentiels qui nous semblent suffisants pour conclure à l'absence d'une sclérosténose cutanée. Quoique le chorionitis soit une affection encore très peu connue, on sait néanmoins, depuis Curzio, Fantonnelli, Thirial, Grisolle et l'excellente monographie de Forster, qu'elle débute par une petite plaque blanche, indurée, qui finit par constituer, après de longs mois, une nappe d'induration plus ou moins étendue, qu'elle commence le plus souvent par les membres supérieurs, qu'elle est beaucoup plus fréquente enfin chez les femmes que chez les hommes, comme le prouvent les cas relevés par Arning. Ici, le début ne s'est pas fait par une plaque d'isolement; de plus, l'induration n'a pas le degré de dureté ligneuse qu'elle prend dans la lésion précédente; l'aspect de la peau n'a pas sensiblement changé et (preuve à retenir) le traitement a produit une amélioration notable, ce qui ne saurait arriver pour le sclérème où échouent toutes les médications et dont la marche est pour ainsi dire toujours envahissante.

Bien autrement acceptable nous paraît être l'hypothèse d'une angioleucite chronique; malheureusement son histoire est encore à faire; notre littérature médicale, très pauvre en faits de ce genre, ne renferme guère que les cas d'Astley Cooper et d'Andral. On signale comme lésions qui lui sont propres ou bien l'épaississement des vaisseaux lymphatiques, leur induration, leur rétrécissement, ou bien ce développement exagéré du réseau dermique ou sous-dermique auquel Rindfleisch donne le nom heureux de *pachydermie lymphangiectasique.* Nous savons qu'Allard fait jouer à cette affection le

plus grand rôle dans la production de l'éléphantiasis; mais cette opinion ne paraît pas établie. Nous ajouterons, d'ailleurs, que l'évolution rapide des accidents, leurs caractères nettement tranchés, rendent peu acceptable, pour notre cas particulier, la possibilité de cette maladie, malgré l'origine coloniale du sujet. Dans l'éléphantiasis, au début surtout, la peau est mince, blanche; elle conserve l'impression digitale, paraît comme distendue par une substance analogue à la gélatine et ce n'est que bien longtemps après que se montre l'induration; en outre, tout le membre atteint et plus ou moins déformé. Par conséquent, nous n'insisterons pas davantage sur la possibilité de ce trouble pathologique.

Il y avait également lieu d'examiner si nous n'étions pas en présence d'un accident d'origine arthritique; bon nombre de publications, en effet, ont paru sur l'œdème rhumatismal essentiel, mais elles n'ont trait pour ainsi dire qu'à l'œdème mou, aigu, fugace, à poussées successives ou subintrantes, douloureuses ou non, avec ou sans d'autres manifestations articulaires; l'œdème dur est passé sous silence. Que conclure? Nous étions d'abord très embarrassé pour formuler une opinion sur les causes réelles de cette singulière maladie dont nous n'avions jamais vu d'exemple et sur laquelle les divers traités fournissent peu de renseignements. Nous avions, en outre, une assez grande disposition à la considérer comme un de ces faits curieux d'observation que le médecin réserve, ne publie pas, mais conserve religieusement dans sa mémoire jusqu'au jour où des voix autorisées se font entendre.

Déjà, en 1891 (Société médicale des hôpitaux), Desnos relatait le cas d'une femme rhumatisante ayant un œdème dur, d'aspect éléphantiasique, puis M. Mathieu, deux ans plus tard, publiait à son tour dans les *Annales de Dermatologie* une très intéressante et très curieuse observation d'une autre femme arthritique atteinte, elle aussi, d'un œdème résistant, auquel il donna l'appellation un peu compliquée de *pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique*.

Notre malade ayant eu en 1891 de vives douleurs articulaires, il n'en fallait pas davantage pour nous ramener à l'hypothèse d'une altération placée sous une dépendance rhumatismale. Car, s'il existe des œdèmes essentiels sans cause appréciable, que Tchirkow rattache à une lésion syphilitique des vaso-moteurs, pourquoi l'arthritisme, maladie générale, ne provoquerait-il pas aussi une altération de ces mêmes vaso-moteurs sans autre manifestation actuelle de la diathèse? Il est, croyons-nous, rationnel de le supposer. Comme chacun sait, les nerfs président à la contractilité des vaisseaux; en les dilatant ou en provoquant la contraction des muscles vasculaires, ils augmentent ou diminuent la force propultrice du sang dont un des plus remarquables effets consiste dans le changement de volume des organes. Les réseaux terminaux des nerfs vasculaires présentent des noyaux ganglionnaires, véritables centres périphériques qui règlent le tonus circulatoire. Qu'un trouble quelconque atteigne les ganglions, il se produit soit une vaso-dilatation, soit une vaso-constriction; sous cette influence, la pression augmente dans les artères ou bien dans les vaisseaux de la circulation en retour et, dans ce dernier cas, on voit survenir un œdème plus ou moins étendu, plus ou moins durable, mais placé sur un territoire voisin des groupes ganglionnaires impressionnés. L'œdème neuropathique est ainsi constitué: son existence, nettement prouvée par des expériences de laboratoire nombreuses, ne saurait être contestée et il doit occuper une place très légitime dans le cadre nosologique; si nous ajoutons que son caractère principal, immédiatement tangible, consiste presque toujours dans une grande dureté, nous aurons fait en peu de mots sa description que la théorie des lésions des centres ganglionnaires complète, bien que nous ne soyons pas encore fixé sur la nature exacte de ces désordres pathologiques déduits logiquement de la physiologie.

Notre conception pathogénique est parfaitement applicable ici, où le facteur rhumatisme intervient seul d'une façon à peu près indéniable. Il est très légitime de supposer une localisation de la diathèse sur les noyaux cellulaires sans autre manifestation apparente pour le moment. De nouvelles recherches permettront, sans doute, d'affirmer ou d'infirmer cette doctrine que nous résumons quant à présent sous la forme suivante :

1° L'œdème dur se rencontre dans le rhumatisme même en dehors de tout symptôme concomitant;

2° Il prend son origine dans une lésion partielle des centres ganglionnaires terminaux;

3° Il peut affecter la forme éléphantiasique et mérite alors le nom de *pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique* (1).

REVUE DES CONGRÈS

22e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

(*Tenu à Berlin du 12 au 15 avril 1893*).

(*Fin*).

Emphysème consécutif à la rupture des poumons.

M. Bramann a obtenu, dans un cas d'emphysème sous-cutané considérable après rupture du poumon, la guérison rapide en plaçant dans la plèvre une sorte de drain à piston. Le drain se composait d'un tube à drainage en communication avec un tube étroit en caoutchouc qui, par un mécanisme spécial, laissait sortir l'air de la plèvre, mais empêchait l'entrée de l'air pendant l'inspiration. La respiration se fit alors plus facilement, en même temps que la quantité d'air accumulée dans le tissu cellulaire diminua rapidement.

M. Kœnig, dans les cas d'emphysème cutané où la plèvre adhère au poumon et où l'air chassé du poumon passe dans le tissu cellulaire, obtient de bons résultats par des incisions pratiquées aux points où l'emphysème est au maximum. On peut également détacher les adhérences qui existent entre le poumon et la plèvre costale.

Opérations ostéo-plastiques.

M. Julius Wolff a présenté trois malades auxquels il a fait des opérations ostéo-plastiques pour une perte de substance du frontal, un nez effondré, une luxation récidivante du sternum sur la clavicule et une pseudarthrose du tibia, par le procédé suivant : au lieu de tailler un lambeau ostéo-cutané d'après la méthode de Kœnig, M. Wolff taille simplement un lambeau ostéo-périostique qui est séparé de la peau qui le recouvre pour être glissée sous la peau disséquée au niveau de la perte de substance. Les résultats sont excellents, surtout chez le malade auquel on a fait la rhinoplastie.

M. Kœnig pense que la méthode de M. Wolff peut rendre des services dans les pertes de substance peu étendues du nez, mais qu'elle peut échouer dans les cas d'effondrement total du nez.

Occlusion intestinale par calculs biliaires.

M. Kœrte est intervenu trois fois pour de l'occlusion intestinale par calculs biliaires, deux fois au niveau de l'intestin grêle, une fois au niveau du gros intestin. Les calculs n'étaient pas assez volumineux pour obstruer la lumière de l'intestin, de sorte qu'il faut admettre une occlusion réflexe par irritation de la muqueuse.

M. Lindner est intervenu une fois dans ces conditions. Les accidents dataient de 11 jours et le calcul siégait dans l'iléon. Le malade succomba au collapnus.

(1) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 23 mai 1893, p. 249.

M. Israël est également d'avis que dans ces cas il s'agit d'occlusion réflexe. Dans un cas où il a eu à intervenir, le calcul était tout petit et se déplaçait même dans l'intestin.

M. Kœnig a observé un cas d'occlusion intestinale où le calcul avait refoulé la muqueuse et fermé ainsi complètement l'intestin.

Ouverture des abcès de la paroi thoracique dans les poumons et les bronches.

M. Messner (Munich) a observé deux cas d'abcès de la paroi thoracique qui, au lieu de suivre la voie des muscles ou des aponévroses, se sont ouverts dans les poumons.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon de seize ans, affecté d'une carie des vertèbres dorsales avec formation d'un abcès profondément situé. Le malade ne toussait pas et les poumons étaient absolument normaux à l'auscultation. De même les cavités pleurales ne contenaient aucune trace d'épanchement. Tout à coup le malade expectora une grande quantité de pus et l'abcès disparut complètement. L'expectoration diminua peu à peu pour cesser finalement. Revu trois ans plus tard, le jeune homme avait toutes les apparences d'une bonne santé et l'auscultation du poumon donnait un résultat négatif.

Le second cas est celui d'une femme de quarante-deux ans affectée d'un abcès du côté droit du thorax, au-dessous de la pointe de l'omoplate. On fit le diagnostic d'empyème circonscrit et l'on procéda à l'opération. On trouva alors une carie assez étendue des huitième et neuvième côtes, qui furent réséquées, et, au fond de l'abcès, un trajet assez long pénétrant jusque dans le poumon. Autour de ce trajet les plèvres étaient adhérentes entre elles. On plaça un drain qui pénétra à une profondeur de 10 centimètres et l'on sutura partiellement la plaie. Avant l'opération et pendant les dix premiers jours qui suivirent cette dernière, la malade n'avait pas d'expectoration, mais ensuite elle commença à tousser et à cracher du pus. La suppuration par la plaie fut assez forte pendant les quinze premiers jours et l'on n'enleva le drain qu'au bout de quatre semaines. Le résultat fut excellent. L'expectoration purulente cessa bientôt et l'opérée sortie au bout de cinq semaines. Revue un an plus tard en parfaite santé, la malade présentait une dépression de la paroi thoracique à l'endroit où se trouvait la fistule.

Opération du pied-plat.

M. Gleich (Vienne), qui trouve que l'opération de Trendelenburg ne donne pas toujours des résultats satisfaisants, a recours au procédé opératoire suivant : Il divise le calcanéum avec la scie, d'arrière en avant et de haut en bas, et fait glisser en bas le fragment postérieur qu'il laisse se cicatriser dans cette position. Il se forme alors une nouvelle voûte plantaire. Et pour faire en même temps disparaître la pronation du pied, le fragment postérieur est déplacé vers la ligne médiane. Cette opération, facile à exécuter avec l'incision de Pirogoff, a donné des résultats très satisfaisants chez trois malades.

M. Trendelenburg. — Le procédé de M. Gleich a l'inconvénient de créer une cicatrice plantaire. De plus, il ne corrige pas le déplacement du calcanéum, grâce auquel la face plantaire de l'os est dirigée en bas et en dehors.

Consolidation des fractures intra-capsulaires du col du fémur.

M. Kœrte a présenté les pièces anatomiques d'une femme de 58 ans entrée à l'hôpital pour une fracture du col du fémur. Le trait de fracture passait exactement à la limite de la tête et du col du fémur et la partie supérieure du col avait pénétré en partie dans la tête du fémur. Cette pièce montre donc que les fractures intra-capsulaires peuvent se consolider.

Kystes solitaires des os.

M. Schlange (Berlin) a présenté une fillette de six ans et un jeune homme de dix-sept ans auxquels il a pratiqué une opération à la face postéro-externe de la cuisse droite, au-dessous du trochanter, pour extirper un kyste osseux développé dans l'intérieur de l'os. Dans un cas, la tumeur s'était étendue très loin dans la direction de la tête fémorale et avait provoqué une fracture spontanée de l'os, au-dessous du grand trochanter. Dans les deux cas, l'affection avait débuté par une tuméfaction locale et une incurvation progressive de l'os avec raccourcissement notable du membre. Ce phénomène est très important au point de vue diagnostique. Le début est souvent inaperçu, et une fracture spontanée constitue le premier symptôme observé.

M. Schlange a encore présenté un petit garçon de 4 ans qui présentait, au-dessous du trochanter droit, une tuméfaction avec incurvation de l'os ; le membre présentait, en outre, un raccourcissement de trois centimètres. Il s'agit probablement ici également d'un kyste intra-osseux.

M. J. Israël (Berlin) a eu l'occasion d'observer un homme de 30 ans, très robuste, qui s'était fait une fracture spontanée à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du fémur. On fit le diagnostic de sarcome et l'on procéda à la désarticulation de la hanche. Or, à l'examen du membre, on ne trouva aucune trace de sarcome. Entre les deux extrémités du fémur fracturé s'était formée une néarthrose avec cartilage de revêtement. Ce cas rentre probablement dans la catégorie des faits observés par M. Schlange.

M. von Esmarch (Kiel) a observé six cas dans lesquels des malades ont été envoyés à sa clinique avec le diagnostic de sarcome pour y subir l'amputation ou la désarticulation du membre, et ont été préservés de ces graves interventions grâce à la précaution de faire une incision exploratrice, laquelle révéla l'existence d'un kyste analogue à ceux qui ont été observés par M. Schlange.

Spina bifida.

M. Hilderbrandt (Gœttingen) fait une étude sur l'anatomie pathologique du spina bifida, pour démontrer qu'il faut distinguer la rachischisis postérieure, la mycolocèle, la myélo-cystocèle et la méningocèle. Il ne faut pas opérer dans les cas où il existe de la paralysie. Au point de vue opératoire, l'ouverture du sac est le procédé de choix. Sur 13 cas opérés à la clinique de Kœnig, on n'a eu que trois morts.

12e CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 12 au 15 avril.

Traitement de la diathèse urique.

M. Mendelsohn envisage le traitement de la diathèse urique au point de vue diététique et pharmaceutique. Pour ce qui est du premier, les recherches récentes ayant montré que l'acide urique se forme aux dépens de la nucléine, il y aurait lieu d'accorder une part plus large à l'alimentation carnée.

Au point de vue thérapeutique proprement dit, M. Mendelsohn a pu constater que le carbonate de lithine et la piperazine n'ont dans l'organisme aucune action dissolvante sur l'acide urique, car tous les deux sont décomposés en substances privées d'action dissolvante. Les eaux minérales agissent déjà mieux. Mais ce qui donne les résultats les plus satisfaisants, c'est l'uricédine, sel complexe soluble dans l'eau, qui ne dissout pas directement l'acide urique et n'est pas alcalin, mais donne à l'urine des propriétés dissolvantes. Ce sel est bien supporté par l'estomac et peut être employé à haute dose sans inconvénient.

M. Badt pense qu'il est impossible de tracer des règles générales et que chaque malade doit être traité suivant son individualité.

M. Mehring n'est pas de cet avis. Il y a des règles générales qu'il faut suivre. Il ne faut pas trop rechercher l'alcalinité de l'urine, car il a été démontré que l'urine trop alcaline prédispose à la formation des calculs. Quant à la diathèse urique, il faut donner aux malades beaucoup de viande, puisque l'urée est un des meilleurs dissolvants de l'acide urique.

Pathologie de la sécrétion urinaire.

M. Quincke fait tout d'abord observer qu'à l'état normal l'intensité de la sécrétion urinaire pendant le jour est à celle pendant la nuit comme 100 à 50 ou 57.

Dans les états pathologiques, ces rapports sont changés et la sécrétion du jour est à celle de la nuit comme 100 à 125, 116, 85, 166, 127, 145, 186. Ce phénomène s'observe chez les malades obligés de garder le lit, principalement chez les cardiaques et néphrétiques. Les causes de cette polyurie nocturne sont le repos, l'absence d'excitations physiques, le ralentissement des échanges nutritifs et de la circulation.

Dans la polyurie nocturne, le poids spécifique de l'urine est abaissé, mais non en rapport direct avec l'augmentation de la diurèse nocturne.

La névrose réflexe nasale.

M. Fliess. — Il existe un complexus symptomatique bien caractérisé tenant à une affection de la muqueuse nasale et pouvant être désigné sous le nom de névrose réflexe nasale. Celle-ci peut se décomposer en les trois groupes suivants :

1° Maux de tête et migraine, vertiges, congestion, etc.;

2° Troubles névralgiques (douleurs intercostales, stomacales, sternales, etc.);

3° Troubles fonctionnels des organes (palpitations, douleurs utérines, asthme).

Ce qui caractérise cette névrose, c'est la disparition de tous ces troubles après le badigeonnage de la muqueuse nasale avec de la cocaïne.

Les modifications pathologiques sont tantôt organiques et durables, tantôt fonctionnelles et passagères. Les premières s'observent à la suite de certaines maladies infectieuses (rougeole, scarlatine, diphthérie) et sont constituées par des processus inflammatoires chroniques, la tuméfaction de la muqueuse, la suppuration. Les secondes relèvent d'un trouble vaso-moteur et sont d'origine nerveuse.

Action physiologique et thérapeutique du bain chaud.

M. Baelz a étudié l'action du bain chaud, au Japon, où il est d'un usage presque journalier à la température de 45°.

A cette température, le bain provoque une élévation de la chaleur du corps à 40-41°. Les vaisseaux sont relâchés, moins élastiques et la courbe sphygmographique rappelle celle de l'insuffisance aortique. La fréquence du pouls est augmentée. L'échange d'albumine n'est pas augmenté. Le bain chaud n'affaiblit pas : il rafraîchit plutôt et rend l'individu plus dispos. Pour éviter l'anémie cérébrale, il faut se faire des affusions sur la tête avec de l'eau très chaude avant de se mettre au bain.

Le bain chaud, étant un dérivatif, se trouve indiqué dans la broncho-pneumonie. Il s'est montré presque comme un spécifique dans la broncho-pneumonie des enfants dont la température montait à 40°-42°. Il donne également de très bons résultats dans la néphrite et le rhumatisme.

M. Leube demande si dans ces conditions les apoplexies cérébrales ne sont pas très fréquentes au Japon?

M. Balz. — Le bain chaud est contre-indiqué chez les athéromateux et les cardiaques.

Action des enzymes sur les tissus vivants.

M. Matthes a fait une série d'expériences dont voici les faits saillants.

Les pertes de substance de la muqueuse stomacale peuvent guérir spontanément. Cette guérison est retardée par l'administration de HCl en solution à 0,5 0/0 qui laissait intact le reste de la muqueuse. Il est donc probable que la muqueuse stomacale possède une résistance spécifique contre les acides.

Les expériences faites sur des chiens auxquels on avait pratiqué des fistules intestinales ont donné les résultats suivants :

1° Le suc gastrique artificiel (HCl et pepsine ne contenant pas de peptone) corrode la muqueuse intestinale; l'action du suc gastrique naturel est moins accusée sous ce rapport;

2° Les portions supérieures de l'intestin résistent mieux que les portions inférieures à l'action du suc gastrique.

La trypsine n'agit pas sur les tissus vivants. En résumé, les enzymes n'attaquent pas les tissus vivants; l'action spéciale du suc gastrique s'explique par la présence de HCl qui mortifie les tissus.

Le sérum sanguin et les bactéries pathogènes.

M. Stern (Breslau) a, depuis plusieurs années, étudié l'action toxique et l'action vaccinante du sérum sanguin dans l'évolution de certaines maladies infectieuses, telles que l'infection érysipélateuse et la fièvre typhoïde.

Le sérum sanguin de plusieurs malades atteints d'érysipèle se montra toxique à un point que, pour tuer une souris blanche, il suffisait d'une dose d'un demi millimètre à un millimètre cube, alors que le sérum sanguin normal ne déterminait la mort qu'à des doses beaucoup plus élevées. Dans certains autres cas d'érysipèle, la toxicité du sérum sanguin a été infiniment moindre.

Pour ce qui concerne l'action vaccinante du sérum sanguin, M. Stern l'a étudiée dans le typhus abdominal. Les recherches ont porté sur des malades chez lesquels la fièvre typhoïde était terminée depuis deux jours et un an; sur 7 cas, il a rencontré 5 fois un sérum sanguin vaccinant les animaux contre une infection de bacilles typhiques.

Dans 7 autres cas où l'évolution était terminée depuis un à dix sept ans, M. Stern a obtenu trois fois un résultat positif. Les expériences de contrôle, faites avec le sérum de quatorze personnes n'ayant jamais eu la fièvre typhoïde, n'ont donné que deux fois un résultat analogue. Cette action du sérum, comme l'ont démontré des recherches ultérieures, ne saurait être attribuée ni à un pouvoir bactéricide, ni à un pouvoir antitoxique de ce sérum, car on peut faire pousser dans le sérum vaccinant des bacilles d'Eberth, qui y témoignent d'une virulence considérable. Il est par conséquent probable que le sérum agit sur l'organisme lui même et non pas directement sur les bacilles et les poisons qu'ils sécrètent.

Injections parenchymateuses dans les amygdalites.

M. v. Ziemssen traite depuis quelques années les amygdalites par les injections intra-parenchymateuses de solutions phéniquées à 2 0/0. Ces injections coupent, pour ainsi dire, le processus et donnent, par conséquent, des résultats remarquables dans les amygdalites à streptocoques. Dans les angines diphthéritiques, leur action est moins constante.

M. Heubner a recours à ce traitement depuis treize ans et n'a qu'à s'en louer. Même dans la diphthérie, on obtient de cette façon des résultats remarquables.

M. Sahli, qui emploie aussi ces injections, se sert soit d'acide phénique à 2 0/0, soit de trichlorure d'iode à 2 0/00.

Ictère et atrophie jaune aiguë du foie au cours de la syphilis.

M. Senator. — Les lésions du foie au cours de la syphilis peuvent s'observer pendant la période tertiaire et même secondaire. Le plus souvent il s'agit alors de gommes.

Mais il existe encore d'autres affections hépatiques qui se présentent parfois dans les mêmes conditions, et deux fois M. Senator a eu l'occasion d'observer une atrophie jaune aiguë qui se rattachait à la diathèse syphilitique.

En France, Ricord, Gubler, Lancereaux et Cornil, ont décrit, chez les syphilitiques, un ictère offrant tous les caractères de l'ictère simple et n'en différant que par sa résistance à tout traitement, à l'exception de la médication spécifique. Cet ictère n'a guère été étudié jusqu'ici, en Allemagne, que depuis les travaux d'Engel-Reimers, lesquels ont confirmé les observations des auteurs français.

Si la pathogénie de cet ictère est envisagée encore maintenant de façons différentes par les divers auteurs, cela tient à ce que les autopsies font défaut. Actuellement, à l'idée de Gubler qui assimilait l'affection à un exanthème, on oppose l'opinion de Cornil et Lancereaux, pour lesquels les troubles en question seraient dus à la compression exercée par une tuméfaction ganglionnaire.

Mais comme la muqueuse du tube digestif est généralement affectée de très bonne heure dans l'évolution de la syphilis, on peut admettre que cette muqueuse participe aux effets précoces de la diathèse, conformément à l'idée de Gubler.

Sur deux femmes malades atteintes d'atrophie jaune aiguë au cours de la syphilis, M. Senator a pu faire l'autopsie de l'une. Aucune intoxication préalable par le phosphore ne pouvait chez elle être mise en cause ; l'autre, après avoir présenté le syndrome complet de l'atrophie jaune aiguë du foie, avec tyrosine urinaire, ictère, etc., a été atteinte d'un érysipèle des parties sexuelles, qui a élevé la température jusqu'à 41° C. et qui a été suivi de récidives très étendues, puis de périphlébite et d'accidents divers fort graves, auxquels elle a néanmoins survécu. En dépit de la guérison complète de cette malade chez laquelle, comme dans le cas précédent, la syphi-

lis était nettement établie et où toute idée d'empoisonnement phosphoré était également inacceptable, M. Senator ne saurait admettre aucun autre diagnostic que celui d'atrophie jaune aiguë syphilitique.

D'autre part, on a observé à la clinique de Leube, à Wurtzbourg, des cas incontestables de guérison après l'évolution d'un syndrome non moins caratéristique, et l'observation démontre que le fait de la guérison n'autorise nullement à mettre en doute le diagnostic précité. D'ailleurs, le processus histologique, tel que l'ont établi les travaux de Waldeyer et de Zenker, n'implique aucunement l'impossibilité d'une guérison approfondie.

En dehors des deux observations personnelles, M. Senator a trouvé dans les recueils techniques sept autres cas d'atrophie jaune aiguë du foie notée à une période précoce de l'évolution syphilitique et, comme sur ces neuf cas il en est sept qui concernent le sexe féminin, il paraît évident que le traitement mercuriel ne saurait entrer ici en cause, puisque le nombre des hommes soumis à ce traitement dépasse notablement celui des femmes.

M. Naunyn (Strasbourg) croit qu'il est difficile de savoir s'il ne sagit pas d'une coïncidence entre l'atrophie jaune aiguë et la syphilis. La supposition d'une intoxication phosphorée effectuée dans le but inavoué d'un suicide acquiert une certaine vraisemblance en raison même de la prédominance du sexe féminin dans les statistiques précitées.

M. Fleischhauer a eu l'occasion d'observer une fois, de très bonne heure, au cours de l'évolution de la syphilis, une lésion hépatique constituée par des gommes considérables, chez un étudiant qui succomba à un érysipèle survenu à l'occasion d'une plaie.

M. Bauer a eu l'occasion de constater, chez un malade qui avait présenté le syndrome complet de l'atrophie jaune aiguë et qui avait guéri, les traces de l'atrophie en question, lorsque le sujet a succombé à l'évolution d'une tuberculose. L'autopsie confirma, dans ce cas, la réalité de l'atrophie jaune aiguë du foie et la réalité de la guérison de cette affection hépatique.

M. Quincke. — En raison de la fréquence habituelle de l'ictère catarrhal, il faut toujours songer que, chez bien des malades, il peut y avoir simplement coexistence de l'ictère simple et de la syphilis. Dans d'autres cas, l'hypothèse de la compression ganglionnaire me paraît la plus vraisemblable, parce qu'on n'observe pas alors de symptômes de catarrhe gastro-intestinal.

Elimination des sels de chaux dans le rachitisme.

M. Vierordt, en collaboration de M. Rüdel, a fait des recherches sur l'urine des rachitiques, d'après la méthode de Neuhauer. Il en résulte que l'élimination de la chaux, chez les enfants sains comme chez les rachitiques, est fait dans des proportions identiques, ce qui contredit l'opinion couramment admise. Le taux d'élimination de la chaux est en général peu élevé : son maximum est de 20 centigr. par kilogramme. Peut-être l'excrétion des sels calciques a-t-elle plutôt lieu par l'intestin, comme il arrive pour le fer, que par les reins.

Chimie du sang.

M. von Jacksch, d'après des recherches minutieuses sur la teneur en albumine du sang, d'après la méthode de Kjeldahl quelque peu modifiée, est arrivé aux résultats suivants : sang complet, 22,63 0/0 d'albumine ; sérum seul, 8,6 0/0 ; eau du sang, 77,28 0/0 ; résidu sec, 23,1 0/0. Ce sont là les chiffres pour le sang normal. Avec ces données, l'auteur a étudié au même point de vue le sang dans divers états morbides. Voici ses conclusions : Dans nombre d'intoxications la normale est conservée, ainsi que dans diverses affections nerveuses. Il en est tout autrement dans les maladies du cœur : le taux de l'albumine diminue, tandis que celui de l'eau augmente. Dans les néphrites avec ou sans œdème, on observe la même particularité.

La leucémie, la chlorose, l'anémie pernicieuse, la leucémie secondaire se traduisent par les modifications hématiques : diminution de l'albumine, augmentation de l'eau. L'inverse ne s'observe seulement que dans le diabète où on observe le chiffre de 33 0/0 pour résidu sec ; la teneur en eau ne s'observe que jusque 66 0/0. Le sérum considéré seul n'est pas modifié dans sa valeur en albumine. L'anémie est aussi un état du sang caractérisé par une augmentation de l'eau et une diminution de l'albumine.

M. Stintzing est arrivé à peu près aux mêmes résultats. Il existe un certain parallèle entre le poids spécifique et le résidu sec, quoique dans certains cas il y ait de grands écarts. Pour cet auteur, l'anémie est aussi une hydrhémie avec diminution du taux de l'albumine. Le résidu sec serait de 21 0/0 ; il serait plus faible chez la femme que chez l'homme.

M. Jaksch observa dans la pneumonie, quelques heures avant la crise, une augmentation énorme de l'eau dans le sang. L'hydrémie est également marquée dans les affections typhiques.

Tétanie.

M. Ewald (Berlin). — La malade dont je vous rapporte l'histoire est âgée de 26 ans.

Réglée à 11 ans, elle eut une couche normale à 20. Depuis, les règles ont cessé, et ont été remplacées, à chaque période, par une attaque de diarrhée, d'un jour de durée. La malade se porta relativement bien jusqu'en février 1892. A ce moment, les selles devinrent plus fréquentes, diarrhéiques, et s'accompagnèrent bien vite d'une dénutrition rapide. Fin mars, survint la première attaque de tétanie qui dura 3 jours.

Pendant les mois d'avril et de mai il survint des accès quotidiens, qui diminuèrent ensuite de fréquence. Fin décembre, la patiente quitta l'hôpital. Au mois de février 1893, réapparut une nouvelle série d'attaques quotidiennes d'une durée de 12 heures, caractérisées par tous les signes classiques de la tétanie.

La malade présentait des troubles dyspeptiques, une légère gastralgie, des vomissements répétés et de l'hypochlorhydrie. Il existait de la dilatation stomacale, et un amaigrissement très accusé. En peu de temps elle avait perdu 93 livres. Les selles jaunes verdâtres étaient toujours plus ou moins diarrhéiques.

Chaque fois que les selles reprenaient de la consistance, survenaient des attaques de tétanie pour disparaître dès que revenait la diarrhée. Le fait était tellement typique que la malade elle-même le signalait et se l'expliquait par quelque intoxication déterminée par la rétention des matières.

L'examen des fèces et des urines fut pratiqué au point de vue chimique.

Des urines, on retira, d'après la méthode de Brieger, une substance particulière donnant certaines réactions et des alcaloïdes. Les injections pratiquées avec ce produit en solution à des animaux restèrent sans résultats.

L'auteur pense que dans ce cas de tétanie il s'est agi d'une auto-intoxication, due au fonctionnement imparfait du tube digestif. La toxine dans les moments de diarrhée aurait été éliminée ou résorbée en trop petite quantité pour agir, tandis que l'absorption se serait faite au moment des périodes de constipation. La toxine absorbée aurait déterminé la tétanie par action sur le système nerveux.

Action de la phlorizine.

M. Rosenfeld a fait des expériences sur des chiens auxquels, après un jeûne de quelques jours, il donnait de la phlorizine. Le foie de ces chiens contenait alors 25 à 75 0/0 de graisse. Ce dépôt de graisse dans le foie vient non pas de la dégénérescence graisseuse des cellules, mais d'une infiltration de graisse, comme le prouvent les faits suivants :

1° La fonction du foie n'est pas troublée et la sécrétion de bile s'accomplit normalement.

2° La graisse disparaît au bout de quelque temps spontanément, sans qu'il persiste une lésion des cellules hépatiques ; l'accumulation de graisse n'apparaît pas quand le chien ne reçoit que de la viande ou du sucre, et disparaît d'autant plus vite que le chien reçoit plus de sucre ou de viande.

3° La graisse ne disparaît pas quand on continue à nourrir le chien avec des graisses.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mai 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Déclaration de vacances.

La vacance d'une place de membre titulaire est déclarée dans la section de pathologie médicale en remplacement de M. Hardy, ainsi que celle d'une autre place de membre titulaire dans la section de pathologie médicale par suite du décès de M. Ball.

Tétanos.

M. Verneuil rapporte un certain nombre d'observations qui lui permettent, déclare-t-il, de dénier presque entièrement à l'amputation le pouvoir de guérir le tétanos et l'autorisent même, contrairement à M. P. Berger, à l'accuser d'une façon formelle d'aggraver parfois le mal.

En effet, sur les 14 cas qu'il a réunis dans son dossier du 6 décembre et dans celui d'aujourd'hui, il compte 19 morts, parmi lesquelles l'opération paraît avoir une fois ouvert la porte à la maladie et une autre fois accéléré rapidement sa marche et précipité son issue fatale. Quatre opérés ont guéri, mais pour l'un d'eux, grâce au traitement hygiénique et médical très sagement institué et très longtemps poursuivi.

Etant incontestablement établi par les faits que l'amputation est parfois utile, parfois superflue, parfois impuissante et parfois nuisible, elle a, comme toutes les méthodes, ses indications et ses contre-indications. M. Berger a insinué que l'amputation offrait surtout des chances de réussite dans les cas chroniques, réputés bénins; M. Verneuil irait plus loin, et, si limitée que soit sa série, en attendant qu'elle s'augmente, il y trouve déjà les éléments d'une classification plus complexe. M. Verneuil se propose de les développer dans une prochaine séance, en même temps qu'il insistera sur la prophylaxie du tétanos.

Le typhus exanthématique à la Maison de Nanterre.

M. Sapelier rend compte de l'épidémie du typhus qu'il a observée à la Maison de Nanterre. Il a eu dans son service 23 malades; 21 venaient du dépôt, et deux ont été contagionnés à Nanterre. Sur 23 malades 14 ont succombé.

Les symptômes observés par M. Sapelier ont été ceux qui sont dans les livres classiques.

Au point de vue bactériologique, M. Sapelier a étudié 4 cas. Il n'a jamais trouvé que des microbes vulgaires et qui ne paraissent pas pouvoir être en rapport avec le typhus.

Sous le rapport du traitement, M. Sapelier insiste sur les bons résultats qu'il a obtenus par l'emploi des injections intraveineuses du sérum artificiel. Ce traitement a été appliqué chez 12 malades, qui ont donné 6 morts et 6 guérisons.

Il est à remarquer que ce traitement n'a été employé que dans des cas extrêmement graves et que toujours après les injections on a observé la diminution de la fièvre et une véritable résurrection chez ceux qui étaient dans un état de prostration extrême.

La dose injectée chaque fois était de 600 grammes par 24 heures; l'injection était poussée lentement.

Comité secret.

En comité secret, l'Académie entend un rapport de M. Dumontpallier sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale en remplacement de M. Desnos, décédé. La liste de présentation est fixée comme suit : 1° M. Debove; 2° M. Hallopeau; 3° M. Laveran; 4° M. R. Blanchard; 5° *ex æquo* MM. Ferrand et Huchard.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 mai 1893.

Présidence de M. Hallopeau.

Œdème asystolique.

M. Créquy. — A la dernière période des affections du cœur, quand ni la digitale ni aucun médicament ne donnent de résultats, on peut combattre avantageusement l'œdème, en enfonçant directement dans les tissus le couteau du thermocautère Paquelin chauffé à blanc. A cette température, et non au rouge cerise où l'on arrête au contraire les hémorrhagies, on peut produire par coupure d'artérioles une saignée utile, après quoi la médication peut agir. On prévient la douleur, par injection préalable dans le membre œdématié d'une solution de cocaïne à 1/25.

M. Constantin Paul. — Cette ponction au thermocautère peut se faire avec la pointe ou le couteau. Le lieu d'élection est au bas du mollet. De plus, il faut faire ces ponctions le plus tôt possible (Massalongo) et non *in extremis*; c'est un moyen de permettre au malade de se reposer des médicaments et de les éliminer.

M. Créquy. — La précocité des *mouchetures* provoque quelquefois de l'érysipèle.

Traitement de la pneumonie.

M. Bovet (Pougues). — Dans le traitement de la pneumonie, l'alcool est précieux, comme le fait ressortir M. Huchard. Il agit comme réducteur et dilue le plasma sanguin; comme médication complémentaire, la digitaline intervient à propos pour empêcher l'accumulation de l'alcool. Le pouvoir prépondérant de celui-ci mérite qu'on soit bien fixé sur sa nature quand on prescrit la médication de Tood. En effet, les rhums et eaux-de-vie prescrits en potions sont de nature variable. Les eaux-de-vie actuelles contiennent des alcools d'origine quelconque, des alcools supérieurs très toxiques, et par conséquent nuisibles. Il serait bon d'adopter comme type, à substituer aux rhums et eaux-de-vie qui entrent dans les formules usuelles, l'alcool de riz qui marque 92° et 95°.

M. Yvon. — L'alcool de riz est très cher. L'alcool de maïs n'a pas cet inconvénient; il est très employé depuis quelques années et pur de toute substance étrangère. C'est lui qui représente l'alcool officinal, vu que l'alcool de vin n'existe plus.

M. Créquy. — Comme conclusion à cette question de l'alcool dans les potions, soulevée par M. Bovet, on devrait dorénavant formuler ainsi :

Alcool officinal ou alcool bon goût à 90° (tant).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mai 1893.

Hydronéphrose intermittente. Néphrectomie sans drainage.

M. Routier. — J'ai soigné une dame qui, en 1884, à la suite d'un accouchement, eut quelques phénomènes de cystite peu à peu aggravés, malgré le traitement par les lavages, le nitrate d'argent. Puis elle eut des douleurs dans les reins : à 14 ans, d'ailleurs, elle aurait eu des coliques néphrétiques. En 1891, les douleurs étant intenses, on lui établit, sans grand résultat, une fistule vésico-vaginale. En août 1891 débuta une hydronéphrose intermittente : lorsque la malade allait à la selle, elle avait dans le rein droit des douleurs accompagnées d'un arrêt d'urine qui parfois durait jusqu'à 6 et 7 heures, puis se jugeait par une expulsion abondante d'urines claires. Puis l'urine devint muco-purulente. Lorsque je vis la malade, elle avait une crise à chaque garde-robe; les deux reins étaient volumineux, et la pression exercée sur eux causait une issue d'urine. Que faire, avec les lésions bilatérales ? Je temporisai. Puis survint une crise grave, terminée par une évacuation purulente abondante. En janvier 1892, le rein droit était redevenu presque normal, le gauche était gros, douloureux. En juin, je fis donc la néphrotomie de ce côté, et j'ouvris quatre gros abcès clairs. Pendant deux mois il n'y

eut pas d'arrêt d'urines, puis ils recommencèrent, mais bien moins fréquents et la malade s'améliora considérablement. En février 1893, je lui ai fermé sa fistule vésico-vaginale. Le rein droit est gros ; le gauche est fistuleux, l'état général est bon. J'ignore quel est dans ce cas le mécanisme des accidents.

M. Picqué rappelle qu'en 1891 il a lu à la Société une observation relative à la suppression du drainage dans la néphrectomie après ligature et désinfection de l'uretère au thermocautère comme pour une salpingite. Il s'agissait d'une pyonéphrose.

M. Monod. — Il y a huit jours, j'avais raison de me défier des suites de la suppression du drainage : depuis, la malade a fait un petit abcès sous la cicatrice. Tout va d'ailleurs bien. Dorénavant je drainerai toujours, comme le recommande M. Terrier.

M. Terrier. — Le drainage a des avantages et n'a aucun inconvénient. Comme on n'est jamais sûr de l'asepsie de l'uretère, il est logique de drainer. Quand l'uretère est sûrement septique, on peut chercher à l'attirer au dehors. La pyonéphrose de M. Picqué n'était-elle pas tuberculeuse ? Il faudrait, pour étudier la désinfection du pédicule, des recherches scientifiques, microbiologiques. La cautérisation des pédicules septiques, pour les salpingites par exemple, est souvent efficace, mais non toujours.

M. Tuffier est exactement de l'avis de M. Terrier ; la comparaison de M. Picqué avec une salpingite est erronée, car on laisse un long bout d'uretère, qui se remplira, et la ligature n'est que temporairement efficace.

M. Reynier insiste sur cette manière de voir, et ajoute qu'après les salpingectomies on observe souvent du 12e au 15e jour de légères poussées inflammatoires vers le pédicule.

Tarsectomie.

M. Berger se déclare en désaccord avec M. Félizet sur deux points :

1° Ces opérations sont essentiellement des réactions atypiques et, d'autre part, on opère en général sans avoir des notions très exactes sur l'état précis des lésions. Il faut donc se méfier des manuels opératoires réglés.

2° En principe, il faut préférer l'incision externe qui conduit à merveille sur tous les os du pied. Comme Ollier, M. Berger pense que le premier temps doit toujours être l'ablation de l'astragale.

M. Félizet répond que par son incision on a une large voie d'exploration pour se comporter selon les lésions qu'on trouve.

M. Delorme. — Ne pourrait-on pas faire une incision sur la cloison intermusculaire interne, de façon à ne couper ni vaisseaux ni nerfs importants ?

M. Félizet. — J'essaierai d'abord sur le cadavre.

Luxation du genou.

M. Delorme publie l'observation de l'homme qu'il a présenté à la dernière séance. Il s'agit d'un dragon qui, en retombant après l'exercice du saut de mouton, se luxa le genou droit en avant et en dedans ; il eut ensuite deux récidives accidentelles, et depuis il reproduit la luxation à volonté.

Lithiase biliaire.

M. Tuffier présente les voies biliaire d'une femme morte d'abcès multiples du foie, malgré une laparotomie au cours de laquelle, la vésicule étant atrophiée, un calcul avait été vainement cherché par l'acupuncture du cholédoque. Or, il y avait des calculs gros et nombreux, mais très mous et s'étant laissé perforer par l'aiguille.

Calcul vésical.

M. Lecerf (Valenciennes) relate un cas de calcul vésical chez un garçon de 8 ans, ayant déterminé une incontinence diurne et nocturne des matières fécales et de l'urine et un prolapsus rectal. La pierre fut fort bien sentie au toucher rectal. Taille hypogastrique. Guérison. M. Lecerf a déjà publié une observation identique, chez un garçon de 4 ans.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 26 mai 1893.

Fracture du larynx par strangulation.

M. Laugier a été appelé à faire l'autopsie médico-légale d'une vieille femme morte et trouvée dans le bois de Boulogne. A cause de l'absence de signes extérieurs, on avait pensé à une mort naturelle ; mais l'autopsie révéla une fracture du cartilage thyroïde parallèle au bord antérieur. Il existait aussi une fracture de l'os hyoïde, au niveau de la grande corne gauche. Tandis qu'il existait des ecchymoses très légères à l'extérieur, on voyait au contraire des épanchements sanguins assez abondants sous la muqueuse pharyngienne et sous celle du vestibule du larynx.

On trouva encore une pleuro-pneumonie droite et il existait un corps fibreux avec dégénérescence calcaire, formant une véritable pierre dans la cavité utérine.

Kystes hydatiques du poumon.

M. Marie présente l'appareil pulmonaire d'un jeune homme de 16 ans, mort à l'Hôtel-Dieu : ce malade était entré dans le service pour suffocation datant de la veille : il était en effet asphyxiant avec tirage épigastrique très accentué. Il mourut le lendemain, sans qu'on ait pu porter de diagnostic.

L'autopsie révéla d'abord un kyste hydatique situé dans le bord postérieur du foie, près du ligament coronaire ; la poche, qu'on a disséquée avec soin, communiquait avec un gros canalicule biliaire se jetant dans un des canaux hépatiques de division. On vit ensuite trois autres kystes développés, l'un dans la partie inférieure du poumon gauche, un autre dans la partie supérieure de ce poumon, et enfin le troisième dans le poumon droit. On peut constater qu'une des poches communique largement avec une des bronches. M. Marie en déduit l'importante précaution thérapeutique suivante : en cas de diagnostic d'une semblable lésion, ne pas faire de ponction évacuatrice, qui pourrait permettre au liquide non évacué de se répandre dans l'appareil bronchique, mais ouvrir largement comme s'il s'agissait d'un foyer purulent.

Névrome plexiforme généralisé.

M. Ouvry rappelle qu'en 1888, M. Chipault publiait l'observation d'un adolescent atteint de lymphangiome ganglionnaire, avec tumeur périnéale, cordon sensible à la région fessière le long de la partie postérieure de la cuisse et de la jambe, etc. Après avoir changé plusieurs fois d'hôpital, ce jeune homme est venu mourir à l'hospice d'Ivry, dans le service de M. Jalaguier, à la suite d'œdème de la glotte. L'autopsie révéla la présence d'une tumeur du volume d'une tête d'adulte environ, mobile sous la peau, située dans la région épigastrique et s'étendant même dans les fosses iliaques. Elle comprimait fortement le rectum en arrière et la vessie en avant, en ayant envahi sa face postérieure, englobant la partie inférieure des uretères comprimés, d'où hydronéphrose double. Puis on trouvait des cordons noueux irréguliers suivant le trajet des nerfs ; par places, des petites tumeurs arrondies dans les régions vasculo-nerveuses (cou, mésentère, hile des organes). La coupe de ces tumeurs ne présente aucun suc, mais fait saillir des petites masses cylindroïdes, semblables à du vermicelle.

M. Cornil examine les pièces histologiques de cette tumeur et pense qu'il s'agit d'un névrome plexiforme.

Carcinome pigmentaire généralisé.

M. Landowski présente les pièces d'une femme âgée de 57 ans, morte à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Proust avec des symptômes d'hémorrhagie cérébrale. On avait constaté pendant sa vie qu'il existait sur la peau, par places, de petits nodules de nature sans doute maligne, d'après la rapidité de l'évolution. A l'autopsie on trouva des nodules au péricarde, au cœur, au hile du poumon ; les capsules surrénales étaient fortement hypertrophiées. Il y avait des petites tumeurs dans le mésentère ; l'une d'elles, située au bord adhérent de l'intestin, en avait ulcéré la muqueuse. Tous les gros vaisseaux se trouvaient en rapport avec de semblables tumeurs. On en trouva aussi dans les reins, dans le corps thyroïde. Le foie était fortement pigmenté. Au microscope, il semble qu'il s'agit de carcinome pigmentaire.

L'hémorrhagie cérébrale ne paraît pas en rapport avec la diathèse cancéreuse ; toutefois le cerveau sera disséqué et examiné avec soin.

Péricardite tuberculeuse.

M. Sergent présente les pièces d'un enfant de 11 ans, mort dans le service de M. Olivier, à l'hôpital des Enfants Malades, de tuberculose aiguë généralisée. En outre des différentes lésions communes situées aux poumons ou aux séreuses, on trouva un péricarde fortement distendu par un liquide hémorrhagique très abondant. A l'intérieur de la cavité péricardique, il existait des fausses membranes riches en bacilles de Koch. Ne pourrait-on pas penser que, la lésion du péricarde paraissant plus ancienne, il s'agit d'une péricardite tuberculeuse primitive avec généralisation secondaire ?

M. Letulle rappelle que Roger disait que les péricardites chroniques de l'enfance étaient tuberculeuses ; ce cas vient à l'appui. Mais il ne voit pas d'éléments suffisants à l'appui de la conception d'une péricardite tuberculeuse primitive.

Appendicite avec perforation.

M. Dauseux a vu mourir dans son service un enfant de 8 ans, entré à l'hôpital avec des vomissements verts, succédant à des vomissements alimentaires. Le ventre était très douloureux surtout dans la région iliaque droite. Les vomissements devinrent rapidement fécaloïdes, et l'enfant mourut le surlendemain de son arrivée.

L'autopsie fit constater la présence de liquide verdâtre abondant dans la cavité péritonéale.

Les anses intestinales étaient modérément distendues. L'appendice iléo-cæcal était augmenté de volume et de forme conique. On avait constaté alors un corps dur situé dans sa cavité, qui avait ulcéré ses parois et les avait perforées. Il s'agissait d'une scybale qui avait joué le rôle de corps étranger.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mai 1893.

Présidence de M. Fernet.

La langue grippale.

M. Faisans. — On sait que la grippe peut simuler un grand nombre de maladies, et des plus diverses, depuis l'embarras gastrique jusqu'à la méningite et même jusqu'au typhus. Or, il y a un signe qui, à mon avis, dans le plus grand nombre des cas tout au moins, permet de faire le diagnostic. Ce signe est tiré de l'examen de la langue. La langue de la grippe ordinaire est, en effet, une langue *sui generis*, ni large, ni épaisse comme dans l'embarras gastrique, ni petite, contractée et pointue comme dans la fièvre typhoïde. Elle est toujours humide et quand elle a une tendance à se sécher, c'est qu'une complication phlegmasique est imminente ou déjà réalisée ; sa caractéristique est une teinte d'un blanc bleuté, assez analogue à celle de la porcelaine. Cette teinte rappelle celle de certaines plaques de leucoplasie buccale ou, mieux encore, celles des plaques muqueuses bucco-pharyngées. Cette coloration est tantôt uniforme et tantôt tachetée. Elle ne tient pas à la présence d'un enduit surajouté, car les frictions les plus énergiques sont sans influence sur elle. Ce n'est guère que dans le rhumatisme articulaire aigu que l'on peut observer une langue dont les caractères sont assez analogues à ceux de la langue grippale ; encore, dans ce cas, la langue est-elle moins lisse et d'une coloration plus franchement blanche.

La langue opaline apparaît dans les deux ou trois premiers jours et dure autant qu'elle, parfois même elle persiste alors même que les malades se croient guéris. Or, c'est la preuve qu'ils ne le sont pas et qu'ils restent sujets à des recrudescences que l'on appelle à tort des rechutes.

Enfin, la langue grippale est absolument rebelle aux purgatifs, aux vomitifs et aux éméto-cathartiques.

M. Juhel-Rénoy. — Pour ma part, quoique ayant examiné la langue de plusieurs centaines de grippés, je n'ai pas remarqué ces incrustations opalines porcelainiques dont il vient d'être parlé. J'ai vu seulement la couleur rouge ou blanche prédominer, suivant que la grippe était pulmonaire ou gastro-intestinale.

J'ai, d'autre part, vu souvent la langue sèche, rugueuse, rôtie, au lieu d'être humide. Je l'ai observée souvent blanchâtre, très saburrale, tout en ayant été frappé souvent de l'apparence normale de la langue des malades authentiquement grippés.

M. Faisans. — Je n'ai pas parlé de la langue grippale comme d'un signe constant, mais très fréquent. Il m'a permis, pendant l'épidémie de grippe, il y a deux ans, d'écarter, chez un enfant de 6 à 7 ans, le diagnostic de méningite qui avait été porté par deux médecins. Il s'agissait d'une pseudo-méningite grippale.

M. Le Gendre. — Dans certains cas de grippe j'ai été frappé de la desquamation complète et rapide de la langue. J'ai remarqué, d'autre part, que l'enduit saburral qui persiste si souvent après une attaque de grippe était très souvent amélioré par la strychnine.

Dilatation des bronches chez un jeune homme de vingt-sept ans. Mort par abcès du cerveau. Artério-sclérose généralisée.

M. Hanot relate l'observation d'un malade de vingt-sept ans atteint d'une dilatation bronchique s'étant développée à la suite de bronchites répétées et chez lequel la mort a été produite par un abcès du cerveau. Pendant la vie on avait noté les signes habituels de l'ectasie bronchique ; l'absence de bacilles de Koch dans le liquide purulent expectoré avait permis d'écarter le diagnostic de caverne tuberculeuse.

A l'autopsie on trouva une dilatation des bronches dans le poumon droit, un abcès dans l'hémisphère cérébral droit et une artério-sclérose généralisée.

L'examen bactériologique n'a rien révélé qui mérite d'être rapporté.

L'abcès cérébral a déjà été signalé parmi les complications de la dilatation des bronches, mais c'est une complication exceptionnelle.

L'apparition des phénomènes cérébraux chez le malade nous avait un instant fort embarrassé. A plusieurs reprises et surtout à cause des résultats fournis par l'auscultation, on avait hésité entre la dilatation des bronches et l'excavation tuberculeuse ; seule l'absence du bacille de Koch dans les crachats avait fait maintenir le diagnostic d'ectasie bronchique.

L'embarras s'accrut lorsque éclatèrent des phénomènes qui pouvaient se rattacher à une méningite tuberculeuse ou à un tubercule cérébral. Il était difficile, en considérant attentivement la pièce anatomique, d'expliquer, par le peu de pneumonie et de pleurésie chronique qu'on y trouvait, les nombreuses et énormes dilatations bronchiques. Il semble bien que ce soit la lésion des bronches qui ait été la cause de la dilatation. C'est d'ailleurs là l'opinion de la plupart des auteurs.

On connaît très imparfaitement l'étiologie et la pathogénie de cette lésion bronchique. Il ne suffit pas de dire que le travail destructeur et progressif peut être déterminé par une bronchite aiguë. Il n'est pas exact non plus d'incriminer une succession de bronchites aiguës et le passage à l'état chronique. Il faut, de toute nécessité, une prédisposition générale ou, pour ainsi dire, une idiosyncrasie anatomique locale qui, sous l'influence d'une ou plusieurs bronchites aiguës, d'une bronchite chronique ou de causes occasionnelles encore indéterminées, suscitera l'évolution du processus spécial de l'ectasie bronchique ; celle-ci pourra même être la manifestation directe de cet état constitutionnel ; exemple : la dilatation bronchique congénitale.

Reste à déterminer la condition spéciale qui fait la bronche si fragile et la prépare à l'ectasie sous l'influence de l'inflammation.

Déjà, dans une observation que j'ai publiée en 1884, j'avais noté que les artères bronchiques avaient généralement des parois épaissies. Mais cette lésion pouvait figurer au même titre et au même rang que toutes les autres observées dans la paroi bronchique.

Dans le cas actuel, l'artério-sclérose des artères bronchiques est très accentuée en certains points où les autres éléments

sont à peine intéressés, la lésion vasculaire prédomine ou même existe seule. L'examen microscopique a permis de déceler dans tous les organes des lésions d'artério-sclérose.

Il semble donc qu'une condition générale constitutionnelle ait mis préalablement le tissu bronchique en état d'opportunité morbide et que, sans elle, les causes occasionnelles n'auraient pas suffi à réaliser l'ectasie bronchique qui, elle aussi, était partie prenante de l'artério-sclérose généralisée. Elle était à la bronche ce que l'emphysème est au poumon, ce que la myocardite chronique est au cœur, ce que la néphrite interstitielle est au rein, etc.

Il faudrait encore, pour être complet, expliquer la production de l'artério-sclérose, mais je n'ai pas l'intention d'aborder ici cette partie complexe du programme.

M. Rendu. — Votre malade avait-il eu des broncho-pneumonies ou des pleurésies ?

M. Hanot. — Je n'ai observé chez lui, comme antécédents pulmonaires, que des bronchites généralisées tenaces.

M. Le Gendre. — Je viens de faire l'autopsie d'un malade atteint de dilatation bronchique dans le poumon gauche. Il n'y avait pas d'adhérence pleurale. Tous les organes étaient atteints d'artério-sclérose.

Sur un cas de glio-sarcome primitif du cerveau.

M. Laveran. — Mon malade a accusé symptomatiquement sa tumeur cérébrale d'abord par des attaques épileptiformes, puis par de la céphalée ; il a présenté ensuite de l'hémiplégie faciale et enfin, à la dernière période de sa maladie, un affaiblissement général avec perte de l'intelligence. Il n'a pas eu d'aphasie, à proprement parler, car les troubles de la parole ont toujours été sous la dépendance des troubles cérébraux. Le malade, dans les derniers temps, répondait très mal aux questions qu'on lui posait, ou même il n'y répondait pas du tout, mais cela ne tenait qu'à un affaiblissement de l'intelligence.

A l'autopsie on constate une ostéite de la région temporo-pariétale droite, avec épaississement considérable de la boîte crânienne, et, à ce niveau, des adhérences de la dure-mère aux os. On constate, en outre, une tumeur grosse comme une petite pomme d'api qui siégeait à la base des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté droit, et qui avait envahi aussi la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale droite.

Cette tumeur superficielle a donc provoqué des attaques épileptiformes et de la céphalée en déterminant l'inflammation de la dure-mère et de la boîte crânienne ; elle a provoqué, en outre, l'hémiplégie faciale gauche en détruisant une partie de la zone motrice.

L'épanchement intra-ventriculaire de la dernière période a déterminé l'affaiblissement général et la perte de l'intelligence, l'état gâteux, le coma et la mort.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un *sarcome fuso-cellulaire*. Il paraît impossible de dire si le sarcome a pris naissance dans le cerveau lui-même ou dans la dure-mère.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 *mai* 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Diabète.

M. de Dominicis (Naples) apporte le résultat de ses expériences sur la pathogénie du diabète sucré. L'ablation totale du pancréas chez le chien ne détermine pas toujours le diabète expérimental. Cela tient à ce qu'il y a plusieurs conditions du diabète, dont quelques-unes seulement sont connues, et dont la synthèse ne pourra être tentée que le jour où l'histoire du glucose dans l'organisme sera faite complètement. Pour l'auteur, la condition du diabète pancréatique est la cessation de l'arrivée du suc pancréatique dans l'intestin. Le même observateur rapporte des résultats favorables obtenus à la suite de la transfusion du sang de chien à l'homme.

Tremblement parkinsonien hémiplégique symptomatique d'une tumeur du pédoncule cérébral.

MM. Blocq et Marinesco. — Le cas dont il s'agit est celui d'un malade du service de M. le professeur Charcot, dont l'observation nous a été communiquée par M. J.-B. Charcot. Il a trait à un sujet qui présenta pendant sa vie un tremblement limité au côté gauche, tremblement offrant cliniquement et graphiquement tous les caractères de celui de la maladie de Parkinson, au point que ce diagnostic fut porté pendant sa vie. Le malade ayant succombé à la tuberculose pulmonaire, l'autopsie vint démontrer la présence d'un tubercule siégeant dans l'épaisseur du pédoncule cérébral droit. La tumeur, grosse comme une olive, occupe en grande partie le locus niger de Sœmmering, et, malgré son volume, est située de telle sorte qu'elle n'intéresse ni le pied du pédoncule, ni le pédoncule cérébelleux supérieur, ni les filets du moteur oculaire commun ; le ruban de Reil est très légèrement altéré. Il n'existe ni dégénération ascendante, ni dégénération descendante, tant dans la partie située au-dessus du néoplasme que dans la partie inférieure, la protubérance, le bulbe et la moelle épinière. Un exemple identique nous a été communiqué par M. le professeur Charcot. Il semble bien, d'après cela, que les altérations du pédoncule non destructives du pied sont susceptibles de déterminer un tremblement sur la pathogénie duquel on ne saurait actuellement proposer que des hypothèses, dont la plus vraisemblable serait une excitation particulière du faisceau pyramidal.

A propos du salol dans le choléra.

M. Girode. — Voici deux masses de salol qui ont été recueillies, il y a plus d'un an, dans l'estomac d'une femme morte du choléra. Cette malade, entrée à Beaujon le 17 avril, succombait le 20. Elle avait pris le 18, à trois heures d'intervalle, six doses de salol de 0,50 centigrammes. Le 19, le médicament était suspendu après la troisième dose. A plusieurs reprises, des vomissements avaient suivi de près l'ingestion du médicament, et il y avait de grandes présomptions qu'une partie du salol avait été immédiatement rejetée. Or, à l'autopsie, on remarquait dans la partie la plus déclive de l'estomac, vers le milieu de la grande courbure, deux bosselures un peu saillantes au niveau desquelles la paroi stomacale était plus vivement vascularisée. La main sentait en ce point deux corps résistants. A l'intérieur, on trouvait dans les points correspondants les deux corps que je présente. Ce sont deux masses de salol pesant l'une 1 gr. 55 et l'autre 1 gr. 25. Les fragments du médicament ont été agglutinés et tassés en une masse aplatie, concavo-convexe, dont la largeur répond aux bosselures de la surface externe ; chacun d'eux occupe une dépression en logette sur laquelle il se moule assez exactement. A ce niveau, la paroi est très amincie, quoique les vaisseaux y soient plus apparents. L'étude microscopique de cet estomac, recueilli moins de trois heures après la mort, montre, dans les deux points déprimés en logette, des lésions de nécrose épithéliale contrastant avec l'intégrité relative du reste de l'estomac. Le contenu gastrique abondant et verdâtre était riche en microbes et particulièrement en bacilles-virgules, de même que le contenu intestinal. La muqueuse de l'intestin grêle présentait un grand nombre d'érosions superficielles et des ulcères folliculaires soit isolés soit agglomérés sur les plaques de Peyer.

Ainsi le salol, donné à doses modérées et peu longtemps continué, est resté à peu près complètement inutilisé. Cela n'a rien de surprenant dans une maladie où la mécanique digestive est si bouleversée et les sécrétions si troublées. On s'étonne de voir le salol vanté par certains expérimentateurs, en particulier par Heppe, comme le médicament anti-cholérique par excellence.

Non seulement le but thérapeutique est manqué ; mais on se demande si pareille médication ne pourrait pas occasionner quelques dangers. Il ne serait pas indifférent que des corps étrangers analogues vinssent à séjourner au contact d'ulcérations gastriques, comme M. Galliard en a vu dans le choléra, et comme j'en ai moi-même observé trois exemples. A défaut de preuve directe, on peut invoquer des faits analogues empruntés à la pathologie intestinale (Balestre). En tout cas, il s'agit d'une médication à employer prudemment dans les

affections digestives ulcéreuses, et surtout à prescrire avec réserve au cours des affections cholériques.

Choléra et fièvre typhoïde.

M. Girode. — Ces deux maladies non seulement peuvent frapper simultanément une même localité sous forme épidémique, mais peuvent se développer successivement chez un même sujet. Parfois c'est le choléra qui vient compliquer et rapidement aggraver une fièvre typhoïde; j'ai vu à l'Hôtel-Dieu de Rouen un typhique atteint de choléra au cours d'une petite épidémie intérieure, et emporté en deux jours et demi. Ordinairement, c'est l'infection typhique qui succède au choléra. Les cas authentiques sont rares et doivent être distingués de la réaction typhique du choléra; M. Galliard a rapporté récemment un cas de dothiénentérie ayant succédé à un choléra. Voici un exemple de la même succession où la démonstration a été complète, à la fois clinique, anatomique et bactériologique. Un homme entre à Beaujon au troisième jour d'un choléra : les spirilles cholériques sont abondamment démontrées dans les selles. Les jours suivants, on assiste au développement d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique avec courbe thermique ordinaire, toutes rosées, diarrhée ocreuse. La balnéothérapie froide améliore un instant la situation; mais le malade succombe rapidement au 16e jour. A l'autopsie, on constate les lésions intestinales, spléniques et ganglionnaires mésentériques d'une dothiénentérie légitime à la période d'état ou d'augment. L'infiltration des follicules et des plaques de Peyer et les ulcérations de ces dernières sont tout à fait caractérisées. Le bacille d'Eberth isolé des selles et retrouvé dans les urines albumineuses pendant la vie, a été extrait du suc splénique en culture pure, et contrôlé suivant les méthodes usuelles.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 *mai* 1893.

Du réveil de certaines affections latentes.

M. Verneuil. — De tout temps on a noté la réapparition d'accidents divers dans le foyer d'anciennes blessures complètement guéries en apparence depuis plus ou moins longtemps. Il est commun d'observer, notamment à la suite des fractures par armes à feu, qui en général suppurent longtemps, des douleurs modérées et passagères parfois, mais souvent aussi fort intenses avec accompagnement d'accidents de périostite, d'ostéite, d'abcès purulents, d'ouverture ou de réouverture de fistules, d'issue ou d'élimination de séquestres ou de corps étrangers, etc., etc. Ces accidents peuvent se montrer des mois, des années même après la blessure, à des époques indéterminées, séparées par des trêves pendant lesquelles le membre fracturé, s'il est exempt de déformation, de raideur ou d'atrophie, fonctionne quasi normalement.

Tout cela est absolument classique. En revanche, on connaît beaucoup moins les causes et le mécanisme de ces « réveils » imprévus et décourageants qui ne permettent jamais de compter sur la guérison définitive.

Lorsqu'on se montre peu exigeant en étiologie, qu'après l'ouverture des abcès on trouve un séquestre ou un autre corps étranger, et qu'on se rappelle enfin que fréquemment un certain nombre de microbes pyogènes, c'est-à-dire qui fabriquent du pus, restent emprisonnés dans ces foyers purulents clos, après avoir communiqué longtemps avec l'extérieur, on croit ces conditions suffisantes pour expliquer comment souvent, d'après une locution vulgaire, mais bonne à conserver, un foyer pathologique se *réchauffe* et se *rallume*.

D'autre part, si l'on considère que ces corps étrangers peuvent être tolérés longtemps sans provoquer la moindre réaction locale et donner signe d'existence, on est en droit de conclure que leur rôle, s'il n'est pas seul, exige pour s'exercer le concours d'autres agents pathogènes plus actifs.

Or, parmi ces derniers, il en est deux principaux dont l'efficacité n'est pas douteuse : *a*) une nouvelle violence extérieure portant sur le lieu de l'ancienne blessure; *b*) une maladie infectieuse contractée par hasard.

J'ai recueilli une série d'observations cliniques des plus démonstratives qui viennent à l'appui de ma thèse. Les premières sont relatives à l'élimination de séquestres ou de corps étrangers à la suite d'un traumatisme portant sur l'ancienne blessure; les secondes ont trait à des accidents semblables observés chez le même sujet à la suite d'une atteinte d'influenza.

De ces observations, ainsi que d'études poursuivies sans relâche depuis nombre d'années, je crois pouvoir conclure que :

1° Le traumatisme, considéré comme état général distinct, a le pouvoir d'exercer hors de son foyer initial, sur l'organisme entier et en particulier sur les sujets antérieurement malades, diverses actions extrinsèques que j'ai déjà fait connaître;

2° Les maladies infectieuses peuvent agir exactement comme le traumatisme, c'est-à-dire éveiller, réveiller, modifier généralement en mal, quelquefois en bien, les propathies locales et générales;

3° Le traumatisme et les maladies infectieuses, qui semblent si distants dans le cadre nosologique, peuvent donc, cependant, exercer sur certains sujets, diversement tarés, une action pathogène fort analogue.

Action de l'oxygène et de l'air comprimés sur les animaux à sang chaud.

M. G. Philippon. — A la suite de la communication que j'ai faite l'an dernier à l'Académie, communication dans laquelle je décrivais l'appareil dont je m'étais servi pour répéter les expériences de Paul Bert sur la décompression, et j'indiquais quelques résultats nouveaux obtenus sur des mammifères à l'aide de cet appareil, j'ai réalisé de nouvelles expériences d'abord sur des oiseaux (canards), ensuite sur des mammifères. Les unes et les autres m'ont donné des résultats similaires, desquels il ressort que, si l'action de l'oxygène comprimé détermine chez les animaux à sang chaud des produits nocifs, ceux-ci sont bien peu stables pour qu'en présence d'air comprimé seulement ils semblent détruits.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séances des 18 *et* 25 *mai* 1893.

Grippe et choléra.

M. Dignat, s'appuyant sur l'examen de nombreux graphiques qu'il présente, étudie les diverses circonstances météorologiques qui ont précédé, accompagné et suivi la dernière épidémie de choléra à Paris, 1893, l'épidémie de grippe de 1889-1890 et l'épidémie de choléra de 1884.

Or il résulte de ces recherches que les mêmes circonstances météorologiques se retrouvent au moment de l'apparition de l'une et de l'autre de ces affections.

Ces conditions sont : 1° la direction dominante des vents d'Est dans les jours qui précèdent l'épidémie; 2° l'abaissement au même moment de l'influence électrique atmosphérique au-dessous de la normale; 3° des écarts brusques de la température et de la pression barométrique; 4° enfin et surtout, phénomène constamment observé, abaissement de l'influence électrique coïncidant avec une élévation de la pression atmosphérique.

M. Dignat fait ensuite l'étude analytique des conditions métérologiques (direction dominante des vents, variations de hauteurs de tranches pluviales, modifications de la température, variations des pressions barométriques) ayant précédé, accompagné et suivi les épidémies de choléra et de grippe survenues à Paris antérieurement à l'année 1880. Or, ici encore, M. Dignat retrouve dans les divers états météorologiques observés au moment de chacune de ces épidémies presque les mêmes analogies que celles qu'il a signalées précédemment dans les circonstances météorologiques concomitantes des épidémies de grippe de 1889-90, de 1891-92 et de 1893 et des épidémies de choléra de 1884 et de 1892. Il considère que l'ensemble de ces circonstances est susceptible de créer un milieu favorable à la réviviscence et à la prolifération des germes pathogènes, ou encore à leurs transformations selon, en effet, qu'on adopte la théorie de la spécificité, ou qu'on se rallie, au contraire, à la doctrine des transformations.

Les conclusions sont les suivantes :

1° Le développement des épidémies de grippe et de choléra paraît être favorisé par certaines circonstances météorologiques qu'on retrouve invariablement au moment de leur apparition;

2° Ces circonstances sont à peu près les mêmes, qu'il s'agisse du choléra ou qu'il s'agisse de la grippe;

Elles sont constituées :

a. Par la direction dominante des vents E.-N., E. et N. durant les jours qui précèdent l'épidémie;

b. Par l'abaissement, vers la même période et pendant toute la durée de l'épidémie, de l'influence électrique au-dessous de la normale;

c. Par des écarts assez brusques, en plus ou en moins, de la température observée sur la moyenne normale de l'époque correspondante;

d. Par des écarts analogues de la pression barométrique, ces écarts consistant surtout en une augmentation de pression;

e. Enfin et surtout par la coïncidence avec une élévation de cette pression, de l'abaissement de l'influence électrique.

Ce qui se dégage surtout de ces rechutes, c'est que la théorie de Pettenhofer, vraie pour la fièvre typhoïde, ne semble pas pouvoir s'appliquer à l'étiologie de la grippe et du choléra.

Hydrophobie passagère dans la coqueluche.

M. de Beauvais rapporte l'observation d'un cas de coqueluche grave chez deux fillettes. Les accès amenaient des vomissements réellement incoercibles, les quintes de la nuit étaient telles que la suffocation paraissait imminente. La valérianate de caféine et le chloral semblaient amener une rémission des phénomènes. Une des enfants présenta, à la suite d'une administration forcée et brutale du médicament, une véritable hydrophobie, impossibilité absolue de faire ingérer liquide ou solide par l'enfant pendant 24 heures.

C'est là un cas d'œsophagisme assez rare et qui présentait réellement le caractère de l'hydrophobie rabique, au point que la famille crut d'abord à une invasion de cette terrible maladie.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 17 *mai* 1893.

Carcinome.

M. Bergmann attire l'attention sur deux cas de cancer qu'il a traités :

1° Il s'agissait d'un homme atteint d'un cancer labial typique qui fut traité à l'aide de caustiques dans le but d'éviter une intervention. Au bout de quelques mois, la lèvre était guérie, mais, par contre, il existait un engorgement des ganglions sous-maxillaires considérable avec participation du plancher buccal. Au prix de grandes difficultés et grâce à une résection d'un morceau assez grand du maxillaire inférieur, le malade obtint une guérison qui s'est maintenue depuis six ans.

2° La malade était atteinte d'un carcinome également fort étendu envahissant à droite le voile du palais, les amygdales, le bord de la langue, le plancher buccal et le maxillaire inférieur. On fit une trachéotomie préliminaire avant d'aborder le néoplasme. Aujourd'hui, grâce à une large intervention, la malade est guérie, et si elle porte encore sa canule, c'est pour faciliter la respiration quelque peu gênée par les tractus cicatriciels du pharynx.

En raison de ces résultats, l'auteur pense que le meilleur traitement du carcinome est l'intervention chirurgicale.

Autoplastie tendineuse.

M. Glück présente un malade qui, à la suite d'une coupure au niveau du côté gauche du ligament transverse du corps, fit un phlegmon considérable au cours duquel s'exfolièrent les tendons du fléchisseur superficiel et profond des doigts, du fléchisseur propre du pouce. La perte des tendons et d'une partie des muscles s'étendait sur une longueur de 20 centimètres.

Les différentes extrémités tendineuses furent recherchées et reliées à l'aide de fils de catgut aux parties musculaires. La malade aujourd'hui se sert de sa main et remue chacun des doigts séparément.

Hémorrhagie dans le noyau du facial.

M. Ascher présente une femme qui, il y a un an, fit une chute avec perte de connaissance. Au bout de trois mois après l'accident, elle s'aperçut d'une hémiplégie faciale droite et d'ulcérations d'ordre trophique au niveau de la région frontale et du côté droit du nez. Actuellement, la paupière supérieure droite ne peut être relevée, les optiques et ophthalmiques sont complètement sains; il y a une paralysie presque complète du moteur oculaire commun, du pathétique et moteur oculaire externe. La pupille est immobile; on constate une paralysie et une anesthésie complètes de la moitié droite de la face avec atrophie partielle des lèvres et chute des dents supérieures droites.

Le nerf vague paraît touché (pouls 44-48), l'hypoglosse également. Les extrémités n'offrent aucun trouble. En présence de telles manifestations, il y a lieu de penser à une hémorrhagie dans le noyau du facial avec extension ultérieure du processus morbide.

Traitement du cancroïde.

M. Lassar présente l'observation de malades atteints de cancroïde de la face guéris ou améliorés par le traitement arsenical. Deux malades n'ont pas obtenu tout le bénéfice de la méthode pour s'être trop rapidement soustraits au traitement. Trois autres, au contraire, sont complètement guéris, bien qu'il se fût agi de lésions étendues et de nature épithéliale constatée histologiquement.

Exostoses du conduit auditif externe.

M. Virchow. — Divers observateurs, Seligmann, en particulier, ont constaté sur des crânes anciens trouvés en Amérique, au Pérou, des exostoses du conduit auditif externe : il s'agit là d'une lésion précoce de l'anneau tympanique correspondant aux points où cet anneau n'est pas fermé. Ces exostoses siègent à la partie antérieure et postérieure du conduit.

Immunité donnée aux animaux contre la diphthérie.

M. Aronson a découvert une substance immunisante contre la diphthérie. Cent fois plus concentrée que le sérum, cette substance jouit d'une activité des plus grandes. Un cobaye de 264 gr. fut immunisé avec une dose de 0 gr. 000088. Si l'on commence le traitement 24 heures après l'infection, une dose de 1/400.000e suffit. Cette dernière doit être de 1/30.000e si l'on intervient 2 jours après l'infection.

SOCIÉTÉ DE HUFELAND DE BERLIN

Séance du 4 *mai* 1893.

Traitement de l'uréthrite chronique.

M. Lohnstein. — L'uréthrite chronique avec infiltration est une des maladies les plus fréquentes de l'urèthre, ainsi que l'a déjà fait observer Otis. Les différents traitements (Unna, Casper, etc.) n'ont donné que des résultats peu appréciables, en raison de l'insuffisance des connaissances anatomo-pathologiques.

Nicloun rapporte à des lésions ulcéreuses l'existence du tissu cicatriciel. Finger, par contre, nie l'existence des ulcérations et explique la rétraction inodulaire par une infiltration épithéliale de la muqueuse, qui se traduit d'abord par des éléments embryo-plastiques, puis plus tard par des cellules fibro-plastiques qui amènent l'atrophie glandulaire. L'épithélium subit lui-même des modifications particulières tendant à la dégénérescence cornée. En un mot, l'uréthrite chronique

comporte, et cela est établi : 1° des modifications de l'épithélium de la muqueuse et des glandes ; 2° des modifications du tissu sous-épithélial et glandulaire.

C'est pour l'ignorance de ces lésions histologiques que les différents traitements, dilatation, caustiques, etc., échouent. L'auteur propose un dilatateur à quatre branches, agissant directement et seulement sur le point stricturé. Cet instrument qu'il a construit lui a permis de guérir les rétrécissements les plus rebelles.

Trois ou quatre séances de dilatation suivie d'injections boriquées très chaudes suffisent pour donner la guérison.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE

Séance du 4 mai 1893.

Conjonctivite membraneuse.

M. Bronner. — Un homme de 43 ans, sujet à des attaques d'iritis, eut, à la suite d'une de ces attaques, un gonflement des paupières de l'œil droit avec inflammation et écoulement muco-purulent. Il se forma une fausse membrane grisâtre à la surface de la conjonctive des deux paupières. La fausse membrane enlevée se reforma. Une application de nitrate d'argent en prévint la réapparition. Il y eut une ulcération de la cornée qu'on guérit au thermo-cautère. On ne put trouver aucun microbe caractéristique dans la fausse membrane.

Cécité consécutive à l'érysipèle de la face.

M. Snell. — Un homme de 48 ans eut un érysipèle qui atteignit légèrement l'œil gauche et le même côté de la face. Quand l'érysipèle disparut, le malade s'aperçut qu'il était aveugle. Le même fait se produisit chez un homme de 53 ans qui, à la suite d'un érysipèle, devint complètement aveugle. Les papilles optiques étaient atrophiées.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 23 mai 1893.

Suite de la discussion sur un cas de myome kystique de l'utérus.

M. Spencer. — Ces kystes sont le résultat d'une lymphangiectasie. Je me demande pourquoi on a ponctionné ce kyste avant l'opération, ce qui est une pratique dangereuse et à laquelle on ne doit avoir recours que lorsqu'il s'agit d'une tumeur maligne ou lorsque la malade est atteinte de bronchite aiguë ou de pneumonie. La ponction peut amener la formation d'adhérences et la dissémination de papillomes, lorsque ces derniers existent. J'ai vu une énorme tumeur multiloculaire du ligament large pesant 70 livres et ayant nécessité l'énucléation et l'hystérectomie. La malade a guéri.

M. Routh. — Il y a des cas où la ponction est utile et permise pour préciser le diagnostic. Si le trocart est petit et aseptique, on n'a aucun accident à redouter. A l'auscultation, on peut entendre au niveau de ces tumeurs fibro-kystiques un bruit spécial. L'électricité peut rendre de grands services dans le traitement de ces tumeurs aussi bien que dans celui des fibromes.

M. Doran. — Je crois à l'origine lymphatique des tumeurs fibro-kystiques, car j'ai souvent observé, en opérant, de gros lymphatiques dilatés. La ponction a été justifiée par ce fait qu'on n'a pu faire l'opération immédiatement ; j'ai traité le pédicule par la méthode extrapéritonéale parce qu'il était mou et dégénéré.

Entérorrhaphie.

M. Boyd. — On avait fait à un malade un anus artificiel pour une hernie étranglée qu'on traita par herniotomie sans ouverture du sac. Au bout de six mois, le malade alla dans un autre hôpital et, d'après les indications qu'il donna, on crut à une fistule stercorale. On commença une opération pour clore cette fistule, mais on trouva une anse de l'intestin grêle gangrénée ; on fit la résection et on eut recours à l'entérorrhaphie par la méthode de Maunsell. Le malade guérit. La méthode de Maunsell est la plus simple ; elle n'exige aucun tube osseux ; elle est très rapide et très sûre.

M. Cheyne. — J'ai employé cette méthode et le malade est mort. Il s'agissait d'un enfant de six mois atteint d'une invagination. Ce petit malade est mort dans le collapsus.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 26 mai 1893.

Malformations congénitales.

M. Fuchs a présenté : 1° un enfant de 2 jours, chez lequel les deux yeux sont fermés par une membrane cutanée, ne présentant pas d'orifice palpébral, ni de cartilages tarses. Sous les membranes on sent les globes oculaires augmentés de volume. L'enfant paraît percevoir la lumière, car les membranes en question se froncent spontanément quand on approche une lumière. En même temps, on trouve une syndactylie unilatérale.

2° Un homme de 26 ans qui présente les malformations suivantes du côté droit. L'oreille adhère au cuir chevelu et porte un appendice cutané qui existe également sur la narine. Sur le bord inférieur de la cornée se trouvent 2 kystes dermoïdes pourvus de poils ; en même temps l'œil est tourné en dedans.

Erythro-mélalgie.

M. Weiss présente une jeune fille qui, depuis 2 mois, accuse des douleurs dans les pieds, considérées et traitées comme rhumatismales. A l'examen on trouve une rougeur interne des malléoles qui sont douloureux à la pression superficielle. L'articulation est pourtant libre et indolore. De plus, hyperhidrose considérable des pieds et des mains. Il s'agit probablement d'un cas d'érythro-mélalgie.

M. Kaposi fait observer que l'érythro-mélalgie, décrit récemment comme une espèce morbide nouvelle, est connue depuis longtemps. L'hyperhidrose des mains et des pieds et tous les autres phénomènes de l'érythromélalgie tiennent à une diminution du tonus des vaso-moteurs, qui se fait le mieux apprécier à la périphérie. Tous ces phénomènes peuvent s'observer chez les saturnins et les cardiaques et à l'époque de la puberté. Les douleurs particulières sont provoquées par l'irritation des nerfs des pupilles. Le même phénomène s'observe dans les lésions du plexus brachial, où il s'agit d'une parésie des vaso-moteurs.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Die angebliche Chirurgie des Johannes Mesue jun., nach einer Handschrift der Pariser Nationalbibliothek, par J.-L. Pagel. Berlin, A. Hirschwald, 1893.

M. Pagel, avec un zèle devenu rare de notre temps, où les études d'histoire médico-chirurgicale sont volontiers négligées, a publié l'an dernier une édition complète, en latin, de la Chirurgie de Henri de Mondeville, d'après le manuscrit conservé à la Bibliothèque nationale de Paris. Au cours de ses investigations il a trouvé la traduction latine des œuvres d'un auteur arabe, Jean fils de Mésué, sur lequel règnent encore bien des incertitudes. Aussi a-t il cru utile de publier cette œuvre encore inédite. Les érudits l'en remercieront, et ils sauront gré à M. Hirschwald du soin avec lequel l'œuvre est éditée.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GYNÉCOLOGIE

De l'énucléation des fibromes par la voie vaginale,
par M. le professeur Laroyenne (de Lyon).
(Leçon recueillie par M. G. Levrat, interne des hôpitaux de Lyon).

Messieurs,

Nous avons pratiqué, il y a quelques jours, sur une malade du service, l'énucléation d'un volumineux fibrome par la voie vaginale. Il s'agissait d'une femme de 46 ans. Elle avait eu 6 enfants. Sa santé avait toujours été bonne jusqu'à il y a environ deux ans. Depuis cette époque, elle avait des pertes hydrorrhéiques continuelles, ses règles étaient devenues très abondantes et douloureuses. Enfin, et c'est ce qui l'avait décidée à entrer à l'hôpital, depuis une quinzaine de jours, elle était atteinte de rétention d'urine et ses mictions ne se faisaient plus que par regorgement.

En l'examinant, on lui trouvait une tumeur volumineuse et dure, remplissant l'hypogastre, et d'autre part faisant une saillie considérable dans le vagin. Par le toucher, on se rendait parfaitement compte que cette tumeur était développée dans la lèvre antérieure du col; celle ci était en effet complètement déformée, hypertrophiée, et le col ne se présentait avec ses caractères normaux qu'un peu à droite et en arrière. La cavité utérine mesurée à l'hystéromètre présentait une longueur de 12 centimètres.

Chez cette malade, une intervention était formellement indiquée en raison surtout de ses troubles urinaires. On ne garde pas impunément une vessie qui ne se vide pas, et l'on doit toujours dans ces cas prévoir à plus ou moins brève échéance de la cystite d'abord, puis des altérations graves du système urinaire supérieur, pyélo-néphrite ascendante, hydronéphrose et finalement urémie.

Il fallait donc agir. Mais à quel genre d'intervention donner la préférence? Le fibrome présentait un accès relativement facile par le vagin, son volume laissait prévoir une issue assurée par les voies naturelles. Aussi n'avons-nous pas songé un instant à faire courir à la malade les dangers d'une opération abdominale, dangers toujours grands, surtout lorsqu'il s'agit de fibrome, et avons-nous pratiqué l'extirpation de la tumeur par le vagin.

Schrœder pense que seuls sont justiciables de ce mode d'intervention les fibromes dont le volume ne dépasse pas celui de la tête d'un fœtus à terme; mais il est bien certain qu'à l'aide du morcellement on peut avoir raison par la voie vaginale de tumeurs beaucoup plus grosses. Toutefois, il peut être dans certains cas difficile d'affirmer d'une manière précise la possibilité de cette extirpation. Ainsi, vous avez pu voir une autre malade du service qui présentait un énorme fibrome remontant d'une part au-dessus de l'ombilic et de l'autre faisant saillie hors de la vulve. Nous avons tenté par le vagin l'ablation de cette tumeur à l'aide du morcellement, mais il nous a été impossible de l'abaisser suffisamment pour décortiquer toute sa portion supérieure; notre opération a été incomplète, et aujourd'hui cette femme est en très mauvais état. N'imitez-donc pas Mattew Duncan et Marion Sims qui font systématiquement l'énucléation en plusieurs fois, et, en règle générale, ne cherchez pas à extirper par la voie vaginale les polypes fibreux que vous ne serez pas certain d'enlever en une seule séance.

Ces principes sur le choix de l'intervention étant bien établis, comment doit-on attaquer la tumeur ?

Vous connaissez tous la structure et les modes d'évolution des fibromes utérins. Ces fibromes ou plutôt ces fibro-myomes,—car ils sont formés en proportions variables de tissu fibreux et de fibres musculaires identiques à celles de l'utérus, — se développent dans l'épaisseur du tissu utérin dont ils sont séparés par des lamelles de tissu cellulaire plus ou moins lâches leur formant une véritable capsule. Des adhérences plus ou moins nombreuses unissent le fibrome à sa coque cellulaire; c'est par elles que les vaisseaux apportent à la tumeur ses éléments nutritifs. Ces adhérences de nombre très variable se rompent le plus habituellement avec facilité; parfois même on peut voir le polype après l'incision de sa capsule s'énucléer spontanément.

Inutile de dire qu'il n'est point question ici des fibromes à évolution sous-péritonéale, mais seulement de ceux, interstitiels ou sous-muqueux, qui à un moment donné de leur développement arrivent à être facilement accessibles par le vagin. Deux cas peuvent se produire: ou bien la tumeur fait saillie soit à travers l'orifice du col utérin soit dans l'intérieur même de ses parois; ou bien, elle est surtout abordable au niveau d'un des culs-de-sac.

Dans ce dernier cas, on incisera d'abord la muqueuse vaginale et c'est par cette ouverture que l'on cherchera à atteindre et à décortiquer le polype. La manœuvre sera relativement simple si l'on opère dans le cul-de sac postérieur, mais dans le cul-de-sac antérieur les rapports avec la vessie là rendront singulièrement délicate.

Mais ce n'est pas là le cas le plus habituel; d'ordinaire c'est directement à travers la paroi utérine interne que la tumeur sera le plus abordable.

Alors la première chose à faire, après les soins antiseptiques usuels, c'est d'abaisser le fibrome aussi bas que possible à la vulve au moyen de pinces de Museux. On pourra quelquefois par cette manœuvre provoquer de l'inversion utérine; cet accident devra être diagnostiqué, mais il ne faut pas s'en inquiéter; on pourrait peut-être même dans certaines circonstances chercher à le produire, il rend plus accessible la base d'implantation de la tumeur et, une fois l'opération terminée, l'utérus sera facilement remis en place par un tamponnement.

Le second temps de l'opération consiste dans l'incision de la paroi utérine jusqu'à la tumeur. Cette incision doit se faire non pas suivant le grand axe du fibrome, mais circulairement près du pédicule et à hauteur telle qu'on soit toujours sûr de garder une collerette capsulaire suffisante pour recouvrir complètement la surface d'insertion et de section du fibrome. Ce procédé diffère notablement de celui de Kaltenbach qui fait, lui aussi, une incision circulaire, mais la fait sur le pédicule même, dans le sillon qui sépare l'utérus de la tumeur. Sitôt après l'incision de la capsule, on devra pénétrer dans son intérieur de manière à mettre immédiatement le plus d'espace possible entre la main de l'opérateur et la surface externe de l'utérus. Là, soit avec les doigts, soit avec des ciseaux courbes, on décortiquera avec soin la tumeur en l'attirant progressivement en bas au moyen de pinces que l'on place de plus en plus haut. Si le volume du fibrome est un peu considérable, cette opération pourra parfois présenter des difficultés sérieuses. C'est alors qu'on doit avoir recours au morcellement; on sectionnera au bistouri la partie accessible de la tumeur; on attirera aussi bas que possible la portion restante, on en sectionnera une partie et ainsi de suite jusqu'à ce que le pôle supérieur de la tumeur devienne énucléable.

L'énucléation du fibrome étant complète, on fait avec soin la toilette de la poche, on lie les petits vaisseaux qui pourraient saigner, puis on termine par la suture du lambeau capsulaire comme on ferait pour une amputation de membre à manchette. Si cependant la poche était trop vaste, et c'était précisément le cas pour notre malade, il vaudrait mieux s'abstenir de suturer et pratiquer simple-

ment le tamponnement de la poche avec de la gaze iodoformée.

Dans le cours des manœuvres de décortication, il peut arriver que l'on perfore la paroi externe de l'utérus et le péritoine. On sera surtout exposé à cet accident si un petit fibrome à développement intra-péritonéal se trouve siéger juste au niveau du pédicule de la tumeur intra-utérine. Cette ouverture de l'utérus et du péritoine ne doit pas effrayer outre mesure; il suffira simplement de faire par plans successifs la suture du péritoine, du muscle utérin et de la capsule.

REVUE DES CONGRÈS

12e CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 12 *au* 15 *avril.*

(*Fin*).

Névroses traumatiques.

M. Strümpell (Erlangen). — D'après Oppenheim et de l'avis de l'auteur, le nom de « névroses traumatiques » ne désigne pas une maladie particulière bien déterminée, mais plutôt un groupe de manifestations morbides. D'ailleurs, M. Strümpell, dans des travaux antérieurs, a nettement distingué les cas qui relèvent d'une lésion nerveuse purement locale de ceux qui se traduisent par des symptômes nerveux généraux d'ordre dynamique. En quelques mots, il décrit ces derniers : Le traumatisme local cesse rapidement de laisser de traces; toutefois, il sert d'intermédiaire à la détermination des manifestations subjectives. Dans les traumas portant sur la tête, on voit prévaloir les maux de tête, les phénomènes céphaliques, etc. Les contusions thoraciques sont suivies d'oppression, de raideur, de courbature, etc. Les douleurs ne sont jamais nettement localisées, et ne correspondent pas à un tronc ou à un territoire nerveux déterminé. Elles sont plutôt diffuses. On observe des symptômes vagues, tels que des mouches volantes, de l'affaiblissement intellectuel, de l'insomnie, de l'inappétence, des palpitations, des troubles digestifs, etc. On ne découvre aucun phénomène pouvant s'expliquer par la localisation du traumatisme. Les organes splanchniques sont normaux.

Au cours d'un examen soigné, on découvre tous les signes objectifs sur lesquels insiste Oppenheim, à savoir : trouble de l'état psychique (hypochondrie, mélancolie), plaques d'anesthésie plus ou moins étendues, rétrécissement concentrique du champ visuel, troubles moteurs (parésies, spasmes, tremblement), troubles vaso-moteurs et sécrétoires (fréquence du pouls, sueurs, etc.). Ces symptômes objectifs peuvent manquer ou n'exister qu'en partie. Dans le premier cas, les manifestations subjectives l'emportent.

Quelle est la pathogénie de ces névroses, comment faut-il en juger? On ne saurait admettre les micro-traumas (compression musculaire et nerveuse. La commotion cérébrale peut bien expliquer quelques troubles, mais ne saurait s'appliquer à la généralité des cas. Une explication plus satisfaisante est celle qui rapporte les névroses traumatiques à l'hystérie, à la neurasthénie ainsi que Charcot l'a si justement démontré le premier. L'auteur considère l'hystérie comme un trouble psychique qui se traduit extérieurement par des signes évidents. Souvent s'y rattache une légère modification psychique générale, qui, lorsqu'elle est seule, est désignée sous les noms de nervosisme, de neurasthénie. L'hystérie et la neurasthénie ont des liens très étroits, et sont l'expression d'une prédisposition psychique anomale et congénitale. Tous les symptômes des névroses traumatiques sont pour M. Strümpell d'origine psychique, qu'il s'agisse de monoplégies hystéro-traumatiques, de contractures, d'anesthésies partielles, d'hémianesthésies, etc. L'épilepsie réflexe serait pour lui du domaine de l'hystérie. L'identification des névroses traumatiques avec les véritables psycho-névroses découle encore d'autres circonstances; non seulement le shock consécutif ou trauma, mais encore le traitement, les agissements judiciaires en vue de l'obtention d'une rente jouent un rôle évident et plein de conséquences.

Certaines conditions (syphilis héréditaire, alcoolisme), admises par Albin Hoffmann peuvent jouer un rôle incontestable; toutefois, M. Strümpell a rarement trouvé ces tares héréditaires. Au point de vue de l'origine psychique, les symptômes objectifs des névroses traumatiques sont tellement peu à considérer qu'en présence de l'importance des autres symptômes, un médecin avisé n'hésitera pas à rapporter les faits à leur véritable cause. A ce sujet, l'auteur fait observer que l'hémianesthésie n'est jamais associée à une hémianopsie, mais à une amaurose unilatérale ou à un rétrécissement marqué du champ visuel. Le mode d'examen du malade a aussi souvent pour effet de réaliser par suggestion l'apparition de certains symptômes objectifs.

Comme le fait observer F. Schultze, on différenciera avec soin les névroses traumatiques d'avec certains états constitutionnels généraux (alcoolisme, artério-sclérose, etc.), on reconnaîtra également les phénomènes qui relèvent d'une lésion matérielle organique. Certains faits anatomiques (Schmauss-Friedmann) montrent l'importance de lésions délicates chroniques résultant de la commotion du système nerveux.

Faut-il songer à la simulation dans le cas de névrose traumatique? La véritable simulation est rare, et d'ailleurs, elle demanderait, pour être de nature à tromper, une connaissance trop spéciale des faits de la part du malade.

M. Wernicke (Breslau). — La dénomination de névroses traumatiques est des plus heureuses, on ne saurait la contester à MM. Oppenheim et Strümpell. Par névrose, M. Wernicke entend une affection nerveuse fonctionnelle par opposition aux maladies par lésions organiques; néanmoins, les maladies fonctionnelles dynamiques doivent avoir leur fondement organique. Ce dernier, pour être inconnu, ne saurait être de ce fait nié : autrefois, le tétanos, l'épilepsie étaient considérés comme des névroses. C'est une exagération de vouloir opposer d'une façon trop systématique les névroses et les affections organiques. Schultze a déjà professé cette opinion au dernier congrès international. Oppenheim n'en a tenu aucun compte, et récemment il a déclaré qu'il s'agissait de faits variables multiples, reliés par un lien commun. L'hystérie pure et la neurasthénie seraient des affections rares; le plus souvent on aurait affaire à des formes hybrides. L'inégalité pupillaire, l'abaissement de l'excitabilité électrique forment partie du complexus et on devrait y rattacher toute névrose déterminée par un traumatisme (chorée, paralysie agitante, vertige de Menière). Ainsi, par névroses traumatiques, on entendrait toute névrose, toute psychonévrose survenant à la suite d'un trauma.

M. Wernicke ne partage pas cette opinion et rejette la division schématique de C. S. Freund et Bruns, de l'hystérie traumatique en neurasthénie et en hystéro-neurasthénie traumatiques. Il regrette toute cette terminologie et la tendance que certains auteurs ont à considérer toutes les névroses fonctionnelles comme de l'hystérie et de la neurasthénie. Les névroses réflexes ne trouvent plus place dans leur cadre nosologique.

La pathogénie ne saurait être une, la vérité est plutôt dans l'éclectisme, ainsi que l'admet Oppenheim.

Quant à l'opinion Strümpell-Charcot, à savoir que la névrose traumatique ne serait que de l'hystérie provoquée, l'auteur ne saurait la partager entièrement. Quelques faits particuliers peuvent être considérés comme de l'hystérie traumatique, mais le plus grand nombre ne saurait s'y rapporter. Après une argumentation des idées de l'école de Charcot sur l'hystérie, M. Wernicke en arrive à la question de la simulation; il reconnaît qu'elle est rare et que, d'ailleurs, il est facile de la déceler.

M. Sænger (Hambourg) communique ses recherches ophthalmoscopiques faites en collaboration de M. Wilbrand dans les névroses et particulièrement les névroses traumatiques.

Le signe de Fœrster (Verschiebungstypus) et quelques autres particularités du rétrécissement du champ visuel seraient si caractéristiques pour la névrose traumatique que dans le doute on ne devrait jamais négliger leur recherche.

Traitement de la tachycardie paroxystique.

M. Rosenfeld, après avoir rappelé les modalités cliniques de la tachycardie paroxystique, arrive à conclure que cette

affection rentre dans le cadre des névroses. Le traitement n'a pas de prise sur elle. La digitale, indiquée dans la tachycardie accompagnant les maladies du cœur, échoue contre la tachycardie paroxystique tout comme le nitrite d'amyle, la nitroglycérine, la morphine, la galvanisation du pneumo-gastrique, les purgatifs, etc. Nothnagel affirme arriver à couper les accès en faisant faire au malade des inspirations profondes. Une des malades de M. Rosenfeld arrivait à arrêter les accès par l'artifice suivant : elle faisait une inspiration profonde, contractait ensuite les muscles de la paroi abdominale en portant en même temps les épaules fortement en arrière et en appliquant vigoureusement ses coudes fléchis contre sa cage thoracique. Au bout de 50 à 60 secondes l'accès était arrêté. Le même procédé a réussi à M. Rosenfeld chez d'autres malades.

M. Schott considère le pronostic de la tachycardie comme très sombre, car souvent cette névrose aboutit à une véritable affection organique du cœur.

La morphine n'est indiquée que dans les accès graves ; le nitrite d'amyle donne souvent des résultats satisfaisants. Mais l'essentiel est un traitement diététique combiné avec un traitement psychique convenable.

Influence de la température des solutions sulfatées sodiques sur l'intestin.

M. Pollatschek (Carlsbad). — Des recherches de Pflüger et des études plus récentes de Müller, d'Ehrmann et d'Oser, il résulte que dans leurs ramifications du plexus myo-entérique d'Auerbach-Meissner, le splanchnique et le pneumogastrique contiennent, selon toute vraisemblance, l'un des filets inhibiteurs à l'égard des fibres circulatoires, et l'autre des filets inhibiteurs à l'égard des fibres longitudinales, avec prédominance du rôle d'inhibition pour le premier et de la fonction motrice pour le second ; d'autre part, les travaux de Lüderitz, de Trutchel et de Caparetti ont conduit à admettre, dans la paroi intestinale, l'existence de centres nerveux indépendants, offrant une certaine analogie avec les ganglions intracardiaques et réglant les mouvements péristaltiques.

Les expériences que j'ai instituées avaient pour but d'étudier, sur des chiens, l'action que produisent sur ces centres nerveux indépendants les solutions chaudes de sulfate de soude, à différentes températures. Le gastroscope électrique de Mikulicz m'a permis de constater que les sels précités, en excitant la muqueuse gastrique, y provoquent des effets réflexes qui se manifestent par l'activité des mouvements péristaltiques, coïncidant avec l'hyperémie de l'organe et l'activité des sécrétions, et que, suivant le degré de température des solutions employées, on les voyait plus ou moins rapidement expulsées de l'estomac dans l'intestin. Il est permis de penser qu'en raison de l'analogie qui existe entre la muqueuse gastrique et la muqueuse intestinale, l'action de ces solutions sur les fibres inhibitrices, aussi bien que sur les fibres motrices des centres nerveux en question, varie aussi directement en raison de la température du liquide expérimenté.

Au point de vue thérapeutique, ces recherches mettent en évidence le rôle physique de la thermalité ; elles expliquent, en particulier, comment les eaux sulfatées sodiques provenant de sources à températures très diverses peuvent produire, suivant les températures et les doses ingérées, des résultats variés, depuis des effets franchement purgatifs, jusqu'à des effets nettement astringents.

De la méthode analytique basée sur l'emploi des réactifs.

M. Posner (Berlin). — En poursuivant l'étude des réactifs colorants, qui avait permis déjà à Smidt de déterminer les caractères distinctifs de l'albumine et de la mucine dans les crachats au moyen du mélange désigné à tort sous le nom de réactif triacide d'Ehrlich, j'ai constaté, conformément aux travaux de Lilienfeld, qu'en présence de mélanges colorants analogues, non seulement les albuminoïdes ont une affinité spéciale pour les matières colorantes acides, la nucléine et la mucine pour les matières colorantes alcalines, mais aussi que le plasma est oxyphile, tandis que le noyau est basophile d'autant plus énergiquement qu'il est riche en acide nucléinique.

La netteté de ces actions électives des cellules et de leurs parties constituantes ou de la substance intercellulaire croît en raison de la pureté des matières colorantes, et j'ai pu, en réalisant les conditions favorables, montrer par cette méthode d'analyse spéciale l'albumine colorée en rouge, l'hémoglobine en rouge-brun, l'histone en blanc jaunâtre, la nucléine en bleu et la mucine en vert. Il s'agit là, sans aucun doute, d'affinités chimiques qui jouent également un rôle à l'égard de l'union des deux noyaux dans le processus de la fécondation, car le noyau spermatique est basophile et le noyau ovulaire oxyphile.

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Tenue à Breslau des 25-27 mai 1893.

De la symphyséotomie.

M. Zweifel se propose d'étudier quelques points particuliers concernant la symphyséotomie, opération qui constitue un réel progrès et qu'il voudrait voir entrer dans la pratique courante et supplanter l'embryotomie. Au cours de l'historique de la question, il relate toutes les raisons qui ont fait jeter le discrédit sur cette opération. Baudelocque, un des plus hostiles, reprochait deux faits à la symphyséotomie : la dislocation de l'articulation sacro-iliaque et l'insuffisance d'ampliation du bassin. S'appuyant sur des données récentes tirées des statistiques italiennes donnant une mortalité de 2 0/0 et des publications récentes où, sur 55 cas, il n'est relaté qu'une mortalité de 2 pour la mère et 3 pour l'enfant, l'auteur réfute facilement ces diverses objections ; d'ailleurs sa statistique est des plus satisfaisantes : sur 14 cas, non seulement la parturiente a été sauvée, mais encore est restée apte à tout travail, présentant une solidité parfaite de la symphyse pubienne ; un enfant est mort d'asphyxie sans pouvoir être ranimé. Un autre succomba de pneumonie après l'accouchement. Dix fois il dut faire usage du forceps pour sauver le produit, compromis plus souvent par des circulaires du cordon. Après la section de la symphyse, M. Zweifel est d'avis de mettre la malade sur le lit de travail et d'attendre l'accouchement spontané. Suivant cette pratique, il lui est arrivé d'attendre de 12 à 14 heures et de terminer finalement l'expulsion par une application de forceps au détroit supérieur, en raison de l'affaiblissement des bruits du cœur fœtal.

Au point technique, il insiste sur les indications suivantes : le cartilage est divisé de haut en bas, soit au bistouri, soit à la scie à chaîne. L'ossification de la symphyse n'est pas fréquente. L'obliquité de cette dernière et la position vicieuse de l'opérée sont plutôt les causes qui augmentent les difficultés de l'intervention.

L'hémorrhagie post-opératoire, en général abondante, sera traitée le plus avantageusement par le tamponnement avec de la gaze stérilisée et la compression par la voie vaginale.

Au passage du fœtus, on est souvent aussi appelé à tamponner.

La suture des divers plans et la suture cartilagineuse est insuffisante. La suture osseuse, d'ailleurs facile, s'impose. Elle est pratiquée à l'aide du fil d'argent passé d'avant en arrière.

Pour faciliter la coaptation, par suite la suture, il faut étendre la malade et lui croiser les jambes. Le meilleur pansement contentif est la bande agglutinative enroulée autour du bassin. En raison de certains phénomènes d'irritation vésicale due à la présence du fil d'argent, l'auteur a remplacé ce dernier par du catgut de gros calibre. Deux faits sont à prendre en considération dans la symphyséotomie : la lésion fréquente des parties molles de la paroi antérieure du bassin et les accidents fébriles. Ces inconvénients seront évités par une situation convenable donnée à la parturiente après la section de la symphyse, par l'attente aussi prolongée que possible de l'expulsion spontanée. La section suffisamment étendue des tissus est, par le tamponnement de la plaie, préférée à la suture.

M. Dœderlein (Leipzig) fait l'exposé de recherches personnelles anatomiques expérimentales, concernant la symphyséotomie. Au point de vue anatomique, l'articulation

sacro-iliaque est une véritable articulation, et comporte par suite une certaine mobilité, quoique restreinte.

Toutefois, pour obtenir un écartement des pubis de 6 cent. et au delà, il faut que cette articulation soit forcée et qu'il y ait une déchirure non de tout l'appareil ligamenteux, mais de la capsule. Les pubis s'écartent d'une façon asymétrique et le bassin est amplifié le plus souvent aux dépens d'une seule articulation sacro-iliaque, la droite généralement.

Sur le cadavre, M. Dœderlein a produit par la symphyséotomie un écartement des pubis de 6 cent. et 8 cent., puis il a pratiqué des coupes à différents niveaux après congélation; pour un écartement de 6 centimètres, la surface pelvienne au détroit supérieur était de 55 centimètres; pour 8 cent., de 66 centim. Ainsi chaque centimètre d'écartement donne une amplification en surface de 8 cent. carrés.

M. Léopold (Dresde) étudie les limites du rétrécissement pelvien, dans lesquelles on doit faire la symphyséotomie.

Il ne pense pas que cette opération soit appelée à se vulgariser. Sur 25 cadavres, jamais il n'a trouvé d'ossification des symphyses; souvent, par contre, il a trouvé de l'obliquité. L'articulation sacro-iliaque n'est pas disloquée, quand l'écartement de la symphyse n'est que de 4 cent. 5. Elle n'éclate que lorsque les pubis s'éloignent de 7, 8, 9 cent. L'auteur a pratiqué 4 fois la symphyséotomie. En raison des difficultés et du danger qu'elle comporte, il ne pense pas qu'elle puisse entrer dans la pratique privée. L'hémorrhagie est considérable, l'asepsie difficile à réaliser. D'ailleurs, il faut attendre pour savoir si les résultats actuels obtenus se maintiendront ultérieurement, et s'il ne se produira pas un relâchement de la symphyse pubienne; il faut suivre également l'évolution de l'enfant. La limite du diamètre conjugué vrai ne doit pas être exagérée. Zweifel a déjà symphyséotomisé avec des mesures de 8 et 8 1/4. La limite extrême s'abaisse à 6,3—6. L'expectative après la section de la symphyse est une conduite sage et appréciable.

L'auteur se résume dans les conclusions suivantes :

1° Observer la mère longtemps après l'opération;

2° Se mettre en garde des lésions vulvaires parfois redoutables;

3° Ne pas vulgariser la symphyséotomie;

4° Intervenir avec diamètre conjugué vrai variant de 8 à 6;

5° Avec un bassin au-dessus de 8 attendre longtemps, ménager la vessie, dilater avec le colpeurynter;

6° Dans le cas de bassin généralement rétréci jusqu'à 7,5 de diam. conjugué vrai, de bassin aplati jusqu'à 7 cent., préférer la version;

7° Ne faire la symphyséotomie qu'après dilatation complète du col;

8° Eviter la symphyséotomie chez les primipares.

M. Chrobak (Vienne) se rattache aux opinions de M. Léopold. Il est partisan de la suture osseuse au fil d'argent. Sur quatre opérées, il en perdit une d'infection d'origine vaginale. Dans la pratique privée, la symphyséotomie demande un appareil chirurgical considérable, et n'est pas moins dangereuse que l'opération césarienne. On ne rejettera pas toujours pour elle l'embryotomie.

M. Trommel (Erlangen) est très désillusionné sur la symphyséotomie. Dans son premier cas il n'a pas obtenu la guérison par première intention, celle-ci n'est survenue secondairement qu'après trois mois.

Dans un deuxième cas guéri, il ne fit pas de sutures et appliqua un bandage plâtré pendant trois semaines.

M. Fehling (Bâle) regrette qu'il n'y ait pas d'indication formelle pour la symphyséotomie; il la rejette chez la primipare, la préconise pour éviter l'embryotomie dans le cas de fœtus vivant, pour ménager une rupture imminente, et pour venir en aide à l'accouchement provoqué dont le domaine se trouve de ce fait plus étendu. Il rapporte trois cas de symphyséotomie qu'il a pratiquée.

Aussitôt l'opération, les malades doivent être accouchées. Jamais il n'a pratiqué la suture osseuse. La suture des divers plans et du cartilage divisé a été suffisante. Il recommande le drainage par en bas ainsi que l'appareil de Pinard.

M. Schauta (Vienne) reconnaît la nécessité de la symphyséotomie dans les cas où les malades infectées ne permettent plus une opération césarienne indiquée. La malade est-elle aseptique? il pratique toujours l'opération césarienne. Contre l'hémorrhagie, il recommande le tamponnement et le drainage.

M. Olshausen (Berlin) a pratiqué deux fois la symphyséotomie. Une fois, chez une primipare atteinte d'éclampsie grave, avec rétrécissement pelvien, il dut faire un forceps de force et perdit la mère et l'enfant. Une seconde fois la guérison arriva au bout de trois mois. La suture osseuse ne fut pas faite; les lésions des parties molles furent considérables. En général l'auteur préfère l'opération césarienne.

M. Koffer (Vienne) rapporte dix observations de symphyséotomie de la clinique de Braun avec deux morts. Il n'ose se prononcer sur les résultats ultérieurs de cette opération.

M. Baum présente une malade dont il a trouvé l'observation dans le *Centralblatt f. Gynæk.* Trois mois suffirent à donner la guérison actuelle qui s'est très bien maintenue.

M. Freund (Strasbourg) présente un appareil dont il n'a pas encore fait usage, dans le but d'éviter les lésions des parties molles.

M. Frank (Cologne) propose à la place de la suture osseuse de faire une opération ostéoplastique beaucoup plus apte à favoriser la solidité ultérieure de la symphyse: elle consiste à interposer dans la symphyse un coin osseux pris à une branche ischio-pubienne et retenu à son périoste.

M. Bumm (Würzbourg) a étudié la réparation de la symphyse pubienne chez les animaux; dans certains cas il se forme du cartilage nouveau; dans d'autres, la réunion se fait par le tissu conjonctif et on constate de la mobilité.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Session de mai 1893.

Un cas d'ophthalmie sympathique.

M. Kalt. — Une petite fille de neuf ans se faisait, en novembre 1892, une plaie pénétrante de l'œil gauche dans la région du limbe cornéen. Trois semaines après le traumatisme, le 12 décembre, excision d'une partie de l'iris qui s'était hernié, et le surlendemain cautérisation au galvanocautère. La plaie était en bon état de guérison, quand le 21 décembre on s'aperçut de l'existence de dépôts iritiques dans l'autre œil. Pas d'injection notable; pas de douleurs ciliaires ni du côté blessé ni du côté droit sympathisé. L'ophthalmoscope montra que l'iritis de l'œil droit était associée à une névrite optique de moyenne intensité et que cette névrite se retrouvait également dans l'œil blessé dont le vitreum était trouble.

Deux jours après, sans énucléation, amélioration dans l'œil sympathisé, dont l'iritis avait diminué. L'amélioration continua et un mois après la vision était de 2/3 à droite et de 1/4 dans l'œil gauche blessé. Mais la névrite optique subsistait toujours dans les deux yeux, et le gonflement papillaire ne se montra nettement en décroissance que deux mois après. Chez cette malade, l'ophthalmie sympathique a donc paru s'améliorer spontanément.

L'absence de toute douleur ciliaire, l'absence même d'iritis avec exsudats pupillaires dans l'œil blessé, ainsi que d'injection périkératique notable, prouvent que les nerfs ciliaires n'ont pas servi de conducteurs à l'infection. L'ophthalmoscope montre au contraire nettement l'infection par la voie optique.

Traumatisme de l'orbite.

M. Teillais (Nantes) communique deux observations de traumatisme de l'orbite, dans lesquelles il s'agit de corps étrangers qui, après avoir pénétré dans la cavité orbitaire, y ont séjourné pendant longtemps sans avoir nui en quelque façon que ce soit à l'intégrité de l'œil.

Extraction récente d'une balle ayant séjourné dans l'orbite depuis l'année 1870.

M. Roose (Courtrai). — Un homme, âgé de 50 ans, ourdisseur à Roubaix, vint consulter le 25 février dernier, prétendant qu'un éclat d'obus lui avait enlevé, à la bataille de Sedan, son œil droit actuellement réduit à un moignon un peu douloureux et un peu rouge.

A l'examen de celui-ci M. Roose aperçut un point noir

métallique au fond de l'orbite et sous le chloroforme retira une grosse balle de plomb longue de deux centimètres et demi et pesant 32 grammes, qui était allée se loger au fond de la cavité de l'orbite. Du côté de l'œil gauche, l'acuité visuelle était normale et l'examen ophthalmoscopique n'a révélé aucune lésion.

Guérison spontanée du décollement rétinien.

M. Dor. — Un individu non myope fut atteint d'un double décollement à la suite d'un accident. Quand je l'observai, beaucoup plus tard, il existait à gauche de larges cicatrices d'un décollement ancien, et à droite un décollement partiel. Le malade était presque aveugle. Il resta sept ans et demi dans cette situation, puis sans traitement spécial et à l'occasion particulièrement suggestive d'un voyage à Lourdes les phénomènes s'amendèrent et la vue redevint très satisfaisante : OD, V = 1, OG, V = 2/7. L'ophthalmoscope révélait des cicatrices, mais la rétine s'était recollée. Ce fait prouve que la fonction rétinienne ne s'abolit pas si vite avec le décollement qu'on a voulu le dire.

M. Panas. — M. Pamard a publié un fait de guérison spontanée d'un décollement chez un abbé chez lequel tous les traitements avaient échoué. J'ai observé une malade atteinte d'un vaste décollement rétinien et qui revint guérie d'une cure dans une station d'eaux minérales chlorurées sodiques. Je ne crois pas cependant que le traitement salin ait influencé en quoi que ce soit ce résultat.

M. Martin attribue une certaine influence au traitement par les eaux salines.

M. Terson a observé un double décollement chez un jeune homme très myope guéri complètement en deux mois par le repos au lit et les frictions mercurielles.

M. Gillet de Grandmont a vu aussi un cas de guérison chez une myope.

Influence de la foudre sur la vision.

M. Ivanoff a observé une jeune paysanne qui fut atteinte par la foudre et reçut une commotion électrique intense, en même temps qu'elle était brûlée profondément en plusieurs points du corps. A la suite de cet accident, la vision fut troublée et l'examen révéla un rétrécissement marqué du champ visuel pour le blanc et les couleurs. Il existait en même temps de la mydriase. On peut attribuer ces phénomènes à une influence électrique s'étant fait sentir sur le trijumeau, à moins que l'on n'ait eu affaire à des symptômes hystériques. Ultérieurement, en effet, la malade présenta des stigmates hystériques caractéristiques.

Du nystagmus des mineurs.

M. Pechdo. — Le nystagmus des mineurs paraît dû non pas à l'attitude vicieuse, ni au défaut d'éclairage, mais à l'intoxication chronique qui résulte de ce que le mineur vit dans un air délétère et en contact permanent avec des gaz toxiques, comme le grisou, par exemple. Ce qui guérit le mieux, en effet, les ouvriers atteints de cette affection, c'est de les soustraire à l'air de la mine, et toutes les conditions restant les mêmes du côté de l'attitude, le travail au grand air amène la cessation du nystagmus, tandis que le retour à la mine fait reparaître la maladie.

Valeur séméiologique des troubles oculaires dans les associations hystéro-organiques.

M. Kœnig. — Parmi les maladies organiques qu'on a trouvé associées à l'hystérie, il faut citer en premier lieu la sclérose en plaques, puis le tabes, la syringomyélie, la maladie de Friedreich, la myopathie primitive, la paralysie générale. Parmi les névroses, la maladie de Basedow, la chorée, etc. Enfin, l'hystérie, qui se développe si fréquemment sous la provocation des intoxications, peut associer ses symptômes aux signes propres à celles ci (alcoolisme, syphilis). Il faut savoir distinguer la part qui revient à la névrose d'avec celle qui revient à l'organopathie.

Les signes oculaires sont, dans l'ensemble des symptômes de tout ordre, ceux qui permettent le plus souvent de résoudre ces différents problèmes; ces symptômes oculaires se groupent suivant les variétés suivantes : 1° les symptômes oculaires hystériques et organiques simultanément; 2° un ou plusieurs symptômes hystériques; 3° un ou plusieurs symptômes oculaires organiques.

Des conséquences optiques et pathologiques du clignement palpébral.

M. Bull (de Paris). — Si l'on observe les effets de la pression des paupières sur la conjonctive palpébrale et le globe de l'œil, on peut se rendre compte que la pinguicula et le ptérygion peuvent lui être attribués; toutefois, les conséquences les plus importantes du clignement se manifestent sur la cornée. Il y a, en effet, une forme particulière d'asthénopie produite par la pression des paupières sur la cornée, asthénopie se manifestant par des troubles de la vision, par une irritabilité cornéenne et par des accidents réflexes, tels que le blépharospasme et des maux de tête. Cette asthénopie par clignement est souvent attribuée à tort à une insuffisance musculaire. Par l'ophthalmomètre on peut voir, en outre, que cette pression sur la cornée a pour effet d'en changer un peu la courbure si elle est normale, et de la modifier beaucoup, même de plusieurs dioptries, si elle est anormale, surtout dans les cas de kératocone.

La déviation secondaire de la fausse projection dans la paralysie des muscles oculaires.

M. Landolt. — Le champ de fixation binoculaire d'un malade atteint de paralysie musculaire est infiniment moins étendu que ne le ferait supposer la comparaison des champs d'excursion des deux yeux. Ainsi, dans un cas de parésie du droit externe qui n'avait donné lieu qu'à une limitation de 16 degrés du champ de regard de l'œil affecté, l'étendue du champ binoculaire avait perdu au moins 78 degrés. De là le trouble considérable qui résulte d'une parésie même modérée pour un individu jouissant de la vision binoculaire. La fausse projection représente la même modification angulaire que l'excès de déviation qui distingue la déviation secondaire de la déviation primitive. Dans un cas la déviation secondaire était de 4 degrés plus forte que la déviation primitive, et en fixant avec l'œil atteint seul, le malade se trompait également de 4 degrés dans la direction du muscle parésié sur l'emplacement des objets qui l'entouraient.

M. Javal. — Je pense que dans des cas de ce genre on peut hâter beaucoup la guérison en pratiquant l'occlusion de l'œil sain pendant une partie du temps, et pendant le reste du temps en exerçant la vision binoculaire près des limites où elle est possible. En répétant de semaine en semaine des mesures analogues à celles de M. Landolt, on trouvera que les malades ainsi traités guérissent avec une rapidité surprenante.

M. de Wecker au nom des cliniciens objecte à M. Javal que l'occlusion de l'œil sain dans les paralysies oculaires entraîne ultérieurement l'établissement d'une rétraction dans l'œil paralysé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juin 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Stérisol.

M. Berlioz (Grenoble) fait connaître la composition et le mode d'emploi d'un vernis antiseptique adhérant aux muqueuses et à la peau, auquel il donne le nom de *stérisol*. En voici la formule :

Gomme laque purifiée entièrement soluble dans l'alcool, 270 grammes; benjoin purifié entièrement soluble dans l'alcool, 10 grammes; baume de Tolu, 10 grammes; acide phénique cristallisé, 100 grammes ; essence de cannelle de Chine, 6 grammes ; saccharine, 6 grammes; alcool, quantité suffisante pour un litre de liquide.

Des expériences ont montré le pouvoir bactéricide de ce composé ; le phénol, qui en est la partie active, ne s'évapore complètement de la couche de vernis qu'au bout de 24 heures.

Son emploi paraît principalement indiqué dans les régions de la face, du tronc et des organes génitaux où il est impossible ou difficile de maintenir les pansements.

Thoracoplastie.

M. Verneuil présente, au nom de M. Quénu, un jeune malade opéré pour une fistule pleurale consécutive à une pleurésie purulente et datant de deux ans et demi, en modifiant, suivant les indications spéciales, son procédé de thoracoplastie (voyez *Mercredi*, 1892, p. 147). L'énorme cavité qui subsistait siégeait tout à fait en arrière. M. Quénu a fait porter la section pleurocostale, avec excision d'un centimètre de chaque côté, entre l'omoplate et la colonne vertébrale le long du bord antérieur de l'aisselle d'autre part; il a ainsi obtenu un large plastron de thorax supportant le membre supérieur et qu'il a enfoncé à la rencontre du poumon. Les suites opératoires ont été des plus simples, malgré une albuminurie ancienne, et la cicatrisation était complète en 65 jours L'omoplate s'est rapprochée des apophyses épineuses, dont la ligne est restée à peu près droite. Ce résultat n'aurait pas été facilement obtenu avec l'opération d'Estlander, car on n'aurait guère pu songer à aller réséquer des côtes sous l'omoplate.

Brightisme; petite urémie, petits accidents du brightisme.

M. Dieulafoy. — Sur une soixantaine d'observations de maladie de Bright recueillies en quelques années dans mon service, l'albuminurie manquait dans un quart des cas. L'autopsie de plusieurs de ces malades a prouvé, en outre, d'une façon indéniable que l'albumine pouvait manquer pendant un temps plus ou moins long chez des brightiques atteints d'urémie.

J'ai observé, d'autre part, une série de malades chez lesquels l'albuminurie antérieurement constatée a disparu plus tard malgré l'évolution de la néphrite. Il est donc bien avéré que l'albuminurie peut manquer plus ou moins longtemps dans le cours des néphrites; elle est donc un symptôme infidèle, inconstant et partant n'a qu'une valeur minime et secondaire. D'autre part, en opposition avec ces faits, j'en connais un certain nombre d'autres concernant des personnes qui sont albuminuriques sans être brightiques.

D'où cette conclusion qu'en face d'un albuminurique, il faut bien se garder de porter, en l'absence d'autres signes, le diagnostic de mal de Bright. Ces albuminuriques, en effet, ne présentent jamais ni les grands accidents ni les petits accidents de la maladie de Bright.

Cela posé, je voudrais présenter la maladie de Bright sous l'une de ses formes les plus fréquentes, habituellement précoce et en quelque sorte fort atténuée. Cette forme, on pourrait la décrire sous la dénomination de brightisme ou de petite urémie; elle est constituée par les petits accidents de la maladie de Bright.

Parmi ces petits accidents du brightisme, je citerai d'abord les troubles auditifs qui étaient jusqu'ici passés à peu près inaperçus. Ce sont des sifflements ou des bourdonnements, un ou deux, dans les oreilles. Les causes de ces troubles auditifs sont multiples (œdème, paralysie du nerf acoustique, différence de pression). La fréquence de ces troubles est telle que je les ai constatés 34 fois sur 60 observations. M. Bonnier a même constaté que le syndrome mal défini, depuis nommé vertige de Ménière, n'est, dans bien des circonstances, autre chose qu'un symptôme brightique; je l'ai trouvé 13 fois.

Il faut ajouter à ces symptômes les suivants :

1° Celui du doigt mort, l'un des plus fréquents à toutes les époques du mal de Bright et à toutes ses formes;

2° Les démangeaisons remarquables parfois par leur intensité, par leur nature ou par leur précocité;

3° Les envies fréquentes d'uriner, soit la pollakiurie qu'il faut distinguer de la polyurie; celle-ci est un trouble de sécrétion et regarde le rein; la première est, au contraire, un trouble d'excrétion et regarde la vessie. Certains brightiques urinent 12 et 15 fois en 24 heures sans que pour cela la quantité de leur urine dépasse la normale;

4° L'impressionnabilité au froid ou cryesthésie, de préférence aux membres inférieurs, surtout aux genoux, à la jambe et aux pieds;

5° Les crampes dans les mollets fort douloureuses, dans la nuit surtout, réveillant les malades et les forçant à quitter leur lit;

6° Les épistaxis, symptôme très fréquent, de préférence le matin, sous forme de quelques filets de sang que le malade mouche au réveil (épistaxis matutinales);

7° La secousse électrique : au moment où l'individu va s'endormir, ou même pendant son sommeil, il est brusquement réveillé en sursaut par une secousse unique, violente, semblable à une décharge électrique, véritable convulsion clonique.

8° Bon nombre de gens atteints de brightisme ont l'artère temporale distendue, flexueuse, dilatée, c'est le signe de la temporale. Au toucher, l'artère simule presque un vaisseau athéromateux, mais il n'est pas question d'athérome. La distension du vaisseau est due à l'excès de tension sanguine qu'on retrouve chez bon nombre de brightiques dans tout le système artériel, à la radiale comme ailleurs.

Tels sont les signes et les symptômes qui, sous la dénomination de petits accidents du brightisme et à défaut d'œdèmes et d'albuminerie, permettront dans la très grande majorité des cas de faire le diagnostic du mal de Bright. Cependant, s'ils se présentent isolés ils ont peu de valeur, ils n'en acquièrent que par leur groupement chez le même individu. A plus forte raison ces petits accidents présentent-ils une grande importance s'ils sont associés à d'autres signes, tels que les œdèmes, le bruit de galop, etc.

Les œdèmes généralisés font, il est vrai, souvent défaut, mais il est bien rare qu'un brightique, même à une période peu avancée, ne présente pas quelque léger œdème (bouffissure des paupières, œdème frontal, malléolaire, etc.).

J'ai la conviction qu'un grand nombre d'individus sains en apparence sont entachés de brightisme. Cette dénomination devrait être réservée à la maladie arrivée à sa période confirmée et souvent voisine des grands accidents urémiques; mais cette période de la maladie confirmée est, je crois, le plus souvent précédée d'une période plus ou moins longue pendant laquelle évoluent simultanément ou successivement les symptômes du brightisme; la grande urémie est habituellement précédée pendant des mois ou des années de la petite urémie. Que de goutteux, d'arthritiques, de syphilitiques, ayant ou n'ayant pas eu d'albuminurie et qui présentent pendant longtemps les petits accidents du brightisme! que de gens ayant une maladie infectieuse (fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine, etc.), chez lesquels des symptômes de brightisme évoluent lentement, insidieusement pendant des mois et des années! que de femmes paraissant atteintes d'anémie ou de chloro-anémie, présentant des céphalées, de l'étouffement, des battements de cœur, passent pour des chlorotiques et sont atteintes, en réalité, de ce que l'on a appelé la chloro-brightisme !

On peut se demander si le syndrome clinique qui constitue le brightisme ne pourrait pas trouver ailleurs un criterium. Il existe dans le traitement, car la plupart des petits accidents du brightisme sont améliorés ou guéris par une cure lactée qui reste et restera la base fondamentale de la maladie.

Autant l'albuminurie est un symptôme inconstant, infidèle et trompeur, autant la présence des petits accidents du brightisme peut être d'un secours précieux dans le diagnostic de la maladie de Bright à toutes ses périodes, dans ses formes plus ou moins latentes. Il y a une grande et une petite urémie. Ce qui domine la situation dans la maladie de Bright à toutes ses phases, ce qui crée le danger, ce n'est pas ce qui passe au travers des reins, c'est ce qui ne passe pas.

Quand on a les petits accidents du brightisme, c'est un avertissement dont il faut tenir compte; il faut se soigner rigoureusement, qu'on soit albuminurique ou qu'on ne le soit pas.

L'albuminurie ne doit être notre guide ni dans le pronostic ni dans le traitement du mal de Bright. Ce ne sont pas les gens qui ont les urines les plus albumineuses qui sont le plus gravement compromis; on peut être fort malade avec peu d'albumine ou pas d'albumine du tout. Quant au régime lacté, il doit être imposé à tout individu présentant la grande ou la petite urémie avec ou sans albuminurie.

Ainsi envisagée, la question du brightisme permettra d'élargir le cadre de l'ancienne description de la maladie de Bright:

cette description ne sera plus strictement resserrée dans la dichotomie des néphrites parenchymateuses. Le brightisme s'associe volontiers à d'autres états pathologiques, notamment à l'arthritisme, à la syphilis, à l'anémie J'en entretiendrai l'Académie dans la prochaine séance.

M. G. Sée. — M. Dieulafoy a-t-il étudié, d'après le procédé de Bouchard, la toxicité de l'urine de tous ses malades ?

M. Dieulafoy. — De quelques-uns seulement.

M. G. Sée. — On peut alors mettre en doute le diagnostic dans tous les cas où cette recherche n'a pas été faite.

M. Dieulafoy. — Même pour ceux où l'autopsie a été faite ?

M. G. Sée. — Non, mais pour tous les autres.

M. Dieulafoy. — Même chez les malades qui présentaient un gramme d'albumine un an auparavant ?

M. G. Sée. — Ceux-là étaient des brightiques albuminuriques classiques.

M. Dieulafoy. — Mais ils restaient 8, 15, 30 jours sans avoir d'albumine !

M. G. Sée. — Peu importe ; le diagnostic reste douteux chez les malades qui n'ont pas eu d'albumine auparavant aussi bien que chez ceux dont on n'a pas étudié l'urine au point de vue de la toxicité. Il faudrait aussi savoir à l'aide de quel appareil a été étudiée l'augmentation de la pression dans les vaisseaux ?

M. Dieulafoy. — Nous examinerons tous ces points dans la prochaine séance.

Traitement du pied bot varus équin.

M. Just Championnière. — Grâce à l'antisepsie, l'ablation de portions d'os ou d'os du tarse (ablation de l'astragale) a pu être accomplie avec grand succès. M. Championnière a pratiqué l'ablation de l'astragale aussitôt qu'elle a été préconisée. Depuis, il a beaucoup perfectionné sa méthode ; il peut donner aujourd'hui une statistique de treize cas tous heureux et présenter une formule opératoire d'une extrême simplicité. Dans le traitement des formes graves du pied bot varus équin, il faut enlever non seulement l'astragale, mais tous les os du tarse qui gênent le redressement. C'est ainsi qu'il a enlevé l'astragale, le cuboïde, le scaphoïde, les cunéiformes, et même plusieurs fois la partie antérieure du calcanéum. Si l'antisepsie est parfaite, la réparation de ces plaies est d'une simplicité telle qu'on doit s'abstenir de tout appareil inamovible. En mobilisant très vite les pieds opérés, on obtient une souplesse suffisante. Il est inutile de faire des sections tendineuses complémentaires. Malgré ces pertes osseuses considérables, la voûte du pied est solide et élevée alors qu'*a priori* on devait penser qu'elle serait écrasée. Le pied est seulement un peu raccourci et sa forme ne diffère pas de celui du côté opposé. Les opérés marchent très vite de la troisième à la sixième semaine sans boiterie et sans appareil spécial, avec des souliers à contreforts un peu solides. Ils marchent à plat sur le sol de la façon la plus normale. La réparation est si simple qu'il ne faut jamais ménager un os du tarse, mais aller dans l'ablation des os jusqu'à ce que toute difformité soit immédiatement corrigée. Ces résultats sont si satisfaisants qu'on peut établir cette conclusion paradoxale qu'un pied bot compliqué ainsi traité est guéri plus vite et d'une façon plus satisfaisante que les pieds bots peu marqués pour lesquels on se contente nécessairement des sections tendineuses qu'il faut faire suivre de l'application d'appareils. Mais il faut que l'opération soit large jusqu'à l'excès et il faut que l'antiseptie soit irréprochable ; ce sont les conditions nécessaires de la réparation.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Gariel, la liste suivante de présentation à deux places de correspondant national dans la quatrième division (Physique et chimie médicales, pharmacie) est établie comme suit : 1° M. Fleury, pharmacien militaire ; 2° M. Linossier (Lyon) ; 3° *ex æquo* MM. Bergonié (Bordeaux), Bleicher (Nancy), Hugounenq (Lyon) et Eymard-Lacour, pharmacien militaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 mai 1893.

Ptomaïne extraite des urines dans l'eczéma.

M. A.-B. Griffiths. — J'ai extrait de l'urine d'eczémateux une nouvelle ptomaïne, qui est une substance blanche, cristalline, soluble dans l'eau, à réaction faiblement alcaline. elle est vénéneuse : une solution de cette ptomaïne (dans l'eau stérilisée), injectée sous la peau d'un lapin, détermine une inflammation catarrhale au point d'injection, une forte fièvre et, finalement, amène la mort.

J'ajoute qu'elle ne se rencontre pas dans les urines normales, mais seulement dans celles des individus atteints d'eczéma ; elle est donc bien formée dans l'économie au cours de cette maladie, d'où le nom d'*eczémine* que je lui ai donné.

Séance du 29 mai 1893.

Modifications de l'excrétion de l'urée, dans l'urine, au cours des maladies chirurgicales et après les opérations ; nécessité de la diète et des purgatifs après les opérations.

M. Lucas-Championnière. — On a attribué aux cancers viscéraux la diminution dans l'excrétion quotidienne de l'urée. Or, j'ai constaté que si, chez la plupart des cancéreux très cachectiques, le fait se produit, il existe cependant de nombreuses exceptions à cette règle. En revanche, d'après les très nombreuses analyses que j'ai faites, j'ai observé que certaines maladies non cancéreuses déterminent une déchéance organique assez grande pour amener un état d'abaissement considérable du taux de l'urée. Au premier rang de ces maladies sont les lésions ovariennes, et surtout les petites lésions douloureuses. Il y a là de quoi justifier les opérations qui en délivrent les malades et dont on conteste l'utilité. Avant d'intervenir, j'estime qu'on peut, par le repos, l'alimentation et le régime, remonter le taux de l'urée au grand bénéfice du sujet.

J'ai constaté aussi que, quel que fût le taux primitif de celle-ci, ce taux, après toutes les grandes opérations, augmentait dans des proportions considérables, au point d'être habituellement doublé ou triplé. Je l'ai vu même passer de 15 à 45 grammes, de 5 à 25 grammes. Cette exagération de l'excrétion de l'urée, qui se produit *malgré une diète absolue*, dure environ une semaine avec maximum au troisième jour. Le sujet rejette les produits de la combustion du sang ou de la lymphe épanchés ou des éléments anatomiques mortifiés. En tout cas, on voit combien, chez un sujet chargé d'une telle élimination, la diète est nécessaire, comme le voulaient empiriquement les chirurgiens d'autrefois appuyés sur une tradition sûre. Les purgatifs après les opérations ne sont pas moins utiles, puisqu'ils soulagent le rein et empêchent les résorptions intestinales, et je les prescris à tous mes opérés, les préconisant surtout pour les opérations abdominales.

En résumé, la recherche de l'urée fournit donc de précieux éléments de diagnostic, de pronostic et de traitement.

Mécanisme du processus hyperplasique dans les tumeurs épithéliales. — Applications.

(Note de **M. Fabre-Domergue** présentée par **M. A. Chauveau.**)

J'ai déjà dit que le processus hyperplasique par lequel prennent naissance les néoplasmes épithéliaux dépendait du sens de la direction de la cellule épithéliale ; que dans les épithéliums de revêtement comme dans les épithéliums glandulaires normaux, l'axe de division cellulaire était toujours perpendiculaire à la couche basilaire, le plan de division toujours parallèle à cette couche et qu'enfin le mécanisme tout entier du processus néoplasique résultait uniquement des modifications anormales de la direction des plans de division cellulaire. Ces modifications anormales vont en s'accentuant du papillome à l'épithéliome embryonnaire pour les tumeurs émanant des épithéliums de revêtement, de l'adénome au carcinome pour celles qui dérivent des épithéliums glandulaires. Par leurs transitions insensibles, elles montrent bien que les tumeurs épithéliales ne sont que les manifestations à des degrés divers d'un seul et même processus hyperplasique.

Sur les coupes perpendiculaires des diverses variétés de tumeurs que j'ai examinées, on peut constater facilement les

figures de division cellulaire et le sens de leur direction; l'on peut voir les fuseaux achromatiques des cellules basilaires du papillome s'implanter pour ainsi dire sur la membrane limitante de la couche épidermique, les cellules en division de l'épithélium lobulé s'orienter autour de centres plus ou moins espacés, etc.

Si l'on reconnaît la réalité du mécanisme cytodiérétique, l'on se trouve, par là même, conduit à admettre que nous possédons la connaissance non pas de la cause première, mais de la cause seconde de l'hyperplasie épithéliale. Or, dans le cas particulier, la cause seconde n'étant que la manifestation tangible d'une force inconnue ou cause première, ne peut-on espérer agir sur celle-ci en agissant sur ces manifestations? En d'autres termes, ne pourrait-on, en modifiant l'orientation de division des cellules d'un néoplasme, ramener cette orientation à la normale sans pour cela connaître la cause qui produit la désorientation?

Plusieurs auteurs ont déjà reconnu que plusieurs agents, et en première ligne l'électricité, peuvent agir sur cette orientation. La cellule s'oriente longitudinalement dans le sens du courant qui la traverse. Elle obéit en cela aux mêmes lois qui régissent les corps inertes, et il est permis de présumer que l'action directrice s'exerce sur elle non seulement en tant qu'ensemble, mais aussi sur chacune des molécules organiques qui la constituent.

La loi du mécanisme cytodiérétique des tumeurs telle que je la démontre aujourd'hui, présente donc, outre son intérêt intrinsèque, une portée beaucoup plus générale et qui est subordonnée au développement futur des recherches sur les applications de l'énergie à la direction de l'orientation cellulaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mai 1893.

Perforation palatine.

M. Quénu a publié il y a quelques années un cas de fistule du sinus maxillaire oblitérée à l'aide d'un lambeau gingival retourné, face cruentée en bas, et sur lequel il avait fait glisser, face cruentée en haut, un lambeau de muqueuse labiale. Il a appliqué la même méthode, avec plein succès, chez un homme auquel, à la suite d'une plaie d'arme à feu, il restait une vaste perforation palatine pour laquelle le procédé de Baizeau était impossible. Un lambeau palatin, pris en dedans, fut renversé face cruentée en bas, et l'absence des dents enlevées par le coup de feu permit de faire glisser sur lui un lambeau de la muqueuse labiale.

A ce propos s'est engagée une discussion de priorité où **M. Berger** a dit se souvenir qu'un chirurgien allemand avait publié des cas de restauration palatine par lambeaux labiaux; **M. Delorme** a publié en 1888 à la Société de chirurgie un fait analogue. Mais **M. Quénu** insiste sur l'adossement des deux lambeaux.

Martellement des orteils.

M. Chauvel fait un rapport sur un fait de M. Godin, relatif à un martellement du gros orteil traité avec plein succès par la résection inter-phalangienne. Ce siège de l'orteil en marteau est rare : Blum n'en parle pas, et M. Chauvel n'en trouve mention que dans l'article « Orteil » de Paulet dans le Dictionnaire encyclopédique, et il s'agit probablement d'un martellement artificiellement provoqué pour se faire exempter du service militaire — ce qui a déjà plusieurs fois été pratiqué, par section du tendon fléchisseur — et M. Chauvel se demande s'il est bon de laisser parmi les motifs d'exemption une infirmité aussi légère, curable par une opération tout à fait bénigne, à laquelle les sujets ne se soumettent qu'après la conscription.

M. Reynier sur d'assez nombreux cas d'orteil en marteau n'a vu cette difformité qu'une fois sur le gros orteil. Mais il en rapproche l'hallux valgus, ou déviation du gros orteil en dehors. Ce qui est inadmissible, lui ont fait observer **MM. Berger, Reclus, Kirmisson**, car l'hallux valgus est une déviation métatarso-phalangienne, due, comme Broca l'a bien montré, à une déformation de la tête du premier métatarsien; et c'est sur cette tête que portent toutes les opérations.

M. Berger n'a jamais vu le martellement du gros orteil; il en a opéré plusieurs du 2e et du 3e. Il fait une incision longitudinale et la plupart du temps se borne à réséquer la tête de la 1re phalange. Il a eu quelques accidents de suppuration et insiste sur la nécessité d'une désinfection du pied pendant plusieurs jours à l'avance.

M. Reclus constate que sur le moule présenté par M. Chauvel il semble y avoir hyperextension de tous les orteils. Il a vu l'an dernier un jeune homme atteint d'un état analogue et chez lequel il a eu un succès définitif par la simple section du tendon extenseur. **M. Monod** insiste sur cette manière de voir et considère le cas de M. Godin comme étant probablement un pied en griffe. Il a opéré avec succès deux cas de ce genre par la ténotomie. Cette opération semble donc bonne, mais **M. Delorme** fait observer que ce pied en griffe, si bien décrit par Duchenne, est dû à la paralysie des interosseux, dont l'électrisation lui a donné de fort bons résultats.

M. Kirmisson a également vu et opéré par ténotomie de ces orteils en griffe. Il accorde à MM. Monod et Reclus qu'il faut les distinguer du martellement, ce qui d'ailleurs est facile, car ils sont dus à une rétraction tendineuse, et l'orteil en marteau est caractérisé par des rétractions ligamenteuses. Il croit pourtant que le cas de M. Godin concerne un martellement.

M. Berger ne pense pas que la pathogénie de l'orteil en marteau soit aussi claire que l'a dit M. Kirmisson. La question est précisément de savoir pourquoi surviennent ces rétractions ligamenteuses. A ce propos, M. Berger se demande si quelquefois le martellement n'est pas lié au pied plat, l'affaissement de la voûte plantaire causant une distension des tendons fléchisseurs, surtout si l'un d'eux est anormalement court. Il a vu deux cas de ce genre et dans l'un d'eux, qu'il a pu suivre, a observé les faits suivants : il s'agissait d'un garçon de 5 ans chez lequel le martellement, réductible au repos, se produisait dès que par la marche la voûte plantaire s'aplatissait. La guérison fut obtenue en faisant porter une chaussure à semelle convexe en dedans, l'orteil étant relevé par une bandelette de diachylum en raquette.

M. Reynier croit que la pathogénie de l'orteil en marteau est très variable. On peut le voir survenir à tous les âges, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse. Chez l'enfant, il est quelquefois lié manifestement à des phénomènes d'atrophie musculaire. Ailleurs, il y a des lésions tendineuses, osseuses.

Abouchement anormal de l'uretère.

M. Bois (d'Aurillac) a examiné une jeune femme qui, tout en ayant des mictions normales, se plaignait d'une incontinence d'urine invétérée. Il existait dans l'épaisseur du bord gauche du méat urinaire un très petit pertuis, qui ne communiquait en aucune façon avec la vessie et n'était autre chose qu'un abouchement anormal de l'uretère gauche. En introduisant dans ce conduit un fin ténotome, il put facilement sectionner la paroi urétéro-vésicale sur un cathéter cannelé introduit dans la vessie, et rétablir ainsi un abouchement normal de l'uretère. Dans une opération ultérieure qui n'a pu être faite, à cause d'une grossesse, il ne restera qu'à fermer l'orifice anormal.

Accidents douloureux et troubles vertigineux consécutifs à des lésions du cerveau d'origine traumatique; trépanation; guérison.

M. Lucas-Championnière présente un malade trépané il y a trois semaines, dans les conditions suivantes : Cet homme a fait, il y a deux mois, une chute de 7 mètres de hauteur ; il a perdu complètement connaissance, mais n'a pas présenté ensuite d'accidents épileptiformes ou paralytiques. Depuis son accident, il avait conservé des douleurs continuelles, généralisées à toute la tête, et des sensations vertigineuses, ce qui parut rendre la trépanation suffisamment indiquée. Au cours de l'intervention, on trouva une fissure en arrière de la bosse pariétale du côté gauche, au point où l'on avait déjà pratiqué une incision cruciale exploratrice,

immédiatement après l'accident. Une ouverture de six centimètres environ montra la dure-mère intacte, mais après l'avoir incisée on constata une teinte grisâtre donnant à la surface du cerveau l'aspect de la méningo-encéphalite traumatique. Suture, drainage. Aussitôt après la trépanation, les douleurs ont totalement disparu, ainsi que les sensations de vertige.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 juin 1893.

PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

Injections organiques dans les maladies nerveuses.

M. Féré. — J'ai employé la méthode de M. Brown-Séquard chez 12 malades. Trois seulement de ces malades ont rapidement refusé de se soumettre au traitement, à cause de la douleur; l'un de ces derniers a même guéri à l'occasion de cette résistance, c'était un hystérique. Parmi les 9 autres malades, il y avait un hystérique et 8 épileptiques, tous déprimés considérablement. On faisait régulièrement deux injections par jour pendant un mois. Jamais il n'y a eu amélioration de la maladie nerveuse. Tous les malades, sauf deux, ont perdu de leur poids pendant les injections. Du reste, il n'y a pas eu d'accidents. Exceptionnellement, la température rectale a dépassé un peu 38°. Sur plus de 600 injections, il ne s'est produit que deux petits abcès sans gravité. En somme, la méthode ne m'a donné aucun résultat utile.

Urémie et injections organiques.

M. Brown-Séquard. — Il est assez étrange de voir des malades supporter une anurie complète pendant 8 et 10 jours, ou des chiens résister quelque temps à l'ablation des deux reins en présentant seulement un peu de faiblesse et quelques désordres gastriques. Cela permet de penser, à mon avis, que dans les maladies des reins, ce qui engendre les accidents urémiques, ce n'est pas la rétention de produits toxiques, mais la suppression de la sécrétion rénale interne. Qu'à un homme anurique ou à un chien néphrectomisé, on injecte de l'extrait de rein normal, et les accidents seront conjurés.

Dilatation cardiaque expérimentale.

M. Charrin. — L'injection au chien ou au lapin de certains produits de sécrétion du bacille pyocyanique détermine des modifications profondes dans la tension sanguine, la vasomotricité et la toxicité cardiaque. Le cœur peut se dilater d'une façon considérable. Si l'on a coupé les deux pneumogastriques et détruit la moelle, pour laisser le cœur réduit à son automatisme, les effets sont observés d'une façon analogue. Donc, à moins de faire intervenir une influence du système nerveux intra-cardiaque, il faut conclure qu'il y a là une action toxique et paralysante directe sur la fibre cardiaque.

Extirpation de la rate.

M. Dastre. — On sait dès longtemps que le dératement et même l'absence congénitale de la rate peuvent n'influencer que très peu la santé des animaux. Les observations ont été surtout faites sur des animaux adultes. Par analogie avec l'extirpation du corps thyroïde qui est surtout suivie d'accidents chez les animaux jeunes, on pouvait penser que le dératement aurait une influence plus grande sur la croissance des animaux opérés dans les premiers temps de la vie. M. Lancereaux a récemment, appuyé sur l'observation clinique, montré que les affections de la rate pouvaient troubler le développement et entraîner l'infantilisme. J'ai repris la question au point de vue expérimental. Or, les jeunes animaux dératés, soumis à l'observation, se sont développés régulièrement, ont augmenté de poids; la croissance n'a paru en aucune façon troublée dans aucun de ses éléments. L'expérimentation serait donc ici en contradiction avec l'observation clinique.

M. Beauregard. — Il y a quelques années, M. Pouchet a enlevé la rate à un bouc. L'animal s'est développé régulièrement et son appareil génital n'a présenté aucune anomalie. On a seulement remarqué que ses cornes étaient restées rudimentaires.

M. Laborde. — J'ai assisté aux expériences de Béclard, dératant des chiens. Un couple opéré simultanément dans ces conditions a présenté ensuite une vie sexuelle tout à fait normale.

Séance du 27 mai 1893.

Maladie de Parkinson; troubles se rattachant à l'appareil de la vision.

M. Kœnig a étudié chez dix sujets atteints de la maladie de Parkinson les troubles qui se rattachent à l'appareil de la vision. Quelques-uns d'entre eux sont pathognomoniques, d'autres sont des signes surajoutés que rien ne permet encore de rattacher à cette affection. En outre des symptômes déjà connus et qui sont : la fixité du regard, la *latéropulsion* indiquée par M. le professeur Debove, il en est d'autres qui n'ont pas été décrits ou qui l'ont été incomplètement. Dans la généralité des cas on remarque sur les paupières pendant l'occlusion des yeux un *tremblement* très apparent et une rigidité très prononcée quand on essaie de les soulever. Le tremblement est vibratoire, permanent, à rhythme régulier et à oscillations de petite amplitude qui rendent plus sensibles les plis transversaux de la paupière. Ces signes permettent de le différencier de celui qu'on trouve exceptionnellement chez les trembleurs hystériques et dans la sclérose en plaques. Il y a lieu de noter en second lieu les troubles portant sur *les mouvements associés des yeux* et qui occasionnent le déplacement brusque des yeux en haut et en bas du point fixé — phénomène analogue à la latéropulsion oculaire, le nystagmus latéral et enfin la réduction d'amplitude des mouvements des yeux.

Dans la généralité des cas les pupilles sont anormales et réagissent bien à la lumière. La faiblesse de leur contraction à la convergence tient à ce que celle-ci est toujours défectueuse.

Deux fois seulement l'auteur a noté l'inégalité pupillaire avec intégrité de la réaction. Mme Pilliet-Edwards a signalé le myosis dans un cas. M. Kœnig a aussi noté un *spasme de l'accommodation* dû à la rigidité du muscle ciliaire et qui se manifeste dans la vision rapprochée. Tous ces troubles moteurs sont comparables à ceux que l'auteur a déjà décrits dans la maladie de Thomsen. Dans cette dernière affection où les muscles sont seuls en cause, l'accommodation est toujours respectée, le muscle ciliaire étant un muscle à fibres lisses. Enfin l'*amblyopie* et l'*amaurose transitoire* que l'on observe exceptionnellement sont le résultat d'un trouble de circulation locale occasionné par les muscles contractés ; ce même phénomène a été observé par l'auteur dans la maladie de Thomsen.

Les lésions ophthalmoscopiques doivent être très rares. M. Kœnig ne les a observées que deux fois sous la forme d'une décoloration du nerf optique et d'une atrophie caractérisée. En ce qui concerne les modifications du champ visuel et la faculté chromatique, les résultats ont toujours été négatifs.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 juin 1893.

Putréfaction fœtale intra-utérine.

M. Gillis a trouvé dans l'utérus d'une vache morte dans un abattoir public le squelette presque complet d'un fœtus dissocié par la putréfaction. Le col utérin laissait suinter un liquide visqueux d'odeur très fétide; la palpation de l'utérus bicorne donnait la sensation de noix examinées à travers un sac. A l'ouverture de l'utérus, on vit que les deux cornes utérines étaient occupées par des os jaunâtres, dénudés; à la partie inférieure, il existait encore une portion du gros intestin contenant du méconium. On n'a pu retrouver aucun renseignement clinique ; la mort du fœtus a dû avoir lieu vers le 5e mois.

Kyste hydatique du foie.

M. Marmasse présente le foie d'un homme, âgé de 40 ans, mort dans le service de M. Troisier, à l'hôpital Lariboisière;

Il existe un kyste hydatique dans le grand lobe, à la face inférieure communiquant avec le canal cholédoque. La vésicule biliaire est ulcérée sur ses faces ; elle contenait de la bile et du pus. Il existe des vésicules filles dans le canal cholédoque dilaté ; leur présence explique les coliques hépatiques qu'a présentées le malade pendant la vie.

A la coupe, on voit des îlots puriformes dans les espaces portes : le malade avait succombé à des symptômes d'ictère grave.

Pyélo-néphrite infectieuse.

MM. Marie et **Riche** ont fait l'autopsie d'un prostatique, mort dans le service de M. Le Fort à l'Hôtel-Dieu, de broncho-pneumonie infectieuse. Il existe dans les reins des abcès miliaires très nombreux, de la pyélite, de l'urétérite localisée surtout dans le voisinage du bassinet et au-dessus de la portion vésicale. La vessie était épaissie, congestionnée ; au niveau du méat, sur le côté gauche du lobe médian de la prostate hypertrophiée, il existait un pont membraneux, qui semble le vestige d'une fausse route ancienne.

Tumeur adénoïde du corps thyroïde.

M. Pilliet présente la coupe d'une petite tumeur de la région cervicale sectionnée dans sa totalité. Elle avait été enlevée par M. Tillaux à la Pitié, après diagnostic de portion aberrante du corps thyroïde. Le pédicule de cette tumeur la mettait en rapport avec l'isthme du corps thyroïde. Il s'agit d'un adénome formé aux dépens du corps thyroïde modifié. On y voit des kystes séreux et des kystes sanguins. M. Pilliet se demande si la plupart des corps thyroïdes accessoires trouvés chez les animaux ne sont pas de semblables tumeurs.

Pseudo-kystes des trompes.

M. Pilliet montre les coupes successives d'une trompe qui présentait dans sa partie externe des sortes de poches kystiques. Au microscope, on reconnaît qu'il s'agit de poches formées par les adhérences des villosités de la muqueuse dans les pavillons des trompes enflammées et qui se soudent les unes aux autres.

G. DAGRON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 *juin* 1893.

PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Symptomatologie des intoxications alimentaires d'origine carnée.

M. Juhel-Rénoy. — La symptomatologie de ces intoxications est assez mal connue. Je viens d'observer quatre malades qui ont été pris de phénomènes d'intoxication après l'ingestion de viande de porc crue ou cuite. Chez tous, l'intoxication s'est manifestée par des vomissements, de la diarrhée, une courbature généralisée, une éruption et une fièvre d'intensité variable.

Chez mon premier malade, âgé de dix-neuf ans, les accidents ont apparu six heures après avoir mangé du porc rôti. L'indigestion dura deux jours et un érythème multiforme persista pendant 15 jours.

Ma seconde malade est une cuisinière qui, deux heures après avoir mangé de la saucisse de mou (viande, déchets, hachis, foie), fut prise de frissons, de céphalée et de rachialgie. Deux jours après, la malade fut dirigée vers le pavillon des varioleux à Aubervilliers, en raison de larges plaques rouges d'érythème scarlatiniforme ayant apparu sur le corps, en même temps qu'une température élevée et des phénomènes généraux très intenses.

Au bout d'une semaine, la fièvre tomba et l'érythème s'éteignit. Les urines étaient albumineuses et contenaient de l'indican.

Une roséole intense avec phénomènes généraux très accentués survint chez le troisième malade, trois heures après l'absorption de saucisses crues. La roséole laissa après elle une petite pigmentation et une très légère desquamation pityriasique. Il se fit pendant la convalescence un épanchement du genou gauche. Il s'agissait là sans doute d'un pseudo-rhumatisme infectieux. L'urine contenait de l'indican.

Les symptômes observés chez mon quatrième malade ont été beaucoup plus graves. Ils ont été ceux d'une méningite cérébro-spinale, avec fièvre intense, état général grave, albuminerie (oudo-purulente), pleurésie, érythème scarlatiniforme, arthropathie. Ces accidents étaient survenus après ingestion de chair à saucisses non cuite.

La symptomatologie présentée par mes quatre malades rappelle celle du botulisme.

Les symptômes fondamentaux révélateurs des empoisonnements par les viandes d'apparence fraîches ou altérées sont, suivant nous, par ordre de fréquence :

1° La diarrhée fétide, les nausées, les vomissements accompagnés d'une sensation de brisement des forces qui confine souvent à la paraplégie. Ces symptômes ne se montrent que plusieurs heures au moins après l'ingestion de la viande suspecte.

2° Dans un délai qui n'est, en général, pas moindre de quarante-huit heures, se montrent des éruptions qui tantôt revêtent le caractère polymorphe, quelquefois le type ortié, scarlatiforme, roséolique ; ces éruptions peuvent être fébriles ou non ;

3° L'érythème polymorphe de Hébra peut être causé par l'ingestion de viandes toxiques ;

4° Dans les cas graves, l'apparence typhoïde est complète : stupeur, délire, état du tube digestif, hémorrhagies, cycle fébrile, etc., etc. ;

5° Dans un degré plus élevé, quoique compatible encore avec la guérison, on peut observer toutes les complications des maladies infectieuses, au premier rang desquels il faut placer les localisations sur les séreuses (péricarde, endocarde, plèvre, séreuses articulaires, peut-être même les méninges cérébro-spinales) ;

6° La condition de ces formes multiples est l'introduction dans l'organisme de poisons d'origine alimentaire, et particulièrement de ceux qui proviennent de viandes ayant subi un degré plus ou moins avancé de putréfaction ; ingestion qui introduit des poisons chimiques, dont quelques-uns ont été isolés, et probablement aussi des parasites qui, par leurs sécrétions, concourent à l'empoisonnement et expliquent peut-être l'apparition d'éruptions qui méritent le nom de dermatoses alimentaires.

M. Faisans. — Je me demande si les symptômes observés chez les malades de M. Juhel-Rénoy ne dépendaient pas d'une autre cause, la grippe par exemple. Le quatrième malade, qui a présenté des symptômes si graves, n'a-t-il pas été atteint d'abord d'un rhumatisme viscéral ?

M. Sevestre. — Les accidents signalés par M. Juhel-Rénoy peuvent être rapprochés de ceux qu'on observe chez certains enfants au moment du sevrage. Ces petits malades ont souvent, à cette époque, une diarrhée fétide accompagnée parfois de fièvre ; ils présentent des éruptions multiformes, des broncho-pneumonies, des congestions pulmonaires mobiles, fugaces et même des congestions méningées avec contractures des extrémités.

Ces accidents cèdent généralement au calomel et aux antiseptiques intestinaux.

M. Hanot. — Dans le botulisme l'hypothermie est la règle, tandis que les malades de M. Juhel-Rénoy étaient tous fébricitants.

M. Juhel-Rénoy. — Dans les cas graves, l'hypothermie est la règle. Mes cas étaient bénins. Dans l'épidémie d'Aons étudiée par Polin et Labitte, presque tous les malades avaient de la fièvre.

M. Rendu. — Le poison et la dose varient suivant les cas. De plus, le terrain présenté par l'intoxiqué doit jouer un grand rôle. J'ai observé l'année dernière un cas mortel d'intoxication survenue après l'ingestion d'un pâté de gibier. Plusieurs membres de la même famille avaient mangé de ce pâté sans inconvénient. Mais mon malade, outre qu'il était déprimé par des chagrins, était à peine remis d'un ictère par

rétention, suite de colique hépatique, qui avait dû rendre son foie insuffisant. C'est là sans doute ce qui avait facilité chez lui l'intoxication.

M. Netter. — Dans le botulisme, l'hypothermie est la règle, contrairement à ce qu'a observé M. Juhel-Rénoy. Cela prouve que les cas d'intoxication alimentaire sont sous la dépendance de poisons divers. Les accidents présentés par les malades de M. Juhel-Rénoy se rapprochent beaucoup de ceux qui surviennent à la suite d'ingestion de poissons avariés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 1er juin 1893.

Présidence de M de Beauvais.

Résultats cliniques des injections de liquide testiculaire.

M. Bouffé. — Je crois que c'est à tort que l'on a attribué, dans certains cas, les effets curateurs produits par des injections de liquide testiculaire à la suggestion. A l'appui de mon opinion, je citerai les résultats obtenus chez certains animaux et les modifications physiques qu'on observe chez des malades, tels que le ralentissement du pouls, l'augmentation des forces musculaires, etc. Je pense que les effets curatifs du liquide testiculaire sont tout à fait spéciaux; ils sont dûs à une substance particulière et nullement au phosphate de soude que contiendrait ce liquide.

Il résulte de mes observations, et j'ai fait, à l'heure actuelle, plus de mille injections de liquide testiculaire, que ce liquide agit en donnant au système nerveux une puissance qui lui faisait défaut. Plusieurs des malades, ataxiques et neurasthéniques, que j'ai soignés voient leur guérison persister depuis plusieurs mois.

En ce qui concerne les ataxiques, rien ne s'oppose à ce qu'on admette la disparition des symptômes, sans que la lésion soit guérie. Je crois qu'il se passe ici quelque chose d'analogue à ce qu'on observe quand la sensibilité persiste après la section d'un tronc nerveux. Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de fibres, sans action jusque-là et qui commencent à fonctionner par dynamogénie, sous l'influence du liquide testiculaire chez les ataxiques.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation, le liquide testiculaire constitue, à mon avis, un agent térapeutique d'une grande puissance et qui ne peut être remplacé par aucun des liquides auxquels on a attribué des propriétés analogues.

M. Bonnefin. — La première tentative pour employer les liquides extraits des organes comme agents thérapeutiques a été faite par Baud, en 1858. La substance qu'il employait était extraite de la moelle allongée; il l'administrait sous le nom de phosphoréine par la voie gastrique et en a tiré de bons effets dans divers cas; en particulier, il a guéri un ulcère de la cornée. Depuis cette époque, un certain nombre d'essais avaient été faits, avec des succès variés. Aucune de ces tentatives, du reste, ne s'appuyait sur une théorie rationnelle. Cette théorie, M. Brown-Séquard l'a formulée. En présence des succès nombreux qui se produisent chaque jour, je crois qu'il est impossible de nier, aujourd'hui, la valeur thérapeutique du liquide testiculaire et qu'il faut définitivement cesser d'attribuer ses effets salutaires à la suggestion.

M. Bardet. — Je ne nie pas les faits rapportés par M. Bouffé. Il a guéri certains malades et leur guérison persiste; qu'est-ce que cela prouve contre l'action de la suggestion? Ne voit-on pas, chaque jour, des maladies rebelles disparaître définitivement sous l'influence de la suggestion?

A l'appui de l'influence énorme du moral sur le physique, voici un fait qui m'est personnel : j'avais mis dans une armoire un flacon contenant une assez grande quantité d'acide prussique. Un jour, en ouvrant l'armoire dans laquelle il se trouvait, ce flacon se cassa. Aussitôt, je fuis et, sur le palier, je fus pris d'une syncope. Le soir, en rentrant dans la chambre, j'y sentais l'odeur d'amande amère. Or, tout cela était l'effet de la suggestion : en examinant le flacon je m'aperçus qu'il était cassé depuis longtemps et que la poussière y avait pénétré. L'acide prussique avait depuis longtemps disparu; syncope, odeur perçue, tout cela était un effet de mon imagination.

Je persiste donc à croire que les ataxiques et les neurasthéniques guéris par le liquide testiculaire sont simplement des suggestionnés.

M. Tolédano. — M. Bouffé nous a parlé d'un ulcère de la cornée guéri par la phosphoréine; je ne vois pas bien comment ce médicament aurait pu agir dans ce cas, à moins qu'on admette une amélioration de l'état général. Il est impossible de lui attribuer une influence directe sur la lésion cornéenne.

M. Guelpa. — D'une manière générale, je crois, comme M. Bardet, qu'il faut faire une grande part à la suggestion pour expliquer l'action du liquide testiculaire. Cependant, il faut faire une différence en ce qui concerne le traitement du myxœdème; ici toutes les tentatives ont été couronnées d'un succès durable.

M. Bérillon. — Non seulement on obtient des guérisons dans le myxœdème par les injections hypodermiques, mais encore par l'emploi du liquide testiculaire par la voie gastrique. Quant au tabes, le médicament agit dans cette affection seulement par suggestion. Cette influence de la suggestion est d'autant plus manifeste que la plupart des ataxiques sont doublés d'hystériques. Les symptômes que l'on guérit chez ces ataxiques sont précisément ceux qui dépendent de l'hystérie.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NÉVROLOGIE DE BERLIN

Séance du 8 mai 1893.

Blessure du trijumeau.

M. Scheier. — Un homme reçoit une balle dans le côté droit de la figure. Amené à la clinique, on y constate une anesthésie des paupières du côté droit et une propulsion du globe oculaire du même côté. Dans l'idée que la balle se trouvait dans l'orbite, on fait une incision de la paupière pour explorer la cavité orbitaire. On ne trouve pas de balle, mais on constate un broiement de la lame criblée de l'ethmoïde. Le malade est resté 2 mois à la clinique, et à sa sortie il présentait les phénomènes suivants :

Anesthésie de toute la moitié droite de la tête, sauf au niveau de la commissure labiale où se trouvent les nerfs cervicaux; anesthésie des muqueuses conjonctive, nasale, buccale, gingivale et linguale dans ses deux tiers antérieurs. Comme troubles trophiques, on a noté : au 16e jour après l'accident, une ulcération de la cornée avec hernie de l'iris; plus tard, ulcération des muqueuses buccale et nasale. Perte de la vue et de l'odorat du côté droit.

Il faut admettre que, dans ce cas, la balle avait coupé le trijumeau, l'optique et l'olfactif. Dans un autre cas se rapportant à un homme tombé d'un échafaudage, on a trouvé les mêmes phénomènes que dans le cas précédent, sauf les troubles trophiques. Ce malade a guéri par un traitement électrique approprié.

Névrite et paralysie aiguë après influenza.

M. Leyden a rapporté un cas de névrite périphérique et un cas de paralysie de Landry survenues après l'influenza.

La première observation se rapporte à une femme qui, quelque temps après une attaque d'influenza, fut prise de douleurs dans les membres, de paralysies partielles des bras. A la clinique, à côté des phénomènes ci-dessus, on trouva encore une néphrite aiguë, une sensibilité des troncs nerveux à la pression et une névrite gauche.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de 27 ans entrée à l'hôpital le 7 novembre 1892 pour une attaque d'influenza. Elle sortit au bout de 3 jours sans être guérie, pour continuer à se soigner chez elle. De temps en temps, elle avait des mouvements fébriles et se plaignait surtout d'une grande faiblesse. En septembre 1892, la faiblesse augmenta à tel point qu'elle ne pouvait plus remuer ses jambes, et en même

temps les doigts devinrent le siège de fourmillements et d'engourdissements. Quand elle rentra à la clinique, il existait une paralysie des quatre membres et de l'aphonie. Le soir elle pouvait encore marcher un peu, mais, le matin, elle présentait le tableau d'une paralysie complète avec douleurs et paresthésie des membres. Au bout de quelques jours, les muscles respirateurs furent pris à leur tour, la respiration devint superficielle et la malade succomba avec un pouls à 144 et une respiration à 44. A l'autopsie, on trouva une atrophie jaune du cœur et une névrite périphérique. La moelle présentait les lésions décrites dans la paralysie de Landry, la tuméfaction des cylindres-axes.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE DE BERLIN

Séance du 2 mai 1893.

Tuberculose de la muqueuse buccale.

M. Heller présente une femme de 28 ans à antécédents tuberculeux héréditaires très nets, traitée en 1890 pour une pneumonie par de la tuberculine contre laquelle elle ne réagissait pas. En 1891 elle contracta la syphilis ou du moins fut traitée comme telle. En avril 1893 apparition sur les limites de la voûte palatine et du voile du palais d'une série d'ulcérations superficielles, et de granulations jaunes sur l'amygdale gauche. Rien du côté de l'épiglotte; pâleur de la muqueuse laryngée; expectoration peu abondante contenant des bacilles tuberculeux en petit nombre. Pas trace de syphilis ancienne (leucodémie, adénopathie).

Il s'agit probablement dans ce cas de tuberculose buccale.

M. Lewin attire l'attention sur la difficulté diagnostique dans les cas d'infection tuberculeuse et syphilitique concomitante, d'autant plus qu'il est difficile de trouver des bacilles dans les ulcérations tuberculeuses de la bouche. Dans un cas M. Lewin a été obligé de faire plusieurs centaines de coupes avant de trouver un seul bacille. Il croit encore que la tuberculose buccale est plus fréquente qu'on ne le pense et qu'elle est souvent le point de départ de la tuberculose pulmonaire.

M. Isaac relève qu'il faudrait encore faire le diagnostic différentiel avec les aphtes. Dans un cas de ce genre guéri par le chlorate de potasse, un médecin avait diagnostiqué la syphilis et un autre la tuberculose.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 26 mai 1893.

Colite membraneuse traitée par la colotomie inguinale.

M. Mayo Robson. — J'ai traité un cas de colite membraneuse par la colotomie inguinale ; j'ai traité chirurgicalement les surfaces ulcérées et j'ai fermé ultérieurement l'anus artificiel que j'avais dû créer. Il y avait des ulcérations intenses de la partie inférieure du côlon et de la partie supérieure du rectum. J'ai traité ces ulcérations par des lavages réguliers à l'eau boriquée pratiqués par l'anus artificiel. Dans ce cas, j'ai pu atteindre toutes les parties malades par la colotomie inguinale; mais même dans un cas où les ulcérations siégeraient plus haut, je n'hésiterais pas encore à ouvrir l'intestin.

M. White. — Il faut distinguer la colite membraneuse et la colite ulcéreuse. La dernière se montre principalement chez l'homme à la période moyenne de la vie; elle est très souvent mortelle et souvent elle entraîne la mort en quelques semaines. Elle s'associe souvent au mal de Bright. La colite membraneuse est une affection essentiellement chronique, durant plusieurs mois.

M. Robinson. — En 1891, j'ai opéré un homme atteint de colite ulcéreuse qui s'était annoncée par d'abondantes hémorrhagies. J'ai pratiqué la colotomie inguinale et j'ai trouvé dans l'S iliaque une grande ulcération allant en profondeur jusqu'à la tunique péritonéale. J'ai fixé cette anse intestinale en dehors de l'abdomen et, peu après, l'ulcération se perfora. Le malade qui était très affaibli mourut quatre jours après. A l'autopsie, on trouva de nombreux ulcères s'étendant depuis le milieu du côlon transverse jusqu'à l'S iliaque.

Asphyxie par le protoxyde d'azote.

M. Gage-Brown. — Le 14 mars, j'ai été appelé chez un dentiste, âgé de 40 ans, et je l'ai trouvé étendu sur le plancher ; il était mort; la face était livide, les oreilles, les lèvres et les ongles étaient bleus. Quelques instants avant, la servante, en ouvrant la porte de son cabinet, l'avait trouvé ayant sur la figure l'appareil destiné à endormir par le protoxyde d'azote. Elle l'avait alors étendu sur le plancher. A l'autopsie, on trouva le système veineux engorgé par du sang noir, le système artériel était vide. Du reste, tous les organes étaient parfaitement sains.

Albuminurie chronique.

M. Hawkins. — Un homme qui vint me consulter me raconta que, 25 ans auparavant, étant en pleine santé, il voulut contracter une assurance sur la vie ; on refusa parce qu'on trouva de l'albumine dans ses urines. Il se soumit alors à un régime, mais toujours on trouva de l'albumine dans ses urines. Son urine, examinée au mois de janvier dernier, contenait encore de l'albumine. Du reste, cet homme se porte très bien et peut même se livrer à des exercices violents. Dans un autre cas, l'albuminurie durait depuis 43 ans; c'était un médecin ayant une grande clientèle qui l'abandonna, car en 1841, il consulta Bright qui lui déclara qu'il vivrait à peine deux ans. Pendant 18 ans, le malade fut, en outre, obligé de se lever la nuit pour uriner. En 1887, outre l'albumine, on trouva encore du sucre dans l'urine de ce malade; la présence de ce sucre dans l'urine persista pendant 8 mois. Le cœur était hypertrophié, mais ne présentait aucune anomalie à l'auscultation. Ce malade mourut d'hémorrhagie cérébrale en 1892, à l'âge de 88 ans, 43 ans après le pronostic porté par Bright. Cela prouve que la vie est parfaitement compatible avec certaines albuminuries chroniques. La quantité d'albumine qui existe dans l'urine et la présence de corps hyalins ne permettent aucunement de porter un pronostic. J'ai une statistique de 106 cas de néphrite chronique; sur ces 106 cas, 20 malades moururent d'hémorrhagie cérébrale, leur santé générale s'étant maintenue parfaite jusqu'à la mort. Les autres sont morts à la suite d'œdèmes ayant envahi les poumons et les plèvres. C'est donc l'œdème qui, dans ces cas, est la cause la plus ordinaire de la mort.

SOCIÉTÉ HARVEYENNE DE LONDRES

Séance du 4 mai 1893.

Cure radicale de hernie.

M. Silcock. — L'empressement avec lequel les malades réclament cette opération est un garant de sa réussite. A la suite de cette opération, des hommes ont été pris comme soldats. Les récidives sont rares. Sur 20 cas de hernies inguinale opérés chez des sujets de un an à 35 ans, de 1889 à 1891, je ne connais actuellement qu'une récidive; on a recommencé l'opération et le malade va bien. La mortalité de cette opération est très faible. Le point essentiel de l'opération réside dans l'oblitération du sac. Je suis pour cela la pratique de Lucas-Championnière. Je fais rester le malade au lit pendant trois semaines après l'opération et je ne lui fais porter aucun bandage.

M. Treves. — Je n'ai vu qu'une récidive et cela chez un sujet opéré il y a plusieurs années par une mauvaise méthode. L'oblitération du sac est le point essentiel de l'opération.

M. Lockwood. — On ne doit pas entreprendre à la légère une cure radicale. J'ai pratiqué quarante fois cette opération et je n'ai eu qu'une mort du fait de l'éther. Les résultats éloignés de cette opération sont excellents.

M. Butlin. — La mortalité de cette opération est devenue très faible et je pense qu'à l'avenir elle ne dépassera pas 1 ou 2 pour 100. Bien entendu, je n'y comprends pas les cas de hernie étranglée.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE MÉDICALE

De la suppuration post-typhique des kystes de l'ovaire, par M. R. Werth.

Il arrive parfois d'observer la suppuration des kystes de l'ovaire sans qu'on puisse toujours en expliquer la cause. Depuis longtemps j'avais pensé à la possibilité d'une infection typhique, quand, l'an passé, j'eus l'heureuse fortune d'opérer un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire contenant le bacille typhique à l'état de culture pure.

Cette observation constitue un fait nouveau à ajouter à l'étude de la suppuration post-typhique. C'est à ce titre que je me permets de vous la rappeler avec quelques détails.

Marie M..., âgée de 29 ans, entra à l'hôpital le 2 juin 1892, pour une tumeur abdominale s'accompagnant de douleurs dans l'hypochondre droit. Celles-ci avaient débuté brusquement au commencement de l'année; après des périodes d'accalmie plus ou moins longues, elles prirent, dans les derniers temps, un caractère plus persistant et plus aigu et s'accompagnèrent d'une augmentation du volume de l'abdomen.

La malade, antérieurement bien portante, fit du mois d'octobre au mois de novembre 1891 une fièvre typhoïde légère, à évolution régulière.

A son entrée, elle avait le teint très anémié, sans présenter toutefois de lésions des organes thoraciques.

L'abdomen était considérablement augmenté de volume par l'existence d'une tumeur elliptique, nettement fluctuante, sensible à la pression. Son sommet s'élevait à 21 centimètres de la symphyse pubienne. L'utérus était nettement appréciable au-dessous de la tumeur et ne présentait pas d'augmentation de volume.

Le 4 juin 1892, je pratiquai l'ovariotomie à l'aide de l'incision médiane. Je n'insisterai pas sur les détails et les difficultés de l'opération; qu'il me suffise de vous signaler la rupture du kyste au cours de l'intervention, accident dû autant à la minceur de la paroi de la poche qu'à l'existence d'adhérences assez nombreuses. L'écoulement de liquide purulent contenant des grumeaux de matières sébacées et des cheveux en suspension, était caractéristique d'un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire. L'ovaire droit présentait également un petit kyste que j'excisai, en ménageant la partie saine de l'organe.

Je fermai l'abdomen par la suture en étage.

Le kyste présentait une paroi mince, fragile et lisse et brillante extérieurement. Sa face interne était revêtue en partie d'un exsudat muqueux rougeâtre, en partie de matières sébacées et de produits épidermiques au milieu desquels on trouvait des cheveux fortement implantés.

L'examen du contenu kystique au microscope révéla l'existence de nombreux leucocytes bien nucléés au milieu d'une quantité de détritus mal caractérisés. Malgré une recherche attentive, il ne fut pas possible de découvrir, sur les lamelles faites immédiatement après l'opération, trace de micro-organismes.

A l'issue du liquide purulent kystique, celui-ci fut immédiatement recueilli en flacon stérile pour être ultérieurement mis en culture.

Avant de vous donner le résultat bactériologique de l'examen du contenu de cette tumeur, je vous dirai que les suites opératoires ont été parfaites et que la malade quittait la clinique le 25 juin, complètement guérie.

Qu'il me soit permis de remercier ici MM. Fischer et Jacincke de l'étude si complète qu'ils ont bien voulu faire au point de vue bactériologique du contenu de ce kyste.

Il en résulte qu'il s'agissait d'une suppuration par le bacille typhique en culture pure, ainsi que j'ai pu m'en convaincre en examinant les préparations, les ensemencements sur les divers milieux appréciés, la coloration des cils, des bacilles et les réactions caractéristiques classiques.

Le bacterium coli, on le sait, est souvent en cause dans les suppurations abdominales, mais ce n'était pas le cas de ce malade. En effet, les cultures qui ont été faites ont été nettement différenciées de celles du coli-bacille. Elles ne coagulaient pas le lait et ne produisaient point de gaz comme ce dernier (Dunbar). C'est là un point de diagnostic important, si l'on se rappelle combien les bacilles d'Eberth et d'Escherich présentent d'analogie.

La seule observation à ma connaissance qui se rapproche de celle que je viens de vous rapporter est celle de Fasching (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1892, n° 18), dans laquelle la nature du bacille typhique est démontrée par toutes les réactions et tous les procédés de culture connus à ce jour.

C'est un fait intéressant de savoir que le bacille d'Eberth, après avoir déterminé une maladie spécifique générale, est encore capable de continuer sa vie parasitaire dans l'organisme, et d'y causer à un moment donné une affection locale, un foyer de suppuration. Il est d'ailleurs d'accord avec l'opinion courante, que les maladies infectieuses guérissent par l'action de substances immunisantes qui vaccinent moins contre l'agent microbien lui-même que contre les produits toxiques qu'il fabrique.

Dans le cas de ma malade, le foyer typhique contient encore, 8 mois après l'affection, des micro-organismes capables de se cultiver. Ce fait rappelle l'observation de Orlow (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, p. 1086), qui, 8 mois après une fièvre typhoïde, retrouva le bacille typhique dans un abcès périostique. Vidal et Chantemesse l'ont constaté même après 15 mois.

Le bacille typhique semble n'acquérir de propriété pyogène que dans l'organisme immunisé par nature ou par une première atteinte de fièvre typhoïde. C'est ce qui résulte des recherches de divers auteurs faites sur les animaux chez lesquels on peut déterminer, après les avoir vaccinés, une suppuration locale en les infectant avec du bacille typhique; les observations recueillies chez l'homme sont d'accord avec cette opinion. Les manifestations suppuratives typhiques ne surviennent que dans les derniers temps de la maladie, sinon à un moment plus ou moins éloigné de son évolution complète.

L'aspect du pus typhique paraît variable. Dans un cas de péritonite exsudative de Frænkel, il était très fluide et contenait de nombreux cristaux d'hématoïdine qui lui donnaient une coloration brunâtre. Dans l'observation de Fasching, il était liquide séreux, jaune brunâtre. Dans mon cas, le contenu kystique avait l'aspect d'un pus séreux, d'odeur fade, désagréable.

L'observation que je viens de rapporter, si curieuse, si rare qu'elle paraisse, ne doit pas surprendre, si l'on songe aux localisations secondaires si nombreuses du bacille typhique. Le système osseux y paraît particulièrement prédisposé.

Le poumon, la plèvre, le péritoine, les ganglions mésentériques, le corps thyroïde, les testicules ont été le siège d'infection typhique suppurative (1).

(1) D'après *Deutsche méd. Woch.*, 25 mai 1893, p. 489.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE
Session de mai 1893.

Traitement du kératocone.

M. Chevallereau applique la pointe fine du thermocautère au sommet même du kératocone; il se passe alors le phénomène suivant : lorsque la pointe fine du thermocautère arrive à une certaine profondeur, probablement dans la substance propre, on sent la cornée s'affaisser; les assistants, en se plaçant dans le plan de l'iris, voient la cornée s'aplatir graduellement. On peut ainsi, sans perforer la cornée, obtenir un aplatissement de cette membrane aussi complet qu'on le désire. M. Chevallereau a deux malades qu'il a opérés le même jour, l'un par perforation de la cornée, l'autre sans perforation. Le premier, qui comptait les doigts à 20 centimètres seulement, les compte maintenant à près de 3 mètres; le second a passé de OD = 1/20 à OD = 1/3 et de OG = 1/15 à OG = 1/6. Ce procédé est surtout applicable aux cas dans lesquels le sommet du kératocone est déjà le siège d'un leucome et à ceux dans lesquels le sommet du cône n'est pas au centre de la cornée; il offre le grand avantage de donner immédiatement tout ce qu'il peut donner et de permettre de renvoyer aussitôt après les malades, presque sans pansement.

M. Motais est tout à fait partisan du traitement chirurgical du kératocone. Mais il faut distinguer deux cas :

1° Une opacité centrale existe. Dans ce cas, le procédé de M. Chevallereau n'a aucun inconvénient. Il serait préférable cependant d'essayer le tatouage qui produit un résultat esthétique en même temps qu'un aplatissement de la cornée;

2° Le centre est transparent. Dans ces cas, par le procédé de de Græfe, et la résection d'un lambeau cornéen après iridectomie, M. Motais a eu des résultats excellents qui durent depuis onze ans chez un malade et depuis un an chez un autre.

M. Despagnet a objecté à M. Chevallereau que, jusqu'ici, il y avait unanimité d'opinions pour admettre que toute intervention chirurgicale ne produisait de bons effets qu'autant qu'on attaquait la cornée dans toute son épaisseur. Ouvrir la chambre antérieure, c'était la règle, et de Græfe, après avoir fait l'abrasion d'une portion de la cornée, cautérisait ensuite tous les jours l'ulcère ainsi produit jusqu'à ce que la chambre antérieure fût ouverte. Pour justifier cette méthode, il suffit de rappeler les expériences de His et de bien d'autres ophthalmologistes qui n'ont artificiellement pu produire le kératocone qu'en pénétrant à l'aide d'une aiguille dans la chambre antérieure et en grattant ensuite la face postérieure de la cornée. Donc, l'altération des couches profondes de la cornée étant l'élément essentiel dans la pathogénie du kératocone, c'est à elle qu'il faut nous attaquer. Or, M. Chevallereau, par ses cautérisations, les a complètement respectées. Il n'a intéressé que les couches superficielles. Aussi est-on en droit de s'étonner des résultats obtenus, et, tout en les appréciant hautement, attendre que les cas opérés de la sorte soient plus nombreux avant d'en tirer des conclusions.

M. Coppez dans un cas de kératocone a produit chirurgicalement une cataracte, puis pratiqué l'extraction du cristallin. Le résultat qui se maintient est excellent et d'autant meilleur que la myopie est considérablement réduite.

M. Abadie ayant appliqué une fois le procédé de M. Chevallereau a vu survenir des accès glaucomateux sur l'autre œil; il a conseillé l'application des cornées artificielles de M. Sulzer.

Conjonctivite pseudo-membraneuse chronique; examen bactériologique.

M. Guibert (La Roche-sur-Yon). — La conjonctivite diphthéritique a-t-elle toujours, dans notre pays du moins, la gravité qu'on lui prête? ou bien, au contraire, les conjonctivites pseudo-membraneuses à staphylocoques et à streptocoques sont-elles aussi bénignes qu'on veut le dire? L'observation d'une fillette de sept ans, qui depuis sa naissance a fait trois rechutes d'angine avec conjonctivite également pseudo-membraneuse, destruction de l'œil gauche et guérison de l'œil droit, semble prouver (si l'on ne tient compte que de la clinique) que la diphthérie peut guérir, ou qu'au contraire (si l'on ne s'en rapporte qu'à l'examen bactériologique) les conjonctivites à staphylocoques et à streptocoques peuvent avoir un haut degré de gravité. Le jus de citron ne produit pas les effets désastreux que lui a attribués M. Galezowski ; c'est au contraire un excellent agent thérapeutique.

M. Sulzer a soigné cinq cas de conjonctivite pseudo-membraneuse, qui ont guéri définitivement, sans conjonctive chronique consécutive, en deux à trois semaines et ont été traités de la façon suivante : après avoir renversé complètement les paupières et enlevé les fausses membranes dans leur totalité, on tamponne la surface conjonctivale saignante avec un tampon d'ouate trempé dans une solution de sublimé à 1 0/00. Ce nettoyage, répété deux fois par jour, est suivi d'une instillation large d'une solution de nitrate de pilocarpine à 1/25e.

M. Fage a publié une observation de conjonctivite pseudo-membraneuse dans laquelle l'examen bactériologique n'a pas révélé la présence du bacille de Lœffler. Le cas de M. Guibert ne paraît pas concluant, car si nous savons que le bacille disparaît quand la maladie se prolonge, MM. Roux et Yersin nous ont appris qu'il existe une substance chimique qui donne la diphthérie en l'absence de tout microbe vivant; or, M. Guibert n'a pas pratiqué d'inoculations expérimentales. Pour le traitement, les acides paraissent indiqués, puisqu'ils diminuent les propriétés toxiques des cultures.

De l'emploi de l'aldéhyde formique comme antiseptique oculaire.

M. Valude. — Dans l'évaluation respective de la valeur des divers antiseptiques entre eux, la faute que l'on commet toujours est qu'on veut comparer des substances dont l'action sur les micro-organismes est absolument différente. Ainsi le sublimé qui, comme microbicide, est doué d'une puissance supérieure à tous les autres antiseptiques connus, doit cependant céder le pas aux substances d'aniline dans certaines circonstances, lorsqu'il s'agit de pénétrer intimement certains tissus imprégnés de microbes pathogènes. Ceci ne veut pourtant pas dire que les substances d'aniline soient plus antiseptiques que le sublimé, mais seulement que, dans les cas où il s'agit de diffusibilité, leur action est supérieure.

Nous avons, avec notre chef de laboratoire, M. le docteur Dubief, qui nous en a suggéré l'idée, étudié un corps qui possède un pouvoir antiseptique très intéressant : l'aldéhyde formique ou formol. L'aldéhyde formique se présente sous la forme d'un liquide incolore à l'état pur, et qui, en solution dans l'eau où il est très miscible, n'a qu'une légère odeur empyreumatique à peine sensible. L'aldéhyde formique est très avide d'eau, et par conséquent *très diffusible*, ce qui nous le rend précieux; il ne coagule pas l'albumine, autre avantage, et enfin il n'est pas toxique ou ne l'est que très peu, puisqu'on peut en boire impunément une certaine quantité. Il résiste enfin très bien et reste inaltéré à la lumière, même dans un flacon imparfaitement bouché.

Les propriétés antiseptiques de cette substance, déjà étudiées et mises au jour par Duclaux dans un travail publié l'année dernière, sont extrêmement remarquables. A la dose très faible de 0.016 millig. par litre, il empêche la culture de microbes dans du bouillon de viande, et sa simple vapeur obtenue en laissant un flacon ouvert sous une cloche réussit à empêcher un morceau de viande de s'altérer, même pendant une durée de plusieurs semaines.

Ce qui est curieux, c'est que ce corps, doué de propriétés antiseptiques bien supérieures à celles du sublimé (en ce sens que rien ne pousse dans un liquide rendu aseptique par l'aldéhyde formique, alors que le sublimé à même dose n'empêcherait pas la culture), est moins microbicide que lui. Ainsi, à dose égale, le sublimé en solution tuera des microbes en une minute alors que ceux-ci résisteront beaucoup plus longtemps à l'aldéhyde formique.

Les actions de ces deux corps sont donc différentes et il ne faut pas chercher à les comparer, mais à tirer parti de leurs propriétés spéciales.

Le sublimé est un antiseptique immédiat, mais dont l'effet cesse aussitôt; on sait que les conjonctives lavées au sublimé

présentent encore des micro-organismes le lendemain. L'aldéhyde formique, qui assure une stérilisation prolongée, pouvait me donner, à ce point de vue, des résultats différents. J'ai donc, chez des malades destinés à être opérés, pratiqué sur l'un des yeux la désinfection à l'aide du sublimé à 1/2000e et sur l'autre des lavages identiques avec l'aldéhyde formique à même dose. Les conjonctives lavées à l'aldéhyde ont été trouvées stériles quatorze fois sur seize ; avec le sublimé, le même fait a été seulement noté dans la moitié des cas.

Comme, dans les infections oculaires, qu'il s'agisse de conjonctivites purulentes ou d'une infection post-opératoire, on ne sait jamais si le traitement mis en œuvre agit, soit en tuant les microbes existants, soit en empêchant le développement de nouvelles armées infectieuses, j'ai voulu essayer l'aldéhyde formique, qui jouirait à un haut degré de la seconde propriété. Dans les vieilles conjonctivites torpides dont le pus se reproduit incessamment, résistant à tous les traitements, j'ai obtenu les meilleurs effets de l'instillation répétée de l'aldéhyde formique à 1 0/0 ; de même j'ai pu trois ou quatre fois arrêter, par les mêmes instillations, des infections post-opératoires en voie de provoquer une véritable panophthalmie. Je crois que c'est un agent précieux en pareil cas, et je l'ai employé avec succès également dans l'ophthalmie des nouveau-nés.

S'il est un effet qui devait être avant tout obtenu par ce puissant antiseptique, c'est la stérilisation prolongée des collyres, qui ne précipitent pas avec l'aldéhyde formique comme avec le sublimé : des flacons d'atropine et d'ésérine sont demeurés, en effet, avec le formol, entièrement inaltérés pendant plus d'un mois. La stérilisation simple des collyres est dès lors une question résolue et il suffit, pour l'assurer, d'employer l'aldéhyde à la dose de 1/2000e.

Enfin, le formol n'altère aucun métal : ni l'acier comme le sublimé, ni l'aluminium ou l'argent comme le cyanure d'hydrargyre qui, de plus, est très caustique. Ce serait donc un bon liquide de bain instrumental. L'aldéhyde formique n'irrite pas l'œil ; il cause seulement une cuisson passagère qui est forte avec les doses élevées, mais minime avec la solution à 1/2000e.

Chalazion.

M. Parisotti. — Tout récemment, Tangl aurait retrouvé le bacille de la tuberculose dans le tissu du chalazion. Or, lorsque ce travail me tomba entre les mains, un de mes assistants venait d'être atteint d'une tuberculose à marche rapide. Quelques mois auparavant, j'avais dû lui enlever une série nombreuse de chalazions. A la même époque, un autre confrère, préparateur d'anatomie descriptive, reçut sur les yeux les éclaboussures d'un liquide cadavérique. Il survint à la suite une inflammation des paupières, surtout de leurs bords libres, et une éruption de chalazions que je dus enlever. La tuberculose existe dans la famille maternelle de ce confrère.

J'ai donc répété les recherches de Tangl, sur dix-huit cas qui démontrent que le tissu propre du chalazion se rapproche étroitement du tissu du nodule tuberculeux, avec les cellules géantes, etc. L'inoculation ne s'est pas toutefois montrée assez souvent positive pour qu'on puisse conclure affirmativement.

M. Juler (Londres) n'a observé que des chalazions composés seulement de cellules épithéliales.

M. Boucheron (Paris) a fait en 1886 une série d'expériences qui ont démontré que la grande majorité des chalazions jeunes — extirpés avec les précautions d'usage et servant à l'ensemencement de milieux de cultures — produisent des colonies microbiennes. Ces micrococques sont de la famille des microbes pyogènes à des degrés divers d'atténuation. Injectés dans les paupières des animaux, ils reproduisent des tumeurs siégeant dans les glandes meibomiennes, comme habituellement les chalazions. Quelques-unes de ces cultures sont assez virulentes pour produire des accidents généraux après une injection dans les veines de l'oreille du lapin. M. Lagrange a ultérieurement retrouvé au microscope des micrococques dans un certain nombre de chalazions. Par conséquent, les chalazions doivent être considérés très généralement comme des cultures microbiennes dans les glandes de Meibomius.

Sarcome de la paupière supérieure.

M. Fage. — J'ai eu l'occasion d'opérer une femme de quarante-neuf ans qui portait un sarcome occupant toute la paupière supérieure gauche et qui avait pris la forme et le volume d'une grosse noix divisée par moitié. Le ganglion préauriculaire était envahi. La tumeur a été enlevée et la paupière entièrement refaite à l'aide d'un lambeau ovalaire de peau pris sur la joue ; le ganglion malade a été extirpé. Le résultat plastique a été fort satisfaisant, mais le mal a reparu rapidement dans la région préauriculaire. L'examen histologique de la tumeur a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome à petite cellules embryonnaires, rondes, semblables entre elles, n'ayant autour de leur noyau qu'une très faible couche de protoplasma.

Le sarcome palpébral est rare ; il siège en général à la paupière supérieure, est rarement multiple, fréquemment parvi-cellulaire et non pigmenté, et il évolue vite et récidive dans la plupart des cas.

Une observation de cécité intermittente.

M. Gayet. — J'ai eu l'occasion d'observer un jeune homm de dix-sept ans, aussi bien doué au moral qu'au physique, qui a été atteint en octobre et décembre 1892, puis en janvier et février 1893, d'attaques d'amaurose *absolue*, sans altérations de l'œil. Ces attaques ont duré les unes vingt-quatre heures, les autres jusqu'à quatre et cinq jours ; tantôt la cécité est survenue brusquement et partie de même, tantôt elle a mis quelques heures à se compléter et tout autant pour disparaître. Elles ont toutes été caractérisées par ce fait que les mouvements pupillaires n'ont pas été suspendus ni troublés pendant tout le temps de l'aveuglement. L'amaurose, dans aucune de ses apparitions, n'a été préparée ni accompagnée par des symptômes prémonitoires. Les urines ont été analysées et ont paru normales. L'acuité visuelle, en dehors des crises, est égale à 1, et les champs visuels, peut-être un peu rétrécis, sont restés normaux pour le blanc et les couleurs.

Rien dans l'hérédité ascendante, nulle névrose. Le patient a eu un frère qui a succombé à l'âge d'un an à une méningite ; quant à lui, vers trois ans il a été traité pour une maladie de même nature, dont son médecin se souvient très bien et dont il a fourni les détails. Depuis cette époque, il s'est toujours admirablement porté ; il est devenu un beau garçon, et il occupe en rhétorique, dans son lycée, la première place

Le seul événement à noter dans sa vie lui est arrivé le 29 mai 1892, quatre mois et demi avant sa première crise de cécité. Cheminant en bicyclette sur une route, le long d'un canal, dont elle est séparée par un gazon de 3 mètres, notre jeune homme s'est tout à coup aperçu qu'il se trouvait dans l'eau, sans pouvoir se rendre compte de la manière dont il y était tombé. Quoique étourdi, il a pu replonger pour chercher sa machine, restée dans le canal ; puis il est remonté sur la berge, sur laquelle son étourdissement, plus fort que jamais, l'a obligé de s'étendre jusqu'à ce qu'un passant charitable ait pu le reconduire chez lui.

Je ne crois pas, dans ce cas, à l'hystérie, car ce jeune malade n'en présente aucun symptôme, je suis plutôt porté à rattacher les crises amaurotiques à un mal comitial larvé.

L'*absence* du 29 mai et l'ancienne méningite constituent des présomptions sérieuses. Quant à dire à quelle lésion rattacher ces singulières crises, à quelle cause directe attribuer la cécité intermittente, nul ne le saurait : embolie, spasme capillaire, compression par le liquide encéphalo-rachidien peuvent être discutés, et surtout une de ces auto-intoxications passagères, qui mettent momentanément dans le sang des matières capables d'agir sur le système nerveux.

M. de Wecker a observé une hystérique qui présenta une cécité absolue et prolongée pendant de longs mois sans rémission aucune.

M. Parisotti a étudié un dégénéré psychique qui a présenté successivement deux périodes de cécité : l'une dura quatre mois, l'autre deux. En même temps, il existait de l'hypotrophie de la face du même côté. Enfin, il survint des phénomènes paralytiques du côté de l'œil qui était amaurotique.

M. Parisotti croit en outre qu'il faut ranger dans l'épilepsie larvée la migraine ophthalmique ; il y a là tout un chapitre nouveau de pathologie à faire.

M. Grandclément a vu des amblyopies transitoires de quelques minutes chez des neurasthéniques très accusés. Dans ces cas, qui ne ressemblent pas à celui de M. Gayet, il faut attribuer les phénomènes à une intoxication passagère portant sur les lobes cérébraux.

M. A. Dufour (Lausanne). — On peut comprendre ces phénomènes de cécité subite quand on observe ce qui se passe dans la migraine ophthalmique, avec le spasme des vaisseaux rétiniens; il est facile de comprendre que le même phénomène, se produisant au niveau des lobes cérébraux, par réflexe gastro-intestinal ou autrement, peut provoquer des phénomènes d'amblyopie transitoire.

M. Galezowski a vu les mêmes phénomènes d'amblyopie se produire dans le cours de la grippe et est disposé à attribuer leur existence à l'influenza. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un jeune soldat qui, chaque soir, subissait une attaque d'amblyopie caractérisée au début par une diminution particulière du champ visuel; en même temps, il existait un état fébrile grippal. Le deuxième cas a trait à une femme, hystérique il est vrai, mais dont les accidents amblyopiques furent améliorés par le sulfate de quinine.

M. Chibret se souvient d'une jeune malade qui était atteinte de vertige épileptique et en même temps d'épistaxis très fréquentes. Ces épistaxis, troubles vaso-moteurs accentués, disparurent au moment de la puberté. Le malade de M. Gayet présentait-il quelque symptôme analogue qui pût servir à interpréter son amblyopie transitoire comme un phénomène vaso-moteur?

M. Gayet. — Mon malade n'a pas eu d'épistaxis.

Tumeur mélanique de l'orbite ; caractères différentiels des tumeurs mélaniques.

M. Lagrange (de Bordeaux) a opéré, par l'exentération complète de l'orbite, une tumeur mélanique grosse comme une noix, développée en dehors du globe de l'œil. La vision avait disparu par la compression du nerf optique ; la sclérotique adhérait au néoplasme, mais le globe de l'œil était complètement indemne. La guérison se maintient depuis cinq mois.

L'examen histologique a établi que le pigment était d'origine purement hématique ; l'objectif à immersion a montré un grand nombre de globules rouges sortis par diapédèse des vaisseaux, infiltrés entre les cellules et ayant même quelquefois pénétré dans l'intérieur de celles-ci.

La réaction de Perls, en donnant une coloration bleue, montra d'autre part que l'origine du pigment était bien hématique, puisque cette réaction caractérise les sels de fer. Le pigment uvéal choroïdien ne donne pas cette réaction : c'est là un moyen de distinguer deux variétés de pigment dans les tumeurs mélaniques vraies. Il est bien entendu que les fausses mélanoses, avec hémorrhagies anciennes, cristaux d'hématoïdine, etc., sont en dehors de la question.

Avec Vossius, Birnbacher, M. Lagrange pense que les tumeurs mélaniques d'origine hématique, qui sont surtout celles de la paupière, de la conjonctive et de l'orbite, sont beaucoup moins malignes que celles qui sont primitivement développées dans la cavité oculaire.

Maladies des voies lacrymales.

M. Terson (Toulouse) préconise un procédé de curettage des voies lacrymales sans incision cutanée.

Après avoir injecté dans le sac quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/20e, on incise *largement* le conduit lacrymal supérieur à l'aide du petit couteau mousse de Weber. On rétablit ensuite le passage jusqu'au fond du canal nasal à l'aide d'un stylet de Bowman n° 4. Cela fait, une petite curette tranchante et fenêtrée, introduite par le conduit incisé, est poussée jusqu'au manche dans le canal lacrymo-nasal. L'instrument est d'abord promené dans tout le trajet du canal nasal, auquel il restitue son calibre normal, le manche étant retourné dans la main comme pour la stricturotomie de Stilling; puis on remonte dans le sac lacrymal dont on pratique le curettage dans tous les sens, méthodiquement, toujours en retournant sur lui-même le manche de l'instrument.

L'instrument est une véritable anse tranchante, dont la tige est droite, d'où un peu de difficulté dans la manœuvre, si l'arcade sourcilière est très proéminente. Il sera facile de lui donner pour ces cas spéciaux un certain degré de courbure.

Ce procédé offre les avantages suivants : il rétablit instantanément dans toutes ses parties le calibre normal du canal nasal, procure ainsi une large voie d'écoulement aux liquides provenant des régions supérieures de l'appareil lacrymal et permet aux malades intelligents de compléter eux-mêmes la cure, en évitant toute nouvelle stagnation, par des pressions réitérées du sac. Il peut être pratiqué plusieurs fois, s'il y a lieu, en donnant un résultat toujours meilleur.

Son indication est formelle toutes les fois que les malades ne veulent ou ne peuvent disposer d'un temps de séjour même limité auprès de l'oculiste qu'ils viennent consulter ; il en est de même vis-à-vis de ceux qui ont déjà subi sans succès des sondages réitérés. Le curettage pourra servir de préface à l'opération de la cataracte, quand celle-ci est compliquée de catarrhe des voies lacrymales.

M. Despagnet (Paris) constate d'abord que depuis son mémoire sur le curettage du sac lacrymal, il y a eu une unanimité presque absolue sur les bons résultats obtenus par la méthode du curettage par la voie externe. Mais si M. Terson adopte le curettage, il aime mieux le faire par la voie interne au curettage et non par la voie externe à cause de la dégradation plastique qui peut résulter de ce dernier. Cet argument n'a pas grande valeur, car il ne reste jamais de trace appréciable du curettage par la voie externe, quelle que soit l'étendue du débridement et de la perte de substance. D'autre part, le curettage fait par le canalicule lacrymal doit fatalement être insuffisant. M. Terson lui-même reconnaît qu'il ne permet pas d'agir très efficacement sur la paroi postérieure du sac, surtout si ce sac est distendu. Or, dans toute blennorrhée du sac, cette distension existe, et il n'y aurait pas blennorrhée s'il n'y avait pas distension. D'ailleurs, M. Terson dit que lorsque cette distension atteint un certain degré, il fait l'incision externe pour diminuer l'étendue de la paroi antérieure. C'est là, en effet, une règle absolue qu'il serait dangereux de méconnaître, car si on ne rend pas au sac ses dimensions primitives par une excision de la paroi antérieure, le larmoiement persiste comme devant. Pourquoi donc, puisque cette distension existe toujours, ne pas faire dans tous les cas l'incision externe qui permet de faire l'excision et un curettage vraiment chirurgical? En effet, le procédé de M. Terson non seulement nous fait agir en aveugle sur les parties à curetter, mais encore ne nous permet pas l'élimination des éléments que la curette a détachés et qui, restant dans le sac, donnent lieu à une réinfection certaine ; la condition essentielle d'un résultat heureux, c'est, après le curettage, la désinfection complète et absolue de la poche curettée ; et cette désinfection est impossible avec le procédé de M. Terson. Sans doute, après son opération, M. Terson fait par le point lacrymal un lavage des voies excrétantes, mais nous savons tous par expérience que, dans beaucoup de cas de blennorrhée du sac, l'injection passe très bien et pourtant l'infection persiste. Cela prouve que le liquide prend la voie la plus directe qu'il trouve ouverte pour sortir dans le nez sans se répandre le moins du monde dans les culs-de-sac. C'est ce qui arrive à M. Terson après son curettage. Donc, pour le curettage du sac, la voie externe est la meilleure parce qu'elle nous permet de voir les parties que nous curettons, d'en faire ensuite et pendant plusieurs jours consécutifs une désinfection complète, et enfin parce que cette opération ne laisse plus tard aucune trace.

Reste le canal et il est bien probable que l'idée de le curetter, lui aussi, a inspiré à M. Terson le procédé qu'il nous conseille. Or, on modifie complètement la muqueuse qui le tapisse avec le passage d'une sonde n° 6, qui certainement doit détacher toutes les parcelles de muqueuse altérée. En tout cas, M. Despagnet n'a jamais vu de réinfection par le fait de la muqueuse du canal et il s'en tiendra à cette pratique, craignant qu'avec la curette tranchante, on n'arrive, en la tournant et la retournant dans le canal, comme le demande M. Terson, à pratiquer non seulement l'abrasion de la muqueuse malade, mais la déchirure de la muqueuse saine, déchirure qui provoquera des cicatrices, lesquelles seront plus tard des agents de rétrécissement difficiles à vaincre.

M. Kalt ne croit pas à la réalité des fongosités que l'on s'applique à détruire par le curettage. Il a recherché ces fongosités après avoir ouvert le sac et ne les a pas trouvées.

L'examen histologique des parois des sacs atteints de blennorrhée a été tout aussi négatif. Le curettage par la voie externe expose aussi à des récidives.

M. Vacher vient à bout des suppurations chroniques du sac en rétablissant d'abord la voie de passage, ensuite avec une seringue il injecte dans le sac quelques gouttes de nitrate d'argent à 1/20, puis il fait un pansement compressif à l'iodoforme au moyen d'une boulette de coton appliquée dans le coin de l'œil. Quelques jours après il diminue le titre de la solution d'argent. **M. Pechdo** obtient les mêmes bons résultats avec un traitement identique.

M. Terson pense comme M. Despagnet que dans tous les cas de dacryocystite, le symptôme initial et toujours prédominant est la dilatation anormale du sac, et cette dilatation exagérée ne permettrait pas l'exécution convenable du curettage sans incision cutanée externe. Reste à déterminer le degré que cette dilatation doit atteindre pour rendre l'exécution du curettage par voie interne incomplète et partant défectueuse. Ce degré doit être considérable et, loin d'être la règle, c'est l'exception.

M. Despagnet se défend de ne pas agir sur le canal nasal, en disant « qu'il en fait le *curettage* après celui du sac, à l'aide d'un stylet de Bowman n° 6 ». Oui, il fraye ainsi un passage dans la muqueuse boursouflée; mais on ne saurait comparer cet élargissement tout momentané à la large voie d'écoulement que rétablit l'emploi de la curette à double tranchant, et qui se maintient. Une différence essentielle, c'est qu'avec sa méthode le traitement dure des semaines sans qu'on puisse songer à le renouveler facilement en cas de récidive, tandis que le curettage par voie interne tel que je l'indique rétablit rapidement les voies naturelles d'écoulement et peut être renouvelé selon la nécessité, pour ainsi dire à volonté. M. Kalt a dit que la méthode de M. Despagnet lui a donné de bons résultats, mais aussi des récidives. Cela vient à l'appui de la nécessité de faire le curettage du canal nasal en même temps que celui du sac.

M. Bourgeois (Reims) pense qu'il est nécessaire de conserver aux voies d'écoulement des larmes la forme qui leur a été attribuée par la nature. Le débridement des canalicules, pratiqué si couramment autrefois, devra être l'exception. La base du traitement doit reposer sur les injections ou irrigations de solutions antiseptiques : le boro-borax et le sublimé. Pour pratiquer ces irrigations il faut qu'une sonde creuse n° 2 ou n° 3 puisse passer par le canalicule inférieur. Lorsque ce dernier est rétréci, surtout au point d'abouchement dans le sac, il y a lieu de pratiquer la *lacrymotomie*. Cette opération nouvelle, qui peut être comparée à l'uréthrotomie interne, se fait avec un petit couteau plus court de moitié que le couteau de Weber. Après avoir dilaté, avec un stylet conique, le canalicule inférieur, on introduit le couteau, le tranchant regardant en bas, et on le pousse jusqu'à ce qu'il vienne buter contre la paroi osseuse du sac, puis on le retire par le même chemin. Par le canalicule ainsi élargi, mais ayant conservé sa forme tubulaire, on peut faire passer les sondes creuses, pour procéder aux irrigations. En répétant plusieurs jours de suite ces irrigations, le rétrécissement ne se produit plus et le larmoiement disparaît. On obtient aussi rapidement la guérison des dacryocystites récentes.

M. Germaix (d'Alger) a obtenu d'excellents résultats par les irrigations prolongées soit sur le globe et les culs-de-sac, dans les cas de granulations ou de kératite infectieuse, soit dans les voies lacrymales : irrigations d'eau boriquée, froide ou chaude, suivant les cas. La seringue d'Anel est insuffisante pour les irrigations prolongées : il faut la visser et la dévisser pour la remplir plusieurs fois, d'où perte de temps pour le médecin et douleur pour le malade. Lorsqu'il y a une inflammation vive des voies lacrymales, M. Germaix se sert d'une seringue spéciale et plus volumineuse, pour permettre une irrigation prolongée des parties soumises au traitement.

Traitement des ulcères et des abcès exulcérés de la cornée par le raclage et l'irrigation.

M. de Wecker. — Les moyens anciennement utilisés contre les ulcères de la cornée, tels que l'incision de Sœmisch ou la cautérisation ignée, doivent être abandonnés en faveur du raclage avec une petite curette tranchante dont MM. Snellen père et Badal se sont eux aussi depuis peu déclarés partisans.

Voici comment nous procédons : nous attaquons les ulcères et abcès exulcérés avec une petite curette tranchante jusqu'à ce que toutes les parties blanchâtres aient été détachées ; nous irriguons largement et fortement au moyen d'une solution boriquée à 4 0/0 ; enfin, nous employons le pansement occlusif. Le but de cette nouvelle manière de procéder dans le traitement des ulcères cornéens est de substituer aux parois infectées qui existaient une plaie cornéenne normale, laquelle, sous un pansement antiseptique occlusif, guérira sans s'infecter à nouveau. L'avantage de ce raclage est d'abord d'éviter la destruction du tissu sain, comme il arrive avec le cautère. Une fois le raclage exécuté, il est nécessaire, pour obtenir une asepsie parfaite du point malade, de pratiquer une irrigation antiseptique prolongée.

M. Vacher emploie également dans ces cas le raclage de la cornée suivi d'irrigations aseptiques. Les solutions mercurielles lui ont donné des états laiteux de la cornée et il leur préfère l'eau bouillie.

M. Despagnet considère le raclage des ulcères en général comme une opération produisant les meilleurs effets, mais il demande à M. de Wecker de vouloir bien préciser mieux les indications de l'opération et en dire les dangers, car opérant sur des surfaces très restreintes et sur une membrane d'une si faible épaisseur, il ne paraît pas impossible de dépasser le but cherché et aggraver la situation par le seul fait de l'intervention.

Au point de vue de leur profondeur, il faut diviser les ulcères cornéens en deux catégories : superficiels et profonds. Les premiers n'intéressent que les couches superficielles : épithélium et membrane de Bowman. A ceux-là on ne saurait appliquer le raclage. Il est impossible, en effet, de mesurer à quelques dixièmes de millimètre près la profondeur qu'atteindra la curette et dès lors on intéressera immédiatement la couche cornée proprement dite, d'où une tache cicatricielle, tandis que cette variété d'ulcère guérit sans laisser de traces. Quant aux ulcères profonds, toujours à cause de l'impossibilité de mesurer notre action, n'est-il pas arrivé à M. de Wecker d'aller plus loin qu'il ne voulait, et de provoquer la perforation de la cornée que certainement il ne désirait pas, perforation produite dans de mauvaises conditions et tout à fait irrégulière ?

M. de Wecker a répondu qu'il lui est arrivé très rarement d'ouvrir la cornée, ce qui d'ailleurs ne lui a jamais donné d'accidents. La guérison des ulcères superficiels, qui s'opère en effet spontanément, est encore plus rapide et plus nette, comme cicatrisation, quand on a fait le grattage.

M. Gillet de Grandmont trouve que dans ce traitement il y a deux choses également rationnelles : le raclage et le lavage. Pour ce dernier, au lieu d'employer les liquides, il emploie les gaz et se sert d'oxygène à 150 atmosphères. Ces sortes de douches gazeuses procurent un nettoyage parfait des anfractuosités les plus cachées de l'ulcère.

M. Galezowski, pensant que les ulcères rongeants sont toujours accompagnés d'anesthésie de la cornée et que dès lors tous les moyens irritants doivent être proscrits, a eu l'idée de recourir au simple pansement occlusif renouvelé une fois par vingt-quatre heures.

M. Valude (Paris) a d'ailleurs répondu qu'il n'était pas besoin de décrire le pansement occlusif dans les ulcères de la cornée et de vanter ses bons effets, car il y a déjà longtemps que ses avantages sont connus, grâce aux travaux de Gillet de Grandmont, de Gama Pinto, de M. Valude lui-même. Mais, pour bénéficier de l'occlusion, il faut laisser le pansement à demeure plusieurs jours, et M. Galezowski, qui le change tous les jours, ne fait pas en réalité d'occlusion.

Coloboma de la choroïde et du nerf optique.

M. Bagnéris (Reims). — Dans un cas de coloboma de la choroïde, la papille optique était englobée au point d'être très peu visible; en un point seulement l'émergence du vaisseau la signalait à l'attention. Il est probable que l'ectasie scléroticale s'est prolongée dans la gaine du nerf optique; et il y a là un ensemble de caractères qui vient corroborer l'opinion de Nieden et de Wecker sur l'existence, en cas de coloboma semblable, d'une fermeture incomplète de la fente fœtale.

Sur un traitement perfectionné de l'ophthalmie purulente.

M. Browne (Liverpool) préconise dans les ophthalmies purulentes les irrigations prolongées et continues de trichlorphénol.

M. Martin (Bordeaux) pense qu'on doit réformer le traitement de l'ophthalmie purulente, et en particulier supprimer les collyres irritants qui sont un non-sens. L'eau chaude serait un bon moyen à essayer, surtout pour prévenir la mortification de la cornée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juin 1893.

Extirpation du cancer de l'estomac.

M. Defontaine (du Creusot). — J'ai fait deux fois et avec succès l'extirpation du pylore cancéreux. Ma première opération date du 1er mai 1892 (1). La malade va actuellement très bien, elle digère tous les aliments et n'a pas vomi une seule fois depuis. Son poids a augmenté de 30 livres.

Ma dernière opération date du 14 mai dernier. Dès le quatrième jour, la malade s'est alimentée. Le douzième jour elle s'est levée ; à ce moment elle digérait le pain et la viande ; le quinzième jour elle est retournée chez elle.

Chez ces deux malades qui vomissaient tout aliment solide et même liquide, le bien-être est revenu très rapidement et même avant d'avoir pris aucun médicament. Dès le troisième ou quatrième jour après l'opération, le teint jaune et terreux a fait place à un teint clair, ce qui est dû à la fin de l'intoxication par les substances qui stagnaient dans l'estomac. En effet, l'ablation du pylore cancéreux avec abouchement duodénal stomacal donne un orifice large fonctionnant d'emblée très bien, ce qui n'est pas constant pour l'orifice artificiel d'une gastro-entérostomie quelconque, ainsi que le prouve la multiplicité des procédés préconisés.

La pylorectomie typique, lorsqu'elle est possible, est donc supérieure, parce qu'elle supprime le cancer et donne d'emblée un libre passage aux matières alimentaires.

Si les sutures sont bien faites, la forme en raquette de la ligne de réunion n'a pas d'inconvénients. J'ai toujours fait des sutures en surjet entrecoupé. Une suture mucomuqueuse et une rangée séro-séreuse suffisent ; quelques points isolés de renforcement et de soutien, bien placés aux points faibles ou susceptibles de tiraillements, sont préférables à une troisième rangée régulière de sutures qui tiraille, déforme et rétrécit. Le soin dans les détails d'exécution permet d'améliorer beaucoup le résultat des extirpations de cancer de l'estomac.

Splénectomie.

M. Richelot donne lecture de l'histoire d'une femme de 27 ans, impotente depuis 3 ans en conséquence d'une tumeur abdominale douloureuse, compliquée d'accidents de pelvipéritonite. La tumeur était hypogastrique, médiane, régulière, et on la retrouvait dans le cul-de-sac de Douglas, où elle refoulait en avant l'utérus, jusqu'à un certain point indépendant d'elle dans ses mouvements. Ni leucorrhée, ni métrorrhagies. Le diagnostic fut dès lors fibrome utérin pédiculisé avec ovaro-salpingite. Or, la laparotomie conduisit sur la rate hypertrophiée et tombée dans le petit bassin avec la queue du pancréas et l'appendice iléo-cæcal adhérent. Adhérences pelviennes généralisées, mais molles. L'opération fut menée à bien sans encombre et la guérison fut rapide. M. Richelot communique ce fait en raison du siège anormal de la rate et des difficultés diagnostiques. Il ajoute d'ailleurs qu'il y a d'anciennes observations assez analogues.

Elections.

MM. Fleury, pharmacien militaire, et Linossier (de Lyon) sont élus correspondants nationaux dans la division de physique et chimie médicales, pharmacie.

(1) Observation dans *Archives provinciales de chirurgie*, juillet 1892.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juin 1893.

Orteil en marteau.

M. Kirmisson. — Il faut distinguer trois difformités différentes :

1° L'orteil en marteau, avec rétraction de tous les tissus péri-articulaires ; et M. Kirmisson dit avoir vu, comme M. Berger, des cas où cette difformité est liée au pied plat, dont elle est peut-être une conséquence mécanique ;

2° Les orteils en griffe, parfois liés, comme l'a dit M. Delorme, à la paralysie des interosseux ; mais souvent aussi, sans trace de paralysie, cette difformité est liée à un pied creux sans rétraction, facile à réduire, avec laxité considérable de la médio-tarsienne, et par réduction du pied creux, on voit disparaître la griffe, qui dès lors semble bien être d'ordre mécanique ;

3° Le renversement exagéré des orteils sur les métatarsiens, par hyperextension ; c'est par exemple très fréquent dans la paralysie infantile, quand elle respecte l'extenseur du gros orteil. M. Kirmisson a observé cette difformité, sans paralysie, chez une fille de 13 ans, au 5e orteil, qui en outre chevauchait sur le 4e.

Sauf quand il s'agit de paralysie infantile, il y a très généralement une prédisposition congénitale et héréditaire, peu à peu aggravée par la marche. Il y a quelque analogie avec la rétraction congénitale du petit doigt.

M. Félizet ne croit pas, quoi qu'on en dise, que ce soit la contracture musculaire qui commence. Pourquoi, dans ce cas, la symétrie, le siège ordinaire au 2e orteil ? L'origine de tout est une difformité osseuse, une obliquité de la tête phalangienne de haut en bas et d'avant en arrière, par inégalité de développement entre les deux faces de l'os. Aussi chez l'enfant atteint de martellement, au début, la flexion de cet orteil peut-elle être exagérée. Quant aux accidents douloureux, liés surtout au durillon, ils surviennent plus tard, sous l'influence de la marche. A partir de ce moment, la résection devient nécessaire, mais chez l'enfant on a de bons résultats en modelant les os à l'aide de manipulations orthopédiques appropriées.

M. Marc Sée dans un cas a eu un bon résultat par la résection de la phalangine seule.

M. Robert relate un cas d'hallux valgus unilatéral avec atrophie musculaire.

M. Chauvel. — Le cas de M. Godin est rare parce qu'il concerne le gros orteil, et, quoi qu'en dise M. Reclus, c'est bien un martellement et non une griffe, car s'il y a quelque chose au 2e orteil, il n'y a rien aux trois derniers. L'association au pied plat est fréquente, et souvent en outre les pieds sont énormes. Le fait de M. Godin semble bien relatif à une malformation d'ordre congénital.

Kyste hydatique du poumon.

M. Delagénière (Le Mans) a observé une femme qui, après quelques légers prodromes pulmonaires, fut prise de dyspnée brusque et douloureuse, avec épanchement pleural et urticaire ; il fit deux ponctions, puis la pleurotomie dans le 7e espace et donna ainsi issue à un liquide contenant des débris analogues à du blanc d'œuf cuit ; deux gros drains. Après deux jours d'une dyspnée intense, le malade se releva ; les jours suivants il sortit par le drain de nombreuses hydatides. Après une période de bonne santé, l'état général devint mauvais, la fièvre vespérale s'alluma. Alors M. Delagénière réséqua trois côtes, extirpa le kyste hydatique et draina la cavité qui peu à peu se combla. La guérison se maintient depuis près d'un an.

Ce fait montre que le simple drainage a été insuffisant : il faut dans les cas de ce genre extirper radicalement le kyste. On y parviendra si, comme pour toutes les pneumectomies, on se fraie une voie assez large pour permettre l'introduction de la main. En outre, il faut réséquer les côtes qui forment le cul-de-sac diaphragmatique : il en est de même dans les thoracoplasties pour pleurésie purulente restée fistuleuse.

M. Berger a opéré un kyste hydatique du poumon non rompu dans la plèvre, et cependant ayant simulé une pleurésie purulente. Il croyait faire une pleurotomie et il fit une

pneumotomie, avec ouverture d'une poche en bissac contenant des vésicules hydatiques. Cela fait, il crut devoir laver la poche et mal lui en prit, car la malade fut prise de suffocation, avec rejet par la bouche du liquide de l'injection et d'hydatides, et elle succomba en quelques heures. Il faut donc être très sobre de lavages dans les cas de ce genre. De même, d'ailleurs, dans les pleurotomies.

Electrolyse de l'urèthre.

M. Tuffier résume des recherches de M. Desnos relatives à cette question. Il en résulte d'abord que si on électrolyse avec de hautes intensités le canal sain d'un chien, on provoque un rétrécissement très dur, et rapidement très serré : c'est donc une méthode à repousser définitivement. Il n'en est pas de même avec les faibles intensités et les séances multiples, et appliquant cette méthode — c'est celle de Newmann — à des chiens artificiellement pourvus d'un rétrécissement traumatique, M. Desnos a deux fois obtenu de bons résultats, Mais il faut des séances nombreuses. Dès lors, quel est l'avantage sur la dilatation, avec ou sans uréthrotomie interne ? D'autant que l'électrolyse ne met nullement à l'abri de la récidive; des faits cliniques de M. Desnos le démontrent. Il faudrait, d'ailleurs, ajoute M. Tuffier, avant de conclure nettement, bien catégoriser et préciser les faits anatomiques et cliniques, de façon à pouvoir poser les indications et contre-indications.

Chéloïde.

M. Delorme a eu à soigner un homme qui, après un coup de feu reçu en 1870, avait au cou une chéloïde douloureuse, rebelle à la cautérisation, à l'excision, aux injections interstitielles d'acide phénique concentré. Il eut alors l'idée de lui écraser, pour ainsi dire, la chéloïde entre le pouce et l'index et obtint ainsi la guérison.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juin 1893.

Présidence de M. Fernet.

Sur un cas de mamelle supplémentaire.

M. Marie. — Je présente à la Société les photographies d'une femme possédant un sein supplémentaire. Depuis quatre générations, presque tous les membres de la même famille ont eu également une mamelle supplémentaire. De plus, sur 15 frères et sœurs du père de cette malade, il y eut 6 jumeaux. Sur 12 frères et sœurs de la malade, il y eut encore 4 paires de jumeaux, appartenant tous au sexe masculin. La faculté de procréer des jumeaux peut donc aussi appartenir au père.

M. Le Gendre. — On a publié l'histoire d'un poète populaire en Ecosse, qui eut deux fois deux jumeaux de sa femme et autant de sa maîtresse.

Deux cas de mort rapide dans la pneumonie grippale.

M. Rendu. — Ma première malade présenta tous les symptômes d'une grippe de moyenne intensité avec foyer de broncho-pneumonie à droite. Tous les symptômes s'étaient amendés ; il ne restait plus que de la fatigue et de la courbature, lorsque la malade mourut rapidement, sans que l'autopsie pût donner raison de la mort.

Ma deuxième observation concerne l'histoire d'une femme qui, au huitième jour d'une grippe intense, paraissait guérie de sa bronchite et de sa congestion pulmonaire, lorsqu'elle fut prise de syncope, de phénomènes d'asphyxie et mourut avec des symptômes de paralysie cardiaque.

L'autopsie ne donna pas non plus raison de la mort. Il s'est agi, probablement, dans ces deux cas, d'un trouble fonctionnel, d'origine bulbaire, d'une paralysie du pneumo-gastrique.

Délire vésanique dans les troubles de la nutrition.

M. Ballet. — On cherche actuellement à rattacher certains délires vésaniques à des troubles de la nutrition; or, actuellement, on ne saurait à ce sujet établir des lois.

Je vous apporte une observation qui me paraît devoir être rattachée aux vésanies par troubles de la nutrition. La voici résumée.

Au mois de septembre dernier, je vis une malade atteinte d'un délire assez spécial. C'était une infirmière, qui s'était surmenée pendant son service à l'hôpital. A la suite de ces fatigues elle se plaint, mange moins, présente une fièvre assez évidente ; tout faisait présager un état aigu. Mais des phénomènes psychiques surviennent; elle dit qu'on a voulu l'empoisonner. L'idée de persécution persiste ; mais ce qui frappe surtout, c'était la confusion étrange de ses idées; il y avait chez elle un état d'obtusion mentale très réelle ; sur ce fond dominant, quelques idées de persécution.

Ce n'était donc pas une vésanique ordinaire.

En présence de ces symptômes anormaux, j'ai cherché s'il ne s'agissait pas d'un trouble de la nutrition. Or, pendant l'accès de confusion mentale, nous avons pris des urines de cette malade et nous les avons injectées à des lapins. Nous constatons que 15 centimètres cubes d'urine par kilogramme d'animal suffisent à le tuer, alors que d'ordinaire il faut de 40 à 60 centimètres cubes. Donc, cette urine était très toxique. En même temps l'analyse chimique donnait des renseignements intéressants, l'urine contenait une ptomaïne à caractères particuliers.

La malade s'améliore, puis retombe. Chaque fois les résultats donnés par l'expérimentation sont les mêmes.

Puis, pendant la période de convalescence franche, on remarque qu'il faut des doses plus considérables pour tuer les animaux. La toxicité avait beaucoup diminué.

Or, ces états se voient surtout dans la convalescence des maladies aiguës.

Il y a une objection à faire à l'expérimentation, c'est qu'en même temps que l'urine était toxique, elle était très peu abondante. Mais même en envisageant ceci, la toxicité aurait été encore beaucoup plus considérable que normalement.

On peut se demander aussi ce qu'est cette ptomaïne trouvée dans ce cas. On peut répondre que, d'après les recherches récentes, on trouve des ptomaïnes dans les urines normales. Mais, dans ce cas, il faut expérimenter sur une quantité considérable d'urine. Dans le cas présent, cette ptomaïne existait dans une quantité extrêmement faible d'urine.

Tels sont les arguments à l'appui de l'hypothèse faite sur cette malade.

Sur le délire caféinique.

M. Faisans rapporte sur ce sujet un observation du docteur Vergely, de Bordeaux.

Péritonite aiguë rhumatismale.

M. Laveran rapporte un cas de péritonite suppurée à streptocoques chez un rhumatisant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 juin 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Epilepsie chez les animaux.

M. Féré. — On peut observer chez les animaux domestiques et chez les oiseaux de basse-cour ou autres des accidents nerveux prenant la forme de l'épilepsie. Toutefois, les cas typiques d'épilepsie ne sont pas communs chez les oiseaux ; on n'en connaît guère que deux exemples authentiques de Trasbot et de Friedberger. J'ai observé chez un serviteur de Bicêtre un oiseau en cage atteint d'épilepsie typique : attaques récidivantes avec aura, convulsions et phénomènes automatiques post-épileptiques. L'oiseau a été bromuré avec succès, et il a retrouvé le chant, la ponte et tous les attributs de la santé. On sait que les oiseaux prennent aisément le bromure dans leur boisson; les solutions à 1 0/0 sont les plus favorables. Au delà, ou avec des solutions plus longtemps continuées, on peut observer des phénomènes de bromisme, la torpeur en particulier. L'animal peut mourir intoxiqué. Dans un cas, l'incinération de l'animal mort fournissait 47 grammes de cendres ; on y retrouva 3 grammes de bromure. L'accumulation est donc évidente et considérable.

Sucs digestifs et bacille de Koch.

M. Cadéac. — Il est intéressant de fixer l'action des sucs digestifs sur le bacille de la tuberculose. Le chien convient pour cette étude ; car il résiste bien au tubercule humain par ingestion. En faisant ingérer à des chiens des viandes tuberculeuses ou des produits richement bacillaires, j'ai vu que les bacilles peuvent aisément traverser le tube digestif sans rien perdre de leur vitalité ni de leur virulence. Ils se retrouvent très actifs dans les fèces,qui peuvent ainsi servir à transmettre et disséminer la maladie. C'est un point qui intéresse l'hygiène prophylactique, l'infection pouvant être ici aisément méconnue. Ce point mérite d'autant mieux attention, que les propriétaires ont communément l'habitude de faire consommer par les animaux domestiques la viande de vaches atteintes de pommelière et impropre à la consommation humaine.

Portes d'entrée et virulence.

M. Charrin. — Les effets d'un virus ne dépendent pas seulement de sa quantité et de sa qualité. Le mode d'application et la porte d'entrée sont des plus importants. La voie sous-méningée est des plus favorables à l'infection, particulièment en ce qui concerne le bacille pyocyanique. Il est ainsi plus actif qu'en injection sous la peau ou dans le péritoine.

Le parachloralose.

M. Richet. — On obtient en préparant le chloralose un corps isomère, le parachloralose, dont les propriétés sont très différentes de celles du précédent. Il est plus soluble, cristallisable, mais complètement inactif même à des doses considérables. Le chat qui est sensible au chloralose à 0,006 par kilog. n'a rien avec 1 gr. 50 de parachloralose. L'expérience est également négative avec les poissons.

Glandule thyroïdienne aberrante.

M. Pilliet. — Voici un kyste aberrant du corps thyroïde, enlevé par M. Tillaux. Ce kyste était relié à la glande par un pédicule ; l'examen histologique a montré que cette glandule était non seulement kystique, mais adénomateuse. Ce fait est intéressant, car les corps thyroïdes accessoires signalés surtout depuis quelque temps chez les animaux ont, en général, la structure de la glande normale et ne présentent pas de caractère pathologique.

Traitement des épithéliomes par l'acide picrique.

M. Morau. — Cet agent a été étudié chez les animaux atteints de cancer expérimental inoculé. On sait que l'acide picrique coagule et nécrose les épithéliums, détruit les éléments musculaires et sclérose le tissu conjonctif. De même les masses épithéliomateuses injectées avec de l'acide picrique se désagrègent et peuvent entrer en régression. Le médicament est d'ailleurs sans effet nuisible chez les animaux. Dans un cas, l'acide picrique a été employé dans le traitement d'un cancroïde humain : le succès a été satisfaisant, la surface cancéreuse s'est détergée. Toutefois, on ne peut parler de guérison absolue.

M. Quinquaud. — Nous employons l'acide picrique à Saint-Louis dans le traitement des épithéliomas superficiels. Une guérison apparente et la cicatrisation peut être obtenue : mais la repullulation est fatale à plus ou moins longue échéance.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 juin 1893.

Arthrotomie transrotulienne.

M. Thiéry fait remarquer l'avantage que l'on peut avoir à faire bailler largement une articulation, lorsqu'on veut intervenir sur la synoviale par le raclage et l'écouvillonnage. Le genou, et surtout le coude, articulations très serrées, s'opposent à la mise à nu bien nette des surfaces articulaires ; cependant, en pratiquant des arthrotomies transrotuliennes et transolécrâniennes, on obtient le maximum de facilité pour l'examen et la reconstitution *ad integrum* de l'articulation ouverte.

M. Thiéry a ainsi opéré trois malades, dont un pour arthrite blennorrhagique du coude et les deux autres pour arthrite du genou. Le manuel opératoire, très simple, consiste à faire une section transversale de la rotule, à opérer la synovectomie, puis à suturer les fragments rotuliens avec du fil métallique et les ailerons latéraux avec de la soie. Le premier malade, opéré du genou, est aujourd'hui bien portant. Le second, dont les lésions tuberculeuses étaient bien avancées, puisqu'il avait refusé au début l'amputation de cuisse, a dû cependant être amputé plus tard (deux mois et demi après). C'est ce membre amputé, sur lequel il fit l'arthrotomie transrotulienne, que M. Thiéry présente à la Société. On voit, après avoir scié longitudinalement la rotule, que les deux fragments sont réunis par un cal qui paraît osseux.

Tumeur kystique de la langue.

M. Redard rapporte les faits cliniques et opératoires au sujet d'une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon, située à 2 centimètres du frein de la langue, chez une jeune fille de 6 ans. Les glandes sublinguales étaient hypertrophiées et l'aspect de la muqueuse voisine indiquait une réaction inflammatoire.

M. Cornil a fait l'examen de la tumeur. C'est une forme de kyste rare, ne ressemblant en rien aux grenouillettes communes. Cette tumeur revenue sur elle-même contenait une liquide muqueux ; on constatait à la paroi interne des grosses cellules à petits noyaux et des filaments de mucus. La cavité kystique était proche de la muqueuse, mais en était cependant séparée par des faisceaux de fibres musculaires très minces ; tout autour se trouvaient des acini glandulaires. Au-dessus est une dilatation d'un canal glandulaire avec inflammation de la paroi, avec cellules identiques à celles que l'on trouve dans le kyste principal. Il s'agit bien là d'une dilatation d'un conduit glandulaire, entouré de la glande elle-même. On observe les mêmes faits dans les kystes et abcès de la grande lèvre.

Tuberculose de la mamelle.

M. Noël présente le sein d'une femme âgée de 53 ans, opérée par M. Rémy. Il s'agissait d'une femme, d'aspect robuste, sans antécédent tuberculeux ou syphilitique, qui présentait depuis longtemps une petite tumeur dure,devenue douloureuse dans les derniers temps. Le mamelon était rétracté ; on ne sentait pas de fluctuation, il existait des ganglions axillaires. On pensa à un adénome d'abord, puis plus tard à un carcinome. Mais lorsque la tumeur fut enlevée et les ganglions extirpés, on constata que ceux-ci étaient parfois caséeux, et que dans la glande il existait une poche purulente ; le pus fut examiné au microscope : il contenait en abondance des bacilles de Koch. On ne constata aucune lésion de la paroi costale.

Lymphatiques de l'anus.

M. Quénu présente le résultat de ses recherches sur l'appareil lymphatique de l'anus et du rectum. Après avoir bien délimité la région anale, en mettant de côté la zone anocutanée lisse de Robin, et montré l'incertitude et la contradiction des différents traités anatomiques, M. Quénu divise la région du triangle de Scarpa en quatre zones limitées par deux lignes, l'une verticale, l'autre transversale, passant par l'embouchure de la veine saphène interne. On peut ainsi classer quatre groupes ganglionnaires supéro-internes, supéro-externes, inféro-internes, inféro-externes ; on doit ajouter les ganglions présaphènes.

M. Quénu a fait de nombreuses injections au mercure sur des cadavres d'enfants et de fœtus ; il a vu que, sur 17 dissections, les lymphatiques de la région anale allaient se rendre aux ganglions supéro-internes ou inféro-internes.

Les dissections démontrèrent de plus que les lymphatiques de la muqueuse rectale communiquaient avec les lymphatiques de l'anus par un réseau très riche occupant surtout les colonnes de Morgagni et non pas les valvules.

Enfin elles firent constater que les lymphatiques de la muqueuse rectale allaient se rendre soit aux ganglions hypogastriques, soit aux ganglions du mésorectum, soit aux ganglions inguinaux. Il y a donc parallélisme entre le système veineux et le système lymphatique.

Cancer du corps thyroïde.

M. Bruyère présente les pièces d'un homme mort dans le service de M. Tillaux à la Pitié à la suite de compression des vaisseaux et nerfs de la base du cou par une énorme tumeur, qui avait envahi toute la région cervicale. A l'autopsie on trouva en outre de cette tumeur, qui s'étendait jusqu'à la base du crâne et sous le trapèze, une dégénérescence des ganglions du cou. Il y avait généralisation aux ganglions du médiastin, au foie, aux reins; la trachée était traversée par le néoplasme. L'examen microscopique, fait par M. Pilliet, démontra qu'il s'agissait d'un épithéliome à petites cellules rondes présentant par places la structure du corps thyroïde; on est en présence d'une tumeur cancéreuse primitive du corps thyroïde avec généralisation secondaire.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 *juin* 1893.

Présidence de M. A. Fournier.

Epithélioma du nez.

M. Du Castel présente un malade qui, depuis deux ans, est atteint d'une lésion du nez, caractérisée d'abord par une petite croûte et depuis trois mois par une végétation volumineuse faisant issue par les narines et recouverte d'une épaisse croûte noire. Après la chute de la croûte, la tumeur est lobulée, formée de petites saillies papillomateuses, brillantes, d'un rouge vif, suppurant abondamment et saignant facilement; la peau du nez est congestionnée, violacée, infiltrée jusqu'à sa base ainsi que la joue droite; sur la surface rouge, il s'est développé récemment quelques petites ulcérations. Le diagnostic d'épithélioma ne paraît pas douteux.

M. Ernest Besnier pense qu'il s'agit d'une lésion ayant débuté par le nez lui-même et pas par les narines; il conseille les applications de naphtol camphré.

Epithélioma des paupières.

M. A. Darier présente cinq malades qui ont été atteints d'épithélioma de la paupière et qui ont été guéris par les applications alternatives d'acide chromique au 15e et de bleu de méthyle au 10e dans un mélange à parties égales d'alcool et de glycérine; les attouchements d'acide chromique, précédés de la cocaïnisation et d'attouchements avec la solution de bleu de méthyle, sont répétés quatre à cinq fois à deux ou trois jours d'intervalle, puis remplacés par des attouchements avec la solution de bleu de méthyle continués jusqu'à ce que l'épiderme soit reformé; la guérison des épithéliomes superficiels demande de trois semaines à deux mois, environ un mois par centimètre carré.

Eléphantiasis nostras.

M. Mendel présente une femme de 59 ans n'ayant jamais quitté la France, obèse, dont les deux jambes sont atteintes d'un éléphantiasis considérable; la malade a eu, il y a trois ans, une lymphorrhée abondante par les deux jambes; l'orifice par lequel le liquide sortait s'est beaucoup agrandi à gauche où il a formé une ulcération gangréneuse. La malade n'a jamais eu d'érysipèle; on n'a pu constater la présence de la filaire dans son sang.

M. Ernest Besnier. — La filaire manque dans tous les cas d'éléphantiasis contracté en France.

M. Darier. — Il y a probablement plusieurs variétés très différentes d'éléphantiasis; la maladie à filaire en est une; dans certains cas, on trouve les lésions des veines; c'est ainsi que j'ai vu les veines de la racine des membres présenter des cloisonnements et un état caverneux qui entravait la circulation.

Dermatite bulleuse chronique.

MM. H. Hallopeau et **Brodier** présentent une malade atteinte d'une dermatite bulleuse chronique. Son histoire est remarquable par l'extrême gravité des accidents généraux qui ont laissé pendant longtemps peu de chances de survie, par la durée et l'intensité de la fièvre, par la production d'un délire intense et persistant, par la formation d'abcès multiples et volumineux dans le tissu cellulaire sous-cutané, par la production de cicatrices à la suite des éruptions bulleuses et enfin par la lichénification des membres supérieurs; ce dernier fait vient témoigner en faveur de la manière de voir de M. Brocq qui considère cette lichénification comme caractérisant, non une maladie, mais un syndrome lié au grattage.

Corne unguéale.

M. Hallopeau. — On a décrit sous ce nom deux espèces distinctes d'altérations : dans l'une, c'est l'ongle lui-même qui est augmenté de volume, en tous sens et surtout en longueur; il s'allonge en s'incurvant, c'est une forme géante d'onychogrypose; dans l'autre, c'est une véritable corne qui vient s'implanter sur la matrice de l'ongle et s'en détache comme le font les cornes des téguments; il en est ainsi chez la malade que je présente. Cette production, contournée en spirale, mesure 7 centimètres de longueur sur 1 centimètre de diamètre.

Pemphigus avec kystes épidermiques.

M. Quinquaud présente une enfant atteinte d'éruption bulleuse généralisée sans prurit, chez laquelle on voit, sur les mains, les pieds et les oreilles, de petits kystes épidermiques miliaires. Ces faits doivent probablement être séparés du pemphigus, dont les malades n'offrent pas, ainsi que le démontre l'étude chimique des humeurs, les caractères nutritifs.

M. Hallopeau. — Ces faits diffèrent cliniquement du pemphigus en ce que la santé générale reste intacte.

M. E. Besnier. — Il y a certainement une forme de dermatite bulleuse infantile (car tous les faits connus se rapportent à des enfants) avec productions épidermiques, mais ces kystes n'appartiennent pas exclusivement à cette affection et s'observent également dans des maladies différentes.

M. Barthélemy communique un cas d'acnitis.

M. Gastou présente une malade atteinte de dermatite exfoliatrice d'origine hydrargyrique.

M. Fournier présente deux malades offrant des troubles complexes de pigmentation (mélanodermie et leucodermie) au voisinage de lésions syphilitiques.

M. Zambaco-Pacha présente des photographies de malades atteints de lèpre observés à Auxerre.

M. Galezowski fait une communication sur le décollement syphilitique de la rétine.

G. Thibierge.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 6 *juin* 1893.

Condylomes de l'iris.

M. Despagnet présente une femme âgée de 36 ans qu'il a vue pour la première fois en janvier dernier; elle avait alors l'iris de l'œil droit tapissé d'une quantité de petits néoplasmes considérés par un confrère comme étant de nature syphilitique. De cet œil la malade avait seulement la perception lumineuse. Un traitement spécifique sévère fut institué par les frictions, combinées aux injections sous-cutanées de cyanure de mercure et au sirop de Gibert à l'intérieur. Rapidement la salivation fut obtenue et rapidement aussi les condylomes iriens disparurent, laissant une légère taie sur la partie inférieure de la cornée, des synéchies postérieures et de la descemétite. Mais pendant que la malade était sous l'influence de l'intoxication mercurielle, son œil gauche se prit; une tumeur apparut sur le bord libre de l'iris, puis de nouvelles vinrent couvrir la membrane, qui actuellement est masquée par des masses jaunâtres vascularisées. En raison de la violence de la stomatite, en raison aussi de la venue d'une grossesse, le traitement mercuriel a dû être interrompu sous sa forme première. On s'est contenté de pratiquer trente

injections sous-conjonctivales de sublimé, mais cela sans aucun résultat.

Dans ce cas, indépendamment de l'intensité même de la lésion irienne, la question de nature du néoplasme mérite d'être discutée. M. Despagnet s'est rattaché à la syphilis parce que le néoplasme a paru tout d'abord près du bord pupillaire de l'iris, parce que depuis quelques jours il s'est formé un staphylome scléral à l'angle inférieur et externe de l'œil, parce que la descemétite caractérise plutôt la syphilis. En outre, indépendamment du résultat heureux obtenu dans l'œil droit par le traitement spécifique, il faut encore tenir compte des fausses couches nombreuses qu'accuse cette femme.

M. Abadie croit aussi à une néoplasie syphilitique. Quant au traitement spécifique qui leur convient, il se résume dans les injections sous-cutanées ; les frictions même bien faites ne sont pas efficaces et les injections sous-conjonctivales ne donnent rien. Il a toujours dit que les injections sous-conjonctivales ne conviennent qu'aux affections du fond de l'œil. Enfin, dans les inflammations spécifiques du segment antérieur de l'œil, on ne doit pas donner l'iodure de potassium soit seul, soit associé au mercure.

M. Masselon n'attribue pas de valeur diagnostique au résultat du traitement antisyphilitique sur l'œil droit ; il a observé un cas analogue à celui de M. Despagnet. Le diagnostic tubercule de l'iris avait été porté après examen microscopique d'un fragment excisé. Après l'opération l'affection s'améliora, puis elle reprit sa marche progressive malgré des injections d'acide phénique suivant la méthode de Déclat. De nombreux tubercules se formèrent sur l'iris, de la descemétite fut constatée et cependant le malade guérit en subissant des injections sous-cutanées de sublimé.

M. Vignes partage l'opinion de M. Masselon. La malade présentée par M. Despagnet l'a consulté en octobre dernier et il nota dans l'œil droit une iritis avec synéchies postérieures qu'il jugea de nature rhumatismale ; or on sait que c'est souvent sous cette forme que débute la tuberculose irienne. Lui aussi a observé de la descemétite chez une jeune fille qui n'avait pas la syphilis et dont l'iris offrait le même aspect que celui de la malade actuellement en examen.

M. Chevallereau croit aussi qu'il s'agit de tuberculose, en raison de l'apparence des masses iriennes et de la formation d'un staphylome scléral. Les antécédents de la malade ne sont pas ceux d'une syphilitique, ses fausses couches ont été entrecoupées de grossesses menées à terme.

M. Gorecki comme M. Abadie croit dangereux l'iodure de potassium associé au mercure dans le traitement de certaines kératites.

M. Parent serait d'avis que chez cette malade l'on fît quelques injections sous-cutanées de calomel ; il ne croit pas l'iodure de potassium indispensable en pareil cas. Les anciens ne le connaissaient pas et cependant ils guérissaient leurs malades.

Amblyopie d'origine dentaire.

M. Despagnet a été consulté il y a 18 mois par une jeune malade, âgée de 26 ans, à laquelle il avait antérieurement énucléé l'œil droit atteint de néoplasme probablement tuberculeux. Elle avait remarqué que depuis trois mois la vision baissait dans l'œil gauche ; en effet, lors de l'examen, l'acuité visuelle était réduite à 1/20 et il existait une ophthalmoplégie interne complète. Au fond de l'œil on notait une dilatation veineuse assez prononcée. Ces symptômes firent penser à un foyer de tuberculose intéressant la base du crâne ou le nerf optique ; surtout lorsqu'on se fut assuré que l'hystérie devait être mise hors de cause. Du reste, la malade avait eu la grippe et, bien que ses sommets fussent indemnes, elle accusait un peu de fièvre le soir. Trois semaines après le premier examen on constatait une légère suffusion sur le bord externe de la pupille ; l'affection progressait. Ayant eu alors l'idée d'examiner les dents, M. Despagnet reconnut que la 2e prémolaire supérieure était cariée, la gencive enflammée présentait une fistulette ; les nerfs sus et sous-orbitaires n'étaient pas douloureux à la pression, mais le soir la malade éprouvait des douleurs dans le côté correspondant de la tête. La dent fut enlevée, et 48 heures après l'acuité visuelle était remontée à 3/10 ; l'amélioration ne progressant pas, un mois plus tard l'examen de l'alvéole permit de constater un point de nécrose du maxillaire et une nouvelle intervention supprima ce petit séquestre et évacua une petite quantité de pus retenue dans le sinus. Huit jours après l'acuité était remontée à 1. M. Despagnet estime que les désordres oculaires d'origine dentaire doivent être distingués suivant qu'ils intéressent le segment antérieur de l'œil : cornée et système irien, ce sont les plus fréquents et suivant qu'ils se localisent dans le segment postérieur. Au point de vue du mécanisme de leur production il s'agit d'une réaction de la lésion dentaire tantôt sur le trijumeau, tantôt sur le nerf optique.

M. Trantas présente un garçon âgé de 20 ans, cultivateur, qui, à la suite d'un refroidissement dans le courant de l'hiver dernier, a vu la vision de son œil gauche baisser, en même temps que l'organe devenait douloureux, saillant et immobile. Les paupières restaient fermées, la pupille dilatée et immobile. L'examen ophthalmoscopique était négatif, la sensibilité de l'œil était conservée. Ce qui attira l'attention, ce fut une tuméfaction prononcée du maxillaire supérieur au niveau de la fosse canine et du plancher de l'orbite ; l'absence de translucidité à l'éclairage buccal assura le diagnostic d'abcès du sinus que M. de Wecker évacua par une ponction à travers le plancher de l'orbite et des lavages quotidiens. Cette intervention fut suivie d'une amélioration des symptômes ; puis on vit survenir de l'atrophie de la pupille. Cette complication résultait de la propagation de l'inflammation au sinus sphénoïdal.

M. Gillet de Grandmont a vu un cas d'exophthalmie guérir après évacuation et drainage d'un abcès du sinus.

M. Valude a soigné une jeune femme atteinte d'exophthalmie douloureuse le surlendemain d'une extraction dentaire ; il s'était formé un abcès du sinus maxillaire et un phlegmon de l'orbite. La rapidité des accidents tenait à ce que l'intervention avait provoqué une poussée aiguë d'une ostéopériostite ancienne du maxillaire.

Traitement du décollement de la rétine.

M. Abadie, peu satisfait des traitements jusqu'ici préconisés contre le décollement de la rétine, a d'abord perfectionné l'instrumentation employée pour les injections intra-oculaires. Il a fait fabriquer des aiguilles spéciales à arrêt avec trou latéral sur la canule, de telle sorte que le liquide au lieu d'être projeté dans le corps vitré est simplement déposé à la surface de la choroïde. Néanmoins il reconnaît qu'on n'est pas maître de régler la diffusion des liquides irritants injectés, aussi a-t-il cherché autre chose. Grâce à l'électrolyse, il a pu pratiquer des cautérisations limitées et d'intensité bien réglée. Après avoir essayé des aiguilles d'or, des lames de cuivre, il a fait fabriquer de petites tiges en platine iridié dont l'extrémité dans l'étendue de deux millimètres représente la pointe d'un petit couteau à double tranchant, puis le reste de la tige est garni d'un petit manchon en gutta-percha qui sert d'arrêt pour la pénétration dans l'œil et d'isolateur.

Etant donné un décollement de la rétine d'origine myopique, on commence par appliquer une ou plusieurs ventouses scarifiées à la tempe, puis tous les deux jours on fait une injection sous-conjonctivale d'une goutte de la solution de sublimé à 1 pour 1000 et de plus une injection sous-cutanée d'un centigramme de pilocarpine. Presque toujours ce traitement procure de l'amélioration. C'est un traitement préparatoire qui dans le cas de décollement d'origine choroïdienne consiste seulement dans les injections sous-conjonctivales de sublimé et en injections sous-cutanées d'un centigramme de sublimé tous les deux jours au lieu d'injections de pilocarpine.

Lorsque les malades ont été ainsi préparés, on fait l'électrolyse du décollement. A cet effet, le pôle négatif est fixé au bras sur une plaque métallique recouverte de peau de chamois et le pôle positif constitué par la tige de platine est enfoncé au centre du décollement à deux millimètres de profondeur. On fait passer le courant et on l'augmente progressivement jusqu'à la totalité de neuf ou dix éléments qui constituent l'appareil de Gæffe ordinairement utilisé en ophthalmologie. L'intensité de ce courant ne dépasse pas deux ou trois milliampères ; on le laisse passer environ pendant cinq minutes, puis on le diminue rapidement jusqu'à zéro. Il provoque par son passage une réaction chimique qui se manifeste au pôle positif par l'apparition de petites bulles de gaz, et

dès le lendemain on aperçoit au niveau du point ponctionné une plaque blanchâtre, ronde, très nette, d'autant plus étendue que l'action du courant a été plus intense et plus prolongée. Il n'existe aucune modification de la sclérotique et du corps vitré; on a donc, sur un point nettement déterminé de la choroïde, provoqué un foyer d'irritation absolument limité, sans détériorations ni dommages des tissus avoisinants. Dès le lendemain, aussi, les troubles fonctionnels de la vision sont notablement amendés, et cette amélioration va s'accentuant rapidement les jours suivants. Par lui-même, ce traitement suffit souvent pour donner des guérisons définitives; si l'amélioration, toujours considérable les premiers jours, semble subir un temps d'arrêt, il faut reprendre les injections sous-conjonctivales de sublimé et, suivant le cas, les injections sous-cutanées de sublimé ou de pilocarpine.

M. Meyer fait observer que Schœler, de Berlin, a publié, au mois de mars dernier, une méthode de traitement par l'électrolyse des décollements de la rétine ab olument analogue à celle de M. Abadie.

M. Abadie ne connaissait pas l'article du journal cité par M. Meyer; du reste, il ne réclame pas la priorité, qui est acquise à M. Schœler puisque son travail est déjà publié. Il fait observer que ses propres recherches datent de plus d'un an, et s'il a tardé à en communiquer les résultats, quoique plusieurs des membres présents en eussent connaissance, c'est qu'il a voulu suivre ses malades.

M. Galezowski rappelle les divers traitements qu'il a préconisés contre le décollement de la rétine et avoue que tous lui ont donné des succès et des insuccès; il craint que la méthode proposée aujourd'hui ne soit pas plus efficace que ses dernières. Il réclame pour le juger des observations complètes à l'appui de la communication de M. Abadie.

M. Valude se demande s'il y a avantage à remplacer le décollement de la rétine par une plaque de choroïdite.

De l'hérédité du ptérygion.

M. Guttierez-Ponce rapporte l'histoire d'une famille dont différents membres pendant quatre générations ont été atteints de ptérygion.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 8 *juin* 1893.

Présidence de M de Beauvais.

Agoraphobie traitée par la suggestion.

M. Bérillon. — J'ai eu l'occasion d'observer et de soigner, par la suggestion hypnotique, un cas d'agoraphobie neurasthénique très prononcée. Les résultats que j'ai obtenus ont été satisfaisants; aussi, je désire les faire connaître, surtout parce que les phobies neurasthéniques ont été longtemps regardées comme peu justiciables de la psychothérapie.

Voici l'observation de ce malade, très sommairement résumée :

Il s'agit d'un homme de 64 ans, sans tare psychique héréditaire. Chez lui, les troubles de neurasthénie psychique remontent fort loin, puisque dès l'âge de 10 ou 12 ans il éprouvait une terreur instinctive à l'aspect d'un couteau.

Le début de l'agoraphobie remonte à plus de quarante ans. Depuis plus de trente ans, il n'a plus osé sortir seul; il ne fait pas un seul pas dehors sans être accompagné. L'idée seule d'avoir à traverser une place le met dans un état d'anxiété extrême; ses rêves eux-mêmes sont peuplés de terreurs à ce sujet. Cet homme, en dehors de son agoraphobie, présente des troubles mentaux assez étranges : il est doué d'une curiosité excessive; il bavarde à tort et à travers; mais surtout il possède au suprême degré une tendance à l'altruisme. Qu'un cheval tombe dans la rue, aussitôt il se précipite et veut le relever à lui tout seul; qu'il entende parler d'un incendie, il faut qu'il se hâte au secours des victimes.

En dehors des phénomènes dont je viens de parler, l'état mental n'est pas mauvais, le raisonnement est précis, la mémoire parfaite, etc. La santé générale n'est nullement troublée.

Malgré la complexité du cas, je jugeai qu'on pouvait améliorer l'état du sujet par la suggestion; mais je pensai également que ce traitement devait être fait avec persévérance et beaucoup d'insistance.

Ce que j'avais prévu se réalisa; les premières séances furent longues et sans grand résultat; bientôt, cependant, l'état du sujet s'améliora. Voici ce qu'il est à l'heure actuelle :

La confiance du malade en lui-même, une fois éveillée, s'est rapidement accrue. Il peut sortir seul et marcher dans la rue pendant plusieurs heures; il a bien, de temps à autre, un peu d'anxiété, mais il parvient à la vaincre. Il a pu voyager sur une impériale de chemin de fer, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plus de trente ans.

Il dort sans rêves, son caractère est profondément modifié; il est maintenant complètement maître de lui-même. Je le considère comme guéri.

M. Bardet. — L'observation précédente est une nouvelle preuve que, dans la plupart des cas de neurasthénie psychique, il suffit de persuader aux malades qu'ils vont aller mieux pour les voir guérir très vite.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 15 *mai* 1893.

Empyème syphilitique de l'antre de Highmore. Néphrite après injection de sels insolubles de mercure.

M. Lewin a revu une malade qu'il avait soignée il y a neuf ans pour une syphilis méconnue. Elle venait consulter pour un coryza chronique avec maux de tête violents survenus depuis quelques mois. A l'examen, on trouva une perte de substance du cornet de la narine droite avec suppuration abondante de la région. L'éclairage de la cavité buccale montra en même temps l'existence d'un empyème du sinus maxillaire droit. Les deux lésions étaient évidemment de nature syphilitique.

Un autre cas intéressant relaté par M. Lewin se rapporte à un syphilitique traité par les injections sous-cutanées de mercure. Le lendemain de la première injection de 0,10 centigrammes de salicylate de mercure survint une stomatite avec gingivite au niveau de la grosse molaire gauche. Deux jours après, la température monta à 40° et le malade fut pris de maux de tête, d'insomnie, d'angoisse; l'urine contenait de l'albumine, des cylindres-hyalins et des cellules épithéliales. La fièvre tomba au bout de 24 heures; mais l'albuminurie ne disparut qu'au bout de 11 jours; quant à la stomatite ulcéro-gangréneuse, elle ne fut guérie qu'au bout de 22 jours.

M. Fürbringer a observé quatre cas d'albuminurie après les injections mercurielles. L'albuminurie tenait à la néphrite passagère et très légère; dans un cas seulement, il y a eu véritable glomérulite.

Déplacement du cœur à gauche.

M. Heyse. — Il s'agit d'une malade entrée pour une attaque d'influenza dont elle se rétablit rapidement. Elle présentait les déformations suivantes :

Epaule droite plus élevée que la gauche; aplatissement de la moitié gauche du thorax moins développée que la moitié droite; scoliose légère à convexité à droite.

Les battements du cœur s'entendaient le plus nettement 1° entre le 5e et le 6e espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure; 2° dans le dos sur le prolongement du bord interne de l'omoplate entre les 9e et 10e côtes. A la place qu'occupe normalement le cœur, il n'y avait pas trace de matité cardiaque physiologique; par contre, la matité existait dans l'espace limité par le bord externe du rein et la colonne vertébrale et était limitée en haut par le 5e espace intercostal, en bas, par la matité du lobe gauche du foie.

La respiration était normale et les battements du cœur purs. Il n'existait donc pas d'anévrysme, et le déplacement du cœur était probablement d'origine congénitale.

Paralysie multiple des nerfs crâniens.

M. Rothmann. — Il s'agit d'une femme de 36 ans tombée malade avec des maux de tête localisés à droite, et suivis au bout de quelque temps de ptosis de la paupière droite et de paralysie du muscle abducteur de l'œil droit. Pendant son séjour à l'hôpital on a vu successivement se paralyser le moteur oculaire commun et les deux branches du trijumeau. Il survint en même temps une tuméfaction de la région temporale droite et de l'exophthalmie droite. Quelque temps après, paralysie du muscle de l'œil gauche, puis affaiblissement de l'acuité visuelle qui a graduellement abouti à la cécité complète.

Les phénomènes qu'on observa ensuite furent les suivants; parésie du facial, de l'hypoglosse et des deux premières branches du trijumeau; sortie par le nez de masses cancéreuses reconnues à l'examen microscopique comme du trijumeau; diabète insipide. Mort d'entérite membraneuse une année après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva un cancer de la base du crâne qui avait envahi le nez, les orbites, l'os malaire droit et l'apophyse articulaire du maxillaire inférieur droit.

ANGLETERRE

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE EN IRLANDE

Section de Pathologie.

Séance du 5 mai 1893.

Thrombose des veines de Galien.

M. Purser présente le cerveau d'une jeune femme qui fut brusquement prise de coma et qui mourut en quelques heures pendant une convalescence d'érysipèle. La température s'éleva beaucoup au moment de la mort. On trouva à l'autopsie une thrombose des veines de Galien et de leurs collatérales, de la congestion des couches optiques et des noyaux caudés, de petites hémorrhagies dans le plancher des ventricules latéraux et des exsudats fibrineux coagulés dans le ventricule latéral gauche. Il n'y avait eu pendant la vie aucune paralysie; l'œdème de la face était en voie de disparition quand les symptômes graves ont apparu. Les veines de la convexité du cerveau n'avaient pas de thrombose.

Fistule biliaire.

M. Purser. — Une jeune femme souffrit pendant plusieurs années d'une tumeur douloureuse siégeant dans l'hypochondre droit. En 1891, on fit une laparotomie exploratrice et on vit que cette tumeur intéressait le foie. En octobre 1892, la malade eut une pleurésie et une pneumonie du côté droit et, peu après, elle cracha de la bile. L'état de la malade s'aggrava: il survint de la fièvre hectique et, en mars, on fit une incision dans le 6e espace intercostal et on plaça un tube à drainage. La bile sortit par ce tube et la malade n'en rendit plus. Il y eut une amélioration passagère, puis la fièvre se ralluma, il y eut des vomissements et de la diarrhée et la malade mourut à la fin d'avril. Le lobe droit du foie formait une masse cubique qui constituait la tumeur perçue pendant la vie. Le conduit hépatique était perméable, mais contenait 2 petits calculs. Le lobe gauche était transformé en un sac membraneux qui communiquait librement avec la veine cave inférieure. Celle-ci était oblitérée au-dessus de la veine rénale droite. En arrière et au-dessus du lobe droit du foie, il y avait une cavité à parois partiellement calcifiées communiquant avec la branche droite du canal hépatique et à travers le diaphragme avec le poumon droit. Les lobes supérieur et moyen de ce poumon étaient transformés en une caverne dans laquelle s'ouvraient les bronches.

Section de Chirurgie.

Séance du 12 mai 1893.

Entérectomie et entérorrhaphie.

M. Franks a relaté trois cas d'entérectomie, opérés dans des conditions différentes:

1° Un homme de 58 ans avait des troubles intestinaux, et on sentait une tumeur dans son abdomen. On fit l'opération et on trouva que cette tumeur était un épithéliome du côlon transverse. On réséqua la tumeur et 15 cm. d'intestin. On réunit l'intestin par des sutures de Lembert. Le malade a guéri et vit actuellement, c'est-à-dire 4 ans 1/2 après l'opération.

2° Un homme de 48 ans présentait tous les signes de l'occlusion intestinale, on fit la laparotomie le 4 janvier 1890; on trouva un volvulus de l'intestin grêle et une gangrène de l'anse ainsi tordue. On fit une résection de l'anse intestinale et on appliqua pour la réunion des deux bouts de l'intestin des sutures de Gély. Le malade mourut au bout de deux jours. A l'autopsie on trouva les veines mésentériques thrombosées et un gros caillot obturant presque complètement la veine-porte dans toute sa longueur. Le volvulus était évidemment la conséquence de ces lésions.

Une femme de 36 ans fut opérée d'une hernie ombilicale étranglée, en septembre 1891. Une portion du jéjunum était gangrenée; il y avait en plus un kyste ovarique; on réséqua environ 25 centimètres d'intestin et on réunit les bouts par la suture de Gély; puis on fit un lavage de la cavité abdominale. La malade guérit très bien. Cinq semaines plus tard on ouvrit de nouveau l'abdomen et on enleva le kyste. Cette femme est actuellement vivante et en bonne santé.

Chirurgie cérébrale.

M. Ball a publié deux interventions heureuses sur le cerveau:

1° Un homme de 30 ans, 9 mois après une chute sur la région occipitale, fut pris d'épilepsie jacksonienne. Les mouvements commençaient par la main et le bras du côté gauche. On trépana au niveau du centre moteur droit; on enleva quelque chose qui parut être un caillot altéré. Le lendemain il y eut une paralysie complète du bras gauche, une légère paralysie faciale et une dilatation de la pupille du côté droit. Le malade était incapable de porter ses yeux à gauche de la ligne médiane. Tous ces accidents disparurent progressivement et à peu près complètement.

2° Une jeune fille avait depuis 9 mois une otorrhée. Elle fut prise de vomissement et d'une double névrite optique progressive avec dilatation de la pupille droite. Il survint des frissons, de la fièvre, une céphalée intense et la face se cyanosa partiellement. On appliqua une couronne de trépan immédiatement au-dessus du conduit auditif; on enfonça une aiguille stérilisée dans la substance cérébrale et on retira une grande quantité de pus. La malade a très bien guéri, après drainage.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 9 juin 1893.

Prostatectomie.

M. von Dittel a communiqué un cas de prostatectomie qu'il a pratiquée dans les conditions suivantes:

Il s'agit d'un homme de 32 ans, très vigoureux, sujet à des hématuries. A travers la paroi abdominale on sentait, même après évacuation de la vessie, une tumeur dure; d'un autre côté, la cystoscopie faisait voir, sur la paroi droite de la vessie, des saillies sphériques par lesquelles se faisait un suintement de sang. Le toucher rectal permettait de constater une hypertrophie considérable de la prostate.

On fit d'abord la taille hypogastrique et on enleva avec la cuiller tranchante les saillies saignantes. La prostate dénudée ensuite par incision verticale qui se terminait presque à l'anus, fut décortiquée après section de sa capsule. Dix jours après l'opération on trouva un petit orifice de communication entre la vessie et la cavité laissée par la prostate. Cette fistule se ferma du reste les jours suivants et la cavité prostatique diminue maintenant par formation de granulations.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur un cas d'impétigo contagiosa, par J. Huguet médecin aide-major de 1re classe à l'école spéciale militaire de Saint-Cyr.

Malgré les nombreux travaux des auteurs qui ont cherché à établir l'individualité de l'impétigo contagiosa, certains praticiens persistent à le considérer comme une modalité de l'impétigo ordinaire. Cette thèse est encore soutenue aujourd'hui, notamment par M. Brocq.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas typique d'impétigo contagiosa, nous allons en relater l'histoire, la faisant suivre des réflexions inspirées par l'examen même des faits.

M. X..., officier d'artillerie, âgé de 30 ans, vient, le 2 avril, me consulter au sujet d'accidents cutanés localisés à la face.

Les antécédents cutanés du malade sont les suivants: Une poussée d'eczéma sec dans la région de la nuque, au mois d'octobre 1883. Le malade, quoique très bien traité, ne guérit qu'après six semaines à deux mois environ. En 1889, accidents iodiques (coryza, larmoiement, acné iodique) dus à l'absorption d'iodure de potassium prescrit pour traiter une bronchite emphysémateuse.

Maladie actuelle. — Cet officier, très robuste et de tempérament sanguin, a contracté vers le 1er mars un fort rhume de cerveau dont il n'a pu se débarrasser et, à la fin du même mois, consécutivement au coryza, se développe de la lymphangite à la lèvre supérieure, avec quelques excoriations cutanées très superficielles.

Le 1er avril, troubles gastriques légers, anorexie, céphalalgie.

Le 2 avril, sur la portion médiane de la lèvre supérieure, au niveau des excoriations, paraissent des vésicules un peu saillantes qui ne tardent pas à devenir confluentes et à se transformer en vésico-pustules; ces vésico-pustules se rompent et sécrètent un liquide jaunâtre, puis se recouvrent, le jour suivant (3 avril), de croûtes également jaunâtres soulevées en certains endroits par le liquide purulent qui continue à suinter sur les bords des pustules.

Le 4 avril, l'éruption, d'abord limitée à la lèvre supérieure, s'étend aux commissures, puis à la lèvre inférieure et au menton. La céphalalgie persiste. Légère adénopathie sous-maxillaire.

Le 5 avril, quelques vésico-pustules isolées se développent sur les autres parties du visage. Les pustules des lèvres et du menton se sont agrandies; plusieurs ont les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. La sécrétion puriforme continue à être abondante, épaisse, et, en se desséchant, augmente le volume des croûtes déjà existantes.

Le 6 avril au matin, le malade très préoccupé vient nous revoir; après l'avoir examiné et questionné, nous lui conseillons le traitement suivant:

A. — Traitement général : 1° Un purgatif salin, 45 grammes de sulfate de magnésie.

2° Alimentation légère, non excitante; du lait comme boisson.

B. — Traitement local : 1° Faire préalablement détacher les croûtes en appliquant successivement plusieurs cataplasmes émollients.

2° Pendant la journée, tenir constamment sur les parties malades des compresses imbibées de liqueur de Van Swieten.

3° Matin et soir, toucher légèrement avec un tampon d'ouate hydrophile mouillé d'une solution de bichlorure à 1 gr. pour 500.

4° La nuit, appliquer une couche assez épaisse de vaseline boriquée et recouvrir d'une légère feuille d'ouate.

Le 7 avril, nous allons voir le malade chez lui; une grande amélioration s'est produite; les croûtes se sont détachées et les surfaces, mises à découvert, ne sécrètent plus. Les pustules les plus larges ont commencé à sécher; la plupart des autres, plus petites, ont déjà disparu. Cependant, quelques vésico-pustules qui avaient commencé à évoluer avant le début du traitement continuent à se développer.

Le 8 avril, il ne reste presque plus de trace de l'éruption; on voit encore quelques petites croûtes maintenues par les poils de la moustache incomplètement coupés. Les vésico-pustules qui, la veille, étaient en voie de formation, sont maintenant presque desséchées.

Le 9 avril, tout est terminé. L'officier reprend son service; sur son visage on voit seulement la peau (à la lèvre inférieure et au menton) pigmentée par 5 ou 6 macules très peu saillantes, légèrement rosées, au niveau des endroits où avaient été les plus larges pustules.

Tel est donc le cas de ce malade chez lequel en 4 jours l'éruption impétigineuse arrive au summum de son acuité, après avoir envahi plus de la moitié du visage.

Le processus de l'inoculation, de la propagation à la lèvre et de là aux parties voisines a eu lieu avec une rapidité telle qu'on ne peut refuser le qualificatif de contagiosa à cette variété. Les excoriations de la lèvre supérieure ont servi de porte d'entrée aux agents pathogènes; le transport de ces agents sur le milieu favorable à leur évolution a dû se faire par les mains mêmes du malade qui, depuis quelques jours, se grattait fréquemment la lèvre supérieure œdématiée par la lymphangite dont elle était le siège.

La guérison, obtenue en trois jours par l'application de compresses imbibées de liquides puissamment microbicides, confirme cette explication de Dubreuilh, à savoir « que la cause efficiente de l'impétigo est l'inoculation superficielle, par le grattage, de microbes pyogènes provenant d'une lésion impétigineuse, d'un foyer de suppuration quelconque, ou de la surface de la peau saine. »

Le cas d'impétigo que nous avons observé nous paraît n'avoir rien de commun avec l'impétigo ordinaire. D'après M. Brocq, les deux affections sont identiques: « Peut-être, dit-il, serait-on autorisé à en faire une variété caractérisée par des éléments plus volumineux, ayant moins de tendance à la rupture spontanée et parfois d'aspect plus pemphigoïde. » Nous ne saurions partager cette manière de voir.

En effet, on ne peut pas considérer l'impétigo contagiosa comme une variété d'impétigo à éléments plus volumineux: si, d'une part, la ressemblance morphologique des éléments peut dans une certaine mesure entrer en ligne de compte pour faire considérer les deux impétigos comme identiques, d'autre part la différence des processus, la rapidité d'évolution et de propagation, la coïncidence des phénomènes généraux, la guérison si rapidement obtenue par les lotions de sublimé, nous permettent à juste titre de considérer l'impétigo contagiosa comme une entité morbide bien différente de l'impétigo ordinaire. De nombreux dermatologistes se sont d'ailleurs déclarés partisans de la dualité, et parmi eux, il nous suffira de citer E. Wilson, Kaposi, Piffard, Radcliffe, etc., etc.

L'impétigo contagiosa n'a pas, croyons-nous, pour seule cause des microbes pyogènes. Un élément pathogène spécial doit probablement exister, et c'est son action combinée à celle des agents de la suppuration qui produit l'ensemble des phénomènes pathologiques groupés sous

le nom d'impétigo contagiosa. C'est en vain que nous l'avons recherché.

Quoi qu'il en soit, cette maladie est absolument définie, et elle a droit à une place spéciale dans le cadre nosologique, bien que les auteurs discutent encore sur ce sujet.

Faisons remarquer, en terminant, que l'impétigo contagiosa semble sévir dans une faible mesure dans le milieu militaire : nous en avons rencontré deux cas en trois ans, et encore dans ces deux cas faut-il compter celui dont l'observation est rapportée dans la présente note.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIETÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Session de mai 1893.

Corps étranger ayant séjourné dans un œil depuis depuis quinze ans; névrorétinite dans l'autre œil.

M. Coppez relate l'histoire d'un homme de trente-sept ans, qui avait reçu, quinze ans auparavant, en travaillant de son métier d'ajusteur, une blessure grave à l'œil gauche. Toutes les tentatives faites pour lui conserver la vue de cet œil restèrent infructueuses. A cette époque, on ne songea nullement à la présence d'un corps étranger dans cet œil. Pendant la longue période qui s'écoula depuis l'accident, l'œil perdu était de temps en temps le siège de douleurs et de rougeurs qui forçaient cet homme à cesser son travail jusqu'en décembre de l'année dernière. La vision de l'œil droit était restée bonne, mais alors survint une céphalalgie très forte accompagnée de nausées et de vomissements. En janvier la vue se troubla et bientôt le patient dut cesser son travail. Le 25 février on constata l'existence d'une névrorétinite analogue à celle qu'on observe dans les cas d'albuminurie et de tumeur intra-crânienne. Mais il n'y avait aucun autre symptôme de ces maladies. On en vint à penser que l'œil perdu, déjà plus ou moins ratatiné, pouvait bien, en raison même de la sensibilité au toucher qu'il présentait, renfermer un corps étranger. L'appareil de Gérard, si précieux dans des cas de ce genre, leva bientôt tous les doutes : l'œil malade renfermait une lamelle osseuse en forme de roue, au centre de laquelle se trouvait implanté un éclat de fer du poids de six centigrammes. L'énucléation, qui fut faite une heure après l'examen, calma les douleurs, mais n'empêcha pas la perte de la vision de l'œil droit.

Myopie.

M. Sulzer. — Les horlogers, qui font des efforts intenses et prolongés d'accommodation et de convergence, ne présentent pas un nombre considérable de myopes. Dans les écoles, au contraire, il est incontestable que la myopie est en rapport avec la vision rapprochée, et d'autre part, elle est au début, presque sans exception, monoculaire. Si plus tard elle devient binoculaire, elle reste dans un grand nombre de cas inégale pour les deux yeux. Or, il existe une différence entre le maintien des écoliers et des horlogers. Les horlogers placent l'objet symétriquement par rapport aux deux yeux, de manière que chaque œil est à la même distance de l'objet, Dans les écoles les élèves, occupés à l'écriture anglaise, inclinent la tête soit à droite, soit à gauche, pour donner à la ligne basale une position perpendiculaire aux traits pleins de l'écriture. Or, 60 0/0 des élèves penchent la tête à droite, 40 0/0 à gauche; 60 0/0 des myopes sont plus myopes à gauche qu'à droite, 40 0/0 plus myopes à droite qu'à gauche. Il n'est pas possible de voir dans cette coïncidence un pur hasard et il faut l'expliquer de la manière suivante : il résulte de l'inclinaison de la tête que les deux yeux sont placés à des distances inégales du point fixé. Pour obtenir des images également distinctes dans les deux yeux, l'enfant serait forcé de faire un effort d'accommodation différent pour chaque œil. Pour les enfants qui se tiennent relativement bien, la distance de l'œil le plus éloigné du point fixé est de 35 centim. en moyenne, celle de l'œil le plus rapproché de 33 centim. 1/2, ce qui correspond à une différence d'accommodation de 0.173 D. Pour le maintien médiocre, ces chiffres sont 24 centim., 19 centim. 1/2, 0,97 D, et, pour le mauvais maintien, 12 centim., 9 centim. 75, 1.87 D. Or, des expériences récentes ont montré que l'accommodation inégale pour les deux yeux est physiologiquement impossible; aussi voyons-nous dans les écoles l'œil le plus rapproché du point fixé suppléer à l'accommodation inégale par son élongation. La myopie scolaire serait donc à considérer comme une adaptation de l'appareil visuel à l'attitude vicieuse exigée par l'écriture inclinée, adaptation qui se produirait dans l'intérêt de la vision binoculaire. L'introduction de l'écriture droite serait donc la mesure la plus efficace et la plus urgente à prescrire pour enrayer les progrès de la myopie.

M. Romiée (Liège). — Au lieu de 25 0/0 de myopes que M. Despagnet a constatés dans certaines écoles de Paris, il y a trouvé chez les garçons 0.7 0/0 et chez les filles 1.74 0/0 de myopes dans les écoles communales de Liège. D'autre part, il y a une diminution considérable du pourcentage des myopes à l'école normale de l'Etat (filles) et à l'orphelinat des filles, en comparant les résultats de ses examens en 1881 et 1893. La cause principale de la myopie réside dans l'insuffisance de l'éclairage, non seulement dans les écoles, mais surtout chez le particulier. A Liège, l'éclairage de l'habitation est excellent, parce que les lampes à pétrole sont perfectionnées et que l'huile de pétrole qu'on paie à Paris de 70 à 80 centimes le litre n'y coûte que 11 centimes. Cette différence d'éclairage est peut-être la cause principale de la différence du chiffre des myopes dans ces deux pays.

M. Martin. — Le travail fait apparaître chez les sujets prédisposés par le tempérament ou la race un spasme du muscle ciliaire et c'est ce spasme qui conduit à la myopie axile. Le spasme est constant au début des myopies.

Ses causes sont celles qui provoquent une accommodation exagérée (défaut de lumière, mauvaises installations scolaires, astigmatisme, travail prolongé), mais ces causes ne sont efficaces que chez les prédisposés. D'autres fois, le spasme apparaît à la suite d'un traumatisme oculaire, d'une kératite, d'une affection débilitante (fièvre typhoïde, rougeole, influenza, etc. La prophylaxie réside surtout dans toutes les précautions qui augmenteront la force de résistance du corps. On commence l'instruction des enfants beaucoup trop tôt; on leur impose trop d'heures de travail et pas assez d'exercices physiques.

M. Motais est, contrairement à M. Martin, convaincu que la myopie n'est pas une question de races. Le développement plus grand de la myopie en Allemagne tient exclusivement à ce que l'instruction est généralement plus répandue en Allemagne et depuis plus longtemps. L'adaptation s'est exercée sur un plus grand nombre de générations et l'influence héréditaire s'est accentuée.

M. Vignes. — A propos du spasme de l'accommodation, M. Belliard a rapporté à la Société d'ophthalmologie de Paris des observations très intéressantes faites à Nantes avec M. Dianoux : des jeunes gens d'une école se présentaient en grand nombre à la consultation du spasme de l'accommodation suivi plus tard de myopie. Sur le conseil de M. Dianoux, l'éclairage fut modifié et les spasmes accommodateurs disparurent complètement. Ce sont là des faits instructifs au point de vue de l'influence de l'éclairage et de la genèse de la myopie, nettement précédée ici de spasmes de l'accommodation.

Ayant moi-même examiné un certain nombre d'enfants des écoles de Paris, j'ai été frappé de la proportion d'enfants anisométropes; cette observation concorde avec celle de M. Sulzer. J'espère que le jour où nous aurons obtenu dans nos écoles parisiennes les améliorations que M. Romiée a été assez heureux pour obtenir à Liège, nos statistiques se rapprocheront des siennes, car notre race est bien moins que d'autres prédisposée à la myopie.

Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse d'Egypte en Orient.

M. Abadie, encouragé par les beaux résultats du traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse, a été

étudier sur place la conjonctivite granuleuse d'Egypte, pour chercher à vulgariser une méthode de traitement qu'il considère comme supérieure à toutes les autres. (Voyez *Mercredi...*)

Il a constaté que, contrairement aux objection théoriques formulées *à priori*, le traitement chirurgical donne les mêmes résultats en Egypte et dans les pays d'Orient qu'en Europe. La maladie y est beaucoup plus fréquente, cela est vrai, plus grave aussi en raison de l'indifférence et du défaut de soins, mais la maladie restée la même comme nature y est justiciable aussi du même traitement. En Egypte comme en Europe, les formes compliquées de lésions cornéennes bénéficient le mieux du procédé qui permet d'obtenir des succès inespérés.

Le point important dans le traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse, c'est d'aborder le foyer principal de la maladie et de mettre à nu la partie la plus élevée du cul-de-sac supérieur, ce qu'on ne peut obtenir qu'en enroulant complètement la paupière autour de la pince à torsion.

Quant aux scarifications, qu'elles soient plus ou moins profondes, plus ou moins nombreuses, qu'on se serve ensuite de brosse ou de curette, de herse ou de pinces compressives, ou simplement de frictions énergiques avec de l'ouate, tout cela n'a pas grande importance, à la condition expresse toutefois qu'en accomplissant toutes ces manœuvres, on ne produise ni délabrements considérables, ni surtout aucune perte de substance de la muqueuse ou des tissus sous-jacents. Muqueuse et tissu sous-muqueux doivent être modifiés dans leur structure, mais non supprimés.

Une autre condition indispensable pour le succès final, c'est de s'en tenir exclusivement, pour les lavages, à une solution de sublimé à 1/500e. Tous les deux jours au moins, pendant trois semaines environ, les paupières doivent être retournées aussi complètement que possible et la muqueuse conjonctivale frottée énergiquement jusqu'au saignement avec de l'ouate trempée dans cette même solution.

M. Trousseau, il est vrai, n'a pas obtenu les mêmes succès que M. Abadie, surtout chez les enfants, bien qu'il ait appliqué sa méthode avec toute la rigueur désirable; les récidives sont fréquentes, et jamais surtout on n'obtient cette souplesse de la muqueuse tant vantée des enthousiastes. Ils sont, d'ailleurs, un peu refroidis dans leur zèle à l'égard de ce traitement. Si l'on veut réussir, on doit toujours terminer la cure par un traitement complémentaire, qui n'est autre que l'ancienne méthode des cautérisations.

M. Abadie, dans sa réponse, a d'ailleurs concédé que chez l'enfant le procédé réussit mal, et il l'avait dit dans ses premières communications.

M. Parisotti ne s'est pas encore servi du brossage parce qu'il en a eu peur, et, d'autre part, il ne peut s'empêcher de demander à M. Abadie le but qu'il se propose d'atteindre avec la brosse. On ne peut s'en tenir à l'épithélium, ce n'est pas là le foyer histologique du trachome. N'ira-t-on pas alors souvent trop profondément? En ce cas, il faut attendre longtemps avant de voir si les suites n'en seront pas fâcheuses.

M. Coppez pense, d'autre part, que le curettage n'est pas indiqué dans les granulations suppurées ou succulentes; dans les cas appropriés, quand il est bien fait (ce qui est rare, et j'ajoute qu'on ne l'exécute pas bien en France), il donne d'excellents résultats. A Bruxelles, on racle les granulations avec un scalpel, puis on brosse soigneusement. Quand il existe du pannus, le jéquirity est bien supérieur; cependant et dans ce cas encore, il faut savoir s'y prendre et agir avec énergie.

M. Abadie insiste sur sa façon de retourner la paupière, mais c'est là une manœuvre fort anciennement connue, notée dans Mackenzie, et on avait même inventé à cette intention une pince qui atteignait tout aussi bien le but que les nouveaux instruments.

M. Abadie est, d'ailleurs, d'accord avec M. Coppez sur les principaux points. Dans la forme où il y a de la suppuration, le procédé est parfois infidèle, mais lorsqu'il survient des complications du côté de la cornée, sa supériorité s'affirme. Quant au jéquirity, il a donné des succès éclatants, mais il a été abandonné parce qu'il était difficile à manier, dangereux, qu'on n'était pas sûr de ce qu'on faisait, de même que l'inoculation de l'ophthalmie purulente a été abandonnée jadis parce qu'on n'était pas maître de l'inflammation que l'on provoquait.

M. Galezowski rappelle que les granulations ont pour siège de prédilection le cul-de-sac conjonctival et que, pour les combattre, il a proposé l'excision de ce cul-de-sac; la guérison est ensuite poursuivie à l'aide de cautérisations au nitrate d'argent.

M. de Wecker ayant demandé à M. Abadie quelle est la proportion des cas de conjonctivite granuleuse qui s'accompagnent de suppuration, M. Sulzer dit que, si M. Abadie prétend que la conjonctivite granuleuse est la même en Europe qu'en Orient, cette assertion, vraie dans les grands traits, est sujette à caution en ce qui concerne la prédominance des différentes formes de cette maladie. La suppuration est le caractère prédominant de la conjonctivite granuleuse en Orient. Presque tous les cas prononcés de conjonctivite granuleuse — et ce sont les seuls qui amènent l'indigène à consulter — ont commencé par une suppuration, qui revient périodiquement, le plus souvent pendant les premiers mois de la saison sèche. Tandis qu'en Europe les complications cornéennes du trachome se présentent, dans la grande majorité des cas, sous la forme de pannus, ce sont surtout, en Orient, des ulcérations de la cornée consécutives à la conjonctivite purulente.

M. Chibret insiste sur cette opinion et ajoute que nous savons, par l'admirable description laissée par le baron Larrey de l'ophthalmie d'Egypte, que la purulence est l'état initial de l'ophthalmie granuleuse en Egypte et qu'elle domine toute la maladie.

M. Chauvel toutefois, après avoir habité longtemps l'Algérie, affirme n'avoir pas vu plus qu'ailleurs des formes purulentes. Il a vu des agglomérations d'enfants qui tous étaient atteints de granulations et qui ne s'en doutaient pas, tellement la maladie offrait de chronicité, tellement la lésion occasionnait peu de réaction. La purulence, là comme ici, n'est qu'un accident du trachome.

M. Abadie, il est vrai, a répondu en ces termes à cette question subsidiaire :

Je suis resté trois mois en Orient; j'ai parcouru tous les hôpitaux, et je dois dire que ce qui m'a frappé le plus, c'est que j'ai vu des quantités innombrable de conjonctivites granuleuses et que je n'ai pas vu d'ophthalmie purulente typique.

Je me suis enquis auprès de mes confrères de cet état de choses : ils m'ont répondu : « L'ophthalmie purulente est réellement la maladie terrible de ces pays-ci, mais il n'y en a jamais dans cette saison hivernale ; vous viendriez trois mois plus tard que vous ne verriez que des ophthalmies purulentes, et, pour nous, la maladie commence par cette ophthalmie purulente. Tout l'été nos soins sont consacrés à combattre cette affection, et nous devons déclarer que nous obtenons des résultats merveilleux avec les cautérisations biquotidiennes au nitrate d'argent. Comme en Europe, quand les malades viennent à temps, nous les sauvons. Mais souvent, une fois la période dangereuse passée, ils passent à l'état granuleux et les granulations deviennent chroniques et prennent le même aspect qu'en Europe.

M. le docteur Kartulis, examinant les produits conjonctivaux, a trouvé constamment chez ces malades le gonocoque; il semble être là à l'état latent, non virulent, pendant l'hiver. Puis, quand la température s'élève et sous l'influence de certaines conditions climatériques déterminées (chaleur et humidité, comme au moment de la crue du Nil), le gonocoque reprend sa virulence et des épidémies éclatent.

Lorsque les granulations sont guéries, elles laissent après elles un trachome cicatriciel très souvent compliqué d'un ectropion rebelle, contre lequel **M. Masselon** conseille l'opération suivante :

Après avoir appliqué une large pince sur la paupière qui est le siège de l'entropion (pince de Snellen ou de Knapp), on pratique à 2 ou 3 millimètres du bord palpébral et parallèlement à ce bord une incision de la peau s'étendant à toute la largeur de la paupière. La peau est ensuite disséquée et séparée des tissus sous-jacents, en bas, jusqu'au bord palpébral, et, en haut, jusque vers la partie supérieure du tarse.

A l'aide d'une pince et de ciseaux, on pratique l'ablation des fibres de l'orbiculaire situées au devant du tarse, de façon à le mettre bien exactement à nu.

Retirant alors la pince palpébrale, on saisit le tarse entre le pouce et l'index de la main gauche, ce dernier étant glissé sous la paupière. On se renseigne exactement ainsi sur les altérations et difformités du tarse; puis on procède à l'ablation ou à la destruction de toutes les parties saillantes du tarse, de façon à ne lui laisser qu'une épaisseur permettant une souplesse parfaite.

Ce temps, le plus important de l'opération, n'est pas sans présenter quelques difficultés : si l'on se sert d'un instrument tranchant, le tarse, en effet, se dérobe aisément sous la lame du bistouri, que l'on devra conduire à plat et en lui imprimant un lent mouvement de scie. Des ciseaux courbes ou mieux de petites cisailles *ad hoc* sont alors nécessaires pour détacher les lamelles de tarse incomplètement divisées. Le thermo-cautère, bien que son emploi soit d'un dosage moins aisé, permet parfois d'arriver plus promptement à aplanir et à amincir le tarse. Trois sutures verticales, appliquées sur le tarse seul, en prenant successivement sur l'aiguille, en haut et en bas, un point étroit mais solide de tissu tarsien, sont ensuite réparties sur l'étendue de cet organe. Les chefs de ces sutures, que l'on ferme énergiquement par un double nœud, sont ramenés vers le front, où on les fixe à l'aide d'une bande de taffetas gommé. Aucune suture cutanée n'est nécessaire. Le bandeau est porté quarante-huit heures; puis on coupe les fils à une petite distance du nœud, de façon à laisser dépasser dans la plaie quelques millimètres de fils. Ceux-ci tombent d'eux-mêmes après plusieurs jours ou on les détache s'ils tardent trop à couper le tissu tarsien compris dans la suture.

Pour terminer ce qui a trait aux granulations, signalons une note de **M. Venneman** (Louvain) sur la structure histologique. Il en résulte que le tissu granuleux n'est pas, comme on l'a dit, formé de corpuscules lymphatiques, car ces globules blancs à peine sortis des vaisseaux par diapédèse subissent des dégénérescences variées. En fin de compte, la formation granuleuse consiste essentiellement en une prolifération pathologique excessive de l'épithélium conjonctival, qui de cylindrique devient pavimenteux.

Traitement de la syphilis oculaire.

M. Chibret. — Le meilleur mode de traitement général de la syphilis oculaire dans toutes ses manifestations consiste dans les injections hypodermiques de sels solubles et surtout de cyanure d'hydrargyre, car ce sel ne coagule pas l'albumine.

En outre, dans la syphilis de la cornée et de la choroïde, les injections sous-conjonctivales de sels solubles associées au traitement général donnent des résultats remarquables; la syphilis de l'iris reste réfractaire à l'emploi de ce procédé.

Les inconvénients des injections de sels solubles, outre ceux qui lui sont communs avec les autres méthodes, sont surtout la douleur locale généralement très supportable, puis la diarrhée symptomatique d'un empoisonnement aigu, facile à éviter avec une administration prudente du médicament. Les avantages de cette méthode consistent dans la rapidité et l'intensité de l'action thérapeutique, ainsi que dans l'exactitude des doses.

L'iodure de potassium n'a pas de valeur spécifique. Il facilite l'élimination du mercure et combat efficacement l'empoisonnement chronique. Son adjonction aux traitements mercuriels en diminue les effets spécifiques. S'il peut être utile de combiner ou d'alterner l'iodure avec les médications mercurielles qui exposent à l'empoisonnement chronique, il est toujours inutile de l'administrer conjointement aux injections de sels solubles.

M. Trousseau. — Le traitement par les frictions donnerait toujours de beaux résultats, si les frictions étaient bien faites, ce qui est rarement réalisé. Les résultats comparatifs des traitements par les injections sous-cutanées et par les frictions bien faites sont les mêmes : l'avantage est donc aux frictions, plus maniables. Les kératites parenchymateuses, toujours syphilitiques, guérissent à merveille par les frictions, pourvu qu'on les soigne dès le début.

M. Panas pense que les injections sous-cutanées de sels hydrargyriques (biiodure d'hydrargyre dissous dans l'huile stérilisée) sont de beaucoup supérieures aux frictions. Il est d'avis de rejeter les sels insolubles de mercure.

Dans la kératite interstitielle, il considère l'iodure de potassium comme préférable au mercure.

M. Parisotti proteste contre la condamnation des injections de calomel. Il les pratique depuis longtemps sans avoir d'accidents, à condition d'agir antiseptiquement, car la substance, par elle-même, n'est pas antiseptique.

M. Sulzer. — M. Parisotti a raison de dire qu'on peut éviter les accidents locaux dans les injections de calomel. Le grand danger de ces injections consiste dans ce fait qu'une intoxication mercurielle possible sera entretenue longtemps à l'état le plus intense par le dépôt « inamovible » de mercure qu'on a déposé dans l'organisme.

M. Galezowski insiste sur ce fait, que l'exploration de la région ciliaire à l'ophthalmoscope dans les kératites interstitielles fait reconnaître des lésions choroïdiennes qui sont la marque évidente de la syphilis. Dans ce cas, il conseille des frictions mercurielles prolongées pendant deux ans.

M. Gillet de Grandmont préfère les injections de sels solubles aux frictions.

Du glaucome syphilitique.

M. Samelson (de Cologne). — J'ai observé deux cas entièrement semblables de glaucome, que je ne puis rattacher qu'à la syphilis. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un malade que j'opérai pour un glaucome aigu par l'iridectomie. Il semblait guéri de ses accidents quand, un mois après, il revint avec une nouvelle poussée de glaucome aigu. Le fait me parut extraordinaire, et en examinant de près l'œil malade, je trouvai à la partie postérieure de la membrane de Descemet des dépôts pointillés qui me firent comprendre qu'il ne s'agissait pas là d'un vrai glaucome, mais d'une iritis séreuse. En recherchant alors dans les commémoratifs, je trouvai la syphilis et, à la suite d'un traitement approprié, le malade guérit de tous ses accidents.

Mon second cas est de point en point identique au premier.

Je pense donc que la syphilis peut, chez certains sujets, déterminer des accidents de glaucome en engendrant directement une artério-sclérose des vaisseaux du tractus uvéal. L'iridectomie alors agit sur l'élément mécanique de la maladie, mais il faut recourir à la thérapeutique générale pour obtenir une guérison complète.

C'était l'idée des anciens qui, dans les cas de glaucome, recherchaient toujours la cause du côté de l'état général du sujet.

M. de Wecker. — L'iritis séreuse est très fréquente chez les syphilitiques et le glaucome en est très souvent la conséquence. Arlt conseillait dans ces cas d'éviter les excès d'atropine. Les cas de M. Samelson ne peuvent pas être présentés comme des cas de glaucome syphilitique. La corrélation indirecte existe par l'artério-sclérose. Ce qui n'est pas démontré, c'est la relation étroite de cause à effet entre la syphilis et le glaucome.

M. Galezowski. — Chez une femme syphilitique et atteinte de glaucome, l'iridectomie fit cesser la tension. Après quelques instillations d'atropine, j'ordonnai le traitement hydrargyrique.

M. Coppez (de Bruxelles). — Dans des cas absolument semblables à ceux de M. Samelson, j'ai vu l'iridectomie abaisser la tension. Il s'était fait un iritis plastique et en même temps l'acuité visuelle diminuait.

M. Parinaud. — Un fait acquis, c'est que le glaucome et la syphilis ont un terrain commun, c'est l'artério-sclérose. Chez une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'un glaucome double survenu subitement, l'iridectomie fit cesser la tension, mais la vision était mauvaise. Il existait une chorio-rétinite spécifique avec atrophie complète des vaisseaux rétiniens, par artério-sclérose.

M. Gillet de Grandmont. — Chez deux malades atteints d'iritis séreuse avec synéchies, j'ai observé le glaucome lié à la syphilis. Après avoir fait une double iridectomie, j'ai pratiqué des injections hydrargyriques.

M. Chibret. — Chez une malade atteinte de chorio-rétinite syphilitique ancienne avec atrophie des nerfs optiques, j'ai vu survenir des accidents glaucomateux. Des injections de cyanure sans traitement local firent tout disparaître.

M. Meyer. — Dans les observations de M. Samelson, l'iridectomie n'a pas amélioré l'état du tractus uvéal, bien que diminuant la tension. La guérison a été obtenue par le traitement mercuriel, et de ce fait il pense qu'on doit songer à l'origine spécifique pour de jeunes sujets atteints de glaucome. Pour ma part, je me poserai maintenant cette question. Quand le glaucome est récent, on peut toujours essayer les myotiques, et en même temps employer la médication spécifique.

M. Kœnig (Paris). — J'ai observé, il y a trois ans, à la clinique de M. Galezowski, un cas remarquable de glaucome accompagné d'iritis spécifique, survenu chez une jeune femme de 22 ans peu de temps après la période des accidents secondaires. Les accidents se déclarèrent rapidement. Dans l'œil gauche, la pupille était dilatée au maximum, irrégulière, et le bord de l'iris était parsemé de petits condylomes. Tonus élevé; trouble de la chambre antérieure, fond de l'œil inéclairable. Dans l'œil droit, je constatai un peu d'iritis et une endartérite généralisée avec de nombreuses hémorrhagies et une atrophie caractérisée de la pupille. Les artères étaient transformées en cordons blanchâtres. La malade, qui était très affaiblie après de nombreuses fausses couches, succomba à une hémorrhagie intestinale quelques mois après. La soudaineté des accidents, l'âge du sujet, l'artério-sclérose me semblent de nature à éclairer la pathogénie du glaucome syphilitique. Il n'est pas question ici, comme dans des cas de M. Samelson, de glaucome survenu à la suite d'une iritis accompagnée de synéchies, mais d'un glaucome spontané, primitif. Quoi qu'il en soit, le diagnostic fait à temps a une grande importance, car le traitement spécifique institué assez tôt peut empêcher l'évolution de la maladie. C'est un point capital dont l'importance n'échappera à personne.

M. Terson (Toulouse). — Avant de faire l'iridectomie, on peut pratiquer des paracentèses pour gagner du temps.

M. Samelson. — Je regrette de ne pouvoir donner une description complète de cette forme de glaucome et de sa pathogénie, mais faut-il s'inscrire en faux de suite contre cette idée sous prétexte que les éléments font encore défaut. Ce que j'ai dit peut servir à jeter un peu de clarté dans cette question encore obscure, et cela doit suffire pour retenir l'attention. Dans mes observations, il s'agit de vrais glaucomes suivis d'iritis, et je ne sache pas que ces cas soient fréquents.

De l'eczéma palpébral.

M. Trousseau. — L'eczéma des paupières par sa ténacité et ses récidives, s'accompagne toujours d'une conjonctivite spéciale qu'on peut appeler conjonctivite eczémateuse, caractérisée par une sécrétion catarrhale plus ou moins intense, qui irrite, aggrave, propage la lésion cutanée, et est rebelle aux moyens ordinaires de traitement (sulfate de zinc, nitrate d'argent). Après un succès inespéré par l'emploi des lavages conjonctivaux faits avec une solution de sublimé (sans alcool) dont la concentration doit varier progressivement de 0 gr. 05 à 0 gr. 25 centigr. pour 500 grammes d'eau, M. Trousseau a bientôt constaté que l'emploi de la même solution avait le meilleur effet sur la marche de la légion cutanée.

Donc, *l'eczéma est justiciable du traitement antiseptique* et ceci donne un singulier poids à l'opinion des partisans de l'origine parasitaire de l'eczéma, de l'Ecole de Vienne spécialement. Pour guérir l'eczéma, il faut assurer l'asepsie de la région, empêcher, par l'emploi des solutions de sublimé et d'acide borique, la pullulation des germes qui y sont nés ou y sont importés, empêcher les malades de se livrer au grattage irritant et inoculateur, ne jamais employer les masques malpropres ou les poudres qui fermentent. Si les surfaces eczémateuses sont très irritées, on peut appliquer des cataplasmes de fécule préparés aseptiquement. Les pulvérisations phéniquées à 0.50 0/0, le sulfate de quinine à l'intérieur réussissent bien contre les démangeaisons.

Les pommades sont le plus souvent mal supportées et provoquent des poussées aiguës; on ne doit les employer qu'à la période terminale, au moment de l'apparition de la fin de la desquamation épithéliale et cela avec les plus grandes précautions, en tatant le terrain, essayant d'abord les moins irritantes, telles que la vaseline pure, ou l'axonge fraîche, vantée par M. Brocq, puis successivement le bismuth, l'oxyde de zinc, l'ichthyol, l'oxyde jaune, l'huile de cade. Il y a là une question de tact médical. En résumé, c'est le traitement antiseptique qui doit dominer ces différents moyens complémentaires.

REVUE DES JOURNAUX

Pyloroplastie (A case of pyloroplasty for non malignant stenosis of the pylorus, recovery), par Gould (*Lancet*, 20 mai 1893, p. 1183). — Une malade était depuis plus de 2 ans atteinte de dyspepsie; elle eut une péritonite qui parut surtout intense dans la partie supérieure de l'abdomen; puis la dyspepsie augmenta. Amaigrissement, douleurs constantes au pourtour de l'ombilic; vomissements tous les deux ou trois jours. Estomac très dilaté. Constipation opiniâtre. Pas de tumeur, pas d'ascite. Diagnostic : rétrécissement non cancéreux du pylore. Opération le 14 décembre 1892 : incision médiane; on déchire quelques adhérences au niveau du pylore; on incise l'estomac au voisinage du pylore; le pylore était très rétréci; on prolonge l'incision à travers le pylore jusqu'au duodénum. On écarte les lèvres de l'incision avec des crochets mousses et on suture de façon à amener l'une au contact de l'autre les deux extrémités de l'incision. Suture de la plaie abdominale. Pansement antiseptique. Guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juin 1893.

Le typhus des prisons. Cinq cas isolés de typhus à la prison de la Casbah d'Alger.

M. Alcide Treille (Alger). — Depuis l'épidémie de typhus exanthématique des villages kabyles de la commune mixte de Fort-national, en 1891, où j'ai contracté moi-même la maladie, j'ai fait plusieurs voyages en Kabylie. Nos enquêtes établissent conformément aux rapports des administrateurs et des médecins civils de colonisation de cette contrée que le typhus n'y est pas plus endémique qu'ailleurs. Il y a toujours contamination par quelque colporteur ou quelque journalier kabyle ayant été cherché la maladie au loin. L'endémie plane sur toute l'Afrique du Nord.

En Algérie, où l'on observe le typhus depuis plus de trente-deux ans, deux foyers semblent devenir permanents, depuis 1886 à l'est, depuis 1888 au centre. Ils sont du reste limités : le premier au quartier Juif à Constantine; le second au quartier de la Casbah à Alger, habité par les Juifs et les Arabes. Cinq ou six cents cas de typhus ont été observés dans ces neuf derniers mois à Constantine avec une mortalité qui n'est pas, d'ailleurs, supérieure à 7 ou 8 0/0.

A la prison de la Casbah d'Alger, située aux portes d'un foyer typhique, j'ai observé à cinq reprises différentes des cas de typhus : trois en 1891, deux en 1893.

Cette prison est continuellement surencombrée. Elle n'a été faite que pour 300 détenus. Il y en a eu jusqu'à 500 en 1891 et 600 en 1893. Cependant, il est impossible d'attribuer la maladie à l'encombrement. Les cas ont été isolés. Il n'y a eu entre eux aucune filiation.

A la prison d'Orléansville, située dans la région du Chéliff, si éprouvée cette année par la disette, on pouvait même dire au début la famine, il y a eu encombrement permanent également. Aucun cas de typhus n'y a été observé non plus que parmi les faméliques du Chéliff.

Il faut de toute nécessité, pour expliquer les cas de la prison de la Casbah d'Alger, admettre ou une longue incubation qui, chez l'un des détenus, aurait été de deux mois au moins, ou un apport des germes par les vents. Les cinq cas se sont déclarés dans des salles ou cellules séparées, situées toutes sur le front nord-est de l'établissement, balayé par les vents

passant sur un dépôt d'immondices situé à 24 mètres et recevant les balayures de tous les foyers typhiques du quartier de la Casbah.

Des mesures d'antisepsie rigoureuses ont empêché la maladie, à cinq reprises différentes, de s'étendre au personnel de l'Administration ou des détenus. Pourtant je n'ai pu faire l'isolement qu'à partir du troisième ou quatrième jour, — dès que le diagnostic a pu être porté, — dans un cabinet de 4 mètres de long sur $1^{m},20$ de large, donnant dans ma salle même d'infirmerie.

Lavages phéniqués du corps des malades plusieurs fois par jour ; lavages à la solution de Van Swieten de toutes les parties souillées par les déjections ; stérilisation au bichlorure des crachoirs, des selles ; précautions les plus minutieuses pour la préservation des infirmiers, pour l'enlèvement et la désinfection du linge des malades, renouvelé tous les jours : tels sont les moyens qui m'ont permis, dans un milieu surencombré, de n'avoir pas un seul cas de contagion.

La maladie n'ayant jamais pu être diagnostiquée que le troisième ou le quatrième jour, et les malades étant restés en contact pendant ce laps de temps, soit avec les autres détenus, soit avec les autres malades ou les infirmiers, il en résulte clairement que la maladie n'est pas contagieuse dans les quatre premiers jours.

Comme traitement, j'ai donné la première place au café alcoolisé et au lait. J'attache une grande importance aux lavages de la bouche et de l'arrière-bouche au moyen de l'eau phéniquée à 1 0/0. C'est là sans aucun doute que cultivent surtout les germes typhiques. Une série de raisons l'indiquent. Je me suis infecté, en parcourant les cases kalafes en mai 1891, au moyen du crayon qui me servait à prendre des notes et que je portais de temps en temps à mes lèvres.

Considérant l'élément « malarique » ou « paludique » camme quantité absolument négligeable *a priori* dans les pyrexies de l'Algérie, et tenant les fièvres à sulfate de quinine, dont j'ai indiqué les véritables caractères, comme relativement rares et bénignes dans notre colonie, je ne m'en suis jamais laissé imposer par l'hyperthermie du début. Je n'ai jamais donné à mes malades de sulfate de quinine, non plus que de préparations de quinine, ayant fait de la suppression radicale de celles-ci une question de doctrine en Algérie.

Les trois malades de 1891 ont guéri. Le premier typhique de 1893 a succombé, au décours de sa maladie, pendant une absence que j'ai dû faire, à des accidents laryngés, sur la nature desquels je n'ai pas été exactement fixé. Le second, évacué au quatrième jour sur l'hôpital civil de Mustapha, a guéri.

Mes conclusions seront les suivantes :

1° Il n'existe pas un typhus spécial des prisons ;

2° Le germe typhique ne naît pas de toute pièces dans les établissements pénitentiaires : l'encombrement, pas plus que la famine, ne le fait éclore ;

3° Il vient toujours du dehors, apporté par un prisonnier qui s'est trouvé en contact avec quelque typhique ;

4° Cependant les faits de la prison de la Casbah d'Alger peuvent donner l'éveil sur la possibilité d'un transport par l'air, par les vents balayant la poussière des déjections ou des immondices provenant d'un foyer typhique aux portes de l'établissement ;

5° Le germe évolue d'autant mieux dans les milieux misérables des prisons qu'il y trouve des organismes en état favorable de réceptivité, que la maladie est méconnue à son début et que l'encombrement favorise d'autant par la contagion ;

6° La maladie n'est pas contagieuse dans les quatre premiers jours au moins ;

7° Le typhus est une maladie que l'on peut éteindre à volonté, même dans un milieu surencombré, pourvu que le premier cas soit diagnostiqué dans les délais voulus de non-contagiosité, que l'isolement soit aussitôt pratiqué et que les plus rigoureuses mesures d'antisepsie soient prises.

Brightisme.

M. Dieulafoy. — Un individu peut rester plusieurs années albuminurique sans devenir brightique, à la condition de ne pas avoir de maladies intercurrentes, car les petits accidents de la veille peuvent devenir les grands accidents du lendemain.

La dissociation des actes morbides du rein dans les maladies diathésiques peut se réduire à la dissociation dans la diathèse arthritique ou goutteuse, car celle-ci est solide et n'a pas disparu de la science comme les autres. On commence souvent par avoir des coliques néphrétiques pour s'acheminer vers la néphrite interstitielle.

Un individu pendant plusieurs années va avoir des accès de goutte sans avoir aucun des accidents du brightisme, tout en ayant de l'albuminurie pendant plusieurs années. Cette albuminurie peut diminuer sous une influence quelconque, mais elle persiste. Une série d'observations montrent que les goutteux ont de l'albuminurie sans néphrite parenchymateuse. On voit quelquefois des goutteux qui n'ont pas d'albuminurie, mais qui sont brightiques. Cet homme n'a pas un vrai asthme, ni une dyspepsie des goutteux, il a de l'urémie ; et cet homme, si on le met au régime lacté, on lui fait beaucoup plus de bien qu'en soignant uniquement la goutte chez lui.

Dans les maladies infectieuses, nous trouvons la scarlatine, cette cause si fréquente de mal de Bright et de néphrite : nous y retrouvons la même dissociation de phénomènes que chez les goutteux. Des malades peuvent avoir de l'albuminurie sans aucun symptôme de brightisme et inversement.

Une autre question est celle du syphilo-brightisme. Il y a des gens qui pendant la première et la deuxième année de l'infection sont albuminuriques et ne sont pas brightiques. Au contraire, pendant la troisième et la quatrième année de l'infection, ces malades ne sont plus albuminuriques, mais ils ont des céphalées, du froid des extrémités, des sensations spéciales et on attribue cela à la syphilis, c'est du syphilo-brightisme.

Passons au chloro-brightisme, je ne parle que des vraies chlorotiques : j'ai une trentaine d'observations prises dans mon service d'hôpital. Une vraie chlorotique voit en ville une série de médecins qui tous recommandent la viande saignante, l'extrait de viande, le jus de viande, les vins de coca, de quinquina, le fer, l'arsenic, mais ce traitement souvent recommandé, n'a produit aucun résultat et même la jeune fille n'a jamais pu le supporter. Mais, en outre, cette jeune fille a de petits phénomènes de brightisme sans albuminurie et si vous êtes au courant, vous recommandez le régime lacté. Ce traitement, accepté toujours avec difficulté, finira cependant par faire disparaître tous les symptômes de pseudo-chlorose.

Dans une deuxième catégorie, les malades ne sont pas seulement des chloro-brightiques, elles ont en même temps de l'albuminurie passagère et en très petite quantité très bien vue par Gubler.

Ces jeunes filles ou jeunes femmes, que deviendront-elles plus tard ? Quelquefois elles auront, plus tard, des accidents graves. Une jeune fille amenée dans mon service avec un chloro-brightisme des mieux caractérisés, mais non albuminurique, sortit guérie en apparence au bout de quelques semaines. Elle s'est mariée, est devenue enceinte, elle n'a jamais été albuminurique, mais, après l'accouchement, elle a eu des accès d'éclampsie des mieux caractérisés et dont elle a guéri.

Une autre jeune fille chloro-anémique pendant trois ou quatre ans est devenue ensuite chloro-brightique, puis chloro-urémique et en est morte de son urémie.

M. Lancereaux. — Je suis d'accord avec M. Dieulafoy lorsqu'il dit que l'albuminurie et l'urémie ne sont pas toujours simultanées. On l'a dit depuis longtemps. C'est qu'en effet l'albuminurie n'est qu'un phénomène de la maladie générale. En 1870, un homme a été trouvé albuminurique à Montpellier par le professeur Dupré, et il vit encore.

Quant aux petits signes du brightisme, un grand nombre se rattachent à d'autres causes qu'au brightisme : la pollakiurie, le refroidissement des extrémités sont engendrés par l'artério-sclérose. Quand M. Dieulafoy vient nous parler du chloro-brightisme, du syphilo-brightisme, de l'arthrito-brightisme, il nous a dit d'excellentes choses au point de vue clinique, mais il ne nous a donné aucune explication. Le rhumatisme chronique et la goutte ne sont qu'une seule et même chose, il n'en est pas de même du rhumatisme aigu, car les goutteux sont exposés à l'artério-sclérose et ce sont ceux-là qui ont de l'albuminurie et du brightisme.

De même, tout le monde sait que les chlorotiques devien-

nent brightiques. On est brightique pour la même raison qu'on est chlorotique.

Tout individu rhumatisant ou goutteux qui fait de l'artério-sclérose transmet à ses descendants une prédisposition aux maladies du système artériel, à l'étroitesse congénitale de ce système; ce sont ces malades qui deviennent chlorotiques ou brightiques.

Je comprends moins le syphilo-brightisme que les deux autres. On observe dans le cours de la syphilis deux ordres de lésions du côté du rein, n'ayant pas la même origine. Dans la période secondaire, on trouve le gros rein dans lequel l'élément épithélial est profondément affecté. Dans la période tertiaire, on voit des lésions qui se traduisent par des dépôts gommeux. La syphilis est une maladie de l'élément vasculo-cellulaire; elle n'affecte jamais aucun autre élément dans aucun autre organe, ni dans le cerveau, ni ailleurs.

C'est précisément au moment de la fièvre syphilitique ou peu de temps après, qu'on voit apparaître les phénomènes d'albuminurie dus non directement à la syphilis, mais aux toxines sécrétées. La syphilis affecte beaucoup plus souvent le foie et le testicule que le rein.

M. Dujardin-Beaumetz. — J'aurais voulu que M. Dieulafoy abordât le rôle du foie au point de vue de la production du brightisme. Le foie est une véritable barrière contre les toxines que nous introduisons dans notre estomac. Tant que le foie fonctionne bien, nous ne sommes pas intoxiqués et nous pouvons combattre l'insuffisance du rein. Si le foie en même temps que le rein fonctionne mal, nous voyons apparaître le phénomène du petit et du grand brightisme.

M. Dieulafoy a touché un autre point, c'est le rôle alimentaire. Quand le foie et le rein ne fonctionnent pas, il ne faut pas manger de viande ni de poisson. Si on mange de la viande, il faut au moins qu'elle soit très cuite.

En dehors du lait, il y a toute la série des œufs, des légumes, des fruits que l'on peut donner avec grand avantage.

M. Dieulafoy. — Je remercie M. Lancereaux et M. Dujardin-Beaumetz. Je n'ai pas cherché la pathogénie de la maladie de Bright, ni le traitement du mal de Bright et c'est pour cela que je n'ai parlé ni de l'artério-sclérose ni du régime alimentaire. Je me suis contenté d'exposer les faits et rien autre chose que des faits.

Traitement chirugical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés.

M. Bourneville donne les conclusions ci-jointes :

I. — Le traitement chirurgical de l'idiotie repose sur une hypothèse que ne confirme pas l'anatomie pathologique.

II. — La synostose prématurée des sutures du crâne n'existe pas dans les différentes formes de l'idiotie. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on rencontre une synostose partielle.

III. — Les lésions auxquelles sont dues les idioties sont d'ordinaire profondes, étendues, variées et partant peu susceptibles d'être modifiées par la crâniectomie.

IV. — Le diagnostic de la synostose des sutures et de l'épaisseur du crâne échappe jusqu'ici à nos moyens d'investigation.

V. — D'après la plupart des chirurgiens les résultats obtenus par l'intervention opératoire même sont légers, douteux ou nuls. Des accidents graves (paralysie, convulsions, etc.) et la mort peuvent s'en suivre.

VI. — Le traitement médico-pédagogique reposant sur la méthode imaginée par Séguin et perfectionnée par l'introduction de procédés nouveaux, appliquée judicieusement et prolongée un temps convenable, permet d'obtenir à peu près toujours une amélioration sérieuse et souvent même de mettre les enfants idiots et arriérés en état de vivre en société.

Expériences sur un supplicié.

M. Laborde lit un rapport sur un travail de M. Fayelle (de Caen) relatif à des expériences sur un supplicié. Les réflexes n'ont disparu que de 4 à 10 minutes après la mort. Une couronne de trépan ayant été appliquée à droite, les contractions provoquées dans la face par l'électrisation de l'écorce ont toujours eu lieu à droite. Pour M. Laborde, il doit y avoir une erreur d'interprétation, due à la diffusion du courant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 juin 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Lésions du foie dans l'ictère grave.

M. Hanot. — Dans un cas d'ictère grave correspondant anatomiquement au type de l'atrophie jaune aiguë, j'ai pu constater une forme et une topographie intéressantes des lésions. Il existait au centre des lobules de grande taches décolorées, tandis que la substance hépatique au contact des espaces et fissures était plus respectée. Dans ces taches, la nécrose et la stéatose s'observaient concurremment. Mais ce qui était surtout intéressant, c'était le processus irritatif observé au contact de taches hépatiques et des portions saines de parenchyme trabéculaire. Là les cellules sont altérées, atrophiées, ou hypertrophiées, déformées, d'aspect extrêmement tourmenté en un mot Il y existe des traces manifestes d'un processus irritatif et formatif, et des figures karyokinétique. En quelques endroits, des tractus conjonctifs minces enserrent des groupes cellulaires au point de simuler l'épithélium alvéolaire. Enfin, on assiste manifestement en plusieurs points au travail de déviation ou de régression qui a pour effet le développement de néocanalicules biliaire aux dépens de l'épithélium hépatique altéré.

Physiologie du pancréas

M. Pachon. — On admet communément que le pancréas, chez les animaux à jeun, est au repos et ne fournit pas de ferments digestifs. Or chez des chiens et des lapins à jeun depuis cinq jours, j'ai pu constater que le pancréas, enlevé sur l'animal mourant (destruction du nœud vital), donnait soit immédiatement, soit après exposition à l'air, des résultats positifs au point de vue de la digestion de la fibrine, soit en milieu phéniqué ou acétifié, ou même salicylé, soit en milieu glycériné simple. J'ai confirmé qu'il ne s'agissait pas d'intervention microbienne, mais d'une action physiologique propre du pancréas.

M. Dastre. — J'ai précisément étudié le même point, et vu que le pancréas est toujours actif, mais seulement pour les effets postéolytiques, non pour l'amylolyse.

M. Bourquelot. — Il serait bon de fixer s'il s'agit dans ces conditions d'une digestion vraie, ou d'une simple dissolution.

M. Brown-Séquard. — J'ai vu il y a bien longtemps qu'en prenant du pancréas d'animal récemment sacrifié et en le mélangeant à de la viande hachée pour injecter le tout dans le rectum d'un inanitié on assistait à une absorption rapide déjà complète après vingt minutes.

Dynamogénie médullaire.

M. Brown-Séquard. — Les phénomènes convulsifs artificiels observés chez le cobaye ou le lapin après une irritation nerveuse ne sont pas l'effet immédiate de la lésion mécanique, mais supposent comme intermédiaire un travail de préparation qui met les centres en état de dynamogénie. L'intervalle de temps perdu peut dépasser dix secondes. Supposons au contraire chez l'animal une disposition convulsive, épileptique par exemple, existant à l'état habituel : l'attaque convulsive pourra suivre instantanément l'irritation. Ces effets médullaires dynamogéniques peuvent persister cinq minutes après la cessation de la vie apparente et des battements du cœur. On obtient alors des secousses rhythmiques du train postérieur, qu'une section dorsale inférieure de la moelle exagère encore. Chez les oiseaux, on peut observer dans ces conditions un état ataxiforme.

Ferments pancréatiques.

M. Dastre. — J'ai cherché à savoir s'il y avait sécrétion pancréatique commune et simultanée des différents ferments ou au contraire dissociation, spécialement en ce qui concerne les ferments protéolytique et amylolytique. Si l'on prend le pancréas d'un animal qui vient de manger et qu'on le fasse macérer quelques instants dans une solution de sel marin à 7 pour mille, on a rapidement un liquide qui transforme énergiquement et rapidement l'amidon, mais qui n'attaque pas les albumines. Au contraire, après 24 heures, on a une digestion protéolytique active, et l'amidon est faiblement attaqué.

Il y a donc absence de concordance entre ces deux éléments de la fonction pancréatique.

Effets circulatoires des toxines pyocyaniques.

MM. Charrin et **Gley**. — Les recherches ont été faites sur le chien et le lapin. Au début de l'intoxication, la tension artérielle s'élève, les battements cardiaques se ralentissent en même temps qu'ils augmentent d'énergie. Plus tard, survient une phase d'irrégularité considérable ; la pression baisse ; la période diastolique s'allonge. A la fin, le cœur s'arrête en diastole. Si les connexions nerveuses du cœur sont détruites, les effets sont comparables, mais la pression ne subit pas au début d'élévation ; elle s'abaisse progressivement à mesure que le cœur s'affaiblit.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1893.

Présidence de M. Périer.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse.

M. Reynier. — J'ai appliqué le traitement électrolytique à huit malades atteints de rétrécissement, siégeant chez tous dans la partie membraneuse, à 9 ou 10 centimètres du méat. Les malades étaient préparés les jours précédents par des lavages de l'urèthre antérieur et le salol à l'intérieur ; j'administrai également du sulfate de quinine la veille et le jour même de l'opération. Quant à la technique que j'ai employée pour les séances d'électrolyse, c'est celle qui a été préconisée par le plus ardent défenseur de la méthode.

Dans un premier cas il s'agissait d'un malade auquel j'avais fait, un an auparavant, une uréthrotomie interne et qui m'était revenu avec un rétrécissement aussi serré que la première fois. Après une séance infructueuse avec une intensité de 15 à 20 milliampères, je réussis à franchir le rétrécissement dans une deuxième séance, en employant des courants de 30 et 35 milliampères, pendant 15 minutes environ. Il y eut seulement un frisson au 5e jour, comme je l'ai observé souvent chez mes malades, au moment où il semble que l'eschare se détache. Ce malade, qui est sorti de l'hôpital parfaitement guéri, a été perdu de vue.

Mon deuxième malade avait subi en 1881 une uréthrotomie externe, pour une infiltration d'urine et il entra dans mon service l'année dernière avec un rétrécissement extrêmement serré et une fistule consécutive à un abcès qui s'était formé au niveau de son ancienne cicatrice. Ce ne fut qu'à la troisième séance d'électrolyse que je pus franchir le rétrécissement, après 8 minutes environ et avec une intensité de 30 milliampères ; ce malade, qui eut également un frisson, avec 39°, quelques jours après la dernière intervention, est sorti guéri au vingtième jour et n'a pas non plus été revu.

Chez deux autres malades ayant comme les premiers un rétrécissement très serré, j'eus pour l'un des accidents fébriles et pour l'autre des accidents de lymphangite avec abcès du dos de la verge, qui me forcèrent de suspendre les séances d'électrolyse sans avoir pu franchir le rétrécissement, et je dus faire une uréthrotomie interne.

Dans un cinquième cas où le rétrécissement était également très serré, j'obtins la guérison par l'électrolyse, mais seulement après la troisième séance, où j'employai des courants de 35 à 40 milliampères, et là encore, j'observai au 5e jour des phénomènes fébriles, ainsi qu'un peu de lymphangite.

Mes trois dernières observations se rapportent à des malades atteints de rétrécissements beaucoup moins serrés que les précédents et qui purent être franchis en une seule séance. Dans un cas seulement, il se produisit des accès de fièvre après l'intervention.

Il me reste à ajouter que, chez tous ces malades, les séances d'électrolyse ont été très douloureuses, sans que j'aie pu réussir à diminuer l'intensité de la douleur en employant la cocaïne.

En résumé, puisque les expériences de M. Desnos paraissent montrer que la méthode d'électrolyse, appliquée au traitement des rétrécissements de l'urèthre, ne met pas plus que l'uréthrotomie à l'abri d'une récidive, il me semble qu'il n'y a pas d'avantages à préférer cette méthode à l'ancienne qui actuellement ne donne guère plus d'accidents.

M. Moty. — J'ai traité par l'électrolyse un malade atteint d'un rétrécissement extrêmement dur et serré, en me servant de la méthode préconisée par M. Danion et j'ai été assez satisfait du résultat.

M. Tuffier — On ne pourra tirer de conclusions fermes au sujet des résultats éloignés de l'électrolyse, dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, que quand on aura pu suivre pendant un temps suffisamment long des malades ainsi traités.

Il est certain d'ailleurs qu'il y a des cas, justiciables seulement de l'uréthrectomie, qui donneront des récidives aussi bien avec l'uréthrotomie qu'avec l'électrolyse. J'ai opéré, il y a un an environ, un malade chez lequel, après avoir sectionné un premier rétrécissement au moyen de l'uréthrotomie, il me fut impossible d'en sectionner un second, qui nécessita une uréthrectomie ; or, ce malade m'est revenu tout récemment avec une récidive au niveau du premier rétrécissement seulement, alors que la guérison s'était parfaitement maintenue au niveau du deuxième.

En ce qui concerne l'emploi du salol, dont M. Reynier vient de parler, au point de vue de l'antisepsie des urines, je dois dire que je ne connais pas d'observation où l'on démontrait bactériologiquement l'action bactéricide du salol vis-à-vis d'une vessie ou d'un rein infecté.

Ostéomyélite de l'humérus chronique d'emblée, ayant déterminé une nécrose totale de l'os ; désarticulation de l'épaule.

M. Berger. — J'ai observé récemment un cas d'ostéomyélite qui ne rentre dans aucune des catégories que l'on distingue ordinairement. Il s'agit d'une ostéomyélite chronique d'emblée, développée chez une jeune fille de 16 ans, et ayant déterminé la nécrose totale de l'humérus, suivie de désarticulation de l'épaule. Vers le mois de septembre dernier, la malade avait commencé à accuser au niveau du bras droit des douleurs sourdes, plus accusées le jour que la nuit. Au mois de janvier on avait constaté un gonflement notable de l'humérus. Quand je la vis pour la première fois, le 14 mars, le bras gauche présentait un gonflement fusiforme, et dans la partie moyenne et externe, on trouvait une fluctuation profonde, qui devint plus nette les jours suivants. Jamais la malade n'avait eu de fièvre.

Une large incision découvrit une gaine périostique très épaissie, dont l'ouverture donna issue à une grande quantité de pus. L'os était dénudé dans toute sa circonférence sur la moitié de sa longueur environ ; je le perforai en trois ou quatre points et trouvai une moelle osseuse verdâtre, ne saignant pas ; il n'y avait pas de pus dans le canal. Dix jours plus tard, au cours d'un pansement, on constata une fracture spontanée. Le membre fut immobilisé, mais le gonflement devint de plus en plus considérable, en même temps que les téguments prenaient une coloration vialacée ; enfin la température atteignit 40°5 et des hémorrhagies se produisirent par la plaie.

Je me décidai à intervenir de nouveau et trouvai l'humérus divisé en une dizaine de fragments friables, séparés les uns des autres et nageant dans le pus ; une hémorrhagie abondante survint à ce moment, fournie par toute la face interne du périoste, et je terminai l'intervention par la désarticulation de l'épaule. Les suites opératoires furent excellentes et la malade est sortie guérie, quinze jours après l'opération.

M. Larger montre un cas d'aï douloureux consécutif à une chute sur la paume de la main, sans torsion du poignet.

M. Tuffier présente un malade auquel il a fait une laparotomie, avec résection de l'appendice iléo-cæcal, pour péritonite aiguë généralisée consécutive à une appendicite avec corps étranger.

M. Richelot présente un enfant d'un mois, atteint d'une tumeur congénitale de l'avant-bras.

M. Reclus montre un appendice qu'il a réséqué dans un cas dont il communiquera l'observation dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 16 juin 1893.

Tumeur de la grande lèvre.

M. Raffrey présente une tumeur de la grande lèvre enlevée par M. Monod dans son service à Saint-Antoine chez une femme âgée de 31 ans, qui avait eu 5 enfants. Après sa dernière grossesse, elle remarqua qu'il existait au niveau de la grande lèvre droite une tuméfaction du volume d'une cerise qui augmenta peu à peu. Elle en éprouva de la gêne dans la marche, et plus tard assista à son ulcération et à l'écoulement d'un liquide jaunâtre, qui persista. Du volume d'une tête de fœtus, cette tumeur a envahi toute la grande lèvre droite et la région périnéale; son ablation a été pratiquée sans difficulté : l'ulcération est située à la partie interne et communiquait avec un clapier d'odeur infecte.

M. Cornil montre qu'on peut retirer de la poche des caillots fibrineux anciens, stratifiés. Il s'agit souvent dans ces cas d'angiomes caverneux ou d'hématomes de la grande lèvre, s'ulcérant et suppurant à la longue ; dans un cas semblable, chez une femme tuberculeuse, on constata que derrière la région abcédée et ulcérée, il existait un foyer sanguin précédant lui-même une tumeur sanguine.

M. Cazin a examiné deux tumeurs de la grande lèvre; dans un premier cas, il s'agissait d'un fibrome pur; dans le second il s'agissait d'un névrome.

Arthrotomie du genou.

M. Mauclaire rappelle qu'à la dernière séance, M. Thiéry a dit que pour voir le mieux possible la cavité articulaire du genou, il fallait faire une arthrotomie transrotulienne. A ce propos, M. Mauclaire présente les pièces anatomiques qui lui ont servi dans les recherches qu'il a faites en vue de sa thèse inaugurale. Il montre les différents procédés employés aujourd'hui, soit celui de Volkmann qui fait la section transversale de la rotule, soit celui de Wright qui a modifié le précédent, soit celui de Mackenzie et Bœckel, qui passent sous la rotule, soit celui d'Israël qui enlève avec la gouge la tubérosité antérieure du tibia et désinsère ainsi le ligament rotulien, soit le procédé de Kœnig, qui incise la peau de chaque côté de la rotule et du tendon rotulien, soit enfin celui d'Allingham qui sectionne longitudinalement la rotule. Dans tous ces procédés, l'articulation ne bâille pas complètement : la curette ne peut pas atteindre toutes les parties de la synoviale. Aussi, d'après Tiling, M. Mauclaire pense qu'il est préférable, pour bien voir l'articulation, de faire une incision en U de la peau, d'enlever la tubérosité antérieure, et de faire ainsi l'ostéotomie temporaire au niveau des insertions des ligaments croisés. Pour le coude on aurait un moyen analogue de pénétrer dans l'articulation en faisant la section transversale de l'olécrâne et l'ostéotomie temporaire de l'épitrochlée et de l'épicondyle.

Hydronéphrose intermittente expérimentale.

M. Tuffier présente l'appareil urinaire d'un chien qu'il vient de tuer à l'instant. Il avait fait la laparotomie chez cet animal, il y a un mois environ, et avait fixé le rein à la partie antérieure de l'abdomen, l'uretère s'est coudé au niveau de son adhérence au péritoine, et on peut voir que le rein est nettement hypertrophié et fluctuant; de plus, la coudure n'est pas suffisante pour obturer complètement la lumière de l'uretère et on peut en pressant faire passer de l'urine dans la vessie. On peut voir, d'après ce cas, que pour que le rein soit volumineux, il faut qu'il y ait augmentation lente de l'hydronéphrose, ce qui est obtenu quand il y a urétéro-hydronéphrose, par coudure de l'uretère, c'est-à-dire avec persistance partielle de la lumière.

M. Delbet pense que c'est une loi générale pour toutes les glandes. Il y a dilatation des canaux et canalicules du rein quand il y a ouverture; il y a atrophie quand les voies de l'urine sont absolument fermées. De même, il a constaté qu'en faisant la ligature des conduits galactophores chez des chiennes en lactation, il n'y avait jamais de dilatation des lobes correspondants.

Infection du foie. Cirrhose secondaire.

M. Pilliet demande l'avis de la Société sur une affection de nature infectieuse qu'il a observée sur le foie d'un lapin qui avait été sacrifié après greffe cancéreuse dorsale sans succès. Ce foie présente une éruption circinée jaunâtre. Ces taches se trouvent surtout dans la région marginale des lobes; elles ont un aspect caséeux. Ce ne sont sûrement pas des psorospermies. Quoique avec l'aide de M. Straus, M. Pilliet n'ait reconnu la présence d'aucun bacille, on doit conclure à une infection, laissant au centre de la plaque envahie et se formant au fur et à mesure, une zone de sclérose.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 14 juin 1893.

Présidence de M. Hallopeau.

Alcool.

M. Catillon, à propos de la dernière communication de M. Bovet, prétend que l'on ne devrait pas ordonner : *alcool bon goût*, mais *alcool sans goût*, le manque de goût étant un caractère de la pureté de l'alcool. De plus, M. Catillon est en désaccord complet avec M. Bovet, sur l'action que ce dernier attribue à l'alcool. Il doute de l'action calorifique de l'alcool en ingestion expliquée par son mélange avec l'eau. Il croit que la décomposition de l'alcool dans l'organisme avec dégagement d'oxygène à l'état naissant est une vue absolument fantaisiste. Il est plutôt de l'avis de M. Gingeot, qui croit que l'alcool s'accumule dans les organes, le cerveau et le foie surtout, et s'élimite ensuite par les poumons et surtout les reins. Après l'ingestion de l'alcool, les expérimentateurs sérieux ont constaté une diminution de l'acide carbonique exhalé, ce qui est contraire à la supposition de la combustion de l'alcool dans l'organisme.

M. Gimbert présente une seringue à injections lentes, modification de son ancienne seringue, et permettant d'obtenir l'asepsie.

Pétrole.

M. Bardet, au nom de M. Adrian et au sien, fait une communication sur l'*usage du pétrole en thérapeutique*. Le bruit qu'ont fait en province les succès de M. le Dr Flahaut dans le traitement de la diphthérie par le pétrole les a engagés à étudier la question. Tout d'abord, il est bon de savoir qu'en France on se sert de deux pétroles absolument différents : le pétrole américain, composé surtout d'hydrocarbures de la série grasse, et le pétrole russe, formé d'un mélange de carbures des séries éthylénique et benzénique. Le pétrole américain n'arrive pas raffiné en France, et lorsqu'on se procure du pétrole brut, il provient ordinairement d'Amérique. L'usage thérapeutique du pétrole et des huiles de naphte et de gabian, assimilables au pétrole, est fort ancien ; en Perse, en Ethiopsie, on s'en servait contre les douleurs ; au Caucase, les Cosaques font entrer l'huile de naphte dans une mixture contre les diarrhées cholériformes. Le premier travail sur l'usage médicinal du pétrole date de 1808, Lucas y fait de ce produit une panacée universelle; depuis les travaux se multiplient, on essaye le pétrole contre la teigne faveuse (Chapplet), la gale, le tænia (Mosso), la tuberculose (Blache), la coqueluche (Gubler), la diphthérie (Larcher, Dumont de Lille, Flahaut). Le pétrole ne donne d'accidents, pris à l'intérieur, que si l'on dépasse la dose de 50 ou 60 grammes. A la dose de 200 à 300 grammes, il cause des nausées sans vomissements, des coliques très douloureuses, des crises convulsives tétaniques et la mort peut survenir dans le collapsus. Le pétrole s'élimine en nature par la voie rénale, il donne aux urines une odeur d'iris et de violette. L'emploi du pétrole brut ne peut être recommandé, le produit étant trop impur, on devra lui substituer un des trois produits qu'on en retire : 1° l'*éther de pétrole* qui sera d'un difficile et dangereux usage, car il bout à une très faible température ; 2° l'*essence de pétrole* ; 3° le *chrérozène* ou *huile lampante*.

M. Blondel rappelle que M. Trousseau s'est servi de pétrole dans le traitement de la conjonctivite granuleuse.

M. Vigier signale le travail important de M. Ribart, présenté par M. Charpentier à l'Académie de médecine.

M. Delpech craint qu'en épurant le pétrole brut ou en se servant de ses composés, on n'obtienne pas les mêmes résultats thérapeutiques.

M. Crinon fait judicieusement remarquer que le pétrole russe devrait être préféré au pétrole américain, à cause de sa composition chimique, la valeur antiseptique des composés de la série benzénique étant plus certaine que celle des composés de la série grasse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 15 *juin* 1893

Présidence de M. de Beauvais.

Sur le formulaire des alcaloïdes.

M. Bardet. — L'emploi thérapeutique des alcaloïdes et des glucosides d'origine végétale est des plus utiles. Cependant, dans de nombreux cas, le médecin n'ose pas avoir recours à ces agents, soit que leur posologie ne soit pas encore établie, soit, surtout, parce qu'il craint de ne pas obtenir ces médicaments, si dangereux, à l'état de pureté parfaite.

La première proposition qui découle de cette constatation générale, c'est qu'un grand nombre d'alcaloïdes dont les propriétés physiologiques sont mal connues, la pureté chimique inconstante, devraient être abandonnés dans la pratique. Prenons, par exemple, les alcaloïdes extraits des solanées; atropine, hyosciamine, hyoscine, daturine, duboisine, solanine. Parmi ces corps, un seul a une composition constante et des propriétés physiologiques bien définies : l'atropine. Tous les autres sont, ou bien des atropines impures, ou bien, comme l'hyoscine, des corps sans propriétés bien définies. L'atropine seule doit donc être prescrite en thérapeutique.

On pourrait formuler les mêmes critiques à propos des alcaloïdes, des quinquinas, de l'opium, etc. Je crois donc pouvoir conclure que le médecin doit s'en tenir au maniement de quelques principes bien définis, lesquels, bien étudiés par les praticiens, deviendront d'un usage journalier et seront employés sans crainte.

Le second point sur lequel je veux attirer l'attention est le suivant : Le Codex prescrit au pharmacien de délivrer des alcaloïdes amorphes, quand le médecin ne spécifie pas, sur son ordonnance : alcaloïde cristallisé. Il y a là un danger, non pas dans le sens d'une action médicamenteuse incomplète, comme on pourrait le croire, mais bien parce que l'on court le risque de délivrer à dose plus forte et réputée inoffensive un principe aussi toxique que l'alcaloïde cristallisé. Mes recherches me permettent d'affirmer, en effet, que beaucoup d'alcaloïdes non cristallisés ou, pour parler plus exactement, cristallisables, sont aussi toxiques que les produits cristallisés extraits des mêmes plantes. Je l'ai prouvé pour l'atropine sirupeuse, pour l'aconitine et la digitaline non cristallisables.

Si j'ajoute que, dans le commerce, on trouve souvent de prétendus alcaloïdes amorphes qui ne sont que des extraits mal définis, on comprendra que le médecin ne doit jamais faire entrer dans ses formules que des alcaloïdes cristallisés.

Enfin, je crois que la nécessité d'un titrage physiologique des alcaloïdes s'impose. Il serait nécessaire, suivant moi, qu'on ne pût employer, pour les préparations pharmaceutiques, que des alcaloïdes ou des glucosides doués de propriétés physiologiques déterminées par l'expérimentation. C'est une véritable inquisition ! dira-t-on.

Pourquoi pas? On titre bien les métaux précieux, les sucres, les engrais, etc.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 7 *juin* 1893.

Présidence de M. Cordier

Actinomycose.

M. Coignet présente un nouveau cas d'actinomycose. Il s'agit d'un malade du service de M. le professeur Poncet, homme de 50 ans, cultivateur, bien portant jusque-là et n'ayant souffert que de fréquents abcès dentaires dus à sa mauvaise denture. Une de ces dernières fluxions ne disparut pas à l'habitude, et la persistance d'une tumeur au niveau du sillon naso-génien l'engagea à venir consulter le chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Cette tumeur est dure, d'une dureté osseuse, indolente spontanément et à la pression; mais cette pression fait sourdre par une petite fistule, au niveau de la canine, du pus dans lequel M. L. Dor a reconnu des actinomyces.

Ce malade raconte qu'à Torcieux (Ain), les bestiaux sont fréquemment atteints de tumeurs des mâchoires appelées « harpes » dans le pays et d'abcès siégeant sur n'importe quelle partie du corps, appelés « champignons ». Il a eu trois animaux malades de ces affections. Une vache, atteinte de tuméfaction considérable de la mâchoire, qu'il a traitée lui-même en faisant rougir un pique-feu, en ouvrant l'abcès avec et en cautérisant à deux reprises le foyer : l'animal a guéri. — Un bœuf a eu un abcès énorme de la paroi abdominale qui a guéri après suppuration et de nombreux pansements quotidiens. Enfin une génisse est encore actuellement atteinte de « champignons ». Le malade a reconnu lui-même la contagiosité du mal d'une bête à l'autre et il pense qu'il a dû prendre la maladie en traitant ses bestiaux. C'est aussi l'avis du professeur Poncet. Une enquête est ouverte par un élève du service qui en fera le sujet de sa thèse inaugurale.

M. Guinard. — L'actinomycose est fréquente dans la Côte-d'Or et les vétérinaires la signalent souvent. Il pense que si elle était soigneusement recherchée chez l'homme, on ne la classerait bientôt plus parmi les maladies exceptionnelles.

M. Poncet a peut-être eu une série heureuse; mais voilà le quatrième cas présenté à la Société et le deuxième depuis six mois, dans son service. Dans une première enquête en Savoie, à Culoz, lors de son premier malade, il a reconnu que les maréchaux-ferrants se servaient du cautère actuel contre ces tumeurs et suppurations. Son malade a dû s'inspirer de ces pratiques pour traiter ses bestiaux, et c'est très probablement dans ces pansements quotidiens qu'il aura contracté le mal par contact direct. Torcieux et Ambérieu en Bugey paraissent être un foyer de ces maladies désignées par les noms de « harpes » et de « champignons ». L'enquête révélera s'il faut y voir des tumeurs actinomycosiques. Le mot de « harpes » vient probablement de « harper », saisir, ou harpie.

Cyanose.

M. Pic présente le cœur d'un homme mort de cyanose. Cet homme de 42 ans devenait cyanosé au moindre rhume ; il est mort en asystolie. Le cœur présenté offre des cavités dilatées, à parois hypertrophiées, et un petit orifice, mais très apparent, fait communiquer les oreillettes entre elles. M. Pic insiste sur deux points : les déformations digitales qui accompagnent presque toujours la cyanose et mettent à elles seules sur la voie du diagnostic; et l'utilité de la saignée : employée en temps opportun, elle peut longtemps retarder le dénoûment.

M. Mouisset dit que les déformations digitales manquent quelquefois, mais qu'on peut toujours faire le diagnostic sur la cyanose de la langue.

Fibrome du ligament large.

M. Auguste Pollosson fait passer sous les yeux de la Société un fibrome du ligament large qu'il a enlevé en septembre dernier. Femme de 32 ans, nullipare, ayant eu, il y a 10 ans, des symptômes de métrite; a subi une première laparotomie en mars 1892 pour une tumeur de l'excavation; le chirurgien la jugea inopérable et la malade guérit de sa laparotomie. En septembre de la même année, cette femme se présenta à l'observation de M. A. Pollosson qui posa le diagnostic de fibrome du ligament large et résolut d'intervenir de nouveau. Mais la tumeur, après incision du péritoine, fut trouvée plongeant si profondément qu'elle ne put être saisie. Le chirurgien sutura le péritoine et allait refermer la paroi abdominale, quand il eut l'idée d'essayer d'atteindre la tumeur en décollant le péritoine sur la face postéro-latérale de la vessie. Il arriva ainsi sur la tumeur qu'il put saisir, décortiquer et extirper par une voie para-péritonéale. La malade est actuellement guérie.

Ces fibromes, libres dans le ligament large, sans adhérences avec l'utérus, sont expliqués par deux théories. Pour les uns, ces tumeurs, d'abord pédiculées du côté de l'utérus, ne deviennent libres qu'après la rupture de leur pédicule. Pou

les autres, elles seraient autochtones. L'observation présente milite en faveur du développement primitif dans le ligament large.

Comme symptomatologie, les points à noter sont l'absence de métrorrhagies et même de ménorrhagies; pas d'augmentation de longueur de la cavité utérine; volume peu considérable de la tumeur, très profondément plongée dans l'excavation; enfin l'exploration bi-manuelle fait constater l'absence de connexions avec l'utérus. Le diagnostic est donc relativement facile à poser.

Les symptômes douloureux et surtout les phénomènes de compression des uretères, du rectum ou des nerfs ne permettent pas l'abstention. Quelle est la méthode préférable pour l'intervention? Trois voies permettent d'y accéder. La voie vaginale, suivie d'extirpation par morcellement. Mais le risque de blesser l'uretère, le danger d'hémorrhagie due aux plexus veineux devenus variqueux, rendent cette voie dangereuse.

La voie péritonéale. Nous avons vu qu'elle n'était pas possible dans le cas présent.

La voie parapéritonéale, celle employée. L'incision peut être médiane; mais M. A. Pollosson donne la préférence à l'incision latérale, comme pour la ligature de l'iliaque externe. Cette incision du reste pourrait être prolongée soit en dehors, du côté du rein, soit en dedans, en sectionnant le grand droit à son insertion et même en remontant sur la ligne médiane.

Les avantages de cette voie parapéritonéale sont les suivants: 1° antisepsie plus facile; 2° tamponnement dans le cas d'hémorrhagie, plus aisé; 3° opération rendue plus rapide et plus commode, l'opérateur n'ayant pas à s'occuper des anses péritonéales encombrantes et indociles.

Cette voie trouvera ses indications dans nombre de cas où la situation profonde et postérieure de la tumeur rend impossible la voie péritonéale. M. A. Pollosson pense qu'elle mérite d'être employée et généralisée pour les fibromes des ligaments larges.

Anévrysme de l'aorte.

M. Lathuraz-Viollet, interne des hôpitaux, met sous les yeux de la Société les pièces anatomiques provenant d'un homme mort d'anévrysme de l'aorte. La tumeur faisait saillie à trois doigts de la fourchette sternale; elle n'était le siège d'aucun bruit de souffle; elle était pulsatile et présentait des mouvements très nets d'expansion. Comme symptômes concomitants, on notait une dypsnée intense et de l'inégalité pupillaire, avec de la parésie du membre supérieur gauche. La nécropsie a révélé deux poches anévrismales : l'une sous-cutanée, siège de la rupture qui a occasionné la mort subite; l'autre au sommet de la crosse de l'aorte. Le vaisseau est dilaté au-dessus des sigmoïdes et présente à ce niveau un calibre de 11 à 12 centimètres.

P. J. Navarre.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 31 *mai* 1893.

Trépanation pour plaie d'arme à feu du crâne.

M. von Bergmann. — Il s'agit d'un homme de 28 ans qui, quelques années auparavant, tenta de se suicider en se logeant une balle de revolver dans le côté gauche du front. La balle n'a pu être retrouvée. Six mois après il survint une tuméfaction douloureuse de l'os. Dans l'idée qu'il s'agissait de phénomènes inflammatoires développés autour de la balle, on fit la trépanation. A la place de l'abcès supposé on trouva une gomme qui fut enlevée.

Le malade guérit, mais le 11 mars de cette année il se tira de nouveau deux balles dans la tête. A l'examen on trouva sur le pariétal deux orifices d'entrée et de sortie. Le lendemain il survint de l'aphasie, puis de la somnolence avec convulsions cloniques et paralysie du bras et de la main du côté droit. On admit que la balle avait touché le gyrus central et on fit la trépanation. Il n'y avait pas trace de suppuration ni d'inflammation. La balle et des esquilles nombreuses furent extraites. Dès le troisième jour, la paralysie commença à rétrocéder. Guérison sans complications.

Recherches expérimentales sur la sérothérapie dans la diphthérie.

M. Aronson a pu tout d'abord constater par des inoculations directes les variations de virulence des cultures diphthéritiques. D'un autre côté, la virulence des cultures peut être artificiellement exagérée ou atténuée. Un des procédés d'exagération de la virulence consiste à cultiver les bacilles sur le liquide inflammatoire de l'œdème survenant au point d'inoculation chez les cobayes. L'atténuation peut, de son côté, être obtenue par la culture sur du sérum additionné de formaldéhyde.

Quant aux méthodes d'immunisation des animaux et des chiens en particulier, M. Aronson avait recours à trois procédés :

1° Préparation de l'animal par des cultures atténuées naturellement; 2° préparation par des cultures atténuées par les formaldéhydes; 3° préparation par l'ingestion de fortes quantités de cultures virulentes.

On sait que le sang des animaux naturellement réfractaires ne possède pas de propriétés immunisantes. Mais si à ces animaux, naturellement réfractaires on injecte de fortes doses de bouillon diphthéritique, on constate au bout d'un certain temps la formation dans le sang de substances immunisantes.

Chez les chiens on peut augmenter le degré d'immunité en injectant tous les jours des quantités croissantes de cultures virulentes. Et à mesure que l'immunité augmente, les propriétés immunisantes du sérum s'accroissent. Dans un cas on a pu obtenir un sérum tellement actif de 0,01 cent. c., que des injections sous-cutanées ont permis à un cobaye de 300 gr. de supporter sans inconvénient une dose mortelle de cultures virulentes.

Jusqu'à présent on n'était pas encore parvenu à isoler du sérum les substances immunisantes. M. Aronson y est parvenu. Ainsi d'un sérum à activité de 1 : 30,000 (c'est-à-dire immunité conférée à 300 gr. de cobaye par 0,01 cent. c. de sérum), il a pu retirer 0,80 centigr. d'une substance vaccinante dont le pouvoir est de 1 : 3 millions.

Cette substance est une poudre soluble dans l'eau et l'alcool faibles, présentant toutes les réactions des substances albuminoïdes. On peut la chauffer à 100° sans lui faire perdre ses propriétés.

Cette substance ne contient pas toutes les parties immunisantes du sérum ; mais au point de vue pratique, il est important d'avoir à sa disposition une substance qui enlève, en cas d'injections, 80 0/0 de substances albuminoïdes non actives du sérum. Pour obtenir un effet curatif, il faut employer cette substance en quantités 10 à 100 fois supérieures à la dose vaccinante. Chez un enfant de 10 kilogr. on a obtenu la guérison par l'injection de plusieurs décigrammes de cette substance.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 29 *mai* 1893.

Chondrosarcome de la parotide et fracture spontanée de l'humérus.

M. Litten présente une femme de 26 ans très cachectique, chez laquelle apparut en 1889 une tumeur dure et inégale dans la parotide; peu de temps après, une autre tumeur volumineuse envahit l'extrémité inférieure. Il y a deux ans, à l'occasion d'un mouvement, survint une fracture spontanée de l'humérus au niveau de la tumeur.

Aujourd'hui, le foie est envahi à son tour et, à la palpation, on peut y sentir une tumeur inégale. Avec tout cela néphrite, œdème des membres inférieurs et hypertrophie de la rate.

Intoxication chronique par le sulfure de carbone.

M. Bloch a observé un ouvrier occupé depuis 3 ans à une fabrique de caoutchouc et chez lequel, depuis 5 mois, sont survenus les phénomènes suivants: renvois fétides, vomissements, vertiges, parésie linguale, hallucinations visuelles avant de s'endormir, faiblesse, tremblement, amaigrissement

notable, polyurie et polydypsie. La mémoire est un peu affaiblie. En même temps, on trouve à l'examen du rétrécissement concentrique du champ visuel, une légère déviation de la langue à droite, de la parésie des membres supérieurs et inférieurs. La marche est traînante. Sur les mains, les avant-bras et les pieds, on trouve une diminution de la sensibilité et de la douleur.

D'après Charcot, la plupart de ces troubles reviendraient à l'hystérie; d'autres auteurs les attribuent au contraire à des lésions organiques avec névrite, parésies, etc.

M. Leyden considère les phénomènes consécutifs à l'intoxication sulfo-carbonée comme produits en grande partie par des troubles périphériques.

Benzonaphtol comme antiputride.

M. Ewald présente deux tubes renfermant des matières diarrhéiques, l'une telles quelles, l'autre, additionnées avec du benzo-naphtol. Dans le premier tube, on constate l'existence d'une fermentation; dans le second, contenant du benzonaphtol, ces phénomènes font défaut.

Le benzonaphtol est donc une substance antifermentative. Son indication principale, ce sont les diarrhées chroniques avec formation abondante de gaz.

La stomatite aphteuse (cocotte) chez l'homme.

M. Boas. — On sait depuis longtemps que la stomatite aphteuse, dite la cocotte, peut se transporter de l'animal à l'homme. Siegel, qui a observé en 1891 une épidémie de ce genre, a proposé de désigner cette affection sous le nom de stomatite épidémique aphteuse.

Après une période d'incubation de 8 à 10 jours et un stade prodromique de 3 à 8 jours caractérisé par une fièvre élevée, des frissons, de l'abattement, etc., apparaît une éruption d'aphtes sur les lèvres et la muqueuse buccale, avec œdème et tuméfaction de la langue et gonflement de la région parotidienne. En même temps, on observe quelquefois un exanthème sur les bras et les jambes qui, parfois, prend un caractère vésiculeux. Avec l'éruption, la fièvre tombe, l'appétit revient et la guérison ne tarde pas à survenir.

Dans d'autres cas, on observe, dès le début, des complications sous forme d'hémorrhagies buccales, intestinales, etc. Sur plusieurs centaines de cas observés par Siegel, vingt sont morts.

Il existe encore une forme chronique caractérisée par des troubles de nutrition, de la constipation, etc.

C'est la forme aiguë que M. Boas a eu récemment à observer dans une famille qui recevait son lait d'une localité où la cocotte s'observe à l'état sporadique. C'est d'abord un garçon de 4 ans qui tomba malade; trois jours après, c'était le tour de sa sœur; le père et la mère furent également touchés, mais d'une façon très légère.

M. Kobner a présenté, il y a trois ans, à la Société un cas de ce genre. Il s'agit d'un garçon de ferme occupé à soigner des vaches atteintes de cocotte. Il s'infecta par le doigt sur lequel apparurent deux vésicules et eut ensuite une angine fébrile avec éruption vésiculeuse et pustuleuse.

M. Lewin a observé deux cas de ce genre. Le second malade s'est même cru atteint de syphilis.

M. Litten connaît un médecin dont tous les enfants furent pris un jour de stomatite aphteuse.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 13 *juin* 1893.

Traitement du choléra par l'atropine.

M. Brunton. — En 1873 j'ai attiré l'attention sur la grande ressemblance qu'il y a entre les symptômes du choléra et ceux de l'empoisonnement par la muscarine. Or l'antagoniste de ce dernier poison est l'atropine qui, en injections sous-cutanées, fait disparaître les symptômes d'empoisonnement de la muscarine. J'en arrivai ainsi à penser qu'on pourrait obtenir de bons effets des injections sous-cutanées d'atropine dans le choléra. Ce n'est que dans ces derniers temps que j'ai eu l'occasion d'essayer ce traitement. Je fus appelé auprès d'un enfant atteint de choléra et déjà en état de collapsus. Une injection sous-cutanée d'atropine le ranima pour quelques instants. Puis il y eut une rechute; je fis une nouvelle injection et l'enfant guérit. Il y a plusieurs formes de choléra : l'atropine se montrera probablement surtout utile dans les formes de choléra qui retentissent sur la circulation; elle agira moins dans les formes intestinales. M. Pye-Smith et moi nous avons remarqué que l'atropine n'arrête pas les sécrétions intestinales.

M. Scriven. — L'atropine peut certainement lutter contre certains symptômes du choléra. Je considère les selles riziformes comme constituant un des symptômes les plus constants du choléra. Le diagnostic est impossible quand la diarrhée est simplement bilieuse.

M. Pye-Smith. — Que le bacille-virgule soit ou non la cause du choléra, il n'en est pas moins vrai que sa présence constitue un bon moyen de diagnostic. L'atropine est utile en agissant sur la circulation et la respiration.

M. Brunton. — Il existe plusieurs formes de choléra et dans l'une au moins de ces formes l'atropine peut être utile.

Carcinome du corps thyroïde.

M. Semon. — Une femme de 52 ans avait de la dyspnée et des hémoptysies qu'on rapportait à la compression exercée sur la trachée par un goître. L'examen laryngoscopique montra dans la trachée une masse ulcérée. On fit la trachéotomie; puis survint une crise de battements cardiaques irréguliers avec élévation de la température, expectoration de masses brunâtres, spasme de la glotte; plus tard tout rentra dans l'ordre. Au bout de dix mois la malade était très amaigrie, mais du reste se portait très bien et la tumeur intra-trachéenne avait totalement disparu. On voulut alors enlever le lobe droit du corps thyroïde qui comprimait la trachée, pour pouvoir enlever la canule. Mais on ne put achever cette opération, car on s'aperçut que le centre du goître avait subi une dégénérescence maligne et s'était ouvert dans la trachée qu'il avait perforée. Au bout d'un an la malade mourut d'une hémorrhagie intra-trachéenne amenant une asphyxie rapide. A l'autopsie on trouva qu'il s'agissait d'un cancer encéphaloïde.

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE.

Séance du 8 *juin* 1893.

Tumeur du nerf optique.

M. Rockliffe. — En décembre 1892 j'ai dû, chez un individu porteur d'une tumeur de l'orbite, enlever le globe oculaire et la tumeur. La tumeur était dans la région du nerf optique; elle était recouverte d'une mince capsule continue avec la sclérotique et qui paraissait être une expansion de l'enveloppe du nerf optique. Cette tumeur était ovale et de la grosseur du globe oculaire; l'œil était sain. Cette tumeur était formée de cellules nucléées, à prolongements ramifiés et anastomosés formant une sorte de réseau. La tumeur est enveloppée d'un prolongement de la pie-mère et de la dure-mère. Elle rappelle beaucoup un gliome cérébral et il est probable qu'elle a débuté dans la névroglie du nerf optique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bactériologie de la grippe, par le Dr C. Bérier.

Ce travail, fait sous l'inspiration du professeur Teissier de Lyon, dont nous avons analysé ici même l'intéressant mémoire sur la grippe, présente un résumé très complet des recherches bactériologiques dont l'influenza a été l'objet dans ces dix dernières années. L'auteur conclut que la *diplo-bactérie* isolée par Teissier, Roux et Pittion dans le sang et les urines des grippés paraît être l'organisme spécifique de la grippe. Son polymorphisme, démontré par ces auteurs, peut expliquer les résultats souvent contradictoires des autres observateurs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE MÉDICALE

La cholécystite dans la fièvre typhoïde. Communication faite le 21 mai 1893, à la Société centrale des médecins allemands de Bohême, par H. Chiari, professeur d'anatomie pathologique à l'Université allemande de Prague.

Les recherches d'Eberth (1) et Koch (2) sur le bacille de la fièvre typhoïde, celles de Gaffky (3) sur les toxines de ce bacille ont été suivies d'un grand nombre de travaux qui nous ont mieux fait connaître la pathologie du typhus abdominal.

Aujourd'hui nous savons que dans la fièvre typhoïde typique, classique, les bacilles spécifiques peuvent envahir les organes éloignés tels que la rate, le foie, les reins, les ganglions mésentériques, l'intestin. D'un autre côté, ils furent encore trouvés par un grand nombre d'auteurs, dans le contenu intestinal (4), l'urine (5), le sang (6) et la lymphe (7), le myocarde (8), le cerveau (9) et la moelle (10), dans les foyers pneumoniques (11), dans le pus de la méningite (12) ou de l'otite (13) ou de la parotidite (14) suppurées, dans le pus de l'orchite (15), des abcès (16) et de la périostite suppurée (17), dans les exsudats pleurétiques (18) et péritonitiques (19). On a également démontré l'existence de cas atypiques de fièvre typhoïde sans affection intestinale proprement dite : typhus abdominal avec infection bacillaire localisée à la rate; typhus abdominal avec myocardite typhique et tuméfaction de la rate démontrées par la présence des bacilles (20).

On a pu enfin établir l'existence d'une septicémie typhique pure, c'est-à-dire l'existence d'une infection localisée du sang par des bacilles sans aucune localisation précise. C'est à cette catégorie de faits qu'appartiennent les septicémies typhiques des fœtus dont la mère est atteinte de fièvre typhoïde (21) et dans une certaine mesure le cas, chez l'adulte (22), récemment publié par Karlinski.

Tous ces faits ont en même temps jeté un jour nouveau sur l'étiologie de certaines complications de la fièvre typhoïde. On sait aujourd'hui qu'à côté des modifications pathologiques pour ainsi dire normales (entérite, tuméfaction de la rate et des ganglions mésentériques), provoquées par l'infection typhique, il existe deux catégories de complications : les unes relevant du bacille typhique et constituant des affections typhiques proprement dites; les autres indépendantes du bacille typhique et relevant d'une autre étiologie, et dans ces cas le rôle du bacille typhique consiste seulement à préparer le terrain.

Par conséquent, quand chez un individu atteint de fièvre typhoïde on trouve une complication étrangère au tableau classique de la dothiénentérie, il faut par des recherches bactériologiques établir si les complications en question sont produites par le bacille typhique ou non.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer un cas de fièvre typhoïde avec une complication très rare qu'on pourrait désigner sous le nom de cholécystite typhique. Je m'empresse d'ajouter que, dans ce cas, la complication en question fut provoquée par le bacille d'Eberth.

Il s'agit d'un garçon de 12 ans qui, depuis un mois, était souffrant, avec des symptômes consistant en fièvre, abattement, assoupissement et constipation. Le 2 avril, il est reçu à l'hôpital israélite de Prague où l'on trouve, à côté d'une température assez élevée, une tuméfaction de la rate et des nausées. L'état resta le même jusqu'au 12 avril, quand l'enfant fut pris de collapsus passager; le 14, mélæna; le 16, signes très nets de pneumonie. Mort le 17. Le diagnostic clinique était celui de fièvre typhoïde avec pneumonie terminale.

A l'autopsie, faite 25 heures après la mort, on trouva tout d'abord le tableau classique de la fièvre typhoïde dans l'intestin; les bases des deux poumons contenaient des foyers de broncho-pneumonie. La rate était petite, pâle, dure, les ganglions mésentériques non tuméfiés.

Mais le fait le plus curieux de cette autopsie a été de trouver la vésicule biliaire remplie de pus et présentant sur ses parois plusieurs plaques de nécrose de 2 centimètres d'étendue. Sa face externe était couverte d'un exsudat fibrineux; même exsudat sur la partie supérieure du péritoine. Pas de modifications du côté des voies biliaires et du duodénum; érosions hémorrhagiques récentes à la surface de la muqueuse stomacale.

L'autopsie montrait donc une fièvre typhoïde à l'état de régression, sinon de convalescence. La cause de mort a donc été la cholécystite suppurée qui a provoqué une péritonite aiguë avec pneumonie lobulaire terminale.

L'intérêt principal de l'autopsie était donc la cholécystite suppurée au sujet de laquelle il fallait se demander si c'était une affection typhique proprement dite ou un processus accidentel. La réponse ne pouvait être fournie que par la bactériologie.

L'examen microscopique et bactériologique du pus et de la vésicule, examen fait avec toutes les précautions usitées en pareils cas, a montré que le bacille qui se trouvait à l'état de culture pure dans la vésicule était le bacille d'Eberth; que le micro-organisme qui se trouvait dans l'épaisseur des parois de la vésicule était le même bacille d'Eberth et qu'en un mot il s'agissait d'une cholécystite typhique suppurée.

L'existence dans la fièvre typhoïde de cholécystites graves appelées à tort « diphthéritiques » a été signalée par quelques auteurs; Hœlscher (25), dans son travail portant sur 2000 cas de fièvre typhoïde, l'a trouvée signalée quatre fois. Mais, jusqu'à présent, il existe peu de travaux sur la nature de cette cholécystite. Autant que je sache, il n'existe sous ce rapport que le travail de Gilbert et Girode (27) qui, dans un cas de fièvre typhoïde avec cholécystite, ont pu déterminer le rôle spécifique du bacille typhique dans la cholécystite. Mon cas serait donc le second.

La pénétration du bacille typhique dans la vésicule n'est pas difficile à comprendre quand on songe que l'infection de l'organisme par le micro-organisme en question s'effectue par les voies digestives supérieures, et qu'à plusieurs reprises on a pu constater l'ascension des bactéries et leur pénétration dans la vésicule biliaire (28).

(1) Eberth, Die Organismen in den Organen bei Typhus abdominais. *Virchow's Arch.* 81. B., 1881, p. 58.

(2) Koch, Zur Untersuchung von pathogenen Organismen. *Mitt. d. k. Ges. A. I.*, 1881, p. 45.

(3) Gaffky, Zur Aetiologie des Abdominal-Typhus. *Ibid.* II, 1884, p. 372.

(4) Pfeiffer, Ueber den Nachweis der Typhus-bacillen im Darminhalte und Stuhlgange. *Deuts. med. Woch.*, 1885, Nr. 29. — Frænkel und Simmonds, Zur Aetiologie des Abdominaltyphus. *C. f. klin. Med.*, 1885, Nr. 44. — Seitz, *Bacteriologische Studien zur Typhus-Aetiologie*, München, 1886 — Chantemesse et Vidal, Le bacille typhique. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1887, p. 146. — Karlinski, Untersuchungen über das Verhalten der Typhusbacillen in typhœsen Dejecten. *C. f. B.* VI., 1889, p. 65.

(5) Seitz, *loc. cit.* — Neumann, Ueber Typhusbacillen im Urin. *Berl. klin. Woch.*, 1890, Nr. 6. — Karlinski, Untersuchungen über das Vorkommen der Typhusbacillen im Harne. *Prag. med. Woch.*, 1890, Nr. 35.

(6) Meisels, Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen im Blute und dessen diagnotische Verwerthung. *Wien. med. Woch.*, 1886, Nr. 21. — Neuhaus, Nachweis der Typhusbacillen am Lebenden. *Berl. klin. Woch.*, 1887, Nr. 6. — Ruetimayer, Ueber Befunde von Typhusbacillen aus dem Blute beim Lebenden. *C. f. klin. Med.*, 1887, p. 145. — Wiltschur, Zur Aetiologie und klin. Bacteriologie

des Abdominaltyphus. Diss. inaug. (russ.), 1887. *C. f. Bact.* V., 1889, p. 660. — Bozzolo, Ueber typhœse Septicaemie, mit Berücksichtigung der atypischen Typhusfælle. *Verh. des X. internat. med. Congr. in Berlin.* II Bd., 5. Abth., 1890, p. 188.
(7) Karlinski, Zus Kenntniss der atypischen Typhusfælle. *Wien. med. Woch.*, 1891, Nr. 11 und 12.
(8) Chantemesse et Vidal, *loc. cit.*
(9) Curschmann, *Verh. d. V. Congr. f. innere Med.*, 1886, p. 469. — Chantemesse et Vidal, *loc. cit.* — Silva, Complicanza letale rara del tifo abdominale. *Riforma med.*, 1891, Nr. 210.
(10) Chantemesse et Vidal, *loc. cit.* — Foa e Bordoni-Uffreduzzi, Sulla pneumonite dei tifosi. *Riforma med.*, 1887, Nr. 1. — Karlinski, Zur Frage über die Entstehung der typhœsen Pneumonie. *Fortschr. d. Med.*, VII., 1889, Nr. 18.
(11) Kamen, Zur Aetiologie der Typhuscomplicationen. *Intern. klin. Rundschau*, 1890, Nr. 3 und 4.
(12) Destrée, A propos de quelques cas de suppuration compliquant la fièvre typhoïde. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1891, août.
(13) Anton und Futterer, Untersuchungen über Typhus abdominalis. *Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 19.
(14) Tavel bei Kocher, Krankh. der mænnlichen Geschlechtsorgane. *D. Chirurgie*, 50 B, 1887, p. 264.
(15) Raymond, Sur les propriétés du bacille d'Eberth (à propos d'un cas de fièvre typhoïde compliqué d'un abcès de la paroi abdominale et de délire aigu). *Gaz. méd. de Paris*, 1891, Nr. 9. — Fasching, Zur Kenntniss des Bacillus typhi abdominalis. *Wien. klin. Woch.*, 1892, Nr. 18.
(16) Ebermaier, Ueber Knochenerkrankung bei Typhus. *D. A. f. klin. Med.*, 44 Bd., 1889, p. 140. — Orloff, Wie lange kœnnen Typhusbacillen lebensfæhig im menschlichen Kœrper verbleiben? *Wratch*, 1889, Nr. 49. — Achalme, Périostite suppurée consécutive à une fièvre typhoïde et due au bacille typhique. *Sem. méd.*, 1890, Nr. 27. — Colzi, Della suppurazione dovuta al bacillo del tifo. *Sperim.*, 1890, p. 623.
(17) Valentini, Beitrag zur Pathogenese des Typhusbacillus. *Berl. klin. Woch.*, 1889, Nr. 17. — Loriga e Pensuti, Pleurite da bacillo del tifo. *Riforma med.*, 1890. — Fernet, Pleurésie séro-fibrineuse avec bacilles d'Eberth. *Bulletin méd.*, 1891, Nr. 40.
(18) A. Frænkel, Ueber die pathogenen Eigenschaften des Typhusbacillus. *Verh. d. VI. Congr. f. innere Med.*, 1887, p. 173. — Lehmann, Zur Kenntniss der Aetiologie von Eiterungen im Verlaufe von Abdominaltyphus. *C. f. klin. Med.*, 1891, Nr. 34.
(19) Karlinski, Zur Kenntniss der atypischen Typhusfælle. *Wien. med. Woch.*, 1891, Nr. 11 und 12.
(20) Reher, Zur Aetiologie des Abdominaltyphus. *Arch. f. exp. Path.*, 19 Bd., 1885, p. 420. — Eberth, Geht der Typhusbacillus auf den Fœtus über? *Fortschr. d. Med.*, 1889, Nr. 5. — Ernst, Intrauterine Typhusinfection einer lebensfæhigen Frucht. *Beitr. z. p. An. VIII*, 1890, p. 188. — Giglio, Ueber den Uebergang der mikroskopischen Organismen des Typhus von der Mutter auf den Fœtus. *C. f. Gyn.*, 1890, Nr. 46.
(21) Karlinski, *loc. cit.*, 1891.
(22) Vide Dunbar, Untersuchungen über den Typhusbacillus und den Bacillus coli communis. *Zeitschr. f. Hygiene*, XII B. 1892, p. 485.
(23) Luksch, Zur Differentialdiagnose des Bacillus typhi abdominalis und des Bacterium coli commune. *C. f. Bact.*, XII. B., 1892, p. 427.
(24) Lœffler, Weitere Untersuchungen über die Beizung und Færbung der Geisseln bei den Bacterien. *C. f. Bact.*, VII. B., 1890, p. 625.
(25) Hœlscher, Ueber die Complicationen bei 2000 Fællen von letalem Abdominaltyphus. *Münch. med. Woch.*, 1891, No. 3-4.
(26) Gilbert et Girode, Contribution à l'étude bactériologique des voies biliaires. *La Semaine médicale*, 1890, n° 58.
(27) Consulter sur ce point : Naunyn, Ueber das Vorkommen von Spaltpilzen in der Gallenblase. *D. med. Woch*, 1891, Nr. 5. — Gilbert et Girode, Des angiocholites infectieuses ascendantes suppuratives. *Compt. rend. de la Soc. de biol.*, 1891, Nr. 11.
(28) *Prag. med. Wochenschr.*, 1893, n° 22, p. 261.

REVUE DES CONGRÈS

5e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Tenu à Breslau du 25 au 27 mai 1893.

Tumeurs papillaires de l'ovaire.

M. Pfannenstiel (Breslau). — Les tumeurs papillaires de l'ovaire ne sont pas toujours de mauvaise nature ; il faut en distinguer plusieurs groupes tant au point de vue clinique qu'anatomique. Les tumeurs papillaires de l'ovaire, qui ont la texture histologique du carcinome ou de l'adéno-sarcome, ont un caractère de malignité réelle qui se traduit par un envahissement destructif des tissus, par la formation de métastases, par l'apparition de phénomènes cachectiques.

Les métastases péritonéales ne sont pas toujours un signe de malignité ; en effet, on les rencontre dans les cas de cystadénome de l'ovaire. Ces métastases sont des greffes péritonéales de particules détachées au moment de l'énucléation.

Au point de vue anatomique, il faut distinguer :

1° Les kystes par rétention avec végétations papillaires;
2° Les adénomes papillaires;
3° Les adéno-carcinomes papillaires ;
4° Les adéno-sarcomes papillaires.

Aux kystes par rétention appartiennent les kystes para-ovariques et les kystes folliculaires de l'ovaire. Rarement dans ces tumeurs, on observe des végétations papillaires à la face interne de leur paroi — il s'agit en ce cas de végétations conjonctives de fibromes papillaires, le revêtement épithélial est secondaire. Malgré cette structure papillomateuse, il s'agit de tumeurs bénignes. Elles croissent lentement, le plus souvent sont unilatérales, ne déterminent jamais de métastases ni de cachexie et ne récidivent jamais après l'extirpation.

L'auteur a observé ces caractères dans 3 cas de kystes papillaires paro-ovariques et 2 cas de kystes folliculaires opérés à la clinique de Breslau. La guérison s'est maintenue depuis 3 à 4 ans.

Toutes les autres tumeurs papillaires de l'ovaire sont des néoplasmes épithéliaux. Dans ce cas, il n'y a pas de différence entre le papillome superficiel et le kyste papillaire, car, chez le même malade, on trouve souvent l'un d'un côté, l'autre de l'autre. La pathogénie est la même pour les deux et il n'est pas rare de trouver des formes mixtes. Dans tous ces cas, la prolifération épithéliale est l'élément primitif essentiel. Le tissu conjonctif ne joue qu'un rôle secondaire. Quand les éléments épithéliaux évoluent vers le type glandulaire, il se forme des adénomes papillaires.

Quand ils se développent d'une façon atypique sous forme de cellules polymorphes en couches plus ou moins stratifiées, il s'agit d'adéno-carcinome papillaire.

Les adénomes papillaires sont de deux sortes :

a) *Les adénomes papillaires pseudo-mucineux.* Les épithéliums produisent une sécrétion visqueuse, analogue à celle qu'on rencontre habituellement dans les kystes de l'ovaire, caractérisée par la pseudo-mucine. Les cellules ont la forme de celles qu'on trouve dans les kystes ordinaires de l'ovaire.

b) *Les adénomes papillaires simples.* C'est la forme la plus fréquente. Les épithéliums sécrètent un liquide clair, aqueux et sont caractérisés par des cellules cylindriques souvent ciliées.

L'adénome papillaire pseudo-mucineux s'accroît très lentement. Dans la moitié des cas, il est unilatéral, il ne détermine jamais de métastases et se greffe rarement 14 0/0 sur le péritoine. Jamais il ne survient de cachexie. La guérison est permanente après l'ovariotomie.

L'adénome papillaire simple pousse plus rapidement que le précédent, et dans la moitié des cas, il est double... Son augmentation ne se fait pas par un processus destructif, même lorsqu'il est inclus dans le ligament large.

Jamais on n'observe de métastases. Dans 13 0/0, la greffe péritonéale a été remarquée. La santé générale est parfaite, même avec une ascite marquée, après plusieurs ponctions.

L'ovariotomie assure la guérison permanente. Les greffes péritonéales au cours de l'opération peuvent, pendant des années après l'ovariotomie, ne pas troubler la santé ni déterminer d'ascite. Si l'on oublie une partie de la paroi, il se forme une récidive non destructive, bénigne.

Parmi les malades opérées par l'auteur pour des tumeurs de ce genre, presque toutes sont encore en vie; l'une est morte de pleuro-pneumonie quinze mois après l'opération. A l'autopsie il fut trouvé un petit kyste qui n'avait donné lieu à aucun symptôme. Une autre malade mourut six ans et demi après l'opération. L'autopsie malheureusement ne fut pas faite.

L'adéno-carcinome est le néoplasme malin par excellence; dans les deux tiers des cas bilatéraux, il se développe rapidement au-dessus des autres organes, produit des métastases (voies sanguine ou lymphatique) et se greffe sur le péritoine très facilement 30 0/0. Il s'accompagne d'un état cachectique du malade et récidive le plus souvent. La récidive a été observée en effet 82 0/0 chez les malades succombées en général dans l'espace de six mois.

Les greffes ici sont aussi malignes que la tumeur elle-même.

L'adéno-sarcome papillaire est une tumeur mixte tenant de l'adénome papillaire et du sarcome. L'auteur n'en a observé qu'un seul cas. La malade mourut quatre mois après l'opération de cachexie.

Les tumeurs papillaires de l'ovaire sont donc réellement malignes. L'examen histologique en fera toujours reconnaître la nature. Quand on se trouve en présence d'un fibrome ou d'un adénome, on ne pourra réellement pas parler de tumeur maligne.

L'auteur s'élève contre une opinion courante qui veut que les kystes papillaires se transforment avec le temps en carcinome. Cette transformation secondaire n'a encore été démontrée dans aucun cas; ce que l'on peut admettre, c'est que l'adéno-carcinome passe au début par le stade de l'adénome. Quand la tumeur se développe, il est facile de reconnaître s'il s'agira d'un adénome ou d'un adéno-carcinome; celui-ci se développe rapidement, celui-là au contraire pousse beaucoup plus lentement.

Dans deux cas de l'auteur, la tumeur existait depuis 14 et 15 ans. En aucun de ses points il n'existait de carcinome.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 *juin* 1893.

Du traitement occasionnel de la fièvre à sulfate de quinine.

MM. Alcide Treille (d'Alger). — Quelques efforts tourmentés que l'on ait faits pour concilier les doctrines du parasitisme animal, relativement à ce que l'on appelle encore la « malaria » ou le « paludisme » avec la microbiologie, ces doctrines n'en restent pas moins l'une des négations les plus curieuses à notre époque des idées microbiennes, dans l'une des branches les plus importantes de la pyrétologie.

En pathologie, elles n'ont eu d'autre résultat que de maintenir l'antique chaos de la « malaria », puisque les prétendus sporozoaires, sur lesquels je me suis expliqué dans un mémoire concernant les flagella et les corps flagellés du sang, sont réputés capables de produire, au gré de leurs purs caprices, tantôt des fièvres intermittentes, quotidiennes, tierces ou quartes, tantôt des fièvres rémittentes ou pernicieuses;... la cachexie palustre, et vraisemblablement aussi, — pour rester dans les traditions du « paludisme », — des fièvres larvées.

En revanche, elles ne nous ont donné, et ne pouvaient donner, en pratique et en thérapeutique, absolument rien d'utile.

On s'est borné à changer la marque de Trousseau pour la formule des traitements successifs à administrer, sans raisons suffisantes, je crois, du chlorhydrate à la place du sulfate de quinine.

Guidé par des vues microbiennes, j'ai été amené à penser que le moment d'élection pour l'administration du sulfate de quinine, dans les fièvres intermittentes: quotidiennes ou quartes, était le début même de l'accès. L'expérimentation a entièrement justifié mon hypothèse.

J'ai substitué, dès lors, le traitement occasionnel, annoncé dans un mémoire précédent (1), au traitement préventif que j'employais depuis de longues années.

Vingt-quatre observations jointes, avec les courbes de température, à mon travail, sont des exemples nets et précis de la simplicité et de l'efficacité de ma méthode de traitement.

Les malades ont été longuement suivis pour la plupart, quelques-uns pendant huit à dix mois, et les températures étaient prises trois à quatre fois par jour au minimum.

La fièvre n'a jamais été attaquée au début avant le troisième accès constaté. Dans un cas de fièvre quarte, même, j'ai poussé l'expectation jusqu'au vingt-deuxième accès avant d'agir.

Indépendamment de tout ce que j'ai écrit à cet égard, un exemple célèbre, celui de César, est là pour prouver qu'il n'y a aucun danger à le faire.

(1) Voir *Gazette hebdomadaire*, octobre 1891.

A l'âge de 17 ans, César, fuyant la proscription de Sylla, contracta la fièvre quarte que connaissaient bien les anciens. L'histoire ne nous a pas cependant appris qu'il fût précisément mort de cette fièvre, ni de la cachexie dite palustre, ou qu'il fût devenu simplement mégalosplénique.

La fièvre quarte est le type le plus atténué, le plus fragile, comme je l'ai montré, de la fièvre des alluvions, dont le type primitif est le quotidien.

Vingt-deux fois, dans les observations que je présente, elle a été enrayée ou coupée définitivement : une fois par une dose de 50 centigrammes; vingt et une fois par des doses variant entre 5 et 30 centigrammes et données, du reste, à titre purement expérimental.

Je résumerai ainsi mon travail :

Dans l'état actuel de la science, il est impossible de dire si, une fois la fièvre intermittente, quotidienne, tierce ou quarte coupée par le sulfate de quinine, il y aura ou non rechute.

Des faits nombreux montrent que certains malades ont été soumis pendant des semaines et même des mois aux traitements successifs ou préventifs et que cela n'a point empêché les rechutes ultérieures.

Etant donné que le sulfate de quinine, administré à dose unique, convenable, appropriée à la nature du type, au début d'un accès, coupe toujours les accès suivants pour cinq jours au moins, et que des faits prouvent qu'une seule dose ainsi donnée a pu débarrasser le malade de sa fièvre, il n'y a plus lieu de recourir désormais aux traitements successifs ou préventifs pour le traitement des fièvres intermittentes à quinquina, le traitement occasionnel doit leur être substitué.

Il consiste à ne plus se préoccuper des rechutes, mais à les attaquer, chaque fois que l'occasion s'en présente, à leur début même, avec le spécifique ;

On évite ainsi l'administration inutile du sulfate de quinine, soit par variation de type, soit par suite de jugulation spontanée de la fièvre.

Quatre-vingt-six fois, dans les seuls cas que je relate, le sulfate de quinine donné occasionnellement, a temporairement ou définitivement coupé la fièvre.

Cette nouvelle méthode de traitement repose sur une expérience de deux ans et demi déjà et des résultats invariables.

Enfin, pour les cas d'intercurrences morbides, je rappellerai les règles que je viens de tracer dans une note à l'Académie des sciences (1).

Lorsque, au cours du traitement occasionnel d'une fièvre à sulfate de quinine, le médicament donné à dose unique, convenable, appropriée à la nature du type, au début précis d'un accès de rechute, n'amène pas la chute de la fièvre, ou si celle-ci reparaît dans les cinq jours qui suivent, il n'y a pas lieu d'insister sur le médicament, l'élément pyrétogène nouveau, dû à l'intercurrence morbide, n'étant pas justiciable du quinquina.

Dans les fièvres à sulfate de quinine traversées par des intercurrences morbides, il n'y a pas lieu de revenir au médicament avant le sixième jour suivant l'administration de la première dose, car on peut considérer que celle-ci a débarrassé pour cinq jours au moins le malade de l'élément pyrétogène propathique justiciable du quinquina.

Sur le brightisme.

M. G. Sée. — M. Dieulafoy a présenté son travail sous le nom de petit brightisme par opposition au grand brightisme. Quand il n'y a pas d'albuminurie, en effet, il semble qu'on ne puisse plus faire de diagnostic. C'est pour parer à cette difficulté que M. Dieulafoy a créé un petit brightisme. Je crois, d'abord, que l'albuminurie ne manque pas aussi fréquemment qu'on le croit, mais elle peut être intermittente. Les albuminuries qu'on appelle aujourd'hui physiologiques ou fonctionnelles sont très intermittentes et précisément, dans les hôpitaux, nous faisons habituellement faire nos analyses à l'heure où l'albuminurie manque, c'est-à-dire le matin. De dix heures à midi commence l'émission de l'albumine. Cela diminue beaucoup le nombre des brightiques sans albuminurie.

Parmi les formes indiquées par M. Dieulafoy se trouve la pollakiurie ; or, on peut avoir de la pollakiurie sans avoir du brightisme, comme vient de le montrer M. Guyon. La cryesthésie peut se trouver dans le diabète et dans d'autres cir-

(1) Séance du 19 juin 1893. Voir C. R.

constances. M. Dieulafoy n'a pas fait une part suffisante aux divers phénomènes. L'œdème est, au contraire, un phénomène considérable, auquel il faut s'attacher. Quant à l'hypertension artérielle, on ne sait pas ce que c'est ; ce phénomène est généralement dû au cœur et les instruments destinés à mesurer la pression ne méritent que d'être abandonnés. De même il n'y a pas de médicament hypertenseur ou hypotenseur.

Il s'agit, en somme, de savoir si le malade est ou non atteint du mal de Bright, s'il est ou non empoisonné. On n'a la certitude absolue que lorsque les urines sont franchement toxiques.

Les brightiques, la plupart du temps, ont un mauvais estomac ; ils ont surtout une diminution de l'acide chlorhydrique en même temps qu'une diminution de l'urée.

M. Dieulafoy a décrit d'une part le chloro-brightisme, d'autre part l'arthrito-brightisme. Je ne parle pas du syphilo-brightisme.

Le chloro-brightisme, M. Dieulafoy l'a bien entrevu, mais il n'a vu qu'un côté de la question. Je ne crois pas, comme M. Lancereaux, que la chlorose soit un simple phénomène. C'est une maladie bien nette, mais il y a plusieurs espèces de chlorose : celle qui a été décrite, il y a trente ans, par Virchow et qui est due à un rétrécissement du système artériel ; en second lieu, la chlorose cardiaque ; en troisième lieu, celle dont nous a parlé M. Dieulafoy, le chloro-brightisme. Ses observations, au nombre de trente, montrent généralement de l'albuminurie et de l'œdème ; il n'y a donc pas besoin des autres petits symptômes de M. Dieulafoy pour caractériser la maladie.

Le brightisme goutteux a surtout été bien décrit non par un médecin, mais par M. Armand Gautier. Dans la goutte, nous ne savons pas ce que nous faisons ; l'urée n'a aucun rapport avec l'acide urique. L'acide urique est très voisin de nombreux produits, les xanthines. Ainsi, toute la théorie de la goutte va tomber absolument ; il ne sera plus question de l'acide urique. Le régime lui-même s'en ressentira. Déjà à l'étranger, on commence à donner de grosses viandes aux goutteux.

La conclusion à tirer de tout cela relativement au brightisme, c'est que la goutte n'a rien à démêler avec le brightisme. On a confondu les calculs du rein avec la goutte. Moi-même depuis vingt-cinq ans, je n'ai jamais eu que des calculs rénaux sans le moindre accident goutteux et sans le moindre brightisme.

Quant au traitement, le meilleur, c'est le régime lacté surtout, parce que le lait contient de l'acide phosphorique qui est très bien absorbé. Il y a en outre dans le lait des nucléines et des lécithines, produits qui contiennent du phosphore.

Typhus exanthématique.

M. Barrault a étudié treize typhiques à l'infirmerie centrale des prisons. L'incubation a varié de quatre à vingt jours, l'invasion, de trois à six jours, avec début brusque, fièvre dépassant 40°. L'éruption, complète en trois jours, dure douze jours, dix-huit lorsqu'il y a récidive. Le stade d'éruption est véritablement critique ; c'est le seul pendant lequel la mort se produit. Pendant sa durée, le délire et les symptômes nerveux s'aggravent ; l'asthénie cardiaque et l'albumine apparaissent. La desquamation est peu abondante. Durée totale, quinze à dix-huit jours ; vingt-deux jours dans un cas avec rechute. La défervescence est toujours progressive, se fait en trois à six jours. La valeur du symptôme constipation a été exagérée : elle alterne avec la diarrhée. M. Barrault a employé comme traitement l'analgésine, la quinine, les bains tièdes, les toniques généraux. Il insiste sur l'utilité de l'aération. Sur les treize malades, les six premiers, soignés en cellule d'isolement, moururent. Les suivants furent traités *sous la tente* et il y eut encore deux décès les deux premiers jours : les autres malades guérirent.

M. Houzel lit un travail intitulé : Grossesse extra-utérine, variété intra-péritonéale. Laparotomie à dix mois. Enfant mort. Guérison de la mère.

M. Chéron lit une note sur la loi générale de l'hypodermie.

M. Verneuil commence sur le tétanos une communication que nous analyserons lorsqu'elle sera terminée, dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 *juin* 1893.

Cancer du pancréas. Cancer secondaire du poumon.

M. Auvray présente les pièces d'un homme entré dans le service de M. Déjerine à la Charité le 15 juin, mort peu de temps après d'une hémoptysie foudroyante. L'auscultation avait révélé pendant la vie une induration du poumon gauche à la base ; il y avait une expectoration fétide et hématique. On ne trouva aucun autre symptôme. Il n'y avait pas de sucre dans les urines : pas d'ictère.

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un cancer du pancréas qui s'était étendu au diaphragme, puis au poumon gauche. Il y avait des ganglions dégénérés dans la région avoisinant le tronc cœliaque, dans le médiastin et au hile des poumons. Enfin on a trouvé des noyaux secondaires dans le foie, dans le poumon droit : la capsule surrénale gauche était envahie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 *juin* 1893.

Inoculation du cancer.

M. Mayet. — Sur trois rats inoculés par l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané avec un néoplasme du rein (dont la nature n'a pas été déterminée par l'examen histologique), l'un d'eux a succombé sans lésions néoplasiques, un autre a succombé après dix mois, présentant dans le rein droit deux foyers de dégénérescence épithéliomateuse.

M. Vialleton, qui en a fait l'examen histologique, considère la lésion comme un néoplasme formé de cellules épithéliales dont quelques-unes se rapprochaient beaucoup des cellules épithéliales du carcinome type. M. Bard voit dans ces éléments des cellules épithéliales encore embryonnaires. Dans trois autres séries d'inoculations pratiquées avec des tumeurs anciennes, les résultats ont été complètement négatifs.

Séance du 19 *juin* 1892.

Dissociation des actions cardiaques et vaso-motrices des toxines.

MM. Gley et Charrin. — Si les microbes étaient incapables de léser nos tissus, de troubler le jeu de nos appareils, ils constitueraient de simples curiosités. Aussi, après les avoir étudiés en eux-mêmes, après avoir mis en évidence les lois qui régissent leur développement, leur culture, convient-il de chercher les altérations anatomiques causées par eux ou leurs sécrétions, ou les désordres fonctionnels dépendant de ces mêmes agents.

L'histologie pathologique a été utilisée par un certain nombres d'auteurs désireux de connaître les lésions d'origine bactérienne. Mais on n'a eu recours que très exceptionnellement aux diverses techniques physiologiques, à la méthode graphique en particulier. Cependant, elles seules peuvent donner la clef de quelques phénomènes.

En 1888 nous avons tenté de saisir les modifications du pouvoir excito-moteur du système neuro-musculaire. Puis, guidés par la découverte de M. le professeur Bouchard concernant les qualités vaso-motrices des toxines pyocyaniques, nous avons appliqué à ces études les ressources de cette méthode graphique que nous venons de rappeler. Au congrès de Berlin, dans les *Archives de physiologie*, à différentes reprises, nous avons publié les résultats obtenus relativement aux centres cérébro-spinaux, au cœur, aux sécrétions, etc. D'autres auteurs ont, après nous, employé ces mêmes moyens ; les uns ont confirmé nos travaux ; les autres les ont développés, complétés, etc. Pour nous, nous avons plus spécialement vu que, tandis que l'organe central de la circulation offrait des battements d'abord ralentis, puis irréguliers et simultanément des variations de volume, des accroissements de la diastole, des dilatations, dans les vaisseaux périphériques la pression s'élevait pour s'abaisser dans la période ultime de l'existence.

Poussant plus loin l'analyse, nous avons sectionné les pneumogastriques et détruit la moelle par les procédés de Gley ; puis nous avons injecté dans les veines des toxines

pyocyaniques, surtout des cadavres bactériens, à raison de 4 à 5 cent. c. par kilo d'animal. Dans ces conditions, on voit toujours survenir les phénomènes cardiaques (ralentissement, irrégularités, diastoles plus longues, dilatations); toutefois les changements vasculaires cessent d'avoir lieu: plus de spasmes, plus d'oscillations dans la pression.

Il est donc nécessaire d'admettre que les poisons microbiens ont des effets multiples. D'une part, ils actionnent le myocarde lui-même, sa fibre ou ses ganglions, sans l'intermédiaire des centres; il y a là une action cardiaque nette, définie, précise, action indiquée déjà par nous et par d'autres auteurs. D'autre part, ils impressionnent le système cérébro-spinal, en particulier les régions qui commandent aux vaso-moteurs.

Déjà à cette technique, nous avions pu établir plusieurs points: la diversité des toxines entre autres, diversité dont le principe appartient à M. le professeur Bouchard. Aujourd'hui nos nouveaux résultats militent en faveur de cette conception. De plus, à la lumière de ces expériences, on comprend une série de perturbations neuro-circulatoires, cardiaques ou vasculaires, centrales ou périphériques, perturbations enregistrées par la pathologie humaine.

Sur les intercurrences morbides dans la fièvre à sulfate de quinine.

M. Alcide Treille (Alger). — En suivant avec toute la rigueur voulue la marche de la température dans les affections fébriles de nature microbienne bien connue, il est facile de se rendre compte que le germe pyrétogène peut:

1° Commencer son évolution par des poussées nettement séparées donnant lieu à des manifestations fébriles intermittentes, comme si, pour prospérer dans l'individu, et arriver à une évolution continue, à des reproductions incessantes, que des rémissions plus ou moins prononcés distinguent seules les unes des autres, il lui était d'abord nécessaire de vaincre la résistance du terrain;

2° Présenter ensuite, au décours de la maladie, des poussées fortement rémittentes d'abord, puis intermittentes, qui ne sont que le caractère de plus en plus marqué de l'atténuation, presque toujours naturelle ou spontanée, rarement acquise, du germe morbide.

L'intermittence ou la rémittence du début s'observent sans aucun doute plus fréquemment dans les pays chauds, en Algérie, par exemple, par suite de l'atténuation que les agents physiques, tels que l'air et la chaleur, y exercent naturellement, par leur intensité d'action, sur les germes pathogènes.

L'intermittence et la rémittence peuvent aussi tenir, dans bon nombre de maladies, à une vaccination première, à une semi-immunité de l'organisme.

C'est faute d'avoir suffisamment tenu compte de ces faits, et en se basant sur les caractères vagues d'intermittence ou de rémittence, sur le caractère non moins banal de l'hypersplénie, que, sous le nom de maladies de « malaria » ou de « paludisme », on a, dans les pays chauds surtout, confondu ensemble un grand nombre d'affections absolument étrangères les unes aux autres, auxquelles on appliquait indifféremment, en Algérie, plus peut-être que partout ailleurs, l'emploi de la médication quinique.

On a cru aussi en voyant l'intermittence se montrer au début, et surtout au décours de certaines maladies, que l'élément « malarique » ou « paludique » était capable de reparaître après des périodes de sommeil de plusieurs années, constituant ainsi une véritable diathèse qui s'opposerait à la guérison des maladies intercurrentes, tant qu'on ne se serait pas préalablement débarrassé du substratum morbide au moyen du sulfate de quinine, qu'il fallait donner à doses répétées.

Or, dans une note précédente et dans divers travaux, j'ai précisé les caractères des véritables fièvres à quinquina; j'ai montré qu'entre toutes les maladies dites de malaria ou à sulfate de quinine, il en est une: la fièvre des alluvions, à caractères des plus simples et des plus nets. Le type fébrile quotidien est son type primitif. Les manifestations tierce et quarte n'en sont que les formes atténuées.

Comme je l'ai indiqué, elle présente, au regard du sulfate de quinine, cette caractéristique essentielle, unique en pyrétologie et en thérapeutique:

Dans la fièvre des alluvions: quotidienne, tierce ou quarte, le sulfate de quinine donné au début précis de l'accès, à dose unique, convenable, proportionnée à la nature du type, n'influence en rien l'accès attaqué, mais coupe toujours les suivants pour cinq jours au moins.

Par suite de la constatation répétée de ce fait, j'ai substitué au traitement préventif, que j'ai formulé dans ma note précédente et qui était basé sur les rechutes probables, le traitement *occasionnel*, consistant à abandonner toute médication préventive, à ne plus se préoccuper des rechutes, mais à attaquer chacune d'elles à son début par une dose de sulfate de quinine appropriée à la nature du type.

J'emploie cette nouvelle méthode de traitement depuis deux ans et demi, avec un succès invariable.

Si donc, au cours du traitement occasionnel d'une fièvre à sulfate de quinine, on voit le médicament se trouver en défaut, en même temps que survient une modification profonde du type fébrile, un changement de l'heure des accès, etc., c'est qu'un nouvel élément fébrile est entré en jeu et que le spécifique est sans action sur lui. Dès lors, il n'y a pas lieu d'insister sur le sulfate de quinine, d'y revenir deux jours de suite.

Pour bien juger de ces faits, il convient de prendre comme types des fièvres, tierces ou quartes en traitement depuis un certain nombre de semaines ou de mois et suivies longtemps, en prenant la température trois ou quatre fois par jour au minimum.

C'est ce qu'indiquent nettement les quatre courbes de température jointes à cette note comme exemples.

Des faits ainsi observés, on peut tirer les conclusions suivantes:

Lorsque, au cours du traitement occasionnel d'une fièvre à sulfate de quinine, le médicament donné à dose unique, convenable, appropriée à la nature du type, au début précis d'un accès de rechute, n'amène pas la chute de la fièvre, ou si celle-ci reparaît dans les cinq jours qui suivent, il n'y a pas lieu d'insister sur le médicament, l'élément pyrétogène nouveau, dû à l'intercurrence morbide, n'étant pas justiciable du quinquina.

Dans les fièvres à sulfate de quinine traversées par les intercurrences morbides, il n'y a pas lieu de revenir au médicament avant le sixième jour suivant l'administration de la première dose, car on peut considérer que celle-ci a débarrassé pour cinq jours au moins le malade de l'élément pyrétogène propathique, justiciable du quinquina.

Certaines intercurrences morbides paraissent empêcher par antagonisme microbien le retour ultérieur de la fièvre des alluvions, c'est-à-dire de la fièvre à rechutes et à sulfate de quinine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 *juin* 1893.

Electrolyse de l'urèthre.

M. Guelliot (Reims) a traité 15 rétrécissements par l'électrolyse. Jamais il n'a observé ces accidents fébriles dont a parlé M. Reynier. Pour lui, c'est une méthode à employer contre les rétrécissements qui ne sont ni trop longs, ni trop durs, ni trop serrés, cas auxquels l'uréthrotomie est préférable.

Salol et antisepsie urinaire.

M. Reynier défend le salol contre les attaques de M. Tuffier, dont l'opinion est d'ailleurs celle de M. Albarran; les travaux favorables à l'administration de cet agent à l'intérieur sont nombreux et probants. M. Reynier, pour sa part, a vu une pyurie non point guérir, sans doute, mais s'amender nettement. Cette médication ne réussit certainement pas à rendre les urines aseptiques, mais elle diminue leur septicité, et elle les rend surtout moins propres à l'évolution de nouveaux micro-organismes. Au reste, il est nettement prouvé que les urines contiennent de l'acide salicylique.

Appendicite.

M. Reclus. — A la fin de la dernière séance, j'ai mis sous vos yeux un appendice vermiculaire dont j'avais pratiqué l'extirpation quelques jours auparavant. La pièce en elle-même ne présente d'ailleurs rien de très remarquable: l'organe, du volume et un peu de la forme d'une olive, formait,

grâce à un rétrécissement situé près de sa racine, une tumeur kystique ne communiquant plus avec le cæcum; il n'y avait point de corps étranger dans sa cavité, mais un mucus jaunâtre peu abondant; la séreuse et la musculeuse étaient très épaissies; la muqueuse était plutôt atrophiée, mais en aucun point nous n'y avons constaté de trace d'ulcération ou de perte de substance; ici la perforation habituelle faisait donc défaut. J'ai le regret d'ajouter que l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué et j'ignore s'il existait des colibacilles en migration dans les parois.

Telle était la pièce et voici le résumé rapide de l'histoire du malade sur lequel elle a été extirpée : il s'agit d'un comptable de 32 ans dont les antécédents sont un peu douteux du côté de la tuberculose; on ne saurait ni la nier, ni en affirmer l'existence. La première crise d'appendicite date du mois d'août 1892. Notre homme fut pris tout à coup, peut-être à l'occasion d'un refroidissement, d'un malaise général avec frissons erratiques; puis éclatent de brusques douleurs localisées dans la fosse iliaque droite; les souffrances durent huit jours et le malade s'alite, mais il n'a ni vomissements, ni météorisme, ni constipation, ni diarrhée et la fièvre aurait été nulle. Au bout de quinze jours les douleurs disparaissent et son médecin se flattait d'avoir guéri cette typhlite, — car tel était alors le diagnostic porté.

Mais on était loin de compte : cinq mois plus tard, dans le courant de janvier 1893, une crise nouvelle éclate, en tout semblable à la première; même début à la suite d'un refroidissement, mêmes malaises, mêmes frissons erratiques, même douleur bénigne dans la fosse iliaque droite; la souffrance cependant paraît être moins fixe et s'irradie dans tout le ventre, quoique avec un retentissement plus fort du côté de l'S iliaque. Mais pas plus dans cette attaque que dans les précédentes, on ne note ni vomissements, ni troubles digestifs, diarrhée ou constipation, et les tracés thermométriques n'accusent aucune ascension de température. Notre collègue et ami Moutard-Martin soumet le malade au régime lacté qui produit de bons effets : peu à peu les souffrances s'apaisent pour disparaître complètement, et le 15 mars, lorsque notre patient quitte la Pitié, pour la seconde fois la guérison semble définitive.

L'illusion devait être de peu de durée, car même avant la fin du mois, dès le 26 mars, le malade rentra à la Pitié pour une troisième crise en tout semblable aux deux précédentes. Au bout de quelques jours, comme l'état restait stationnaire et que la fosse iliaque était soulevée par une tuméfaction des plus nettes, M. Moutard-Martin nous confie le malade. Je trouvai, en effet, sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque, une masse indurée du volume d'une mandarine, profondément située en arrière du cæcum dont la percussion révèle la sonorité. Cette tumeur est douloureuse, et si les souffrances spontanées, fixes dans la fosse iliaque ou irradiées vers la cuisse, sont devenues rares, les douleurs provoquées sont vives. Nous concluons à l'existence d'une appendicite à répétition et, malgré l'absence de phénomènes alarmants et d'accidents aigus, nous proposons d'intervenir.

Je pratique l'incision classique et j'arrive sur le cæcum dont la face extérieure est libre, sans adhérences avec la séreuse pariétale ouverte; je protège les anses intestinales avec une compresse aseptique et je me porte en dehors, décollant peu à peu et avec de grandes précautions le bord extérieur et la face postérieure du cæcum de ses adhérences avec le péritoine pariétal. J'arrive enfin sur l'appendice et, en le séparant des néo-membranes qui l'enveloppent en arrière je vis le pus sourdre de la fosse iliaque et je finis par ouvrir une collection purulente située derrière le cæcum, sur le feuillet péritonéal qui a triplé de volume. Il s'agissait d'un abcès pérityphilitique postérieur, la variété la plus commune des suppurations appendiculaires. Le processus, bien dégagé, fut lié et suturé, l'abcès vidé et désinfecté, sa poche drainée; les suites de l'intervention furent des plus simples et, à cette heure, la guérison totale nous paraît obtenue.

Plusieurs renseignements précis paraissent se dégager de cette observation; d'abord elle plaide en faveur de la thèse que je défendais ici avec l'appui de quelques-uns de mes collègues. D'abord, elle tend à établir que l'extirpation de l'appendice est en général simple et innocente. Ce fait s'ajoute à ceux que Quénu avait relevés dans sa statistique et où l'ablation du processus au cours d'une crise ou pendant une période d'accalmie se passe sans provoquer le moindre accident; pour cette intervention, la mortalité paraît vraiment réduite à zéro. Terrier et Cassin ont publié dans la *Gazette hebdomaire* une observation fort semblable à la nôtre et dont la lecture m'a d'autant plus intéressé que j'avais été consulté par le malade et que j'avais conclu, comme mes collègues, à l'extirpation de l'appendice.

Un deuxième point, pour moi le plus important, celui sur lequel j'insistai le plus dans ma communication de l'année dernière, c'est qu'il faut se méfier des prétendues guérisons obtenues par le traitement médical. Sous l'influence d'une thérapeutique rationnelle, régime lacté et opium, les douleurs disparaissent; tout rentre dans l'ordre habituel, la tumeur même qui se dessinait dans la fosse iliaque diminue et l'on se félicite d'avoir évité les ennuis et les dangers d'une opération lorsque, tout à coup, une régression nouvelle vient prouver le mal fondé de cette espérance. Certes, nous ne nions pas que des guérisons définitives aient été obtenues, nous pourrions même citer un cas personnel où, après quatre crises manifestes d'appendicite, les accidents ont disparu depuis trois ans. Mais nous voudrions savoir si de pareils cas ne constituent pas l'exception.

Un troisième point est relatif au peu de concordance entre la bénignité des symptômes observés chez mon opéré et la gravité des lésions révélées par l'ouverture du ventre. Il n'y avait eu, comme signe d'appendicite, que la brusque douleur de la fosse iliaque, mais les troubles digestifs, les vomissements, la constipation, le météorisme, tous les signes péritonéaux, la fièvre même avait fait défaut; or cette absence de température n'avait pu empêcher une volumineuse collection purulente de s'amasser dans la fosse iliaque. Nous trouvons là une confirmation nouvelle de nos assertions de l'année dernière; toutes les fois que l'appendicite se traduit par une tuméfaction appréciable de la fosse iliaque, le pus y est déjà collecté.

Enfin, voici une observation nouvelle où l'on voit un abcès s'amasser autour de l'appendice sans que cet organe soit perforé. Les microbes pathogènes, les coli-bacilles ont traversé la paroi, je ne dis pas intacte, elle avait subi au contraire de profondes modifications, mais du moins continue à elle-même et ne présentant en aucun point de perte de substance ou de solution de continuité. Il est regrettable qu'un examen bactériologique n'ait pas été pratiqué, vu l'état général douteux du malade : les soupçons de tuberculose que nous laissent une ancienne pleurésie et des rhumes répétés plusieurs fois chaque hiver rendent peut-être probable quelque altération méconnue de l'appendice, des colonies de bacilles de Koch analogues à celles que le professeur Cornil aurait si fréquemment trouvées depuis qu'il dirige ses investigations dans ce sens.

M. Nélaton a guéri, par laparotomie et lavage du péritoine, une fille de 9 ans, atteinte de péritonite généralisée par perforation de l'appendice. Il a observé deux autres cas de ce genre (fille de 9 ans et garçon de 10 ans) où la mort est survenue. A son sens, ces accidents terribles de la péritonite généralisée éclatent en général d'emblée, sans que rien du côté de l'appendice les ait fait prévoir. Au point de vue clinique, il faut noter le caractère insidieux des accidents, qui, pendant 2 ou 3 jours, ressemblent à une simple indigestion; puis éclatent des symptômes formidables pouvant simuler l'occlusion, et, en quelques heures, l'état devient désespéré.

M. Lucas Championnière. — D'après M. Reclus, il n'y aurait pour ainsi dire pas de guérisons persistantes obtenues par le traitement médical. Or j'en ai observé nettement, même après des accidents formidables. Deux de mes observations concernent des adultes, 1 un vieillard, 2 des enfants. Un de ces derniers en était à sa 5e poussée, et je l'aurais opéré sans la résistance de sa famille. Et je suis ces malades depuis 1 an à 4 ans. Je les ai tous traités par les purgations répétées, puis j'ai recommandé de bien surveiller leur alimentation et la régularité de leurs évacuations alvines. Il est à remarquer que jusque-là ces sujets avaient été à cet égard très négligents. Il ne faut donc pas poser l'indication opératoire en règle absolue.

M. Verneuil cite à l'appui de cette opinion l'histoire d'un garçon de 16 ans qui en était à la deuxième récidive de ces accidents qu'autrefois on appelait typhlite. Il a guéri par les vésicatoires volants et les laxatifs; de même a guéri une

fillette de 12 à 13 ans, qu'il a vue avec M. Tillaux, et chez laquelle on a craint pendant longtemps un abcès.

M. Routier cite deux cas de péritonite suraiguë semblables à ceux dont vient de parler M. Nélaton. Ces deux malades ont succombé malgré la laparotomie; l'un était un enfant de 9 ans chez lequel les accidents ressemblèrent d'abord à une indigestion, puis prirent une allure foudroyante; l'autre était un homme de 57 ans qui fut pris de symptômes brusquement graves et qui mourut en trois jours.

M. Reclus répond à M. Nélaton que certainement, en raison des adhérences qui se sont formées, la seconde crise est en général moins grave que la première; mais elle peut être mortelle, ainsi que la 3e, la 4e et les autres. D'ailleurs, M. Reclus n'a pas été, sur l'indication opératoire constante, aussi affirmatif que l'a dit M. Championnière.

Le siège de l'aï douloureux.

M. Larger a présenté à la dernière séance une femme atteinte d'aï douloureux, à siège anti-brachial, dans la bourse des radiaux, telle qu'il l'a décrite en 1882, dans la *Revue de chirurgie*. Depuis, tous les cas qu'il a observés ont confirmé les données anatomiques et cliniques qu'il avait avancées dans ce mémoire. En 1887, toutefois, MM. Debierre et Rochet ont émis sur l'étude anatomique de la bourse supérieure des radiaux quelques assertions que M. Larger croit erronées. Mais surtout, dans un opuscule récent, M. Poirier 1° nie absolument l'existence de la bourse supérieure des radiaux; 2° semble s'attribuer la découverte du siège antibrachial de l'aï. Sans s'attarder à relever ce second point, M. Larger rapproche du premier un passage où, en 1883, dans l'*Année médicale*, un auteur déclarait avoir vérifié avec M. Farabeuf l'exactitude des descriptions de M. Larger : l'article est signé P. Poirier, aide d'anatomie, ce qui, d'après M. Larger, se passe de commentaires.

Néphrectomie pour fistule de l'uretère.

M. Picqué a eu à soigner une femme qui portait une fistule urétérale droite consécutivement à une hystérectomie vaginale pratiquée par M. Richelot le 17 mai 1892, pour lésions inflammatoires des annexes. En présence d'un cas de ce genre, on pouvait *a priori* penser à pratiquer une des opérations conservatrices, par greffe de l'uretère, qui ont depuis quelques années donné aux chirurgiens et aux expérimentateurs des résultats remarquables. Mais ici il y avait une contre-indication formelle, fournie par une pyonéphrose atteignant le rein correspondant. Aussi M. Picqué fit-il la néphrectomie lombaire (avec pinces à demeure pendant 48 heures, au lieu de lier le pédicule), qui lui a donné un beau succès.

M. Kirmisson présente un enfant porteur d'une volumineuse tumeur dorsale congénitale, qui d'après M. Jalaguier est un lymphangiome.

M. Robert présente un malade qu'il a soigné d'une fracture par arme à feu du maxillaire inférieur. Il a remédié à la déviation secondaire, si fréquente dans les cas de ce genre, par la pression continue exercée à l'aide d'un appareil spécial.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Fin de la séance du 17 *juin* 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Substances viscérales pyrétogènes.

M. Charrin. — Lorsque nous avons établi, M. Ruffer et moi, le pouvoir thermogène de certaines toxines, nous avons montré que des extraits de muscles, du bouillon, jouissaient d'une propriété analogue. D'autres auteurs ont depuis signalé des principes de cet ordre; à s'en tenir aux viscères de l'économie, citons Lépine dans le rein, Roux dans la rate, Bouchard et Charrin dans le corps thyroïde, etc. Au laboratoire de pathologie générale, j'ai repris ces recherches en m'adressant au foie, aux poumons, au cerveau, etc. M. Rouquès, sur les conseils de M. Bouchard, a continué ces expériences; il les a complétées, multipliées, en faisant des extraits de capsules surrénales, de glande hépatique, etc. Ses travaux, dont je présente le résumé, tendent à faire admettre que, dans l'économie, un grand nombre de tissus renferment des éléments capables d'élever la température, éléments dont les uns sont insolubles, les autres solubles dans l'alcool ou dans l'eau.

Ces extraits organiques faits à froid agissent à très courte échéance; on n'observe aucune incubation; l'hypothèse de l'infection n'est pas admissible.

Les hyperthermies qui surviennent, sans qu'il soit possible d'invoquer l'influence d'un microbe ou d'un poison du dehors, sont nombreuses; elles trouvent peut-être une partie de leur explication dans ces recherches.

Substances thermogènes des muscles et des urines.

M. Roger. — Les extraits de muscles, qu'on les obtienne à chaud ou à froid, au moyen de l'eau ou de l'alcool, déterminent chez les animaux auxquels on les injecte de notables élévations de température. Les extraits obtenus à chaud sont les plus actifs; en injectant à un lapin les substances provenant de 10 grammes de muscles, on voit la température centrale monter de 1° à 1°5 au-dessus de la normale.

Les substances thermogènes augmentent dans le muscle après la mort. Un lapin est sacrifié; une partie de ses muscles est précipitée dans l'eau bouillante, de manière à arrêter toute manifestation vitale; une autre partie est abandonnée pendant une heure au repos, puis traitée de même; ce deuxième extrait exercera sur la température une action bien plus marquée. Mais pour que le pouvoir thermogène augmente, il faut que les muscles soient laissés au repos; si, après la mort, on les soumet à des courants faradiques, leur pouvoir thermogène ne subit aucune augmentation.

Les urines normales, qu'elles proviennent de l'homme ou des animaux, ont également la propriété de produire de la fièvre; mais, contrairement aux extraits de muscles, elles n'amènent l'hyperthermie qu'après avoir déterminé une période d'hypothermie, souvent très marquée, mais toujours passagère; aussi cet abaissement initial de la température peut-il facilement passer inaperçu.

Les urines émises pendant la nuit sont généralement plus thermogènes que les urines rendues pendant le jour. Les urines provenant de malades atteints d'affections fébriles peuvent produire d'emblée l'hyperthermie; dans l'érysipèle, ce sont les urines émises au moment de la défervescence qui exercent la plus forte action thermogène; mais, pendant la convalescence, alors même que la température est redevenue normale, les urines peuvent encore produire l'hyperthermie d'emblée, sans hypothermie préalable.

Visibilité directe des effluves cérébraux.

M. Luys. — Chez les sujets à l'état somnambulique, on constate un état hyperémique de la rétine, qui correspond à une acuité fonctionnelle remarquable. A cet état l'être humain reconnaît les effluves des aimants, la direction des courants électriques dans une pile. On peut ainsi déterminer chez l'homme que le côté gauche émet des effluves bleus, le côté droit des effluves rouges, la ligne médiane des effluves jaunes; et ces effluves varient à l'état pathologique. A quoi cela correspond-il du côté des centres nerveux? Sur un chien dont l'encéphale fut mis à nu, un sujet hypnotisé vit nettement l'hémisphère gauche bleu, le droit rouge, la ligne médiane jaune; bientôt l'animal succomba, et tout cela devint noir. Donc, il n'y a pas entre-croisement, comme pour les réactions sensitives et motrices.

Il y a donc dans l'emploi de l'homme somnambulique un véritable réactif vivant dont on peut mettre les facultés artificiellement développées à profit pour étudier les courants magnétiques, électriques et neurologiques, courants qui sont pour lui visibles et sensibles, mais qui, pour nous, ne sont pas dans les conditions de visibilité possible.

Séance du 24 *juin* 1893.

Toxicité des urines typhiques.

M. Charrin. — J'ai cherché si l'on pouvait constater une différence dans la toxicité des urines suivant qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde à température haute ou moyenne. Or dans trois séries d'expériences portant chacune sur un lot de quatre lapins, j'ai vu que l'injection des urines ne détermine chez

l'animal aucun abaissement thermique, ou seulement un abaissement léger et temporaire. Au contraire, dans les fièvres typhoïdes à température relativement basse, on obtient un abaissement thermique constant et notable. Il peut s'en déduire quelques remarques sur la physiologie pathologique de la fièvre dans la dothiénentérie.

Maladie de Thomsen.

MM. Déjerine et **Sottas**. — La lésion musculaire de cette affection a été décrite par Erb, Jacoby, Martin, Fischer, Deléage. On utilisait des fragments obtenus par biopsie. Dans un cas de Erb, on fit le diagnostic rétrospectif en examinant un morceau du biceps excisé sur le cadavre.

Nous avons examiné un cas de maladie de Thomsen où les signes existaient au complet : contracture au début des mouvements volontaires, réaction de dégénérescence, contractions durables sous le courant galvanique à type vermiculaire et en sens inverse du courant, etc. Le malade est mort d'une infection à streptocoques avec néphrite. Tous les muscles ont été examinés. Les faisceaux primitifs sont augmentés de volume, parfois quadruplés; ils sont arrondis. On note une accumulation nucléaire sous-sarcolemmique et un léger épaississement du périmysium. Les champs de Conheim sont plus apparents, la substance musculaire granuleuse. On note quelques fibres atrophiées. Le système nerveux périphérique et central était absolument intact. Il s'agit donc d'une affection myopathique pure. Il est à remarquer que le diaphragme était fortement intéressé, le cœur au contraire absolument normal.

M. Brown-Séquard. — A-t-on examiné les muscles lisses viscéraux ?

M. Déjerine. — Les organes creux à muscles lisses, ni l'iris n'ont rien présenté qui attirât l'attention.

Complication streptococcique dans la diphthérie.

M. Barbier. — La plaie cervicale de la trachéotomie est souvent le point de départ de lésions graves, érysipèles, phlegmons, abcès. Parfois on observe une suite de phlegmons septiques sans suppuration, dans le cas où la virulence microbienne est plus considérable. Les tissus sont épaissis, lardacés, mais il n'y a ni afflux leucocytique, ni phagocytose, ni pus collecté. On observe encore des traînées congestives descendant vers le médiastin, et des adénites. Toutes ces lésions sont dues à un streptocoque très virulent ; le bacille diphtéritique ne s'y rencontre pas. Parfois on a affaire à une hétéro-infection, mais le plus souvent il s'agit d'une auto-infection due à l'intervention du streptocoque qui complique les lésions diphthéritiques.

Néphrite toxique.

M. Pilliet. — J'ai expérimenté l'acide pyrogallique qui donne, ainsi que l'on sait, de l'ictère et de l'hémoglobinurie. Chez les animaux intoxiqués, les cellules du rein explorées par un réactif éosiné se montrent chargées d'hémoglobine. Dans le foie, les cellules sont tuméfiées, vésiculeuses, non chargées de bile ni d'hémoglobine. Les noyaux ne sont pas disparus et il n'y a pas de nécrose de coagulation. Il semble que l'action initiale du poison soit une destruction globulaire ; les cellules du foie altérées ne peuvent arrêter l'hémoglobine qui parvient au rein et en infiltre les épithéliums.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 *juin* 1893.

Présidence de M. Fernet.

De la prétendue hérédité du rachitisme.

M. Comby. — Un certain nombre de médecins croient encore à l'hérédité du rachitisme. L'hérédité indirecte est très admissible ; il est évident qu'un enfant né de parents malades ou affaiblis par quelque maladie infectieuse ou diathésique sera lui-même faible, dégénéré et par cela même disposé au rachitisme. Quant à l'hérédité directe, c'est-à-dire la transmission du rachitisme des parents aux enfants, elle n'existe qu'en apparence ; au fond elle s'explique par des circonstances étrangères à l'influence héréditaire. L'enfant ne porte pas en naissant le germe du rachitisme ; le rachitisme n'est pas une maladie transmissible, c'est une maladie acquise dont l'origine habituelle se trouve dans l'alimentation vicieuse du premier âge.

La plupart des faits de rachitisme héréditaire s'expliquent, après enquête sérieuse, par des défauts d'hygiène alimentaire, par une alimentation vicieuse ; l'hérédité ne saurait être incriminée.

Dans les familles de rachitiques, l'alimentation des enfants se fait, le plus souvent, par le biberon, parce que la mère est généralement faible, délicate, dyspeptique. Elle n'a pas d'appétit, elle digère mal, elle est incapable de faire une bonne nourrice. Elle essaye pourtant d'allaiter ses enfants, mais bientôt la sécrétion lactée diminue, se tarit, elle a recours au biberon et aux aliments plus ou moins indigestes, dont l'usage prématuré conduit si souvent au rachitisme.

Voilà comment le rachitisme, par une voie indirecte et détournée, se perpétue dans certaines familles ; s'il se répète dans deux ou plusieurs générations, ce n'est pas par hérédité, mais par la répétition de fautes hygiéniques qui conduisent presque sûrement à cette maladie.

Supériorité des bains froids comme traitement des érysipèles graves de toute nature. Le sulfate de cinchonamine comme antithermique. Les injections d'acide lactique comme antiseptique local.

MM. Le Gendre et **Beaussenat.** — L'emploi des bains froids (de 18° à 20° et d'une durée d'un quart d'heure), conseillés jusqu'ici seulement dans les formes hyperthermiques ou ataxo-adynamiques de l'érysipèle, mérite d'être appliqué dans tous les cas graves, quel que soit le facteur de gravité : délire simple ou delirium tremens, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, complications cardiaques, complications rénales même.

Des malades excrétant 4 et 6 grammes d'albumine par litre avec oligurie et symptômes d'urémie ont guéri parfaitement grâce aux bains qui ont ramené la polyurie.

Il y a lieu de mettre au bain les érysipélateux toutes les fois que leur température, sans être hyperthermique, se maintient sans rémission au-dessus de 39°5 ; toutes les fois que la langue se sèche, qu'il y a de l'insomnie, de l'agitation vive, de la loquacité, à plus forte raison du délire ; on les donnera surtout d'une façon précoce chez les malades entachés d'alcoolisme.

Les abaissements thermiques obtenus par chaque bain ont varié de deux dixièmes de degré dans les cas d'hyperthermie les plus sévères à 3, 5 ; en moyenne ils ont été de un degré. Le maximum des bains donnés en vingt-quatre heures a été de 6, et dans le cours de la maladie de 26.

L'utilité de la balnéation est attestée par la statistique suivante : sur 433 érysipèles que nous avons traités, 370 sans bains ont fourni 25 décès, 63 avec les bains n'ont donné que deux décès.

Les antithermiques médicamenteux usités habituellement et que nous avons toujours essayés avant d'en arriver à la balnéation (quinine, antipyrine, acide salicylique) ne nous ont donné que des résultats insignifiants ou trop peu durables.

Nous avons essayé, dans une vingtaine de cas, un antithermique nouveau, le sulfate de cinchonamine, qui n'est pas dans le commerce et qui a été obtenu par M. le prof. Arnaud, du Muséum. Nous l'avons administré en injections sous-cutanées aux doses de 0 gr. 30 à 60 centigrammes. Plusieurs fois, nous en avons obtenu un effet antithermique supérieur à celui des autres médicaments antipyrétiques. Mais, dans d'autres cas, l'effet a été nul ou trop passager et nous avons dû employer les bains ensuite. Deux fois, nous avons vu éclater des convulsions épileptiques qui, d'ailleurs, ont guéri.

Nous avons essayé, dans quatre cas, avec un succès relatif, mais de nature à encourager de nouvelles tentatives, les injections sous-cutanées et intra-dermiques d'acide lactique comme antiseptique local. Ces injections doivent être pratiquées chacune avec un demi-centimètre cube d'une solution à 1/100 ou 1/50 sur deux rangées à trois centimètres en arrière l'une de l'autre et à trois centimètres du bourrelet d'envahissement, chaque piqûre étant distante de trois centimètres de sa voisine.

Hémiplégie hystérique.

M. Ferrand présente un homme de 65 ans atteint depuis

cinq ans d'une hémiplégie hystérique du côté gauche. Cet homme hypnotisable présente une anesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche.

A propos des hémoptysies ourliennes.

M. Comby fait remarquer que les hémoptysies ourliennes signalées par lui dans la dernière séance avaient déjà été décrites dans la thèse de M. J. Gailhard.

L'antipyrine dans certaines formes d'atrophie du nerf optique.

M. Le Gendre lit, au nom de M. Valude, une communication sur ce sujet.

Séance du 23 juin 1893.

Les réflexes pupillaire et rotulien envisagés au point de vue du pronostic dans le choléra.

M. Galliard. — Coste, de Marseille, dans un travail intitulé : *Des mouvements pupillaires dans la période algide du choléra au point de vue du pronostic*, était arrivé aux conclusions suivantes :

1° Tant que, dans la période algide du choléra, les pupilles (contractées ou dilatées) restent mobiles, on peut émettre, quelle que soit la gravité des symptômes, un pronostic favorable ;

2° Lorsque, dans la période algide, les pupilles (contractées ou dilatées) deviennent immobiles, le malade succombe toujours au cours de cette période ;

3° Lorsque, dans la période algide, les pupilles sont paresseuses, on peut dire que la réaction sera lente.

Mes recherches, qui ont porté sur cent soixante et un cholériques algides, parmi lesquels soixante-quinze ont guéri et quatre-vingt-six ont succombé, m'ont conduit à des conclusions qui diffèrent un peu des précédentes.

Les cholériques algides à pupilles paresseuses ont fourni autant de décès que de guérisons. Parmi les cholériques algides à pupilles normalement mobiles, les guérisons ont été un peu plus nombreuses que les décès. Par contre, la mort a été plus fréquente chez les cholériques algides dont les pupilles étaient immobiles.

Comme on vient de le voir, les cholériques décédés n'ont pas tous eu des pupilles immobiles, les uns avaient des pupilles paresseuses, les autres des pupilles normalement mobiles. Les lois de Coste ne se sont donc pas vérifiées dans tous les cas.

Parmi les cholériques guéris, la valeur pronostique de la mobilité pupillaire a été beaucoup plus grande ; c'est ainsi que sur soixante et onze, quarante-quatre avaient les pupilles mobiles à la période d'algidité, douze seulement avaient les pupilles inertes, encore n'ont-ils dû leur salut qu'à la transfusion intra-veineuse. Dans ces cas mes conclusions se rapprocheraient beaucoup de celles de Coste.

Mes observations peuvent être résumées de la façon suivante :

1° La mobilité pupillaire, sans avoir la valeur que Coste lui attribue, est un phénomène plutôt favorable ;

2° La paresse des pupilles n'a guère de signification pronostique;

3° L'inertie pupillaire (symptôme peu banal) est un phénomène le plus souvent fâcheux.

J'ai examiné également l'état des réflexes rotuliens chez les cholériques algides et j'ai constaté que :

1° L'exaltation du réflexe rotulien (phénomène rare) est fâcheuse ;

2° La conservation du réflexe rotulien est plutôt favorable ;

3° L'abolition du réflexe rotulien (phénomène existant dans la moitié des cas) est souvent défavorable ;

J'ai cherché s'il existait une concordance entre l'état du réflexe rotulien et celui du réflexe pupillaire et quelle sera la valeur pronostique de la conservation simultanée ou de la modification simultanée des deux réflexes. D'après une statistique assez restreinte, je suis arrivé aux conclusions suivantes:

1° Sur trois cholériques algides conservant simultanément leur mobilité pupillaire normale et leur réflexe rotulien normal, deux sont destinés à guérir et un seul est voué à la mort ;

2° Sur trois cholériques algides simultanément dépossédés de leurs réflexes pupillaire et rotulien, on doit compter deux morts et une seule guérison.

En d'autres termes, si un cholérique algide conserve simultanément les deux réflexes, il a deux chances de salut sur trois ; s'il les perd simultanément, au contraire, il n'a plus qu'une chance de salut sur trois.

M. Siredey. — La transfusion modifie-t-elle l'état des réflexes ?

M. Galliard. — Plusieurs fois après la transfusion j'ai constaté la réapparition du réflexe pupillaire aboli.

Le rhumatisme ourlien et l'endocardite ourlienne.

M. Catrin, dans quatre observations d'oreillons, a constaté des arthropathies ou une endocardite. L'étude de ces quatre observations le conduit aux conclusions suivantes :

1° Il existe dans les oreillons des complications articulaires, mais c'est une rareté ;

2° La localisation de ce rhumatisme est très variable, les genoux sont le plus fréquemment atteints, mais toutes les articulations peuvent être prises. De même aussi les gaines synoviales. Comme dans le rhumatisme articulaire aigu, avant de se localiser, on voit des douleurs vagues siéger dans diverses jointures, puis enfin se fixer plus spécialement dans une ou plus souvent deux jointures ;

3° Le rhumatisme ourlien est rarement une manifestation primitive de la maladie ; il survient d'ordinaire plus tard que l'orchite et peut même arriver à une époque éloignée du début des ourles ;

4° Les symptômes cliniques sont les suivants : le plus souvent, réaction locale peu vive ; néanmoins, l'épanchement peut être assez abondant pour déformer l'article, la rougeur peut manquer, mais on peut la rencontrer. Les douleurs, d'ordinaire peu intenses, peuvent, en certains cas, immobiliser complètement le malade. La réaction générale sera parfois aussi intense que dans le rhumatisme articulaire généralisé.

L'évolution est d'ordinaire rapide (huit jours, douze jours, quatorze jours, vingt-six jours) et se différencie nettement de l'arthrite blennorrhagique et du rhumatisme articulaire aigu ;

5° Comme le rhumatisme articulaire, comme le rhumatisme blennorrhagique, le rhumatisme ourlien peut se compliquer de lésions cardiaques. Le pronostic de ces cardiopathies semble peu grave ; néanmoins, deux fois sur quatre, j'ai vu persister le souffle à la sortie du malade ;

6° Le pronostic du rhumatisme ourlien semble assez favorable ;

7° La nature de ce rhumatisme nous paraît aujourd'hui nettement établie de ce fait qu'on retrouve dans les épanchements intra-articulaires le même micro-organisme que dans la sérosité parotidienne, le sang, la sérosité des œdèmes, l'épanchement dans la vaginale ;

8° Il ne faut pas oublier que la possibilité d'arthrite suppurée devra toujours entrer en ligne de compte quand on aura à faire le diagnostic d'une arthrite survenant pendant les oreillons. La clinique et la ponction permettront d'établir de façon absolument précise ce diagnostic si important, puisque l'arthrotomie sera indiquée dans le cas d'arthrite suppurée.

Un cas de typhus méconnu.

M. Netter relate l'observation d'un malade atteint de typhus qui fut traité à l'hôpital Beaujon sans que le diagnostic de son affection fût porté.

L'analyse de cette observation permet de formuler les conclusions suivantes :

1° Avant les admissions jusqu'ici signalées, il a été admis un typhique dans un service hospitalier de Paris. Le cas actuel nous fait remonter au 6 mars, il se peut fort bien qu'il ait été précédé de plusieurs autres ;

2° Les premiers cas typhiques ne sont pas ceux du dépôt. Avant le dépôt, divers asiles de nuit et garnis ont été infectés et ont servi à la contagion ;

3° Tous les premiers malades ont passé par les asiles de nuit parisiens. Etant donné le grand nombre de personnes hébergées dans ces asiles, il y a lieu plutôt de s'étonner de la faible quantité de sujets contaminés. Cette constatation fait l'éloge des mesures prises dans ces asiles, bien moins favorables à la

dissémination du mal que les misérables chambres de secours de nos campagnes ;

4° La contagion du typhique semble exiger un contact intime prolongé. Nous ne croyons pas que le fait soit en faveur d'une contamination par les voies biliaires ;

5° Chez une surveillante de l'hôpital Beaujon, il a été possible de déterminer, avec une assez grande rigueur, la durée de l'incubation du typhus et nous avons retrouvé la moyenne classique de douze jours.

M. Thibierge. — Je suis convaincu que la contamination du typhus se fait non par l'air, mais par contact direct.

A l'Hôtel-Dieu annexe, où je suis chargé du service des typhiques, je n'ai observé que quatre cas intérieurs, tous imputables à l'absence de précautions.

Le premier cas est celui d'une religieuse novice, restée huit jours dans le service en conservant toujours le même costume et le même voile. Comme les religieuses ont l'habitude d'embrasser leur voile avant de s'habiller, il est possible que la novice ait été contaminée par ses vêtements.

Mon deuxième malade est un infirme qui prit un bain dans une baignoire servant aux typhiques ; il n'avait pas changé l'eau.

Mon troisième cas est une infirmière qui embrassait continuellement une typhique du service qui était sa parente.

L'enquête pour le quatrième cas n'a donné aucun résultat.

Sur ces quatre malades contaminés, deux prenaient leurs repas dans l'office attenant à la salle ; il est possible qu'ils ne se soient pas astreints, avant le dîner, au lavage des mains et aux précautions nécessaires.

M. Netter. — Dans toutes les enquêtes que j'ai faites, j'ai conclu que le typhus était contagieux directement. Dans l'épidémie de l'hôpital de Mayenne, on n'a noté que deux cas intérieurs, les deux voisins de lit.

Dans l'épidémie du Val-de-Grâce, il n'y eut qu'un cas intérieur.

M. Laveran. — Dans l'épidémie de Crimée, les cas intérieurs ont été fréquents. Presque tous les malades se contagionnaient.

M. Rendu. — Le premier cas que j'ai observé à Necker n'avait pas été diagnostiqué. Aucune précaution ne fut prise et il n'y eut cependant pas de contamination.

La mortalité de l'érysipèle.

M. Catrin fait remarquer que dans l'armée la mortalité de l'érysipèle n'atteint pas celle observée par M. Le Gendre à l'hôpital Saint-Antoine. Elle est, en effet, de 1,1 0/0 au lieu de 6 0/0. Cela tient, sans doute, au meilleur état général des malades.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 14 *juin* 1893.

Présidence de M. Cordier

Anencéphale.

MM. Guinard et **Tellier** présentent un fœtus humain anencéphalien. Le sujet est typique ; la face est écrasée, les oreilles collées, des déformations existent aux doigts et aux orteils ; les membres longs, par rapport au tronc incomplètement développé, donnent à ce monstre un aspect simiesque. Le canal médullo-encéphalique est remplacé par une gouttière ; la substance nerveuse manque partout. Pendant la vie fœtale il existait une poche encéphalique remplie de sérosité qui s'est rompue au moment de l'accouchement, après la poche des eaux, et qui a pu en imposer un instant pour un hydramnios. M. Dareste explique la monstruosité par l'arrêt de développement à la fois de l'axe encéphalo-médullaire et de l'amnios. C'est ici le cas. La mère de ce monstre, interrogée au point de vue des commotions morales qu'elle aurait pu éprouver pendant sa grossesse, ne s'est souvenue de rien.

Bacillus pseudo-iris.

M. G. Roux prend date pour un microbe dont il n'a pas encore déterminé tous les caractères morphologiques, qui se rapproche du *bacillus iris* de Frick ou *bacille fluorescent bleu-verdâtre* de Adametz, et qu'il dénomme provisoirement *bacillus pseudo-iris*. Fluorescent sur gélatine-peptone comme le précédent, il s'en distingue parce qu'il ne se développe pas aux températures eugénétiques ; il se développe au contraire au-dessous de 25°. Il a eu l'idée d'essayer le pouvoir pathogène de ce microbe sur les animaux à sang froid. 1 centim. c. de culture dans la cuisse d'une grenouille a produit le tétanos et la mort après quatre jours d'incubation. Cette même cuisse inoculée, broyée et exprimée, a donné un suc tétanisant presque immédiatement sans incubation, sans production de toxines. 2 cent. c. de la même culture injectés à une *testudo mauritanica* ont produit les résultats suivants : le quatrième jour, les pattes et la tête de l'animal sortent de la carapace, dans l'extension, ne rentrent que difficilement et ressortent aussitôt. Des cinq tortues injectées, l'une a succombé ; les autres semblent devoir guérir.

La culture sur gélatine donne une remarquable fluorescence ; on l'obtient aussi sur le blanc d'œuf frais, mais non sur le sérum, ni le touraillon. La colonie est très abondante sur touraillon. Sur pomme de terre elle est d'une couleur brun-rouge.

Choléra.

M. Navarre rapporte l'observation d'un cas de choléra asiatique qu'il vient d'observer. Il s'agit d'un homme de 56 ans qui revenait du Midi, après avoir touché à Nice, Marseille et Beaucaire ; dans cette dernière ville il a eu une première selle diarrhéique ; puis à Lyon, les 10 et 11 juin, il a eu 8 à 10 selles par jour, sans s'en inquiéter autrement, quand, le 11 au soir, ont apparu les vomissements et les crampes. M. Navarre appelé a trouvé le malade froid, cyanosé, avec tous les symptômes du choléra algide. Le malade a succombé dans le coma le 12 à midi, après seize heures de maladie confirmée. Le malade n'ayant eu ni selles, ni vomissements pendant toute cette période, le kommabacille n'a pu être recherché. M. Navarre insiste sur le signe pronostique que fournit l'anurie. Après les terribles accidents du début, il arrive un moment où les selles, les vomissements, la soif, les crampes, tous les phénomènes douloureux disparaissent, où la chaleur revient à la peau et l'on serait tenté d'être moins pessimiste dans son pronostic ; mais tout malade qui n'urine pas dans la période de réaction est irrévocablement perdu. M. Navarre recommande la chlorodyne anglaise ; c'est une excellente et sûre préparation, mais dans la diarrhée prémonitoire seulement.

M. Hassler a soigné des cholériques au Tonkin. Le cas relaté par M. Navarre lui paraît typique. Il insiste sur le signe pronostique tiré de l'anurie. Il n'a obtenu aucun bon résultat des préparations opiacées. L'acétate d'ammoniaque et la liqueur de van Swieten lui ont paru plus efficaces.

M. Soulier. — La chlorodyne anglaise est en effet un excellent médicament. M. Soulier pense toutefois que le chloroforme y est la substance la plus active.

M. Navarre. — La sédation survenue après la médication ne doit pas être absolument imputée à la médication. Cette sédation apparente, qui n'est souvent que le prélude du coma final, est la règle, dans l'évolution normale du choléra. Quant à la chlorodyne, il est possible que le mélange du chloroforme, de l'ittus, de l'acide cyanydrique médicinal qui entrent dans sa composition soit heureux ; mais le chlorhydrate de morphine n'y est pas en quantité négligeable ; sans savoir la composition exacte, on compte généralement 1 centigramme de morphine par 8 à 10 gouttes.

Séance du 21 *juin* 1893.

Tétanos de la poule.

M. Courmont présente, au nom de M. Doyon et au sien, une poule atteinte de tétanos généralisé à la suite d'une injection sous-cutanée de culture pure du bacille de Nicolaier. Jusqu'ici, on avait cru la poule réfractaire au tétanos et l'on pensait que le sérum de la poule était, non antitoxique, comme on l'a dit, mais antifermentatif selon nos théories. L'expérience présente prouve, qu'après une incubation de sept jours, plus longue à cause de la température plus élevée que celle des mammifères, cette poule, qui avait reçu le 12 juin 8 cent. cubes de produits solubles, est devenue manifestement tétanique.

Anévrysme cirsoïde de la radiale.

M. Brousses présente un homme porteur d'un anévrysme cirsoïde sur le trajet de la radiale, ayant succédé à un traumatisme de la région. La tumeur siège au-dessus de la tabatière anatomique et le membre sur lequel siège l'anévrysme est plus développé que l'autre. Doit-on intervenir ?

M. Poncet n'hésiterait pas à intervenir, ces sortes d'anévrysmes ayant une tendance fatale à gagner les gros troncs.

Crâne acromégalique.

M. Lathuraz présente la boîte crânienne d'une femme de 46 ans, morte subitement et acromégalique depuis 1883. On trouvera l'observation de cette malade dans la Revue de Médecine de 1889. Elle avait été manifestement diabétique et traitée pour cette affection dans le service du professeur Lépine. Le crâne présenté a un diamètre occipito-frontal de 66 centimètres. Les viscères abdominaux étaient très volumineux : le rein pesait 400 grammes et le foie 3 kilos.

M. Lépine. — On dit que les acromégaliques présentaient non du diabète, mais simplement de la glycosurie. Cette malade était manifestement diabétique ; elle faisait 80 grammes de sucre par litre et un grand nombre de litres par 24 heures.

Rôle microbicide des sucs digestifs et contagion par les matières fécales.

MM. Cadéac et **J. Bournay.** — *a.* Le microbe pyocyanique, ingéré par le chien dans les aliments, perd sa propriété chromogène, après un séjour de cinq heures dans l'estomac. Chez le cobaye, on le retrouve intact dans les excréments.

b. La bactéridie charbonneuse conserve sa virulence après un séjour de huit heures dans l'estomac du chien. Chez le même animal, la virulence du bacille de Koch est conservée après un séjour de 12 heures ; même fait observé chez le lapin et le pigeon.

c. Le bacille de la tuberculose traverse intact le tube digestif du chien et du pigeon. Il est facile de le colorer dans les excréments de ces deux animaux, par le procédé d'Ehrlich, et l'on peut, avec ces derniers, inoculer la tuberculose.

Il résulte de ces expériences que les animaux tels que le chien et le pigeon peuvent devenir des agents de dissémination très dangereux pour la tuberculose et qu'il faut éviter de leur laisser manger des viandes ou des aliments tuberculeux.

A propos de l'absorption du gaïacol.

M. Guinard s'est livré à des expériences sur les lapins et les chèvres, qu'il a badigeonnés à l'air libre ou dans l'air confiné, — enveloppés à la suite du badigeonnage ou non, — sur des parties insensibilisées par des sections nerveuses et sur les mêmes parties normales. De ces diverses expériences ressortent ces premiers faits : 1° le gaïacol n'agit pas en s'introduisant dans l'organisme par les voies respiratoires ; 2° l'enveloppement à la suite du badigeonnage a une influence notable sur la baisse de la température en favorisant l'action du gaïacol ; 3° le gaïacol irrite plus ou moins la peau suivant la dose, la susceptibilité du sujet et la sensibilité de la peau.

M. Lépine. — Et aussi suivant la provenance.

M. Mayet pense que cette substance n'agit qu'après avoir irrité la peau à la façon de la moutarde.

M. Bard. — Il reste établi que le gaïacol en badigeonnage détermine un abaissement de température et que l'action en est favorisée par l'enveloppement. Le médicament est absorbé par la peau et on le retrouve dans les urines peu d'heures après. L'action antithermique est loin d'être constante pour une même dose et en rapport avec l'intensité de l'irritation cutanée. M. Sciolla croit à une action chimique. M. Bard serait tenté d'admettre une action vasculaire.

A propos des badigeonnages de gaïacol.

M. Lannois. — M. Bard a indiqué les résultats de Sciolla et les siens, et nous a entretenus des abaissements de température qui suivent les badigeonnages de gaïacol. M. Guinard avait tout d'abord pensé que le gaïacol agissait surtout par inhalation pulmonaire. Les expériences que j'ai suivies dans mon service sur trois tuberculeux à différentes périodes me permettent de conclure :

a. Que les badigeonnages de gaïacol sur la peau abaissent bien réellement la température de plusieurs degrés, chez les tuberculeux.

b. L'absorption se fait par la peau elle-même et non par le passage des vapeurs de gaïacol à travers le poumon.

c. L'absorption du gaïacol par la muqueuse rectale donne le même abaissement thermique que le badigeonnage cutané : cette action avait d'ailleurs été signalée pour la créosote.

P. Just Navarre.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 5 juin 1893.

Tumeur du rein. — Pseudo-leucémie.

M. A. Frænkel présente 1° une tumeur du rein provenant d'un homme de 50 ans qui depuis 18 mois portait une tumeur dans le flanc droit. Il y a six mois il fut pris d'ictère et d'hématuries et d'une ascite énorme qui fit penser à la thrombose de la veine cave inférieure.

2° L'intestin d'un individu succombé dans le cours d'une pseudo-leucémie. Il existait chez lui une hypertrophie énorme de la rate et du foie. A l'autopsie on trouva l'intestin farci de petites tumeurs que l'examen microscopique fit reconnaitre comme formées par des infiltrations cellulaires.

Entérite membraneuse.

M. Rathmann ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu mort avec des phénomènes d'entérite membraneuse, a trouvé à la surface de la muqueuse du gros intestin et dans les glandes et même dans les cellules glandulaires des quantités considérables de mucus.

L'entérite membraneuse serait donc une affection du côlon due à la sécrétion trop abondante de mucus par les glandes de l'intestin.

M. Ewald croit qu'il existe deux formes d'entérite membraneuse. La première est d'origine nerveuse et s'observe chez les nerveux et les névropathes, et dans ces cas les membranes sont expulsées avant ou après la selle, en tout cas sans connexion avec les matières fécales. Dans la seconde forme, la membrane est le résultat de l'état inflammatoire de la muqueuse intestinale.

Quant au traitement, il faut dire que cette affection résiste à toute médication et à tout régime alimentaire, et que les médicaments qui réussissent chez les uns échouent chez d'autres.

M. Boas croit que le nervosisme des malades atteints d'entérite membraneuse est un phénomène concomitant ou secondaire. Ce qui est très fréquent chez ces malades, c'est l'entéroptose avec atonie considérable du gros intestin.

Quant au traitement, M. Boas est moins pessimiste que M. Ewald. Il faut certainement éviter les drastiques et les purgatifs, et ne combattre la constipation que par un régime diététique bien compris. C'est de cette façon qu'il est parvenu à obtenir une guérison complète chez trois malades.

M. Pariser a observé trois cas d'entérite membraneuse. Deux fois il existait de la dilatation avec atonie du gros intestin, une fois il s'agissait d'un nerveux. Comme traitement, M. Pariser emploie avec succès les sédatifs, tels que l'opium, la cannabis indica.

M. Lœwenstein a observé un seul cas d'entérite membraneuse chez un enfant de deux ans et fit disparaître l'affection par l'huile de ricin.

M. Rosin trouve que ce qui caractérise l'entérite membraneuse, c'est que le mucus soit coagulé. Pour expliquer ce fait, il faut admettre que dans ces cas il existe une acidité notable du contenu intestinal qui coagule la mucine sécrétée par la paroi intestinale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 7 juin 1893.

Dégénérescence amyloïde.

M. Hansemann présente des organes atteints de dégénérescence amyloïde et provenant d'un syphilitique. La dégénérescence en question existe dans la rate, le foie, l'intestin, les ganglions lymphatiques et le cœur. Le cas est particulièrement intéressant par la participation du cœur.

Rhinoplastie.

M. Gluck présente une malade à laquelle il a fait la rhinoplastie complète pour effondrement presque total du nez. Le squelette fut remplacé par une pièce en ivoire fixée de chaque côté aux apophyses nasales des maxillaires supérieurs et prenant en haut son point d'appui sur l'épine nasale du frontal. La restauration des parties molles fut faite de la façon classique avec des lambeaux pris aux parties voisines.

L'opération a été faite il y a un an, et le succès s'est maintenu jusqu'à présent. La malade, qui porte un lorgnon, peut se moucher, éternuer, etc. Il n'y a pas de catarrhe nasal ni oculaire.

Traitement du cancer de la peau.

M. Kœbner met en doute la propriété attribuée par M. Lassar à l'arsenic de guérir les carcinomes de la peau.

Le traitement des cancers inopérables par l'arsenic est très ancien. En 1877, Esmarch, Langenbeck en parlèrent, et les cas qu'ils ont cités montrent en somme que si quelquefois on obtient une amélioration passagère par l'arsenic, cette substance est incapable de guérir radicalement le cancer.

Pour le cancer de la peau, comme pour le cancer d'autres régions, on peut dire, avec Esmarch, que le cancer est curable s'il est radicalement extirpé de bonne heure et qu'il ne faut recourir à la médication interne quand il est trop tard pour opérer.

M. von Bergmann présente à cette occasion trois malades opérés depuis 10, 7 et 5 ans de carcinomes et qui jusqu'à présent n'ont pas encore eu de récidive. Or, parmi les cancers, ceux de la peau sont les plus bénins. Il s'ensuit que les bons résultats fournis par la chirurgie sont autant d'arguments contre le traitement médical.

Il ne faut jamais oublier, en parlant des carcinomes, que ces tumeurs, comme l'a démontré Virchow, se composent d'éléments dont la vie est courte et qui tendent à disparaître spontanément. C'est de cette façon que s'explique la cicatrisation de ces tumeurs que quelques-uns, comme MM. Lassar et Adamkiewicz, considèrent comme la preuve de guérison. Or, il n'en est rien, et quand une ulcération carcinomateuse se cicatrise, on trouve toujours quelque part des nodules cancéreux pouvant rester longtemps silencieux, mais finissant toujours par se développer en véritables tumeurs.

Pour ce qui est de la face, on rencontre des ulcérations d'origine séborrhéique ou lupique qu'il est facile de confondre avec des ulcérations carcinomateuses et qu'on peut guérir sans opération. Mais ce qui est certain, c'est que le traitement interne doit être réservé aux cas que le chirurgien ne peut plus aborder.

M. Lassar en présentant ses malades n'a nullement voulu aborder la question générale du traitement des cancers. Loin de lui l'idée de s'opposer au traitement chirurgical; seulement, comme dans les gommes on donne de l'iodure avant de prendre le bistouri, il est d'avis qu'on peut au même titre essayer l'arsenic dans les carcinomes avant d'entreprendre l'extirpation de la tumeur.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 7 juin 1893.

Tumeurs fibreuses de l'utérus.

M. Doran. — Une femme de 40 ans entra à l'hôpital le 9 mai 1890. Trois ans auparavant elle s'était aperçue qu'elle avait une tumeur dans la fosse iliaque gauche; cette tumeur donna naissance à des douleurs empêchant la marche. Treize semaines avant son entrée à l'hôpital, cette femme avait eu une crise de douleurs abdominales avec dysurie. Quinze jours avant son entrée elle tomba et reçut un coup au niveau de la tumeur. Il s'ensuivit une douleur abdominale très vive et la fièvre s'alluma. A l'hôpital on trouva la tumeur remplissant la fosse iliaque gauche et s'élevant jusqu'au-dessus de l'ombilic. L'orifice utérin était accolé au pubis et le col était presque complètement absorbé par la tumeur qui faisait saillie dans le bassin en arrière du vagin; cette tumeur ne pouvait être mobilisée. Au bout de trois semaines, elle devint mobile et on put découvrir qu'elle présentait à sa droite une sorte de deuxième lobe. Le 10 février la tumeur était juste audessus du bassin et elle ne faisait plus saillie en arrière du col. Il y eut un écoulement fétide en août 1892 et la tumeur diminua ensuite beaucoup de volume. En novembre elle avait complètement disparu. Il s'agit là, à mon avis, d'un cas de tumeur fibreuse de l'utérus qui s'est résorbée, à la suite d'un traumatisme. Rigby, Prieger, Playfair, Von Mosetig, Guéniot ont rapporté des cas semblables. Il n'est pas sûr qu'il y ait une relation entre l'arrêt de croissance de ces tumeurs et la ménopause ; Kleinwæchter n'admet pas ce rapport.

M. Duncan. — Il est certain que les myomes utérins disparaissent quelquefois spontanément avant la ménopause. J'ai vu une femme de 33 ans atteinte de métrorrhagies graves dues à un myome utérin. On fit la laparotomie, mais la tumeur était maintenue par de nombreuses adhérences et on dut abandonner l'opération. Un an après la tumeur avait disparu.

M. Hewitt. — J'ai vu deux cas semblables.

M. Lewers. — J'ai traité par l'électricité une femme atteinte de myome utérin ; elle va mieux, mais j'attribue la diminution de volume de la tumeur à son âge (47 ans) plutôt qu'au traitement.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PEST

Séance du 29 avril 1893.

Chirurgie du rein et des uretères.

M. Tauffer se demande tout d'abord si la section accidentelle de l'uretère, au cours d'une opération est une indication formelle pour la néphrectomie. Pour lui, l'extirpation du rein peut être évitée dans la majorité des cas et doit être considérée comme la dernière ressource.

C'est ainsi que dans un cas où il eut à faire le drainage d'une collection purulente du petit bassin à travers le cul-de-sac postérieur du vagin, il coupa par mégarde l'uretère et ne s'aperçut de la fistule vagino-urétérale que huit jours après l'opération. Pour fermer la fistule, il établit une fistule vésico-vaginale, puis passant une sonde à travers la vessie, la fistule et l'uretère, rétablit la continuité de celui-ci. La malade guérit en conservant une fistule vagino-urétérale absolument insignifiante. Néanmoins, plus tard, elle se fit néphrectomiser par un autre chirurgien, ce qui, dans ce cas, aurait pu certainement être évité.

Dans d'autres cas, comme c'est arrivé deux fois à M. Tauffer, quand on s'aperçoit de la section de l'uretère, on peut suturer les deux bouts et rétablir la continuité du canal.

Il existe pourtant des cas où la néphrectomie après la section accidentelle de l'uretère s'impose. Cela arrive notamment quand il est impossible de retrouver les deux bouts de l'uretère sectionné. Mais, en tous les cas, la néphrectomie ne doit pas être faite séance tenante. C'est pour avoir fait cette néphrectomie immédiatement après une opération abdominale que M. Tauffer perdit une malade.

Il vaut donc mieux attendre avec l'extirpation du rein. Et pour gagner du temps, on peut, au besoin, fixer le bout central de l'uretère à la plaie abdominale.

Le diagnostic différentiel des tumeurs du rein est souvent difficile et deux fois M. Tauffer a opéré des hydronéphroses croyant avoir affaire à des kystes de l'ovaire.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

DERMATOLOGIE

Traitement du psoriasis, par le Dr Albert Coffin.

La médication du psoriasis est basée principalement sur l'emploi des moyens externes; le traitement interne n'est qu'un adjuvant du traitement externe, rien de plus; il est même d'une utilité discutée. Aussi étudierons-nous surtout les moyens locaux à employer dans la thérapeutique de cette dermatose.

Traitement externe. — En se plaçant exclusivement au point de vue thérapeutique, on peut diviser les psoriasis en psoriasis ordinaires, c'est-à-dire d'intensité moyenne; psoriasis généralisés, enflammés; psoriasis circonscrits, et enfin en psoriasis rebelles, offrant aux agents médicamenteux une résistance particulière.

A. — En présence d'un psoriasis ordinaire, la première indication est de faire tomber les squames et de mettre à nu la surface cutanée afin de faire agir directement les topiques sur les parties malades. Bien des moyens peuvent être employés pour obtenir ce résultat : bains de vapeur, enveloppement permanent dans des toiles imperméables, frictions avec vaseline, cold-cream, glycérolé d'amidon et tous les corps gras en général, mais le moyen le plus simple et le plus rapide consiste dans les grands bains. Tous les jours ou tous les deux jours on fait prendre un bain simple de deux à trois heures, et à plusieurs reprises, pendant la durée de ce bain, on fait frotter les surfaces malades avec du savon mou de potasse. C'est là un excellent moyen pour décaper les plaques. La température doit être de 35° environ, et comme le séjour dans l'eau est assez prolongé, il faut avoir soin d'éviter que le malade ne s'y refroidisse. On peut encore augmenter l'efficacité de ce bain en rendant l'eau alcaline par l'addition de 50 grammes de sous-borate de soude.

Dans le psoriasis de la tête on peut laver avec l'eau du bain et le savon de potasse; mais les squames qui ne sont que temporairement mouillées résistent parfois et ne se détachent pas; il faut alors enduire la tête d'huile d'amandes douces et la recouvrir ensuite d'un bonnet de caoutchouc, d'une toile imperméable quelconque.

Dès que les squames sont tombées, il faut modifier les surfaces malades par l'application des topiques indiqués. Un des plus employés, en France notamment, est l'huile de cade. Chaque soir on fait faire une friction avec le glycérolé suivant, recommandé par M. Vidal :

Glycérolé d'amidon	} àà	100 grammes.
Huile de cade		
Savon noir		5 —

On peut encore rendre cette préparation plus énergique en y incorporant l'acide salicylique à la dose de 3 grammes pour les proportions du glycérolé précédent. Le matin on fait laver la peau avec de l'eau chaude et du savon de goudron.

Parfois, pendant la durée de ce traitement, il survient de l'acné cadique, il faut interrompre les frictions et faire prendre quelques bains amidonnés. D'ailleurs on mélange l'huile de cade et son excipient dans des proportions très variables selon l'intensité du mal et le degré de sensibilité de la peau. Ce topique est considéré par nombre de dermatologistes comme le médicament de choix dans le traitement du psoriasis.

A côté de cette préparation, il faut en signaler trois autres également très efficaces. Ce sont : l'acide pyrogallique, la chrysarobine et l'acide chrysophanique. On les emploie en pommade dans la proportion d'environ 10 parties de substance active pour 100 parties d'excipient. Rien n'est du reste plus variable, suivant les malades, que la dose nécessaire à employer pour obtenir un effet utile. Aussi doit-on agir avec précaution et même un peu de tâtonnement; car on ne doit pas oublier que si ces agents sont énergiques, ils deviennent dangereux dès qu'ils sont employés d'une façon inconsidérée, et qu'ils peuvent entraîner des conjonctivites, des érythèmes parfois très intenses, des intoxications qui peuvent être redoutables. Pendant l'emploi de ces substances, il faut surveiller attentivement les urines et cesser la médication dès qu'elles prennent une teinte vert-noirâtre. C'est surtout lorsque l'on a recours à ces préparations énergiques qu'il faut toujours se rappeler que la dose du remède à employer est réglée non seulement par le degré d'intensité du mal, mais aussi par l'idiosyncrasie de chaque malade.

B. — Dans certains cas, le psoriaris est généralisé et recouvre une partie considérable de la surface cutanée; parfois aussi, soit à la suite d'une médication intempestive, soit même sans cause appréciable, il se présente avec un degré d'irritation assez prononcé. C'est alors qu'il faut avoir recours aux grands bains prolongés 5 et 6 heures, et dans lesquels le malade prendra ses repas s'il est nécessaire. La température doit être légèrement inférieure à la normale, 35° environ; elle doit être maintenue rigoureusement constante pendant toute la durée du bain. Dans l'intervalle, le malade se frictionnera avec des pommades très faibles. Ce n'est que peu à peu que l'on arrivera à employer la médication que nous avons indiquée pour le premier cas.

C. — D'autres psoriasis, au contraire, sont circonscrits, limités à quelques placards, parfois même à un seul. Un moyen de traitement aussi efficace que simple consiste alors dans l'application à demeure d'emplâtre de Vigo.

D. — Enfin certains psoriasis sont rebelles aux moyens ordinairement employés et exigent une médication un peu différente. Ainsi il arrive parfois que les squames ne tombent pas sous l'influence des bains alcalins; il faut alors, pour en amener la chute, faire de l'enveloppement avec des compresses de flanelle enduites de savon noir et maintenues à l'aide de bandes de toile. D'autres fois, le décapage se fait facilement, mais ensuite le psoriasis résiste au traitement, il reste stationnaire, ne progresse plus. M. Besnier recommande alors de frictionner avec :

Ichtyol	} àà 2 gr. 50
Acide salicylique	
Acide pyrogallique	
Aristol	
Vaseline	} àà 30 gram.
Axonge	
Lanoline	

Mais cette pommade est très énergique et il ne faut l'employer que par petite fraction à la fois.

Terminons l'étude du traitement local par cette remarque : Chaque fois que le médecin devra abandonner son malade pour quelque temps et qu'il sera dans l'impossibilité de le surveiller soigneusement, il devra s'en tenir temporairement aux bains alcalins et aux frictions avec le glycérolé d'amidon pur.

Traitement général interne. — Ce traitement comprend :

1° Le traitement proprement dit;

2° Le régime.

Le traitement général, très vanté par les anciens dermatologistes, semble être de moins en moins en faveur de nos jours, et l'arsenic, autrefois regardé comme presque spécifique de cette maladie, est aujourd'hui beaucoup plus délaissé. En effet, il paraît maintenant bien prouvé que seule la médication arsenicale est impuissante à

guérir une poussée de psoriasis, tandis que la médication locale sans adjuvant interne peut la faire disparaître. Et enfin, preuve encore plus concluante, chez un malade soumis à l'arsenic et au traitement local, seules les plaques traitées par les moyens externes disparaissent. Mais au moins si l'arsenic n'a pas une importance bien marquée sur la poussée actuelle du psoriasis, est-il mieux établi qu'il exerce une action préventive sur les récidives à venir ? Nullement, et son influence ici encore est discutée. Quoi qu'il en soit d'ailleurs des propriétés de ce médicament et des opinions variables qui ont cours sur son action momentanée ou éloignée, nous formulerons de la façon suivante les règles qui président à son administration :

1° On donne l'arsenic à la fin d'une poussée aiguë, dans les psoriasis torpides ;

2° On ne doit pas le donner dans la période d'acuité ni dans les psoriasis enflammés, irrités ;

3° Il faut toujours craindre la pigmentation et les gastralgies. Aussi est-il nécessaire d'étudier soigneusement la tolérance de son malade.

4° La préparation la plus commode à prendre, celle qui paraît le mieux supportée par l'estomac est la suivante :

Arséniate de soude....................	0 gr. 05
Eau distillée............................	300 —

Une cuillerée à soupe par jour avant le repas de midi.

L'efficacité de l'iodure de potassium est encore plus sujette à caution que celle des préparations arsenicales ; il peut être souvent nuisible, aussi ne peut-on actuellement que le déconseiller.

On a aussi recommandé l'acide phénique à la dose de 40 à 80 centigrammes par jour avec arrêt après 15 jours, repos et reprise ensuite.

Quant au régime, on recommandera aux malades la sobriété ; on interdira l'alcool, le café et le thé, la viande de porc, le gibier, les poissons et coquillages, les fromages salés. On fera prendre des boissons alcalines. Les eaux de La Bourboule et de Louèche ont été préconisées.

*
* *

Après avoir examiné les médications les plus employées, nous pouvons nous demander ce que l'on est en droit d'attendre de la thérapeutique. Or, si l'on considère seulement l'attaque actuelle de la maladie, on peut espérer fréquemment la guérison, la disparition totale après un traitement plus ou moins prolongé. Mais on ne peut compter sur une guérison définitive, radicale. « Il n'existe, dit Kaposi, aucune méthode de traitement pouvant assurer la guérison durable du psoriasis. » Son opinion résume celle de tous les maîtres en dermatologie. Cela est facile à comprendre d'ailleurs, puisque nous ne possédons aucun agent pouvant modifier la cause du mal et que nous opposons une médication à peu près exclusivement locale à une affection que la plupart des auteurs considèrent comme diathésique. La théorie parasitaire de Laag, si elle venait enfin à être pleinement confirmée, permettrait d'avoir plus d'espoir dans la guérison de cette dermatose.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Quelques occlusions intestinales chez l'enfant,

communication à la Société anatomique par A. Broca, chirurgien des hôpitaux.

La pièce que j'ai prié M. Cazin de vous présenter m'a paru avoir quelque intérêt au point de vue anatomique : il est rare, en effet, de voir un diverticule intestinal inséré sur le bord mésentérique de l'intestin et, d'autre part, l'extrémité libre de ce diverticule avait une forme bizarre. Cette extrémité n'était, d'ailleurs, pas réellement libre, mais les adhérences qu'elle présentait étaient certainement inflammatoires ; elles l'unissaient au pourtour droit du détroit supérieur, en un point que je n'ai pas pu préciser et de là un pont sous lequel s'était engagé l'intestin grêle étranglé. Je n'insisterai pas davantage sur les faits anatomiques, renvoyant à cet égard à la note de M. Cazin, mais je donnerai quelques détails cliniques.

Lorsque j'ai été appelé, l'enfant en était au 7e jour d'une occlusion complète, pour laquelle on avait, dans la pension où il était, épuisé les ressources de la thérapeutique médicale et il ne fut apporté à la maison Dubois que lorsque son état fut à peu près désespéré ; le météorisme était très prononcé, le collapsus était marqué, le pouls était misérable. J'ai fait la laparotomie et j'ai constaté que, si l'intervention eût été pratiquée à temps, je me trouvais en présence d'un cas opératoirement et anatomiquement aussi favorable que possible. Par l'incision médiane, sous-ombilicale, j'ai introduit ma main qui, immédiatement, a senti à droite et dans le petit bassin des anses intestinales affaissées et est arrivée en quelques secondes sur un orifice limité en arrière par le détroit supérieur, en avant par une bride, orifice dans lequel s'engageait l'intestin étranglé. Par une légère traction, cette région a été amenée au dehors sur des compresses stérilisées, j'ai vu la jonction des anses distendues et affaissées, j'ai vu la bride constituée par le diverticule qui vient de vous être présenté et les adhérences qui la terminaient. Immédiatement, j'ai constaté que la pression sur les anses distendues faisait progresser les matières dans les anses affaissées. Au niveau du point serré l'intégrité de l'intestin était parfaite, nulle part il n'y avait trace de péritonite. J'ai réséqué l'appendice au ras de l'intestin et l'ai fermé par trois points de suture de Lembert à la soie. Enfin j'ai réduit l'intestin, ce qui, malgré le météorisme, a été fait rapidement, en manipulant à travers des compresses dont les bords étaient engagés sous les lèvres de l'incision pariétale. Le tout, terminé par une suture en étages, était terminé en une demi-heure. On peut dire que c'est le minimum de traumatisme, et j'ajoute que l'intestin a toujours été protégé sous des compresses chaudes. Néanmoins, l'enfant a succombé quelques heures après, dans le collapsus. L'autopsie n'a pu être pratiquée ; elle n'eût, d'ailleurs, presque sûrement rien appris.

S'il eût été opéré à temps, au deuxième ou au troisième jour, ce cas aurait donné un succès à peu près certain ; le seul danger eût été la péritonite inoculée par l'opérateur, et pour une laparotomie aussi simple, il est bien rare que l'on fasse aujourd'hui des fautes d'antisepsie capables de créer cette inoculation.

De ce fait, j'en rapprocherai un autre relatif également à un enfant, à une fillette d'une dizaine d'années que l'on apporta à l'hôpital Trousseau au huitième jour d'une occlusion aiguë. Après incision médiane sous-ombilicale, je trouvai une bride allant du mésentère à la partie droite du détroit supérieur ; je la coupai entre deux pinces, et sous elle je trouvai l'intestin grêle étranglé, mais en parfait état. Ici, tout était fini en 25 minutes, mais l'enfant mourait en quelques heures, dans le collapsus. Elle était, d'ailleurs, mourante quand je l'ai opérée, malgré l'absence de toute perforation, de toute péritonite. Ici encore, j'affirme que l'attente imposée par le médecin traitant est seule responsable de la mort.

Pour quel diagnostic a été traité mon premier malade, je l'ignore ; quant à la seconde, elle avait été apportée à l'hôpital quoique adressée à un praticien avec une carte portant comme diagnostic *pérityphlite* et comme mention spéciale : *Cave ne perdas*. Il n'y avait au demeurant aucun signe de pérityphlite et par contre l'occlusion aiguë était évidente.

Je suis loin de blâmer une erreur de diagnostic, mais je blâme une attente de huit jours : d'autant plus que, s'il y avait pérityphlite la persistance des accidents indiquait une intervention chirurgicale. Je sais fort bien que le diagnostic précis de l'occlusion est souvent difficile et à ce propos je signalerai une cause d'erreur spéciale à l'enfant et due à des accidents provoqués par des vers intestinaux. J'ai été appelé d'urgence, il y a quelques mois, à l'hôpital Trousseau pour une fillette de 8 à 10 ans que l'on croyait atteinte d'occlusion intestinale depuis quarante-huit heures. Il y avait, certaine-

ment, des douleurs abdominales vives et un arrêt des matières et des gaz ; en outre, le facies était grippé, mais il n'y avait pas de météorisme, le ventre était souple et indolent à la pression, le pouls était plein et régulier, température 38°. En présence de ces symptômes, je crus devoir m'abstenir, en ordonnant d'administrer de l'opium par pilules de 0,01 centigr., une pilule par heure, jusqu'à concurrence de dix. La nuit fut calme et le lendemain matin je trouvai l'enfant en bon état, et dans la journée elle rendait par la bouche un ascaride lombricoïde, après quoi la température tomba à 37°, et au bout de quarante-huit heures l'enfant rentrait chez elle absolument guérie, ayant été à la selle.

Puisque je mentionne ces accidents de pseudo-occlusion vermineuse, je résumerai une observation que l'on trouvera bientôt dans la thèse de mon élève Jacob sur l'appendicite. Il s'agit d'une petite fille qui, étant convalescente de scarlatine, fut prise, sous les yeux de l'interne du service, d'une douleur vive dans la fosse iliaque, avec réaction péritonéale et température aux environs de 39°. Mais à la palpation le ventre était partout souple, nullement météorisé; aucun empâtement, aucune matité n'existaient dans la fosse iliaque. Ne trouvant aucune indication opératoire, je prescrivis l'opium, comme il vient d'être dit, et le lendemain l'enfant allait bien ; quelques jours après elle eut une rechute légère, puis le lendemain rendit par la bouche un ascaride lombricoïde, et à partir de ce moment fut radicalement guérie.

Dans les deux cas que j'ai opérés, certains chirurgiens auraient sans doute eu recours à l'anus contre nature, indiqué pour eux toutes les fois qu'il s'agit d'un malade à bout de forces, avec ballonnement considérable du ventre. La rapidité de l'acte opératoire eût certainement été plus grande, mais on ne peut insister sur cet argument, étant donné que mes deux malades ont été soumis au chloroforme l'un pendant une demi-heure, l'autre pendant vingt-cinq minutes. Grâce à l'emploi de larges compresses aseptiques en toile, l'intestin a été parfaitement abrité et a été aisément réduit. Enfin à quoi eût pu aboutir l'anus contre nature ? A rien de bon, car il aurait porté forcément sur une anse assez élevée du grêle, ce qui déjà donne une mortalité immédiate considérable ; et de plus, l'anse étranglée serait restée dans le ventre pour se perforer presque à coup sûr ultérieurement. Malgré mes deux échecs, incontestablement dus à une temporisation maladroite dont je ne suis en rien responsable, je continue à penser que si l'anus contre nature a sa raison d'être pour certaines occlusions chroniques, il doit être proscrit du traitement de toutes les occlusions aiguës et qu'il suffit d'étudier les causes anatomiques de ces dernières pour conclure qu'elles sont, à toutes périodes, justiciables de la seule laparotomie.

REVUE DES CONGRÈS

5e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Tenu à Breslau du 25 au 27 mai 1893.

Indications et technique des opérations sur les annexes.

M. Schauta (Vienne). — 1° La fréquence des affections inflammatoires des annexes est de 1130 sur 6315 cas de maladies de ces organes, c'est-à-dire 17,8 0/0 ;

2° Une *restitutio ad integrum* persistante n'est plus à espérer quand les trompes enflammées ont atteint la grosseur du doigt;

3° Le diagnostic du contenu de la poche tubaire (pus stérile, à gonocoques, streptocoques, staphylocoques) ne peut être fait sûrement avant l'opération d'après les anamnestiques, l'examen, la température;

4° La fièvre peut exister avant l'opération aussi bien dans le cas de salpingite à contenu stérile qu'à contenu septique;

5° Il y a indication opératoire dans tous les cas où les trompes ont le volume du doigt, où il existe des symptômes graves, et quand on reconnaît la présence de pus dans la poche salpingitique;

6° Au point de vue de la technique opératoire, l'examen bactériologique au cours de l'opération est d'une grande importance;

7° Les inflammations annexielles peu intenses sans pus doivent être opérées sur une table inclinée élevant fortement le siège;

8° Dans le cas de grosses tumeurs adhérentes des annexes, après avoir enlevé l'annexe la moins malade, on libère de la paroi la poche purulente principale, on la ponctionne pour faire un examen bactériologique extemporané. Le contenu est-il stérile, contient-il du gonocoque? on referme le ventre sans drainer. S'agit-il au contraire de liquide à streptocoques, staphylocoques, on s'en tient là de l'opération et on n'ouvre et draine la collection qu'après le 4e et 5e jour, alors qu'on s'est ménagé une occlusion certaine dans la grande cavité péritonéale;

9° Dans le cas de grandes collections purulentes accolées à l'ovaire, l'incision vaginale est indiquée. En général, cependant, il est préférable de prendre la voie abdominale, car par le vagin, on peut oublier une annexe malade, à moins de faire l'extirpation totale de Péan;

10° Dans les collections de moyenne grosseur (œuf, orange), on fera la laparotomie en ménageant avec le plus grand soin la paroi du sac. Si on le crève, on fera un examen rapide du contenu, et, suivant le cas, on refermera tout simplement le ventre ou on drainera à la Mickulicz;

11° Le drainage de la cavité de Douglas a pour résultat non seulement d'absorber la sérosité, mais encore de déterminer des adhérences précoces par lesquelles la grande cavité péritonéale s'isole;

12° La mortalité de la statistique de l'auteur, du 3 février 1887 au 15 avril 1893, est de 13 pour 216 opérées, c'est-à-dire 6 0/0.

Parmi les 13 morts il y a deux cas de pneumonie non imputable directement à l'opération;

13° La mortalité dans les cas d'annexes malades avec pus stérile ou sans pus est de 2,8 0/0; avec pus à gonocoques 9 0/0, avec pus à streptocoques et staphylocoques 20 0/0. Des malades drainées il en meurt 16,6 0/0, des non drainées 40 0/0.

Dans les cas de laparotomie en deux temps comme dans les incisions vaginales, l'auteur n'a pas eu de mort (4 cas);

14° Au point de vue des résultats éloignés, sur 121 opérées, revues, 100 étaient complètement débarrassées de leurs souffrances, 17 étaient considérablement améliorées, 4 conservaient leurs douleurs antérieures. Le taux des guérisons peut donc être évalué à 82,6 0/0.

M. Martin (Berlin) divise les collections purulentes en deux groupes : celles qui sont énucléables; celles qui ne le sont pas en raison des adhérences. Il est difficile de donner un schéma opératoire surtout dans les cas de grosses tumeurs; chaque cas demande à être traité en quelque sorte à sa manière.

Les recherches bactériologiques au cours de l'opération sont incertaines et insuffisantes. Le peu de temps qui y est accordé permet de le comprendre. Actuellement on ne peut rien dire encore sur la valeur du drainage. Au point de vue des résultats ultérieurs, M. Martin est plus optimiste que M. Schauta.

On sait que M. Martin conseille, dans certaines affections des trompes, le traitement conservateur, la salpingostomie. Les conclusions qu'il en a données à Bonn se sont maintenues; il a ajouté seize cas nouveaux à sa statistique. Deux malades sont mortes, 34 sont entièrement guéries, 4 sont retombées souffrantes.

Le contenu des trompes est-il douteux, il faut les extirper. La trompe ouverte, ne renferme-t-elle aucune collection, la muqueuse est-elle libre ? libérer les adhérences et pratiquer la salpingostomie. Depuis sa dernière communication à Bonn, M. Martin a fait 5 nouvelles résections de l'ovaire. Sur 26 cas en tout il y a eu 2 récidives; 24 malades sont complètement guéries; 8 sont devenues enceintes. Dans ces cas de résection il s'agissait d'ovaire à petit kystes.

M. Kaltenbach (Halle). — Les données étiologiques éclairent souvent sur la nature du pus du pyosalpinx. Si la collection purulente est consécutive à un avortement, à une couche, on soupçonnera une affection septique. La salpingite à gonocoques survient souvent dans les premiers temps du mariage. Le volume de la tumeur n'est pas une indication opératoire formelle, souvent de petites collections sont très douloureuses. La salpingite à gonocoques guérit sûrement; comment? c'est difficile à dire.

Le traitement palliatif est toujours indiqué; il ne faut pas trop se hâter d'intervenir; il faut toujours rejeter le massage. L'examen bactériologique au cours de l'opération, est le plus souvent sans valeur.

M. Chrobak. — Les résultats en général de ses interventions ne sont pas aussi satisfaisants que ceux de M. Schauta. Il opère seulement des cas urgents, et aussi graves que ceux de M. Martin, et il est obligé de recourir au drainage. On doit examiner le contenu des trompes. Dans les affections récentes le massage est contre-indiqué.

M. Zweifel a fait une série de salpingostomies et de résections de l'ovaire. Ces dernières chez de jeunes femmes lui ont toujours donné d'excellents résultats. Dans les affections des trompes, il interdit tout traitement intra-utérin, le sondage, et l'application de laminaire. Le massage ne peut être pris en considération que dans les salpingites chroniques.

L'examen bactériologique est important, mais nécessairement est insuffisant.

Jamais l'auteur ne pratique de drainage, il énuclée la tumeur, fait une toilette soignée du petit bassin et referme le ventre. Sur 140 opérations de pyosalpinx il a eu un cas de mort.

M. Abel (Leipzig) recommande autant que possible la conservation des ovaires en tout ou en partie, tant pour éviter les troubles de la convalescence que pour permettre la conception ultérieure.

M. Leopold est un adepte de la salpingostomie, il signale l'altération habituelle de l'ovaire dans les maladies de la trompe; aussi, faut-il l'enlever. Il est partisan du drainage. Dans les cas d'adhérences insolubles, il pratique l'hystérectomie vaginale.

M. Olshausen considère la recherche bactériologique au cours de l'opération comme une pratique de haute importance, sinon absolue. Jamais il n'opère en deux temps, dût-il pratiquer la ponction préalable.

M. Frænkel ponctionne souvent le sac et le lave ensuite dans la salpingectomie abdominale. Il n'est pas hostile à la ponction par le vagin, surtout dans l'hydrosalpinx.

M. Sænger insiste sur les avantages du drainage à la Mickulicz. Sur une statistique de 120 opérations, il a une mortalité de 6,6 0/0. Dans 10 cas il a drainé et a perdu deux malades. Dans 14 cas de grossesse tubaire il a drainé 7 fois et eu une mort.

M. Menge expose ses recherches bactériologiques sur le canal génital chez la femme saine ou malade.

Le contenu de l'hydrosalpinx est toujours stérile. Le pyosalpinx est le plus souvent dépourvu de micro-organismes. C'est surtout le gonocoque que l'on rencontre; viennent ensuite le streptocoque et le staphylocoque. Dans des cas plus rares il s'agit de pneumocoques ou de bacilles tuberculeux.

On ne trouve de saprophytes et d'infection mixte que quand la salpingite s'est ouverte dans d'autres cavités.

Dans les salpingites non ouvertes on trouve toujours l'agent infectieux en culture pure. L'épanchement du pus dans le péritoine n'a pas grande importance, si l'on sèche et aseptise bien les points contaminés.

Les trompes et le canal utérin de la femme saine ne contiennent pas de micro-organismes. Leur muqueuse présente une réaction alcaline.

Le canal cervical chez les femmes atteintes de gonorrhée, fussent-elles enceintes, contient toujours le gonocoque en culture pure.

L'ouverture de trompes ou d'utérins sains est sans danger pour le péritoine.

Il faut renoncer à la désinfection du canal cervical chez la femme enceinte ou parturiente, qu'elle soit saine ou atteinte de gonorrhée.

Le vagin des femmes enceintes contient toujours des micro-organismes.

Les sécrétions sont acides, rarement neutres.

Ces sécrétions, en dehors du gonocoque, contiennent des espèces pathogènes pour l'homme. Les parties génitales externes de la femme enceinte ou parturiente doivent être soigneusement désinfectées.

En diminuant le nombre des examens (toucher) de la femme, on évitera les infections à streptocoques.

Le vagin avec sa réaction acide ne permet pas le développement des bactéries. A la vulve, au contraire, la réaction des secrétions est alcaline.

Les bactéries pathogènes pénètrent l'utérus grâce aux examens par le toucher, et grâce au coït.

En effet, pour que le microbe pathogène pénètre dans l'utérus, il faut qu'il franchisse d'un bond, pour ainsi dire, le vagin acide et arrive directement dans l'utérus.

Le gonocoque, transporté dans le canal cervical, y détermine une affection spécifique sans même qu'il y ait lésion de la muqueuse, en raison de sa propriété de pénétrer dans les éléments épithéliaux.

Les autres microbes, alors même qu'ils ont dépassé la zone vaginale, doivent, pour déterminer des accidents, trouver non seulement un terrain alcalin, mais une lésion comme porte d'entrée, sans quoi ils meurent et disparaissent.

On comprend, dès lors, l'importance du gonocoque dans la pathologie génitale chez la femme.

M. Boisleux (Paris).—Le procédé de M. Schauta est tout nouveau et très instructif. Est-il toujours suffisant, pour drainer ou ne pas drainer, d'avoir trouvé oui ou non des micro-organismes sur les lamelles colorées ?

A ce sujet, voici le résultat des recherches de l'auteur :

1° Il peut y avoir dans le pus des bactéries inoffensives. Dans ce cas, la malade est hors de danger.

2° Le pus peut être stérile, c'est-à-dire ne pas donner de résultat à l'examen microscopique, ni par les cultures et les inoculations, alors que la paroi contient des microbes et donne une inoculation positive chez l'animal. Dans des cas semblables, l'examen microscopique est négatif et cependant la malade est en danger.

3° Un litre de pus et plus peut être parfois répandu dans le péritoine sans qu'il y ait aucune complication.

4° Une goutte de pus virulent suffit pour tuer une malade. Ce sont des données bien connues des bactériologistes.

En inoculant des animaux avec le pus de 4 salpingites opérées par M. Martin, M. Boisleux a pu porter à l'avance un pronostic d'après l'état des animaux. L'une des malades eut de la fièvre, l'autre mourut, c'est ce qui avait été prévu.

5° Les cultures en tubes permettent également de reconnaître si un pus est virulent ou non. Lorsque la troisième plaque de gélatine présente de 200 à 300 colonies au bout de 24 heures, il s'agit d'un pus éminemment virulent.

6° Au point de vue pratique, le point capital est de savoir comment il faut se comporter pour prévenir le malade contre tout danger d'infection.

Le mieux est de se conduire comme si le malade était infecté avant l'opération. Une très bonne pratique est de drainer toujours systématiquement le cul-de-sac de Douglas : par le drain s'écoulent toutes les sérosités qui ne peuvent servir ainsi de bouillon de culture.

Le drain le plus pratique est le drain en gomme stérilisé dans l'éther iodoformé pendant une heure et l'alcool absolu pendant vingt-quatre heures.

Après avoir rapporté quelques faits pour expliquer comment il était arrivé au drainage systématique, l'auteur donne un aperçu de ses résultats : chez 40 malades il a fait la section vaginale (élytrotomie) pour des abcès du bassin, des maladies des annexes, des exsudats péri-utérins récents et anciens rebelles au massage, des rétroflexions fixées, etc. Dans chaque cas il a drainé et obtenu des résultats satisfaisants. Il draine toujours également dans les laparotomies. Le drain est une garantie contre le danger et un moyen d'action contre la reformation des adhérences.

L'auteur donne l'opinion de M. Schauta sur le massage qui rend de réels services, et il le pratique sur chacune de ses opérées quinze jours après l'opération. Vingt malades traitées de cette façon ont guéri plus vite et mieux que vingt autres non massées.

Processus de guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie.

M. E. Bumm (Würzbourg). — Après avoir exposé les diverses théories concernant la question, l'auteur donne le résultat de ses recherches faites à propos d'une malade laparotomisée deux fois.

Obs. — Femme de 40 ans. Epanchement péritonéal abon-

dant. Laparotomie. Evacuation. Excision d'un morceau de muqueuse couverte de granulations.

L'examen microscopique révèle la texture caractéristique du tubercule (cellules géantes; éléments épithélioïdes). Par n'importe quelle méthode de coloration il n'est possible de déceler l'existence de bacilles.

Huit semaines après l'opération, la malade revient; des fistules ulcérées, nettement tuberculeuses, s'écoule un pus riche en bacilles.

Une injection de tuberculine donne une réaction fébrile de 4 jours. Après la chute de la température, incision de la poche enkystée. Excision d'un morceau de la séreuse pariétale en un point où elle adhère. La poche est vidée et saupoudrée d'iodoforme, et la paroi abdominale suturée. La guérison s'effectua régulièrement et fut complète comme le prouvèrent deux examens faits dans l'espace d'un an et demi après l'opération. Les préparations de la séreuse prises au cours de la deuxième intervention montrent encore des granulations tuberculeuses nettement délimitées. Celles-ci sont percées de petites cellules rondes, nettement limitées. Quelques-unes sont enserrées autour du tissu conjonctif cicatriciel. Les cellules géantes sont en pleine voie de dégénérescence.

La guérison de la tuberculose péritonéale s'opère par une infiltration de cellules rondes et par une sclérose des granulations tuberculeuses. Les cellules géantes et épithélioïdes dégénèrent de ce fait.

L'influence heureuse de la laparotomie doit être attribuée à l'évacuation de l'exsudat dont les produits toxiques imprègnent les tissus et s'opposent à l'accumulation des phagocytes au processus cicatriciel (chémotaxis).

Extirpation totale de l'utérus par la voie sacrée.

M. Herzfeld (Vienne) expose ses idées sur la méthode sacrée de l'hystérectomie en s'appuyant sur ses recherches anatomiques. Il y a déjà cinq ans qu'il a apporté une modification à l'opération de Kraske, en n'enlevant que le coccyx et la dernière vertèbre sacrée, ce qui suffit dans nombre de cas. Après la section du fascia prévertébral la voie est suffisante, rien n'est plus facile que d'atteindre le cul-de-sac de Douglas, de l'ouvrir et d'isoler la cavité péritonéale avant même de commencer l'hystérectomie. Dans ces derniers temps M. Herzfeld a suturé la plaie postérieure et drainé par la plaie vaginale laissée béante; il a obtenu de cette façon une guérison beaucoup plus prompte.

La méthode sacrée est beaucoup plus sûre que la méthode vaginale dans certains cas; les voici :

1° Dans les cancers très étendus du corps où la paroi utérine infiltrée est trop friable, et où il y a à craindre une inoculation par les produits cancéreux;

2° Dans les hypertrophies utérines non en rapport avec les dimensions du vagin;

3° Dans les cas où l'inoculation du péritoine est certaine en opérant par la voie vaginale;

4° Quand, à côté de l'utérus, on sent d'autres nodosités circonscrites.

De la récidive du cancer utérin.

M. Winter (Berlin). — Les récidives post-opératoires du cancer se font par métastase, par les ganglions lymphatiques, localement ou dans la plaie. Le premier processus est excessivement rare. Sur 202 cas, dans 5 il y eu métastase dans les poumons, le foie et les reins. Les récidives ganglionnaires sont également peu fréquentes. Le plus souvent, il s'agit de récidive dans la plaie se développant sur le péritoine, dans le vagin ou le tissu cellulaire du petit bassin. La cause en est l'oubli, au cours de l'opération, de petites parcelles de tissu néoplasique. Il est à remarquer que plus l'intervention aura été difficile, plus on aura à craindre la récidive malgré la cautérisation intense, soignée de la plaie.

L'auteur, sans vouloir s'étendre sur la question bactériologique du cancer, admet sa nature infectieuse et déclare qu'au cours des opérations il y a souvent inoculation des plaies saines par les particules cancéreuses; il y a infection par contact. D'où il s'impose de désinfecter avec le plus grand soin le champ opératoire, et d'éviter le morcellement de la tumeur néoplasique. Dans le cancer du col, il faut, avant de pratiquer l'hystérectomie totale, enlever tous les bourgeons cancéreux et se livrer ensuite à une toilette antiseptique rigoureuse.

Indications de l'hystérectomie totale et vaginale.

M. W. Freund présente comme guérie une femme chez qui fut pratiquée, il y a 15 ans, l'hystérectomie abdominale. Celle-ci, aujourd'hui moins dangereuse qu'autrefois, se recommande dans les cas suivants : dans le cancer du corps lorsque l'utérus est très développé et qu'il existe des noyaux métastatiques dans son voisinage.

Les résultats dans le cancer du col, dès que les ligaments larges sont intéressés, sont peu satisfaisants. Nombre de ces cas devraient être passibles de la méthode vaginale, ce qui permettrait de compléter directement les données insuffisantes du palper. La statistique des cas recueillis dans la littérature médicale depuis 1886 donne une mortalité de 33 0/0. Sur dix opérées de la clinique de Strasbourg, deux sont mortes au cours de l'intervention, une de septicémie, une d'iléus, une d'un phlegmon de la paroi, une de carcinose généralisée.

Dans l'hystérectomie vaginale M. Freund rejette l'emploi des pinces et critique la rapidité avec laquelle on veut opérer, qui a pour résultat de mener à des interventions incomplètes. Il termine sa communication en donnant la technique de l'opération par la voie abdominale.

M. Landau insiste sur deux points : la narcose par l'éther et l'emploi des pinces. Celles-ci facilitent l'opération et améliorent le pronostic. Dans le cas de cancer étendu en surface, il y a peu de chances de succès. Il y a lieu de distinguer si le vagin est intéressé en avant ou en arrière; dans le premier cas il est impossible d'intervenir, car il faudrait pratiquer une résection vésicale trop étendue. Dans le second, au contraire, le champ est plus facile et permet une extirpation plus radicale. On distinguera de l'infiltration néoplasique des ligaments larges, les tumeurs annexielles et les indurations inflammatoires. L'immobilité utérine n'est donc pas une contre-indication à l'hystérectomie totale. Les annexes sont-elles déjà intéressées ? elles seront prises dans les pinces, ce qui permettra d'employer le thermo-cautère pour détruire les parties malades. Si une extirpation n'est plus possible, les extirpations palliatives sont souvent utiles.

M. Mackenrodt (Berlin) trouve que le traitement du cancer utérin pendant la grossesse n'est pas encore nettement établi; l'auteur dissuade de pratiquer l'avortement pour faire quelques semaines plus tard l'hystérectomie totale; il conseille d'enlever l'utérus gravide en totalité, soit par le vagin ou par la voie abdominale.

Il rapporte l'observation de quatre cas opérés chez Martin suivant cette indication, un par le vagin et trois par l'abdomen.

La méthode des pinces est rejetée; elle n'a que des inconvénients : on peut saisir les uretères et, de plus, on laisse la cavité abdominale ouverte.

La suture est tout aussi utile contre l'hémorrhagie que la forcipressure. Des malades inguérissables ne doivent plus être opérées. Dans nombre de cas, le traitement palliatif est suffisant et satisfaisant. Les cautérisations énergiques lutteront contre les récidives au niveau de la plaie. L'infection par contact est souvent la cause de ces dernières.

M. Veit souhaite qu'on abandonne la méthode sacrée qui ne donne pas de meilleurs résultats que la méthode vaginale et qu'on réserve à l'opération de Freund les cas où il s'agit de gros utérus et de cancer étendu. Les récidives par infection sont probables, mais on n'en a pas encore donné la preuve. Les récidives ne sont si fréquentes que parce que, le plus souvent, on opère dans les tissus malades. Il rapporte un cas d'amputation élevée avec guérison constatée 8 ans après l'opération, et un autre avec grossesse ultérieure.

M. Kaltenbach (Halle) s'inscrit contre la méthode sacrée et ne pratique que l'opération de Freund dans le cas de gros utérus. Il rejette, comme M. Mackenrodt, l'usage des pinces; il considère comme nécessaires l'occlusion de la cavité abdominale et l'ablation des annexes.

M. Chrobak, s'appuyant sur de nombreux documents, recommande le traitement palliatif moins dangereux et assurant une survie plus longue.

M. Sænger rappelle que certains opérateurs ne se servent que du galvano-cautère dans le traitement du carcinome utérin.

Les résultats seraient satisfaisants.

M. Landau insiste sur l'emploi des pinces en raison de ses bons résultats.

La méthode abdominale est, d'ailleurs, beaucoup plus dangereuse.

Sur 71 cas, il n'a eu que 5 morts.

Les annexes peuvent également être extirpées avec les pinces. La plaie péritonéale doit rester ouverte.

Indication de la dilatation mécanique en obstétrique.

M. Dührssen (Berlin) insiste sur la méthode de Maürer. Elle consiste à introduire, à l'aide d'une pince, un colpeurynter à paroi mince à travers le col, et à le gonfler de 3/4 de litre d'eau, puis, et c'est en cela que le procédé diffère de ceux de Barnes et Tarnier, à exercer une traction légère et soutenue jusqu'à ce que le ballon ressorte.

Dans un cas de placenta prævia central, Maürer perfora celui-ci, appliqua sa méthode et retira, à l'aide du forceps, un enfant vivant.

Voulant apprécier la méthode indiquée, l'auteur a cherché à résoudre les points suivants :

1° La méthode permet-elle, dans le cas d'insertion normale du placenta, de dilater rapidement le col fermé et obtenir avec facilité l'extraction d'un produit vivant ?

2° De quelle manière se fait la dilatation, est-elle analogue au processus physiologique ?

3° L'intervention a-t elle quelque inconvénient pour l'enfant ou la mère ?

Les observations ont répondu favorablement à ces diverses questions.

Voici les cas où la méthode a été employée.

1° Trois cas de placenta prævia dont un avec insertion marginale et deux avec insertion centrale : deux enfants vivants, l'autre mort avant l'extraction, les trois mères vivantes;

2° Six cas de présentation de l'épaule : 6 enfants vivants;

3° Cinq cas de bassin plat avec rupture prématurée des membranes : 4 enfants vivants et 1 mort;

4° Trois cas d'inertie utérine : 3 enfants vivants;

5° Quatre cas : fœtus en danger : 3 sauvés, 1 mort, la mère était éclamptique ;

6° Un accouchement prématuré artificiel : mère et enfant vivants.

Culture du gonocoque.

M. Steinschneider (Franzensbad). — La méthode de Wertheim consistant à ensemencer sur agar peptonisé mélangé de sérum humain réussit toujours.

Le mélange d'urine stérile et de sérum fournit un mileu de culture très favorable.

Les cultures pures de gonocoques obtenues par la méthode de Wertheim inoculées dans l'urèthre de l'homme déterminent une uréthrite gonorrhéique typique. Du pus d'une gonorrhée aiguë consécutive à une goutte chronique on obtient des cultures de gonocoques en rien différentes des cultures d'un exsudat frais.

Si l'on inocule des gonocoques de culture pure dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, dans le péritoine du cobaye, de la souris blanche, on ne détermine aucune réaction inflammatoire. Les microbes disparaissent rapidement. Si avec la culture on inocule un peu de sérum agar, la réaction se produit, il se forme un exsudat à gonocoques.

Les cultures pures de gonocoques doivent présenter les caractères suivants :

a) Les cultures sur sérum agar en stries sont claires, analogues à une goutte de rosée transparentes, jamais complètement confluentes.

b) Sur l'agar ordinaire, la culture ne se fait pas.

c) Les préparations avec des cultures fraîches doivent surtout présenter des diplocoques, réagissant à la méthode de Gram comme le gonocoque et rappelant la forme de ce dernier, quoique un peu différents dans leur dimension.

Dans toute maladie où l'on soupçonne le gonocoque en cause, on doit faire des colorations et des cultures selon la méthode de Wertheim pour démontrer l'existence réelle du micro-organisme incriminé.

Colpoplastie.

M. O. Küstner. — La colpoplastie, ou autoplastie, en partie ou en totalité, du vagin, est indiquée dans les sténoses acquises ou congénitales et les atrésies en raison de la rétention des sécrétions utérines et de l'impossibilité du coït.

Contre les sténoses acquises la simple dilatation avec la laminaire et l'incision sont des méthodes insuffisantes. Dans le cas d'atrésie on ne se contentera pas également de créer une ouverture suffisante pour l'écoulement des menstrues. Dans les cas d'absence congénitale de la vulve, on devra en faire une, en vue du mariage ultérieur. Dans tous ces cas, il n'est pas suffisant de faire une plaie, il faut la recouvrir d'épithélium. S'il n'y a qu'une partie du vagin à tapisser, on peut le plus souvent rapprocher par la suture les bords de la plaie du segment vaginal supérieur et inférieur. Dans les plaies plus considérables, il faut emprunter un lambeau dans le voisinage et en faire la greffe. On est parfois obligé de faire une transplantation. C'est ainsi que l'auteur a greffé avec succès de la muqueuse intestinale provenant d'une partie d'intestin fraîchement réséqué. La peau des grandes lèvres ne peut servir à cause des poils dont elle est couverte. Dans un cas cependant, l'auteur a refait un vagin complet à l'aide de cette peau dont il a tapissé une cavité artificielle pratiquée entre le rectum et la vulve.

REVUE DES JOURNAUX

Symphyséotomie (1° Symphyseotomie bei plattem allgemein verengtem rachitischen Becken mit todlichem Ausgang, par Eckstein. 2° Beitrag zur Symphyseotomie, par Kaschkaroff) (*Centralb. f. Gynækol.*, 1893, n° 19). — Dans le cas d'Eckstein, il s'agit d'une femme de 40 ans, enceinte pour la seconde fois (après une fausse couche de trois mois). Bassin rachitique plat, rétréci dans tous les diamètres. Les douleurs ont commencé le 6 juillet à 6 h. du matin, et la symphyséotomie, sans section du ligament sous-pubien, n'a été faite que le 9 juillet, à midi. Elle a duré une heure et s'est terminée, après syncope de la malade et incision du col, par l'extraction de l'enfant avec le forceps. Déchirure complète du périnée. Enfant vivant. Mais la mère est prise dès le lendemain de tympanisme abdominal. On fait le lavage de l'utérus où l'on ne trouve rien, et la révision de la plaie qui est dans un état excellent. Mort au bout de 2 jours. Pas d'autopsie. Pour l'auteur, la mort était due à la dégénérescence graisseuse du cœur.

Les deux observations de Kaschkaroff ont trait à une symphyséotomie heureuse pour la mère et l'enfant chez une rachitique de 22 ans, et à une symphyséotomie chez une éclamptique de 30 ans. L'enfant succomba aux convulsions quelques heures après la naissance; la mère mourut 7 jours après l'opération, de néphrite parenchymateuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Insectes antirabiques.

M. J. Chatin lit un rapport sur une note, adressée par M. Bomadjean (d'Erzeroum), et relative à des insectes employés en Arménie contre la rage. Ces insectes appartiennent au genre *mylabris*, et, loin d'être antirabiques, ils seraient, d'après le rapporteur, éminemment toxiques en raison de la grande quantité de cantharidine qu'ils renferment (12 grammes par kilogramme).

Nœuds du cordon ombilical.

M. Budin. — Certains accoucheurs hésitent sur la question de savoir si les nœuds du cordon ombilical peuvent amener la mort du fœtus pendant la grossesse. A propos d'une observation rapportée en 1880 à l'Académie par M. Guéniot, M. le docteur Lefour (de Bordeaux) a institué une série d'expériences desquelles il conclut qu'un obstacle placé sur le trajet du cordon est capable d'amener exceptionnellement la mort du fœtus. Cette mort pourrait se produire de deux façons différentes : 1° par simple obstacle mécanique à la

circulation funiculaire; 2° par thrombose consécutive à une altération vasculaire.

Traitement prophylactique du tétanos.

M. Verneuil termine par les conclusions suivantes:

1° Proscription de la réunion immédiate, sauf dans des cas bien rares de blessures pénétrantes et après essai de stérilisation des surfaces au moyen d'un agent microbicide, appliqué pendant quelques heures;

2° Emploi également très exceptionnel de la réunion immédiate secondaire après tentative prolongée de stérilisation, surtout au cas où les recherches bactériologiques négatives feraient espérer le retour du foyer à l'état de pureté;

3° Bien plus utilement, dans les plaies anfractueuses, user des débridements immédiats suffisants pour rendre les parois du foyer béantes et accessibles à l'action des topiques; employer pour cela le thermo-cautère de préférence à l'instrument tranchant;

4° Exercer sur ce foyer des manœuvres aussi courtes, aussi simples, aussi précoces surtout que possible, avant l'apparition de la fièvre traumatique qui se développe, comme on le sait, très vite et très intense, en cas de grandes plaies contuses. Eviter, si l'on peut, comme je l'ai dit souvent, de blesser les plaies infectées anciennes, le tétanos ayant maintes fois surgi alors qu'on s'y attendait le moins et après l'expiration des délais ordinaires de l'incubation, par suite d'un acte chirurgical très minime (ouverture d'abcès, extraction d'une esquille, d'un fil à ligature, etc.);

5° Extraire, sans doute, les corps étrangers, mais à la condition de ne pas employer de violences capables d'augmenter l'étendue et les sinuosités du foyer; les laisser plutôt, en cherchant à les centraliser sur place, et, que la plaie soit récente ou ancienne, ne procéder à des manœuvres, quelles qu'elles soient, que sous le spray et après une balnéation très prolongée.

6° En cas d'attrition extrême, rendant inévitable la gangrène partielle de la main, du pied, ne pas trop chercher à suivre les anciens errements, à régulariser les plaies et à ne retrancher que le nécessaire pour que les contacts microbicides soient réalisables;

7° En cas de gangrène confirmée partielle, constatée après l'échec de la réunion ou dans les jours qui suivent la blessure, mais toujours pendant l'inoculation, se montrer également très sobre d'excision des eschares, les sectionner plutôt dans la mort que dans le vif, avec le thermo-cautère manié très lentement, et répéter plutôt les séances que de sacrifier trop et d'accroître brusquement le traumatisme;

8° Le foyer étant ainsi préparé, procéder à sa purification ou stérilisation par divers moyens; en tête, le bain permanent ou très prolongé, avec pansement antiseptique dans les entr'actes, s'il y a lieu. Dans les régions où la balnéation est impossible, avoir recours à la pulvérisation, mais à la condition d'avoir un pulvérisateur puissant pour que le liquide pulvérisé pénètre partout. Injection d'un liquide microbicide dans le foyer répétée souvent. S'il s'agit de plaies planes, applications répétées de compresses forcées, imbibées de liquide antiseptique et se moulant bien sur la surface de la plaie;

9° Les liquides microbicides les plus usités seront: les solutions, médiocrement concentrées, de chloral, d'acide phénique, de sublimé, plutôt chaudes, jamais froides; c'est pour cette dernière raison que je n'emploierais pas les pulvérisations d'éther malgré leur grande puissance de pénétration et leur pouvoir microbicide très accentué. Par contre, je conseillerais de verser dans les foyers anfractueux l'éther et l'huile iodoformés. D'une manière générale, je crois qu'il faut rejeter tous les liquides irritants dont l'application a paru, parfois, hâter l'apparition des accidents tétaniques;

10° En cas de contusion étendue et profonde, de fracture compliquée avec plaie minime ne permettant guère la pénétration des liquides microbicides dans le tissu sous-cutané et si le degré de la lésion interdisait de larges débridements, je ne serais pas éloigné de pratiquer dans la région contuse et à sa circonférence des injections hypodermiques de liquide antiseptique, assez profondes et à intervalles assez rapprochés;

11° En cas d'inflammation du foyer, de phlegmon, de lymphangite, j'utiliserais encore, outre les pulvérisations et les bains, les pointes de feu en série, pénétrant dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Je voudrais ajouter un mot au sujet de la cautérisation des plaies suspectes. Les nombreux faits que j'ai recueillis tendent à prouver que la cautérisation, soit avec des caustiques, soit avec le fer rouge, n'empêche pas toujours la production du tétanos; il ne faudrait donc pas trop faire fond sur elle. Cependant, dans quelques cas, où l'antisepsie de la plaie est impossible, je crois qu'on devra l'essayer.

Je recommanderai aussi le surchauffage des plaies des membres ou de certaines parties du tronc quand il peut être appliqué. C'est là un moyen de tuer les germes morbides qui peut rendre des services.

M. Trasbot. — Il ressort du mémoire de M. Verneuil que les plaies non pansées, infectées avant ou pendant le pansement, sont surtout la cause de la production du tétanos chez les animaux. Ce fait explique ces cas très nombreux, dans lesquels le tétanos apparaît à la suite de la blessure la plus superficielle, surtout aux extrémités. On invoquait autrefois nombre d'autres causes, telles qu'une irritation spéciale des nerfs; on ne s'expliquait pas que le tétanos n'apparût au contraire presque jamais à la suite des opérations graves. A partir du jour où les plaies, de quelque nature qu'elles fussent, ont été traitées antiseptiquement, le tétanos a disparu comme conséquence des opérations chirurgicales.

M. Verneuil a établi, d'autre part, que la peau du cheval est tétanifère; il y a lieu d'ajouter que la peau des ruminants peut également le devenir, comme j'ai eu l'occasion de l'observer autrefois à la suite de la castration par constriction du scrotum pratiquée sur un troupeau d'agneaux; 18 sur 50 eurent le tétanos.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Debove, la liste de présentation à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale est fixée comme il suit: 1° M. Hallopeau; 2° M. Laveran; 3° M. R. Blanchard; 4° *ex æquo* MM. Ferrand, Huchard et Legroux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 *juin* 1893.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse.

M. Bazy. — J'ai employé l'électrolyse circulaire avec des courants de 2 à 3 milliampères, sur des rétrécissements très durs et très serrés, sans en obtenir des résultats aussi satisfaisants que pouvaient me le faire espérer les succès annoncés par les défenseurs de la méthode. Je me suis servi également de l'électrolyse linéaire, avec des courants de 30 à 40 milliampères, et j'ai obtenu des insuccès complets, après lesquels l'uréthrotomie interne a donné une guérison parfaite.

Quant à l'action du salol sur les urines, j'ai pu me convaincre, par de nombreuses expériences cliniques, de l'action antifébrile du médicament employé à dose suffisante.

Appendicite.

M. Richelot rappelle sa communication du 23 novembre 1892 sur la tuberculose du cæcum et conclut que dans les appendicites à rechute il faut toujours penser à la tuberculose.

M. Quénu spécifie nettement, pour rectifier une des conclusions de M. Reclus, qu'il n'a parlé que de résections d'appendice faites à froid quand il a montré la bénignité de cette opération. Pour les cas aigus, au contraire — et il en a opéré 4 — il considère, avec tous les auteurs, que c'est grave, et il conseille de se borner à inciser l'abcès, en respectant les adhérences autant que possible, sans chercher l'appendice. Dans un cas opéré de la sorte, depuis un an la guérison ne s'est pas démentie.

M. Bouilly insiste sur cette manière de voir, et relate un succès personnel récent.

M. Reclus répond à M. Quénu que dans son cas il a trouvé du pus, mais que le sujet, malade depuis 7 mois, a été opéré à froid.

Adénopathies tuberculeuses.

M. Nélaton lit un second rapport (le premier date de mars 1891, voy. *Mercredi*, p. 155) sur un travail de M. Reboul relatif à 7 cas d'adénopathies cervicales tuberculeuses heureusement traitées par les injections interstitielles de naphthol camphré. Dans un cas de M. Reboul, l'état ressemblait à un lympho-sarcome du cou : des injections ont été faites successivement, et en un an la guérison était obtenue, sauf quelques petits noyaux indurés. Depuis, M. Nélaton lui-même s'est trouvé en présence de trois cas analogues. Dans un cas où au premier abord le diagnostic avec un lymphadénome était douteux — il a fait suppurer, avec le naphthol camphré, une série de ganglions et a obtenu un bon résultat ; une autre malade est guérie d'un côté et présentable de l'autre. Evidemment, ce traitement est trop long pour devenir une méthode générale. Pour un ganglion dur, isolé, mobile, l'extirpation est ce qu'il y a de mieux ; de même pour les paquets ganglionnaires fistuleux, mais pouvant être enlevés sans de trop grands débridements. On saura seulement que le naphthol camphré est une précieuse ressource pour les cas où l'adénopathie est trop étendue pour être justiciable du bistouri.

M. Delorme. — Il ne faut pas oublier qu'un tiers environ des adénopathies cervicales guérissent par le traitement médical. Quand on opère, le bistouri est bien préférable à l'aveugle trocart.

M. Quénu. — J'ai employé le naphtol camphré assez souvent, et n'en ai pas retiré de résultats meilleurs qu'avec n'importe quel antiseptique injecté dans les trajets fistuleux. Je crois qu'il faut nettement distinguer les malades d'après leur âge. Chez les enfants, ces adénopathies, extrêmement fréquentes, ont grande tendance à suppurer, et les abcès demi-chauds guérissent facilement par n'importe quel procédé : il suffit, par exemple, de les ouvrir par une ponction déclive au galvano-cautère. Chez l'adulte, il n'en est pas de même et plusieurs variétés se présentent.

Lorsqu'il s'agit de ganglions solitaires, isolés les uns des autres, on est tenté de prendre le bistouri, ce que je ne fais toutefois que lorsque le ganglion est volumineux et gênant ; souf ce cas, je fais au centre une injection de quelques gouttes de chlorure de zinc. Pour les masses agglomérées, s'il n'y a pas de fistule, je prescris le traitement général, le séjour au bord de la mer ; s'il y a des fistules, j'y introduis à froid un petit galvano-cautère que je chauffe ensuite, et l'on obtient ainsi des résultats remarquables.

M. Berger. — J'ai renoncé à l'éther iodoformé qui donne assez souvent des eschares de la peau, chose fort désagréable au cou, et j'emploie le naphtol camphré, surtout dans les ganglions ramollis ; l'orifice de la ponction reste fistuleux et par là sort une sorte de bourbillon, puis la cicatrisation se produit. En général, j'évacue autant que possible le contenu, quelquefois même à l'aide d'une petite ponction au bistouri, et par là, j'injecte le naphtol camphré, en désunissant tous les jours le petit orifice. Il faut essayer ce procédé avant de revenir aux grandes opérations, surtout chez les jeunes femmes, et même pour les petits ganglions mobiles, je suis moins radical que M. Nélaton. Je cherche autant que possible à éviter les cicatrices, et cela surtout pour les gros paquets dont a parlé M. Delorme ; d'autant plus que dans ces cas, l'ablation est quelquefois dangereuse, toujours difficile, presque toujours incomplète ; on tombe dans des abcès dont on ne peut énucléer la coque.

M. Reynier a, comme M. Berger, renoncé à l'éther iodoformé : il préfère la glycérine iodoformée au naphtol camphré. L'ablation des gros paquets ganglionnaires profonds est difficile, et M. Reynier n'y a recours qu'après échec des traitements de douceur.

M. Félizet. — Pour les masses véritablement « charnues », on peut, comme l'a dit M. Delorme, espérer la résorption. Lorsque les ganglions sont caséeux, les injections interstitielles — et M. Félizet a employé toutes les substances possibles — échouent : il faut évacuer les produits mortifiés, soit par une petite ouverture, soit par l'extirpation franche. Comme substance à injecter, la teinture d'iode iodurée (qui ne précipite pas dans les veines) est préférable au naphtol camphré. Dans les ganglions parotidiens que M. Félizet n'aime guère à extirper, il en a eu de bons résultats et de là la substance se répand dans toute la chaîne sous-jacente, si bien même que M. Félizet dit avoir guéri de la sorte une adénopathie trachéo-bronchique.

M. Tuffier insiste sur la différence selon l'âge indiqué par M. Quénu. Chez les enfants, il s'en tient au traitement médical s'il n'y a pas de fistule, à l'extirpation s'il n'y en a. Chez l'adulte, la cure est plus difficile et à cet égard les faits de M. Nélaton sont importants. Mais il faut savoir que les injections interstitielles causent des scléroses périganglionnaires qui rendent ensuite l'extirpation particulièrement difficile.

M. Segond a fait peu d'injections interstitielles et pas du tout de naphtol camphré. Il n'a soigné presque que des adultes. On reproche à l'extirpation de laisser une cicatrice difforme : cette cicatrice unique est moins laide que les cicatrices irrégulières laissées par des fistules multiples. On n'a pas, d'ailleurs, la prétention d'enlever tout. Faite avec soin et patience, l'opération n'est pas dangereuse. Enfin, il est certain que les injections interstitielles préalables augmentent beaucoup ses difficultés.

M. Lucas Championnière, après avoir esayé le naphtol camphré, est revenu à la vaseline iodoformée. On peut, par le traitement médical, guérir même des cas suppurés.

M. Bousquet (Clermont-Ferrand) lit deux observations de *lipomes cervicaux* énormes. L'un deux, pesant 17 livres et demie, fut extirpé. L'autre, porté par un vieillard de 79 ans, diabétique, fut respecté.

M. Delorme présente un malade qu'il a opéré pour ostéite nécrotique du sacrum.

M. Poirier adresse une lettre destinée à rectifier les assertions de M. Larger.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er juillet 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Sucre du sang dans l'infection pyocyanique.

MM. Charrin et Kaufmann. — Nous avons cherché comment se comportait le sucre du sang chez des chiens auxquels on fait injection intra-veineuse de culture pyocyanique. La proportion de sucre diminue de 1/2 ou de 1/3. C'est seulement vers la mort que le sucre disparait totalement. Cette influence de l'infection sur la teneur du sang en glucose est intéressante à relever. On sait que les sujets diabétiques sont particulièrement exposés à des invasions microbiennes variées, et qu'*in vitro*, l'addition de glycose aux milieux favorise la pousse de certains germes. D'autre part, les infections éberthienne, malarique, peuvent provoquer de la glycosurie. On voit donc qu'il y a là une série de considérations intéressantes au point de vue physiologique.

Electricité et cultures microbiennes.

MM. d'Arsonval et Charrin. — Voici des tubes de culture du bacille pyocyanique dont quelques-uns ont été interposés plus ou moins longtemps dans un courant sinusoïdal puissant. L'action du courant entrave considérablement le développement du microbe ; la culture est moins active, la fonction chromogène également.

Néphrectomie et injection de suc rénal.

M. Brown-Séquard, au nom de **M. Meyer**. — Quand on enlève les reins d'un chien, il est pris de symptômes graves entre lesquels la dyspnée de Cheyne-Stokes. Or, en faisant successivement des injections de suc rénal, on voit la respiration s'améliorer, le type de Cheyen-Stokes s'atténuer puis disparaître, et, finalement, la respiration reprend son aspect normal. L'expérience conduit aux mêmes résultats chez le lapin.

Foie infectieux.

M. Roger. — L'inoculation sous-cutanée ou intra-veineuse de *Bacillus septicus putridus*, détermine dans le foie des lésions extrêmement variées.

Dans les cas aigus, où le mal survient en 4 ou 5 jours, on trouve une dilatation énorme des capillaires avec des foyers de thrombose irrégulièrement disséminés. Les organes renferment le microbe en abondance.

Quand la maladie a duré plus longtemps, de 15 jours à 2 mois, la culture démontre que les organes ne renferment plus l'agent figuré; or on peut rencontrer deux sortes de lésions: tantôt ce sont des foyers nodulaires, caractérisés soit par une dégénérescence vitreuse des cellules hépatiques, soit par une accumulation de cellules rondes; dans ce dernier cas, le foyer embryonnaire est parfois entouré par une couche de cellules nécrosées ou par une série cercle amorphe, hyalin. Tantôt on observe une véritable cirrhose embryonnaire, systématique; on trouve, au niveau des espaces portes, une accumulation énorme de cellules rondes ou fusiformes qui se dirigent vers les espaces voisins; il en résulte des anneaux plus ou moins complets, enfermant dans leur intérieur un ou plusieurs lobules.

Un même microbe peut donc produire dans un même organe des lésions différentes: il peut notamment susciter le développement de cirrhoses systématiques dont l'évolution continue progressivement alors que les agents figurés ont été éliminés ou détruits.

Agraphie.

MM. Charcot et Dutil. — Nous avons observé une malade qui a présenté pendant quatre ans de l'agraphie pure, puis est devenue aphasique et a montré ensuite l'appareil d'une paralysie pseudo-bullaire cortical. A l'autopsie, on trouvait à gauche deux foyers de ramollissement cortical occupant l'un le pied de la deuxième frontale et l'autre le pied de la première; à droite, il existait des foyers de même caractère dans les extrémités inférieures des frontale et pariétale ascendantes, dans la partie moyenne de la pariétale ascendante, et dans la partie antérieure de la troisième frontale. C'est au ramollissement de la partie postérieure ou pied de la deuxième circonvolution frontale gauche que nous paraît correspondre le phénomène agraphie.

M. Déjerine. — Un jugement est difficile dans le cas particulier; la circonvolution de Broca était prise, et en tout cas ce fait n'est pas pur. Il eût fallu une lésion isolée de la seule deuxième frontale gauche avec agraphie.

Thyroïdectomie chez le lapin.

M. Gley. — J'ai fait l'ablation complète chez 55 animaux; il y a eu 12 survies plus ou moins prolongées. Certains animaux ont succombé très tard, après 47 jours; chez d'autres, il se produisait une rémission temporaire, ou bien la guérison survenait après qu'il s'était produit un commencement d'accident. Les accidents ont consisté, comme à l'ordinaire, en troubles cutanés, convulsions, cachexie. Lorsqu'on fait l'ablation incomplète, si la glandule accessoire laissée en place ne s'hypertrophie pas, on peut ne pas obtenir de survie. Chez des chiens ainsi opérés, la transplantation de thyroïde de lapin a pu prévenir les accidents (Ughetti).

Injections organiques chez les lépreux.

M. Brown-Séquard. — J'ai reçu de M. Valeucé, qui dirige un hôpital de lépreux, une note établissant que les injections de suc testiculaire ont une réelle efficacité chez les lépreux. Sur 10 malades traités, il y a eu 7 améliorations dont 3 constituant une quasi-guérison. On a vu la disparition des tubercules et des ulcères, le retour du sommeil et de la force.

Système nerveux et cicatrisation.

M. Brown-Séquard. — Voici une série de cobayes chez lesquels j'ai pratiqué une énervation de la cuisse, puis une amputation dans la zone privée de ses nerfs. On peut voir que la plaie d'amputation a guéri et fourni une cicatrisation et un moignon très réguliers.

Physiologie surrénale.

M. Chaseraut. — Les veines efférentes surrénales sont disposées de telle façon qu'on peut aisément recueillir à part le sang pour l'analyse. J'ai opéré sur des chiens chloralisés ou chloroformés. Toutes mes recherches montrent que le sang veineux surrénal est presque aussi riche en oxygène que le sang artériel, ou que le sang de la saphène sur le même animal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 juin 1893.

Présidence de M. Fernet.

Vomissements incoercibles dus à l'impaludisme.

M. Guyot. — J'ai l'honneur de rapporter à la Société l'observation d'un malade chez lequel des vomissements incoercibles qui avaient résisté à tous les traitements tels que vésicatoires, lavages oxygénés, furent arrêtés presque instantanément par une injection de quinine.

Ce malade, qui avait vécu à Panama, dans des régions à fièvre, n'avait présenté, en dehors de ses vomissements, aucune manifestation de l'impaludisme. Sa rate était légèrement augmentée de volume.

Cette observation est à rapprocher de celles communiquées par moi autrefois, où la diarrhée était la seule manifestation de l'impaludisme.

Contagiosité du typhus.

M. Chantemesse lit une note sur la contagiosité possible du typhus par les voies respiratoires. En se basant, d'une part, sur des faits cliniques observés pendant l'épidémie de typhus de Lille, en s'appuyant, d'autre part, sur un travail que lui a communiqué M. Combemale, M. Chantemesse estime que la contagion du typhus par les voies respiratoires est aussi fréquente que la contagion directe admise par la majorité des auteurs.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 juin 1893.

Présidence de M. Hallopeau.

Traitement abortif de l'érysipèle par l'ichtyol.

M. Hallopeau rappelle que récemment, à la Société médicale des Hôpitaux (séance du 19 mai), M. Juhel-Rénoy avait donné les résultats obtenus par l'emploi de l'ichtyol dans l'érysipèle, suivant l'exemple de Unna, qui, depuis sept ans, use avec succès de ce procédé. Les antiseptiques et la compression par le collodion avaient rendu de grands services à de nombreux médecins; M. Juhel-Rénoy joint ces deux procédés en se servant d'une solution de gutta-percha dans le chloroforme ou traumaticine, à laquelle il adjoint l'ichtyol. Voici la formule de cette solution :

Gutta-percha.	} *ââ* 25 grammes.
Chloroforme.	}
Ichtyol.	25 —

M. Juhel-Rénoy circonscrit la plaque d'érysipèle d'une zone de cette solution sirupeuse pour mettre une barrière à son invasion; il applique sur la plaque elle-même une pommade, formée de parties égales de vaseline et d'ichtyol; en même temps il prescrit la désinfection des narines par des onctions avec cette pommade. M. Juhel-Rénoy a pu expérimenter ce traitement sur 500 malades à l'hôpital d'Aubervilliers; il a obtenu 60 0/0 de succès.

M. Hallopeau a eu l'occasion d'essayer sur lui-même ce traitement. Ayant été atteint d'un érysipèle, dont une excoriation du nez était le point de départ, il fut guéri après trois jours de maladie, moins de 48 heures après le début du traitement. L'innocuité de cette médication est absolue. Au début, la douleur qu'elle provoque est très supportable et passagère; le principal inconvénient consiste après l'application en la coloration du visage, qui donne au malade l'aspect de Maure d'opéra comique. Quel est le mécanisme de l'action de cette médication? On peut invoquer la compression, la stricture vasculaire, produite par l'ichtyol, son énergique pouvoir réducteur qui rend le derme impropre au développement des steptocoques aérobies, enfin une action directe sur les microbes. Quoi qu'il en soit, nous sommes aujourd'hui, grâce à Unna et à M. Juhel-Rénoy, en possession d'une médication qui permet dans la plupart des cas d'enrayer en 24 et 48 heures

l'érysipèle à toute période de son évolution; un progrès important se trouve ainsi réalisé.

M. C. Paul fait remarquer que la plaque d'érysipèle guérit généralement en quatre jours; il a obtenu la guérison en trois jours par l'emploi de la pommade suivante :

Vaseline blanche.	40 grammes.
Sucrate de chaux.	10 gr.
Sublimé corrosif.	0 gr. 05 centigr.

M. Edouard Labbé met en doute l'action de toutes les médications locales de l'érysipèle qu'il considère comme une maladie infectieuse générale. A son avis, le streptocoque n'est pas l'agent pathogène de l'érysipèle, il coexiste avec ce dernier, qui, d'après M. Ed. Labbé, est encore inconnu.

M. Hallopeau réplique que la médecine expérimentale met dans l'impossibilité de douter de l'action pathogène du streptocoque dans l'érysipèle, mais il est absolument d'avis, et avec nombre de médecins, que le traitement local de l'érysipèle n'est pas inutile.

M. C. Paul ajoute que, dans cette affection, surtout dans la forme à rechute, on doit se préoccuper de l'état général du malade, du terrain où se développe le streptocoque.

M. Ferrand, qui est aussi de cet avis, a obtenu de bons résultats en administrant à ses malades matin et soir dix gouttes de teinture d'iode.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 *juin* 1893.

Esquisse des principaux types anatomo-pathologiques de la gastrite chronique de l'adulte.

M. Hayem. — Les glandes de la muqueuse stomacale de l'homme adulte forment deux appareils distincts : l'appareil muqueux, l'appareil peptique. Les modifications des éléments glandulaires constituent les lésions les plus importantes de la gastrite chronique. A cet égard, on peut reconnaître trois altérations principales : la transformation peptique, la transformation muqueuse, la transformation atypique. La première, que je désigne sous le nom de *gastrite parenchymateuse hyperpeptique*, consiste en une irritation qui part du fond des culs-de-sac et qui détermine l'hypertrophie et la multiplication des cellules peptiques.

La *gastrite parenchymateuse muqueuse* est caractérisée par un processus pour ainsi dire inverse, mais plus complexe. Dans ce cas, c'est l'appareil peptique qui se détruit et est remplacé par des glandes nouvelles, issues de l'appareil muqueux. Une gastrite mixte à tendance atrophique morcelle les tubes glandulaires et n'en laisse subsister que des fragments situés dans la couche profonde et scléreuse de la muqueuse. Le nombre des goulots glandulaires diminue pendant le cours de cette irritation atrophiante. Ceux qui persistent sont le siège d'une active prolifération cellulaire. Bientôt, il en part des prolongements qui s'enfoncent dans la profondeur de la muqueuse. Ils y rencontrent, à un certain moment, les restes des anciennes glandes, s'y développent, et peu à peu s'achève l'édification d'un nouvel appareil glandulaire qui n'est qu'une annexe de l'appareil muqueux enflammé et envahissant.

Cette forme de gastrite est celle qui s'accompagne le plus souvent de productions adénomateuses profondes et diffuses ou superficielles et polypiformes.

La troisième variété de gastrite glandulaire est due à une multiplication extrêmement abondante des épithéliums pyloriques et des cellules principales, en même temps qu'à l'atrophie sur place des cellules peptiques. Je l'appelle *atypique*, parce que les éléments multipliés conservent un type embryonnaire, indifférent.

La gastrite chronique est, le plus souvent, constituée par des lésions complexes portant à la fois sur le tissu interstitiel et sur les éléments des glandes. L'infiltration du tissu conjonctif par des leucocytes est très fréquente et complique souvent les processus parenchymateux. Mais le tissu interstitiel est très souvent aussi le siège d'une prolifération très active de ses éléments fixes. Il peut, en outre, renfermer des éléments dégénérés ou atrophiés provenant des tubes glandulaires en voie de disparition. On y observe parfois des infiltrations sanguines ou des grains de pigment, libres ou contenus dans les éléments cellulaires.

Dans un assez grand nombre de cas, la gastrite mixte s'accompagne d'une dégénérescence amyloïde des vaisseaux de la muqueuse.

Les lésions glandulaires concordent avec les symptômes observés pendant la vie, notamment avec les résultats de l'analyse du suc stomacal extrait au cours de la digestion.

Etiologie du cancer.

M. Morau donne les conclusions suivantes :

L'épithélioma cylindrique, ou cancer de la souris blanche, est transmissible à des animaux de la même espèce par inoculation et par ingestion.

L'hérédité joue un rôle considérable dans le développement de l'évolution de ces tumeurs.

Le traumatisme hâte et favorise leur généralisation ; il en est de même de la gestation et de l'accouchement.

Ces tumeurs fabriquent des poisons qui, absorbés par l'organisme, en amènent la détérioration et la cachexie.

Elles semblent perdre de leur virulence à mesure qu'elles évoluent chez des animaux nouveaux, mais toujours de même espèce.

Tant que ces tumeurs ne sont pas ulcérées, elles ne renferment pas de microbes.

Erratum. — Dans la communication de **M. Mayet** (voyez p. 312), le suc glycériné a été fourni par une tumeur du sein et non du rein. En outre, il faut ajouter que les expériences à résultat négatif ont été faites avec des tumeurs récemment enlevées.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 30 *juin* 1893.

Goître exophthalmique.

M. Reymond relate l'observation d'une femme morte d'un goître exophthalmique qui avait débuté, il y a un an, par un tremblement léger, à la suite d'une vive émotion. C'est il y a un mois environ que d'autres signes sont survenus à l'occasion d'une émotion nouvelle. Il y avait, outre les signes classiques, une paraplégie complète, de l'anesthésie des membres inférieurs, de l'aphasie. On entendait au cœur un souffle au premier temps et à la pointe.

A l'autopsie, on a trouvé un goître assez volumineux, une lésion ancienne de la valvule mitrale, des ganglions péritrachéo-bronchiques ramollis et noirâtres, de la congestion encéphalique.

Etranglement interne.

M. Cazin montre les coupes d'un appendice intestinal provenant d'un enfant opéré par M. Broca pour un étranglement interne. Cet appendice présentait à l'œil nu une forme bizarre. On voit, à l'examen histologique, que la paroi intestinale est repliée sur elle-même et que les replis de la muqueuse, d'ailleurs normale, paraissent festonnés. Telle est la cause de cet aspect étrange.

M. Broca (voir p. 322).

Cirrhose du foie. Infarctus de la rate.

M. Besançon présente la rate d'un homme mort de cirrhose banale du foie, dans le service de M. Dreyfus-Brisac. Cette rate offre un volume énorme et, dans l'intérieur, on y trouve un infarctus de dimensions considérables.

Anthracose pulmonaire.

M. Thiroloix montre, au nom de M. Bernard et au sien, des poumons atteints d'anthracose avec tuberculose. Le malade était employé dans une fabrique où l'on fait le charbon qui sert à l'éclairage électrique. Il était autrefois tailleur de pierres et il avait eu à ce moment des bronchites répétées. Peu de temps après être entré dans sa nouvelle industrie, il a commencé à avoir une expectoration noire. On voit dans les poumons, qui offrent une teinte uniformément noire comme

du charbon, des cavernes et en outre des productions calcaires qui semblent être des tubercules guéris.

Kyste thyro-hyoïdien.

M. Faure a trouvé, en disséquant un sujet, un kyste thyro-hyoïdien médian, adhérent à l'os hyoïde par un prolongement qui forme pédicule. Ce kyste était rempli d'une substance muqueuse. Le sujet était un homme de 50 ans environ.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 28 juin 1893.

Présidence de M. Cordier

Cancer des voies biliaires. Cancer secondaire du foie. Généralisation du côté des poumons. Pleurésie hémorrhagique. Hématome énorme dans l'épaisseur du muscle grand droit.

M. Porte, interne des hôpitaux, met sous les yeux de la Société les pièces anatomiques provenant d'une femme morte dans le service de M. Mouisset. Le diagnostic de cancer secondaire du foie avait été vérifié par l'autopsie. Mais en même temps, on constata, dans l'épaisseur du muscle grand droit du côté droit, un énorme hématome du poids de 1300 grammes environ. Il y avait, de plus, de petites suffusions sanguines dans les muscles de la région pectorale droite. Or, cette malade n'avait présenté pendant la vie d'hémorrhagie d'aucune sorte; simplement, vers la fin, quelques crachats hémoptoïques dus à la généralisation du carcinome au poumon droit, et un épanchement hémorrhagique de 500 grammes dans la plèvre du même côté.

M. Mouisset. — C'est le deuxième cas soumis à mon observation de foyers hémorrhagiques découverts *post mortem*, chez des cancéreux des voies biliaires. Ces observations peuvent éclairer la pathogénie des hémorrhagies, dans les cas de rétention biliaire, hémorrhagies qu'on a attribuées soit à des phénomènes de compression, soit à un défaut de plasticité du sang, soit à une altération des globules sanguins.

D'une action particulière du staphylococcus cereus citreus sur les os et les articulations.

M. L. Dor présente les os d'un lapin inoculé dans le système circulatoire avec des cultures atténuées de *staphylococcus cereus citreus*. Ces os sont atteints d'ostéite hypertrophiante : sur l'un, la diaphyse juxta-épiphysaire présente du boursouflement et une courbure anormale de l'os; un autre est porteur d'une exostose périostique considérable, de plus d'un centimètre. Ce même lapin présentait dans la cavité péritonéale et les muscles un grand nombre de kystes du *tœnia cœnurus*, cas rare chez cet animal.

Suite de la discussion sur les badigeonnages gaïacolés.

M. Guinard revient sur l'absorption cutanée. Toutes les expériences ont démontré jusqu'ici la minime absorption qui se fait par la peau. Cependant, s'il est vrai qu'on retrouve une heure après le gaïacol dans l'urine, comme l'affirme M. Sciolla, et qu'on admette que l'absorption s'est faite par la peau, il faut reconnaître que la voie endermique n'a rien à envier aux autres modes d'absorption. M. Guinard attribue l'action antithermique du badigeonnage gaïacolé à quelque chose d'analogue aux révulsifs ou aux application phéniquées. Sur lui-même, apyrétique, le badigeonnage de 3 grammes de gaïacol n'a produit aucun effet antithermique. Il ne croit pas que ce médicament soit appelé à un grand avenir.

M. Weill. — L'action du médicament est autre chez l'homme sain que chez le fébricitant ; mais chez ce dernier l'effet antithermique est constant. C'est un moyen qui peut être précieux en clinique, quand l'estomac est intolérant. Quant à l'action spéciale, elle est assez obscure. M. Weill ne croit pas que l'antithermie soit due à l'absorption cutanée ; il admettrait plus volontiers une action sur les terminaisons nerveuses cutanées, analogue à celle de la cocaïne.

M. Lannois. — L'antithermie est la même à la suite d'un lavement gaïacolé qu'à la suite du badigeonnage. Ce fait paraît militer en faveur de l'absorption.

M. Aubert. — Il y a là un fait clinique nouveau et une action bien spéciale. Peut-être faut-il chercher la raison de cette action dans le système nerveux périphérique réagissant sur les centres thermiques.

M. Lépine. — Les effets du gaïacol lui ont paru inconstants et irréguliers. Au reste, il a vu les antithermiques habituels, la quinine, par exemple, produire des actions paradoxales et élever la température.

P. Just Navarre.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 7 juin 1893.

Néphrectomie pour uretérite.

M. J. Israël communique les résultats de l'examen d'un uretère provenant d'un malade dont il a déjà parlé, auquel il fit une néphrectomie à cause de la violence extraordinaire des coliques.

Augmenté de 3 à 4 fois d'épaisseur, cet uretère présentait une dureté et une rigidité considérables, adhérait par places aux parties sous-jacentes et ne présentait aucun point de sténose. Il s'agissait d'un épaississement inflammatoire de la paroi de l'organe avec adhérences péri-urétéritiques. De telles données expliquent l'opportunité de l'intervention. Aussitôt après l'opération, les crises si douloureuses cessèrent et la sensibilité de l'uretère disparut petit à petit. L'urine est redevenue normale et les mictions sont moins fréquentes.

Les modifications microscopiques de l'uretère sont surtout intéressantes; car elles donnent la pathogénie des crises si intenses malgré la perméabilité du canal.

La tunique musculeuse est celle qui participe le plus à l'épaississement total; elle a 8 fois son épaisseur normale. La musculaire est également hypertrophiée. Elle forme une couche 3 à 4 fois plus forte qu'habituellement. La muqueuse est complètement dépourvue d'épithélium, grossièrement plissée longitudinalement et très infiltrée de cellules embryonnaires.

Les faisceaux musculaires très épaissis sont également dissociés par des cellules inflammatoires.

L'adventice est changée en tissu conjonctif induré.

Trois symptômes caractérisaient l'affection : les crises atrocement douloureuses et périodiques, la sensibilité permanente de l'uretère, et l'hématurie.

Les hémorrhagies s'expliquent par l'état de la muqueuse friable, dépourvue d'épithélium et très vasculaire.

Une pression dans le rein exagérée et dépassant la normale détermine des coliques. Cette dernière survient quand il y a un obstacle interposé entre le rein et la vessie, obstacle que l'uretère doit vaincre par ses contractions. L'état anatomique de l'uretère du malade démontre nettement qu'il a existé une hypertension rénale contre laquelle l'organe était peu apte à lutter. En effet, ses faisceaux musculaires étaient dissociés et infiltrés d'éléments inflammatoires; sa muqueuse dépolie, avec ses plis durs longitudinaux, augmentait encore la résistance au cours de l'urine.

On doit se demander pourquoi, dans la circonstance, il n'a pas été pratiqué une néphrotomie, car le rein était très apte à ses fonctions, on eût ainsi dérivé le cours de l'urine pendant un certain temps et permis à l'uretère de se modifier. M. Israël pense que c'est là une vue plus théorique que pratique, car on n'arrive pas toujours à faire écouler toute l'urine par la plaie faite au rein, une partie s'échappe toujours par l'uretère. Dans le cas particulier, les altérations de ce dernier étaient telles qu'elles seraient fatalement arrêtées, même en rétrocédant, à la sclérose et à la sténose du canal : on aurait ainsi créé une fistule urinaire permanente, ce qui, pour un ouvrier, eût été une véritable infirmité.

M. Bergmann traita il y a cinq ans un officier atteint de coliques néphrétiques atroces. Jamais celui-ci n'avait rendu de calculs, mais après chaque crise il avait de l'hématurie. La néphrotomie fut pratiquée dans le but d'extraire un calcul du bassinet. Il n'en fut rien; l'uretère cathétérisé était perméable et ne présentait pas d'induration. Le malade guérit au bout de quelque temps, grâce à l'établissement d'une fistule urinaire. Dans ce cas, avant d'extirper un organe sain, il faut avoir en vue la possibilité d'une néphralgie.

L'auteur opéra une femme dans les mêmes conditions. Les symptômes douloureux disparurent complètement du jour de l'opération. Dans les cas de ce genre il faut être réservé et ne pas pratiquer la néphrectomie.

M. Senator n'admet pas, comme le pense Israël, que la perte des fonctions de l'uretère puisse être cause de coliques néphrétiques.

Sinon, on ne saurait remplacer cet organe par des conduits rigides, ce qu'on a fait cependant sans inconvénient.

Il pense qu'en raison des lésions de la paroi de la muqueuse en particulier, il devait se faire des obstructions passagères déterminant les crises.

M. Israël fait observer que, dans son cas, il ne saurait s'agir de néphralgie, en raison des lésions de l'uretère; les objections qu'on a pu faire portent donc à faux; il n'est, d'ailleurs, pas ennemi de la néphrotomie. Sur 76 opérations sur le rein, 34 fois il a fait l'extirpation.

Séance du 14 *juin* 1893.

Trépanation pour blessures par balles de revolver.

M. Bergmann. — Les blessures par balles de revolver de 7 à 9 mm. ne nous intéressent pas seulement par leur fréquence, mais encore par leur dimension presque égale à celle des projectiles des nouvelles armes à feu.

Dans ces derniers temps, j'ai observé à la clinique 25 cas de blessures du crâne par coup de feu; toujours il s'agissait de tentative de suicide.

Au point de vue clinique, on peut les diviser en trois groupes :

1° Les malades sont sans mouvements ni connaissance, présentant les signes d'une compression plus ou moins accentuée; tantôt ceux-ci sont progressifs : le pouls s'accélère, la respiration prend le type de Cheyne-Stokes, et le malade meurt; tantôt ils restent stationnaires. La connaissance revient au bout de quelques heures ou quelques jours, les malades répondent et guérissent le plus souvent;

2° Les blessés ont toute leur connaissance; il est d'ailleurs facile de les tirer de leur somnolence. On observe des paralysies locales, des contractures, des hémi-monoplégies, etc.

3° Tous les symptômes cérébraux font défaut, quoiqu'il n'y ait aucun doute que la balle ait pénétré.

Dans le premier cas, il s'agit habituellement d'une perforation des ventricules latéraux avec hémorrhagie abondante. Tantôt dans les ventricules, alors les symptômes sont progressifs et mortels, tantôt dans les parties périphériques, alors les troubles peuvent rétrocéder et même guérir.

Dans les deux cas, quand il s'agit de signes de localisation nette (parésie, etc.), on peut admettre que c'est la région motrice qui est lésée.

Enfin quand les symptômes céphaliques manquent, il s'agit d'une lésion du lobe frontal, du lobe temporal (une partie circonscrite) ou du lobe occipital.

La balle de 7 mm. n'a pas grande force de pénétration, mais produit des lésions de contusion importantes, plus marquées en étendue qu'en profondeur, des éclats osseux pénètrent dans la masse encéphalique. Dans les cas où le coup de feu est plus pénétrant, le projectile ne dépasse guère l écorce cérébrale.

Dans ces contusions cérébrales, il importe beaucoup qu'il se produise oui ou non de la suppuration.

Dans le premier cas, il survient une leptoméningite rapidement mortelle. On doit donc à tout prix éviter cette complication. On peut se demander si la présence du projectile et des esquilles osseuses empêche la cicatrisation et détermine la suppuration.

Il y a 20 ans, on croyait qu'un corps étranger devait nécessairement s'éliminer par la suppuration. Des faits en grand nombre ont contredit cette opinion.

Sur 25 de mes malades, il y en a 15 où la balle s'est enkystée. Trois guérirent par la trépanation, 6 sont morts : l'un d'eux avait été trépané. Ces derniers malades présentaient des désordres considérables, l'un mourut avec un abcès du lobe frontal.

Sur 25 blessés dont 5 fatalement voués à la mort, 15 guérirent définitivement.

Ott, en 1870-1871, a vu guérir 15 0/0 des blessés traités ou non traités sans présenter de suppuration.

Aujourd'hui, on est arrivé petit à petit à ne plus aller à la recherche du projectile; heureusement, car le nombre des guérisons a augmenté.

En général, il faut occlure la plaie et n'intervenir que dans le cas de symptômes encéphaliques précoces (contractures épileptiformes, monoplégies, etc.). Ces phénomènes sont-ils tardifs, il est sage de ne point opérer.

Il n'y a que deux indications de la trépanation : 1° lésion de la région motrice; 2° symptômes d'excitation immédiate après la blessure.

Dans les autres circonstances, attendre et traiter la plaie antiseptiquement.

Séance du 21 *juin* 1893.

Critique de la méthode de Koch pour les déjections cholériques.

M. Liebreich. — Cette méthode consiste, on le sait, à faire des colorations des cultures sur plaques de gélatine, dans des milieux peptonisés, à rechercher la réaction du *Rok choléra*, et à inoculer des cobayes avec les cultures.

Les milieux peptonisés, d'après l'auteur, méritent peu de confiance, les peptones étant de constitution variable. La réaction du Rokcholéra n'est d'ailleurs pas caractéristique, puisqu'elle se produit dans d'autres circonstances. Rien ne sert de faire des inoculations aux animaux, elles ne prouvent rien. Le moyen conseillé par Koch n'a jamais réussi à rendre un cobaye cholérique.

Le bacille trouvé par Koch aux Indes diffère de celui observé en France et en Europe.

Les vibrions de Koch ne modifient pas le lait. Ceux décrits par les divers auteurs réagissent au contraire différemment.

On n'est même pas d'accord sur la forme du microbe. Fischer, qui accompagnait Koch en Egypte et aux Indes, admet que les vibrions peuvent se changer en bacilles. Peter est également de cet avis.

Les expériences de Pettenkofer et d'Emmerich ne sont pas concluantes, les manifestations qu'ils ont éprouvées étaient d'ordre psychique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 18 *juin* 1893.

Polynévrite mercurielle.

M. Leyden présente l'observation d'un malade qui entra à la clinique avec les symptômes d'une ataxie aiguë. Peu de temps avant son entrée, il avait été traité au mercure pour une affection syphilitique. Trois jours après le traitement survinrent les premières manifestations de l'ataxie.

On croyait au tabes : les réflexes étaient abolis, la sensibilité troublée, et la marche difficile. L'examen démontra cependant qu'il s'agissait d'une polynévrite, de forme particulière, commençant par des paralysies.

Le malade guérit en quelques semaines. L'auteur exclut la syphilis dans la pathogénie de ce cas. D'ailleurs les symptômes paralytiques n'étaient pas autres que ceux qu'on rencontre dans les diverses intoxications (arsenic).

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Gangrène foudroyante d'un membre inférieur au cours d'une ataxie locomotrice, par le professeur Alfred Fournier.

M. X..., sujet très robuste et d'excellente santé habituelle, a contracté la syphilis en 1862, à l'âge de 26 ans. Cette syphilis, bien que très négligemment traitée, paraît avoir été initialement bénigne. Elle n'aurait guère consisté, d'après les souvenirs du malade, que dans les divers accidents suivants : chancre induré; plaques muqueuses de la bouche à diverses reprises, alopécie, quelques adénopathies cervicales, etc.

Mais, deux ans plus tard, elle reprit ses droits en se traduisant par des douleurs de tête très violentes, localisées au côté gauche du crâne, douleurs qui, non traitées, aboutirent bientôt à une *hémiplégie droite.* A cette époque intervint un traitement spécifique sérieux et prolongé, qui délivra complètement le malade, à cela près d'une certaine faiblesse relative de la main droite, faiblesse d'ailleurs à peine appréciable.

Au delà, la santé se rétablit complètement, en apparence tout au moins, au point que, suivant son dire, M. X... se croyait « absolument guéri de sa syphilis ».

Cependant, quelques années plus tard, apparurent des douleurs dans les membres inférieurs, douleurs « en élancements, en éclairs », que l'on taxa, comme d'usage, de « rhumatismes » et que l'on traita par diverses médications appropriées à cette prétendue nature arthritique.

C'est seulement en 1885, c'est-à-dire 23 ans après le début de la syphilis, que je fus appelé près du malade, et cela dans les circonstances suivantes.

Le 9 décembre, s'était produite, sans prodromes et au cours d'une santé que le malade persistait à considérer comme indemne de tout accident, une *paralysie totale de la troisième paire gauche*, à savoir : ptosis; strabisme externe; impossibilité des mouvements de l'œil en haut, en bas, en dedans; et mydriase. C'était là, je le répète, le seul symptôme accusé par le malade. Mais, en remontant dans les antécédents et en examinant les divers appareils, je ne tardai pas à reconstituer un ensemble morbide aussi typique que possible, composé des divers accidents que voici :

1° Douleurs fulgurantes, fort bien décrites par le malade et n'ayant rien de « rhumatismal »; douleurs se produisant par crises assez distancées; quelquefois très pénibles;

2° Anesthésie sur quelques points des membres inférieurs;

3° Extinction absolue des réflexes rotuliens;

4° Signe de Romberg extrêmement accentué;

5° Signe du cloche-pied encore plus accusé;

6° Incorrections ataxiques de la marche.

7° Troubles urinaires. L'urine n'est expulsée qu'avec efforts, « en poussant »; très souvent, pertes involontaires de quelques gouttes d'urine;

8° Puissance virile très diminuée, bien que permettant encore quelques rapports.

Ces divers symptômes et quelques autres d'importance moindre élucidaient absolument le diagnostic. En toute évidence, il s'agissait d'un tabes survenu, comme d'usage, sur un sujet syphilitique, et à début déjà très éloigné (le malade faisant remonter ses *premières* douleurs fulgurantes « peut-être à une vingtaine d'années »).

Traitement prescrit à cette époque : frictions mercurielles, à 4 grammes; iodure de potassium, de 3 à 4 gr. par jour; bains sulfureux, etc.

Un mois plus tard, la paralysie oculaire est très amendée, et tous les mouvements de l'œil s'exécutent, bien que d'une façon encore incomplète.

Le traitement est poursuivi avec quelques arrêts. L'amélioration continue à s'accentuer, mais lentement. A dater du 15 juin, la paralysie oculaire peut être dite guérie, à cela près d'un certain degré de diplopie qui se produit uniquement dans les mouvements forcés de l'œil du côté droit et qui, depuis lors, a toujours subsisté.

De 1886 à 1892, j'ai continué à avoir le malade sous ma direction, et je puis dire avoir assisté aux moindres incidents pathologiques qu'il a présentés. Or, voici, d'une façon sommaire, ce qui a été fait comme traitement et quels ont été les résultats observés.

1° Comme traitement, tous les trois ou quatre mois, une vingtaine ou une quinzaine de frictions mercurielles, suivies de quelques semaines de médication iodurée. Cessation de tout remède pour quelques mois; puis reprise du traitement dans les mêmes conditions. Deux de ces cures mercurielles ont été faites à Uriage, et poussées jusqu'aux doses de 6, 8 et 10 grammes d'onguent napolitain par friction. Bains sulfureux, douches sulfureuses; bains de mer chauds; campagne; séjour, les hivers, sur les bords de la Méditerranée, etc.

2° Comme résultats : guérison de la paralysie oculaire; troubles vésicaux très atténués, presque réduits à néant; douleurs fulgurantes très atténuées et n'apparaissant plus qu'à intervalles très distants; forces viriles maintenues; facultés locomotrices conservées (le malade faisait de très longues promenades; il aurait marché, disait-il, « presque indéfiniment » et sans fatigue).

Mais, d'autre part, reste de diplopie dans les attitudes forcées de l'œil; réflexes restant anéantis; marche présentant toujours de notables incorrections ataxiques.

A ces deux derniers points de vue, le traitement n'a pas produit le moindre résultat.

Au total, au cours des sept années pendant lesquelles j'ai pu l'observer, M. X... est resté un ataxique *valide*, exempt de presque toutes les misères de l'ataxie, et jouissant d'une santé parfaite à tous égards. Les grandes fonctions étaient indemnes, l'appétit parfait, la mine excellente, etc. Puis, vint un coup subit qui terrassa le malade et le tua *en sept jours*, de la façon que voici :

Le 26 octobre 1892, M. X..., très bien portant, plein de santé, d'entrain et de gaieté, dînait en ville chez des amis. Vers la fin du repas, il se sent mal à l'aise, quitte la table et revient se coucher « avec un peu de fièvre ». Dans la nuit, il est pris de douleurs vagues « en ceinture », puis d'une douleur fixe dans le pied gauche.

Le 27, un de nos distingués confrères est mandé près de lui. Il le trouve avec de la fièvre, de l'inappétence et un certain abattement. Il observe, en outre, sur le dos du pied gauche, en arrière des orteils, une rougeur circonscrite des téguments, mais sans œdème. Il croit à une « fluxion rhumatismale localisée sur les tendons » et prescrit du salicylate de soude.

Le 28, la rougeur s'est étendue et couvre une partie du métatarse; elle est, de plus, devenue notablement œdémateuse. Même état fébrile, mais sans aggravation. Température à 39°. On eût dit, à cette époque, d'une « fluxion goutteuse », de par la rougeur, la tension et l'état œdémateux du pied.

Mais le 29, au matin, la scène est devenue tout autre, localement du moins.

Au centre de la plaque rouge et œdémateuse du pied, il s'est produit une grosse phlyctène qui déjà s'est percée, et, sous les débris de cette phlyctène affaissée, on aperçoit les téguments devenus *noirs*, insensibles à la piqûre, manifestement frappés de gangrène, dans l'étendue d'une pièce d'un franc. Du reste, peu de changement dans l'état général. Etat fébrile, mais moyen;

température restant à 39°. Nul autre trouble vers les viscères.

Le 30, je suis mandé près du malade. L'eschare s'est considérablement élargie depuis hier. Je la trouve aujourd'hui formant un vaste placard absolument noir sur le dos du pied, d'une étendue de 8 centimètres environ d'avant en arrière, sur 5 à 6 centimètres de largeur. Cette eschare est déprimée à son centre et exhale déjà une odeur gangréneuse. Elle est encadrée par une aréole rouge, fortement œdémateuse.

Etat fébrile : pouls à 108, petit; température se maintenant toujours à 39°; langue sèche, grisâtre; soif; constipation.

Rien à noter vers le cœur et le poumon. Rien à noter vers les artères qui ne sont pas athéromateuses. Urine ne contenant pas de glycose.

Ce qui me frappe surtout, c'est, d'une part, l'affaissement du malade, qui paraît véritablement prostré; c'est, d'autre part et plus encore, son état moral, caractérisé par une sorte d'*indifférence* inconsciente et béate. Lui qui, d'habitude, était très soucieux, très anxieux de toutes choses intéressant sa santé, aujourd'hui il n'est nullement préoccupé ; il n'a pas même examiné son pied, il ne sait pas qu'il est noir; il ne m'adresse aucune question sur sa maladie. Et cependant, il ne délire pas; très raisonnablement il me parle de diverses choses étrangères. Je le quitte donc très inquiet, mais ne soupçonnant pas, je l'avoue, l'évolution précipitée et formidable qu'allaient prendre les accidents.

Traitement : lotions phéniquées; iodoforme; enveloppement d'ouate; champagne et café; potion fortement alcoolisée au quinquina, grogs à l'eau-de-vie, etc.

31 octobre, au matin. — La situation s'est considérablement aggravée. Nuit mauvaise; agitation avec subdelirium.

Pouls à 100. Température à 41. Prostration. Pas de délire actuel. « Nulle douleur. »

L'eschare s'est très notablement élargie. Mais, en outre, nous constatons deux symptômes déplorables : œdème ascendant, ayant envahi une partie de la jambe; et, surtout, *crépitation gazeuse* suivant cet œdème et perceptible jusqu'au tiers inférieur de la jambe.

Une intervention chirurgicale est aussitôt provoquée.

Vers deux heures de l'après-midi, aggravation encore très notable. Pouls à 120. Somnolence. Obnubilation croissante de l'intellect. Le malade cependant répond encore assez bien aux questions. Il ne souffre pas, dit-il, et même « il va très bien ». Langue devenue noirâtre.

De plus, rétention d'urine; et ébauche d'une hémiplégie faciale droite.

Dans l'après-midi, la crépitation gazeuse s'est propagée jusqu'au tiers supérieur de la jambe.

M. le professeur Duplay pratique sur la jambe quatre énormes incisions, très profondes, d'où s'écoule en abondance une sérosité rouge, d'une horrible fétidité. Le malade n'a pas ressenti la moindre douleur du fait de ces incisions. L'opération terminée, il me demande « si l'on va bientôt la commencer », et, quand je lui dis que tout est fini, cela ne le surprend en rien.

1er novembre, au matin. — Subdelirium nocturne. Pouls à 140. Même état d'obnubilation intellectuelle et d'indifférence absolue. Cependant, pas de délire; le malade me parle, même très affectueusement, de choses qui me sont personnelles, mais ne songe en rien à m'entretenir de son état. « Il ne souffre pas, il va bien. » Quelques râles à la base des poumons.

L'eschare du pied s'est un peu élargie. Les grandes incisions des jambes sont à l'état de *plaies sèches*, sans suppuration, sans sécrétion, à la façon d'entaillures qu'on aurait pratiquées *sur un cadavre*. La crépitation gazeuse a progressé très notablement; on la perçoit très intense au niveau du genou, moyenne jusqu'au milieu de la cuisse.

M. le professeur Duplay se refuse à une intervention nouvelle, déclarant le malade absolument perdu.

Quatre heures de l'après-midi : Prostration; subdelirium; cependant, le malade me parle encore raisonnablement de diverses choses tout à fait étrangères à son état. Quant à son mal, c'est ce qui le préoccupe le moins. Il se dit « très bien », et est très satisfait de ne pas souffrir. Peau chaude; 140 pulsations; râles plus nombreux aux deux bases. Rétention d'urine.

Les plaies des jambes sont *absolument sèches*, mais d'une couleur jaune grisâtre, sphacélique. On voit que la gangrène a frappé *en masse* le tissu cellulo-adipeux et les muscles. Il n'existe plus de gaz sur toute l'étendue de la jambe. En revanche, la crépitation gazeuse s'est propagée jusqu'aux parties supérieures de la cuisse.

Nous prévoyons une terminaison très prochaine. Et, en effet, le malade s'éteint sans douleur, sans agonie, sans secousse, dans la même nuit, vers quatre heures du matin.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE GYNÉCOLOGIE

Séances des 16, 17 *et* 18 *mai* 1893.

Dilatation congénitale de l'urèthre.

M. Baker. — Au quatrième mois de la vie fœtale, le calibre de l'urèthre peut admettre le petit doigt et il est plus grand que celui du vagin. On attribue la dilatation de l'urèthre à des habitudes vicieuses, c'est quelquefois vrai ; mais souvent aussi c'est un vice congénital. Il en résulte toujours des troubles fonctionnels de la vessie.

Fistules consécutives à la laparotomie.

M. Mundé. — Souvent à la suite des laparotomies il survient de petits abcès de la paroi abdominale; ces abcès sont en général peu importants. Quand l'antisepsie n'a pas été rigoureuse, il se produit souvent des fistules dont l'établissement est favorisé par les drains et des sutures septiques. Une fistule peut aussi s'établir après une hystérectomie sous-vaginale; la portion vaginale qu'on laisse dans l'abdomen se gangrène et produit une fistule qui communique avec le vagin. Ces fistules peuvent aussi se produire à la suite d'abcès pelviens; dans ce cas, il se produit quelquefois une amélioration, d'autres fois une aggravation. Le drainage du vagin est efficace dans certains cas.

M. Goodell.—Le mieux est de prolonger la fistule jusqu'au vagin par lequel on peut faire un drainage efficace.

M. Currier. — Quand ces fistules sont profondes, elles sont tortueuses, car elles ont pour parois des anses intestinales; il en résulte qu'il est dangereux de traiter de semblables fistules par le fer rouge. Cependant, de pareilles fistules ne pourraient être guéries par l'injection de liquides astringents; le drainage de ces fistules par le vagin est souvent efficace. Les accidents d'hémorrhagie veineuse peuvent être fort dangereux. Le traitement le plus rationnel, dans les cas persistants, consiste dans la section abdominale précédée d'un curettage et d'un lavage. On introduit une sonde dans la fistule et on incise sur la sonde depuis le point le plus reculé de la fistule jusqu'à son entrée.

M. Edebohls. — Aux causes déjà mentionnées, il faut ajouter la tuberculose; j'ai vu 4 cas de fistules relevant de cette cause.

Septicémie et son traitement par l'oxygène.

M. Currier. — On n'a pas fait d'expériences sur la capacité d'absorption d'oxygène qu'a le sang dans la septicémie.

Cette capacité n'est pas la même que dans l'état de santé· L'absence d'une quantité suffisante d'oxygène dans les salles d'hôpital en hiver, en raison des poêles, des lampes, de l'occlusion des fenêtres, explique probablement la mortalité plus élevée en hiver. Les bons résultats qu'on obtient par le traitement de la fièvre typhoïde sous des tentes en hiver, montrent la valeur thérapeutique de l'oxygène. La septicémie est à peu près inconnue chez les sauvages qui vivent en plein air. Le meilleur moyen de donner l'oxygène est de le faire absorber mélangé à l'air. Dans la septicémie, une partie de l'oxygène est utilisée pour fabriquer l'acide carbonique, l'urée et l'acide urique dont le sang est plus chargé qu'à l'état normal. Sous l'influence de l'oxygène, le pouls devient plus fort, la respiration est plus profonde, la température s'élève. Cette stimulation du cœur et des poumons est directement utile à la purification du sang par l'élimination de ses toxines. De plus, sous l'influence de l'oxygène, les malades dorment mieux. Le traitement doit être commencé de bonne heure, avant que les centres nerveux aient été atteints par le poison.

Traitement des fibromes utérins.

M. Goffe. — Le traitement extrapéritonéal du pédicule a été abandonné par beaucoup d'auteurs. Kimball, le premier, a enlevé l'utérus pour un myome, abandonnant le pédicule dans l'abdomen, mais laissant en dehors de l'abdomen les extrémités des ligatures de ce pédicule. Puis vinrent les opérations de Péan et Kœberlé, pendant que Schroeder proposait sa myomectomie. Ensuite vinrent les opérations de Breunecke, de Zweifel et de Martin. J'ai modifié les opérations précédentes en disséquant des lambeaux péritonéaux en avant et en arrière de l'utérus, en transfixant et liant le col, en recouvrant le pédicule avec les lambeaux péritonéaux. J'ai fait pour la première fois cette opération en 1888 et depuis je l'ai pratiquée cinq fois. Zweifel a conseillé de brûler le canal cervical à l'aide du cautère actuel, de façon à convertir ce canal en un tube à drainage.

M. Polk. — Les symptômes les plus marqués sont quelquefois produits par de très petites tumeurs. Chez beaucoup de femmes, on n'obtient la guérison que par l'ablation de l'utérus et de ses annexes, même quand la tumeur est très petite. Du reste, cette opération totale est aussi facile qu'une opération partielle.

M. Krug. — Dans plus de 10 pour 100 des cas de myomes utérins que j'ai observés, j'ai trouvé que l'opération radicale était indiquée. Les symptômes bien plus que le volume de la tumeur décident de l'intervention. Je suis tout à fait favorable à l'extirpation totale.

M. Johnson. — J'ai surtout opéré par la méthode de Bantock, appliquant le serre-nœud sur le pédicule. Cette méthode est rapide et éloigne les dangers d'hémorrhagie. Quand la tumeur est petite, je conseille l'opération de Hegar.

M. Price. — Je crois que la maladie des ovaires et des trompes constitue un facteur étiologique des tumeurs fibreuses de l'utérus. Je suis partisan de l'opération de Hegar pour les petites tumeurs multinodulaires. Pour les tumeurs malignes, toutes les opérations échouent. Le drainage est de la plus grande utilité. Grâce à lui, la mortalité dans mes opérations ne dépasse pas 5 pour 100.

M. Ford. — Je suis opposé à l'hystérectomie quand il s'agit de petites tumeurs, quelle que soit l'intensité des symptômes. Dans ces cas on doit recourir au traitement palliatif et surtout à l'électricité.

M. Wylie. — Souvent les traitements palliatifs rendent plus difficile une opération ultérieure. L'électricité est trop souvent inutile. L'hystérectomie totale est le meilleur traitement théorique, mais elle n'est pas applicable à tous les cas. Quand la tumeur est très petite, je préfère l'opération de Hegar.

M. Noble. — Trop souvent on a méconnu l'importance des fibromes. Je suis partisan du drainage.

M. Gordon. — Seuls les symptômes fournissent l'indication opératoire ; le volume de la tumeur est secondaire. Le drainage n'est guère utile. L'électricité peut être utile, mais elle ne guérit jamais.

M. Mann. — La meilleure méthode consiste dans l'extirpation totale. La méthode extra-péritonéale présente un gros inconvénient : toutes les fois qu'on serre le serre-nœud, on provoque des douleurs intenses. Je ne crois pas que les accidents des tumeurs fibreuses soient produits par des maladies de l'ovaire. Le drainage est souvent utile après l'hystérectomie.

M. Gordon. — Pour la cure des fibromes utérins, l'hystérectomie est bien préférable à l'ovariotomie et doit être pratiquée dans la première période de la maladie. Les plus conservateurs reconnaissent que l'hystérectomie doit être pratiquée dans les cas de fibromes à croissance rapide, dans les cas où, aux approches de la ménopause, ces fibromes s'accompagnent d'hémorrhagies qu'on ne peut arrêter, dans les cas où il y a en outre une salpingite, une ovarite ou une dégénération kystique du fibrome. C'est ainsi qu'en général on n'opère pas de bonne heure et qu'on attend pour intervenir que des complications soient venues diminuer les chances de succès. Les chances de mort sont beaucoup diminuées quand on opère de bonne heure.

M. Mann. — Je ne crois guère à l'utilité de l'ovariotomie pour arrêter la croissance des fibromes. J'ai opéré 64 cas et j'ai eu deux morts, dont une par complication rénale et l'autre par péritonite septique. J'ai pratiqué quinze fois l'extirpation totale d'après la méthode de Polk et j'ai eu une mort.

Je n'ai pas l'habitude de drainer. Je ne suis pas partisan de l'hystérectomie vaginale. L'indication opératoire consiste dans la présence d'un fibrome (quel qu'en soit le volume) causant des douleurs.

M. Boldt. — L'ablation des annexes n'amène pas toujours une diminution de volume des fibromes. L'électricité ne fait pas non plus diminuer ces tumeurs. On ne doit pas enlever l'utérus quand on peut enlever la tumeur seule, mais il y a des cas où il faut enlever les deux. On doit préférer l'hystérectomie totale à l'hystérectomie sus-vaginale qui prédispose à l'infection et à la hernie. Il est quelquefois utile de dilater la vessie par une solution boriquée pour éviter de la blesser. Quand la tumeur est volumineuse et que le col est attiré assez haut, l'opération est relativement facile.

M. Boer. — Même quand les fibromes ne sont pas plus gros que le poing, on doit les opérer. On peut ne pas enlever l'utérus, si la tumeur est énucléable ; mais s'il y a d'autres nodules (et en général il y en a), il faut faire l'hystérectomie sus-vaginale pour éviter une récidive. Il n'y a pas de danger d'infection en laissant le col.

Éclampsie puerpérale.

M. Green. — L'éclampsie varie suivant qu'elle survient avant, pendant ou après le travail. Dans les cas d'éclampsie survenant avant le travail, surtout si l'enfant n'est pas encore viable, on doit tenter d'arrêter l'éclampsie sans provoquer l'accouchement ; si l'intestin et la peau fonctionnent bien, on pourra réussir. Il faut arrêter l'accès par l'anesthésie ; quand il y a de l'insuffisance rénale, on doit préférer l'éther au chloroforme. Quand les reins sont malades, il faut ordonner l'hydrate de chloral en lavements. La morphine n'est pas indiquée. On stimulera la peau par des bains chauds, de la pilocarpine et de l'alcool. Si la peau ne répond pas, on agira sur l'intestin par l'huile de croton. La saignée est inutile. Quand on estime qu'il est utile de délivrer la femme, on peut avoir recours à la dilatation manuelle. On pourra même faire des incisions du col.

Quand l'éclampsie survient pendant le travail, il faut hâter l'accouchement et après la délivrance on donne du chloral et de la pilocarpine.

Le pronostic dépend de la durée des attaques et de leur fréquence.

M. Busey. — Le premier symptôme de l'éclampsie est l'insuffisance rénale ; l'urine des femmes enceintes doit être examinée au moins une fois par semaine. Au début, on peut prévenir les attaques. La phlébotomie, sans être très utile, ne doit pas être complètement rejetée.

M. Reynolds. — On ne peut pas toujours prévenir l'éclampsie. J'ai tenu en observation pendant sept mois une femme enceinte, examinant fréquemment son urine sans y rien trouver d'anormal. Elle fut brusquement prise de con-

vulsions, puis de coma, et, malgré tous les remèdes, elle mourut en dix heures. Les attaques consécutives sont plus bénignes que celles qui surviennent pendant le travail. Les plus violentes sont celles qui surviennent avant le travail.

M. Davis. — Il faut chercher l'urée; quand le chiffre de l'urée baisse au-dessous de 2,5 0/0, il faut recourir à des mesures prophylactiques. Le calomel peut rendre des services.

M. Green. — Je maintiens que, dans bien des cas, on peut prévenir l'éclampsie.

Opérations sur les annexes avec sauvegarde de la menstruation et de l'ovulation.

M. Polk. — Quand on opère sur les annexes, il faut tâcher de conserver la menstruation et l'ovulation. Il faut enlever les annexes dans les cas de tumeur de l'ovaire, de carcinome, de salpingite. Dans certains cas, on enlèvera les trompes, mais on laissera l'ovaire; dans des cas que j'ai ainsi opérés, il y a eu tendance à la menstruation et aux épistaxis. La menstruation étant une fonction physiologique, les femmes en général se trouvent mieux de la conserver. Une femme de 22 ans, mariée depuis 3 ans, avait été enceinte 2 fois et avait avorté 2 fois; je découvris une salpingite et j'enlevai la trompe et l'ovaire du côté droit; six mois après l'opération, la menstruation se rétablit, et 2 ans après, elle devint enceinte et elle accoucha d'un enfant bien vivant. Dans un autre cas, j'ai enlevé une petite tumeur de l'ovaire avec la trompe gauche. A droite, il y avait un hématome que j'enlevai, laissant environ un tiers de l'ovaire et la trompe. Cette femme va actuellement très bien et est enceinte de 3 mois 1/2. Les maladies des annexes n'exigent donc pas toujours une ablation totale.

M. Edebohls. — On risque quelquefois de ne pas enlever la maladie en laissant des portions d'un ovaire malade.

M. Williams. — J'ai examiné un grand nombre d'ovaires et trompes qu'avaient enlevés plusieurs opérateurs et souvent j'ai trouvé ces organes parfaitement sains.

M. Mann. — Je me suis souvent trouvé bien de laisser une partie de l'ovaire.

Inversion de l'utérus.

M. Davis. — Une femme de couleur de 20 ans fut accouchée au forceps. Après la délivrance, il se produisit une inversion utérine et la malade perdit beaucoup de sang. On remit l'utérus en place, on fit des injections d'éther; on eut recours à la respiration artificielle, à la strychnine, à la digitale et à l'électricité. Mais la malade mourut au bout de 12 heures. L'autopsie ne révéla aucune particularité. Pour le traitement de l'inversion utérine, le mieux est d'introduire la main dans l'organe. La mort dépend de l'hémorrhagie, du shock et de l'infection.

M. Lusk. — J'ai vu un cas analogue : la femme mourut au bout de 2 jours. Elle avait perdu beaucoup de sang. Je crois que le mieux est de laisser l'utérus en inversion jusqu'à ce que le shock soit passé.

Tumeurs de l'ovaire pendant la grossesse.

M. King. — J'ai vu un cas de kyste de l'ovaire chez une femme enceinte qui était depuis 3 jours en travail.

Le col était dilaté et le canal était occupé par la tumeur qui remplissait la cavité à tel point qu'on ne pouvait arriver sur le fœtus qu'avec 2 doigts; il s'agissait d'une présentation de la face. La tumeur était si tendue qu'on ne pouvait dire si elle était solide ou liquide. Une ponction faite par le rectum ramena du liquide; l'enfant put alors sortir et, à partir de la ponction, l'accouchement se fit seul en 15 minutes. Après l'accouchement, on ne put retrouver la tumeur. Sept semaines après, la malade revint avec de la fièvre, de la toux, de l'amaigrissement et des symptômes de lésion du poumon droit; la région hypogastrique était distendue par une tumeur fluctuante. Le jour suivant, la tumeur se rompit et beaucoup de pus se fit jour dans le vagin; on fit une incision dans le vagin et une grande quantité de pus fétide s'écoula. Actuellement, la malade va mieux; les symptômes pulmonaires ont disparu. Il semble qu'il se soit agi là d'un kyste suppuré de l'ovaire.

M. Skene. — J'ai vu un cas analogue; chez une femme en travail, l'oviducte distendu occupait la cavité pelvienne et empêchait l'accouchement. Je conseillai la ponction. La tumeur fut enlevée plus tard. Je crois que, dans ces cas, il faut ponctionner par le vagin.

M. Reynolds. — J'ai incisé une tumeur occupant la presque totalité du bassin et empêchant l'accouchement. L'accouchement a pu se faire ensuite. La tumeur a été ultérieurement enlevée.

Dysménorrhée membraneuse.

M. Reamy. — Une femme de 28 ans ayant mené une vie active et d'un tempérament nerveux, vint me consulter pour des menstruations douloureuses. Elle avait commencé à en souffrir dès le début. Quinze mois après son mariage elle eut un avortement à 3 mois; puis les règles redevinrent douloureuses; au bout d'un an, le sang qu'elle perdait contenait de grands lambeaux membraneux. L'examen microscopique confirma le diagnostic de dysménorrhée membraneuse. Je fis un curettage de l'utérus avec une curette tranchante de Sims; quand, dans ces cas, l'orifice du col n'est pas suffisant, il faut le dilater. J'ai ensuite nettoyé la cavité utérine à l'aide d'un morceau de coton porté par une pince courte et imbibé d'une solution d'acide phénique à 1 p. 100. Puis j'ai rempli le vagin de gaze iodoformée. Quatorze jours après, j'ai recommencé la même opération, mais avec une curette mousse. Quinze jours après ce second curettage, j'ai recommencé. Au bout de 17 jours j'ai fait un quatrième curettage. La menstruation a cessé d'être douloureuse et cette femme a eu depuis trois enfants à terme. Dans deux autres cas, j'ai eu un aussi bon résultat. Un élément de succès de cette méthode consiste à répéter le curettage avant que la membrane ait eu le temps de se régénérer. Un seul curettage n'est pas suffisant.

M. Emmet. — La dysménorrhée membraneuse me paraît être simplement un symptôme d'un trouble nerveux. Le traitement est rarement efficace.

Grossesse extra-utérine.

M. Lusk. — Une femme de 33 ans, ayant déjà eu un enfant, présentait une tumeur abdominale. On finit par diagnostiquer une grossesse extra-utérine, bien qu'on ne pût pas entendre les battements du cœur fœtal. On fit une laparotomie et on trouva le sac dépendant de la trompe droite et développé entre les feuillets du ligament large; on dut lier l'artère ovarienne, on incisa le sac et on l'énucléa. L'hémorrhagie fut si abondante qu'on dut comprimer l'aorte. L'enfant paraissait avoir six mois, il mourut au bout de 25 minutes. La malade guérit.

Hystéro-épilepsie.

M. Sims. — L'hystéro-épilepsie est le plus souvent due à une irritation nerveuse causée par une affection utérine. J'en ai observé six cas :

1er cas : Une femme de 30 ans, mariée depuis quatre ans, eut pour la première fois des convulsions un an après son mariage. Elle eut ensuite des attaques semblables après chaque période menstruelle. Le col utérin était rétréci et l'utérus était en antéflexion. Le canal utérin fut dilaté et l'utérus fut remis en bonne situation. Les convulsions ont cessé.

2e cas : Une jeune fille de 16 ans, anémique, avait tous les jours plusieurs crises épileptiformes. Le même traitement que dans le cas précédent amena le même succès. Cette jeune fille se maria ensuite et devint enceinte.

3e cas : Une femme de 28 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, avait des périodes menstruelles irrégulières et accompagnées de convulsions avec perte de connaissance. Il y avait des ovaires kystiques et des trompes dilatées qu'on enleva. La guérison fut obtenue et elle se maintient depuis sept ans.

4e cas : Une femme de 26 ans, non mariée, avait des convulsions toutes les fois qu'elle avait ses règles; il y avait un kyste de l'ovaire gauche et la trompe était dilatée : on enleva les deux et la malade guérit.

5e cas : Une femme de 18 ans, mariée, avait du vaginisme et on dut exciser l'hymen. Au sixième mois de sa grossesse elle fut prise de convulsions et de douleurs dans la région de

l'ovaire droit. L'ovaire droit était hypertrophié et les convulsions continuèrent après l'accouchement. L'ablation des annexes du côté droit amena la guérison.

6e cas : Une jeune fille de 20 ans, ayant eu des convulsions dans son enfance, en eut de nouveau à partir du moment où la menstruation s'établit. L'aura avait pour point de départ l'utérus et gagnait les deux ovaires. Les deux trompes étaient hypertrophiées et adhérentes ; on rompit les adhérences et on obtint ainsi la guérison.

M. Gordon. — Cette névrose est due à des maladies des annexes et non à des maladies de l'utérus.

M. Ford. — J'ai vu des cas semblables guérir complètement par une opération, mais j'en ai vu d'autres guérir sans opération ; enfin, j'en ai vu d'autres chez lesquels l'opération n'a amené qu'une guérison momentanée.

Origine des tumeurs dermoïdes de l'ovaire et des testicules.

M. Johnstone. — Les tumeurs dermoïdes proviennent des ovules et ne reconnaissent nullement pour cause une malformation épiblastique. Les tumeurs dermoïdes ne se trouvent en aucun point de l'ovaire dépourvues de vésicules de de Græfe ; c'est ainsi qu'on ne les trouve jamais dans le hile de l'ovaire. Les tumeurs dermoïdes du testicule naissent aussi dans la portion spermatogène. Les tumeurs dermoïdes de l'orbite et des autres cavités sont probablement dues à une évolution de l'épiblaste, mais il n'en va pas de même pour les testicules et les ovaires. Dans un cas de tumeur de cette nature, j'ai trouvé un cœur bien formé et dans un autre cas une dent bicuspide.

Traitement chirurgical du prolapsus complet de l'utérus et du vagin.

M. Edebohls. — Le prolapsus utérin peut être rapidement et radicalement guéri par la chirurgie gynécologique moderne. Pour le moment je préfère, dans ce cas, l'hystéropexie ventrale à l'hystérectomie.

M. Emmet. — Pour guérir un cas de prolapsus complet, il est très important d'en bien diagnostiquer la cause ; dans aucun cas, l'extirpation totale de l'utérus n'est utile.

M. Polk. — Chez des femmes qui se livrent à des travaux pénibles, il y a des cas de prolapsus complet dans lesquels les opérations plastiques ordinaires échouent. On doit traiter ces cas comme de véritables hernies.

M. Dudley. — Il y a deux sortes d'opérations plastiques. Les premières sont inutiles ; elles ont pour effet de rétrécir le vagin, mais, tôt ou tard, l'utérus redescendra. Les secondes ont pour but de placer l'utérus à angle aigu sur le vagin. C'est là la bonne opération d'Emmet.

M. Smith. — Je n'ai jamais considéré qu'il fût utile d'enlever tout l'utérus. Je fais le curettage de l'utérus, puis je pratique la colporrhaphie antérieure et postérieure et la fixation ventrale.

M. Noble. — Je coupe le col aussi haut que possible pour diminuer la hauteur de l'utérus ; j'opère sur les parois antérieure et postérieure et quelquefois je pratique la fixation ventrale.

Laparotomie aseptique.

M. Wathen. — Depuis deux ans, je n'ai eu aucun cas de mort dans ma pratique de la chirurgie abdominale et pelvienne. Je crois que 50 0/0 des morts qui arrivent sont dues à un manque de connaissance de l'anatomie topographique et des indications pathologiques. Il faut toujours pouvoir faire un diagnostic étiologique. Je ne crois pas que les germes septiques puissent être amenés dans l'abdomen par l'atmosphère ; ils sont apportés par les instruments, les ligatures ou les mains des opérateurs. J'opère toujours à 3 heures de l'après-midi.

Pyosalpingite.

M. Murray. — Il n'est pas toujours nécessaire d'enlever les annexes malades. Souvent il suffit d'appliquer de la teinture d'iode dans le vagin, des douches chaudes, des tampons boro-glycérinés. On peut dilater le col et curetter l'utérus. On réussit surtout dans les cas où les annexes ont conservé leur position normale. Dans beaucoup de cas de pyosalpinx on peut obtenir un drainage par l'utérus, si l'orifice de la trompe n'est pas oblitéré. L'endométrite doit toujours être traitée avec soin.

M. Edebohls. — Il est important de savoir distinguer les cas qui peuvent guérir sans opération de ceux qu'il faut opérer. Les premiers sont ceux dans lesquels les organes ont conservé leur position normale.

Entérocèle vaginale pendant la grossesse et le travail.

M. Hirst. — L'entérocèle vaginale assez volumineuse pour gêner le travail est très rare. Le diagnostic en est facile. L'entérocèle apparaît subitement, repoussant devant elle les parois vaginales. Si l'entérocèle est assez volumineuse, elle peut obstruer le vagin et comprimer le rectum au point de le fermer complètement. La toux produit dans cette tumeur une impulsion très nette. On a quelquefois ponctionné une entérocèle croyant avoir affaire aux membranes fœtales. Si elle est réductible, le pronostic est bénin ; si elle est irréductible elle peut se gangréner. Dans un cas la rupture s'est produite pendant l'accouchement et la femme est morte au bout de trois jours.

Si l'entérocèle se montre pendant la grossesse, on doit la réduire, la malade étant dans la position génu-pectorale. Si, pendant le travail, on a affaire à une entérocèle irréductible, il faut refouler la tumeur sur le côté et faire une application de forceps.

Tumeurs calcifiées de l'ovaire.

M. Williams. — J'ai reçu plusieurs tumeurs qu'on avait considérées comme des tumeurs osseuses de l'ovaire et qui n'étaient en réalité que des fibromes calcifiés. Le tissu de l'ovaire entourant la zone calcifiée n'était pas modifié. Les fibromes simples de l'ovaire sont rares ; les fibromes calcifiés sont rares encore. Les tumeurs osseuses vraies de l'ovaire doivent être considérées comme plus rares. Il est rare que ces tumeurs calcifiées dépassent le volume d'une tête d'enfant. Le diagnostic est généralement impossible.

12e CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 12 *au* 15 *avril* 1893.

Le cancer et son traitement.

M. Adamkiewicz établit tout d'abord que la cellule cancéreuse n'est pas une cellule épithéliale, comme le montrent sa courte durée, sa tendance à la destruction et son polymorphisme. S'il en est ainsi, la cellule peut être comparée à la cellule géante de la tuberculose, et devrait être considérée comme produite par un micro-organisme.

Or les recherches de l'auteur ont montré que le parasite n'est autre que la cellule elle-même. Si l'on fait des greffes cancéreuses dans le cerveau d'un lapin, on voit la cellule cancéreuse cheminer le long des fentes du cerveau et y former des foyers en détruisant la substance cérébrale.

Les parasites forment des produits toxiques, connus sous le nom de toxines. La toxine formée par le cancer est la cancroïne qui exerce une action manifeste sur les éléments cancéreux. Sous son influence on voit les éléments cancéreux s'éliminer, suppurer et la tumeur diminuer de volume. La cancroïne enlève en même temps la douleur et fait disparaître la fétidité. C'est donc une amélioration qu'on obtient par la cancroïne. Mais jusqu'à présent on n'a pas encore obtenu de guérison.

Myxœdème chez les enfants.

M. Rehn a présenté deux enfants de 4 et 7 ans atteints de myxœdème classique avec absence de la glande thyroïde, traités avec succès par l'extrait glycériné de glande thyroïde de mouton.

Depuis huit semaines que le traitement est commencé, la peau est devenue lisse et a presque retrouvé sa coloration normale, le cuir chevelu est devenu plus souple et l'infiltration myxœdémateuse a presque entièrement disparu. Les enfants sont devenus plus vifs, plus gais, la parole plus nette, la marche plus agile. L'appétit est bon et les digestions se

font bien. La taille des enfants a augmenté de 3 centimètres. Ils prennent tous les jours 10 gouttes d'extrait glycériné, et ont ingéré ainsi l'extrait de deux à trois glandes environ.

M. Hoffmann a observé chez un enfant une amélioration analogue par le même moyen. Seulement, en même temps que les symptômes s'amélioraient, la cachexie devenait plus accusée et l'enfant a considérablement maigri. L'impression qui lui est restée, c'est que ce traitement provoque une dénutrition profonde qui, dans l'espèce, est prise pour une amélioration.

Traitement des gastralgies et des hémorrhagies stomacales.

M. Fleiner envisage principalement les phénomènes d'irritation et la douleur qui résulte du contenu stomacal trop acide avec une surface dénudée de la muqueuse, soit par ulcération simple, soit par cancer. L'indication dans ces cas est d'isoler la surface par une sorte de vernis. A cet effet, rien ne vaut le sous-nitrate de bismuth. On fait d'abord un lavage de l'estomac, puis, lorsque le liquide sort clair, on injecte un lait de bismuth. Le sel se précipite du liquide et se dépose sur les parties malades. Pour plus de sûreté, le malade doit se coucher après l'injection, sur le ventre quand l'ulcère occupe la paroi antérieure de l'estomac, sur le dos s'il siège sur la paroi postérieure, sur l'un des côtés si l'ulcération se trouve au pylore ou au niveau du cardia.

Les résultats qu'on obtient par ce traitement sont vraiment remarquables.

L'injection stomacale peut être remplacée par un lait de bismuth pris par la voie stomacale. Dans l'un comme dans l'autre cas, il faut administrer de fortes doses de bismuth.

Le traitement par le bismuth est contre-indiqué dans les gastrites avec hypochlorhydrie.

Choléra comme névrose de l'intestin.

M. Ide. — Le virus cholérique exerce sur l'intestin une irritation qui, seule, ou avec les irritations analogues provoquées par les ingesta, provoque d'abord une excitation, puis une paralysie des nerfs de l'intestin. L'excitation de ces nerfs est la cause de la diarrhée prodromique, tandis que la paralysie provoque l'état asphyxique.

L'irritation qui est provoquée par les ingesta seuls donne lieu au choléra nostras.

Il faut compter en premier lieu avec la paralysie des vasomoteurs, qui déterminent la stase dans les vaisseaux de l'intestin, l'exsudation, puis, par contre-coup, l'anémie d'autres organes.

Il faut donc combattre les phénomènes par l'excitation du cœur ou d'une autre région vasculaire étendue.

Le régime carné dans la goutte.

M. Mordhorst s'élève contre le régime carné préconisé par M. Pfeiffer dans la goutte. Il est, en effet, impossible d'alcaliniser les sucs organiques par le régime, car :

1° L'alimentation carnée donne lieu à la formation d'acides urique, sulfurique et phosphorique qui, en pénétrant dans le sang, diminuent l'alcalinité de ce liquide;

2° Pendant la digestion de la viande il se forme et est résorbé plus de HCl que pendant la digestion des hydro-carbures;

3° Quand l'estomac fonctionne normalement, ce qui existe toujours chez les goutteux, il ne se forme pas pendant la digestion d'acides anormaux, l'HCl empêchant la fermentation;

4° L'urine des carnivores est toujours acide, celle des végétariens et herbivores toujours neutre ou alcaline.

Le régime des goutteux doit donc comprendre des légumes, des fruits, du pain et des substances albuminoïdes sous forme de viande à la dose de 60 à 80 grammes par jour.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Elections.

M. Hallopeau est élu membre titulaire dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale, par 54 voix sur 65 votants, contre 5 à M. Laveran, 1 à M. Ferrand, 1 à M. Huchard, 1 à M. Legroux et 3 bulletins blancs.

Chloroformisation.

M. Laborde répète devant l'Académie une expérience montrant que la muqueuse nasale a une sensibilité spéciale au chloroforme et est ainsi le point de départ des syncopes chloroformiques. Il montre, en effet, un lapin trachéotomisé, muni d'un cardiographe : en plaçant une éponge imbibée de chloroforme sous la plaie trachéale, on constate que les mouvements du levier ne sont en rien altérés; au contraire, le passage de l'éponge sous le nez provoque l'arrêt du cœur.

M. A. Guérin, à l'instigation duquel cette expérience a été entreprise pour démontrer une idée théorique qu'il soutient depuis longtemps, insiste sur ses applications chirurgicales. Il ne faut donc pas faire passer le chloroforme par le nez, mais bien par la bouche. A la période de résolution complète, il est vrai, les reflexes nasaux ont disparu, et alors l'inhalation nasale est permise. Mais il faut commencer la chloroformisation en pinçant le nez du malade.

M. L. Le Fort a observé, il y a 10 ans, un fait confirmatif sur un enfant qu'il voulait opérer d'une syndactylie, et qui est tombé foudroyé après quelques inhalations manifestement nasales en reniflant. Il y a donc là un fait confirmatif de ce que vient de dire M. Guérin.

Procédé de la langue.

M. Laborde continue à tenir l'Académie au courant des faits que lui ont communiqués ses correspondants sur le rappel à la vie par la traction rhythmée de la langue au cours de l'asphyxie. Il en rapporte des succès dus à :

MM. de Minicio (de Rimini), Roux (Lorient), Escande (Layrac) dans l'asphyxie des nouveau-nés.

M. Laborde lui-même dans l'asphyxie toxique, par le bromidia.

M. Félizet, dans l'asphyxie tétanique.

M. Contenot, dans la méningite tuberculeuse.

M. Laborde insiste sur la nécessité des tractions rhythmées et répétées.

M. Tarnier. — M. Laborde pense que le procédé de la langue est le meilleur moyen de remédier à l'asphyxie. J'ai appliqué ce procédé aux enfants nouveau-nés et je ne suis pas convaincu que dans ce cas spécial le procédé de la langue soit supérieur au procédé de l'insufflation. Chez les nouveau-nés en état de mort apparente, tous les procédés réussissent, surtout l'insufflation, soit de bouche à bouche, soit au moyen du tube laryngien. J'ai essayé plusieurs fois à la clinique le procédé de la langue; le malheur a voulu qu'il ne m'ait pas réussi.

M. Laborde pense que dans le service de M. Tarnier le procédé de la langue a été mal appliqué et qu'au contraire ce procédé doit réussir dans les cas où l'insufflation a échoué.

M. Budin. — Il y a une sorte d'opposition entre les termes de M. Laborde. M. Laborde dit : Mon procédé réussit quand les autres échouent; alors on se dira que ce n'est pas la peine de s'arrêter à un autre procédé. Or, quand un nouveau-né vient en état de mort apparente, la première chose est d'enlever les mucosités qui remplissent les voies aériennes et qui mettent un obstacle mécanique à la respiration.

Comité secret.

L'Académie, sur le rapport de M. Kelsch, fixe comme suit la liste de présentation des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale : 1° M. Straus; 2° *ex æquo*, MM. Fernet, Joffroy, Landouzy, Rendu et Troisier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juillet 1893.

Présidence de M. Périer.

Traitement de l'appendicite.

M. Reynier pense comme MM. Quénu et Bouilly que, quand il y avait une collection purulente, il faut se contenter d'inciser, de laver et drainer, sans chercher à enlever l'appendice; ce qui peut être très dangereux, attendu qu'en pratiquant cette ablation, on détruit des adhérences et l'on s'expose à infecter la cavité péritonéale. Il est même arrivé une fois à M. Reynier de perforer ainsi le cæcum. Par contre, il suit depuis deux ans deux malades qui ont guéri sans aucune espèce de récidive, après une simple incision suivie de lavage et de drainage.

On n'a d'ailleurs pas intérêt à se presser d'intervenir chirurgicalement, et lorsque l'état général est satisfaisant, quand le pouls est bon, quand il n'y a pas de symptômes graves, on doit plutôt attendre, jusqu'à ce que les phénomènes inflammatoires soient tout à fait localisés. Par exemple, M. Reynier a observé un homme qui, à la suite d'une inflammation de la région cæcale, a présenté des phénomènes de péritonite généralisée; ces phénomènes se sont ensuite localisés et au bout de trois semaines, le foyer ayant été incisé, les suites de l'opération ont été extrêmement simples; un mois plus tard, le malade était parfaitement guéri, après avoir présenté une fistule stercorale qui se ferma spontanément.

M. Monod cite à l'appui de cette opinion l'observation d'une jeune fille de quatorze ans qui présentait tous les signes d'une appendicite suppurée. Après incision, l'issue de matières fécales par la plaie montra qu'il y avait bien une perforation; l'opération date aujourd'hui de cinq mois, et la malade reste guérie.

D'ailleurs Roux, sur 42 cas, s'est décidé dans 12 cas seulement, à faire cette résection de l'appendice, que l'on a actuellement une tendance à considérer comme une nécessité, et, dans les conclusions de son travail, insiste sur l'importance prépondérante de l'évacuation du pus, qui, le plus souvent, doit être le seul but du chirurgien lorsqu'il est obligé d'intervenir au cours d'une poussée aiguë.

M. Schwartz relate deux faits plaidant dans le même sens. Le premier est celui d'un homme qui présentait, dans la fosse iliaque droite, une énorme collection purulente ayant fusé vers la cuisse; après incision au-dessus de l'arcade curale, il fut évident qu'il s'agissait d'une vaste collection englobant tout le cæcum. Des lavages et le drainage ont procuré une guérison rapide.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un fait d'appendicite avec sphacèle. Sans résection de l'appendice, dont il ne restait que des débris, la malade a guéri définitivement, après dix-huit mois.

M. Tuffier a fait depuis 1890, soit à froid, soit dans des cas de péritonite aiguë généralisée, soit, enfin, dans des cas de péritonite aiguë localisée, 17 opérations. En péritonite aiguë généralisée, il a obtenu deux guérisons, après résection de l'appendice, résection qui était relativement facile.

Traitement des adénites tuberculeuses.

M. Marchand. — Dans le traitement des adénites tuberculeuses, toutes les injections interstitielles peuvent aboutir aux mêmes résultats. Ces injections doivent s'appliquer surtout au traitement des adénites, pendant la première période de leur évolution, c'est-à-dire avant leur ramollissement. Mais, même à cette période, on doit préférer l'extirpation, tant qu'on n'a pas à tenir compte de considérations morphologiques. Cette extirpation des ganglions est facile tant qu'il n'y a pas de péri-adénite, auquel cas on se heurte à certaines difficultés dont on vient cependant à bout; M. Marchand n'a jamais blessé de gros vaisseaux, et quelquefois seulement il a été obligé de laisser une ou deux pinces à demeure. La réunion par première intention se fait ordinairement bien, et les cicatrices sont généralement assez régulières. Les masses suppurantes les plus volumineuses peuvent être enlevées en totalité.

M. Monod. — La suppuration des masses ganglionnaires ne crée pas un obstacle à leur ablation; c'est plutôt l'état de la capsule périphérique qui peut rendre l'opération difficile.

M. Moty depuis trois ans environ emploie le naphtol camphré dans les pansements, pour le traitement des adénites, même à la période de suppuration, et il en a obtenu de très bons résultats.

Intoxication par le naphtol camphré.

M. Nélaton à propos de cette discussion fait un rapport sur un cas d'intoxication observé par M. Calot (de Berck-sur-Mer), chez un jeune homme de vingt et un ans, atteint de coxalgie avec un abcès ossifluent de la région inguinale. On avait déjà injecté trois fois 10 à 15 grammes de naphtol camphré dans la cavité de cet abcès; l'amélioration se faisant attendre, M. Calot fit une injection de 40 à 45 grammes. Trois quarts d'heure après, malaise, état presque comateux, un pouls misérable; des crises épileptiformes se déclarèrent ensuite, à des intervalles assez rapprochés. On incisa largement la poche au bistouri, et le malade guérit à la fois de ses accidents et de son abcès. On peut donc observer des accidents graves, et peut-être même mortels, consécutivement aux injections de naphtol camphré à doses trop élevées.

M. Kirmisson résume deux faits analogues de M. Ménard (de Berck-sur-Mer) :

1° Enfant de huit ans atteint de coxalgie avec abcès très volumineux à la partie supérieure et antérieure de la cuisse. Cinquante grammes de naphtol camphré furent injectés dans cet abcès et, dix-huit heures après, le petit malade fut pris d'une violente attaque épileptiforme localisée du côté gauche. Evacuation de l'abcès par une large incision.

2° Garçon de douze ans, atteint d'un mal de Pott lombaire avec un volumineux abcès ayant fusé vers la partie postérieure de la cuisse, en arrière du grand trochanter. Une injection de 20 grammes de naphtol camphré fut suivie d'accidents épileptiformes également unilatéraux, qui commencèrent à se produire vingt minutes après l'injection.

M. Périer, d'autre part, a dit à M. Kirmisson avoir observé de légers accidents d'intoxication à la suite de l'emploi du naphtol camphré chez deux malades seulement, et dans les deux cas il s'agissait de sujets qui présentaient les mêmes accidents avec tous les antiseptiques, à part l'acide borique.

M. Gérard Marchant a vu, chez une jeune femme atteinte de tumeur ganglionnaire de la base du cou, des accidents épileptiformes survenir après l'injection d'une demi-seringue de Pravaz à peine; cette femme n'avait eu d'attaques d'épilepsie ni d'accidents nerveux d'aucune sorte, mais, en revanche, elle avait une quantité notable d'albumine dans ses urines.

M. Monod a observé une fois, chez une jeune fille de dix-huit ans, un peu de malaise général avec pâleur de la face après une injection d'un gramme de naphtol camphré dans une masse ganglionnaire; la malade accusait en même temps un goût très prononcé de camphre dans la bouche.

M. Verneuil. — On a signalé, avec l'éther iodoformé, des accidents en tout semblables à ceux dont il vient d'être question. Les uns et les autres doivent être attribués avant tout à l'état des reins; l'observation de M. Gérard Marchant en est une preuve bien nette.

M. Lucas Championnière présente un malade chez lequel il a opéré, il y a deux mois, une hernie traumatique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 juillet 1893.

Présidence de M. Dareste.

Infarctus viscéraux.

M. Charrin. — L'introduction d'une culture microbienne dans les vaisseaux, faite chez le même animal dans des conditions identiques, donne naissance à des effets variables suivant les cas. Par exemple, il se produit souvent des infarctus viscéraux, sans qu'on puisse dire pourquoi ces infarctus

existent dans un cas et manquent dans un autre. Or, parmi les caractères de ces infarctus, il en est un qui est intéressant à noter : c'est la symétrie. Cette particularité ne peut se concevoir mieux qu'en admettant une influence du système nerveux, qui règlerait ainsi certaines conditions des accidents infectieux.

Substance tétanisante.

MM. Courmont et **Doyon.** — Lorsqu'on injecte à un animal une culture du bacille de Nicolaïer, le tétanos n'est réalisé qu'après une période d'incubation. Au contraire, on peut tétaniser rapidement un animal en lui injectant du suc musculaire d'un animal en plein tétanos. Ce fait prouve que le muscle tétanisé contient une substance convulsivante très active. On peut obtenir cette substance en faisant des extraits aqueux de muscles, à chaud. La substance tétanisante, bien entendu, n'est point un résultat de l'affection tétanique : elle en est la cause.

Bacille de l'ictère grave.

MM. Ranglaret et **Mahot.** — Dans un cas typique de cette affection, le foie et la rate contenaient un petit bacille de 1-2 μ sur 0,5 μ, se colorant par le Gram. Ce microbe liquéfie la gélatine, et donne des filaments en milieu sucré. Il se reproduit par segmentation. Injecté au cobaye, il produit un œdème local et des altérations dégénératives du foie.

Réaction des bactéries sur le lait.

M. Roger. — J'ai montré que la bactéridie charbonneuse coagule le lait dans un vase étroit où la surface de contact avec l'air est minime. Or, d'autres microbes se comportent de la même manière. Il en est de même du bacillus septicus observé dans une infection post-cholérique. Il suffit d'examiner ce microbe comparativement dans une fiole d'Erlenmayer et dans un tube à essai ordinaire pour voir la coagulation manquer dans le premier vase, se produire dans le second.

Électricité et microbes.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — Lorsque la culture placée dans un solénoïde et soumise à des courants de haute fréquence est un tube de bouillon, la couche périphérique seule du milieu est influencée et forme paroi isolante pour le reste. On évitera cet inconvénient en se servant de tubes emboîtés, et en plaçant le milieu nutritif dans l'intervalle.

Sensibilité colorée.

M. Le Dantec. — Si l'on prend un hystérique anesthésique, et qu'on lui bande les yeux, on pourra mettre en évidence chez lui le phénomène de la sensibilité colorée. Le pincement de la peau dans une région, d'ailleurs anesthésique, éveillera la sensation d'une lumière verte. L'application d'un corps chaud fera voir du rouge. Pareils effets manqueront complètement s'il s'agit d'une anesthésie de toute autre cause.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juillet 1893.

Présidence de M. Fernet.

De l'influence du traitement antirabique sur l'évolution de l'épilepsie.

M. Gilbert Ballet. — Je présente un malade dont l'histoire semble prouver que le traitement antirabique n'est pas capable d'amener la guérison de l'épilepsie comme on en avait émis l'hypothèse. Ce malade, âgé de 20 ans, a des attaques d'épilepsie depuis l'âge de 12 ans. A 15 ans, ayant été mordu par un chien enragé, il a subi le traitement de la rage par la méthode Pasteur.

Les attaques sont devenues plus fréquentes à la suite du traitement et son état mental s'est beaucoup aggravé. En février 1893, lorsqu'il est entré à l'asile Sainte-Anne, il était dans un état d'obsession intellectuelle qui a persisté pendant un mois environ. Il n'avait que trois ou quatre attaques épileptiques depuis le mois de février. Depuis le mois d'avril il a pu travailler d'une façon régulière.

Je ne pense pas que l'aggravation constatée après le traitement puisse lui être attribuée. Je crois qu'il y a eu là une simple coïncidence, mais qui prouve bien, en tout cas, contrairement à ce que l'on a dit, que le traitement antirabique n'exerce pas une influence favorable sur l'épilepsie.

Etiologie et prophylaxie du typhus.

M. Netter. — M. Chantemesse a invoqué, en faveur de la transmission pulmonaire du typhus, des faits anatomiques, cliniques et épidémiologiques.

Les premiers tiennent dans la fréquence des altérations pulmonaires et pharyngées dans le typhus : tous les auteurs qui ont comparé le typhus à la fièvre typhoïde ont dit les altérations des voies aériennes plus fréquentes dans la fièvre typhoïde. On ne saurait considérer ces altérations comme témoignant en faveur de l'infection pulmonaire dans le typhus, sans admettre en même temps que ce mode d'infection doit être de règle dans la fièvre typhoïde et, cependant, M. Chantemesse admet, avec raison, dans celle-ci, un tout autre mode d'infection, alors que l'agent de la fièvre typhoïde a été souvent trouvé par lui dans le poumon.

Le principal argument épidémiologique est fourni par quatre personnes qui auraient contracté le typhus dans une salle où séjournaient des vagabonds couchant habituellement sur le parquet. Mais la personne la plus exposée à inhaler les poussières de crachats, le garçon de salle qui balayait le parquet de la Chambre correctionnelle n'a pas pris le typhus, et les personnes contaminées : un avocat, un attaché au parquet, un commissaire de police, exerçaient des professions pouvant les mettre en rapport avec la clientèle normale des hôpitaux de typhiques. Si les produits de l'expectoration jouaient le rôle important qu'on leur attribue, les infirmiers et les religieuses seraient moins exposés à la contagion que les malades séjournant constamment dans les salles communes, et c'est absolument le contraire, ainsi que je l'ai fait remarquer précédemment. La théorie pulmonaire ne saurait expliquer non plus comment les cas de typhus restent isolés dans les familles aisées au rebours des familles pauvres. Dans les classes aisées la transmission de la tuberculose par les crachats desséchés est cependant fort commune.

En disant que la contagion du typhus demande ordinairement un contact intime et prolongé avec le typhique ou les objets ayant approché le typhique, je n'ai rien préjugé du véhicule du contage, du mode habituel de la contagion. Je ne pense pas qu'il faille accuser seulement les pellicules, mais je fais la part de toutes les sécrétions et aussi celle du sang, que les parasites peuvent transporter du typhique à l'homme sain. Je ne dis pas non plus que la pénétration se fasse nécessairement au point de contact. Je crois que, bien souvent, celui-ci n'est qu'une première étape de laquelle le contage arrive aux muqueuses plus propices à la pénétration. Je songe surtout aux mains que nous portons si souvent au visage d'une façon inconsciente. Ma manière de voir est tout à fait d'accord avec les fait cités par M. Thibierge qui a montré que le personnel de ses salles a été préservé quand il se conformait aux mesures de propreté et d'antisepsie recommandées.

Le typhus de 1892-1893, dont l'expansion à une grande étendue de territoire contraste heureusement avec le petit nombre de ses victimes, n'a pas été favorisé par une des grandes causes habituelles du typhus : famine, misère, encombrement. Peut-être le réveil, après un sommeil presque séculaire, s'explique-t-il par l'intervention de conditions météorologiques. On se rendrait compte ainsi de l'apparition simultanée du typhus à Kiew, à Tripoli, à New-York et aussi de la coïncidence notée en 1814 et en 1848.

La prophylaxie du typhus tient surtout dans la désinfection et dans les soins de propreté. L'isolement n'est nécessaire que parce que l'une et les autres ne peuvent être obtenus en son absence.

Hospitalisation des étudiants malades.

M. Juhel-Rénoy a lu un rapport sur l'hospitalisation des étudiants malades.

Voici les conclusions de ce rapport qui ont été adoptées après une discussion assez vive :

La commission demande deux chambres dans chaque grand hôpital, une pour les petits, ce qui immobiliserait au profit du

personnel médical un maximum de quarante chambres pour vingt-cinq hôpitaux. A ces quarante chambres il faudrait ajouter les trois places réservées à l'ancien Hôtel-Dieu annexe et qui ne devraient servir que pour les affections contagieuses et épidémiques (choléra, typhus, etc...).

La commission demande, en outre, que le pavillon Davaine, à l'hôpital Lariboisière, composé de sept lits, soit réservé exclusivement aux élèves ayant contracté la diphthérie.

Enfin elle réclame la création d'un bâtiment avec dix chambres d'isolement pour les cas de scarlatine, de variole, d'érysipèle et de rougeole.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 7 juillet 1893.

Tumeur calcaire intra-cérébrale.

M. Villecourt présente le cerveau d'une femme gâteuse morte à l'âge de 65 ans, à la maison de Nanterre; elle avait présenté, quelques jours avant sa mort, de la paralysie des deux jambes. On constata à l'autopsie qu'il existait dans l'hémisphère droit, au niveau du lobe frontal (circonvolution orbitaire), dans la substance blanche, une petite tumeur formée d'une coque fibreuse contenant dans son intérieur des noyaux calcaires.

Ramollissement cérébral.

MM. Reymond et **Weill** ont fait l'autopsie d'un malade, mort dans le service de M. Guyot, à l'âge de 72 ans. Cet homme s'était alité à la suite de difficulté de la marche et de paralysie de la jambe gauche. On voit qu'il existe un foyer de ramollissement ne s'étendant qu'à la substance grise du pied de la première circonvolution frontale et du lobule para-central de l'hémisphère droit. Il n'y avait aucune autre lésion dans le cerveau.

Anévrysme du cœur.

M. L. Lévi rapporte l'observation d'un homme entré dans le service de M. Barth à l'hôpital Broussais, mort à l'âge de 70 ans. Ce malade présentait depuis cinq ans de l'œdème des membres inférieurs. Au début de cette année, il entra avec les symptômes suivants : cyanose, dyspnée, hypertrophie et dilatation cardiaque. Après amélioration par la digitale, il put sortir au bout d'un mois, mais, à peine sorti, il retomba malade brusquement et dut rentrer à l'hôpital récemment. En plus des symptômes précédents, on constata un bruit de galop systolique à la pointe du cœur et des phénomènes douloureux rétrosternaux. Il mourut sous l'influence d'une mauvaise digestion, quelques secondes après une piqûre de morphine.

L'autopsie révéla un épanchement séro-hémorrhagique de 60 grammes environ dans le péricarde. Il existait une symphyse péricardique au niveau de la pointe formant comme une plaque bien limitée. Le cœur hypertrophié pesait 615 gr. On trouva dans le ventricule gauche, à la partie inférieure, une zone de dilatation de 6 centimètres de diamètre environ contenant quelques caillots cruoriques et dont les parois donnaient au doigt une sensation analogue à une coquille d'œuf. Le fond de cette ectasie ventriculaire correspondait à la plaque péricardique. L'aorte, quoique dilatée, n'était pas athéromateuse.

Il s'agit donc là d'une découverte d'autopsie. L'état calcaire du sac anévrysmal indique une lésion ancienne. Les anévrysmes du cœur ont pour cause soit l'athérome des coronaires, soit des lésions d'endocardite, soit enfin des adhérences péricardiques. On pourrait être tenté ici de ramener la cause de l'affection à ce dernier facteur; mais M. Lévi pense qu'il vaut mieux incriminer l'artério-sclérose à cause du grand âge et des lésions de néphrite chronique que présentait le malade.

Monstre double.

MM. Waynbaum et **Legry** présentent les pièces viscérales d'un monstre double expulsé il y a quelques jours. La mère était à son huitième mois de grossesse lorsque le travail commença normalement. Comme au bout de six heures, après la dilatation complète, le fœtus restait à l'orifice interne, M. Waynbaum fit une première application de forceps. Le forceps dérapa : on dut faire une seconde intervention, le tronc fut dégagé et on vit peu de temps après sortir un autre siège et une autre tête. Il s'agissait de deux garçons réunis par la région sternale. On trouvait un seul cordon contenant un nombre double de vaisseaux; les deux veines ombilicales allaient à deux foies réunis par symphyse. Il existait quatre reins, deux rates, deux tubes intestinaux; mais, un mètre environ d'intestin était commun aux deux fœtus. Il y avait quatre poumons, un seul péricarde et un cœur unique. A chaque ventricule, s'adaptaient une aorte et une artère pulmonaire. A chaque oreillette s'adaptaient le système des veines à sang noir et le système des veines à sang rouge du fœtus correspondant. Il n'y avait donc pas un cœur à sang noir et un cœur à sang rouge, mais il y avait un demi-cœur pour tous les vaisseaux d'un seul fœtus. Il eût fallu en résumé un cloisonnement dans chaque cavité pour permettre la séparation du sang artériel et du sang veineux.

Circulation placentaire.

M. Legry a examiné au microscope les vaisseaux sanguins du placenta. Il a constaté qu'il existait dans les différentes coupes du sinus circulaire chez le cobaye et chez la femme de nombreux orifices des vaisseaux capillaires qui font communiquer les cotylédons entre eux.

Cancer du pancréas.

M. Ranglaret présente les pièces d'un homme mort à l'âge de 66 ans, dans le service de M. Ferrand à l'Hôtel-Dieu. Cet homme était entré à l'hôpital le mois dernier, avec tous les symptômes de la cachexie cancéreuse ; il n'existait aucune tumeur appréciable ; l'examen des urines fut négatif. Après amaigrissement progressif et rapide et œdème cachectique, le malade est mort dans le marasme. On ne constata aucune lésion dans l'estomac, l'intestin, l'œsophage, le poumon ; mais on trouva à la tête du pancréas une masse cancéreuse volumineuse. Il y avait une petite ulcération duodénale non cancéreuse au niveau de l'ampoule de Vater. Il y avait aussi quelques ganglions dégénérés autour du pancréas et quelques noyaux dans le foie. M. Ranglaret pense que c'est la localisation dans cette glande importante du tube digestif qui a amené la cachexie progressive et rapide du malade.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES DE MONTPELLIER

Premier semestre 1893.

Indices de réfraction des différentes couches du cristallin.

M. Bertin-Sans a mesuré sur les deux cristallins d'un supplicié âgé de 23 ans les indices de réfraction des diverses couches. Sur le premier, les mensurations ont été terminées 2 h. 35 après la mort ; les indices trouvés sont les suivants, si l'on prend comme indice de l'eau à 0° 1,333 :

Couche externe	1,3845
— moyenne	1,402
Noyau	1,310

Température ambiante 21° C.

Les valeurs sont inférieures à celles trouvées par Woinow chez un enfant de 2 ou 3 ans.

Le second cristallin a été immergé dans de l'humeur vitrée de bœuf et examiné au bout de soixante heures.

Couche externe	1,382
— moyenne	1,402
Noyau	1,4125

Température ambiante, 27°75.

Ainsi, les modifications subies par le second cristallin conservé de la sorte sont très peu sensibles.

Néphro-pyélo-cystite tuberculeuse.

M. Lassalle rapporte l'histoire d'un militaire, âgé de 22 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels particuliers.

Début. Il y a sept mois, sans cause connue, le malade a éprouvé une douleur très vive, durant cinq à six minutes, apparaissant à la fin de la miction, et siégeant à la base du gland.

En même temps, *les mictions sont devenues fréquentes*, le malade urinait 10 fois par jour, 7 à 8 fois la nuit.

Les urines étaient claires : pas d'hématurie.

I a fréquence des mictions a augmenté de plus en plus. Les urines sont devenues louches, au commencement de septembre 1892, spontanément, sans cathétérisme; les douleurs existaient dès cette époque, non seulement à la fin de la miction, avec les caractères sus-indiqués, mais encore avant et pendant la miction : elles avaient leur siège maximum à la base du gland, et présentaient aussi des irradiations du côté de l'hypogastre et du rein droit.

Le traitement employé a consisté dans l'administration des balsamiques, qui n'ont donné aucun résultat.

Il y a trois semaines, *cathétérisme* suivi de lavage de la vessie à quatre reprises différentes : à la suite de ces cathétérismes, il s'est produit une expulsion par l'urèthre de petits caillots sanguins, *mais on n'a jamais constaté d'hématurie abondante.*

Depuis un mois, la malade a perdu l'appétit. — Amaigrissement accentué.

Fièvre, 39°5 le soir; 38°5 le matin pendant huit jours : puis la température a baissé un peu : 38°2 le soir; 38° le matin; céphalalgie, petits frissons superficiels.

Etat à l'entrée. Etat général : Amaigrissement extrême, facies terreux, peau sèche, desquamation épidermique sur toute la surface cutanée.

Température, 39° le soir; 37°7 le matin. Pouls 104, filiforme, pas de sommeil, langue sèche, vomissements spontanés et alimentaires, diarrhée. *Toux peu fréquente, crachats spumeux aérés* dans lesquels l'examen bactériologique n'a pas permis de constater la présence de bacilles tuberculeux. *Rien de particulier à la percussion.* L'auscultation démontre *que la respiration est un peu rude aux deux sommets.*

3° *Etat local* : sensation très nette de corps étranger dans le rectum.

Le malade pisse toutes les cinq minutes le jour et la nuit.

Brûlure très forte dans l'urèthre au passage de l'urine, *douleur très vive* à la base du gland, à la fin de chaque miction, avec irradiations du côté de l'hypogastre et du rein droit.

Urines des 24 heures : *Quantité* 2,000 grammes; D. 1006, alcaline. *Urée* par litre 7 gr. 33, chlorures 4 gr. 9.

Il existe au fond du bocal un dépôt purulent de deux travers de doigt d'épaisseur. Au-dessus de ce dépôt les urines sont louches; pas de sang.

Examen bacillaire négatif.

Après filtration sérieuse, l'urine contient 2 gr. 80 d'albumine.

La région hypogastrique est douloureuse à la palpation.

Le cathétérisme et le lavage de la vessie pratiqués avec la sonde exploratrice de Guyon-Thompson montrent que la cavité vésicale est fortement rapetissée; il n'entre en effet, à chaque fois, que deux ou trois cuillerées de liquide. Pas de calculs. Le bas-fond de la vessie présente des inégalités très nettes.

La prostate est très augmentée de volume, les vésicules séminales n'offrent rien de particulier. Toucher prostatique très douloureux; en certains points le tissu est mou et dépressible; on ne sent ni bosselures ni nodosités.

Douleur très marquée à la palpation des reins, la douleur est provoquée facilement aussi bien en avant, dans la région des flancs, qu'en arrière, au niveau des régions lombaires; les reins sont augmentés de volume, pas de ballottement.

Douleur à la pression sur le trajet des uretères.

Les lavages vésicaux et le traitement interne (acide borique, régime lacté) restant sans résultat, on se décide à intervenir chirurgicalement.

9. *Taille hypogastrique.* Anesthésie des plans superficiels à la cocaïne. L'incision de la peau n'est pas douloureuse.

Pour la continuation de l'opération, on donne de l'éther.

Pas de ballon de Petersen dans le rectum; pas de distension vésicale.

Incision de cinq travers de doigt dépassant le bord supérieur du pubis.

On chemine entre les deux muscles pyramidaux qui sont très développés; une boutonnière est faite sur le péritoine, qui descend très bas, attiré par le tissu inflammatoire périvésical; l'intestin se montre à travers cette boutonnière; suture perdue à la soie sur la séreuse.

Dissection du tissu cellulaire situé en avant de la vessie.

Tour à tour on introduit dans la cavité vésicale par l'urèthre, soit des Béniqué de divers calibres, soit la sonde de Gély. Ce n'est qu'après beaucoup de temps et d'efforts de dissection qu'on peut arriver à sentir la sonde par la plaie hypogastrique : la vessie est située très profondément derrière le pubis.

Section de la vessie au bistouri sur la sonde métallique; saisie de cet organe par deux fils de soie qui sont confiés à un aide.

Quatre points de suture métallique fixent les lèvres vésicales à la partie inférieure de la plaie abdominale; sutures de la ligne d'incision.

Lavage abondant de la vessie avec permanganate à 2/1000.

Pas de tube de Périer à demeure.

Le soir de l'opération, Temp. 38°2; pouls, 120; langue sèche.

La mort arrive le lendemain matin.

Autopsie. — *Testicules, canaux déférents, urèthre* : sains.

Vessie. La plaie opératoire, d'une étendue de 4 centimètres, siège un peu à droite de la ligne médiane.

Le volume de la vessie est réduit à celui d'un gros œuf de poule. Les parois sont épaissies. Colonnes et cellules développées.

Tubercules gris et jaunes disséminés sur toute la muqueuse.

Prostate. Augmentée de volume d'une façon régulière, présente une caverne volumineuse, de laquelle découle du pus caséeux; par places, tubercules crus et ramollis.

Vésicules séminales : saines.

Uretères. Enormément dilatés, à parois très épaissies. Sur la face interne de ces parois existent tout le long du trajet des noyaux tuberculeux disséminés.

Reins. Le rein droit pèse 535 grammes; le rein gauche 465 grammes. Le tiers inférieur *du rein droit* est complètement détruit. Il existe à la place du parenchyme rénal, à ce niveau, une vaste poche contenant du pus caséeux.

Le reste de la substance du rein est creusé de cavernes remplies de pus caséeux, à contours polycycliques, dont les bords taillés à pic présentent une épaisseur de 3 millimètres en moyenne; ces cavernes sont au nombre de six, dont l'une mesure environ 5 centimètres de diamètre, les autres 2 centimètres.

Dans les intervalles de ces cavernes siègent des tubercules jaunes, nettement visibles à l'œil nu.

La surface interne du bassinet présente une large plaque d'infiltration gris jaunâtre.

Le rein gauche présente sept cavernes analogues à celles que l'on trouve sur le rein droit. Infiltration de tubercule dans l'intervalle des ulcérations.

Ganglions lymphatiques, les uns durs, les autres caséeux, sur le trajet des uretères.

Notons enfin que l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein des deux côtés est très développée. — Il existe de la péricystite.

Poumons. Farcis de tubercules à toutes les périodes, sur toute leur étendue.

M. Tédenat a pratiqué la taille chez ce malade pour atténuer les douleurs atroces qui accompagnent la miction et a préféré la taille hypogastrique à cause de l'antisepsie plus facile et parce qu'ainsi il ne s'exposait pas à rencontrer une prostate grosse, des tissus enflammés et des cavités superficielles remplies de pus sur la face vésicale de la prostate.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances de 1892-1893.

De l'hydrorrhée dans les fibromes utérins.

M. Pépin rappelle d'abord la théorie de Trélat qui admet que la muqueuse utérine donne lieu d'abord à un écoulement de sang, puis, lorsqu'elle est devenue lisse et unie, à la formation d'un liquide d'abondance variable et dont l'écoulement peut être intermittent si un polype oblitère l'orifice du col.

Il rappelle ensuite l'observation d'une femme de cinquante-

deux ans atteinte depuis quatre ans d'un écoulement par le vagin, à des époques variables, d'un liquide également variable comme abondance et comme aspect, chez laquelle on fit l'ablation d'un volumineux polype utérin engagé dans le vagin (mort au bout de trois jours par péritonite subaiguë (Trélat). L'autopsie montra que le liquide ne pouvait provenir que de l'utérus.

Il rapporte ensuite deux observations personnelles où il y avait coexistence d'un hydro-salpinx avec la tumeur utérine. Il en conclut que la pathogénie du symptôme hydrorrhée dans le cas de fibrome utérin n'est pas univoque et qu'elle peut prendre sa source dans la paroi utérine (glandes ou capillaires), dans le fibrome (cysto-fibrome, dégénérescence cancéreuse) ou dans un hydrosalpinx.

Traitement chirurgical de la névralgie faciale.

M. Villart a pratiqué à un malade que M. Troquart avait précédemment guéri par la simple résection du bouquet sous-orbitaire, la résection du nerf maxillaire supérieur, du mentonnier et d'une portion du dentaire inférieur. Plus de trois mois après, persistance de la guérison.

M. Troquart fait remarquer que la première intervention a amené une guérison qui s'est maintenue pendant quatre ans.

Brides et adhérences utéro-vaginales.

M. Villar signale des adhérences, non décrites par les auteurs, qu'il a rencontrées chez des nullipares aussi bien que chez les multipares, entre le col utérin et la paroi postérieure du vagin. Si certaines d'entre ces brides sont attribuables à une inflammation antérieure, d'autres ne peuvent être attribuées à une cause appréciable et sont probablement congénitales. Il remarque que dans le cas de métrite chronique avec ulcération, la présence de ces adhérences pourra faire pencher vers le diagnostic d'épithélioma. Il cite un cas à l'appui de cette manière de voir.

MM. Mandillon et **Hirogoyen** ont observé ces adhérences chez des femmes qui avaient subi des cautérisations, soit par les acides, soit par le fer rouge.

Tuberculose buccale et laryngée.

M. Moure présente un homme de quarante ans atteint d'ulcération siégeant sur la muqueuse de la fesse, des lèvres, sur les amygdales. La muqueuse laryngée est boursouflée et l'on ne peut voir les cordes vocales qui sont probablement atteintes de la même affection. L'examen histologique pratiqué par M. Sabrazès a permis d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion. M. Davezac ne trouve pas de traces de généralisation bronchique ou pulmonaire.

De la suppression de la sonde à demeure après l'uréthrotomie interne.

M. Loumeau rappelle les opinions contradictoires qui ont été émises sur ce sujet et rapporte ensuite trois cas où il a supprimé la sonde après l'opération.

I. Homme de 46 ans, très nerveux. Six blennorrhagies antérieures. Rétrécissement périnéo-bulbaire très serré. Dilatation infructueuse et mal tolérée. Uréthrotomie interne entourée de toutes les précautions antiseptiques nécessaires et suivie d'une injection vésicale de nitrate d'argent. Pendant six jours, cuisson légère, miction quelquefois un peu sanguinolente; pas de fièvre. Quinze jours après, la dilatation progressive est instituée.

II. Homme de 36 ans, cultivateur, souffre, en urinant, depuis son enfance. Pas de blennorrhagie antérieure. Depuis dix-huit mois, la douleur est vive, les urines purulentes, atrésie du méat. Le canal donne dans toute sa longueur, à la palpation, la sensation d'une longue tige cylindrique résistante. L'explorateur n° 9 peut traverser l'urèthre antérieur, mais le bulbe n'est franchi que par le n° 6. Accidents fébriles après chaque cathétérisme. Débridement du méat en bas et uréthrotomie. Lavage vésical avec la solution argentine à 2/00, puis instillation vésicale à 1/30 (xx gouttes). Le lendemain, même traitement. Amélioration de l'état général les jours suivants. Dilatation progressive jusqu'au n° 16 que l'on ne peut dépasser.

III. Homme de 32 ans. Trois blennorrhagies, miction difficile. Plusieurs fois, rétention d'urine. Même opération que dans l'observation I, suivie d'un résultat analogue. La dilatation est ensuite poussée jusqu'au n° 20.

M. Troquart estime que l'on ne peut se passer de la sonde à demeure que dans les cas où l'urine est certainement aseptique.

Traitement du lupus par l'électro-chimie.

M. Durodié rapporte, au nom de M. Boisset, l'observation d'une femme de 71 ans, chez laquelle a débuté, il y a trois ans, un lupus qui a son siège à la face interne du bras gauche.

Après avoir consulté des personnes étrangères à l'art de guérir, cette femme a pris l'avis de trois médecins qui ont été unanimes à conseiller une opération immédiate.

Elle vint alors à l'avenue Carnot, chez notre confrère, M. Boisset. Ce dernier, examinant la tumeur, la trouva de la grosseur d'un bel œuf de poule; l'ulcération qui la recouvrait mesurait six centimètres de longueur, trois centimètres et demi en largeur et deux centimètres et demi de profondeur. Du fond des anfractuosités s'écoulait un pus mal lié et sanguinolent, en petite quantité et sans odeur bien accusée. Cette ulcération, de mauvais aspect, reposait sur une base dure, ligneuse et fortement adhérente aux tissus profonds; l'aisselle était bourrée de ganglions volumineux. Avant de commencer le traitement électrique, notre confrère voulut voir s'il ne se trouvait pas en présence d'une gomme syphilitique ulcérée. Il fit donc subir à la malade un traitement antisyphilitique à partir du mois de décembre 1891 jusqu'au mois d'avril 1892. En présence de l'insuccès de la médication, il y renonça d'une façon absolue et, le 2 avril, il commença l'application des courants continus.

L'application de l'électricité a toujours été la même depuis le début jusqu'à ce jour; on a eu constamment recours au courant descendant. Le pôle positif est appliqué sur la tumeur; entre lui et l'ulcération se trouve interposée une éponge ou une serviette fine appliquée dans toute son épaisseur et imbibée d'une solution iodurée. Sur la plaie même, un tampon de gaze iodoformée trempée au préalable dans une solution très concentrée d'iodure de potassium. La plaque du pôle négatif est placée dans un bassin rempli d'eau chaude, dans lequel la malade a sa main plongée. L'action de l'électricité est basée sur la décomposition chimique de l'iodure de potassium et sur les phénomènes de polarisation des tissus. En effet, sous l'influence des courants, la base se porte au pôle négatif, et l'acide, sous forme d'acide iodique, se porte au pôle positif. De plus, à lieu à ce dernier pôle un dégagement considérable d'iode à l'état naissant, lequel jouit d'un pouvoir microbicide et cicatrisant au premier chef. Ces faits sont aujourd'hui prouvés d'une façon incontestable et résultent d'expériences entreprises depuis plusieurs années par MM. Onimus, Tripier, Gauthier, Larrat et Imbert de La Touche, lesquels ont toujours constaté au niveau du pôle positif, après le passage des courants, toutes les réactions caractéristiques de l'iode.

Traitement commencé le 2 avril. Séances de vingt minutes: intensité de 15 à 150 milliampères. Amélioration notable le 8 avril, mais le 12, l'aspect de la plaie est mauvais et la malade a beaucoup souffert, 250 milliamp. Le 29, la tumeur a un peu diminué de volume.

Jusqu'à la fin août, malgré ce traitement, état stationnaire, 400 milliamp. Le 2 septembre, amélioration notable de la plaie, 500 milliamp. Amélioration progressive jusqu'au 23 décembre. La plaie est presque cicatrisée, la tumeur très réduite; disparition des adhérences ainsi que des tumeurs ganglionnaires de l'aisselle. M. Boinet attribue ces résultats à l'action de l'iode à l'état naissant produit par l'action électrique.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un lupus.

M. Arnozan fait remarquer que le diagnostic n'est pas positivement établi. Il eût fallu la présence des bacilles et l'inoculation. D'autre part, il existe encore une ulcération circulaire à base indurée qui ressemble à certains squirrhes mammaires à marche lente.

En présence du résultat incomplet obtenu au prix d'un traitement long et dispendieux, M. Desnous estime qu'il eût mieux valu une prompte ablation.

M. Durodié fait remarquer que la malade s'était refusée à toute opération. D'autre part, un autre examen histologique sera pratiqué.

Psoriasis atypique limité aux ongles.

M. Méneau. — Homme âgé de 62 ans, jardinier. Rhumatismes en 1853, 1863, 1886 ; depuis, douleurs très fréquentes dans les doigts, les genoux ou les pieds. Antécédents héréditaires : affections pulmonaires chroniques. Sa mère avait, en outre, un rhumatisme chronique à un bras.

Au mois d'août dernier, picotement dans les doigts, puis dans les orteils. Dernières phalanges très gonflées et très rouges, siège de cuisson et de démangeaison très douloureuses à la pression. Cet état a duré quinze jours et a diminué progressivement à mesure que la desquamation apparaissait à la racine de l'ongle. Jamais de suppuration.

Actuellement, les ongles présentent une entaille profonde à environ deux millimètres du repli cutané sus-unguéal, en arrière de laquelle l'ongle est déprimé et mou. Repli sus-unguéal gonflé, rouge cuivreux ; repli épidermique porteur d'une desquamation en fines lamelles nacrées. Aux orteils, les lésions du repli sus-unguéal présentent le caractère typique du psoriasis. Au grattage, les ongles présentent une sorte d'onctuosité superficielle, rappelant un peu celle de la stéatite des plaques psoriasiques elles-mêmes.

Ce cas est intéressant par son début (onyxis aiguë), par sa localisation aux doigts et aux orteils, et par les modifications consécutives qui rendent aujourd'hui le diagnostic rétrospectif impossible.

ÉTRANGER

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PEST

Séances des 11 *et* 18 *mars* 1893.

La cicatrisation de la plaie ombilicale.

M. Doctor a fait une série de recherches sur la chute du cordon, a trouvé que le procédé mettant le mieux à l'abri de l'infection consiste à couper très court le cordon (en laissant un tronçon de un cent.) et à ne pas baigner l'enfant jusqu'à la chute complète du cordon. Le cordon doit être fixé par un pansement inamovible.

La plaie ombilicale sécrète ordinairement pendant deux à trois semaines. Dans le cas où la sécrétion persiste plus longtemps, il faut examiner soigneusement la plaie. La sécrétion séreuse indique le plus souvent le fongus ombilical ; la sécrétion purulente doit faire penser à l'infection locale ou générale.

M. Bokai. — Si l'on coupe aussi court le cordon, on l'expose à des tiraillements pouvant provoquer une hémorrhagie secondaire. De plus, en ne donnant pas de bains aux nouveau-nés, on favorise l'apparition de l'intertrigo.

M. Erœss fait observer que sur 1000 nouveau-nés qui n'ont pas été baignés jusqu'à la chute du cordon, il n'y eut pas un seul cas d'intertrigo ni d'infection. C'est l'eau du bain qui contamine l'enfant.

Opération du strabisme chez un hémophile.

M. Ottava. — Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui, opéré du strabisme par la ténotomie, revint le lendemain avec le pansement traversé par du sang. Les paupières et la conjonctive étaient également ecchymotiques. Deux jours après, on trouva une hémorrhagie dans la chambre antérieure de l'œil. L'hémorrhagie ne cessa définitivement que 12 jours après l'opération, mais l'exophthalmie a persisté pendant 6 mois.

Tumeur caverneuse de l'orbite.

M. Fever rapporte un cas de tumeur caverneuse de l'orbite qu'il a extirpé de façon à conserver l'œil. A cet effet, il fit une première incision parallèle au bord libre de la paupière inférieure, et une autre verticale traversant la paupière avec la conjonctive. On put alors aborder la tumeur et l'extirper avec la plus grande facilité.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séance du 17 *mars* 1893.

Opération césarienne.

M. Fischer rapporte un cas d'opération césarienne chez une rachitique de 31 ans, primipare, opérée par le professeur Rosthorn à la fin de la grossesse. Le rétrécissement de tous les diamètres du bassin était tel qu'on ne pouvait guère songer à faire la symphyséotomie.

L'opération, faite au moment où la tête était déjà fortement engagée dans le petit bassin, a présenté les particularités suivantes : 1° insertion du placenta à la paroi antérieure de l'utérus ; 2° difficulté d'extraction de l'enfant à cause de l'engagement profond de sa tête.

La plaie utérine fut fermée par neuf sutures musculaires et onze séro-séreuses.

Suites opératoires des plus simples pour la mère et l'enfant.

A noter encore que l'engagement profond de la tête était une véritable surprise, car la femme, en observation depuis quelques jours, n'avait pour ainsi dire pas eu de douleurs.

Myomectomie.

M. Fischl présente une malade âgée de 50 ans à laquelle il a fait l'extirpation d'un fibro-myome utérin. La tumeur, bien que petite, était très douloureuse et provoquait des métrorrhagies sérieuses, et c'est pour cela que M. Fischl crut devoir faire l'opération malgré l'âge de la malade.

Quant au manuel opératoire, M. Fischl modifia légèrement le procédé classique. Le ligament large ne fut incisé que dans sa partie supérieure après les ligatures d'usage. Plus profondément, la section était faite tout près de l'utérus, de sorte qu'on n'a eu à lier que les petites branches de l'utérus. Les noyaux myomateux une fois énucléés, on fit l'hystérectomie sus-vaginale, et le pédicule, qui ne saignait plus, fut traité par le procédé rétropéritonéal. Guérison rapide.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE STYRIE

Séance du 24 *avril* 1893.

Hernie du cerveau.

M. Wœlfler a présenté un enfant auquel il avait fait une opération autoplastique pour une perte de substance du crâne.

Cet enfant avait présenté, à la suite d'un traumatisme, une perforation du crâne avec hernie du cerveau. On sutura la peau par dessus dans l'espoir que la perte de substance se comblerait par des ostéophytes. Il n'en fut rien, et on fut obligé de recourir à l'ostéoplastie. L'opération faite en deux temps, ne présenta rien de particulier.

M. Elsching fait observer que le commencement de névrite optique double qu'avait présenté l'enfant a disparu depuis l'opération.

Nota sobra el tratamiento de las intermittentes palustres por el azul de metilina, par Matienzo (de Mexico).

Le bleu de méthylène exerce dans les fièvres intermittentes une action antipériodique sûre et rapide, en faisant cesser les accès, dans la plupart des cas. Il pourra être employé comme un succédané efficace de la quinine dans les nombreux cas de la pratique où celle-ci est contre-indiquée ou dans ceux, aussi fréquents, qui se montrent rebelles à son action. Dans les formes graves de l'infection palustre, surtout dans les manifestations pernicieuses, la quinine restera toujours le médicament de choix.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le sérum diphthéritique dans la diphthérie dite septique, par le Dr Behring.

De temps en temps, je suis obligé de revenir sur certains points de la sérothérapie dans la diphthérie, le tétanos, le choléra. Les questions qui ont été soulevées par cette nouvelle méthode sont très variées. Aujourd'hui, je désire seulement démontrer que, comme le sérum tétanique dans le tétanos, le sérum diphthéritique n'agit que contre le poison diphthéritique et les lésions qu'il provoque.

Quand un médecin constate que le pronostic est particulièrement grave dans la diphthérie à caractères septiques, il ne faut pas oublier que les phénomènes septiques en question sont provoqués par les processus de putréfaction qui ont lieu dans la cavité buccale et nasale et que putréfaction et gangrène *ne sont pas provoquées par le bacille diphthéritique* ou ses produits, mais par un autre agent. Nous pouvons être certains que la stomatite gangréneuse, caractérisée par la destruction de la muqueuse buccale et la fétidité de l'haleine, n'a rien à faire au point de vue étiologique avec la diphthérie. Les phénomènes en question peuvent être très efficacement combattus, principalement par le chlorate de potasse et l'iodoforme, *mais le sérum diphthéritique n'exerce sur eux le moindre effet curatif.*

Plus grave encore est la situation quand la diphthérie se complique de pyohémie. Aujourd'hui, il est définitivement établi par des recherches innombrables que, spécialement dans la diphthérie infantile, le caractère pyohémique est provoqué non pas par des bacilles diphthéritiques, mais par des *streptocoques.* Ce sont les streptocoques pathogènes qui donnent à la diphthérie une physionomie particulière d'empoisonnement du sang avec fièvre élevée rémittente ou intermittente et sans gangrène buccale ni fétidité de l'haleine. Les types de cette forme sont très variables et présentent des degrés de transition multiples. Tantôt il s'agit de streptocoques extrêmement virulents qui envahissent le sang et tuent rapidement le malade sans produire de lésions locales dans les organes ni à la porte d'entrée; tantôt la mort ne survient qu'au bout de quelques jours, et, à l'autopsie, on trouve des lésions du rein, du foie, des poumons, etc. Dans un troisième groupe, le pronostic est moins mauvais et ce sont les bronchites et les broncho-pneumonies qui sont la cause de la fièvre continue, de la dyspnée et des phénomènes alarmants. La forme la moins grave est celle où les streptocoques envahissent les ganglions sous-maxillaires; cette adénopathie considérable à streptocoques se ramollit contrairement à la petite adénopathie diphthéritique, et si l'on donne largement issue au pus, on voit l'enfant se rétablir rapidement.

Contre toutes ces complications, le sérum diphthéritique, qui est un spécifique contre le bacille diphthéritique et ses produits toxiques, n'exerce pas la moindre action. Un médecin qui, après s'être servi de mon sérum dans une épidémie de diphthérie, arriverait à conclure sceptiquement que « le sérum diphthéritique échoue comme tous les autres médicaments contre la diphthérie septique », serait dans le vrai; seulement il ne faut pas oublier que j'ai préconisé mon sérum spécifique exclusivement contre le bacille diphthéritique et ses toxines.

Je reviens donc à la diphthérie septique et à la diphthérie pyohémique.

Quant à la première, la gangrène de la bouche qui la caractérise est facile à éviter et à guérir. Elle s'observe surtout chez des enfants mal soignés, avec des dents cariées, des croûtes dans le nez et le naso-pharynx. C'est de là que part la septicémie souvent mortelle. Mais, comme je viens de le dire, un traitement local par le chlorate de potasse ou l'iodoforme, sous forme de lavages, de gargarismes, d'insufflations, fait disparaître cette complication.

Il va donc de soi que tous ces moyens doivent être employés à côté du sérum dans une diphthérie septique.

Quant à la septicémie streptococcique survenant dans le cours de la diphthérie, il faut savoir que, jusqu'à présent, nous sommes désarmés contre elle aussi bien dans la diphthérie que dans les autres maladies. Mais cela ne veut pas encore dire qu'il ne nous reste qu'à nous croiser les bras. *Songeons seulement que cette infection peut être évitée*, et pour nous en convaincre, il suffit de jeter un regard sur les progrès accomplis sous ce rapport en chirurgie.

Il fut un temps où toutes les femmes accouchées et toutes les opérées avaient des chances considérables de succomber à l'infection streptococcique. On a démoli les vieilles salles de chirurgie et on a créé une atmosphère chirurgicale générale dans laquelle les opérations peuvent être faites sans exposer les malades à l'infection. Eh bien, la même réforme doit être faite pour les hôpitaux où on soigne les maladies internes, non chirurgicales.

J'ai pu notamment constater un certain nombre de faits très instructifs sous ce rapport.

Tout d'abord, il est un fait certain qu'en ville les diphthéries avec complications streptococciques malignes sont bien plus rares que dans les hôpitaux.

Un autre fait très remarquable, est que les lésions produites par le streptocoque et constatées à l'autopsie varient avec chaque hôpital. Ainsi, à l'Institut pour les maladies infectieuses, où tout est fait de façon à éviter les infections, on n'observe jamais des cas « septiques », analogues à ceux qui se rencontrent journellement dans les autres hôpitaux. On observe certainement dans nos baraques des complications septiques, parce que les malades arrivent souvent déjà secondairement infectés. Mais quand l'infection secondaire se déclare à l'Institut même, on fait une enquête sur ses causes et on prend les mesures en conséquence.

Quoi qu'il en soit, il est évident que mon sérum aura moins de succès dans un hôpital où la diphthérie septique et pyohémique est fréquente que dans notre Institut. Et la conclusion pratique à en tirer, c'est qu'une salle dans laquelle on aura observé plusieurs cas d'infections accidentelles, graves ou mortelles, pyohémiques ou septiques, doit être fermée sans même s'arrêter aux considérations de l'enseignement clinique.

Mais la gravité de la diphthérie ne tient pas toujours aux infections secondaires. *Il y a des diphthéries graves de par le bacille diphthéritique seul, et ces cas peuvent guérir par mon sérum spécifique.*

Et pour comprendre la valeur d'un tel traitement, nous n'avons qu'à jeter un regard sur la chirurgie.

Quand chez un diphthéritique nous faisons par le sérum spécifique disparaître un phénomène grave, presque mortel, tenant à l'action des toxines diphthéritiques, nous faisons de la thérapeutique étiologique au même titre qu'est thérapeutique étiologique l'opération césarienne quand l'enfant ne peut sortir par les voies naturelles, ou l'extraction des débris placentaires ou la laparotomie pour volvulus ou hernie étranglée.

La possibilité ou plutôt la nécessité de remplir ces indications étiologiques, qu'il s'agisse des intoxications ou des corps étrangers menaçant la vie, que ce soit par une thérapeutique antitoxique ou chirurgicale, est admise par tout le monde quand même cette intervention ne met

pas après le malade à l'abri de tous les dangers. Le chirurgien, l'accoucheur, le gynécologue interviennent sans se soucier des infections ultérieures qu'ils savent aujourd'hui éviter.

Malheureusement il n'en est pas de même en médecine. Si l'on désire que le traitement spécifique réussisse, il faut mettre le malade à l'abri des infections secondaires. Il faut que, comme le chirurgien, le médecin ne puisse encourir le reproche de n'avoir pas tout fait pour éviter l'infection de son malade.

Or nous savons que les meilleurs milieux de culture des micro-organismes extrêmement virulents sont actuellement les hôpitaux et les salles qui ne sont pas soigneusement désinfectés de tout en tout après l'apparition des septicémies et des pyohémies. Si quelqu'un considère comme un pur hasard malheureux les suppurations et la fièvre dans les processus tuberculeux et diphthéritiques, il ne comprendra jamais l'importance de la nosologie étiologique (1).

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE

44e *réunion annuelle tenue à Milwaukee les* 6, 7 *et* 8 *juin* 1893.

Section de chirurgie et d'anatomie.

Occlusion intestinale.

M. Ochsner. — Je désire vous rapporter trois cas d'occlusion intestinale aiguë.

1er cas : Un enfant de 2 ans tomba et se heurta la région cæcale; il eut des douleurs pendant quelques jours, puis il fut pris de fortes douleurs spasmodiques avec des nausées, des vomissements; pas de selles. On fit le diagnostic d'invagination; on fit l'opération et on trouva l'appendice iléo-cæcal formant une constriction autour de l'iléon et ayant amené une invagination. On fit la réduction et on réséqua l'appendice. L'enfant guérit rapidement.

2e cas : Un homme de 32 ans tomba dans un fossé et ressentit une douleur dans la région inguinale gauche. Deux jours après, survint du météorisme; il y eut des douleurs abdominales, des nausées, de la constipation. Il y avait une tuméfaction globuleuse dans la partie inférieure de l'abdomen; on fit le diagnostic de volvulus et on opéra. L'S iliaque était énormément dilaté; on introduisit un tube par l'anus pour enlever une grande partie du gaz produisant cette distension. Guérison complète.

3e cas : Un homme de 81 ans fut brusquement pris de symptômes de choc; le malade éprouvait une douleur intense au niveau de l'ombilic; on crut à une colique hépatique. Puis il survint du météorisme, des nausées; des vomissements d'abord alimentaires puis stercoraux apparurent successivement. On fit une laparotomie et on trouva une anse d'intestin grêle engagée dans le diverticulum de Meckel. Les adhérences étaient si solides qu'on dut appliquer des ligatures et couper entre celles-ci. Les vomissements continuèrent après l'opération et le malade mourut.

Hydronéphrose et pyonéphrose.

M. Fenger. — Dans l'hydronéphrose et la pyonéphrose, il y a une obstruction quelconque. Beaucoup de cas d'hydronéphrose intermittente sont dus à une insertion oblique de l'uretère dans le bassinet: il se forme alors une véritable valvule. Dans ces cas, je fends la valvule et j'en suture les bords après avoir ouvert le bassinet. L'hydronéphrose et la pyonéphrose sont aussi dues à des rétrécissements de l'uretère, résultant d'urétérite ou de traumatisme indirect. Dans un cas de pyonéphrose survenue deux ans après une chute, j'ai fendu longitudinalement le rétrécissement de l'uretère, puis j'ai suturé de façon à convertir mon incision longitudinale en une incision transversale. La guérison a été complète. La meilleure incision pour cette opération est l'incision lombaire allant de la 12e côte à la crête iliaque et prolongée ensuite jusqu'au milieu du ligament de Poupart, ce qui permet d'arriver facilement sur les deux tiers supérieurs de l'uretère. Le tiers inférieur peut être atteint par la résection sacrée. Quand on fait la néphrotomie, il reste une fistule dans 45 0/0 des cas. On doit aussi éviter la néphrectomie, car on ignore l'état de l'autre rein.

Opérations sur la vésicule biliaire.

M. Murphy. — La vésicule biliaire a pour fonction de régulariser la pression dans les conduits biliaires; elle joue le rôle de la chambre à air dans la pompe à vapeur. Ce qui le prouve, c'est que, d'une part, la bile de la vésicule est plus concentrée que celle des conduits et, d'autre part, jamais, dans une opération sur un animal sain, on ne trouve que la vésicule est vide. Les états pathologiques de la vésicule réclamant une opération sont surtout la lithiase biliaire, la cholécystite, le carcinome de la tête du pancréas, les néoplasmes des conduits biliaires, le carcinome de la vésicule et le traumatisme. Toutes ces opérations nécessitent la laparotomie; en effet, dans 25 cas la ponction simple a amené la mort chez un quart des sujets; les parois de la vésicule sont, en effet, épaisses et peu contractiles et le trou de la ponction ne se rétracte pas. Vingt-trois cas d'incision avec drainage ont donné une mortalité de 18 0/0. Dans 59 cas de cholécystotomies pratiquées en deux séances, la mortalité a été de 10 0/0. Dans 201 cas où l'opération a été pratiquée en une séance, la mortalité a été de 25 0/0 et dans plusieurs des cas qui ont guéri une fistule a persisté. Je conseille, dans tous les cas où la cholécystotomie est indiquée, de pratiquer la cholécystentérostomie, qui permet de fermer complètement la plaie abdominale et qui ne nuit pas à la digestion, puisqu'elle permet l'écoulement de la bile dans l'intestin.

Morve chronique.

M. Holmes. — Chez l'homme, la morve est aiguë ou chronique : aiguë, elle amène la mort en 3 ou 4 mois; chronique, elle peut être suivie de la guérison au bout de 3 ou 4 ans. J'ai eu à soigner un cas de morve chronique chez un fermier de 22 ans, qui avait soigné des chevaux morveux. Il remarqua sur son doigt une ulcération qu'on attribua d'abord au charbon; il y eut d'abord une douleur aiguë et brûlante. Cet homme a fini par guérir.

Opération pour les varices.

M. Laplace. — Cette opération consiste à lier la saphène interne à son embouchure et la saphène externe entre l'extrémité supérieure des deux gastrocnémiens. On ordonne ensuite le repos, le membre étant élevé et enveloppé dans de la ouate. Le malade peut se lever au bout de deux ou trois semaines. Dans 70 cas, j'ai obtenu de bons résultats.

Extirpation des anévrysmes.

M. Ransohoff. — J'ai traité 2 cas d'anévrysmes par l'extirpation et je suis arrivé aux conclusions suivantes : 1° l'extirpation est l'opération idéale; 2° dans les anévrysmes de l'avant-bras et de la jambe, c'est la seule méthode à employer; 3° on doit l'employer quand les anévrysmes augmentent rapidement de volume et que la rupture est imminente; 4° dans les anévrysmes traumatiques récents, on doit lier le vaisseau au-dessous et au-dessus de l'anévrysme et, s'il y a un sac, il faut l'enlever; 5° quand les autres méthodes ont échoué, il faut recourir à l'extirpation; 6° les anévrysmes artério-veineux sont justiciables du même traitement; 7° la ligature peut être effectuée quand l'âge du malade, le siège de l'anévrysme ou toute autre cause contre-indiquent l'extirpation.

Section de médecine.

Endocardite infectieuse.

M. Stockton. — Il y a quelques années, on considérait l'endocardite comme une inflammation simple de l'endocarde. A la suite des travaux d'Osler, en 1885, il devint évident que l'endocardite est de nature infectieuse et on reconnut des

(1) D'après *Deutsche med. Woch.*, 8 juin 1893, p. 543.

endocardites chroniques, aiguës, malignes et ulcéreuses. L'endocardite rhumatismale paraît être aussi de nature infectieuse. L'endocardite peut être produite par les causes les plus diverses; sa marche est aussi très variable. L'endocardite ulcéreuse est généralement due à un microbe qui, consécutivement à une autre maladie qu'il a provoquée, envahit l'endocarde. Cependant, quelques microbes paraissent capables de produire l'endocardite chez un sujet d'ailleurs sain. Le bacillus coli communis a, dans certains cas, provoqué une endocardite. Dans un cas rapporté par Howard, dans le *Johns Hopkins Hospital Bulletin* d'avril 1893, l'endocardite a été produite par le bacille de la diphthérie, bien que le sujet ne fût nullement atteint de cette maladie. Certains microbes envahissent de préférence la valvule mitrale, d'autres les valvules aortiques. D'après Sænger, les valvules à l'état pathologique contiennent des vaisseaux dans lesquels on trouve des colonies microbiennes, de sorte que le processus peut être primitivement intra-valvulaire. Mais le plus souvent la maladie débute par la surface des valvules. D'après Rian, les microbes aérobies vivent mieux du côté gauche dans le sang artérialisé, et les microbes anaérobies préfèrent le côté droit où le sang n'est pas oxygéné. Certains cas d'endocardite maligne guérissent; aussi ne doit-on pas appeler endocardite simple toute endocardite qui guérit.

M. Truax. — J'ai vu 13 cas d'endocardites ulcéreuses tous terminés par la mort. Je crois que presque toujours cette affection se présente comme complication d'une autre maladie.

M. Didama. — On connaît les expériences de Richardson qui, par les injections d'acide lactique, produisait non seulement du rhumatisme articulaire, mais encore de l'endocardite. Le fait que l'endocardite est cinq fois plus fréquente à gauche qu'à droite semble montrer que l'infection se fait par les voies aériennes. La plupart des microbes trouvés dans l'endocardite ne sont pas spécifiques de cette affection.

Traitement de la pneumonie.

M. Washburn. — La mortalité de la pneumonie augmente dans notre pays depuis que le traitement consiste dans l'expectation. On doit s'efforcer de maintenir les fonctions du système nerveux. L'alcool agit non comme un stimulant, mais comme un sédatif; son usage n'est que mauvais dans la pneumonie. La strychnine est préférable, car elle excite la sensibilité nerveuse et les centres respiratoires, ainsi que les ganglions cardiaques.

M. Ross. — J'ai vu l'emploi de la nitro-glycérine donner d'excellents résultats.

M. Jenks. — Je crois que si l'on trouve que la mortalité de la pneumonie a augmenté, cela tient à ce qu'il y a 50 ans, l'auscultation était ignorée et beaucoup de malades mouraient de pneumonie sans qu'on sût de quelle maladie ils étaient atteints. Le calomel est indiqué dans le traitement de la pneumonie. Quand le pouls se maintient bien, rien n'est meilleur que l'association de la nitro-glycérine à la strychnine et à la digitale.

M. Reyburn. — Chez les sujets forts, la saignée est indiquée; l'aconite et la vératrine sont utiles. Dans d'autres cas, il faut recourir à la strychnine, la digitale, aux sels d'ammonium et à l'alcool.

M. Babcock. — Je prescris, entre autres médicaments, la quinine et l'alcool qui est à la fois stimulant et sédatif.

Pleurésie purulente métapneumonique.

M. Babcock. — La pleurésie purulente est toujours due à des microbes qui peuvent être assez divers. Souvent elle est consécutive à une autre maladie, principalement la pneumonie et la grippe. On peut établir quatre types de pleurésie purulente :

1° Pleurésie purulente méta-pneumonique, indépendante ou liée à une pneumonie; 2° une forme pyohémique, consécutive à une inflammation locale ou à une infection constitutionnelle; 3° une forme tuberculeuse; 4° une forme gangréneuse. Le pronostic est bénin, quand la pleurésie est produite par des pneumocoques.

Erysipèle.

M. Anders. — Le maximum des cas d'érysipèle se trouve en avril; d'avril en août, il y a une décroissance graduelle dans le nombre des cas, et il y a un minimum en août. L'érysipèle paraît être plus fréquent chez les sujets jeunes. Sur 1,787 cas, 1,239 appartiennent au sexe masculin et 548 au sexe féminin. Très souvent, l'érysipèle a pour point de départ de petites plaies ou des contusions de la face ou de la tête. Ce n'est que dans 7-8 0/0 des cas que l'affection a été secondaire à une maladie chronique. Les prédispositions indi viduelles ou familiales sont rares. La durée moyenne dans plus de 1,000 cas a été de 25 jours. Les rechutes surviennent dans 10 0/0 des cas.

M. Hare. — Il faut en général se défier des moyennes; c'est ainsi que si on additionne tous les âges et qu'on divise le résultat par le nombre des malades, on obtient un âge très différent de celui qu'indique l'observation comme étant le plus fréquemment atteint par la maladie. La plus grande fréquence de l'érysipèle chez l'homme est due à ce que ce dernier est plus exposé aux traumatismes.

Examen de l'estomac.

M. Einhorn. — Mon appareil se compose d'un tube en caoutchouc auquel est fixée une lampe Edison. Ce tube peut être facilement introduit dans l'estomac; on verra alors à travers l'abdomen les contours de l'estomac. Le danger qui consisterait à voir la lampe se briser est à peu près nul; il faut faire avaler au patient de l'eau pour distendre l'estomac dont les parois sont normalement accolées.

Coup de soleil.

M. Eichberg. — La pathogénie du coup de soleil n'a pas encore été établie; on sait cependant qu'il s'agit d'un trouble du centre régulateur thermique. Le traitement consiste dans des applications froides, l'administration de la digitale ou une injection hypodermique de digitaline pour stimuler le cœur; on fera cette injection avant de placer le malade dans un bain froid. Le grand danger consiste dans la faiblesse du cœur, comme le prouvent la lividité de la peau, la congestion pulmonaire, la dilatation des veines et la flaccidité du cœur droit. Cette faiblesse est due à une modification chimique du muscle cardiaque et du tissu musculaire des vaisseaux, modification qui se produit avec une rapidité surprenante. La température du sang s'élevant, il en résulte des troubles dans les divers organes et particulièrement du côté de l'encéphale; on voit en effet survenir des convulsions et du coma. Les applications froides à la surface du corps abaissent la température du sang. La digitale abaisse aussi la température, probablement en agissant sur le centre thermique. La mort résulte d'une lésion du système grand sympathique. Le traitement doit être constitué le plus rapidement possible, la mort pouvant survenir en quelques minutes.

M. Ross. — On supporte facilement des températures élevées si l'air est sec, et les insolations sont rares dans les pays chauds et secs. Quand la peau est propre et que le système vaso-moteur fonctionne bien, on est moins prédisposé à l'insolation. La prophylaxie consiste dans des soins de propreté et l'éloignement de toute cause d'épuisement mental ou physique. Les antiseptiques sont non seulement inutiles, mais dangereux; ils peuvent amener la faiblesse du cœur et ils ont une influence destructive sur les corpuscules sanguins. On aurait tort d'entourer complètement le malade de glace, en raison de l'effet dépressif du shock qui en résulte. La température du bain doit être de 45° à 50° et le malade doit y être plongé pendant deux ou trois minutes; la tête doit être rafraîchie aussi rapidement que le tronc. Il faut ensuite frictionner la peau avec une serviette rude. Puis on recommence le tout. L'atropine, l'éther sulfurique, le camphre et la strychnine sont indiqués suivant les circonstances. La température baisse d'un degré toutes les dix minutes ou toutes les quinze minutes. On ne prescrira comme alimentation que des liquides et des farineux et on évitera toute nourriture pouvant provoquer de la chaleur.

M. Hare. — Je crois que le danger dans l'insolation provient de troubles du système nerveux. Wood a montré qu'aussitôt après la mort le cœur est en systole complète et ne se dilate que quelque temps après la mort.

Goître exophthalmique.

M. Ferguson dit avoir traité plusieurs cas de goître exophthalmique par le strophanthus, et avoir obtenu des améliorations qui ont persisté.

M. Hare. — Les cas sont variables, car je n'ai jamais obtenu d'amélioration par le strophanthus et le plus souvent je n'ai provoqué que de la diarrhée.

M. Anders. — Le strophanthus seul ne donne aucun résultat. Mais, quand il y a de l'arhythmie, une combinaison de strophantus et de digitale régularise les battements du cœur mieux que chacun de ces médicaments employé seul.

ASSOCIATION CHIRURGICALE AMÉRICAINE

Buffalo, N.-Y., 30, 31 *mai et* 1er *juin* 1893.

Hypertrophie et dégénérescence des cicatrices et des tissus cicatriciels.

M. Warren. — Les lymphatiques et les nerfs sont rares dans les cicatrices. Les cicatrices disparaissent rarement complètement. Elles persistent comme des lignes très fines, blanches, ou quelquefois comme des bandes; elles grandissent avec le reste du corps. Un de leurs caractères est leur tendance à la rétraction. Pendant la guérison cette propriété est utile, mais elle produit ensuite des difformités. Cette rétraction est due à une résorption du tissu de néoformation. Les cicatrices peuvent devenir douloureuses. Leur hypertrophie forme les chéloïdes. Les chéloïdes vraies sont très rares. La carcinose des cicatrices n'est pas rare; leur dégénérescence calcaire a été signalée. Leur suppuration n'est pas rare et est due soit à une réinfection, soit à un réveil des spores qui longtemps sont restées à l'état latent. La forme de récidive la plus fréquente est la tuberculose. On fera tout pour éviter le développement du tissu de cicatrice : on aura recours à des sutures animales ou à des sutures très superficielles. On a recommandé la compression. Les cicatrices pigmentées dues à la poudre de chasse peuvent disparaître si on les brosse avec une brosse à ongles trempée dans l'éther.

Contre les chéloïdes, qui récidivent avec une désespérante facilité, on a préconisé l'excision, la compression, l'inoculation du virus de l'érysipèle, la greffe de Thiersch.

M. Fowler. — Les chéloïdes étant plus fréquentes à la suite des plaies qui ont beaucoup suppuré, il est probable qu'elles ont une origine microbienne.

M. Mc-Lane Tiffany. — Je n'ai jamais vu de chéloïdes non cicatricielles. Chez les nègres cette maladie est sujette à rétrocéder à partir de l'âge de 40 ans.

Chirurgie de la vésicule biliaire.

M. Richardson. — Il est rarement possible de guérir ou même de soulager les malades atteints de néoplasme de la vésicule biliaire ou des conduits biliaires. Les opérations sont rarement indiquées dans tous les cas d'obstacle chronique au cours de la bile non dû à des calculs. Une vésicule biliaire peut contenir de nombreux calculs et ses fonctions peuvent avoir complètement disparu sans qu'il existe aucun symptôme. L'occlusion du canal cholédoque cause un ictère généralisé et peut amener la mort. La vésicule et les conduits biliaires se distendent; il y a souvent perforation avec écoulement de la bile dans la cavité péritonéale et mort du sujet. La guérison spontanée peut être consécutive à une perforation dans l'intestin.

Il faut éviter les opérations exploratrices. Dans certains cas, le diagnostic de cancer s'impose assez pour qu'on refuse toute intervention. Les calculs limités à la vésicule biliaire étant ceux qui réclament le plus souvent l'intervention, la cholécystotomie est l'opération hépatique la plus fréquente. La vésicule peut être suturée à la plaie et incisée en une séance ou son incision peut être différée d'un ou 2 jours. Quand la vésicule est rétractée et que le fond ne peut pas être amené au niveau de la plaie abdominale, il faut faire l'incision immédiate avec le drainage ou l'extirpation. L'extirpation ne doit être faite que si la vésicule se laisse facilement séparer des tissus environnants. Même après l'extirpation, le drainage et le tamponnement à la gaze sont nécessaires. A l'état sain, le canal hépatique ne peut pas être exploré. Quand il est dilaté, on peut quelquefois saisir les calculs qu'il contient; d'autres fois il faut recourir à l'incision. Après une occlusion apparente il arrive quelquefois que le canal cystique redevient perméable aussitôt après l'ouverture de la vésicule. Les opérations sur le canal hépatique et le canal cholédoque sont indiquées quand ils renferment des calculs que rien ne peut enlever. On peut quelquefois fermer les incisions à l'aide de sutures; mais d'autres fois c'est impossible et il faut recourir au drainage et au siphonnage. Dans les cas d'occlusion chronique, organique, non calculeuse, il faut faire la cholécystentérostomie. On se servira pour cela des plaques de Senn ou des boutons de Murphy. Le point essentiel est de faire l'ouverture assez grande pour en assurer la permanence. Les occlusions siégeant dans le canal hépatique au-dessus du canal cystique ne peuvent être guéries si ce n'est quelquefois par formation d'une fistule. A la suite des cholécystotomies, extirpation et opérations sur les conduits biliaires, la guérison survient souvent.

M. Mears. — J'ai vu un cas d'occlusion par calcul biliaire simuler une fièvre paludéenne. Le calcul fut repoussé dans le duodénum et le malade guérit.

M. Carmalt. — J'ai fait en 1886 une cholécystotomie chez un malade qu'on avait déjà opéré pour ce qu'on croyait être un rein flottant. Je trouvai la vésicule distendue par la bile et le canal cystique occupé par un calcul; je levai l'obstacle, je fermai la vésicule et le malade guérit.

M. Mc-Graw. — Dans les cas de cholécystentérostomie, ou d'anastomose intestinale, l'ouverture faite dans l'intestin se rétracte souvent dans la suite par formation de cicatrice. Pour éviter cela, au lieu d'une simple incision dans la vésicule, il faut faire des lambeaux et unir entre elles les surfaces péritonéales.

M. Prewitt. — Dans un cas, j'ai opéré pour un rein flottant et j'ai trouvé une vésicule biliaire distendue. Je refermai l'incision lombaire et j'ouvris la paroi abdominale antérieure; je trouvai un calcul cystique, je ne pus le déloger et j'établis une fistule; je fis plus tard une autre opération, au cours de laquelle je ne pus avoir le calcul que par morceaux à l'aide de la curette.

Traitement des anévrysmes du cou, du thorax et de l'abdomen.

M. Nancrede. — Les anévrysmes du cou doivent être traités par le repos et un régime approprié. La compression proximale doit toujours être faite quand elle est possible. Quand les parois de l'artère sont relativement saines, on peut faire la ligature du bout central. Les anévrysmes cervicaux spontanés ne doivent pas être traités par l'excision.

Les anévrysmes thoraciques doivent aussi être traités par le repos et le régime; on fera la compression distale et, si elle échoue, la ligature au delà.

Les anévrysmes de l'abdomen doivent aussi être traités par le repos au lit avec la compression proximale et distale, quand elle est possible.

Chirurgie du rectum.

M. Gerster. — Chez les sujets atteints d'hémorrhoïdes récentes et peu développées, la déplétion du système porte par les salins est souvent suffisante. Dans le cas d'opération, je donne la préférence au thermocautère.

L'opération de Whitehead ou de Lange doit être réservée pour les cas plus graves avec prolapsus.

J'ai traité 118 cas de fistules à l'anus qui ont guéri en moyenne en 18 jours; le temps est assez court, ce qui est à remarquer; j'ai toujours excisé la membrane pyogénique de la fistule et j'ai ensuite suturé au catgut.

Parmi les 49 cas d'abcès ischio-rectaux que j'ai soignés, j'ai vu des formes graves de phlegmon destructif.

J'ai traité les ulcères du rectum par l'excision et la suture.

J'ai eu 11 cas de prolapsus du rectum, surtout chez des enfants; j'ai fait l'application linéaire du cautère actuel.

J'ai traité sept cas de polypes du rectum par la ligature et l'ablation. Dans un 8e cas où il s'agissait d'adénomes multiples du rectum, j'eus recours à la cautérisation au fer rouge et à la ligature; au bout de quatre semaines, je réséquai le coccyx et une portion du sacrum, j'ouvris le rectum et j'enlevai un certain nombre d'adénomes fort élevés. Je laissai la plaie ouverte et j'enlevai dans la suite plusieurs autres tumeurs au fur et à mesure de leur formation.

J'ai eu 17 cas de carcinome du rectum; dans 8 cas, j'ai refusé d'opérer. Sur les 9 cas restants, j'ai pratiqué 5 fois la colotomie inguinale (et j'ai eu un cas de mort), 3 fois l'opération de Kraske (1 mort) et une fois l'ancienne extirpation par la voie périnéale, opération qui a réussi. Les rétrécissements cicatriciels ou cancéreux du rectum sont toujours justiciables de la colotomie.

M. Mudd. — Je considère que l'opération des hémorrhoïdes par le thermocautère et les pinces est moins sûre que la ligature.

M. Prewitt. — Quand on pratique la colotomie inguinale dans des cas où il n'y a pas d'espoir de guérison, le mieux est de sectionner complètement l'intestin, pour empêcher le passage des matières fécales dans le bout inférieur.

Chirurgie de la prostate.

M. White. — L'hypertrophie de la prostate ne doit être traitée par l'expectation que quand elle n'entraîne aucun accident. L'ergot est la seule substance qui puisse agir, si toutefois elle agit. Le traitement palliatif consiste dans l'usage de sondes en métal pour provoquer la dilatation. La dilatation forcée de l'urèthre prostatique ne donne pas de bons résultats quand c'est le lobe médian qui est hypertrophié; elle peut être utile dans l'hypertrophie latérale. La prostatotomie péritonéale est l'opération de choix quand il y a des signes de dégérescence étendue, de lésion rénale avec taxémie. Quand la tumeur peut être atteinte avec le doigt et qu'elle est pédonculée, la prostatotomie peut être changée en prostatectomie. La prostatectomie suspubienne est indiquée quand, le traitement palliatif ayant échoué, l'état local s'aggrave, tandis que l'état général reste bon. Des expériences pratiquées sur des chiens ont montré que la castration amène une diminution de la prostate.

Importance du bacillus coli communis en chirurgie.

M. Park. — Le coli-bacille qui existe constamment dans le tube digestif n'est pas toujours inoffensif; il peut pénétrer dans la circulation et aller porter des troubles dans beaucoup d'organes. Le choléra herniaire est dû au coli-bacille devenu virulent; ce coli-bacille peut remonter dans les voies biliaires et le foie; souvent il produit de la péritonite; il produit aussi des méfaits dans les reins et la vessie et il peut être introduit par un cathéter. Il peut envahir l'endocarde, la plèvre, les méninges. Il est probable qu'il engendre une des formes de la septicémie post-opératoire indépendante de l'opérateur et par migration hors du canal intestinal.

Résection de l'appendice iléo-cæcal.

M. Barton. — On doit réséquer un appendice non perforé, mais distendu et décoloré; quand l'appendice s'est ouvert dans la cavité péritonéale, il faut le réséquer et faire un lavage du péritoine. Quand un abcès localisé s'est ouvert dans la cavité péritonéale, il faut réséquer l'appendice et faire un lavage du péritoine. Quand des adhérences se sont formées limitant l'abcès, il faut ouvrir ce dernier et le drainer sans briser les adhérences qui l'isolent et sans chercher l'appendice. Quand il y a des symptômes d'occlusion, il faut vider l'abcès en protégeant la cavité péritonéale par de la gaze, il faut désinfecter la cavité de l'abcès et réséquer l'appendice. Quand il y a un abcès sans péritonite ni occlusion, on ouvre l'abdomen, on protège la cavité péritonéale, on ouvre l'abcès et on le draine sans chercher l'appendice.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juillet 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Election.

M. Straus est élu membre titulaire dans la section de pathologie médicale, par 54 voix sur 58 votants, contre 3 à M. Fernet et 1 à M. Troisier.

Extirpation du larynx sans trachéotomie préalable.

M. Ch. Périer présente un malade sur lequel il a pratiqué l'extirpation totale du larynx sans lui avoir fait de trachéotomie préalable. C'est un homme de 62 ans, qui était atteint d'un épithélioma du larynx ayant débuté au mois de janvier 1891.

Bien que la cavité du larynx fût notablement rétrécie, l'anesthésie chloroformique fut possible.

La trachée fut d'abord coupée en travers et amenée en haut et en avant, au moyen de deux anses de fil placées d'avance sur ses côtés; on y introduisit une canule conique, munie d'un gros tube, au moyen duquel fut continuée l'anesthésie. Le larynx fut alors détaché des parties molles avoisinantes et enlevé en totalité, sauf la partie supérieure de l'épiglotte qui n'était pas malade.

Cela fait, on retira la canule et on sutura la trachée aux lèvres de la plaie cutanée. Une ouverture fut ménagée au-dessus pour permettre le rétablissement ultérieur de la voix au moyen d'un larynx artificiel. Actuellement, ce malade va aussi bien que possible et commence à parler grâce à un appareil spécial.

L'examen histologique de la tumeur a confirmé le diagnostic porté avant l'opération sur la nature du mal.

Adermogénèse.

M. Guéniot présente un enfant d'un jour qui a sur les deux membres inférieurs de grands espaces irréguliers où les téguments font défaut; le moignon tégumentaire qui forme la racine du cordon, présente une malformation semblable; enfin, sur plusieurs doigts de chaque main, existent des soulèvements épidermiques qui ressemblent à ceux d'une brûlure au second degré. L'enfant pèse 2.500 grammes; c'est un garçon vivace, d'un père bien portant et d'une mère âgée de 28 ans qui, antérieurement, a eu deux enfants normalement conformés.

Démographie de Paris.

M. G. Lagneau. — A Paris les naissances sont peu nombreuses par rapport aux nombreux adultes en âge de procréation: 35 naissances annuelles pour 1000 adultes au lieu de 39 pour 1000 en France.

Contrairement la mortalité est élevée: 24.8 pour 1000 habitans au lieu de 20.7 en France. Les principales causes de mort sont l'athrepsie pour les nouveau-nés, la diphtérie et la rougeole pour les enfants des quartiers ouvriers, et surtout la tuberculose, en particulier la phthisie, qui fait de 10.000 à 11.000 victimes sur environ 56.000 décédés généraux.

Si pour évaluer la mortalité réelle des Parisiens on ajoute les 9.000 à 10.000 décès des nouveau-nés parisiens envoyés en nourrice, aux décès enregistrés à Paris, on trouve que la vie moyenne, ou l'âge moyen des décédés de Paris n'est approximativement que de 28 ans 1 mois, alors que pour l'ensemble de la France cet âge moyen des décédés s'élève actuellement à environ 40 ans 2 mois.

Néanmoins la population parisienne s'accroît de plus en plus par l'immigration incessante de nombreux provinciaux et étrangers; de sorte qu'il y a à Paris deux tiers d'immigrés pour un tiers de natifs, soit 639 pour 361.

Mais par suite de la faible natalité et de la haute mortalité, les familles parisiennes, lorsqu'elles ne s'unissent pas avec ces immigrés, s'éteignent la plupart en 3 ou 4, exceptionnellement en 5 générations.

Vaccination et variolisation intra-utérines.

M. Hervieux lit un travail sur la vaccination et la variolisation intra-utérines d'après des recherches de M. Lop (de Marseille) et il conclut: « En résumé, les observations recueillies jusqu'à ce jour démontrent: 1° que l'immunité vaccinale congénitale résultant d'une revaccination pratiquée sur la mère pendant la grossesse n'est pas la règle, mais l'exception; 2° que, si l'immunité vaccinale transmise au fœtus par une variole de la mère pendant la grossesse n'est pas l'exception, on n'est pas en droit de dire, faute d'observation en quantité suffisante, qu'elle soit la règle. »

M. Richelot lit un travail qui sera publié *in extenso*.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 juillet 1893.

Lois de l'évolution de la digestion.

M. J. Winter. — Tous les éléments que l'on peut doser dans un contenu stomacal résultant de l'ingestion de liquides et de substances alimentaires solides croissent proportionnellement à la durée de la digestion, en suivant des lois d'accroissement rigoureusement calculables :

Les accroissements se font en *deux phases*, que le calcul permet de bien différencier et qu'on ignorait absolument jusqu'à ce jour :

1° La première phase est caractérisée : *a*) par l'absence constante d'acide chlorhydrique ; *b*) par l'augmentation exactement proportionnelle des autres éléments chlorés. En d'autres termes, dans cette première phase, les termes T. C. F. (1) restent entre eux dans un rapport *constant*. Cela devient très important pour la pratique.

En vertu de cette constance des rapports, il est évident que c'est là une véritable phase de concentration ou de préparation, phase qui dépend surtout de la quantité de *liquide* ingérée.

2° La deuxième phase est caractérisée : *a*) par la formation d'acide chlorhydrique *libre*, en petite quantité (normalement), dès le début de cette phase ; *b*) par l'augmentation de toutes les quantités dosées, suivant une loi mathématique différente pour chacune d'elles. En d'autres termes, tous les éléments chlorés dosables (T. C. F. H.) augmentent dans un rapport différent. Or, cette *dissociation* des rapports, dans cette deuxième phase, montre que c'est là une *phase de réaction* chimique, qui dépend surtout de la quantité et de la qualité de l'aliment ingéré. Les diverses lois mathématiques d'accroissement de cette deuxième phase sont toutes très remarquables au point de vue du mécanisme de la digestion et démontrent formellement l'existence d'un système de régulation automatique ignoré jusqu'à ce jour en physiologie gastrique.

L'autoconduction ou nouvelle méthode d'électrisation des êtres vivants.

M. A. d'Arsonval. — Ma communication a pour but de faire connaître une méthode nouvelle d'électrisation des êtres vivants et du corps humain en particulier. Cette méthode, que j'appelle : *Electrisation par autoconduction*, a cela de singulier qu'on produit dans l'intérieur du corps des courants électriques extrêmement puissants, sans le mettre en rapport direct avec une source électrique. Elle a aussi cela de particulier, que les courants produits dans le corps peuvent se manifester à l'extérieur par l'allumage, par exemple, de lampes à incandescence tenues entre les deux mains. Le sujet producteur d'électricité ne sent absolument rien, mais ces courants agissent puissamment sur sa nutrition. La consommation d'oxygène augmente ainsi que la production d'acide carbonique. L'effet n'est pas moins remarquable sur les micro-organismes. Le bacille pyocyanique, par exemple, peut être tué ainsi que la levure de bière par les courants qui prennent naissance dans chaque molécule organique. C'est donc un procédé physique absolument indolore qui permet de modifier profondément la nutrition intime des tissus. C'est un vaste champ à explorer pour la thérapeutique. J'ai, avec M. Bouchard, entrepris des recherches sur l'homme à l'aide de ce procédé. M. Charrin et moi avons aussi déjà signalé à la Société de biologie l'influence de ces courants sur les micro-organismes.

Je suis arrivé à ce résultat en utilisant la puissante action inductrice des courants à haute fréquence dont j'ai fait une étude approfondie au point de vue physiologique.

Le dispositif consiste à introduire l'individu à électriser dans l'intérieur d'un solénoïde parcouru par des courants à haute fréquence. L'individu représente alors un circuit conducteur fermé sur lui-même et dans lequel circulent les courants puissants induits à distance par le solénoïde. L'individu s'électrise donc par autoconduction de ses propres tissus.

La mesure de ces courants étant impossible avec les instruments actuellement connus, à cause de leur fréquence (de 100,000 à 250,000 oscillations par seconde), j'ai tourné la difficulté en utilisant la puissance même d'induction de ces courants pour les mesurer. Pour cela, j'introduis dans le solénoïde un thermomètre à mercure. La masse du mercure contenu dans le réservoir est alors le siège de courants de Foucault qui font rapidement monter sa température à plus de 150 degrés. L'élévation du thermomètre mesure le produit de la fréquence par le carré du courant.

M. Cornu. — M. d'Arsonval nous a rendus témoins, M. Marey et moi, des principaux résultats consignés dans la note précédente. Nous avons été particulièrement frappés de l'expérience dans laquelle 6 lampes (125 volts — 0.8 ampère) ont été portées à l'incandescence dans le circuit formé par nos bras, circuit formant dérivation sur les extrémités du solénoïde induit par les décharges oscillantes. Nous n'avons pas éprouvé la moindre impression par le passage du flux électrique auquel nous étions soumis : on ne pouvait cependant pas douter de l'énorme quantité d'énergie traversant notre corps (900 volts × 0.08 ampère = 720 watts) ; elle se manifestait soit par l'incandescence des lampes, soit par les étincelles vives et nombreuses qui se produisaient à la rupture du circuit. Cette même quantité d'énergie électrique, transmise sous forme de courants alternatifs à longues périodes (de 100 à 10.000 par seconde), aurait suffi pour nous foudroyer : dans les conditions ci-dessus, elle ne produisait aucune sensation appréciable.

Séance du 10 juillet 1893.

Sur la glycolyse dans le sang normal et dans le sang sucré.

MM. Lépine et **Métroz.** — Si l'on maintient du sang (défibriné) d'un chien en bonne santé dans un bain-marie à 39° C., ce sang, qui renfermait par exemple 1 gr. 30 centigr. de sucre 0/00, n'en possède, au bout d'une heure, guère plus de 1 gramme (Lépine et Barral). Ainsi, la perte absolue *in vitro* d'un sang normal, pendant une heure et à 39° C., est environ de 0 gr. 30 cent., et la perte 0/0, environ de 23. Il n'en est pas de même avec le sang d'un homme ou d'un animal diabétique : soit un sang renfermant, par exemple, 3 gr. 20 centigr. de sucre ; il se peut qu'il en renferme, au bout d'une heure, à 39° C., encore plus de 2 gr. 90 centigr. Dans ce cas, la perte absolue sera inférieure à 0 gr. 30 centigr., et la perte 0/0 inférieure à 10 (Lépine et Barral). Mais il se peut aussi (et cela arrive assez fréquemment dans le diabète expérimental) qu'un sang renfermant, par exemple, 3 gr. 20 cent. de sucre n'en contienne, au bout d'une heure, que 2 gr. 80 c. par exemple, ce qui fait une perte absolue de 0 gr. 40 cent. et une perte 0/0 de 12.5. Faut-il dire alors que, par rapport à la normale, l'énergie glycolytique est *augmentée* ou faut-il la considérer comme *diminuée* ?

L'un de nous a toujours soutenu que, dans ce cas, elle est diminuée, attendu que la quantité de sucre détruite n'est pas en relation seulement avec l'énergie du ferment soluble, mais aussi avec la quantité du matériel transformable, laquelle est très augmentée dans le sang diabétique.

Vu l'importance de cette proposition fondamentale, nous l'avons récemment soumise à une nouvelle vérification, au moyen d'expériences réalisées avec le soin le plus minutieux et qui ont été conduites de la manière suivante :

Nous sucrons inégalement avec du glucose pur deux échantillons d'un sang (dont la teneur originelle en sucre et les quantités ajoutées ont été exactement déterminées). Au bout d'une heure de séjour à 39° C., nous dosons le sucre dans chacun des deux échantillons, et pourvu que la teneur en sucre de l'échantillon le plus sucré ne dépasse pas une certaine limite (que nous préciserons dans une prochaine note), nous avons trouvé invariablement que la perte absolue du sang le plus sucré peut être *trois* et même *quatre fois* plus forte ; de sorte que, pour reprendre l'exemple ci-dessus d'un sang diabétique renfermant 3 gr. 20 centigr. de sucre, il faudrait pour que l'on fût en droit de *soupçonner* une augmentation de l'énergie glycolytique dans un tel sang, une perte absolue de plus de *un* gramme. Eu égard à l'excès du matériel transformable relativement au sang normal, une perte absolue de quelques centigrammes est tout à fait *insignifiante*.

En résumé, dans un sang diabétique, par cela seul qu'il

(1) Dans la notation que j'ai adoptée, T = chlore total ; F = chlorures fixes ; H = HCl libre ; C = HCl en combinaison organique.

renferme beaucoup de sucre, la perte absolue du sucre *in vitro*, bien qu'assez notable, est *très inférieure* à ce qu'elle devrait être si l'énergie glycolytique était normale, de sorte qu'il faut nécessairement admettre dans un tel sang une *diminution* de l'énergie glycolytique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juillet 1893.

Traitement des appendicites.

M. Paul Reclus. — La discussion qui, depuis un mois, se poursuit devant notre Société sur le traitement de l'appendicite n'aura pas été sans résultat ; aussi je demande à la résumer brièvement, tout en répondant aux objections que mes collègues m'ont opposées au cours des trois dernières séances.

Seul, M. Richelot nous a parlé de la typhlite tuberculeuse, non dans ses formes grossières, pour ainsi dire, et qu'on confond si facilement avec un cancer, dont M. Terrier, Bouilly et nous-même avions donné l'année dernière des exemples si démonstratifs, mais de cette variété sournoise qui ressemble tellement à l'appendicite vulgaire que, seul, l'examen anatomique des pièces permet d'en déterminer la véritable nature. Dans ma communication j'invoquais l'autorité de M. Cornil qui s'occupe actuellement de la question. M. Richelot nous rappelle fort justement, et je regrette beaucoup de l'avoir passé sous silence, ce qu'il disait ici, en mars 1892, sur « l'appendicite vulgaire de la typhlite tuberculeuse ». Il est certain qu'il avait fort bien vu « cette forme limitée, relativement bénigne, d'un diagnostic difficile et qui parait justiciable d'une intervention hardie. »

Sur le traitement de la péritonite suraiguë consécutive à la perforation de l'appendice, l'opinion de la Société n'a pas varié depuis l'année dernière. Quelque faibles que soient les chances de salut, il faut intervenir le plus rapidement possible, car sans cela, la mort est fatale. Certes, le plus souvent, elle ne sera pas conjurée par la laparotomie, et M. Routier nous rappelait que ses deux opérés ont succombé malgré l'ouverture du ventre ; mais M. Nélaton en a sauvé un sur trois et M. Tuffier deux sur quatre. Nous avons bien peur qu'une aussi belle proportion, 50 0/0 de guérisons, appartienne à un seul homme et ne persiste pas, mais elle n'en est pas moins encourageante en faveur de l'intervention précoce que tous ici s'accordent à préconiser.

On a peu discuté sur le traitement des appendicites à rechutes, bien que ce point ait été surtout visé dans ma communication ; mais j'en infère que l'intervention à froid, qui paraissait avoir été généralement acceptée l'année dernière, n'a perdu aucun de ses adeptes, et lorsque les crises se répètent, comme dans mon observation, le mieux est d'intervenir, car on ne peut jamais mesurer à l'avance la gravité de la crise nouvelle : une péritonite généralisée et la mort peuvent en être la conséquence. Je sais bien que M. Nélaton nous faisait remarquer que les péritonites suraiguës à marche foudroyante éclatent presque toujours à l'occasion d'une première crise. J'abondais dans son sens et j'expliquais la moindre gravité des secondes attaques, lorsque le patient a échappé à la première, par la formation de néomembranes et d'adhérences qui protègent le péritoine. C'est vrai, mais il ne faut pas trop s'y fier et je pourrais vous en fournir un grand nombre d'exemples. Rappelez-vous ce malade du docteur Brissaud, en un an il eut trois crises : les deux premières s'apaisent spontanément ; à la troisième, il meurt de péritonite généralisée.

La discussion a surtout porté sur les appendicites à début brusque et inquiétant, mais dont les symptômes généraux ne tardent pas à tomber malgré la formation d'une collection purulente. Faut-il ouvrir cette collection qui pour moi existe toujours lorsque la fosse iliaque est soulevée par une tuméfaction appréciable ? ou, faut-il attendre et s'abstenir lorsque l'abcès tend à se résorber spontanément ? Cette année, peu de mes collègues se sont prononcés d'une manière catégorique sur ce point. Beaucoup ont fait remarquer que la guérison est fréquente ; M. Lucas-Championnière et M. Verneuil nous en ont cité des exemples ; j'en ai moi-même recueilli deux fort convaincants. Et il me paraît certain, à moi interventionniste militant, que la résorption d'abcès authentiques n'est pas rare. Mais la question reste toujours pendante : vaut-il mieux ouvrir ces abcès par une opération qui me paraît sans gravité ou vaut-il mieux attendre sa résorption spontanée qui certainement peut être durable, mais qui certainement aussi peut n'être qu'apparente et être suivie de rechute de gravité variable, mais parfois redoutable ?

Autre point : je suis heureux qu'une obscurité de rédaction dans mon travail ait appelé M. Quénu à insister sur la question de l'ablation de l'appendice. Il établit une distinction capitale entre les interventions à froid, lorsque, entre deux crises, on recherche le processus au milieu des néomembranes et on l'extirpe et les ouvertures des collections purulentes où la recherche de l'appendice ne serait pas sans danger ; on risquait de détruire des adhérences et d'inoculer ainsi avec le pus la grande cavité péritonéale. MM. Bouilly, Schwartz et Reynier ont abondé dans son sens et M. Monod nous a cité Roux de Lausanne, qui, sur 42 ouvertures de foyers purulents consécutifs à une appendicite, n'aurait réséqué l'appendice que 12 fois.

Telle est, en effet, la doctrine classique, celle à laquelle je me ralliai dans mon premier mémoire et dont je ne me suis pas départi depuis. J'ai, cette année, pratiqué quatre laparotomies pour collection de la fosse iliaque droite et une seule fois j'ai pu exciser le processus vermiculaire.

Je dirai cependant, et je persiste dans cette opinion, qu'il faut avec des précautions infinies, sans décollement intempestif, chercher l'appendice dans un certain nombre de cas, moins pour essayer de la réséquer que pour ouvrir les poches purulentes indépendantes qui peuvent se former à son niveau. Et je vous rappellerai une de mes premières observations : j'ouvre un abcès antérieur ; je le vide et je le draine ; la poche se rétracte et marche vers la cicatrisation, lorsque, au bout de huit jours, les accidents se rallument et je dois, par une intervention nouvelle, inciser une vaste collection postérieure au milieu de laquelle je trouvai l'appendice qui s'était détaché spontanément du cæcum. Dans deux autres cas, c'est en cherchant le processus vermiculaire que je découvris un abcès qui ne s'ouvrait que dans la première cavité. Vous voyez combien ma réserve est peu importante et, en définitive, depuis quatre ans je pratique ce que nos collègues conseillent si justement.

Cancer du testicule chez un enfant de 6 ans et demi.

M. Gérard-Marchant. — M. Reboul (de Marseille) nous a envoyé une observation très complète de tumeur mixte du testicule, observée chez un enfant de 6 ans et demi, qui, six mois auparavant, avait reçu un choc violent sur le testicule droit, siège de la tumeur. La tumeur n'était pas transparente, et on ne trouvait nulle part de la sensibilité à la pression ; sa surface n'était pas régulière, et il existait notamment en un point une bosselure assez distincte ; enfin on pouvait constater l'existence d'une circulation collatérale au niveau des bourses. M. Reboul fit le diagnostic de tumeur maligne et pratiqua la castration. Les suites de l'opération furent excellentes et l'enfant quitta Marseille peu de jours après, dans un parfait état de guérison apparente, M. Reboul faisant naturellement toutes ses réserves au point de vue de la guérison définitive.

L'examen histologique a montré que l'on était en présence d'un néoplasme composé principalement de deux sortes d'éléments, les uns épithéliaux, développés au niveau des tubes séminifères, les autres sarcomateux, groupés autour des vaisseaux, ce qui peut être interprété en faveur de l'origine endothéliale des tissus néoplasiques.

La tumeur paraissait surtout développée aux dépens de l'épididyme, et le testicule, sain ou à peu près sain, était situé à la partie antérieure de la tumeur, séparé de la masse cancéreuse par un tractus fibreux.

M. Bazy. — Je vous ai présenté l'année dernière un sarcome presque uniquement limité à l'épididyme ; le testicule était seulement envahi au niveau du *rete testis*. Mon malade est mort quelques mois plus tard, avec une récidive à localisations multiples.

Traitement des fibromes sessiles intra-utérins.

M. Marchand. — Sur treize opérations récentes pour

fibromes sessiles intra-utérins, j'ai fait douze fois l'énucléation avec ou sans morcellement; une seule fois dans cette série d'observations, j'ai pratiqué par la voie abdominale, avec pédicule extra-péritonéal, l'ablation d'une énorme tumeur de 4 kilos et demi.

Les 13 observations peuvent être divisées en deux séries, comprenant l'une des tumeurs de 60 à 609 grammes, l'autre celles d'un volume beaucoup plus considérable.

Dans la première série, comportant 9 cas, j'ai obtenu 9 guérisons; j'ai dû, dans 3 de ces cas, faire une opération préliminaire avant de commencer le morcellement, soit en sectionnant simplement le col, soit même en désinsérant largement l'utérus pour amener le col à la vulve.

La deuxième série comprend quatre cas de fibromes très volumineux, qui m'ont donné deux morts et deux guérisons. L'un des deux cas mortels est celui dans lequel j'ai fait l'ablation par la laparotomie, l'autre se rapporte à une opération pour laquelle l'énucléation par morcellement d'un fibrome de 2 kilos et demi ne m'a pas demandé moins de deux heures; la malade s'est affaiblie progressivement et est morte au sixième jour.

De l'emploi du salol à l'état liquide.

M. Reynier. — Quand on chauffe un mélange de salol et d'iodoforme, le mélange devient liquide et peut être, dans ces conditions, injecté dans des cavités, où il se solidifie et forme une masse compacte qui agit ensuite sur les tissus environnants.

J'ai obtenu par ce moyen, avec M. Isch-Wall, d'excellents résultats dans le traitement des abcès froids non ouverts, des trajets fistuleux intarissables avec ou sans lésion osseuse, et enfin des grandes pertes de substance du tissu osseux. Chez un de mes malades, atteint de trochantérite tuberculeuse suppurée, une injection, faite de façon à remplir complètement la cavité osseuse, a amené une guérison parfaite; un succès semblable a été obtenu dans un cas d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia.

Nous avons essayé sans succès ces injections dans un cas de tuberculose étendue du tarse, avec trajets fistuleux multiples; il est bien évident, d'ailleurs, que ce mode de traitement ne peut guère convenir qu'aux cas dans lesquels les lésions sont tout à fait limitées.

Nous nous sommes servi également du mélange de salol et d'iodoforme, employé à l'état liquide, pour recouvrir une cicatrice de laparotomie toute récente par une sorte de vernis aseptique, ce qui m'a permis de faire des applications de glace, en supprimant tout pansement.

M. Gérard-Marchant montre deux malades traitées, pour adénites tuberculeuses multiples du cou, l'une par l'extirpation, l'autre par les injections de chlorure de zinc; la peau était, chez celle-ci, tout à fait adhérente aux masses ganglionnaires et l'ablation n'était guère possible; quarante injections, faites depuis un an, ont amené une guérison presque complète.

M. Demoulin présente, au nom de M. Duplay, un malade amputé de l'avant-pied par le procédé de Lisfranc, pour mal perforant plantaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 juillet 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Sur le pouvoir bactéricide du mucus humain et en particulier du mucus nasal.

MM. R. Wurtz et **Lermoyez.** — Les cavités naturelles sont les seuls points du corps où l'on trouve à l'état normal des microbes; ceux-ci, venus du monde extérieur, y vivent pour la plupart à l'état d'hôtes inoffensifs; un certain nombre d'entre eux sont cependant capables de devenir, à un moment donné, des agents pathogènes. Contre ces infections l'organisme humain se défend par divers moyens ayant pour résultante la résistance de l'individu. Dans cette action si importante, la résistance à l'infection et l'immunité, il est un point qui a été jusqu'ici laissé dans l'ombre, c'est la nature intime du mécanisme par lequel les agents pathogènes pénétrant dans les cavités naturelles sont détruits ou demeurent inoffensifs.

A la surface de l'épithélium de toutes les muqueuses, se trouve à l'état permanent une couche de mucus; c'est à celui-ci que nous faisons jouer un rôle capital en l'espèce. Nous avons étudié en détail le pouvoir bactéricide du mucus nasal humain, recueilli dans les conditions voulues et nous avons constaté que ce mucus jouit vis-à-vis de certains microbes d'un pouvoir bactéricide marqué. Cette action bactéricide est extrêmement marquée vis-à-vis du charbon, ainsi qu'on peut s'en assurer par la méthode de culture sur plaque et les inoculations; après trois heures de contact avec le mucus à 38°, les spores du bacille anthracis sont déjà tuées.

Sur presque tous les microbes, cette action bactéricide s'exerce de la même façon et dans le même sens; seule l'intensité des effets varie.

Ces expériences nous paraissent présenter un certain intérêt au point de vue physiologique. L'air inspiré, comme on sait, se dépouille au niveau des voies respiratoires supérieures et en particulier au niveau des anfractuosités des cavités nasales, de la plupart des particules solides qu'il peut tenir en suspension, y compris les microbes. Ces microbes ou leurs spores déposés à la surface de la pituitaire, s'y développeraient abondamment s'ils rencontraient un terrain favorable. Etant donnée la multiplicité de ces germes, il y aurait là des conditions presque incessantes d'infection.

Grâce au pouvoir bactéricide du mucus nasal, cet enduit muqueux ne joue pas seulement, comme on croit, un rôle d'arrêt mécanique à l'égard des particules flottant dans l'air inspiré. Son rôle défensif est plus directement actif; il s'exerce en entravant et en détruisant la vitalité d'un grand nombre d'espèces bactériennes.

Parasitoses du sang.

M. A. Labbé. — On observe chez l'alouette, le pinson et l'étourneau des parasites endo-globulaires qui rentrent dans le type des hématozoaires décrits chez les oiseaux par Danilewsky et Laveran. La parasitose de l'alouette peut prendre une forme aiguë ou chronique. Dans celle-ci les hématies sont envahies par un parasite qui s'allonge en forme d'haltère. Chaque renflement terminal est pourvu d'un noyau dentelé qui peut se subdiviser de façon à donner des segments qui rappellent les corps du sang palustre. La maladie est inoculable d'alouette à alouette.

Néo-canalicules biliaires dans le foie infectieux.

MM. Hanot et **Gastou.** — Nous avons fait 120 examens dans des cas de fièvres éruptives, typhoïdes, etc. Suivant l'activité avec laquelle les microbes ou les toxines microbiennes irritent le foie, les résultats sont un peu différents. Dans les cas très aigus, la cellule est nécrosée; dans les cas tout à fait chroniques, il n'y a pour ainsi dire pas de réaction cellulaire. C'est dans les états subaigus, dont le type est la poussée au cours d'une cirrhose hypertrophique biliaire, que la réaction cellulaire se manifeste le mieux sous la forme du développement des néo-canalicules. Ce mode réactionnel a aussi une relation manifeste avec l'intensité de l'ictère.

La recherche des micro-organismes *in situ* donne des résultats un peu différents suivant les cas. S'il s'agit d'une infection aiguë, les résultats sont positifs une fois sur trois; ils le sont une fois sur dix examens quand l'infection est chronique.

Toxicité urinaire.

M. Féré. — J'ai déjà noté quelques faits relatifs à la toxicité urinaire chez les épileptiques. Généralement, elle est augmentée avant les attaques, et diminuée après. MM. Voisin et Péron dans leurs recherches sont arrivés à une formule différente et auraient même observé communément l'hypotoxie. Or, il est bon de remarquer que ces auteurs ont opéré avec une technique douteuse, que la durée des injections par exemple était parfois prolongée pendant une heure. On ne saurait prétendre dans ces conditions à des résultats précis et comparables d'un fait à l'autre. J'ai moi-même observé quelques faits avec diminution de la toxicité, mais ces faits n'infirment en rien les principes généraux que j'avais posés.

A propos d'embryogénie.

M. Féré. — 1° J'ai cherché quelle influence pouvait avoir la lumière blanche ou colorée sur le développement de l'œuf de poule fécondé et placé dans une étuve de Rouve pour l'incubation artificielle. Souvent il se produit une inversion de l'embryon reportant le pôle céphalique du côté d'où vient la lumière. Il est assez remarquable que la déviation embryogénique ne change pas de sens, quand on se sert de lumière blanche, ou quand on utilise l'orangé, le rouge ou le violet à l'état isolé. — 2° J'ai voulu savoir également comment le développement de l'embryon serait influencé par l'éthérisation préalable. Il y a un certain degré de déviation et de retard dans l'évoluton du germe.

Vaisseaux du cœur de grenouille.

M. H. Martin. — Les vaisseaux manqueraient suivant Cuvier, Milne-Edwards, etc. Au contraire, Hirt décrit un vaisseau distinct servant à l'irrigation du bulbe. Suivant mes observations, ce vaisseau n'appartient pas au cœur, mais au péricarde. Le cœur possède un groupe vasculaire qui représente le rudiment du système coronaire des vertèbres supérieures. Les vaisseaux peuvent être difficiles à mettre en évidence par la dissection. Après avoir injecté le cœur par le ventricule, les gros vaisseaux étant liés, j'ai pu préciser l'existence et la topographie de vaisseaux d'ailleurs pourvus de tuniques parfaitement nettes.

Infection et hémorrhagies.

M. Charrin. — J'ai déjà noté maintes fois les propriétés hémorrhagiques du bacille pyocyanique. La toxine agit dans le même sens, produisant des hémorrhagies cutanées, muqueuses, viscérales. Les organes lymphoïdes eux-mêmes peuvent être atteints alors qu'il ne saurait être question d'une action microbienne directe, et de phénomènes chimiotactiques. Ce qui importe, c'est la rapidité, la quantité de l'injection intra-vasculaire du poison.

Séance du 8 *juillet* 1893 (*fin*).

Epizootie chez des grenouilles.

M. Roger. — On doit à Sanarelli la description d'une épizootie qui a sévi chez les grenouilles. Cet auteur a trouvé chez les animaux malades un bacille pathogène qu'il a décrit sous le nom de *Bacillus hydrophilus fuscus*.

J'ai observé une épizootie analogue qui a décimé les grenouilles contenues dans l'aquarium du laboratoire de M. Bouchard. J'ai trouvé, à l'état de pureté, dans le sang et dans les organes, le bacille de Sanarelli. En voici les principaux caractères : bacille mobile, à extrémités arrondies, poussant rapidement sur les divers milieux de culture; il liquéfie la gélatine, donne des gaz dans l'agar glycériné, produit des colonies brunes sur la pomme de terre.

Ce microbe, qui se trouve en abondance dans l'eau, est extrêmement pathogène, non seulement pour les batraciens et les poissons, mais aussi pour les mammifères. J'ai vu succomber en moins de vingt-quatre heures des lapins ou des cobayes qui avaient reçu quatre ou cinq gouttes de culture de ce bacille. Il y a donc un certain intérêt à appeler l'attention sur ce micro-organisme, qui semble très répandu ; on peut se demander s'il n'est pas capable de produire, directement ou indirectement, des accidents chez l'homme.

Action antipyrétique des badigeonnages de gaïacol sur la peau.

M. E. Robilliard (Lille). — J'ai soumis plusieurs tuberculeux fébricitants du service de M. Lemoine aux badigeonnages de gaïacol à des doses variant de 0 gr. 50 centigr. à 2 grammes. Ces applications ont été faites sur toutes les parties du corps, sur des surfaces cutanées de différentes grandeurs, variant de moins de 1 décimètre carré à 3, 4 et 5 décimètres carrés.

Dans tous les cas observés, la température a rapidement baissé d'un et quelquefois de plusieurs degrés. Ces badigeonnages agissent beaucoup plus rapidement que le sulfate de quinine et cela d'une façon constante. L'abaissement de température est très durable.

Ce qui prouve que le médicament est absorbé, c'est que les malades se plaignent d'un goût prononcé de gaïacol dans la bouche et de sueurs extrêmement abondantes. Les urines sont plus abondantes qu'à l'état normal: nous n'y avons pas trouvé le gaïacol, peut-être parce que cette recherche est très difficile.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 4 *juillet* 1893.

Tumeur des glandes lacrymale et parotidienne.

M. Debierre présente un jeune homme de 27 ans, arthritique, sans antécédents rhumatismaux ni syphilitiques, qui était porteur au niveau de l'angle supéro-externe des orbites d'une tumeur d'une dureté osseuse adhérente à la paroi orbitaire. La tumeur était plus grosse à droite qu'à gauche, ici elle avait le volume d'un haricot, là d'une aveline. Dans la glande parotidienne gauche, derrière l'angle de la mâchoire, existait également une tumeur dure et indolore ; à droite, la même région était le siège d'un empâtement diffus. Les glandes lacrymales palpébrales étaient indemnes, l'affection était localisée dans la partie antérieure de la glande orbitaire. Le patient avait vu survenir ces tumeurs sans douleur et sans fièvre dans l'espace de quinze jours. La force visuelle était normale et il en était de même de la mobilité oculaire. Les conjonctives étaient saines et ne présentaient aucune sécrétion. Les cavités voisines de la bouche et du nez se trouvaient dans leur état habituel.

M. Debierre analyse les cas cités dans le travail que MM. de Wecker et Masselon ont publié l'an dernier dans les *Archives d'ophthalmologie* sur le même sujet et cite quelques autres observations analogues à la sienne. Il insiste surtout sur la dureté osseuse, la fixité absolue de ces tumeurs orbitaires. Sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium à doses progressives continué pendant deux mois, les tumeurs perdirent leur dureté osseuse et très lentement devinrent rénittentes et se détachèrent de la paroi osseuse orbitaire de façon à devenir mobiles et à pouvoir être repoussées par la pression en arrière dans l'orbite. Elles diminuèrent notablement de volume, si bien qu'actuellement elles ne présentent plus à droite que le volume d'un haricot et à gauche celui d'un tout petit pois. La tuméfaction parotidienne a tout à fait disparu à droite et s'est notablement réduite à gauche.

M. Debierre a présenté son malade au professeur Panas qui lui a cité un cas analogue observé chez une dame arthritique dont les tumeurs orbitaires avaient presque complètement disparu en l'espace de six mois sous l'influence d'un traitement alternatif par l'iodure de potassium à faibles doses et l'arsenic. Les glandes parotides étaient saines.

Ces tumeurs seraient des manifestations de la diathèse arthritique.

M. Meyer a observé trois cas analogues à celui de M. Debierre. L'un, vu de concert avec Fieuzal, fut considéré comme une exostose syphilitique et disparut après un traitement par l'iodure de potassium. Chez un autre malade, la tumeur, d'abord dure, osseuse, immobile, sous l'influence du temps et de l'iodure de potassium devint mobile au point de pouvoir être refoulée dans la profondeur de l'orbite ; finalement elle disparut. M. Meyer, après avoir considéré ces faits comme des exemples de dacryoadénite simple, s'est rangé à l'opinion de MM. de Wecker et Masselon et admet qu'il s'agit de tumeur épithéliale de la glande lacrymale.

M. Masselon constate que le cas présenté est analogue à celui qu'il a observé avec M. de Wecker et dans lequel l'examen histologique de la tumeur a permis de reconnaître un épithélioma de la glande lacrymale.

M. Despagnet ne croit pas qu'il s'agisse ici d'un épithélioma, mais bien d'une simple dacryoadénite chronique ; il base son opinion sur la coexistence de la tuméfaction parotidienne. Du reste, il a eu également l'occasion d'observer simultanément l'orchite, la parotidite et la dacryoadénite.

M. Meyer se refuse à adopter le diagnostic de dacryoadénite parce que la tumeur est trop dure.

M. Debierre partage cette manière de voir et rappelle que l'affection dure depuis cinq mois.

Traitement du décollement de la rétine.

M. Abadie revient sur sa communication de la dernière séance pour établir, après avoir pris connaissance du travail de Schœler, les différences des procédés que l'on a prétendus identiques.

Schœler pratique l'électrolyse bipolaire en plongeant les deux pôles, positif et négatif, dans l'œil et il emploie un courant de trois éléments seulement pendant environ une minute. Or, on ne provoque ainsi qu'une irritation légère, à peine visible au niveau du décollement; si Schœler a ainsi obtenu un succès, il ne donne des nouvelles de son opéré que dans les quatre jours qui ont suivi l'opération.

M. Abadie, après avoir essayé, lui aussi, l'électrolyse bipolaire, y a renoncé. Ce qui est nécessaire pour la guérison, c'est l'action électro-chimique du *pôle positif* qui provoque une inflammation adhésive. Quant au pôle négatif, au lieu d'être plongé dans l'œil, il est simplement appliqué au bras sur une large surface. En outre, au lieu de trois éléments, il faut aller jusqu'à dix ou douze et le courant doit passer pendant cinq minutes. On provoque ainsi un véritable foyer de choroïdite adhésive très visible à l'ophthalmoscope dès le lendemain sous la forme d'une tache ronde blanchâtre, qui maintient définitivement la rétine appliquée.

Paralysie des muscles des yeux chez les enfants du premier âge.

M. Parinaud fait un rapport sur un travail du Dr Sauvineau, intitulé : Contribution à l'étude des paralysies oculaires chez les enfants du premier âge. L'auteur rapporte trois observations. La première a trait à une fille de 14 ans qui, venue à 8 mois de vie intra-utérine, à l'âge de 19 mois fut prise de fièvre et de faiblesse des membres inférieurs, lesquels s'atrophièrent; cela dure 4 mois et la malade guérit, conservant seulement un strabisme interne. Ce strabisme convergent, double, alternant, s'accompagne d'accommodation insuffisante et de diplopie homonyme. L'œil gauche est légèrement hypermétrope et le droit atteint d'astigmatisme léger.

Dans ce cas il y a lieu de signaler l'apparition du strabisme en même temps que la paraplégie avec atrophie, laquelle traduit une affection médullaire systématisée. Si l'on se souvient que les noyaux gris bulbo-protubérantiels prolongent les cornes antérieures, on est amené à rapprocher les types morbides suivants : atrophie musculaire type Aran-Duchenne, paralysie labio-glosso-pharyngée et ophthalmoplégie.

Si chez cette petite malade on peut rattacher le strabisme paralytique à la cause qui a produit également la paralysie infantile des membres inférieurs, dans un autre cas M. Sauvineau a vu la diphthérie provoquer un strabisme persistant, ce qui est aussi un fait rare.

Chez la troisième malade, il s'agit d'un strabisme survenu vers l'âge de 6 mois, après des convulsions, mais, comme il existe une myopie très prononcée, on peut ne pas admettre un strabisme paralytique.

M. Parinaud appelle l'attention sur certains cas de strabisme qu'il attribue à des lésions nerveuses survenues avant que l'appareil nerveux central des mouvements oculaires soit complètement développé. C'est ainsi que l'on peut observer la paralysie de la convergence avec conservation des mouvements de latéralité. Les deux yeux ne peuvent simultanément se porter en dedans, mais chacun isolément peut le faire lorsque son congénère se porte en abduction.

Inflammations orbitaires d'origine dentaire.

M. Vigne rapporte une observation de M. Terson qui a traité un homme alcoolique, âgé de 39 ans, atteint d'exophthalmos de l'œil droit et de parotidite et de sous-maxillite gauches, le tout consécutif à l'éruption de la dent de sagesse gauche. Il y avait dans ce cas phlébite propagée du maxillaire supérieur gauche par les veines du tronc ovale et le sinus caverneux à la veine ophthalmique droite. Dans d'autres cas, la propagation se fait à la veine ophthalmique du même côté. Enfin la phlébite peut partir des veines des dents antérieures et, par les veines labio-faciales, gagner l'orbite.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 5 juillet 1893.

Présidence de M. Cordier

Modes d'administration du touraillon dans le choléra.

M. G. Roux donne à la Société des indications sur les modes d'administration du touraillon.

On fait une décoction de 50 gr. de touraillon pour 1,000 gr. d'eau, on fait bouillir trois à quatre minutes, on filtre sur un linge et on exprime fortement. La décoction peut être prise 1° *en boisson* édulcorée avec du sirop de limon et du rhum ; on en fait boire la valeur d'un litre et même davantage dans les vingt-quatre heures ; 2° *en lavements* de 150 à 250 gr.

Dans les cas graves on pourrait donner une décoction à 100 pour 1000.

Hystérectomie pour utérus fibromateux gravide.

M. Nové-Josserand, interne des hôpitaux, présente un utérus fibromateux gravide enlevé par l'hystérectomie abdominale par M. le prof. Fochier. Il s'agit d'une femme de 30 ans, tuberculeuse depuis un an et qui présentait des signes d'une tumeur abdominale depuis le mois de décembre. Elle éprouva des douleurs excessivement intenses et présenta des signes d'une cachexie telle que l'on avait pensé à une tumeur maligne des ovaires. Les règles, après une période d'irrégularité, n'avaient pas reparu depuis trois mois. La tumeur fut enlevée et on trouva en l'examinant qu'il s'agissait d'un utérus fibromateux contenant un fœtus de trois à quatre mois. La malade a très bien guéri et elle a quitté l'hôpital.

M. Fochier dit que le principal intérêt de cette observation réside dans la difficulté du diagnostic. L'erreur de diagnostic est explicable par le fait qu'il semblait possible de délimiter en avant de la tumeur une masse que l'on prenait pour l'utérus. M. le prof. Soulier, qui avait adressé cette malade à M. Fochier, se portait en quelque sorte garant de sa vertu et le diagnostic de grossesse paraissait devoir être éliminé. L'état cachectique de la malade fit penser à une tumeur maligne, et c'est à contre-cœur que M. Fochier, désireux de ne pas gâter une belle statistique, pratiqua une intervention qui lui semblait indiquée par l'intensité et la persistance des douleurs. La malade guérit aussi vite qu'après l'avortement provoqué pour vomissements incoercibles.

M. Soulier appuie les assertions de M. Fochier relativement à l'état cachectique de la malade et à sa prompte guérison après l'intervention. Il se demande ce que deviendra la lésion pulmonaire. Il y a un an cette malade était atteinte d'une lésion du sommet gauche, mais actuellement il y a très peu de signes stéthoscopiques de ce côté et c'est à droite que l'on trouve une infiltration tuberculeuse. Cette lésion serait-elle appelée à disparaître ou tout au moins à rétrocéder ?

Louis Dor.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 28 juin et 5 juillet 1893.

Fracture du crâne.

M. Kœrte présente un malade qui, il y a quelque temps, fut apporté à l'hôpital sans connaissance avec une plaie du pariétal droit de 7 cm. de longueur sur 3 de largeur. Les fragments osseux, d'abord retirés, furent ensuite remis à leur place après nettoyage de la plaie au sublimé. La cicatrisation se fit sans fièvre ni suppuration, mais à un moment donné survinrent des convulsions du côté gauche et de la perte de connaissance. La plaie fut rouverte au huitième jour, les fragments retirés, la substance cérébrale explorée. On ne trouva pourtant pas d'abcès, mais de la substance cérébrale broyée. Pansement iodoformé et guérison sans complications.

Les convulsions tenaient probablement à la réaction inflammatoire autour de la plaie.

Plaie du côlon.

M. Kœrte présente un second malade qui dans une rixe avait reçu un coup de couteau entre la dixième et la onzième côte du côté gauche. Pas de plaies du poumon; mais le malade accusait des douleurs dans le ventre. La plaie fut alors agrandie, et on a pu constater une section de la onzième côte. Celle-ci fut alors réséquée, et lorsque le doigt fut introduit dans la plaie, il s'échappa du gaz par la plaie. L'examen attentif montra alors une plaie du côlon. Laparotomie par une incision parallèle au rebord costal et suture de la plaie intestinale après désinfection des parties voisines. Guérison sans complications.

Larynx artificiel et phonation.

M. Wolff présente un malade auquel il avait fait il y a deux ans l'extirpation du larynx pour un carcinome. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est d'abord l'absence de toute récidive depuis plus de deux ans; ensuite qu'il peut déclamer et chanter avec le larynx artificiel qu'il porte depuis l'opération. La phonation est si parfaite, qu'on ne se douterait pas que le malade ne possède qu'un larynx artificiel.

Ce cas vient encore à l'appui de la théorie de Helmholtz d'après lequel le son fondamental seul se forme dans le larynx, tandis que les autres sons supplémentaires se forment dans d'autres cavités résonnantes, bouche et pharynx.

M. Schmid présente aussi un malade auquel il avait extirpé le larynx. Bien qu'il n'ait pas de larynx artificiel, il parle d'une façon parfaitement intelligible, moins bien pourtant que le malade de M. Wolff.

Le malade fut opéré il y a sept ans d'un carcinome du larynx. A l'examen on voit que la trachée ne communique pas avec la bouche ; la fente qu'on perçoit profondément dans le pharynx appartient à l'œsophage.

Landois et Strubing, qui ont examiné ce malade, admettent que pendant la phonation la langue se porte en arrière ; il se forme un espace clos duquel est expulsé l'air quand le malade parle, air qui a été emmagasiné avant. Pourtant M. Frænkel a remarqué que le malade pouvait parler quand il a la langue tirée hors de la bouche. La phonation chez ce malade est donc difficile à expliquer.

M. B. Frænkel fait observer que, comme ce malade porte une canule trachéale, il n'existe aucune communication entre la bouche et les voies respiratoires.

Avec le laryngoscope, on voit la fente œsophagienne se fermer pendant la déglutition. Il est possible que le malade aspire l'air dans l'œsophage et, en l'expulsant, fasse ensuite vibrer les lèvres de cette fente.

Salpingo-oophorectomies.

M. Arendt présente les pièces provenant de 16 salpingo-oophorectomies.

Chez deux femmes les trompes étaient extrêmement tortueuses. Chez cinq il s'agissait de salpingite gonorrhéique arrivée à son dernier degré de développement. Dans un cas il s'agissait de tuberculose, et dans un autre de péri-salpingo-ovarite consécutive à une grossesse ovarique.

Eclairage électrique de l'estomac.

M. Kuttner présente une sonde stomacale à l'extrémité de laquelle est adaptée un lampe électrique. Quand celle-ci est allumée, on distingue très nettement les contours de l'estomac.

La valeur diagnostique de ce procédé n'est pas très grande. Il est difficile de diagnostiquer à l'aide de la lampe seule la dilatation ou les néoplasmes de l'estomac.

Alimentation des nourrissons.

M. Hauser fait une communication sur le lait albumosé de Hauser obtenu par l'incorporation de l'albumine d'œuf chauffée à 130 au lait de vache. Ce lait présente la même composition que le lait de femme, et se comporte comme ce dernier envers le suc gastrique au point de vue de la coagulation.

Ce lait expérimenté chez des nourrissons dyspeptiques a donné des résultats excellents, surtout dans les dyspepsies fébriles. Les selles de ces enfants devenaient identiques à celles des nourrissons nourris au sein. Les nourrissons dyspeptiques nourris avec ce lait gagnaient 150 à 300 gr. environ par semaine.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NÉVROLOGIE DE BERLIN

Séance du 12 *juin* 1893.

Influenza et paralysie.

M. Bernhardt fait remarquer la multiplicité des affections nerveuses consécutives à l'influenza ; il signale la paralysie aiguë dont il a observé deux cas rapportés à la Société de la Charité en 1890. Il s'agissait de deux hommes adultes, en pleine vigueur; la paralysie assez grave se développa en quelques jours de bas en haut. Les malades ne pouvaient plus se remuer, et restaient étendus sur leur lit, sans pouvoir s'aider, atteints d'une grande faiblesse et de paralysie flasque. Ce qui était frappant, c'était la conservation des réflexes rotuliens malgré la gravité des phénomènes paralytiques et contrairement à ce qui arrive dans l'intoxication diphthérique. Chez un des deux malades, qui se remit lentement au bout de quelques semaines, il persista de la paresse des muscles des mollets, avec réaction de dégénérescence. Il s'était donc développé des processus névritiques; bien qu'on soit dans l'incertitude sur l'anatomie pathologique et le siège de cette paralysie, M. Bernhardt a déjà exposé, il y a quelques années, son opinion tendant à admettre une polynévrite et une paralysie de Landry. Dans ce rapport tout est rassemblé: il y est parlé d'un mémoire publié il y a vingt et un ans rapportant des cas où la paralysie s'étendit de haut en bas. Il y avait alors de bonne heure des fourmillements dans les mains, de la diplopie et des douleurs en ceinture. La marche de bas en haut n'y était pas notée, et on ne parlait que de paralysie aiguë. Le tableau symptomatique rappelait singulièrement une intoxication. Les recherches anatomo-pathologiques étaient négatives.

Il est cependant une série de modifications qui furent observées dans la moelle allongée et la moelle épinière; quand le tableau symptomatique de la polynévrite fut plus nettement tracé, on vit paraître une série d'observations démontrant le rôle des nerfs périphériques. Dans la paralysie à marche aiguë, le plus souvent la moelle allongée et la moelle sont affectées ensemble, souvent aussi les nerfs périphériques sont intéressés, mais il est difficile de distinguer nettement les cas, car souvent on n'a pas interrogé d'une façon assez précise les deux systèmes. L'affection débute par les points les plus divers du système nerveux, le plus habituellement après la maladie infectieuse ou dans la période de convalescence. Quant à l'excitabilité électrique, il est des cas où, en raison de la rapidité de la marche du mal, il n'est plus besoin de la rechercher. Quand, dans un cas de ce genre, l'excitabilité électrique a disparu, cela démontre que les nerfs périphériques ne sont pas intéressés. Les colonnes grises antérieures et les grosses cellules glanglionnaires sont, par contre, atteintes.

Quand, dans un cas de paralysie aiguë de Landry, l'excitabilité est conservée, les nerfs périphériques n'ont pas souffert; mais le siège du mal réside dans la moelle, exclusivement dans la substance grise.

M. Jolly a observé une série de manifestations nerveuses après l'influenza, et en particulier un cas typique de polyomyélite survenue chez une femme trois semaines après une atteinte grave d'influenza. Les extrémités supérieures commencèrent à être douloureuses, parésiées et finalement paralysées, puis vint le tour du membre droit. Les muscles étaient très douloureux à la pression. La malade guérit au bout d'un an après différentes récidives. L'influenza a donné un coup de fouet à toutes les affections nerveuses déjà existantes et maints cas de tabes et de myélite chronique lui sont redevables au point de vue étiologique.

M. Jolly est d'avis de diviser les cas décrits sans lésions de paralysie de Landry en deux groupes : les cas de polynévrite et les cas d'origine médullaire que M. Leyden considère trop exclusivement comme des cas de paralysie bulbaire. Quant aux cas de polynévrite qui ont été oui ou non rapprochés de la polynévrite, M. Remak a depuis longtemps démontré

qu'on pouvait les distinguer par l'examen électrique. Il est encore un symptôme important, c'est l'apparition des douleurs caractéristiques, qui ne sont pas l'expression d'un processus myélitique et n'appartiennent pas aux troubles fonctionnels de la paralysie de Landry.

M. Bernhardt termine en montrant dans certains cas la participation du système nerveux central dans les phénomènes paralytiques.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 2 juin 1893.

Hydronéphrose chez l'enfant.

M. Adler présente un enfant de trois ans qui depuis un an et demi souffre de douleurs dans le ventre et surtout dans le flanc gauche augmenté de volume. En novembre dernier on lui incisa, à la Charité, une hydronéphrose contenant 600 gr. de liquide. La cavité se rétrécit petit à petit, mais du mois de novembre au mois d'avril il s'évacua peu d'urine par les voies naturelles. Peu de jours après la sortie de l'hôpital, l'enfant fut pris de fièvre et rentra à l'hôpital où on lui dilata sa fistule avec les doigts. On ne fit pas la néphrectomie, car on ne jugeait pas l'autre rein suffisant.

Le 5 mai, M. Adler reçut l'enfant dans son service et constata une cicatrice avec une fistule de laquelle s'échappait par la pression un peu de liquide trouble jaunâtre. Le rein droit était de grosseur normale. Du côté gauche on sentait dans la région rénale les contours d'une poche indurée en rapport avec la fistule. Il s'évacuait spontanément environ 200 cent. c. d'urine claire, acide, d'un poids spécifique de 1004-1007 et contenant de l'albumine et des globules rouges. Après avoir reconnu l'intégrité parfaite du rein droit, on fit la néphrectomie.

Trois circonstances compliquèrent l'opération :

1° La situation intra-péritonéale du sac grâce à l'existence d'une sorte de mésonéphrose ;

2° L'impossibilité de rencontrer le côlon ;

3° L'existence des adhérences consécutives à la néphrotomie.

Le petit malade guérit sans réaction. Il s'agissait probablement d'une hydronéphrose congénitale.

Pérityphlite. Thrombose des sinus consécutive à une otite moyenne. Arthropathie.

M. Sonnenburg a opéré un malade qui, pris subitement de douleurs aiguës et de fièvre intense, présentait les signes d'une péritonite. Il trouva dans l'abdomen comme une tumeur intestinale. L'appendice vermiculaire fut trouvé dans une vaste poche purulente qui fut ponctionnée.

La thrombose des sinus était consécutive à une otite ancienne. Sur 28 cas de mort par otite moyenne, dans 18 cas l'issue fatale est due à la thrombose des sinus. La malade vint à l'hôpital présentant des vomissements et des symptômes de méningite. La résection au ciseau de l'apophyse mastoïde évacua un foyer de pus putride. La ponction de la dure-mère ne donna pas de pus. Après l'ablation de l'os on arriva sur le sinus rempli de pus fétide. Le cas guérit après l'ouverture du sinus et le nettoyage de la cavité sans ligature de la jugulaire.

M. Sonnenburg présente un cas d'arthropathie avec gliomatose. La tête de l'humérus a presque complètement disparu. Il n'y a pas de signes de tabes. L'analgésie existante est en rapport avec une lésion de la moelle.

Empyème de la vésicule biliaire.

M. Kœrte. — Une malade de 68 ans fut opérée le 7 février pour une hernie. Deux jours après, frisson, fièvre intense, ictère. Foie hypertrophié, douloureux. Ces symptômes firent penser à un empyème de la vésicule biliaire ; le 20 février M. Kœrte intervint et retira six calculs dont un siégeait dans le conduit cystique. La malade perdait toute la bile par la fistule; en moyenne 4 à 700 gr. Malgré un appétit excellent et une alimentation riche, elle s'affaiblit très rapidement. M. Kœrte fit une seconde incision, et, ne pouvant trouver le canal cholédoque, pratiqua une cholécysto-entérostomie. La malade guérit rapidement.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE.

Séance du 7 juillet 1893.

Tumeur épithéliale de l'iris consécutive à l'implantation d'un cil dans la chambre antérieure de l'œil.

MM. Cross et **Collins.** — Un enfant de 8 ans vint à la consultation pour une perte de la vue du côté droit survenue 7 mois après une plaie de l'œil faite par un fil de fer. L'œil ne présentait pas d'inflammation, la tension était normale; il y avait une capsule de cataracte traumatique avec des synéchies postérieures. A la partie supérieure et interne de la chambre antérieure il y avait une petite nodosité, d'où sortait un cil passant obliquement au-devant de l'iris. La nodosité fut diagnostiquée comme un kyste épithélial provenant de la gaine de la racine du cil. Le cil fut facilement enlevé ; on ne put avoir la nodosité que par fragments. La plaie guérit bien. Deux mois après, la tumeur commença à réapparaître. Au bout d'un an, il y avait du catarrhe oculaire et de la photophobie ; la tumeur avait beaucoup augmenté de volume et l'œil gauche présentait des signes d'irritation sympathique. L'œil droit fut en conséquence énucléé. La tumeur était entourée par du tissu pigmenté de l'iris. La masse située dans l'iris était un kyste à contenu opaque et tapissé par des cellules épithéliales. Le contenu semblait provenir de la dégénérescence des cellules épithéliales.

M. Rockliffe. — J'ai vu deux cas semblables.

M. Snell. — J'ai opéré un malade de cataracte il y a 14 ans; il a maintenant dans la chambre antérieure de l'œil un kyste qui est peut-être de même nature.

Myopie pathologique.

M. Batten. — La myopie pathologique peut être diagnostiquée d'après l'état du fond de l'œil. Elle peut être aiguë, chronique, progressive ou stationnaire. La forme aiguë peut s'arrêter ou passer à l'état chronique ; elle peut résulter de plusieurs maladies constitutionnelles. Dans la forme chronique, il faut diagnostiquer la myopie qui est due à des troubles cardio-vasculaires, celle qui est due à la scrofule ou à la syphilis héréditaire, et celle qui est due à des occupations anti-hygiéniques. Des changements dans le pigment du bord du croissant sont un signe de myopie aiguë; dans la forme chronique, si la choroïde est mince et que ses vaisseaux deviennent visibles, on a affaire à une myopie par troubles cardio-vasculaires; si la choroïde paraît divisée en îlots, on a affaire à de la scrofule ou à de la syphilis. Il y a quatre classes de staphylome : 1° le staphylome est dans la région de la macula; 2° il siège du côté nasal; 3° le disque optique forme la partie la plus profonde du staphylome; 4° le staphylome est périphérique. La myopie périphérique est une cause d'astigmatisme, car elle produit des altérations du cristallin et de la cornée.

Il y a trois sortes d'altération des vaisseaux : 1° les vaisseaux sont entraînés hors de leur situation normale et se mettent en relation avec le disque optique; 2° ils sont rétrécis ; 3° ils émergent par branches séparées du disque optique. Dans le cas de staphylome nasal, les vaisseaux sont entraînés sur le bord nasal du disque optique. Ces troubles dans la situation des vaisseaux constituent un des premiers signes de la myopie.

Migraine et paralysie du nerf moteur-oculaire commun.

M. Snell. — Un jeune homme de 27 ans a depuis l'âge de 10 ans des migraines; ce n'est que depuis 7 ans que l'œil se ferme au moment des attaques de migraine. Ces attaques sont devenues de plus en plus fréquentes et ont fini par se renouveler tous les trois ou quatre jours. La paralysie du moteur oculaire commun est complète au moment des crises et elle ne disparaît pas entièrement dans leur intervalle. J'ai vu le même fait chez une jeune fille de 18 ans.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

D'un mode de réduction de l'utérus gravide en rétro-version complétée par l'application d'un pessaire approprié, par G. Levrat, interne des hôpitaux de Lyon.

Bien des méthodes ont été et sont encore employées pour la réduction des utérus gravides en rétro-version. Leur nombre même indique que pas une n'est infaillible ; aussi la plupart des auteurs conseillent-ils de les essayer successivement, jusqu'à ce qu'on arrive à trouver celle qui doit précisément réussir dans le cas donné.

M. le professeur Laroyenne se sert depuis de longues années d'un procédé auquel il ne doit que des succès, et qui, employé d'une manière systématique dès le début, dispensera, croyons-nous, des tâtonnements auxquels on est obligé de recourir avec les autres méthodes. C'est ce procédé que nous allons décrire après avoir rapidement passé en revue les modes de traitement actuellement conseillés dans les livres.

Si la rétention d'urine est en général le premier symptôme de la rétro-version de l'utérus gravide, on sait, d'autre part, que la distension de la vessie due à la stase momentanée de l'urine dans ce réservoir, pendant le sommeil, par exemple, peut très souvent suffire à causer cette rétro-version. Aussi a-t-on pensé qu'en se contentant d'évacuer régulièrement la vessie, on pourrait voir au bout de quelques jours la réduction s'opérer spontanément ; c'est la méthode d'expectation. Elle a donné parfois de bons résultats ; mais les cathétérismes sont souvent difficiles, ils demandent beaucoup de précautions pour ne pas infecter la vessie ; d'autre part, plus on attend, plus les accidents causés par l'enclavement utérin deviennent graves ; l'avortement peut se produire ; du coté de la mère, ce peut être du sphacèle du vagin, de la vessie, du rectum, ce peuvent être des complications urinaires, cystite, pyélo-néphrite, urémie avec issue fatale à redouter.

L'expectation a donc ses dangers ; et l'on doit poser, en règle générale, que sitôt que dans le cours d'une grossesse on se sera aperçu d'une rétro-version, la rétention d'urine en étant d'ordinaire le symptôme révélateur, on devra immédiatement en tenter la réduction.

Les manœuvres que l'on emploie pour cela peuvent se classer en manuelles et instrumentales. La réduction manuelle, la plus universellement pratiquée, se fait à l'aide d'un ou deux doigts introduits soit dans vagin, soit dans le rectum, soit dans l'un et l'autre à la fois, les doigts vaginaux abaissant le col pendant que les rectaux repoussent en haut le corps de l'utérus. Cette méthode est parfois inefficace et de plus, par les efforts que l'on exerce directement sur l'utérus, elle expose à l'avortement. Barnes préconise un procédé qui diffère des précédents en ce que les tractions exercées sur l'utérus ne s'exercent pas dans le sens vertical, mais latéralement. Voici sa manière d'agir : « La malade étant endormie, couchée sur le côté, on introduit un ou deux doigts dans le rectum aussi haut que possible, à droite du fond utérin. On presse alors continûment, non en haut, mais du côté de l'ilium gauche. Le but est de dégager l'utérus engagé sous la saillie du promontoire. Ainsi poussé, le fond utérin trouve de la place dans la gouttière qui existe sur le côté du promontoire.

Aussitôt qu'il y est parvenu, il se redresse aisément, quelquefois brusquement, comme un ressort qui se détend. Dans les cas difficiles, on peut employer la méthode bipolaire, c'est-à-dire combiner la pression sur le fond comme nous venons de la décrire avec la traction du col en sens inverse, traction que l'on peut même faire avec une pince à griffes. Il est important après la réduction de placer un pessaire de Hodge pour empêcher l'utérus de se rétro-verser de nouveau. »

Il existe deux sortes d'instruments destinés à réduire la rétroversion de l'utérus gravide. Les uns, comme la baguette d'Evrat, la spatule de Petit, la cuiller de Rœderer, sont simplement chargés de suppléer la main ou les doigts pour la réduction séance tenante. Ils sont peu usités. Les autres agissent moins rapidement ; c'est par une compression lente qu'ils atteignent leur but thérapeutique, tels sont le pessaire Gariel et les divers ballons de caoutchouc que l'on peut introduire soit dans le vagin, soit dans le rectum. L'inconvénient de ces instruments, c'est leur action aveugle ; on se rend difficilement compte, en effet, comment peut réussir une pression qui porte non sur un point exactement déterminé, mais sur tous les organes du petit bassin.

Reste un procédé qui a été récemment conseillé et qu'en tout cas on ne devrait employer qu'en dernier ressort : la laparotomie destinée à permettre la réduction de l'utérus à l'aide de la main introduite dans la cavité abdominale.

Le procédé de M. le professeur Laroyenne comprend deux temps différents. Une première fois, la main étant introduite dans le vagin, il l'insinue entre les parois du bassin et l'utérus jusqu'au promontoire sans exercer aucune espèce de pression sur le corps utérin. Cette manœuvre peut se faire directement en arrière le long de la concavité du sacrum ; mais d'ordinaire, c'est en suivant par un mouvement contourné les parois latérales du bassin que l'on atteindra le plus sûrement l'angle sacro-vertébral. Lorsque la main est ainsi arrivée au but proposé, l'utérus, en général, se trouve avoir été en quelque sorte énucléé de l'excavation pelvienne et remis en place dans la grande cavité abdominale. Mais souvent la réduction est incomplète ; le fond de l'utérus paraît bien un peu remonté, sa saillie dans le cul-de-sac postérieur a diminué, mais le col reste toujours dirigé en avant et en haut, indiquant ainsi la persistance de la déviation. C'est alors que le deuxième temps de l'opération a de l'importance. Ce deuxième temps consiste dans la pose d'un pessaire approprié : ce pessaire doit avoir la forme d'un anneau de Hodge qui aurait son arc postérieur très large. Comme il n'est pas destiné à rester longtemps en place, il est sans inconvénient et très commode d'employer un anneau malléable en fil de fer recouvert de caoutchouc. Pour que ce pessaire atteigne le but qu'on se propose, il doit remplir une condition essentielle ; son arc postérieur, et c'est une des raisons pour lesquelles on l'a fait si large, ne doit presser en aucun point sur l'utérus ; il doit se trouver situé tout entier dans la gouttière qu'a creusée la main de l'opérateur entre le sacrum et le corps utérin. Dans ces conditions, au bout d'un temps plus ou moins long, mais qui excède rarement 24 heures, la réduction de la rétroversion est absolument complète. En dehors du toucher vaginal et de la palpation de l'abdomen, deux signes indiqueront ce résultat : la cessation de la rétention d'urine et la perceptibilité du souffle utéro-placentaire.

Ce dernier signe, qui n'est point noté dans les auteurs, a cependant toujours paru constant à M. le professeur Laroyenne : tant qu'il y a rétroversion, l'auscultation abdominale de l'utérus gravide ne révèle aucun souffle ; sitôt que la rétroversion est réduite, le souffle apparaît. A quoi tient la différence de ces phénomènes stéthoscopiques ? Probablement, simplement au plus ou moins d'éloignement qui existe dans les deux cas entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure. Quant à la cessation de la rétention d'urine, elle s'explique aisément par le

retour du col utérin à sa position normale, soit qu'il comprimât directement l'urèthre ou le col vésical, soit que sa position vicieuse n'ait agi sur la stase urinaire que par l'intermédiaire de la tension de la paroi vaginale antérieure. M. le prof. Laroyenne a vu en effet souvent la tension de cette paroi être la seule cause d'une rétention d'urine, de même que, chez certaines femmes âgées, il a réussi à combattre l'incontinence d'urine en provoquant cette même tension par un pessaire dilatateur.

Quoi qu'il en soit, dès que l'on aura acquis la conviction que la réduction de l'utérus gravide est parfaite, on pourra enlever le pessaire; il est cependant bon, en règle générale, de le laisser encore en place cinq ou six jours pour n'avoir pas à craindre le retour des accidents.

Lorsque, en même temps que de la rétroversion, il existe du prolapsus utérin, comme dans le cas publié en 1880 dans le *Lyon médical* par M. le Dr Larrivé, alors interne de la Clinique gynécologique, les troubles urinaires sont moins aigus, le corps de l'utérus, par suite de son abaissement, se trouvant relativement à l'aise dans la concavité du sacrum, et leur pathogénie est un peu différente; le col utérin, qui se trouve alors à la vulve, en est complètement innocent et c'est à la compression produite par le corps lui-même qu'il faut les attribuer. En tout cas, la technique opératoire doit être la même et les résultats sont aussi bons.

La réduction par le procédé de M. le prof. Laroyenne est assez simple pour que d'ordinaire on puisse se passer d'anesthésie; cependant on ne devrait pas hésiter à y recourir en présence d'une femme souffrant beaucoup ou très nerveuse; les manœuvres seront de ce fait extrêmement facilitées.

En résumé, insinuation jusqu'au promontoire d'une main qui creuse entre l'utérus et les parois du bassin une gouttière dans laquelle on place pour compléter la réduction un anneau à grand arc postérieur, tel est le procédé qui a toujours permis à M. le prof. Laroyenne de réduire facilement les utérus gravides en rétroversion et lui a ainsi évité d'avoir jamais recours à la ressource thérapeutique ultime de l'avortement provoqué.

REVUE DES JOURNAUX

Grossesse extra-utérine (Ruptured tubal pregnancy: abdominal section: removal of fœtus and gestation cyst: recovery), par Byers (*British med. Journ*, 29 avril 1893, p. 886). — Le 30 septembre 1892, une malade présenta tout à coup les signes d'une hémorrhagie interne; en raison des antécédents, on diagnostiqua une grossesse extra-utérine; tout d'abord la malade alla rapidement mieux, puis elle retomba dans le collapsus. Les parents refusèrent une intervention chirurgicale, car la malade avait eu, un an auparavant, une crise semblable et elle avait très bien guéri. Le 2 octobre, la malade allant de plus en plus mal, on se décida à la laisser opérer; l'opération ne fut faite que le 3. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouva une grande quantité de sang et de caillots; la trompe gauche, siège de la grossesse, était rompue; on l'enleva, on fit un lavage de l'abdomen et on enleva le fœtus et ses enveloppes. La malade guérit.

Kyste ovarique à évolution rapide, par Parizot (*La Bourgogne médicale*, avril 1893, p. 105). — Une femme de 27 ans devient enceinte pour la première fois en février 1892. Accouchement le 13 novembre. L'accoucheuse constate après l'accouchement une petite grosseur du côté droit qu'elle prend pour l'intestin distendu par des matières. Le 10e jour la malade se lève, le ventre complètement aplati; le 14e jour rien d'anormal. Le 15e jour, la malade reste debout tout le jour; le soir, elle éprouve de très vives douleurs dans le ventre; fièvre, vomissements. Le ventre prend des proportions considérables, facies grippé. Pendant cinq à sept jours, les phénomènes restent aussi alarmants. Puis la fièvre cède, le ventre toujours très distendu n'est plus douloureux à la pression. On fait le diagnostic de kyste ovarique. Laparotomie: opération très simple; on trouve un kyste ovarique qu'on ponctionne et qu'on enlève. Guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juillet 1893.

Lait stérilisé.

MM. Budin et Chavane. — L'an dernier, nous avons communiqué à l'Académie les résultats obtenus à la Charité en faisant usage de lait stérilisé au bain-marie, à l'aide de l'appareil de Gentile pour compléter l'allaitement maternel insuffisant. Nos observations ne portaient que sur des nouveau-nés restés de dix à douze jours, par exception vingt jours à la Charité. Que devait donner le lait stérilisé chez des enfants de six, huit, dix et même douze mois? C'est de ces nouvelles recherches que nous allons vous entretenir.

Grâce à une consultation spéciale organisée à la Charité, nous avons pu suivre un certain nombre d'enfants soumis à l'allaitement au sein, à l'allaitement mixte et à l'allaitement artificiel. C'est l'allaitement au sein que, bien entendu, nous favorisons de toutes nos forces, comme vous le verrez par les observations qui suivent. Mais, ainsi que l'a dit avec raison le professeur Rouvier (de Beyrouth), « il y a plus de mères que de bonnes nourrices ». L'allaitement mixte et même l'allaitement artificiel sont donc parfois des nécessités qui s'imposent.

Six enfants ont été exclusivement nourris au lait de vache stérilisé. Trois fois on eut recours à l'allaitement artificiel parce que la mère n'avait pas de lait. Deux fois, ce fut à cause de syphilis buccale et de bec-de-lièvre. Or, ces six enfants ont eu des courbes remarquablement ascendantes.

Le plus habituellement, les mères ont plus ou moins de lait, et il suffit de compléter l'allaitement maternel. Dans deux cas par exemple les femmes ont eu des jumeaux et il leur était impossible de suffire seules à la nourriture de leurs enfants. Trois autres n'ont jamais eu assez de lait, et, bien qu'elle n'eussent à nourrir qu'un seul enfant, on a été obligé de les aider. Il arrive encore que, chez certaines femmes, la sécrétion insuffisante au début, et nécessitant l'allaitement mixte, arrive à se supprimer complètement. L'allaitement devient alors artificiel. Or, dans toutes ces circonstances le résultat est excellent.

Mais l'allaitement mixte peut n'être que temporaire et se trouver remplacé par l'allaitement au sein si le lait revient en quantité suffisante chez la mère. C'est ce que nous avons fait deux fois: à l'allaitement artificiel nous avons fait succéder l'allaitement mixte, puis l'allaitement au sein. Ces faits prouvent que nous voulons surtout favoriser l'allaitement au sein; nous n'avons recours à l'allaitement mixte et à l'allaitement artificiel que s'il nous est impossible de faire autrement.

Notre tâche, il est vrai, n'est pas toujours très facile: nous avons vu, par exemple, une mère trouvant que la quantité de lait fournie par nous n'était pas suffisante, aller en acheter par les grandes chaleurs sous une porte cochère: une diarrhée assez forte en fut la conséquence. Aussi préférons-nous ne surveiller que des personnes sorties de notre service, habituées à notre discipline. Si un nourrisson est souffrant, nous exigeons aussi qu'on nous prévienne: on nous l'apporte ou l'un de nous va le voir. Lorsque des mères ne veulent pas se soumettre à nos conseils, nous refusons de nous occuper d'elles davantage.

On ne saurait, d'ailleurs, recommander trop de précautions: les bouteilles en particulier doivent être nettoyées avec le plus grand soin pendant les grandes chaleurs et le lait doit être goûté chaque fois qu'on en donne à l'enfant.

Nous n'avons appris la mort que de deux enfants (dont un par broncho-pneumonie tuberculeuse) soignés par nous.

Nous n'avons donc eu que très peu d'accidents, et cependant nous venons de traverser en mai, juin et juillet, des périodes de fortes chaleurs, pendant lesquelles, en ville, la mortalité des nourrissons par diarrhée a été très considérable.

Contrairement à l'usage, nous donnons aux nouveau-nés non pas du lait de vache coupé avec une plus ou moins grande quantité d'eau, mais du *lait pur*. Quand nous avons essayé d'y mettre de l'eau, nous avons vu que les enfants prenaient une plus grande masse de liquide et qu'ils s'accroissaient moins. On dit que la caséine du lait de vache se coagule et forme dans l'estomac de gros caillots qui peuvent être une cause de troubles digestifs. Il n'en est plus ainsi lorsque le lait a été soumis au bain-marie à une température voisine de 100 degrés.

Il importe que l'enfant prenne une quantité suffisante de lait, mais il faut éviter avec soin la *surcharge alimentaire*, car elle amène des accidents plus ou moins graves d'intolérance gastro-intestinale, des vomissements et de la diarrhée. Nous avons vu une garde qui à un enfant né depuis quelques jours et pesant 3 kilos, fit prendre 800 grammes de lait stérilisé dans les 24 heures. Elle a été bien surprise quand nous lui avons fait remarquer que donner 800 centimètres cubes de lait stérilisé à un enfant de 3 kilos, cela équivalait à faire boire 16 litres de lait à un adulte du poids de 60 kilos. Il est vrai que l'enfant a besoin de deux rations différentes : la ration d'entretien et la ration d'accroissement.

D'après les auteurs, l'enfant, du 5e jour à la fin du premier mois, prend environ de 5 à 600 grammes de lait de femme; pendant le 2e et le 3e mois, de 6 à 700 grammes, etc. (Tarnier et Chantreuil). Ces chiffres ne doivent guère être dépassés, car le lait de vache contient plus de matières nutritives que le lait de femme.

Après nos résultats, il est permis de se demander si on ne pourrait pas organiser en ville des consultations pour les nourrissons. Peut-être parviendrait-on ainsi à diminuer la mortalité si considérable encore des enfants du premier âge.

Isolement des maladies contagieuses à l'école.

M. Ollivier lit, au nom de la section d'hygiène, un rapport adressé au ministre de l'instruction publique, dont les conclusions sont les suivantes:

1° La durée de l'isolement à imposer aux élèves des lycées et des écoles atteints de maladies contagieuses, comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion) devra être de 40 jours pour la scarlatine, la variole, la varioloïde et la diphthérie. Elle ne sera que de 16 jours pour la rougeole et la varicelle. En ce qui concerne la coqueluche, l'isolement devra être prolongé trois semaines après la cessation complète des quintes caractéristiques. Il sera maintenu aussi, pour les oreillons, pendant 10 jours après la disparition des symptômes locaux.

2° Les mesures hygiéniques suivantes devront être prises avant de permettre la rentrée dans les établissements scolaires : lotions nasales, buccales et pharyngées avec des solutions antiseptiques; bains savonneux et frictions générales partout, même sur le cuir chevelu; désinfection rigoureuse à l'étuve à vapeur sous pression des vêtements que l'élève avait au moment où il est tombé malade;

3° Conformément aux conclusions des deux précédents règlements, la chambre d'isolement devra être soigneusement aérée. Les parois et les meubles seront lavés avec une solution de sublimé au millième. Les objets de literie et les rideaux seront passés à l'étuve, ainsi que les matelas.

4° L'élève qui aura été atteint, en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées dans ce rapport, ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin constatant la nature de la maladie et les délais écoulés, et attestant que cet élève a satisfait aux prescriptions ci-dessus énoncées.

M. Lancereaux. — Il m'a toujours paru pénible de laisser pendant quarante jours à l'infirmerie du lycée un enfant convalescent de scarlatine. Cette affection a, en général, huit jours de durée, quinze jours de convalescence; aussi, à moins de complications rénales, je trouve suffisant de porter de vingt-cinq à trente jours la durée de son isolement, étant donné surtout que des précautions antiseptiques auront été prises auparavant.

M. Ollivier. — C'est faire trop bon marché des complications rénales qui surviennent souvent, même pendant l'été, plus de trente jours après le début de la maladie. Un isolement de quarante jours répond à la moyenne des cas et doit être choisi à titre réglementaire, tant au point de vue du danger de la transmission qu'à celui du refroidissement.

M. Lancereaux. — Il ne s'agit pas de cela, mais de savoir pendant combien de temps la scarlatine est contagieuse.

M. G. Sée. — La durée de 40 jours me paraît absolument insuffisante pour l'isolement. J'ai vu, dans une famille, où un enfant n'avait eu qu'une scarlatine légère, les autres enfants prendre la maladie pendant la convalescence du premier et, malgré l'antisepsie, une femme de chambre contracter l'affection 75 jours après le premier cas.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'albuminurie est extrêmement fréquente dans la scarlatine, ainsi que les médecins anglais, si accoutumés à cette maladie, l'ont démontré. Jamais elle ne se montre avant le treizième ou le quatorzième jour, ni après le trente-quatrième jour. Ainsi il ne faut jamais laisser sortir les enfants avant cette époque et, pour éviter la contagion, les isoler pendant 80 jours.

M. Léon Le Fort. — Cela s'applique au local du malade, s'il n'a pas été désinfecté; mais la durée de l'isolement peut être bien moindre pour l'enfant lui-même, si les précautions suffisantes ont été prises.

M. Hérard. — Il y aurait danger à trop abaisser la durée de l'isolement; 40 jours est un minimum au point de vue de l'albuminurie; comme Barthès, j'estime qu'il faut laisser les enfants au lit pendant trente jours au moins, pour éviter tous accidents.

Les conclusions du rapport de M. Ollivier sont adoptées sans modifications.

Vaccination.

M. Hervieux donne lecture de son rapport au ministre de l'Intérieur sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1892. Après avoir exposé le développement progressif de l'Institut vaccinal de l'Académie depuis sa création, il appelle l'attention sur l'épidémie variolique dont la ville de Paris est en ce moment menacée, menace qu'il attribue à l'insuffisance des revaccinations. Il signale à ce propos l'épidémie de variole qui depuis deux ans a envahi toute l'Angleterre, et qui semble due à l'influence exercée par la ligue des antivaccinateurs. M. Hervieux saisit cette occasion pour rappeler les avantages que présente la pratique des revaccinations : 1° les épidémies dont notre pays a été le théâtre depuis 1828 ont démontré la puissance des revaccinations pour les arrêter et les éteindre; 2° les revaccinations annuelles qui sont pratiquées sur notre armée ont permis maintes fois à un régiment de rester indemne au milieu d'une ville plus ou moins éprouvée par la variole; 3° dans le cours de l'épidémie anglaise, les revaccinations, quoique très négligées, ont fourni la preuve de leur pouvoir préservateur; 4° il existe dans la pathologie humaine peu de maladies dont on puisse dire au même titre que pour la variole qu'elles peuvent être supprimées; 5° l'épidémie anglaise prouve que tous les moyens autres que les revaccinations sont impuissants à arrêter les progrès du fléau; 6° les revaccinations n'ont pas seulement pour effet de combattre les épidémies varioliques et de les éteindre, mais d'en empêcher le retour. Pour obtenir ces résultats, il y a une condition indispensable, l'obligation. Cette condition est appliquée à l'armée et à certaines parties de la population civile; elle pourrait l'être à la population tout entière.

Chloroformisation.

M. Laborde ayant présenté de nouvelles observations sur l'influence du réflexe nasal sur la chloroformisation, **M. A. Guérin** rappelle que la mort par arrêt du cœur au début de la chloroformisation ne se produit jamais si on a soin de pincer le nez et si ainsi on empêche le chloroforme d'agir sur les nerfs nasaux. C'est une opinion qu'il soutient depuis longtemps. M. Laborde en a donné une démonstration expérimentale très nette. Je suis heureux que mes faits purement cliniques aient eu ainsi la consécration du laboratoire.

Tractions rhythmées de la langue.

M. Laborde adresse une nouvelle observation de rappel à la vie d'un nouveau-né en état de mort apparente au moyen du procédé des tractions rhythmées de la langue.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 21 juillet 1893.

Ulcère du duodénum.

M. Henri Meunier présente des pièces provenant d'un malade qui est entré à l'hôpital avec tous les signes d'un cancer du pylore. A l'autopsie on a trouvé une péritonite aiguë : le bord inférieur du foie était uni par des adhérences au côlon, et il y avait une poche entourant le duodénum. Cette poche une fois vidée, on a vu le duodénum sectionné circulairement dans sa presque totalité, car les deux bouts sont seulement réunis par un petit pont de tunique musculaire. M. Meunier repousse l'hypothèse d'une lésion due à une évolution calculeuse antérieure et croit plutôt à une ulcération duodénale de forme et d'étendue particulières.

Tumeur du testicule.

M. Legueu relate l'observation d'un malade qui avait une tumeur avec poche fluctuante à la partie supérieure et à la partie inférieure. Le traitement spécifique ayant été institué sans résultat, on se rallia à l'idée d'un cancer et l'on fit la castration. Or, l'aspect microscopique de la tumeur est plutôt celui d'une tumeur syphilitique. Un examen histologique ultérieur lèvera d'ailleurs tous les doutes à ce sujet.

Synovite suppurée gonococcienne.

MM. Tollemer et **Macaigne** présentent une culture de gonocoques provenant d'une synovite tendineuse de la face dorsale de la main. Cette culture sur agar a été obtenue avec le liquide retiré par ponction lorsque l'empâtement de la région est apparu. Quelques jours après, lorsqu'on fit l'incision, on colora bien dans le pus les micro-organismes caractéristiques, mais ce liquide laissé dans des pipettes pendant 24 heures ne put être cultivé. Les cultures sur agar n'ont pas pu être réensemencées avec succès. Jusqu'ici la synovite suppurée n'avait pas été signalée dans la blennorrhagie. A signaler un fait intéressant au point de vue pratique : la synovite suppurée qui a été incisée et pansée au sublimé n'a laissé après elle aucune gêne fonctionnelle. Une synovite de l'autre main qui a évolué parallèlement à la précédente et qui n'a pas subi le même traitement n'a guéri qu'avec adhérences.

Reins polykystique.

M. Bouchacourt rapporte l'observation d'une femme de 48 ans qui est entrée dans le service de M. Hayem avec de l'urémie cérébrale et respiratoire, et qui est morte dans le coma, après une anurie qui a duré plusieurs jours. Les reins sont de gros reins polykystiques ; on voit aussi quelques petits kystes à la surface du foie. Les ovaires étaient sains.

Maladie bronzée d'Addison.

M. Auvray montre les capsules surrénales d'une femme de 39 ans qui, il y a 4 ans, avait eu des douleurs vives dans le petit bassin, du côté gauche, et qui depuis eut une poussée d'ictère, à la suite de laquelle survint la coloration bronzée avec les taches spéciales de la face interne des joues, l'asthénie, etc. A l'autopsie, on a trouvé les lésions tuberculeuses des capsules surrénales, marquées surtout à droite : la capsule de ce côté pesait 60 grammes. Il y a dans ce tissu des cellules géantes et des masses caséeuses ; dans le pus, on a coloré des bacilles tuberculeuses et d'autres micro-organismes. La trompe gauche paraît bien offrir des lésions tuberculeuses. Les ganglions lombaires étaient dégénérés. M. Auvray rapproche ce cas de celui de M. Léjars où il y avait tuberculose du testicule avec lésions ascendantes ayant envahi aussi les ganglions lombaires, d'où les lésions se seraient propagées ensuite aux capsules surrénales.

Kyste de l'ovaire.

M. Pilliet présente un kyste de l'ovaire au sujet duquel quelques particularités opératoires ont été rapportées. Il s'agit d'un kyste malin. On y voit du mucus et des travées portant un seul rang de cellules caliciformes.

M. Pilliet montre en outre des coupes :

1° D'un corps étranger de la bourse séreuse sous-tricipitale qui est une fongosité tuberculeuse ;

2° D'une trompe provenant d'une femme opérée de salpingo-ovarite avec kyste hématique. La lumière de la trompe est oblitérée par un véritable adénome salpingien ;

3° D'une tumeur du sein qu'on avait considérée comme un cancer et qui est un adéno-fibrome kystique.

T. Legry.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 juillet 1893.

Modifications du taux de l'urée dans l'urine, au cours des maladies chirurgicales et après les opérations.

M. Lucas-Championnière revient sur la communication qu'il a récemment faite à l'Académie des sciences sur les variations de l'excrétion de l'urée chez ses malades, avant et après les opérations (Voyez *Mercredi*, 1893, p. 279). En 1885, au Congrès de chirurgie, M. Thiriar insistait sur l'abaissement du taux de l'urée dans les urines des malades atteints de cancers viscéraux ; d'après M. Lucas-Championnière, cet abaissement ne se produit pas chez les cancéreux d'une façon aussi constante et aussi absolue qu'on l'a dit. Il a noté que la diminution de l'urée s'observait surtout dans les cas de cancer ovarien, mais que, d'autre part, elle existait aussi bien dans des cas de lésions ovariennes essentiellement bénignes, surtout lorsqu'il s'agissait de lésions douloureuses. C'est ainsi qu'il a vu le taux de l'urée, dans ces conditions, s'abaisser à 6, 5 et même 4 grammes dans les 24 heures ; les malades chez lesquelles on constate cette dimination de l'excrétion de l'urée ne doivent pas être opérées sans avoir subi un traitement préliminaire ; attendu que, sous l'influence d'un régime approprié, on voit la quantité d'urée excrétée dans les 24 heures remonter assez rapidement à 10 et 15 grammes et le pronostic opératoire devient alors singulièrement meilleur.

Les malades qui, avant l'intervention chirurgicale, présentent non plus une diminution, mais une augmentation anormale du taux de l'urée éliminée par les urines, paraissent, eux aussi, se présenter dans des conditions peu favorables au succès de l'opération, et doivent être également soumis à un traitement préalable. M. Lucas-Championnière cite à ce propos le cas d'un homme extrêmement vigoureux, mais fils de goutteux, suralimenté lui-même, et qui, au moment où il dut subir une opération chirurgicale, excrétait 41 grammes d'urée par jour. Il s'agissait d'une suture de la rotule ; les suites opératoires furent excellentes au point de vue local, et la réparation se fit très rapidement ; mais le malade présenta des vomissements continuels pendant 21 jours et finit par succomber. M. Lucas-Championnière pense que ce malade aurait dû, avant toute opération, être mis à la diète et traité par les purgatifs et les altérants, de façon à abaisser le taux de l'urée excrétée. L'intervention chirurgicale provoque, en effet, généralement vers le 2e ou le 3e jour qui suit l'opération, une décharge d'urée, indépendante de l'alimentation, puisqu'elle se produit malgré la diète imposée aux opérés, et le rein a déjà, par le fait même de l'opération, à supporter une élimination d'urée exagérée, qu'il faut par conséquent chercher à diminuer autant que possible.

Parmi les causes auxquelles on peut attribuer cette décharge d'urée post-opératoire, M. Lucas-Championnière invoque le choc nerveux résultant du trauma opératoire, et surtout la résorption du sang épanché et des éléments anatomiques mortifiés, agissant comme un excès d'alimentation.

M. Reynier a constaté chez ses opérés l'augmentation d'urée qui suit les grandes opérations, mais il attribue cette augmentation à l'action du chloroforme sur le foie, et il fait remarquer combien cette action est nette chez les alcooliques qui présentent presque toujours des urines rosacées après les opérations.

M. Kirmisson rappelle que, dans la séance du Congrès de chirurgie de 1889, où M. Thiriar a présenté ses observations sur les modifications de l'excrétion de l'urée chez les cancéreux, il a communiqué les résultats de ses recherches personnelles qui lui avaient permis de constater que le rapport signalé par Romeelam entre le cancer et le taux de l'urée

contenue dans les urines n'était, en réalité, pas rigoureusement exact et rencontrait des exceptions nombreuses.

M. **Tillaux** ne pense pas que la diète soit nécessaire aux opérés et croit qu'il faut, au contraire, les alimenter.

M. **Lucas-Championnière** objecte à M. Reynier que les recherches faites chez les animaux sur l'action du chloroforme n'ont permis de constater qu'une production d'albumine.

Pied-bot valgus plat; tarsectomie.

M. **Schwartz** présente une malade chez laquelle il a pratiqué une tarsectomie interne portant sur le scaphoïde et une partie de l'astragale et du premier cunéiforme, pour un pied-bot valgus plat consécutif à une entorse tibio-tarsienne. Le résultat est très satisfaisant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 juillet 1893.

PRÉSIDENCE DE M. DARESTE.

Action des toxines microbiennes sur la sueur.

MM. **Cadiot** et **Roger**. — Les toxines microbiennes sont-elles capables d'influencer la sécrétion sudorale? Pour répondre à cette question, nous avons entrepris quelques expériennes sur des chevaux et des chats, c'est-à-dire sur des animaux capables de transpirer. Nous avons d'abord expérimenté la *tuberculine* : les résultats ont été négatifs, cette substance n'a aucune action sur la sueur.

Nous avons ensuite étudié la *malléine*. Quatre chevaux ont reçu, par la veine jugulaire, respectivement 1 gr., 2 gr., 2 gr. 30 et 2 gr. 50 de ce produit microbien. Chez tous les quatre, la sudation a commencé trois minutes après l'injection et, suivant la dose introduite, a persisté de 6 à 40 minutes. La température, pendant toute la durée de l'expérience, n'a subi aucune modification. On ne peut donc invoquer l'influence de l'hyperthermie; il faut admettre une action spéciale sur l'appareil sudoral; mais sur quelle partie de cet appareil cette action porte-t-elle? C'est ce que nous sommes parvenus à déterminer en opérant sur des chats dont nous avions, au préalable, sectionné un des sciatiques. La malléine, injectée à des doses qui ont varié de 0,1 à 0 gr. 5, a produit une abondante sudation au niveau des pulpes sous-digitales; seule, la patte énervée est restée sèche.

La malléine produit donc la diaphorèse par un mécanisme différent de celui que la pilocarpine met en œuvre. Cette dernière substance porte ses effets sur les parties terminales de l'appareil sudoral; la section du sciatique n'empêche pas son action; avec le poison microbien, le résultat est inverse : la malléine agit en actionnant les centres sudoraux.

De l'action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal.

M. A. **Gilbert**. — Depuis deux années, j'étudie l'action du bicarbonate de soude sur le travail chimique de l'estomac chez le chien. Mes expériences, très multipliées, ont été faites avec des eaux bicarbonatées sodiques naturelles (Eaux de Vichy) et avec des eaux artificielles d'un faible titre (5 gr. de bicarbonate de soude par litre) ou d'un titre élevé (20 gr. par litre). Les principales conclusions qui s'en dégagent sont les suivantes :

Introduit *à haute dose* dans l'estomac du chien *en même temps* que la viande, le bicarbonate de soude impose au contenu gastrique une réaction alcaline pendant une demi-heure. L'acidité n'apparaît qu'au bout de ce temps pour augmenter progressivement. L'augmentation du chlore total est initialement, c'est-à-dire pendant le premier quart d'heure, très notable; elle est moins accusée après une demi-heure et devient nulle au bout de trois quarts d'heure. Les combinaisons organiques du chlore font défaut, de même que l'acidité, pendant une demi-heure et se montrent pour augmenter graduellement à partir de ce moment. Bref, à haute dose, le bicarbonate de soude a une action telle sur le contenu stomacal qu'au bout d'une heure celui-ci n'est pas beaucoup plus riche en acide et en chlore organiquement combiné que le contenu stomacal normal après une demi-heure.

A faible dose, le bicarbonate de soude a sur le chimisme gastrique une action beaucoup moins intense, mais orientée dans le même sens. Il entraîne une diminution de l'acidité, qui, notable pendant un quart d'heure, est moins sensible au bout d'une demi-heure et disparaît après trois quarts d'heure. Il détermine une augmentation du chlore total, peu considérable à la vérité, mais certaine et se poursuivant, de même que l'affaiblissement du degré acide, pendant une demi-heure pour disparaître au bout de trois quarts d'heure. Quant à son action dépressive sur les combinaisons organiques du chlore, elle est minime, inconstante même, et, lorsqu'elle existe au bout d'un quart d'heure, devient déjà douteuse après une demi-heure.

Administrée *une heure après* la viande, l'eau de Vichy abaisse au moins pendant une demi-heure le taux acide du contenu stomacal et les chiffres qui expriment sa teneur en chlore total et en chlore organiquement combiné.

Administrée *une demi-heure avant*, elle amène pendant

Dans leur ensemble, ces résultats sont superposables à ceux qui ont été obtenus chez l'homme à l'état pathologique. Ayant prescrit avant les repas de petites doses de bicarbonate de soude à des malades atteints d'*hyperpepsie*, M. Hayem a constaté au bout de plusieurs semaines l'existence d'une excitation stomacale plus ou moins prononcée se traduisant par une augmentation du chlore total et *surtout de l'acide chlorhydrique libre.*

D'autre part, ayant fait ingérer à des hyperpeptiques de doses fortes de bicarbonate de soude dans le cours des digestions, il a noté presque invariablement, avec une diminution de l'acidité totale, l'abaissement de la chlorurie et de la chlorhydrie.

Le bicarbonate de soude peut donc être nuisible ou utile dans l'hyperpepsie; il est nuisible quand il est administré avant les repas, puisqu'il exagère le trouble fonctionnel que l'on se propose de combattre; pour être utile, il doit être ingéré pendant ou après les repas, et la quantité prescrite doit être proportionnelle au degré de l'état pathologique.

Dans l'*hypopepsie*, l'action du bicarbonate de soude n'a pas été étudiée. Mais elle peut être déduite avec vraisemblance des données que nous possédons actuellement et l'on est fondé à croire que dans cette modalité dyspeptique le bicarbonate de soude pris avant les repas, à petites doses, exercerait une excitation utile, alors qu'ingéré dans le cours de la digestion, il aurait une action nuisible.

Le bicarbonate de soude, en résumé, peut être prescrit aussi bien dans l'hypopepsie que dans l'hyperpepsie, à la condition que la dose et le mode d'administration de ce médicament soient en rapport avec l'état gastrique.

Ulcérations duodénales.

M. **Pilliet**. — Un malade du service de M. Deny, interné depuis huit ans, et non alcoolique, a succombé assez rapidement à la suite d'accidents de melæna et d'hématémèse. Le duodénum était le siège d'un grand nombre d'érosions en cupule, superficielles, n'atteignant pas la zone des glandes de Brunner et dues probablement à la digestion, par le suc gastrique et pancréatique, de portions de muqueuses nécrosées au voisinage d'un territoire vasculaire malade (par infection ou intoxication). La différence d'avec l'ulcère duodénal perforant était complète : la lésion rappelait davantage les érosions gastriques ou l'ulcère urémique. La région pylorique a montré quelques ulcérations analogues, mais beaucoup moins prononcées; le sang a dû certainement être fourni par les lésions duodénales.

Anomalie génito-urinaire.

MM. **Retterer** et **Roger**. — Chez une lapine nous avons observé une anomalie de développement assez curieuse. Le rein et l'uretère gauche étaient normaux, et l'appareil génital de ce côté de même; à droite, pas de rein, ni d'uretère; la portion correspondante de l'utérus est atrophiée. L'ovaire droit est plus haut, au niveau du rein opposé, allongé : à côté de lui se voit l'origine de la trompe dont le pavillon est net, mais fait suite à un court cordon oblitéré. Cette anomalie confirme les recherches, qui font provenir le rein et l'uretère du corps de Wolf, alors que l'ovaire et l'origine de la trompe se développent aux dépens de l'épithélium germinatif de Waldeyer.

une demi-heure une diminution dans l'acidité du contenu gastrique, exerce une très légère action dépressive sur le chlore total et sur les combinaisons organiques du chlore, mais par contre provoque la production d'une quantité anormale d'acide chlorhydrique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 *juillet* 1893.

PRÉSIDENCE DE M. FERNET.

Infection par le streptocoque au cours de la grippe.

M. Hanot. — Parmi les micro-organismes le plus fréquemment rencontrés comme facteurs de complications locales ou générales au cours et au déclin de la grippe, se trouve le streptocoque. Ce microbe semble trouver dans le microbe encore inconnu de la grippe un puissant auxiliaire pour se manifester aux degrés les plus élevés de sa virulence, tantôt réalisant pour son compte l'infection générale, la septicémie streptococcique, tantôt créant des infections locales pleurales, pulmonaires, méningées, etc., tantôt jouant le simple rôle d'agent pyogène.

Cette symbiose, selon l'expression consacrée, de l'agent spécial de la grippe avec plusieurs autres micro-organismes, et surtout avec le streptocoque, est intéressante surtout pour le clinicien qui doit s'attendre à voir surgir, au cours de l'influenza, nombre de complications secondaires, variées, dues aux microbes les plus différents, auxquels le microbe de la grippe ouvre la porte et donne passagèrement une exaltation pathogène.

Parmi les observations de grippe que j'ai recueillies dans mon service cet hiver, je détache les deux suivantes qui sont de remarquables exemples d'infection par le streptocoque au cours de l'influenza. Le premier malade présenta au cours de sa grippe des déterminations pulmonaires et pleurales, auxquelles il succomba ; ces déterminations à streptocoques sont trop connues aujourd'hui pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Chez ce malade, cependant, il est possible que la mort ait été due à une infection générale de tout l'organisme par le streptocoque, bien qu'il n'ait pas été fait pendant la vie d'examen direct du sang. D'ailleurs, dans d'autres cas d'infection générale non contestable, l'examen direct et les cultures du sang sont restés négatifs, le streptocoque se servant aussi bien et peut-être de préférence de la voie lymphatique pour gagner ses points de pullulation.

Le second malade présenta des complications articulaires et péri-articulaires qui se manifestèrent d'abord sous l'aspect d'un pseudo-rhumatisme infectieux, et qui aboutirent ensuite pour une articulation à la suppuration. Le pus de cette arthrite renfermait des streptocoques.

Lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde.

M. Laveran. — Chez trois malades morts de fièvre typhoïde, j'ai observé des lésions très prononcées du gros intestin. Dans le premier cas, les follicules clos étaient infiltrés dans toute la hauteur du gros intestin, sans ulcération; dans le second, les follicules clos avaient donné lieu à des ulcérations confluentes sur certains points; enfin, dans le troisième, les ulcérations du gros intestin arrivées à une phase encore plus avancée avaient donné naissance à de larges perforations.

Mercier, dans sa thèse de 1888, donne comme signes révélateurs des lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde : le siège de la douleur abdominale provoquée par la pression, le météorisme abdominal, l'abondance de la diarrhée.

Chez un seul de mes malades, j'ai noté de la douleur dans l'hypochondre gauche, mais il avait une péritonite localisée. Chez aucun d'eux, je n'ai noté de selles fréquentes, muqueuses, sanguinolentes, dysentériques, malgré l'abondance des ulcérations du gros intestin.

Je n'ai remarqué qu'une fois l'existence de météorisme, mais celui-ci avait alors des caractères spéciaux. Il siégeait exclusivement dans la région sus-ombilicale, et il était manifeste que ce ballonnement était en rapport avec une distension localisée du gros intestin, du côlon transverse. L'autopsie permit de retrouver cette dilatation, mais elle montra de plus que les parois de l'intestin, fort amincies, étaient de plus le siège de perforations.

On peut donc conclure de cette observation que l'apparition, dans le cours de la fièvre typhoïde, d'un météorisme de la région sus-ombilicale de l'abdomen, indique très probablement l'existence de lésions importantes du gros intestin.

M. Rendu. — J'ai observé deux cas de colo-typhus ; les lésions portaient exclusivement sur le gros intestin. Je ne remarquai à aucun moment de selles dysentériformes; mais un de mes malades eut du météorisme.

M. Hanot. — Je n'ai pas non plus constaté de dysentérie dans trois cas de colo-typhus que j'ai observés.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 20 *juillet* 1893.

PRÉSIDENCE DE M. A. FOURNIER.

Hydroa buccal.

M. Du Castel présente un malade porteur de lésions hydroïques sur les lèvres, simulant tellement les lésions syphilitiques qu'il serait impossible, s'il n'était apparu des éléments hydroïques sur la peau, de faire le diagnostic exact.

MM. Baudouin et **A. Fournier** rapportent des faits identiques montrant quelle difficulté crée souvent en pratique cette similitude de lésions que la coexistence de lésions cutanées de même nature permet seule de différencier d'avec la syphilis.

Mycosis fongoïde.

M. Tenneson montre à nouveau une malade déjà présentée par lui l'année dernière et qui est atteinte de mycosis fongoïde, cas typique où coexistent à la fois des tumeurs non ulcérées, des tumeurs ulcérées dont quelques-unes d'énormes dimensions, et des lésions eczématoïdes. L'état général malgré que la maladie dure depuis cinq ans est conservé bon; quelques-unes des tumeurs subissent une régression spontanée.

Origine animale des trichophytes de la barbe.

M. Sabouraud complète les recherches qu'il a déjà faites sur la pluralité des trichophytes à grosse spore et l'origine animale d'un grand nombre d'entre elles. Il a d'abord cherché à établir quelles sont les espèces trichophytiques ordinaires chez les animaux; grâce à l'intermédiaire de vétérinaires civils ou militaires et en allant lui-même examiner les animaux que pouvaient lui signaler les malades comme origine de leur mal, il a pu obtenir de nombreuses cultures.

Ces cultures ont fourni tantôt des types — en petit nombre — qu'il ne connaissait pas encore, tantôt au contraire des cultures obtenues de l'homme plusieurs fois. Mais ces types des trichophytons animaux diffèrent essentiellement de ceux qui causent chez l'enfant la teigne tondante à grosse spore.

Les trichophytons à grosse spore d'origine *humaine* ont pour caractéristique de végéter *exclusivement dans le cheveu lui-même*, sans dépasser son enveloppe cuticulaire.

Au contraire les mégalo-trichophytons d'origine *animale envahissent constamment les éléments épidermiques de son follicule* et constituent à la base du poil un fourreau externe de ramifications mycéliennes et de spores.

Les trichophytons d'origine animale se rencontrent sur l'homme :

1° Deux ou trois fois sur cent cas de teigne tondante de l'enfance ;

2° Environ trente fois sur cent cas de trichophytie cutanée;

3° *Quant aux trichophyties pilaires de la barbe, les dix-sept cas observés étaient causés sans exception par des trichophytons animaux.*

Il faut distraire des *trichophyties pilaires* de la barbe les *trichophyties épidermiques* et non pilaires occupant ce siège. Celles-ci sont dues aux mégalo-trichophytons d'origine humaine, elles n'envahissent jamais le poil adulte de la barbe.

Quant aux trichophyties pilaires, elles ont affecté trois

formes cliniques correspondant chacune à un trichophyton spécial :

1° La trichophytie à dermite profonde — le sycosis — due au mégalo-trichophyton du cheval (culture blanche);

2° La trichophytie à dermite légère, disséminée, humide, due à un second trichophyton, observé aussi sur le cheval, mais qui est peut-être plus fréquent chez le veau (culture jaune);

3° La trichophytie sèche à forme d'ichthyose pilaire due à une espèce probablement pilaire (culture rose).

Tous ces cas, sans exception, ont confirmé la règle histologique des trichophyties animales précédemment énoncée, c'est-à-dire qu'elles s'accompagnaient de l'envahissement des éléments épidermiques du follicule par le parasite.

Quatorze ont fourni l'une ou l'autre des deux premières espèces isolées des trichophyties cutanées de l'animal. Trois cas seulement avaient pour cause l'espèce dont l'origine aviaire extrêmement probable n'a pas encore été vérifiée par la culture directe de l'animal.

De ces faits on peut conclure :

Que la trichophytie pilaire de la barbe chez l'homme semble relever directement et exclusivement de l'inoculation de trichophytons animaux;

Que la contagion à l'enfant sous forme de teigne tondante est tout à fait exceptionnelle (2 0/0).

Il résulte que l'*ancienne conception de la mentagre parasitaire, espèce morbide dissemblable de la tondante, était vraie, et doit être rétablie.*

Syphilis rénale précoce.

M. Darier communique d'abord l'examen histologique des reins dans un cas de mal de Bright syphilitique nerveux au cinquième mois de la syphilis chez un homme de 34 ans qui succomba après vingt jours de maladie.

Les reins, qui étaient seulement un peu pâles, ont offert, au microscope, des lésions importantes, surtout parenchymateuses. Certains tubes urinifères, groupés au nombre de 2 à 5, ont leur épithélium détaché et complètement transformé en amas de granulations protéiques et graisseuses ; dans presque tous les autres tubes, les cellules sont vacuolisées et diminuées de hauteur ; quelques cylindres colloïdes et granuleux. Glomérulite très peu marquée; lésions interstitielles absolument distinctes ; quelques petites hémorrhagies avec pénétration du sang dans les tubes urinifères. Les vaisseaux sont sains. En somme, néphrite diffuse, avec une grande prédominance des lésions parenchymateuses qui sont intenses, mais au début de leur évolution.

Puis il relate une deuxième observation d'un malade du service de M. le prof. Fournier, analogue au cas précédent : Homme de 42 ans, syphilitique depuis sept mois, pris au quatrième mois de sa syphilis d'albuminurie et mort après quatre mois de maladie.

L'examen histologique montra des lésions de néphrite diffuse subaiguë. Il y a une sclérose diffuse très marquée, de la glomérulite capsulaire, et l'épithélium des tubes urinifères est partout en état de dégénérescence granulo-graisseuse très marquée. Les vaisseaux sont sains. Les auteurs se demandent si l'ensemble de ces lésions est imputable à la syphilis ; il n'y avait pas d'autres causes de néphrite chez cet homme ; dans ce cas, la syphilis à sa période secondaire pourrait produire non seulement le gros rein blanc, la néphrite parenchymateuse, que l'on a observée dans un certain nombre de cas, mais la néphrite mixte ou diffuse. L'évolution de la lésion rénale s'est étendue, chez cet homme, sur une période de onze mois.

M. Fournier fait remarquer la gravité de ces cas de syphilis rénale précoce et aussi que les néphrites constatées n'ont aucun caractère spécifique qui permette de les différencier des néphrites non syphilitiques.

M. Tenneson cite un cas observé dans son service dans lequel la malade, plus heureuse, guérit.

Maladie pigmentée urticante.

M. Quinquaud présente un malade âgé de 55 ans qui depuis dix ans est atteint d'une éruption développée sur le tronc et constituée par des taches d'abord de couleur rouge vif qui se pigmentent au bout de quelques jours et restent pigmentées pendant plusieurs mois, puis finissent par disparaître. Il y a en même temps de vives démangeaisons et un état ortié de la peau à la moindre irritation. Ces faits lui semblent devoir être mis à part et distincts de l'urticaire pigmentaire vraie; l'examen histologique ne révèle pas la présence des *mastzellen*.

Urticaire pigmentaire.

M. Feulard présente un jeune garçon de 2 ans et demi atteint de la forme maculeuse de cette maladie. L'éruption a débuté à l'âge de trois mois ; le fait présente ceci de remarquable que les démangeaisons sont à peu près nulles. Les taches sont disséminées sur tout le corps, sauf à la face, et sont surtout nombreuses sur les jambes.

Verrues planes juvéniles de la face.

M. Feulard présente une fillette de 7 ans atteinte de verrues planes juvéniles de la face, coexistant avec des verrues des mains et paraissant secondaires à celles-ci. Absence complète de signes subjectifs et de troubles de la santé. La guérison a été obtenue en deux semaines par des frictions au savon salicylé et une lotion alcoolique au sublimé et au salol.

Syphilome anal.

MM. A. Fournier et **Mendel** présentent une femme de 45 ans atteinte d'un syphilome exclusivement anal, fait assez rare, car on sait que le rectum participe le plus souvent à ce processus.

L'affection actuelle remonte à seize ans, suivant la malade. A ce moment, à la suite d'un accouchement, deux petites hémorrhoïdes se développèrent. Elles furent excisées, mais les lésions reparurent peu à peu, et l'affection actuelle est constituée depuis six ans.

Tout le périnée est occupé par des tumeurs variant de la grosseur d'une noix à celle d'un pois ; autour d'elles, on note de petites ulcérations creuses grisâtres, sanieuses. En écartant ces tumeurs, on se rend compte qu'elles se rattachent toutes par une sorte de pédicule à la muqueuse anale.

L'anus est situé au fond d'un infundibulum dont les parois sont occupées par des colonnes charnues représentant le pédicule des tumeurs. L'orifice anal est envahi de même jusqu'à un centimètre et demi de hauteur; le rectum est libre.

Depuis un mois seulement, la malade souffre réellement pendant la marche, la station et surtout la défécation. Auparavant, ces fonctions ne réveillaient presque pas de douleurs.

Le début de la syphilis n'a pu être déterminé exactement.

Angioleucite secondaire.

MM. A. Fournier et **Mendel** présentent un malade âgé de 22 ans, syphilitique depuis deux mois et sur lequel existent en divers points des membres des cordons durs cylindriques, un peu moniliformes, sensibles à la pression, situés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques et qui sont l'indice d'inflammation spécifique de ces vaisseaux. Le malade présente, en outre, les adénopathies habituelles de la syphilis secondaire, sans qu'il y ait de rapport direct à établir entre celles-ci et ces angioleucites.

Dystrophie papillaire et pigmentaire.

M. Darier désigne sous ce nom une affection de la peau dont il a observé deux exemples en 1889 et 1890 et dont MM. Pollitzer et Janowski ont publié deux cas dans l'*Atlas international des maladies rares de la peau*, sous le nom d'acanthosis nigricans.

La première malade est une femme de 34 ans qui a succombé dans le service de M. Fournier à un cancer de l'estomac. Elle présentait une altération de la peau presque généralisée, mais beaucoup plus marquée dans certaines régions, telles surtout que le cou et les plis articulaires, consistant en une pigmentation noire avec état rugueux et verruqueux des téguments. La peau n'était pas très épaissie, ne desquamait pas, mais les sillons et les plis étaient beaucoup plus marqués que normalement. En outre, sur le rebord des paupières et à la commissure des lèvres, il y avait toute une série de petits papillomes non pigmentés; l'ombilic était couvert de végétations papillaires mesurant 6 à 8 millimètres. Les

mains étaient râpeuses par suite d'un épaississement de la couche cornée et d'une saillie anormale des crêtes papillaires. Il y avait en outre de véritables verrues pigmentaires sur le tronc et les poignets. Les muqueuses linguale et gingivale présentaient un allongement énorme des papilles, leur donnant un aspect villeux comparable à du velours mouillé.

Cette modification de la peau s'était produite insidieusement et ne remontait pas à plus de 6 ou 7 mois. A l'autopsie on constata le cancer gastrique avec généralisation au péritoine et quelques nodules dans le foie; les capsules surrénales étaient saines, quoique dans leur voisinage existassent des ganglions cancéreux.

La seconde observation est celle d'une femme de 42 ans, du service de M. Vidal, dont la peau présentait au cou, dans les plis articulaires et surtout dans la région périgénitale une pigmentation noire plus foncée encore que celle de la précédente, avec le même état rugueux, sillonné et vallonné de la surface. On lui trouva quelques excroissances verruqueuses, mais pas de papillomes allongés sur les paupières et les lèvres; la langue était villeuse; les mains râpeuses. Fait remarquable, cette malade présentait des signes manifestes de carcinome de l'estomac; on ignore ce qu'elle est devenue depuis trois ans.

L'examen histologique de nombreux fragments de peau recueillis sur le vivant ou à l'autopsie montrent l'irrégularité de la surface, l'épaississement de la couche cornée, en certains points un peu d'hypertrophie du corps muqueux : en outre une grande abondance de pigment dans la première rangée de l'épiderme et dans des cellules étoilées du corps papillaire. Pas de parasites.

L'auteur, après avoir comparé cette maladie aux diverses mélanodermies et aux états ichthyosoïdes secondaires qui n'affectent pas le même caractère régional et n'atteignent pas les muqueuses, conclut qu'il s'agit d'une dystrophie particulière de l'épiderme et du derme en relation probablement avec le cancer abdominal qui existait dans les deux cas, dans le cas de Pollitzer et dans d'autres encore.

MM. Hallopeau, Jeanselme et **Meslay** rapportent l'observation d'une malade atteinte de la même maladie.

Elle est caractérisée par une exagération des plis de la peau, par la production d'excroissances verruqueuses, les unes isolées, les autres disposées en nappes diffuses et confluentes, par une pigmentation plus ou moins sombre. La disposition en nappe est particulièrement remarquable aux paumes des mains et aux doigts qui sont ainsi recouverts d'une épaisse couche cornée; les lésions sont également très accentuées au niveau du cou, des aisselles, du périnée et de la région ano-coccygienne. La muqueuse de la bouche est tapissée dans presque toute son étendue par une couche villeuse qui présente son maximum de développement au niveau de la lèvre supérieure. La malade présente les signes d'un carcinome probable de l'estomac.

M. Hallopeau ajoute qu'un des caractères les plus remarquables de cette nouvelle dermatose est sa coïncidence avec un grand nombre de verrues séniles et l'existence d'excroissances intermédiaires entre ces verrues et les néoplasies papillaires; il semble que l'agent producteur des dystrophies papillaires soit le même qui donne lieu au développement des verrues séniles; l'hypothèse d'un agent infectieux qui acquerrait chez certains sujets une puissance pathogénique anormale est la plus vraisemblable.

Diagnostic différentiel des folliculites.

M. Barthélemy lit un travail dans lequel il cherche à établir les caractères qui permettent de distinguer les unes des autres les nombreuses variétés admises de folliculites et défend la légitimité des types *acnitis* et *folliculis* qu'il a décrits. L'examen histologique permettra seul de classifier complètement ces dermatoses.

M. Galezowski lit un travail sur les *hémorrhagies syphilitiques du cercle ciliaire de l'œil.*

M. Audry envoie une observation avec photographie d'un cas singulier d'*alopécie congénitale*, la dénudation suivant régulièrement les lignes des sutures crâniennes, *alopécie suturale.*

Henri Feulard.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 12 *juillet* 1893.

Présidence de M. Cordier

Ulcérations des doigts dues au chromate de potasse.

M. Barjon, interne des hôpitaux, présente, au nom de M. Cordier, un malade atteint d'ulcérations des doigts dues à la manipulation de chromate de potasse. Les ulcérations ont des bords boursouflés et présentent au centre une eschare; le malade accuse une céphalée intense et un amaigrissement notable, il a perdu 3 kilogr. depuis un mois. Comme ce malade ne manipulait que de gros cristaux, il ne présente pas de lésions attribuables à des poussières chromatiques, telles que des ulcérations du nez et du pharynx.

M. Vallas rappelle qu'il a présenté à la Société il y a quelques années un malade atteint de lésions analogues, mais qui avait précisément des ulcérations de fosses nasales. Il ajoute que ces ulcérations ont très vite guéri.

Fibrome de la paroi abdominale.

M. Coignet, interne des hôpitaux, présente une tumeur fibreuse de 3 kilogr. 80 gr. enlevée le matin même par M. le professeur Poncet. La tumeur siégeait dans la paroi abdominale; il s'agit d'un cas exceptionnel par son volume de fibrome de la paroi. La tumeur a évolué en l'espace d'une année. La malade qui en était porteur était âgée de 39 ans et avait eu deux enfants. La tumeur avait un point d'implantation osseuse au niveau de la crête iliaque, ce qui rend vraisemblable son origine périostique. L'examen histologique a établi qu'il s'agissait d'un fibrome pur, avec cette particularité que les vaisseaux avaient l'apparence embryonnaire que l'on rencontre dans les sarcomes.

Sarcome mélanique du sein.

M. Courmont présente une malade du service de M. Boudet qui est atteinte d'un sarcome mélanique primitif du sein ayant envahi toute la glande sans la déformer notablement; la tumeur a évolué très rapidement, il n'y a que 4 à 5 mois que la malade s'en est aperçue, les ganglions axillaires ne sont pas envahis, mais la malade présente un rétrécissement de l'œsophage à 28 cm. des arcades dentaires, et il y a lieu de se demander si ce rétrécissement est dû à un noyau métastatique ou bien au contraire s'il ne s'agit pas d'une compression par des ganglions.

Bactériologie de l'infection purulente.

MM. Arloing et **Chantre** font une communication sur la bactériologie de l'infection purulente dont voici les conclusions:

Si les lésions de l'infection purulente renferment souvent des micro-organismes autres que les agents ordinaires de la suppuration, ces microbes compliquent l'infection, mais ne sont pas nécessaires à son développement.

Le streptocoque pyogène peut produire seul, sans l'intervention de microbes étrangers, l'infection purulente, mais, pour cela faire, il doit revêtir un état virulent particulier qu'il n'a pas dans la plupart des suppurations, qu'il possède au contraire dans les états graves de septicémie puerpérale.

M. Arloing ajoute que ce travail a été entrepris pour trancher d'une façon définitive la question de la pathogénie de l'infection purulente. Certains auteurs, s'appuyant sur les expériences de M. Chauveau qui n'a trouvé que 12 échantillons de pus sur 60 capables d'engendrer l'infection purulente, pensaient encore qu'il était nécessaire d'invoquer la combinaison des streptocoques avec d'autres agents pathogènes ou tout au moins l'adjonction aux streptocoques d'un principe nocif. Les expériences précédentes ne contredisent pas le travail de M. Chauveau, elles établissent seulement que le streptocoque ne peut engendrer l'infection purulente que s'il est doué d'une virulence particulière.

Inoculation du cancer de l'homme au rat.

M. Mayet lit un travail sur une inoculation de cancer qu'il a pratiquée chez un rat. Après avoir rappelé que les auteurs qui ont essayé de greffer le cancer de l'homme à des

animaux ont tous échoué, à l'exception de Langenbeck, M. Mayet a pensé qu'il fallait, non pas greffer la tumeur, mais saturer l'animal de suc cancéreux filtré. Il a obtenu par ce procédé un succès chez un rat qui a présenté deux tumeurs d'aspect encéphaloïde des reins, onze mois après avoir été inoculé à trois reprises successives.

M. Vialleton, qui a pratiqué les coupes histologiques des tumeurs du rat, présente ces coupes à la Société et déclare qu'il s'agit bien certainement de cellules épithéliales contenues dans un stroma analogue à celui du cancer et constitué par le stroma de l'organe dans lequel s'est développée la néoplasie.

M. Cordier demande quelle était la nature de la tumeur qui a servi à l'inoculation, et regrette que l'examen histologique n'en ait pas été pratiqué.

M. Mayet considère le cancer comme une maladie qui affectera un type différent suivant la cellule qui sera le siège de la prolifération, et il pense que n'importe quel cancer peut donner à un animal une tumeur cancéreuse dont les caractères histologiques dépendront, non pas du cancer inoculé, mais du tissu dans lequel se développe la tumeur chez l'animal.

M. Cordier dit que cette façon d'envisager le développement des cancers ne cadre pas avec la théorie de la spécificité cellulaire et il est convaincu que M. Mayet interprète mal les idées de M. Bard.

Dr L. Dor.

SOCIÉTÉ NATIONALE DES MÉDECINS DE LYON

1er *semestre* 1893.

Le gallanol dans le psoriasis et l'eczéma.

MM. Cazeneuve et **Et. Rollet**. — Nous avons employé le gallanol en poudre, en pommades et en badigeonnages

La poudre de gallanol est blanche, impalpable; pressée entre les doigts, elle est adhésive, un peu comme l'aristol.

Elle nous a donné de bons résultats dans l'eczéma chronique suintant, qu'elle sèche. On saupoudre avec le gallanol les parties malades; un mélange de poudre de gallanol et de talc ne provoque aucune cuisson; le prurit est très vite calmé.

Nous avons appliqué le gallanol sous forme de pommade, avec de la vaseline pour excipient, dans les proportions de 1/30, 1/10, 1/4. Au cuir chevelu et à la face (psoriasis), à la face, aux mamelons, aux membres (eczéma), ce médicament a eu une réelle action dans divers cas où nous l'avons employé.

Dans le psoriasis, après décapage au savon noir et dans un cas d'eczéma très rebelle, nous avons badigeonné au pinceau les surfaces malades avec un mélange de gallanol et de chloroforme ou d'alcool, que nous avons recouvert d'une couche de traumaticine (chloroforme et gutta-percha ou caoutchouc). Chez d'autres malades, les lésions étant un peu rouges et sensibles, nous avons fait des badigeonnages avec un mélange de traumaticine et de gallanol. Au contact de l'air, le mélange blanchâtre devient d'une couleur verdâtre, puis noirâtre.

Le gallanol est un agent réducteur de la peau; il n'a déterminé ni rougeur, ni inflammation, ni pigmentation de la peau, on peut donc l'employer à la face. Il ne tache pas le linge, il n'a pas d'odeur.

Nous continuons à expérimenter le gallanol, qui, croyons-nous, est appelé à remplacer les acides chrysophanique et pyrogallique. Il paraît présenter des propriétés thérapeutiques supérieures, sans en avoir les mêmes inconvénients ou dangers.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE DE BORDEAUX

1er *semestre* 1893.

Hémianopsie d'origine traumatique.

M. Badal rapporte l'observation d'un employé de chemin de fer, âgé de 47 ans, qui, il y a deux ans, dans un déraillement, fut projeté sur l'angle d'une malle et eut ainsi une plaie contuse de la région lombaire sans grande importance. Mais survinrent aussi des troubles nerveux complexes et bizarres (neurasthénie traumatique).

L'œil droit est devenu rouge, enflammé peu après l'accident; divers traitements employés pour combattre cet état ont échoué.

Aujourd'hui, pas d'apparence de lésions inflammatoires, mais lésions nombreuses, vision presque abolie. L'examen à l'aide de l'appareil de Flées exclut l'idée d'une simulation quelconque. Léger astigmatisme cornéen, probablement d'origine inflammatoire; du côté du cristallin, dépôt d'urée, vestige d'iritis ancienne. Excavation de la papille, légèrement atrophiée, autour de laquelle se voit un staphylome irrégulièrement délimité, en rapport avec une myopie assez élevée (7 à 8 dioptries), que l'on peut seulement déterminer avec l'ophthalmoscope à réfraction. Conservation des réflexes lumineux.

M. Badal croit que ces lésions sont consécutives à l'accident de chemin de fer et engendrées par lui; il invoque entre autres arguments la marche des lésions qui se sont produites dans l'œil gauche, accompagnées de troubles dont le malade n'a pas eu conscience au début, et qu'il a ensuite attribués à l'œil droit.

L'exploration du champ visuel révèle une hémianopsie latérale interne avec rétrécissement concentrique marqué de la moitié conservée du champ visuel, dont l'étendue ne dépasse 20° dans aucun méridien. L'acuité visuelle, qui paraît tout d'abord très affaiblie, remonte jusqu'à 2/3 par l'adjonction d'un verre correcteur convexe (× 0,50; 165).

Cette hémianopsie est difficilement explicable en dehors de l'existence d'une lésion matérielle des conducteurs optiques ou des centres nerveux. Cette lésion admise, on conçoit que des désordres plus graves encore aient pu en être la conséquence pour l'œil droit et amener la perte complète de cet œil.

M. Badal rapporte ensuite le cas d'un jeune médecin, sans antécédents appréciables, mais neurasthénique, qui, ayant reçu six mois auparavant une contusion au tibia, est aujourd'hui atteint de troubles oculaires qui l'empêchent de travailler. Ce malade ne présente qu'une très légère mydriase et de la paralysie de l'accommodation. Dans un cas de ce genre, où localiser la lésion ?

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX

1er *semestre* 1893.

Hémorrhagie ombilicale dyscrasique. — Ligature élastique en masse : guérison.

M. Lefour. — Mme G... a eu cinq enfants à terme. Les deux premiers sont morts d'hémorrhagie ombilicale incoercible. Le cordon du second d'entre eux a été examiné au microscope; il a été facile d'y constater tous les caractères d'une endartérite double.

Bien que les parents ne présentassent pas de tare organique, je leur ordonnai un traitement tonique, au cours duquel Mme G... devint enceinte pour la troisième fois. L'enfant est venu au monde bien constitué et a aujourd'hui sept ans. Presque aussitôt après le sevrage, Mme G. était de nouveau enceinte; les choses se passèrent de même que pour la grossesse précédente. Mais elle fut ensuite en proie à des troubles psychiques assez graves que je rattachai à des lésions utérines (endométrite, kystes glandulaires du col à contenu purulent, etc.), curage et évidement du col par le procédé de Schrœder. Succès complet à tous égards.

En mars 1892, cinquième grossesse; accouchement normal. Ligature du cordon au fil de caoutchouc. Le quatrième jour, suintement sanguin qui, au bout de deux jours, prend les proportions d'une hémorrhagie inquiétante. J'eus alors recours au procédé d'Emile Dubois en le modifiant.

Après avoir soigneusement nettoyé au sublimé toute la région ombilicale, et sectionné au ras de l'anneau le cordon non encore détaché, je passai transversalement cinq épingles stérilisées en les distribuant ainsi que je vais dire. La première fut placée un peu au-dessus du bourrelet qui limite la dépression ombilicale; les trois suivantes passèrent comme un

pont au-dessus de la dépression; la cinquième traversa les tissus un peu au-dessous du bourrelet péri-ombilical. Cela fait, je pus, à l'aide d'un fil élastique passé sous les têtes et les pointes des épingles, au niveau de leurs points d'entrée et de sortie, circonscrire toute la région ombilicale et fermer ainsi, comme une bourse, la dépression qui donnait du sang. J'avais constitué un second ombilic rétractile qui s'opposerait d'une façon sûre à tout écoulement sanguin et permettrait l'achèvement, sans péril, de la rétraction de l'anneau ombilical.

L'hémorrhagie s'arrêta, en effet. Au bout de cinq jours, les tissus compris dans la rupture élastique s'éliminèrent et laissèrent à nu une plaie vive de cinq centimètres de diamètre, au fond de laquelle on distinguait l'anneau ombilical complètement rétracté.

Aujourd'hui, 10 janvier, dix-sept jours, par conséquent, après l'application de la ligature élastique, il n'existe au niveau de l'ombilic qu'une petite ulcération lenticulaire qui bientôt aura elle-même disparu. Jamais à aucun moment la surface saignante n'a donné lieu à aucun suintement sanguin.

Bride vulvo-vaginale congénitale.

M. L. Hirigoyen signale une malformation qu'il a observée chez une nullipare de 23 ans, chez laquelle il existe des douleurs lombaires et abdominales avec leucorrhée abondante. Menstruation régulière.

En examinant la femme, on est frappé de l'aspect particulier que présentent les parties génitales. Les petites lèvres étant écartées, on voit une bride antéro-postérieure médiane, située au devant de l'orifice hyménéal qu'elle semble partager en deux portions égales, et cet aspect donne immédiatement à penser qu'on se trouve en présence d'un vagin double avec deux orifices en canons de fusils accolés. Mais telle n'est pas la disposition exacte. En effet, en introduisant l'index à droite de la bride, on constate que le vagin est simple et normal et le doigt contournant la bride en arrière ressort à gauche. La bride, insérée en haut et en bas sur la ligne médiane, est mobile, souple, élastique : elle mesure une longueur de 6 centimètres en l'étendant légèrement, sa forme est cylindrique, son diamètre de un centimètre. La bride est couverte d'une muqueuse rose pâle plissée, absolument semblable à la muqueuse vaginale avec laquelle elle se continue à la partie supérieure.

Les points d'implantation exactement notés sont les suivants : en haut, la bride s'insère à l'extrémité de la colonne médiane du vagin, au bord de l'orifice vaginal au-dessous du tubercule uréthral; elle s'étend au devant de l'orifice hyménéal qui présente sur son contour des caroncules myrtiformes; il n'y a aucune adhérence entre la bride et les restes de l'hymen ; en bas, la bride vient s'insérer immédiatement en avant et au-dessous du rebord hyménéal sur la ligne médiane, en avant de la fourchette vulvaire.

La bride peut être déjetée à droite ou à gauche pour permettre le passage du spéculum. L'examen des organes génitaux fait constater que le vagin est normal, que l'utérus atteint d'endométrite mesure sept centimètres au cathétérisme et que la trompe droite est enflammée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES DE MONTPELLIER

1er *semestre* 1893.

Traitement abortif des bubons par la méthode de Welander.

M. Brousse a essayé sur quelques malades de son service, atteints de bubons consécutifs à des chancres mous, la méthode abortive de Welander, qui consiste à injecter dans le bubon un centimètre cube d'une solution à 1 0/0 de benzoate de mercure et à pratiquer ensuite la compression. Cette méthode aurait donné à son auteur ainsi qu'au docteur Letnik (d'Odessa) de remarquables résultats, puisqu'il aurait obtenu 90 0/0 de succès dans les cas où la suppuration n'avait pas encore commencé.

Les résultats obtenus par M. Brousse sont loin d'être aussi brillants ; mais il n'a encore essayé la méthode que sur un nombre restreint de cas, cinq en tout. Sur ce nombre, il n'a eu qu'un seul succès. Il a opéré sur des bubons déjà assez développés, mais ne présentant aucune trace de suppuration, et s'est toujours entouré de minutieuses précautions antiseptiques ; en outre, à l'exception d'un seul, les bubons sur lesquels la méthode a échoué n'étaient pas chancrelleux. Dans la technique, on avait toujours suivi rigoureusement les indications de Welander.

M. Brousse appelle l'attention sur les phénomènes réactionnels (Letnik) qui suivent l'application de ce traitement : céphalalgies, inappétences, malaises, élévations thermiques. Chez certains sujets, fièvres intenses pendant deux ou trois jours. Chez un malade, chaque injection a été suivie de frissons et d'hyperthermies (39 degrés).

M. Tédenat attribue les accidents généraux à l'infection qui a eu son origine dans le ganglion enflammé. Il signale en outre l'antisepsie insuffisante de l'épiderme démontrée déjà par Welch. Cet auteur ayant désinfecté soigneusement une région de la main en suivant les règles ordinaires, il a mis à travers l'épiderme, en forme de séton, un fil aseptisé au préalable par une longue ébullition. Il s'est ensuite servi de ce fil pour ensemencer des tubes de gélose. Il a obtenu peu après des cultures d'un microbe particulier qu'il a appelé *Staphylococcus epidermis albus*.

M. Ducamp partage l'opinion de M. Tédenat: par l'injection d'un sel mercurique, on diminue la résistance des cellules, et la pullulation des microbes ainsi que des toxines sécrétées en est dès lors augmentée.

Anomalies congénitales du méat uréthral.

M. Forgue communique une série de photographies représentant quelques types principaux de ces malformations :

1° Hypospadias glandaires avec fissures totales de l'urèthre balanique et méat anomal à la base du gland (type classique) ;

2° Méats à quatre lèvres (Desruelles et Malgaigne);

3° Méat double ou binoculaire. Un premier orifice *borgne externe*, dans lequel un style bute à une profondeur de quelques millimètres contre un cul-de-sac, répond dans ces cas à l'emplacement du méat normal; au-dessous de lui, et séparée par une cloison mitoyenne d'épaisseur variable, se trouve l'ouverture plus grande de l'urèthre (*urèthres doubles et diverticules uréthraux* des auteurs);

4° Formes combinées (méat double avec configuration à quatre lèvres de l'orifice hypospadique ou types intermédiaires) permettant de passer, suivant la transition que Malgaigne a proposée, du méat à quatre lèvres au méat binoculaire.

L'embryogénie de la plupart de ces espèces est aujourd'hui assez bien élucidée.

Néanmoins, des difficultés d'interprétation subsistent pour quelques formes. Tel est le cas, par exemple, du méat à quatre lèvres qui doit évidemment se rattacher à une malformation évolutive du gland, mais par quel procédé ?

Il est vrai que, si l'on accepte l'hypothèse de Malgaigne, cette espèce ne doit être considérée que comme un degré de la malformation qui, dans son type ultime, aboutit au méat double. Et, pour cette dernière anomalie, nous disposons, grâce aux recherches de Tourneux, d'explications satisfaisantes ; nous la comprenons très bien comme résultant d'un arrêt dans l'évolution de l'urèthre balanique, bout de canal qui se creuse dans la *crête épithéliale* de Tourneux et doit s'aboucher à l'urèthre spongieux. Cette évolution du tronçon balanique de l'urèthre a été, en pareil cas, imparfaite: sa partie terminale, qui répond au pôle du gland, a évolué indépendamment et ne s'est point raccordée au restant du canal glandaire. Encore faut-il, pour justifier cette hypothèse, admettre une infraction à la loi embryogénique habituelle : « A la fin du troisième mois lunaire, formule Tourneux, la fente uréthrale avoisinant la base du gland se prolonge en avant par une gouttière creusée dans le bord libre du mur épithélial; cette gouttière progresse graduellement, au fur et à mesure qu'elle se referme en arrière, pour constituer la portion balanique de l'urèthre. » Pour que la production du méat double soit possible, il faut que le bout terminal du canal glandaire ait évolué d'une façon indépendante et probablement ait devancé dans sa formation la partie postérieure de ce tronçon: le mouvement normal de fermeture en arrière et de progression en avant de la gouttière uréthrale a donc subi, à la terminaison du canal, un trouble notable.

M. Gilis a observé un cas de diverticule uréthral ou d'urèthre double chez un jeune homme présentant un léger degré d'hypospadias. Le méat superficiel et unique représentait une fente de 1 centim. environ de hauteur; en provoquant sa béance, on voyait que le grand méat aboutissait à deux conduits superposés et séparés par une cloison qui, en avant, se terminait effilée à 2 ou 3 millim. du méat superficiel et unique, et qui, en arrière, se prolongeait en s'épaississant sur une étendue de 12 à 15 millim. Un stylet introduit dans le conduit supérieur montrait qu'il s'agissait d'un cul-de-sac; cependant le sujet affirmait qu'un petit jet d'urine sortait quelquefois par ce conduit. Le conduit inférieur était l'urèthre spongieux se terminant en hypospadias.

Comme l'a dit M. Forgue, ces diverticules balaniques de l'urèthre s'expliquent par l'évolution embryogénique de l'urèthre au niveau du gland, soit que l'on accepte une évolution spéciale de l'urèthre balanique avec M. Tourneux, soit que l'on se rattache à l'opinion de M. Retterer. Pour ce dernier, l'urèthre balanique évolue suivant le même processus que l'urèthre spongieux, mais la gouttière uréthrale balanique présente un prolongement vertical qui peut s'isoler et persister sous forme de diverticule par soudure anormale de deux points de ses parois.

Pour le méat à quatre lèvres, l'explication est un peu plus délicate. Il faut tenir compte des récents travaux sur l'embryogénie du gland. Comme je l'ai exposé dans mon *Précis d'embryologie*, le gland n'est point simplement le renflement antérieur du corps spongieux de l'urèthre (Ruysch, Jarjavay, Charpy); c'est un organe constitué, pour un quart (inférieur), par le prolongement du corps spongieux, pour les autres trois quarts (supérieurs) par l'extrémité antérieure de la colonne mésodermique qui donne naissance aux corps caverneux.

Cette colonne mésodermique envoie sur les côtés deux expansions qui tendent à se réunir au-dessous de l'urèthre spongieux en l'enveloppant. Il me semble probable que les lèvres superficielles des méats à quatre lèvres représentent cette couche de tissu mésodermique enveloppante, tandis que les lèvres internes seraient constituées par le tissu spongieux enveloppé.

M. Forgue. — Je reconnais que ces explications sont fort acceptables. Il n'en est pas de même de celle de M. Tourneux, qui soutient que dans la constitution de l'urèthre il y a parallélisme entre le travail en gouttière et le travail d'occlusion s'opérant tous les deux d'arrière en avant. Je soutiens, au contraire, que les portions balanique et spongieuse du canal se forment d'une manière distincte, indépendante, et alors il peut arriver dans certains cas que la portion balanique se montre à une époque antérieure.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

1er *semestre* 1893.

Pommade sulfonée.

M. P. Carles nomme ainsi un mélange formé en partie par une combinaison opérée par la réaction de l'acide sulfurique sur les corps gras et miscible à l'eau.

Pour la préparer, on mélange intimement au mortier 5 gr. d'acide sulfurique concentré commercial avec 25 grammes d'axonge non salée. Le mélange se fait assez facilement, la température s'élève légèrement, le corps gras prend la couleur saumon et, lorsque la teinte s'est uniformisée, il n'y a plus qu'à enfermer la pommade dans un pot bouché, car elle est un peu hygroscopique. A cause de la nature de l'un des composants, on devra éviter le contact de couvercles métalliques. Dans ces conditions, le médicament peut conserver ses propriétés pendant plusieurs années, mais il durcit sensiblement.

Pour faire usage de cette pommade, avec une palette de bois, une baleine, le manche d'une cuillère d'argent ou même avec l'index, on en prend une partie proportionnelle à la surface à traiter et, avec un tampon d'ouate ou même la pulpe du doigt, on en frictionne très doucement le point douloureux. Enfin, on recouvre avec un gâteau d'ouate ou avec un carré de laine, sans quoi les tissus d'origine végétale seraient ultérieurement détruits dans les points contaminés. Aussitôt après l'application, on ressent localement une chaleur progressive accompagnée de légers picotements et suivie d'un érythème qui ne va jamais jusqu'à la vésication.

L'expérience montre que l'action de cette pommade est surtout efficace dans les névralgies, les arthralgies, les rhumatismes localisés divers et chaque fois aussi que l'on veut déterminer une révulsion rapide, comme dans les cas d'irritation brusque des voies respiratoires supérieures. Son effet est ici aussi prompt que celui des sinapismes, dont elle ne possède pas les vapeurs souvent gênantes et parfois intolérables.

Ankylose temporo-maxillaire.

M. Demons présente un petit garçon de onze ans, atteint d'une ankylose fibreuse incomplète temporo-maxillaire droite, consécutive à un traumatisme produit au moment de la naissance. L'accouchement avait nécessité l'emploi du forceps qui, entre autres lésions, avait engendré une plaie au devant du lobule de l'oreille droite, plaie profonde qui laissait voir, dit la mère, quelque chose qui remuait au moment où l'enfant cherchait à écarter les mâchoires. Cette plaie mit quatre mois à guérir; il persiste encore une cicatrice très appréciable, atrophie du côté droit du maxillaire inférieur; écartement des mâchoires ne dépassant pas quelques millimètres; de ce côté, l'incisive inférieure correspond à l'intervalle de la canine et de la première molaire supérieures. État général satisfaisant.

M. Demons juge l'intervention utile parce que, entre autres raisons, la seconde dentition serait très gênée et que les nouvelles dents pousseraient en dedans ou en dehors. Il se propose de sectionner le col du condyle pour obtenir une fausse articulation se rapprochant le plus possible de l'état normal.

M. Villar procéderait ainsi : sous le chloroforme, il essaierait d'abord la dilatation mécanique et, en cas probable d'insuccès, il sectionnerait de chaque côté le col du condyle. Si le résultat n'était pas suffisant, il ferait sur-le-champ une arthrectomie complète.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 3 *juillet* 1893.

Endocardite ulcéreuse gonorrhéique.

M. Leyden rapporte l'observation d'un homme de 22 ans reçu à l'hôpital avec des phénomènes d'insuffisance aortique. Dès le début, l'endocardite pouvait être considérée comme maligne par la fièvre et l'état général grave qu'elle avait provoqués. Peu avant cette endocardite, le malade avait eu une blennorrhagie et un rhumatisme blennorrhagique.

A l'autopsie, on trouva tous les signes d'une endocardite ulcéreuse. Dans ce cas, deux hypothèses sont possibles. Ou bien l'affection du cœur a été provoquée par une infection gonococcique, ou bien il s'agit d'une localisation d'une infection secondaire. L'examen bactériologique des végétations a montré dans ce cas la présence des gonocoques caractérisés par leur forme zoogléique, leur situation intra-cellulaire, leur disposition diplococcique et leur réaction envers la méthode de Gramm.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 17 *juin* 1893.

Menstruation et psychoses.

M. Schæfer a été étudier, à l'asile d'Iéna, comment se comporte la menstruation dans diverses psychoses et affections mentales. Chez 25 mélancoliques, les règles ont fait défaut depuis le début de l'affection jusqu'à l'amélioration de l'état mental. Chez 16 autres, la menstruation est restée normale; par contre, chez quelques autres, on a pu constater certaines irrégularités par rapport aux intervalles inter-menstruels.

Dans la manie, la menstruation est restée régulière 12 fois; 5 fois, il existait de l'aménorrhée; enfin, dans plusieurs cas,

on a noté certaines anomalies indépendantes de la psychose.

Enfin, dans 15 cas de psychose par épuisement, les règles étaient absentes 12 fois, et chez 10 seulement elles ont reparu avec l'amélioration de l'état mental.

On a pu également constater que c'est dans les formes graves de chaque catégorie qu'on trouvait de l'aménorrhée. Dans les formes légères, la menstruation persiste, ou bien présente des anomalies peu importantes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 27 juin 1893.

Xeroderma pigmentosum.

M. Unna présente un malade atteint de xeroderma pigmentosum et appartenant à la famille où cette dermatose a été observée pour la première fois. Le malade en question présente en même temps un cancroïde à la commissure labiale développé depuis peu de temps.

A cette occasion, M. Unna fait remarquer que si, dans la plupart des carcinomes de la peau, nous ne savons rien sur l'étiologie de cette affection, il n'en est pas de même quand le cancer est précédé d'une dermatose. Tel est le cas du cancer consécutif au xeroderma pigmentosum, du cancer des ramoneurs, des marins, des ouvriers en paraffine, etc. Dans tous ces cas, le terrain est préparé par des irritations chimiques.

Résection ostéoplastique du coccyx.

M. Wietinger a opéré récemment par la méthode de Kraske une femme de 40 ans qui présentait dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur grosse comme un œuf de pigeon et formée par l'ovaire. Bien que l'ovaire fût trouvé sain, on n'en pratiqua pas moins son extirpation.

Dans 10 autres cas d'opération de Kraske, pour tumeur de l'utérus ou du cul-de-sac, M. Wietinger a eu recours à la modification d'Hegar : incision en V, isolement du coccyx et de la partie inférieure du sacrum qu'on résèque transversalement et qu'on rabat temporairement en haut. L'hémorrhagie assez notable provient de l'artère sacrée moyenne. L'opération terminée, le lambeau ostéoplastique est suturé et replacé. L'opération ne dure pas plus d'un quart d'heure.

Cette opération est pour M. Wietinger préférable à l'hystérectomie vaginale.

M. Schede considère la résection ostéoplastique temporaire du sacrum comme très utile dans le cancer du rectum, et comme inutile dans les opérations de Kraske pour affections utérines.

M. Kummel a abandonné depuis un an la méthode ostéoplastique. La méthode para-sacrale d'Herzfeld avec résection du sacrum suffit. Pour le cancer du rectum, on incise à gauche du sacrum, pour celui de l'utérus à droite. Pour plus de facilité, on peut encore exciser le col, avant la résection du coccyx.

M. Schede trouve que la méthode para-sacrale ne présente des avantages que pour les cancers haut situés du rectum. L'ablation antérieure du col de l'utérus ne facilite nullement l'extirpation de l'utérus.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 5 juillet 1893.

Etiologie des troubles gastriques de la grossesse.

M. Giles. — Un tiers des femmes enceintes ne présentent pas de troubles gastriques pendant toute leur grossesse; 45 0/0 n'en présentent pas pendant les trois premiers mois. L'absence de troubles gastriques ne peut donc avoir aucune valeur dans le diagnostic de la grossesse au début. Quand les troubles gastriques surviennent, ils apparaissent 70 fois sur 100 dans le 1er mois, quelquefois dans le 2e, dans le 3e ou le 4e mois; le 5e et le 6e mois sont généralement indemnes; 9 ou 10 fois sur 100, ils apparaissent dans les 3 derniers mois. Leur durée varie de quelques jours à 9 mois. Leur maximum de fréquence est pendant le 2e mois. Ils sont relativement plus fréquents pendant les 6 derniers mois, chez les femmes non mariées. Ces troubles sont moins fréquents entre 20 et 25 ans. Ils existent chez 90 0/0 des primipares ayant plus de 25 ans. La 3e grossesse est celle qui s'accompagne le moins de ces troubles; les troubles qui surviennent dans cette grossesse et les suivantes apparaissent souvent dans les derniers mois. Dans les deux premières grossesses, ces troubles sont plus fréquents dans les 3 premiers mois. Si on compare les primipares aux multipares, on voit que les troubles gastriques des premiers mois sont plus fréquents chez les premières; ces troubles considérés pendant toute la durée de la grossesse sont plus fréquents chez les multipares. Les troubles des derniers mois sont en rapport avec le poids du placenta et du fœtus, mais sont sans influence sur la nutrition de l'enfant. Les femmes dont les règles sont peu douloureuses et peu abondantes ont moins de troubles que celles dont les règles sont abondantes et douloureuses. Ces troubles gastriques ne rentrent pas dans la catégorie des phénomènes physiologiques. Trois facteurs interviennent dans leur production : 1° une augmentation de l'irritabilité nerveuse sous l'influence de la grossesse; 2° une cause locale d'irritation; 3° la transmission par les nerfs vagues.

M. Horrocks. — Je considère ces troubles comme absolument physiologiques, et je regarde comme normaux les cas de grossesse où ils manquent. Ces troubles appartiennent à la classe des réflexes.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PEST

Séance du 4 mars 1893.

Sarcomatose pigmentaire idiopathique de la peau.

M. Havas a observé deux cas de ce genre :

Dans le premier, il s'agit d'un homme de 71 ans qui, il y a huit ans, présenta de l'érythème multiforme des mains et des pieds. Cette affection persista et se compliqua de décoloration et d'œdème de la peau. Deux ans après apparurent les nodules particulièrement nombreux au niveau du cou-de-pied et du genou, nodules hémisphériques, violacés, élastiques, saignant facilement à la moindre écorchure. Au niveau des jambes et des bras, on trouve des cicatrices renfermant du pigment noir.

Le second cas, qui se rapporte à un homme, est remarquable par le succès obtenu par le traitement arsenical. Les nodules ont presque complètement disparu au bout de trois à quatre mois.

Conjonctivite par usage d'atropine.

M. Csapodi a observé un malade atteint de kératite parenchymateuse et qui présenta, au bout de six mois d'un traitement par les instillations d'atropine à 1 p. 200, une tuméfaction érysipélateuse avec inflammation folliculaire de la conjonctive.

M. Gross a aussi observé cette forme de conjonctivite provoquée par l'atropine, bien qu'il emploie l'atropine en solution sublimée au 10000e. Les faits de même genre ont été observés par MM. Siklossy et Donath. Dans le cas de M. Donath, la rougeur érysipélateuse avait même envahi le cou.

Autoplastie.

M. Herczel a présenté un malade chez lequel, après l'extirpation d'un cancer de la bouche, resta une perte de substance de la joue des dimensions d'une pièce de 5 francs. Du côté de la cavité buccale, la perte de substance fut comblée par deux lambeaux muqueux pris à la face interne de la joue. Pour la face cutanée, M. Herczel utilisa deux lambeaux pris à la nuque, d'après la méthode de Thiersch.

Dans un autre cas analogue, la perte de substance fut trop grande pour être comblée par la muqueuse voisine. M. Herczel tailla alors, avec la peau de la nuque et de la joue, un lambeau de 28 centimètres de longueur sur 12 de largeur, le dédoubla et le sutura au niveau des lèvres, de façon à ce que le lambeau interne correspondît à la muqueuse et l'externe à la peau.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les fractures méconnues et mal traitées chez les enfants, par B. Farquhar Curtis, d'après une communication à la *Section de pédiatrie de l'Académie de médecine de New-York.*

Depuis deux mois j'ai eu l'occasion d'avoir à traiter six fractures méconnues ou mal traitées chez des enfants, à savoir quatre fractures de l'avant-bras, une de la clavicule et une du coude. Dans plusieurs cas, la fracture n'a pas été reconnue par le médecin. Il me paraît donc intéressant d'étudier les causes qui, le plus souvent, font méconnaître — et mal traiter — la fracture chez l'enfant.

La fracture peut ne pas attirer l'attention des parents qui n'observent pas bien leurs enfants. Mais, le plus souvent, la faute est au médecin. Il est vrai que le diagnostic en question présente chez les enfants des difficultés quelquefois considérables, que les petits malades ne se plaignent pas d'une façon bien précise et que les parents ne peuvent souvent donner aucun renseignement sur l'accident arrivé à l'enfant.

Une cause fréquente d'erreur est dans ces cas la tuméfaction produite par l'œdème et l'épanchement sanguin, tuméfaction quelquefois assez considérable pour masquer les signes propres de la fracture. La déformation peut être légère, insignifiante à cause du périoste intact qui maintient les fragments en place. D'un autre côté, quand la déformation existe, elle peut simuler, comme dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, une luxation.

L'impotence fonctionnelle manque souvent, et bien des fois on voit les enfants pouvoir lever les bras et exécuter toutes sortes de mouvements malgré une fracture manifeste de la clavicule.

Il va de soi que l'absence de la déformation et de l'impuissance fonctionnelle existe surtout dans les fractures avec intégrité du périoste. Je connais un cas de fracture sus-condylienne du fémur, de ce genre, méconnue par un chirurgien très habile. Les seuls signes qu'on trouvait étaient la douleur locale et une mobilité anormale. Or le chirurgien en question n'a pas cru devoir rechercher ce dernier signe.

A côté des difficultés qu'on rencontre chez les adultes, il faut encore compter, chez les enfants, avec l'indocilité, avec la sensibilité particulière des petits malades, avec la crainte des parents qu'on ne fasse trop mal à l'enfant pendant l'exploration.

Comment tourner le mieux toutes ces difficultés ? Tout d'abord l'examen doit être fait aussi complètement que possible. L'enfant doit être examiné, dans le cas où il a subi un traumatisme considérable, comme les blessés qu'on apporte sans connaissance à l'hôpital. Il faut examiner systématiquement tout le système osseux.

On commencera l'examen par les parties non blessées d'abord pour habituer l'enfant aux manipulations, ensuite pour être à même de faire un examen comparé avec le côté blessé. Si l'on soupçonne une fracture de la jambe, on pourra pincer ou chatouiller la peau pour voir si l'enfant remue le membre librement.

On examinera ensuite les articulations voisines au point de vue de leur mobilité normale ou anormale. Puis on procédera à l'exploration de l'os directement atteint.

On tâchera tout d'abord de déterminer s'il existe de la mobilité anomale. Pour cela, si l'os est fracturé par exemple à son milieu, on le saisira à chaque extrémité et on essaiera de déplacer les fragments l'un contre l'autre. Si la fracture siège au niveau de l'articulation, le mouvement qu'on imprime aux fragments doit être fait dans le sens opposé aux mouvements physiologiques, le plus souvent dans le sens latéral.

La douleur locale ne doit être recherchée en dernier lieu quand après avoir trouvé la mobilité anormale, la crépitation, on est presque certain du siège de la fracture. Une légère pression exercée à ce niveau avec le doigt fournit le renseiguement désiré.

Dans le cas où, à cause des difficultés considérables ou de l'indocilité de l'enfant, l'examen ne peut être fait, on aura recours à la narcose chloroformique qui, chez l'enfant, ne présente aucun danger.

Quant aux fractures mal traitées, elles relèvent de trois causes : réduction défectueuse, rétention insuffisante des fragments, raideurs consécutives à une immobilisation trop longtemps prolongée.

La première cause d'erreur peut être évitée en s'attachant à une réduction parfaite de la fracture. Si celle-ci se reproduit, on arrive quelquefois à la fixer, en exagérant la réduction dans le sens opposé au déplacement. Dans certains cas, on sera obligé de faire la réduction sous le chloroforme.

Un choix judicieux de l'appareil, plâtré, amidonné, caoutchouté, etc., permet d'obtenir une rétention parfaite des fragments. Enfin, pour éviter les raideurs articulaires, on enlèvera l'appareil de bonne heure pour faire exécuter au membre immobilisé des mouvements passifs.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Troisième session tenue à Paris du 27 juillet au 2 août.

Dans une allocution d'ouverture, M. Verneuil, président, a fait l'historique du Congrès depuis sa fondation et a pris vivement à partie les « critiques séniles » dirigées par l'Académie contre les *Instructions populaires* rédigées par une commission permanente du Congrès de 1888 ; on se souvient du long débat qui a été soulevé par elles devant l'Académie et qui a abouti à de profondes modifications dans leur teneur.

On a ensuite procédé à l'élection du Bureau, qui a été constitué de la manière suivante :

Présidents d'honneur. — *France* : MM. Pasteur, Brouardel, Butel (Meaux), Charcot, Chauveau, Cornil, Hayem, Poncet (Lyon), Trasbot, Thierry (Auxerre), Weber, Laboulbène.
Belgique : MM. Stubbe, Degive, Mosselmann, Van Hertey.
Hollande : M. Thomassen.
Hongrie : MM. Calmann, Muller.
Luxembourg : M. Siegen.
Roumanie : M. Babès.
Russie : MM. Metschnikoff, Gamaleïa.
Turquie : M. Zoeros-Pacha.
Vice-Présidents : MM. Nocard, Hérard.
Secrétaire général : M. L.-H. Petit.
Secrétaires : MM. Ozenne, Prioleau, Mosny, Coudray, Arthaud, Moulé.

M. L.-H. Petit a ensuite fait connaître à quels résultats pratiques ont abouti, dans les pays civilisés, les cinq vœux émis l'année dernière par le Congrès et relatifs aux mesures à prendre pour protéger la santé publique contre les viandes et le lait tuberculeux. L'organisation des divers services indispensables à cet effet est encore rudimentaire et des considérations budgétaires arrêtent les communes dans cette voie.

Le vœu relatif à la désinfection des locaux habités par les tuberculeux semble avoir été plus efficace : l'outillage nécessaire est prêt dans la ville de Paris, et, de mois en mois, le nombre des demandes de désinfection augmente.

M. Petit espère enfin que, conformément à l'avis du Conseil d'hygiène, la préfecture fera mettre dans les voitures et

omnibus un écriteau : *Défense de cracher*, ainsi que cela se fait en Amérique, dans diverses Compagnies de tramways.

Traitement de la tuberculose et de la lèpre par le sang d'animaux immunisés contre la tuberculose.

M. Babès. — Depuis longtemps déjà, l'on a essayé la vaccination contre la tuberculose. Dès 1883, MM. Cornil, Leloir et moi-même avons essayé des vaccinations avec la tuberculose atténuée du lapin. En même temps que Koch, Grancher, s'inspirant des travaux de Pasteur, avait essayé l'action de cultures de tuberculose atténuées par l'âge ; plus tard, Richet et Héricourt ont montré que le chien peut être rendu réfractaire à la tuberculose humaine par les injections préventives de cultures de tuberculose aviaire.

En ce qui me concerne, j'ai pu obtenir des chiens ayant acquis l'immunité absolue contre l'inoculation de grandes quantités de virus. Mon procédé d'immunisation consiste dans l'usage de cultures très anciennes, à des doses considérables; puis je fais usage périodiquement de grandes quantités de cultures virulentes pour fortifier l'immunité.

Voici l'échelle des substances avec lesquelles j'ai obtenu une immunisation absolue : 1, tuberculine aviaire, — 2, culture atténuée de un an, de tuberculose aviaire, — 3, 1 gr. de culture de un mois de tuberculose aviaire après huit jours, — 4, 3 grammes de cette culture, — 5, huit jours après, 5 grammes de cette culture, — 6, tuberculine humaine, — 7, culture ancienne humaine, — 8, 0 gr.5 de culture fraîche humaine, — 9, vingt jours après, un gramme de culture humaine, — 10, après vingt jours, 2 grammes, etc.

Tous ces essais sont très dangereux, et, sur 20 chiens, 50 lapins, 2 cobayes, je n'ai plus eu au bout de un an que 4 chiens, 2 lapins et 1 cobaye immunisés.

Cet effet désastreux est probablement dû aux associations microbiennes, et la cause immédiate de mort est le plus souvent une néphrite parenchymateuse.

Chose intéressante, quelques-uns de ces animaux sont morts alors que l'immunité était déjà considérable.

Au commencement de cette année, j'ai songé à employer le sang de mes animaux immunisés pour le traitement de la tuberculose humaine et animale, et pour le traitement de la lèpre.

En ce qui concerne l'homme, comme le sérum de chien inoculé sous la peau n'est pas toxique, même à dose de dix grammes, et comme les chiens vaccinés ont été parfaitement sains, nous avons fait des inoculations à la dose de trois à six grammes de sérum mêlé de 1 0/0 d'acide phénique par jour, chez des tuberculeux et des lépreux. Comme il n'y a que trois mois que ces expériences sont commencées, je ne puis encore donner des résultats précis, mais, d'ores et déjà, on a pu constater que des malades dans tous les degrés de la tuberculose, des fébricitants, des malades tuberculeux localement, de même que les lépreux tuberculeux, ressentent une amélioration prononcée.

Presque tous nos malades ont augmenté de poids, leur force, leur appétit s'est accru, les symptômes caverneux s'atténuent, la toux diminue, l'expectoration de même; dans deux cas nous avons même noté la disparition des bacilles des crachats. Chez les lépreux ces inoculations ont une influence tonique indéniable, et les lépromes diminuent. Cependant, l'effet sur les lépreux est moins évident que sur les tuberculeux.

Nous avons, toujours en utilisant le sang de nos animaux immunisés, vacciné une vache et une chèvre dont le lait montre déjà un commencement de pouvoir vaccinatoire.

Comme le pouvoir vaccinatoire de notre sang paraît, d'après nos expériences, supérieur à son pouvoir thérapeutique, rien ne s'oppose à la vaccination, sur une grande échelle, des enfants de parents tuberculeux, pour les fortifier contre la tuberculose qui les menace dans leur famille.

Des trêves de la tuberculose humaine.

M. Legroux (Paris). — La lutte qui s'établit entre le bacille de la tuberculose et l'organisme qu'il a envahi, ne se continue pas toujours sans interruption jusqu'à la mort du malade ou à la destruction du parasite; les trêves sont fréquentes.

A défaut de guérisons, nous devons favoriser l'apparition de ces trêves et chercher à les rendre aussi longues que possible. Il est donc du plus haut intérêt de savoir comment et quand elles surviennent pour chercher à réaliser des circonstances favorables à leur production ; de connaître les causes qui les interrompent, pour combattre ces causes. C'est ce que je vais examiner aujourd'hui à grands traits.

L'élément nécessaire pour qu'il y ait trêve entre l'organisme et le bacille, c'est que ce microbe se trouve confiné, qu'il ait en quelque sorte perdu la propriété de se répandre au delà des régions primitivement envahies, qu'il ne sécrète plus de substance toxique en quantité suffisante pour produire l'intoxication. On a alors parfois une trêve assez prolongée qui ne cesse que quand un élément étranger vient s'unir au bacille de la tuberculose. Tantôt cet agent nouveau est une maladie intercurrente, tantôt c'est une association microbienne qui ouvre dans l'organisme une nouvelle porte au bacille de Koch jusque-là confiné.

Voyons maintenant comment se produisent les trêves. Si l'on s'en tient à l'étude de la phthisie pulmonaire chronique, telle qu'elle s'observe ordinairement chez l'adulte, en l'absence de toute complication, elle peut se présenter sous deux aspects différents : tantôt elle continue à marcher avec des reprises saisonnières et sans arrêt véritable, tantôt, au contraire, grâce à un régime approprié, la force de résistance du malade augmente, la tuberculose s'arrête complètement — parfois pour toujours — dans son évolution et il arrive une trêve.

Or, celle-ci peut n'être que passagère et il survient une nouvelle crise qui enlève rapidement le sujet.

Cependant, l'aspect général du sujet, l'état des phénomènes locaux avaient pu faire croire à une guérison plus durable. Le malade a engraissé, c'est à peine si l'on retrouve un peu de soufffe et une respiration rude dans les points du poumon qui ont été envahis, tous phénomènes que l'on peut attribuer à la sclérose curatrice. Or, c'est là une erreur contre laquelle il faut se tenir en garde. Qu'une poussée survienne et c'est de ces points où la cicatrisation semblait complète que le bacille va partir pour envahir de nouvelles régions ou se généraliser; il n'y était donc pas détruit, il était seulement confiné, neutralisé.

J'ai pris pour exemple la phthisie chronique, mais toutes les autres tuberculoses à marche lente nous offrent des trêves du même genre.

Ces trêves s'observent souvent chez l'adulte et prouvent les grandes modifications de la virulence du bacille.

Mais, chez l'enfant, elles présentent des particularités qui rendent leur étude plus fructueuse.

Les détails qui ne peuvent facilement se suivre chez l'adulte, s'observent avec une fréquence et une clarté particulièrement remarquables chez l'enfant. Les trêves chez lui sont plus fréquentes et permettent de mieux saisir les procédés de défense de l'organisme.

Chez l'enfant, la tuberculose est congénitale ou acquise ; congénitale de graine ou de terrain. Chez lui, la tuberculose évolue par étapes successives, par localisations très variées, avec des trêves plus ou moins longues, trop souvent interrompues par des maladies infectieuses parmi lesquelles la coqueluche et la rougeole occupent la première place, ou par des déchéances physiologiques, alors que l'enfant a besoin de toutes ses forces pour sa croissance.

Chez l'enfant, les tuberculoses localisées guérissent souvent comme s'il y avait chez lui des périodes de destruction microbienne plus efficace que chez l'adulte. Je vais donc m'étendre un peu plus sur la tuberculose infantile, son évolution et ses trêves.

Chez l'enfant, la peau blessée, les muqueuses, même intactes, des voies respiratoires, digestives ou génitales se laissent pénétrer par les bacilles tuberculeux. Cette pénétration, loin de former, comme on le voit quelquefois dans les inoculations expérimentales, des lésions tuberculeuses locales, est, le plus souvent, conduite par la voie lymphatique jusque dans les ganglions voisins et de ces ganglions, de proche en proche, dans ceux plus éloignés.

Par ce mécanisme, on voit se former une adénopathie tuberculeuse primitive qui va constituer, pendant longtemps, une menace pour les viscères.

La tuberculose est établie ; ou bien elle sera détruite dans les ganglions envahis, ou bien elle en partira pour atteindre d'autres organes.

J'ai déjà dit, et il me semble bien démontré que :

1° Tout malade atteint d'une tuberculose locale présente infailliblement une adénopathie tuberculeuse sous-cutanée ;

2° Tout malade porteur de la micro-adénopathie doit être tenu comme suspect de tuberculose et, en conséquence, ce signe prend une valeur considérable dans l'appréciation qualitative des phénomènes morbides présentés par le sujet, au point de vue du diagnostic précoce des affections tuberculeuses des viscères.

L'existence de tuberculoses ganglionnaires primitives, actuellement surabondamment démontrée, a une grande importance dans l'étude des trêves, c'est pourquoi j'ai insisté sur elles.

L'antique scrofule pourrait servir de type des tuberculoses à trêves : les écrouelles, première étape de la maladie, conduisent aux tumeurs blanches, à l'ostéite scrofuleuse, aux abcès froids profonds, à la péritonite, à la phthisie, à la méningite.

La tuberculose ganglionnaire primitive est si fréquente chez l'enfant qu'on est forcé de reconnaître que c'est là une loi de succession dans l'infiltration bacillaire. On trouve dans les autopsies d'enfants des ganglions caséeux ou scléreux, révélant une tuberculose ancienne, dans tous les cas où il existe des tuberculoses viscérales récentes.

Il est du plus haut intérêt, pour l'étude des trêves, de constater cet envahissement primitif des ganglions.

Lorsqu'un ou plusieurs ganglions sont ensemencés par les bacilles, immédiatement la défense s'organise. Les ganglions augmentent de volume par suite de la prolifération cellulaire qui remplit les vaisseaux lymphatiques ; la lutte s'engage entre les phagocytes et les bacilles. Si les conditions de la lutte se maintiennent à l'état normal ou peuvent être renforcées, du côté de l'organisme, par l'hygiène et la thérapeutique, si la chimiotopie cellulaire conserve toute sa puissance, le combat se termine à l'avantage des éléments humains ; si non, ces éléments succombent et le ganglion devient une masse caséeuse d'où le parasite pourra s'échapper pour aller se reproduire et se multiplier dans d'autres points de l'organisme.

Mais les choses ne se passent pas toujours avec cette simplicité. Au milieu de la lutte, alors que l'organisme est parvenu à neutraliser le bacille, mais ne l'a pas encore détruit, il peut survenir des incidents qui interrompent la trêve ; ce rôle est rempli par des maladies intercurrentes, par des affections secondaires, par des associations microbiennes, quelle qu'en soit l'origine. Les plus bénignes pouvant dans certaines circonstances être assez puissantes pour faire pencher la balance en faveur du bacille de Koch. Mais cette victoire du bacille de Koch n'est pas toujours définitive et, si l'organisme reprend de la vitalité, de nouvelles trêves peuvent avoir lieu.

Nos efforts doivent tendre à relever les forces de l'organisme, à lui restituer cette résistance innée qui est notre meilleur agent contre la tuberculose. Nous devons éloigner les prédisposés des foyers morbides. Rappelons-nous que chez les enfants surtout, la tuberculose est souvent primitivement ganglionnaire, que dans les ganglions le microbe est emprisonné, et que nos efforts doivent tendre à l'y maintenir confiné. Le meilleur moyen pour atteindre ce but est de transporter les enfants dans un milieu sain, dans un air pur ; à cela pas d'objection. Mais répétons-le bien haut, il ne s'agit pas d'un transport pour quelques jours ou quelques mois ; il faut que les malades restent longtemps, sinon définitivement dans ce milieu salubre. A ce prix est le succès.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'hygiène régulière, l'alimentation substantielle et les médicaments qui ont fait leur preuve doivent être employés.

Grâce à ces moyens, on pourra prolonger les trêves et les transformer souvent en une guérison durable, parfois définitive.

Prophylaxie de la tuberculose bovine.

M. Nocard. — La tuberculose des bovidés, comme la tuberculose humaine, suit une marche sans cesse envahissante. Chez l'homme, c'est à ce point, qu'à Paris en particulier, un quart de la population meurt de tuberculose.

Pour ce qui est des bovidés, la mortalité par tuberculose varie suivant les pays. En Saxe, elle est de 17 0/0 ; 22 0/0 à Leipzig ; 26 0/0 à Bromberg ; à Copenhague, elle est de 17 0/0, alors que dans ce pays cette tuberculose était inconnue avant 1840. Encore est-il que ces chiffres sont pris dans les abattoirs publics. Or, on sait que nombre d'animaux malades sont abattus dans des abattoirs clandestins, précisément pour échapper au contrôle des inspecteurs.

En France, nous n'avons pas de documents pour évaluer le nombre des animaux tuberculeux ; ce nombre varie d'ailleurs d'un pays à un autre. Certaines régions sont à peu près indemnes ; d'autres, la Champagne, la Bretagne, le Nivernais, le Béarn et surtout la Beauce sont particulièrement infectés. Il varie aussi avec la rigueur de l'inspecteur chargé de la surveillance. Ainsi, à Toulouse, en 1889, on constatait 1200 tuberculeux sur 13,000 ; en 1890, il y en avait, toute proportion gardée, quatre fois moins, parce que l'inspecteur s'étant montré sévère, tous les animaux malades furent envoyés dans les tueries non surveillées des villages suburbains. Quoi qu'il en soit de la valeur absolue de ces chiffres, ils sont suffisants pour montrer que la situation actuelle est désastreuse. Or, il suffirait de vouloir pour transformer cet état de choses.

La cause de ces tuberculoses bovines, c'est avant tout la contagion à la suite du séjour dans des étables infectées par d'autres animaux tuberculeux. Pour supprimer cette contagion, il suffirait de séparer les animaux sains des animaux malades et de mettre les animaux sains dans une étable complètement désinfectée.

Le diagnostic de la tuberculose des bovidés était très difficile ces derniers temps, et il était impossible de faire d'une façon sérieuse la sélection dont je parle. L'on sait, en effet, que la tuberculose peut être masquée au point que des bœufs atteints de tuberculose avancée ont pu être primés dans des concours. Cette difficulté de diagnostic n'existe plus depuis que nous avons dans la tuberculine le moyen de faire un diagnostic absolument précoce. C'est ce moyen, que j'emploie depuis deux ans, qui m'a permis de constater que, dans certaines étables, le nombre des contaminés dépasse souvent les deux tiers et les trois quarts de l'effectif total. Il est vrai que le plus grand nombre des contaminés n'ont souvent que des lésions difficilement appréciables et qui passent inaperçues à un premier examen. Ces lésions n'en existent pas moins, et dès lors l'efficacité de la tuberculine comme moyen diagnostique ne saurait être contestée.

Cela posé, voici ce que je proposerais :

Tous les animaux qui réagiraient à la tuberculine devraient être rigoureusement isolés des animaux sains que l'on placerait dans une étable désinfectée.

Les sujets reconnus malades ne seraient pas perdus pour cela, on pourrait les engraisser rapidement pour la boucherie ; dans ces conditions les lésions seraient si limitées qu'aucun inspecteur n'oserait demander la saisie.

A côté de cette mesure que prendrait l'initiative privée, le gouvernement pourrait décider qu'à l'avenir les bovidés ne seraient plus admis aux concours de reproducteurs subventionnés par l'Etat, s'ils n'ont subi victorieusement l'épreuve de la tuberculine.

Cette mesure simple, qui ne coûterait rien à l'Etat, ferait plus pour la disparition de la tuberculose que toutes les mesures de police sanitaire, si rigoureuses qu'on les suppose.

Première question.

Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose.

M. Hérard fait la communication suivante :

Pour pouvoir apprécier le rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose, il me paraît indispensable de bien fixer au préalable le sens précis que l'on doit attacher au mot *hérédité*. Aussi bien, si avec beaucoup de médecins, et des plus autorisés, on entend par hérédité la transmission des parents aux enfants d'une constitution affaiblie, en vertu de laquelle ces enfants deviennent aptes à contracter la tuberculose, la question est jugée affirmativement.

Dans cette hypothèse, la tuberculose reconnaît une cause unique, la contagion ; l'enfant issu de parents tuberculeux ne deviendra tuberculeux lui-même que lorsqu'il aura été exposé à subir les effets de cette contagion.

Je ne sais si cette conception de l'hérédité satisfait complè-

tent vos esprits. Quant à moi, je ne saurais l'accepter sans réserves. Ne vous semble-t-il pas, comme à moi, que, lorsque nous interrogeons les antécédents héréditaires d'un de nos malades, nous avons ce sentiment intime que la révélation du mal tuberculeux chez les parents est autrement grave que la constatation d'une de ces causes débilitantes vulgaires, qui, en diminuant la résistance de l'organisme, favorisent l'action du principe contagieux? Quand je vois dans une même famille tuberculeuse deux, trois, quatre enfants mourir de méningite à un âge peu avancé de la vie, souvent le même, je ne puis me défendre de cette pensée que les parents ont transmis à leurs enfants plus qu'une aptitude morbide, mais qu'ils leur ont légué le germe même de leur maladie qui a trouvé à se développer sur un point de l'organisme plus spécialement prédisposé.

Depuis le dernier Congrès où cette interprétation de l'hérédité a rencontré, à côté de défenseurs convaincus, des adversaires non moins résolus, la tuberculose congénitale a été démontrée par des faits irréfutables, empruntés à la pathologie humaine et à la médecine vétérinaire.

Dans quelques-uns de ces faits, qui ont été réunis dans la thèse intéressante du Dr Aviragnet, la constatation des tubercules a été suivie de l'examen bactériologique qui a révélé dans ces tubercules le bacille caractéristique. A côté de l'observation célèbre de Jœhne (de Dresde), la première en date, je pourrais en citer d'autres non moins concluantes, celles de Malvoz et Browier, de Sabouraud, etc. Ce qu'il y a de remarquable et de vraiment démonstratif dans ces faits, c'est que les lésions tuberculeuses s'observent, le plus ordinairement, d'abord dans le foie et ensuite dans le poumon, preuve évidente que le bacille, passant de la mère au fœtus, est apporté au foie par les veines ombilicales.

Il y a plus, chez un fœtus issu de phthisique, on peut ne trouver aucune lésion apparente et cependant la présence du bacille peut être décelée par les inoculations et même par l'examen histologique. Les observations de Landouzy et H. Martin, celle de Schmorl et Birch-Hirschfeld sont, sous ce rapport, bien remarquables et elles nous expliquent comment des faits de tuberculose en préparation peuvent passer inaperçus et paraître beaucoup plus rares qu'ils ne le sont en réalité

La tuberculose infantile précoce, celle qui survient dans les premiers mois de l'existence, était considérée autrefois comme une exception. Il n'en est plus ainsi aujourd'hui. Les recherches de Landouzy, Queyrat, Lannelongue, Damaschino, Huguenin, Leroux, Aviragnet, etc., prouvent que dans les premiers mois qui suivent la naissance, les enfants peuvent mourir de tuberculose. C'est comme une suite de la tuberculose congénitale, le nouveau-né contagionné héréditairement ayant besoin d'un temps matériel pour mûrir la graine qu'il a reçue et organiser la lésion tuberculeuse.

Plus tard, dans la première et la deuxième année, la mortalité infantile s'accroît d'une manière notable, mais la tuberculose, à cet âge, n'a pas la même valeur au point de vue de la discussion actuelle que la tuberculose précoce, parce que l'enfant qui séjourne constamment dans un milieu contaminé est exposé à toutes les causes de contagion accumulées dans ce milieu, circonstance qui, nécessairement, complique et obscurcit le problème étiologique.

Un des principaux motifs de l'opposition à l'hypothèse de l'hérédité par la graine, c'est la difficulté pour beaucoup de médecins de comprendre que le germe puisse demeurer dix, vingt, trente ans dans l'économie sans se développer. Mais le fait est-il plus compréhensible dans l'hérédo-syphilis? Les observations fort nombreuses recueillies par le prof. Fournier, de syphilis héréditaires tardives, ne sont-elles pas comparables aux observations de tuberculose héréditaire tardive? Si l'on admet dans le premier cas que le virus syphilitique peut sommeiller pendant plusieurs années dans l'organisme sans manifester sa présence, n'est-on pas en droit de supposer, avec Baumgarten, que la tuberculose congénitale peut, elle aussi, rester latente et le germe sommeiller dans les profondeurs du fœtus et du nouveau-né, jusqu'au jour où une circonstance particulière vient le réveiller de son assoupissement? Ce sont là des faits d'observation peut-être difficiles à comprendre, mais à coup sûr beaucoup moins incompréhensibles aujourd'hui depuis les nombreuses recherches de notre Président sur le microbisme latent. Il en ressort une vérité consolante, c'est que la graine tuberculeuse ne germe pas fatalement et qu'elle peut trouver, dans l'organisme de l'enfant et de l'adulte, des conditions de résistance qui la maintiennent à l'état latent pendant une période plus ou moins longue et même l'empêchent d'aboutir. Sous ce rapport nous nous associons pleinement à la manière de voir de M. le prof. Lannelongue.

Comme lui et comme notre collègue Hutinel, nous reconnaissons en pareil cas l'influence éminemment favorable d'un changement radical et prolongé du milieu, et des conditions de saine hygiène, seules capables de modifier le terrain et de le rendre réfractaire à la germination de la graine tuberculeuse.

Maintenant, si nous cherchons dans quelles proportions relatives la contagion et l'hérédité concourent à la propagation de la phthisie pulmonaire, nous comprenons combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, de donner des chiffres précis. Dans les hôpitaux les malades ignorent souvent leurs antécédents de famille. Dans la pratique civile on dissimule volontiers les maladies héréditaires. En outre, de jour en jour les occasions de contagion sont plus nombreuses et mieux connues. Un héréditaire, prédisposé par l'affaiblissement de sa constitution, peut être contagionné avant que la maladie ne se soit développée par la germination de la graine. Une statistique très étudiée a été fournie par Leudet, qui, exerçant à Rouen pendant trente années, quinze ans en même temps que son père, également médecin, a pu recueillir de sa bouche des renseignements précieux sur la santé des ascendants d'une ou plusieurs générations qui ont précédé, dans certaines familles, celles auxquelles il donnait des soins. Or, il est arrivé à cette conclusion que, sur deux cent quatorze familles de phthisiques, cent huit présentaient des antécédents indiscutables. C'est à peu près la proportion (un peu moindre toutefois) à laquelle nous a conduit notre observation personnelle.

Jusqu'ici j'ai eu surtout en vue la phthisie pulmonaire, il me reste maintenant à dire quelques mots de la tuberculose externe, chirurgicale, moins grave assurément que la première, mais tout aussi commune. Ici la question du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité me paraît beaucoup plus simple, et d'abord, je me hâte de le dire, les considérations dans lesquelles je vais entrer ne s'appliquent qu'aux tuberculoses externes *primitives*, les tuberculoses externes *secondaires* s'expliquant tout naturellement par une infection générale dont le point de départ est une lésion tuberculeuse localisée, soit aux poumons, soit aux intestins, soit dans tout autre organe.

Pour ces tuberculoses externes primitives (ostéites, arthrites, abcès froids, adénites, synovites, lupus, etc.), quelle étiologie pouvons-nous invoquer? Le traumatisme? Certes il joue un rôle considérable pour la détermination du point même où se manifestera la lésion tuberculeuse, mais il faut quelque chose de plus : la présence du bacille au sein de l'économie au moment de la violence extérieure. — Dans certaines circonstances, une inoculation, une plaie à la peau ou sur la muqueuse, sera la porte d'entrée. Nous croyons que le cas se présente assez fréquemment pour des adénites que l'on serait disposé à considérer comme primitives, mais, pour les ostéites, arthrites, abcès, la contagion me semble plus difficile à invoquer. Admettrons-nous, avec quelques auteurs, que le bacille peut traverser la muqueuse respiratoire sans y déterminer de lésion tuberculeuse ; qu'il peut pénétrer, par le poumon, dans la circulation lymphatique et sanguine, pour aller infecter primitivement le testicule, les articulations, les os? C'est là, à mon avis, une hypothèse que rien ne justifie et qui me paraît en opposition avec ce que nous savons de la rareté de l'infection bacillaire du sang. Aussi, dans des cas semblables, tout en concédant que, plus d'une fois, on a pu méconnaître l'existence de foyers profonds et circonscrits, et considérer comme primitives des tuberculoses externes, par ce fait secondaire, nous pensons qu'il faut faire une large part à l'hérédité, — hérédité le plus souvent évidente, d'autres fois incertaine et obscure.

Vous trouverez, dans les études sur la tuberculose, l'observation très instructive d'un enfant âgé de cinq ans et demi, entré dans le service de M. le professeur Verneuil à l'Hôtel-Dieu. Cet enfant, pâle et d'apparence chétive, avait présenté trois ans auparavant, sur le dos de la main, une tuméfaction diffuse et indolente qui s'était enflammée puis abcédée, laissant une cicatrice encore visible.

L'enfant entrait à l'hôpital pour une tuméfaction indolente apparue depuis un mois environ à la racine de l'index droit, ostéite tuberculeuse du type décrit sous le nom de *spina ventosa*. Autour du jeune enfant, personne ne paraissait atteint de tuberculose pulmonaire : le père, grand, d'apparence robuste, n'a jamais toussé; la mère jouissait d'une bonne santé. Il était donc presque impossible d'admettre la contagion par les poussières respirées; en revanche, l'interrogatoire du père fournissait un renseignement précieux. Quand la petite malade avait été conçue, cet homme portait, dans la région poplitée droite, un volumineux abcès froid qui ne se ferma qu'après six mois de traitement et qui était complètement guéri au moment de la naissance de l'enfant. M. Ricard, qui publie cette observation, se demande s'il n'est pas possible de rapprocher cette tuberculose paternelle, évoluant au moment même de la conception, de la tuberculose observée plus tard chez l'enfant, si, en un mot, la maladie n'a pas été transmise directement du père à la fille par voie d'hérédité. Pour nous, c'est la seule explication plausible du développement de cette tuberculose externe, comme aussi de toutes celles qui se manifestent en dehors de toute lésion tuberculeuse préexistante, recherchée avec soin, ainsi que cela ressort de faits nombreux recueillis par M. le professeur Lannelongue, Leudet, de Rouen, et beaucoup d'autres observateurs.

Pour nous résumer, nous dirons :

1° La contagion est la cause la plus fréquente de la tuberculose pulmonaire ;

2° L'hérédité est un fait indiscutable ; ce n'est pas seulement une aptitude morbide que les parents tuberculeux lèguent à leurs enfants ; ils leur transmettent souvent aussi le germe même de leur maladie ;

3° Dans les tuberculoses externes *primitives*, l'hérédité joue un rôle prépondérant.

M. Nocard. — Je me tiendrai sur le terrain de la tuberculose bovine. Je crois que chez les bovidés l'hérédité ne joue qu'un rôle tout à fait accessoire. Les cas dans lesquels on trouve des fœtus des veaux déjà tuberculeux sont tout à fait exceptionnels. Il est également d'une rareté extrême de trouver chez des jeunes veaux des lésions tuberculeuses.

On a dit qu'il pouvait y avoir alors dans les viscères des lésions tuberculeuses latentes, des bacilles disséminés. Or, je crois que cette opinion n'est pas fondée.

J'ai déjà dit que dans les étables contaminées on ne trouve guère de tuberculose que chez les adultes, au-dessus de trois ans ; ces lésions sont rares chez les jeunes jusqu'à deux ans. Voici des exemples : dans une grande exploitation, sur soixante-deux bovidés, j'ai trouvé, par la tuberculine, quarante et un tuberculeux. Or, presque tous les adultes étaient tuberculeux, tandis que les jeunes avaient échappé à la maladie, excepté un veau qui était allaité par une mère atteinte de mammite tuberculeuse.

Dans un autre cas, sur cent cinq animaux dont cinquante-cinq adultes, quarante et un tuberculeux; sur les cinquante jeunes, quatre ou cinq seulement étaient tuberculeux. Dans cette étable, il n'y avait que des bêtes nées dans l'exploitation. Cependant les jeunes étaient dans la même étable contaminée et nourris par des mères tuberculeuses. Ce qui diminuait les chances d'infection pour les jeunes, c'est qu'ils restaient longtemps au pâturage et qu'ils n'étaient pas autant que les adultes exposés à la contagion.

La communauté de l'air ne suffit pas, il faut que l'air soit chargé de poussières tuberculeuses et les animaux seuls deviennent tuberculeux qui sont soumis à cet air contaminé, et cela pendant longtemps.

On pourrait dire que les animaux jeunes qui ne réagissaient pas à la tuberculine avaient cependant des germes latents qui ne répondaient pas. Or, mes recherches m'ont prouvé que des animaux qui ne réagissent pas à la tuberculine à une première injection, si on a soin de les isoler, ne réagissent pas davantage au bout de neuf mois. C'est-à-dire qu'ils ne sont pas devenus tuberculeux.

Cela prouve que, le plus souvent, il s'agit de contagion et non d'hérédité.

M. Empis. — Chez l'homme, la tuberculose est presque toujours héréditaire. La contagion suffit-elle pour provoquer la tuberculose? Pour mon compte, je ne le crois pas.

Je n'ai pas vu un seul fait certain, de femme ou de mari, sans tare héréditaire, qui ait été contagionné par son conjoint tuberculeux. Il faut donc, pour que la contagion ait lieu, que le terrain soit préparé.

L'époque reculée à laquelle se manifeste la tuberculose chez les veaux est en rapport avec ce que nous voyons dans l'espèce humaine où des enfants superbes dans leur jeunesse sont pris plus tard. Je crois que les veaux, comme les enfants, sont diathésiques, imprégnés du germe.

M. Hérard. — Je crois, comme M. Empis, que la tuberculose est héréditaire. Mais je pense, contrairement à son avis, que la contagion dans les ménages est indiscutable.

M. Nocard. — C'est justement parce que j'ai prévu l'objection de M. Empis que j'ai voulu renouveler mon expérience à neuf mois de distance. Neuf mois, c'est considérable dans la vie d'un veau. Aujourd'hui j'affirme avec énergie que la tuberculose n'est pas héréditaire chez les bovidés.

Quant aux enfants qui deviennent tuberculeux tardivement, il est bien plus admissible qu'ils ont été contagionnés tard. Ils sont faibles, étant nés de parents faibles, rien de plus.

M. L.-H. Petit. — L'histoire de la tuberculose, dans certaines familles, permet d'apprécier assez exactement la part qui revient dans sa propagation à l'hérédité de terrain, à l'hérédité de graine et à la contagion.

Les grossesses répétées chez une femme lymphatique, le père étant hors de cause par son tempérament arthritique, paraissent produire chez les enfants une prédisposition assez grande à contracter la tuberculose; peut-être pourrait-on même admettre que le lymphatisme de la mère n'est qu'une forme atténuée de terrain tuberculeux, et que les germes qui n'ont pas évolué chez la mère, trouvant un terrain plus affaibli et plus favorable à leur prolifération chez les enfants, s'y sont développés. En d'autres termes, la tuberculose est restée latente chez la mère et s'est manifestée chez les enfants, dont la résistance était moins grande.

On doit s'efforcer de remédier à cette prédisposition en donnant aux enfants des nourrices saines et robustes, en les faisant élever à la campagne.

En aucun cas, la mère prédisposée à la tuberculose ne doit nourrir ses enfants au sein.

Ces prédisposés venant à habiter une maison infectée, contractent facilement la tuberculose pulmonaire.

La désinfection des habitations contaminées par les tuberculeux est donc une mesure dont la nécessité s'impose.

M. Ducor. — Chez deux malades atteints de tuberculose externe, j'ai étudié les ascendants en remontant à plusieurs générations et je me suis assuré qu'il n'existait de ce fait aucune tare tuberculeuse. Ces cas montrent bien que la contagion peut, à elle seule, provoquer des tuberculoses chirurgicales.

M. Verneuil. — Dans nombre de cas on voit se développer, à la suite d'un traumatisme, une coxalgie ou un mal de Pott, chez un enfant jusque-là bien portant. Peut-on admettre alors qu'il y a contagion?

Assurément, le traumatisme n'a pu inoculer le microbe dans ces régions profondes. Il a seulement créé des tissus de moindre résistance où se sont développés des microbes jusque-là latents. Or, les bacilles ne pouvaient se trouver à l'avance juste au point traumatisé. C'est dans le sang qu'ils ont été puisés. Il y avait du microbisme latent. C'est ce microbisme que l'hérédité crée souvent chez les enfants des tuberculeux.

M. G. Arthaud. — D'après la statistique de mes malades, au nombre de 5,000, j'ai pu, dans un millier de cas, vérifier la fréquence relative de la tuberculose héréditaire et de la tuberculose acquise.

Dans les cas où j'ai pu faire une enquête complète, j'ai constaté que souvent les sujets qui deviennent tuberculeux n'ont aucun antécédent héréditaire de tuberculose.

Par contre, dans nombre de cas, j'ai pu m'assurer d'une manière indéniable qu'il y avait eu contagion. Cependant, je partage l'opinion de M. Hérard et je crois que l'hérédité joue un rôle important.

Comme le nombre de mes observations est assez considérable, je crois pouvoir énoncer des chiffres qui se rapprochent très sensiblement de la réalité : l'hérédité, pour moi, s'observe dans 40 0/0 des cas de tuberculose pulmonaire; la contagion, qui reste le principal facteur, dans 60 0/0.

M. Coudray (Paris). — Dans soixante-quinze cas de tuberculose externe des enfants de huit mois à quinze ans, j'ai recherché l'hérédité. Je l'ai trouvée seulement dans dix cas, soit dans une proportion de 15 0/0. Dans ces soixante-quinze cas, un seul est congénital; très peu de cas entre un et deux ans, le maximum entre trois et six ans. Ces faits sont en rapport avec ceux indiqués par M. Nocard sur la rareté relative de la tuberculose chez tous les jeunes animaux.

Sur les soixante-cinq cas dans lesquels l'hérédité de quelque manière qu'on puisse l'interpréter fait défaut, quarante fois la cause accidentelle échappe — neuf fois le traumatisme peut être mis en cause — deux fois en particulier d'une manière frappante — quatre fois la tuberculose a succédé à des accidents pulmonaires (bronchite, broncho-pneumonie); trois fois à une alimentation insuffisante; une fois à une angine. — Ce cas mérite d'être signalé, car la lésion tuberculeuse était un mal de Pott cervical.

De ce relevé résulte que dans la tuberculose externe ou chirurgicale, la contagion joue un rôle prédominant.

Deuxième question.

Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose.

M. Verneuil. — Voici deux cas qui montrent l'influence funeste d'une maladie infectieuse, non pas seulement sur le développement d'une tuberculose pulmonaire, mais bien sur le développement d'une tuberculose chirurgicale.

Une fille ayant aujourd'hui 7 ans, fille ayant de l'hérédité tuberculeuse, a, à l'âge de 4 ans, une tuberculose ganglionnaire du cou, très étendue. A la suite d'un curettage soigné, la tuberculose guérit, mais peu après la malade a eu un mal de Pott. Après deux ans de traitement général, d'injections d'éther iodoformé, le mal de Pott guérit et reste radicalement guéri pendant six mois. A ce moment, l'enfant a une rougeole d'ailleurs bénigne; or, peu après la rougeole, les ganglions du cou et le mal de Pott reparaissent, et cette réapparition a des caractères très graves. L'enfant a guéri de cette seconde atteinte, mais il n'est pas douteux qu'elle n'ait été due à la rougeole intervenue.

Un second cas est relatif à une jeune fille d'ailleurs très bien portante, née de parents robustes, sans aucune tare, qui eut une fièvre paludéenne intense. A la suite de cette fièvre paludéenne, elle fit une chute légère sur le front et l'épaule. Or, ce léger traumatisme produisit une nécrose tuberculeuse de l'os frontal, de l'os malaire, de la clavicule, du maxillaire; ajoutons à cela de nombreux abcès ganglionnaires qui mettent la vie de la jeune fille en danger.

M. Legroux. — A l'appui de ce que vient de dire M. Verneuil, je puis citer le cas d'un enfant, très lymphatique il est vrai, mais bien portant, qui, peu après les débuts d'une coqueluche, présenta des signes manifestes de coxalgie.

Je puis citer également le cas d'un autre enfant qui, immédiatement après une rougeole, présenta tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse à laquelle il succomba.

Ces faits sont, du reste, bien connus des médecins et ils prouvent, une fois de plus, qu'il faut, dans les cas de maladies infectieuses survenant chez des enfants, redoubler de soins et de précautions hygiéniques quand les enfants sont suspects de tuberculose.

M. Cannelis (Athènes). — Nous avons été à même de constater, depuis les grandes épidémies de grippe qui ont envahi l'Europe pendant ces dernières années, que cette infection prédispose singulièrement à la tuberculose pulmonaire. Depuis ces épidémies, nous voyons journellement des tuberculeux qui font, à juste titre, remonter le début de leur affection à la grippe dont ils ont été atteints.

D'après cela, nous croyons pouvoir affirmer que la grippe est bien une cause de phthisie pulmonaire.

Un point important à noter, c'est que les sujets qui deviennent tuberculeux ne cessent pas de tousser après la grippe; la phthisie succède au catarrhe, sans interruption.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er août 1893.

Présidence de M. Laboulbène.

Choléra en Roumanie en 1892.

M. Babès rapporte les mesures prises pour préserver la Roumanie contre le choléra en 1892. Ces mesures ont consisté principalement dans l'établissement de quarantaines maritimes et terrestres et de cordons sanitaires, sans compter les mesures de désinfection et d'assainissement préparées dans les communes. Mais il n'y a pas eu besoin d'appliquer celles-ci, car, tandis que toutes les puissances voisines furent visitées par le fléau, la Roumanie resta indemne. Les quelques cas dont on a parlé dans certains villages ne peuvent être attribués au choléra; l'examen bactériologique en a fait justice. Contre les provenances maritimes, la quarantaine fut d'abord de 11 jours, puis de 8 jours; contre les provenances terrestres, la quarantaine fut de 5 jours. La défense fut des plus rigoureuses; au début, deux contrebandiers furent tués par erreur par les soldats du cordon; ce fait a inspiré une terreur salutaire.

M. Proust. — Je ne saurais trop protester contre l'opinion que formule M. Babès en faveur des mesures quarantenaires. Ces opinions lui sont d'ailleurs très personnelles; car, à la conférence sanitaire de Dresde, les délégués officiels de la Roumanie, le prince Ghika et le Dr Félix, se sont associés aux propositions des délégués français en faveur de l'abolition des quarantaines; ce sont des mesures d'un autre âge que je m'étonne de voir recommander dans cette enceinte.

M. Babès. — J'ai seulement constaté ce que la Roumanie a fait en 1892 pour se défendre du choléra; je ne prétends nullement que la même chose soit rationnelle ou possible dans les pays occidentaux plus civilisés. Je crois d'ailleurs que la question des quarantaines n'est pas absolument jugée; ce qui s'est passé l'année dernière en Roumanie montre que les mesures quarantenaires, qui, au point de vue bactériologique et scientifique, se défendent aisément, peuvent donner des résultats appréciables dans certaines conditions déterminées; ce sont des considérations commerciales et des difficultés d'application qui peuvent seules les faire rejeter.

M. Proust. — La bactériologie, quelque progrès qu'elle nous ait permis d'obtenir au point de vue du diagnostic et de la prophylaxie, n'a pas modifié l'opinion que nous avions déjà sur la transmissibilité du choléra. Aujourd'hui la prophylaxie de cette affection s'est affermie : on a pu reconnaître l'inutilité absolue des quarantaines terrestres et adoucir singulièrement les mesures contre les provenances par mer. Les bâtiments venant de pays contaminés ont ou n'ont pas de choléra à bord : dans le premier cas, les malades sont débarqués et isolés, les linges sales désinfectés et les autres passagers surveillés pendant 2, 3 ou 4 jours; dans le second cas, toute quarantaine d'observation est supprimée, la libre pratique est accordée après une visite médicale et la désinfection du linge sale et des objets contaminés. Telles sont les doctrines et les mesures que nous avons fait approuver par la très grande majorité des puissances européennes et qui, seules, doivent être appliquées désormais.

Tétanos.

M. Péan. — MM. Leblanc, Nocard, Trasbot et Weber ont fait, je crois, bonne justice des théories par trop ingénieuses développées avec un grand luxe de documents par M. Verneuil sur l'étiologie et la prophylaxie du tétanos. Il n'est plus permis aujourd'hui de soutenir l'origine équine du tétanos, d'autant plus que M. Verneuil lui-même paraît ne voir aucun inconvénient à substituer l'hypothèse de la provenance animale multiple à celle de la provenance équine exclusive.

Que le tétanos soit produit ou non par un agent infectieux, il n'est pas douteux que le mode de pansement des plaies, l'asepsie et l'antisepsie ont contribué à en diminuer la fréquence, comme pour toutes les maladies de malpropreté. Que la plaie soit ou non tétanifère, elle ne pourra qu'être très heureusement modifiée par des lavages antiseptiques à l'eau

phéniquée, l'eau sublimée ou tout autre microbicide; mais, contrairement à M. Verneuil, nous n'hésitons pas à conseiller la réunion immédiate à la solution de continuité, les plaies fermées présentant toujours moins de gravité que les plaies ouvertes. Celles-ci favorisent en effet la manifestation du tétanos, sans qu'il soit nécessaire qu'il y ait du fumier de cheval dans le voisinage de la salle d'opération ou même qu'un vétérinaire assiste l'opérateur. A entendre M. Verneuil, il faudrait renoncer à opérer à l'hôpital quand on s'y rend autrement qu'à pied, à moins de faire stationner sa voiture à quelques centaines de mètres de la maison hospitalière, et encore ne serait-on pas assuré de ne pas être un agent tétanifère par contagion médiate, pour employer l'expression même de M. Verneuil. Donc la réunion immédiate doit être la règle et non l'exception.

D'autre part, M. Verneuil, pour un chirurgien qui revendique à son profit le pincement des vaisseaux, est bien timoré quand il donne au thermocautère la préférence sur le bistouri pour pratiquer des débridements dans les plaies anfractueuses; c'est un mauvais instrument dont on connaît trop les inconvénients.

M. Verneuil enfin engage à ne pas trop s'efforcer d'extraire les corps étrangers, à les laisser plutôt en cherchant à les stériliser sur place et à ne procéder à toutes les manœuvres, quelles qu'elles soient, que sous le spray ou après la balnéation très prolongée. Ici M. Verneuil se montre plus Listérien que Lister, lequel a complètement renoncé au spray; car si celuici peut contribuer à assurer l'asepsie d'un appartement, il ne saurait, mis en contact avec une plaie, qu'en favoriser l'irritation.

Aussi, à l'encontre de la thérapeutique très complexe de M. Verneuil, je m'en tiens à des notions dont la valeur reconnue n'est pas à mes yeux le moindre mérite. Ces notions, je les résume comme il suit :

1° Toutes les fois qu'un malade se fait une blessure même légère, soit à la ville, soit à la campagne, laver la plaie avec un liquide antiseptique quelconque et la recouvrir non pas avec un linge perméable, comme on le fait généralement, mais bien avec une substance imperméable, telle que le collodion, le diachylon, etc. Grâce à cette précaution, nous avons pu préserver tous les élèves qui suivaient nos cours, pendant notre prosectorat, des piqûres anatomiques et nous avons pu, depuis cette époque, mettre à l'abri de l'infection purulente, et même du tétanos, les nombreux malades qui sont venus nous consulter dans les hôpitaux;

2° Panser, avec plus de soin encore, au moyen des antiseptiques, les plaies plus sérieuses;

3° Renoncer au thermocautère et lui substituer le bistouri, dans tous les cas, pour les débridements, afin de régulariser les plaies et pour enlever les corps étrangers, quand leur volume l'exige;

4° Remplacer la ligature par le pincement des vaisseaux;

5° Ne pas laisser volontairement les plaies ouvertes; les maintenir à l'abri de l'air pendant et après le pansement;

6° Donner la préférence aux pansements rares;

7° Immobiliser le mieux possible la région vulnérée;

8° Isoler les malades; l'isolement que nous avons été le premier à pratiquer dans les hôpitaux nous ayant déjà mis à l'abri d'autres maladies infectieuses, telles que l'érysipèle et l'infection purulente qui, à l'heure actuelle, ont disparu de nos services hospitaliers, comme le tétanos lui-même.

Théobromine.

M. G. Sée conclut comme il suit :

1° *Le moyen le plus sûr de guérir les hydropisies cardiaques, c'est la théobromine.* — La théobromine, de même que la caféine, fait partie de ce groupe de substances qu'on appelle *xanthines*, qui présentent la plus grande affinité avec l'acide urique, et proviennent presque toutes des tissus animaux ou végétaux, riches en cellules ou noyaux de cellules.

La théobromine est la diméthylxanthine (Méthyle $= C^2H^3)^2$; elle est l'homologue inférieure de la caféine, qui est une triméthylxanthine. Malgré leur analogie apparente, la différence de leur constitution méthylique détermine des actions physiologiques distinctes. Tous deux sont des diurétiques, mais la théobromine produit la diurèse cinq fois plus forte, et cela en agissant directement sur l'élément sécréteur des reins, sans le secours de l'élément nervo-vasomoteur.

2° L'action de la théobromine se manifeste d'une manière infaillible dans les hydropisies d'origine cardiaque même les plus avancées; j'ai vu dans 7 cas, après les échecs successifs de tous les autres diurétiques, digitaline, strophantine, caféine, etc., la diurèse s'élever en trois à quatre jours à 2 litres, et jusqu'à 6 litres d'urine; et au fur et à mesure que les urines augmentaient, toutes les hydropisies reculer, tous les liquides se résorber d'une manière évidente et proportionnelle à la polyurie; celle-ci se produisait même quand il y avait un certain degré d'albuminurie et se traduisait non seulement par l'excès d'eau, mais par tous les principes normaux de l'urine, entre autres de l'urée.

3° La supériorité de la théobromine sur les autres diurétiques provient de son action directe et absolument inoffensive sur le parenchyme du rein. Au contraire, les autres diurétiques comme la digitale, le strophantus, n'agissent qu'en excitant les vaisseaux et qu'en renforçant le cœur; or, une pareille intervention ne saurait se soutenir ni dépasser une certaine intensité. La caféine a une autre infériorité sur les diurétiques à haute pression: elle s'accompagne d'une excitation cérébrale, d'une agitation psychique inévitable, qui seule suffit pour en restreindre l'emploi, et pour la mettre au deuxième plan en regard de la théobromine. Cette diméthylxanthine ne produit pas le moindre signe d'intoxication; et sauf quelques nausées que j'ai notées parfois, elle agit d'une manière absolument inoffensive dans la genèse de la diurèse.

4° Quelle que soit la cause de l'hydropisie cardiaque, qu'elle soit due à une lésion de l'aorte ou de la valvule mitrale, d'une dégénérescence du muscle cardiaque, l'effet de la théobromine est le même. En prescrivant au malade au repos horizontal, le 1[er] jour, 2 grammes, le 2[e] jour, 3 grammes à l'aide de trois pastilles de 1 gramme, ou de six pastilles de 1/2 gr.; le 3[e] jour, 4 grammes; le 4[e] jour, 5 grammes, on ne manque pas de provoquer une diurèse efficace, suivie de la disparition de l'œdème, même généralisé, ainsi que de l'ascite qu'on est le plus souvent dispensé ainsi de ponctionner. Lorsque les hydropisies sont d'origine brightique, les effets sont très variés et discutables.

5° Le seul moyen d'administrer la théobromine est sous forme de pastilles ou en capsules, car elle est insoluble d'une manière absolue dans l'eau, l'alcool, l'éther. En Allemagne, on a, sous le nom de diurétine, lancé dans le commerce une substance qui serait de la théobromine dissoute dans le salicylate de soude, comme on fait du salicylate de la caféine; mais la solubilité ainsi comprise n'existe point, on ne l'obtient que par la soude caustique à 4 p. 100; c'est là la diurétine avec tous les dangers qu'il faut lui reconnaître, tandis que la théobromine en nature s'absorbe difficilement, mais sans inconvénients, probablement dans l'intestin et produit tous les effets curatifs sans aucun incident fâcheux durable. De plus, elle n'exige pas l'ingestion d'une grande quantité de liquide, et sous ce rapport elle a un avantage marqué sur la *lactose*, excellent diurétique, mais proportionné comme effet à la quantité de sucre de lait qui exige 1 litre d'eau pour 50 grammes de lactose, et n'opère qu'à 100 grammes, c'est-à-dire avec 2 litres d'eau.

Il résulte de ces données que la théobromine peut se prescrire pour ainsi dire à sec; en outre, avec une alimentation ordinaire, pourvu que le régime soit modéré. Puis pour maintenir l'effet obtenu, je prescris après quelques jours de repos, pendant trois jours, un demi-milligramme de digitaline, ou 3 grammes de théobromine, sans aucun autre adjuvant, si ce n'est l'iodure de calcium lorsqu'il survient quelque signe d'oppression. Avec l'observation de ces règles, je n'ai vu de rechute sur aucun de mes malades.

M. Le Roy de Méricourt. — Je ne connais pas la théobromine; mais j'ai observé autrefois, en 1849, l'usage du maté dans la République Argentine. Cet usage y est aussi commun que celui du thé en Angleterre; à l'égal de la kola, il entretient et stimule singulièrement les forces des peuples qui en font un usage régulier.

M. G. Sée. — Chez plusieurs Argentins qui en usent à Paris, j'ai observé des accidents assez graves du côté des reins, tout comme avec la caféine ou la noix de kola, dont il est fait un si grand abus.

M. Le Roy de Méricourt. — Ce sont des cas exceptionnels, car le maté est d'un usage général dans toute la nation

argentine et chez les *gauchos* de l'Amérique du Sud. Moi-même, à la Plata j'en ai pris deux fois par jour pendant six mois sans aucun inconvénient.

M. C. Paul. — Il faut remarquer que le maté est non le nom de la plante, mais celui de la calebasse dans laquelle est préparée l'infusion; or, les conditions de la préparation favorisent singulièrement la transmission de certaines affections des muqueuses labiales et buccales.

Quant à la caféine, elle est exclusivement fabriquée aujourd'hui avec du thé et non avec du café, ce qui peut expliquer ses propriétés très différentes de celles qu'on observait autrefois et encore aujourd'hui dans certains pays.

M. G. Sée. — Ce sont, en effet, des médicaments bien différents.

M. C. Paul. — Le mode de préparation influe beaucoup, tout comme pour le café, dont la composition est si complexe; préparé à l'européenne, ses huiles essentielles et volatiles sont recueillies et il devient excitant; préparé à l'orientale, ses huiles sont chassées avec soin et son action est tout autre.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 *juillet* 1893.

Lois de l'évolution de la digestion; interprétation de ces lois.

M. J. Winter. — Cette note est le complément de celle du 3 juillet (*Mercredi médical*, 1893, p. 350), qui nous fait prévoir, par l'extrême régularité de l'accroissement des éléments chlorés du suc gastrique et par la nature des courbes, révélée par le calcul, l'existence d'une régulation automatique des phénomènes digestifs.

En cherchant à déterminer la cause de cette régulation, j'ai été amené à étudier le *résidu sec des matières dissoutes* et à constater, pour cet élément comme pour les autres, des variations parfaitement régulières et calculables, mais parfois inverses de celles du chlore.

Le résidu sec d'un liquide étant directement proportionnel à sa tension osmotique, j'ai envisagé la question sous cette nouvelle face et trouvé ainsi que tous les phénomènes observés sont directement sous la dépendance de cette tension. Tous y trouvent une interprétation curieuse et nouvelle. Voici sensiblement le résumé général de cette étude :

Le processus digestif *commence* et évolue sous l'influence constante de la *différence* entre les tensions osmotiques du liquide stomacal (ingéré) et du plasma sanguin. Cette *différence* est réglée par les phénomènes vaso-moteurs (action initiale), par les réactions dépendant de l'état de la muqueuse stomacale (action accélératrice) et enfin par le pouvoir de résorption et d'évacuation de l'organe (action retardatrice).

La composition du plasma sanguin joue donc un très grand rôle; il constitue le régulateur de la vie cellulaire.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 *juillet* 1893.

Traitement du croup.

M. Guelpa fait une communication sur les *irrigations laryngo-trachéales dans le traitement du croup* chez les trachéotomisés. M. Guelpa avait déjà essayé les pulvérisations antiseptiques; actuellement, il préfère le lavage antiseptique, l'enfant ayant la tête verticalement en bas. Il tenta avec succès et sans accident cette méthode de traitement dans le service de M. Sevestre à l'hôpital Trousseau. Ces lavages furent faits avec une solution boriquée tiède; il eût préféré une solution faible de perchlorure de fer, mais il dut y renoncer à cause des frais qu'aurait occasionnés la brûlure du linge. Les injections n'ont pu être faites que 4 à 5 fois par jour et jamais la nuit et cela à cause de l'insuffisance du personnel. Néanmoins il obtint d'excellents résultats qu'il attribue à l'entraînement des produits septiques hors des premières voies respiratoires. Il obtint 35 0/0 de guérisons, avantages notables, à Trousseau où la moyenne des guérisons est de 15 0/0. Il espère que ce procédé diminuera considérablement la mortalité des croups opérés, quand on fera les lavages toutes les deux heures et durant la nuit. M. Guelpa a aussi l'intention de substituer ces lavages à la trachéotomie en ponctionnant la trachée au moyen d'un trocart et en introduisant par ce trocart un drain qui permettrait de pousser les injections intra-trachéales. Il n'a pu encore essayer ce procédé, les médecins dans les services desquels il a expérimenté jusqu'à ce jour s'y étant refusés.

Séance du 26 *juillet* 1893.

Atténuations de la syphilis.

M. C. Paul fait une communication sur l'*atténuation de la syphilis.* Cette affection en effet se borne assez fréquemment au chancre et à quelques très faibles accidents. On ne peut attribuer cette atténuation au tempérament, ni à la constitution du malade, l'observation clinique s'y oppose. Se basant sur deux observations très complètes, dans lesquelles deux jeunes gens, fils de pères syphilitiques, ont eu des syphilis atténuées, M. C. Paul se demande si l'atténuation ne venait pas de la syphilis paternelle. Bien que n'ayant pas eu de syphilis héréditaire, les jeunes gens avaient été conçus pendant que les pères étaient en puissance de syphilis, car, si ces derniers n'avaient pas alors d'accidents, ils eurent plus tard des manifestations viscérales tertiaires graves.

M. Guelpa croit avoir trouvé dans les manifestations syphilitiques graves des Arabes d'Algérie qui sont tous, pères et fils, syphilitiques, une réfutation de l'hypothèse de M. C. Paul.

M. Blondel pense qu'il y a probablement une influence dans l'hérédité syphilitique sur l'atténuation de cette maladie. Il expose brièvement les diverses hypothèses possibles pour expliquer l'atténuation et se demande si, dans les cas de M. C. Paul, l'atténuation ne tient pas au pouvoir microbicide du sérum, transmis par hérédité du père au fils.

Traitement de la syphilis.

M. Blondel fait ensuite une courte communication où il propose, pour éviter les douleurs dans le *traitement de la syphilis par les injections de calomel,* de prendre comme véhicule la glycérine pure, où l'on aura fait dissoudre par centimètre cube un centigramme de cocaïne. Il conseille aussi de faire dans le même but les injections intra-musculaires dans la fesse et non dans le tissu cellulaire.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 28 *juillet* 1893.

Microbiologie des suppurations périanales.

MM. Hartmann et **Lieffring** communiquent cinq nouveaux cas confirmant le résultat de leurs recherches antérieures. Dans deux cas où l'inoculation au cobaye avait été négative, il s'agissait d'abcès à staphylocoques dorés, à l'état pur dans l'un, blancs et associés à du bacterium coli et à des saprophytes dans l'autre. Dans les trois autres cas où l'inoculation a été suivie du développement de lésions tuberculeuses, le seul microbe associé était le bacterium coli.

Chondro-fibrome de la main.

M. Perregaux présente la main d'une femme opérée dans le service de M. Reclus. Il s'agit d'une tumeur à évolution très lente, puisqu'elle date d'environ 23 ans : elle apparut d'abord à la région antérieure du poignet, sous forme de masse dure, lobulée, indolore, sans gêne des mouvements. Mais plus tard, en se développant, elle envahit la région dorsale, où l'on sentait dans ces temps derniers sous la main deux lobes saillants et de consistance assez molle. Depuis l'apparition de ces nouveaux prolongements, la malade ressentit de violentes douleurs dans la main, et elle éprouva de la gêne dans les mouvements. L'opération eut pour but d'enlever la tumeur en conservant le pouce et le petit doigt.

On voit, en effet, sur la pièce disséquée que la face anté-

rieure du carpe et du métacarpe disparaît sous la tumeur de couleur blanchâtre et de consistance très dure. A la région dorsale, on voit que le néoplasme a envahi les espaces intercostaux, semblant écarter les métacarpiens les uns des autres; la coloration jaunâtre de ceux-ci tranche sur la masse néoplasique. Le deuxième métacarpien est usé à sa face antérieure et en haut. Cette tumeur, du volume du poing, est constituée par du tissu fibreux avec cellules de cartilage. Ces tumeurs apparaissent plutôt au niveau des phalanges. Il faudrait sectionner cette pièce pour voir si l'origine est périphérique ou centrale.

Kyste dermoïde chez une négresse.

MM. **Audin** et **Pilliet** présentent les pièces d'une femme, négresse, opérée de laparotomies pour kystes ovariens. Cette femme avait le système pileux de la face très développé, un clitoris allongé et de grosses lèvres volumineuses, entre autres stigmates d'hermaphrodisme incomplet. L'opération, terminée avec succès, démontra qu'il s'agissait de kystes dermoïdes des deux ovaires et du parovaire, contenant des cheveux, des matières grasses, plusieurs régions dentaires et du pigment par places. Peut-on supposer que l'hermaphrodisme a été le résultat du développement de ces kystes ?

Capsules surrénales pathologiques.

M. **Pilliet** présente différentes coupes histologiques de capsules surrénales.

Dans un premier cas, il s'agit des capsules surrénales d'un chien empoisonné, chez lequel le pigment est distribué d'une façon anormale, non plus dans la substance corticale, mais dans la substance médullaire. Ce sont des cellules gorgées de méthémoglobine.

Dans les capsules surrénales d'un tuberculeux mort dans le service de M. Lancereaux de péritonite chronique, il y avait un adénome central; les cellules étaient aussi pigmentées à l'intérieur de la substance médullaire.

Dans une autre coupe histologique, M. Pilliet montre sous la capsule du rein une capsule surrénale ectopiée : si celle-ci s'était dégénérée en adénome, on eût eu l'explication de la situation de certains adénomes du rein sous-capsulaire.

Enfin dans une dernière pièce, M. Pilliet montre des lésions d'infiltration et de nécrose du parenchyme dans la capsule surrénale d'un malade mort d'un cancer du pancréas ulcéré.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juillet 1893.

Du régime des opérés.

M. **Nicaise** rappelle que la pratique préconisée par M. Lucas-Championnière, relativement au régime que doivent suivre les malades après les opérations, est tout à fait celle dont l'expérience seule avait montré aux anciens tous les avantages, indépendamment de toute considération théorique. Il existait cependant quelques divergences au point de vue de la diète, l'école de Salerne la préconisant d'une façon presque exclusive, alors que d'autres alimentaient leurs opérés dès le troisième jour. Mendevil recommandait de soutenir les forces des opérés, sauf lorsque la fièvre apparaissait. M. Nicaise, en ce qui le concerne, considère l'emploi des purgatifs chez les opérés comme une mesure excellente; pour ce qui est de l'alimentation, il ne s'en préoccupe d'une façon réelle qu'après le troisième jour qui suit l'opération.

M. **Verneuil** montre que les idées des chirurgiens ont subi des alternatives diverses au point de vue de l'alimentation des opérés. A l'exemple de Lisfranc, il a d'abord imposé la diète à ses malades; puis, devant les succès de Ph. Beyer qui coïncidaient avec l'application d'une méthode opposée, il se mit à nourrir ses opérés et s'en trouva fort bien. Le chloroforme a, d'ailleurs, modifié forcément cette pratique, attendu que les malades, après l'action du chloroforme, refusent d'eux-mêmes les aliments, qui produisent chez eux des vomissements.

Pour sa part, M. Verneuil ne donne rien à ses opérés le premier jour; le lendemain, il leur fait prendre quelques aliments liquides, et augmente ensuite progressivement l'alimentation.

Pathogénie du tétanos.

M. **Verneuil** présente un rapport sur un travail de M. Beugnier, qui, depuis 6 ans qu'il exerce à Givet, a observé dans cette ville 6 cas de tétanos, auxquels il a pu en ajouter 2 autres qui lui ont été communiqués. Il a remarqué que ces 8 cas se sont tous produits dans le quartier de Givet où sont installées des tanneries, alors qu'aucun fait de tétanos n'a été signalé dans le reste de la ville, pendant la même période de temps. On a retrouvé d'ailleurs le bacille du tétanos dans la terre autour de ces fabriques, dont l'ensemble constitue ce que M. Verneuil appelle une tache *telluro-tétanique*. A 400 mètres des tanneries, la terre cesse, en effet, d'être tétanifère.

Il y a dans les faits soigneusement étudiés par M. Beugnier, une confirmation absolue de la théorie équine du tétanos qui trouve encore des arguments en sa faveur dans les statistiques militaires. Les cas de tétanos signalés dans toute l'armée française pendant 15 années consécutives sont répartis dans la cavalerie suivant une proportion deux fois plus grande que pour l'infanterie.

Une autre statistique donne pour 1,000 hommes une proportion de 0,85 pour l'infanterie, de 1,5 pour l'artillerie, et enfin de 2,15 pour la cavalerie. De son côté, M. Verneuil, parmi les militaires tétaniques qui lui ont été adressés, a noté 12 cavaliers pour un seul fantassin.

Des ganglions lymphatique de l'aine et de l'aisselle.

M. **Félizet** dépose un travail sur l'anatomie des ganglions lymphatiques de l'aine et de l'aisselle, principalement au point de vue d'un groupement correspondant aux différents territoires qu'ils ont sous leur dépendance.

M. **Hartmann** présente une malade qui a subi une résection du cæcum pour un rétrécissement de nature mal déterminée.

M. **Reynier** montre un doigt gangrené à la suite de la simple pression d'un anneau.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 juillet 1893.

Présidence de M. Dareste.

Cécité verbale.

M. **Déjerine**. — J'ai montré antérieurement que la cécité verbale pure sans agraphie avait pour substratum une lésion siégeant en dehors du centre du langage, et interrompant les fibres qui unissent ce centre au centre de la mémoire commune. Depuis, j'ai confirmé ce fait en étudiant une série de coupes vertico-transversales préparées suivant la méthode de Pal ou de Weigert, et contrôlé la topographie et les connexions du faisceau correspondant.

Anatomie cérébrale.

M. **Vialet**. — J'ai constaté à la partie inférieure du lobe occipital l'existence d'un faisceau spécial de fibres d'association, qui n'est pas mentionné par les auteurs; ce faisceau s'aperçoit bien sur les coupes vertico-transversales traitées par la méthode de Pal. Il prend son origine dans la lèvre inférieure de la scissure calcarine et dans le lobule lingual, double le faisceau longitudinal de Burdach, contourne avec lui la paroi inférieure du ventricule, et s'épanouit dans les circonvolutions occipitales de la convexité. On peut lui donner le nom de faisceau transverse du lobule lingual, désignation qui n'est que l'expression de sa disposition anatomique. Au point de vue physiologique, il est probable qu'il représente un ensemble de fibres d'association mettant en communication le centre visuel cortical, situé à la face interne du lobe occipital, avec le centre des souvenirs visuels situé dans les circonvolutions occipitales de la convexité.

Dégénérescence cellulaire.

M. **Thélohan**. — J'ai eu l'occasion, en examinant un épithélioma de la parotide, de constater la présence dans les cellules de cette tumeur des figures de dégénérescence assez

spéciales. Il s'agit surtout de la dégénérescence hyaline. Ce sont des aspects purement morphologiques, et dont j'ai retrouvé les types dans les organes de différents poissons.

Virulence du vibrion cholérique.

M. Gamaléia. — J'avais établi, il y a quelques années, comment il est possible d'élever la virulence du bacille-virgule au point de le rendre actif chez tous les animaux, et de lui faire produire une septicémie positive. J'ai vu ces résultats confirmés par différents observateurs, et les ai assis moi-même par de nouvelles recherches. J'ai pu fixer, de plus, l'une des conditions de l'exaltation du virus cholérique, la concentration du milieu. Ce n'est pas, comme on pourrait le croire, l'accroissement des albuminoïdes qui est en cause, mais l'augmentation des matières minérales. Par exemple, en préparant un bouillon nutritif à 4 0/0 de sel marin, on a un milieu où le bacille-virgule s'exalte aisément.

On peut se demander si l'épidémiologie du choléra ne serait pas de nature à utiliser et compléter cette donnée. Le choléra fait éclosion quand la nappe baisse (Pettenkofer) et quand l'humidité du sol diminue. On peut penser qu'alors il y aurait une concentration relative des eaux favorisant la pullulation et la virulence du bacille de Koch.

Hémorrhagies surrénales.

M. Charrin. — Elles ont été observées dans certains empoisonnements expérimentaux (Pilliet). La substance médullaire se tuméfie, se pigmente, refoule l'écorce et devient le siège d'infarctus ou d'extravasations diffuses. Or, j'ai vu que chez les cobayes empoisonnés par le virus pyocyanique, il se produit des lésions surrénales que M. Pilliet a lui-même contrôlées. Ceci permet de rapprocher l'intoxication microbienne de l'intoxication chimique. D'autre part, il s'en déduit la probabilité d'un rôle intéressant des capsules surrénales dans l'infection, à rapprocher du rôle d'autres parenchymes, rein, foie.

Anatomie du pancréas.

M. Laguerre. — J'ai poursuivi l'étude des îlots pancréatiques de Langerhans, et suis arrivé à cette conclusion que ces formations sont en rapport avec la sécrétion interne de la glande. C'est ce qui explique comment leur développement est plus considérable chez le fœtus, alors que la sécrétion externe manque encore.

M. Pilliet est élu membre de la Société par 20 voix sur 34 votants.

Fin de la séance du 22 juillet 1893.

Propriété vaso-dilatatrice des urines des tuberculeux.

MM. Charrin et Le Noir. — On sait que M. le professeur Bouchard a prouvé que les toxines s'éliminent par le rein; en se basant sur cette importante découverte, il était logique de se demander quels éléments pouvait contenir la sécrétion urinaire des bacillaires, d'autant plus que, dans cette sécrétion, ce même auteur a reconnu l'existence d'éléments soit thermogènes, soit vaso-moteurs.

Pour résoudre le problème, des recherches ont été instituées au laboratoire et dans le service de M. Bouchard.

On a recueilli les urines de quatre tuberculeux pulmonaires avérés en proie à de forts accès de fièvre. On a évaporé ces liquides à basse température. On a repris les résidus par l'alcool; ces solutions éthyliques ont été, à leur tour, soumises à complète évaporation. On a dissous dans l'eau les extraits ainsi obtenus.

Parallèlement, des urines normales ont été traitées suivant des procédés identiques, pour être expérimentées comparativement avec les humeurs pathologiques. On possédait donc, de la sorte, deux séries de solutions aqueuses; les unes contenaient les matières solubles, les autres, les corps insolubles dans l'alcool.

Des lapins ont reçu, dans le sang, ces diverses solutions. A cet égard, nous nous bornerons à signaler l'action des sécrétions rénales des tuberculeux sur les vaisseaux.

On sait, en effet, que les cultures du bacille de Koch contiennent un produit provocateur de la dilatation vasculaire, produit qui n'est autre que la tuberculine. Il était légitime de se demander si les extraits urinaires des phthisiques auraient sur le centre vaso-moteur une influence analogue à celle de cette tuberculine.

Rappelons d'abord que toute injection intraveineuse peut déterminer des modifications circulatoires. Examinée par transparence, l'oreille du lapin, habituellement, rougit et pâlit tour à tour; mais ces états variés se succèdent très rapidement; chacun d'eux n'a qu'une durée des plus courtes; les capillaires reprennent assez vite une position moyenne. La pénétration des urines normales occasionne ordinairement ces phénomènes; ces humeurs ne paraissent donc pas avoir une action bien spéciale sur les vaisseaux.

Il n'en est pas de même si l'on s'adresse au contenu vésical des bacillaires. Au début de l'expérience, tant que la quantité injectée est inférieure à 10 ou 15 c. c., les oscillations se produisent; puis, à un instant donné, la congestion devient assez marquée; elle persiste; l'oreille reste rouge jusqu'à la fin de l'injection.

Les vaisseaux sont extrêmement dilatés; les capillaires sont très apparents. On observe parfois — dans un cas nous avons noté le fait — des battements artériels fort sensibles. Dans une autre expérience, quoique les doses administrées fussent relativement faibles, la dilatation s'est maintenue durant trente minutes après l'introduction de la solution.

Il existe donc — quatre séries d'expériences l'attestent — dans les urines des phthisiques une substance vaso-dilatatrice. Cette substance est contenue en grande quantité dans les parties insolubles dans l'alcool; elle paraît exister en proportions un peu plus marquées dans les sécrétions de la période hyperthermique.

Cette matière est-elle la même que celle dont M. Bouchard a démontré l'existence dans la tuberculine, matière qu'il appelle *ectasine*? Est-elle identique au principe congestionnant que les injections de lymphe de Koch, entreprises dans un but thérapeutique, ont mis en évidence? Il n'est pas possible d'identifier deux éléments en se fondant sur une seule réaction physiologique commune. Toutefois, il paraît vraisemblable d'admettre que les bacilles tuberculeux sécrètent dans l'économie malade un corps analogue, sinon absolument pareil, à celui qu'ils fabriquent dans les bouillons de culture, corps qui s'élimine par la voie rénale.

En tout cas, ces résultats établissent à nouveau les bénéfices que l'on peut retirer de cette méthode des injections intraveineuses d'urine, méthode que l'on doit à M. le professeur Bouchard. Ils montrent encore combien sont multiples les qualités communes aux substances bactériennes et à celles qui procèdent d'une autre origine, car, dans tous les groupes d'éléments chimiques, on rencontre quelques produits capables d'agir sur les vaso-moteurs.

Origine toxique de l'hypoglycémie pyocyanique.

MM. Kaufmann et Charrin. — Nous avons récemment établi que, chez les animaux inoculés avec le bacille pyocyanique, le taux du sucre contenu dans le sang fléchissait dans la proportion d'un tiers environ.

L'importance de cette substance, sa quantité, ses nombreuses propriétés physiologiques, son influence sur le développement des germes, mille autres raisons légitiment des recherches complémentaires, destinées à éclairer ce fait.

Une première question devait se poser :

Les microbes, pour réaliser cette perturbation, usent-ils, ainsi qu'ils le font souvent, de leurs produits solubles ? La réponse appartenait à l'expérimentation.

Le 13 juillet 1893, un chien jeune, vigoureux, n'ayant pris aucun aliment depuis la veille et pesant 13 kilogrammes, reçoit dans la veine jugulaire 60 c. c., soit 4 0/00, d'une culture pyocyanique riche en pigments et stérilisée par la chaleur à 110°.

Pendant l'opération, on note des mâchonnements, des nausées, puis des vomissements, vomissements qui se sont reproduits durant les heures suivantes.

Voici les résultats relatifs à la température rectale et au taux du sucre :

T. R. : avant l'injection, 39°9; aussitôt après, 40°7.

Glycose ; 0.946 par litre; au bout de six heures, 0.849; la diminution est donc de 0.097.

Le 18 juillet 1893, à neuf heures du matin, on injecte dans le sang veineux d'un griffon, à jeun depuis un jour et pesant

11 kilog. et demi, 50 c.c., soit 5 0/00, de la culture pyocyanique utilisée dans la précédente expérience.

De nouveau, on observe des vomissements : on trouve également des changements dans la température et surtout dans la glycémie :

T. R. : 38°9 avant l'opération; 39°6 après.

Glycose : 0.870 par litre, et, à la cinquième heure qui suit cette injection, 0.615; la différence est de 0.255.

Les résultats obtenus sont tous analogues : constamment il y a abaissement dans la teneur en sucre du sang, absolument comme dans les expériences au cours desquelles on avait inoculé le bacille pyocyanogène au lieu d'introduire ses substances solubles.

Entre ces deux séries de recherches, il existe pourtant quelques distinctions.

A doses égales, l'hypoglycémie est moindre, si on s'adresse aux toxines et non aux agents figurés. La chose est aisée à comprendre; ces agents figurés continuant, dans le corps de l'animal, à fabriquer de nouvelles toxines, dont l'effet s'ajoute à celles qui sont dans le ballon de culture.

C'est à la continuation de ces sécrétions qu'il convient également d'attribuer l'augmentation de cette hypoglycémie jusqu'à la mort du chien, lorsque le virus est assez énergique pour déterminer une affection grave. Quand on emploie les éléments chimiques, l'abaissement survient immédiatement; puis, ces éléments se détruisent, s'éliminent; rien ne les remplace; alors, l'état normal tend à se rétablir.

En dehors du domaine bactérien, on décèle des corps propres à actionner la glycémie, dans le sens de l'accroissement, il est vrai, dans la majorité des cas. Néanmoins, nos expériences consacrent un nouveau point de contact. Nul n'ignore quel intérêt s'attache à poursuivre ce parallèle entre les propriétés fonctionnelles ou autres de la cellule organique ou inorganique et de la cellule microbienne.

Il est clair que ce phénomène de l'hypoglycémie soulève d'autres questions; nous en avons indiqué quelques-unes; nous espérons pouvoir, dans quelque temps, apporter de nouveaux documents.

Rapport entre la toxicité et les propriétés physiques des corps.

M. Richet. — En étudiant les propriétés physiologiques des alcools et des éthers, j'ai constaté un parallélisme entre leur solubilité et leur toxicité. Plus ils sont solubles, moins ils sont toxiques.

L'alcool éthylique, qui est soluble en toutes proportions, a une toxicité très faible. L'éther, assez soluble dans l'eau à 10 0/0, est plus toxique que l'alcool. L'alcool amylique, moins soluble, est plus toxique encore, et enfin l'essence d'absinthe, tout à fait insoluble, est extrêmement toxique. Alors qu'il suffit de 0 gr. 005 milligr. de cette essence pour tuer au bout d'une heure un poisson placé dans un litre d'eau, il faut, pour amener le même résultat dans le même laps de temps, 5 grammes d'alcool amylique, 5 grammes d'éther et 40 gram. d'alcool éthylique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juillet 1893.

Présidence de M. Fernet.

Vergetures consécutives à la fièvre typhoïde.

M. Millard. — Un jeune jardinier, âgé de dix-sept ans, fut pris d'une fièvre typhoïde grave, à forme ataxo-adynamique et traité systématiquement et d'emblée par les bains froids. Un mois après la guérison, on constata la présence d'un certain nombre de vergetures au-dessus des genoux. Ces vergetures forment des lignes violacées, sorte de hachures très apparentes. Ces lésions doivent être mises sur le compte de la croissance exagérée qui a suivi la dothiénentérie. Ce jeune sujet a grandi, en effet, de trois centimètres en trois mois; il en est probablement résulté un véritable étirement, une élongation des éléments constituants de la peau qui a déterminé la production des vergetures.

Sur un cas rare d'érythème noueux intrabuccal.

M. Millard. — J'ai observé récemment un fait curieux qui ne rentre dans aucune description connue et dont le diagnostic fut très délicat. Il s'agissait d'une femme jeune encore qui fut prise d'une affection de la bouche consistant dans des sortes de nodosités enchâtonnées dans la muqueuse, rouges, très sensibles à la pression et déterminant un véritable trismus qui rendait l'ouverture de la bouche impossible. La nature des lésions, l'évolution de la maladie ne permettaient pas de porter le diagnostic de périostite, d'hydroa, d'urticaire tubéreuse, ni de lésions syphilitiques quelconques. La seule difficulté fut de diagnostiquer ces petites tumeurs d'avec les kystes dentaires, mais l'apparition sur d'autres parties du corps d'un érythème noueux des mieux caractérisés permit de rattacher à cette maladie l'affection intra-buccale. D'ailleurs, le traitement par le salicylate de soude fit disparaître tous les accidents d'une façon parallèle.

M. Rendu. — Je désire savoir s'il n'y a pas eu une cause possible d'infection intrabuccale ou intestinale capable d'expliquer l'érythème noueux. Nous savons que celui-ci est souvent en rapport avec différents états infectieux, notamment ceux qui atteignent le tube digestif. La fièvre typhoïde aurait pu, en ce cas, agir d'une façon analogue.

M. Debove. — J'ai moi-même constaté un érythème noueux survenant comme complication au déclin d'une fièvre typhoïde.

M. Millard. — Ma malade était un type de rhumatisante. Je n'ai pu constater chez elle la moindre affection du tube digestif; je n'ai pas constaté non plus qu'elle fût soumise à un processus infectieux.

Maladie de Morvan ou lèpre?

M. Debove. — Je présente à la Société un malade dont l'histoire a déjà été relatée par M. Achard dans la *Gazette des hôpitaux* (juillet 1891). Il s'agit d'un homme de 51 ans, marbrier. Cet homme eut, il y a 14 ans, un premier panaris, occupant la face palmaire du pouce droit. L'incision en a été très douloureuse. Le deuxième panaris est survenu l'année suivante au même pouce; il fut douloureux d'abord, puis la douleur a complètement disparu, et le malade a pu l'inciser lui-même. Il y a eu nécrose de la phalange. Il est survenu neuf panaris en neuf ans. Plusieurs ont récidivé au même point, et sont devenus indolores au bout d'un certain temps, car le malade put les inciser lui-même.

Actuellement, cet homme se présente dans l'état suivant : main droite, légère tendance à la griffe, flexion des articulations, légère inclinaison sur le bord cubital. Atrophie musculaire de l'éminence thénar. Dans ce membre, jusqu'au pli du coude, la sensibilité tactile est peu atteinte, les sensibilités à la température sont abolies. On fit, au début, le diagnostic de maladie de Morvan, puis, lorsque le malade revint, on pensa à la lèpre.

Deux particularités pouvaient faire adopter ce diagnostic : un long séjour à l'étranger et l'existence de névromes. Le malade a été zouave et resta deux ans au Mexique, mais les accidents n'ont apparu qu'au bout de 15 années. Cette incubation si longue mérite d'être signalée. Enfin, si on explore la partie inférieure et interne du bras droit, on perçoit l'existence d'un ganglion épitrochléen; un peu plus haut sur le trajet du cubital on perçoit deux renflements fusiformes placés l'un au-dessus de l'autre; du côté gauche, dans la même région, on constate encore l'existence d'une tumeur située sur un nerf. Ces névromes siégeant sur un gros nerf ne peuvent guère être enlevés afin d'assurer le diagnostic. En somme, chez un malade qui présente le syndrome de Morvan, l'existence de névromes situés sur le trajet des nerfs correspondant aux parties anesthésiques suffit-elle à affirmer le diagnostic de la lèpre?

M. Chantemesse. — Il y a dans cette communication une question particulièrement intéressante, c'est celle qui a trait à la longue durée possible de l'incubation de la lèpre. Dans une enquête que j'ai faite récemment, dans un pays où la lèpre se rencontre encore d'une façon non exceptionnelle, j'ai pu relever certains cas où l'incubation n'avait pas été moindre de dix-sept ans. Ce cas était également intéressant au point de vue de la contagion, car il s'agissait d'une femme qui contagionna son mari.

M. Rendu. — Au point de vue du diagnostic, la question qui se pose est celle-ci : un malade porteur de troubles trophiques analogues à ceux qu'on vient de nous présenter,

doit-il être tenu pour l'épreuve, de par l'existence de nodosités moniliformes sur le trajet des nerfs? Une autre névrite que la névrite lépreuse est-elle capable de produire de telles lésions? La question ne peut guère être résolue aujourd'hui, car nos connaissances à ce sujet ne sont pas encore précises.

Asystolie dans les compressions du nerf pneumo-gastrique.

M. Merklen. — La compression du nerf pneumo-gastrique par des ganglions tuberculeux ou par des tumeurs du médiastin, peut produire non seulement une tachycardie permanente, mais aussi déterminer de l'asystolie. J'ai pu récemment observer un cas dans lequel le diagnostic porté pendant la vie de compression du pneumo-gastrique par des ganglions tuberculeux fut vérifié à l'autopsie.

Dans quelles conditions survient cette asystolie? il est difficile de le dire. J'avais pensé un moment qu'il s'agissait de myocardite chronique, mais des examens ultérieurs du myocarde m'ont prouvé que le muscle ne présentait pas de lésions appréciables.

Jusqu'à plus ample informé, je crois que la compression des nerfs pneumogastriques détermine la tachycardie simple quand le cœur est sain, la tachycardie avec asystolie quand cet organe a été préalablement altéré par le rhumatisme, l'alcoolisme ou quelque autre maladie à détermination cardiaque.

Sur un cas de delirium-tremens chloralique.

M. Ballet rapporte une observation de delirium-tremens dont les accidents furent tout à fait superposables à ceux que l'on observe dans l'alcoolisme et qui furent dus seulement à l'usage du chloral.

M. Chantemesse lit une note sur l'étiologie du typhus exanthématique en réponse à la dernière communication de M. Netter sur le même sujet. Il estime qu'aucun fait probant n'est venu démentir la possibilité du contage par l'air, par les poussières et les crachats desséchés. C'est un point qu'il ne faut pas perdre de vue dans la prophylaxie de la maladie.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 19 *juillet* 1893.

Présidence de M. Cordier

Expulsion spontanée d'un limaçon dans une otite.

M. Lannois présente un limaçon expulsé spontanément chez un jeune homme atteint de suppuration de l'oreille depuis l'âge de trois ans, à la suite d'une rougeole.

Depuis le mois de septembre dernier, il y eut une recrudescence des symptômes douloureux, des vertiges et des phénomènes fébriles. Le 5 juillet M. Lannois constata l'existence d'un corps étranger dans le conduit auditif externe; ce corps étranger était le limaçon qui fut retiré absolument entier. Le malade continue à avoir des perceptions auditives, mais M. Lannois suppose qu'il s'agit simplement d'une perception par transmission osseuse que le malade extériorise.

Kyste de l'ovaire enclavé dans l'excavation.

M. Rendu présente une malade qu'il a opérée d'un petit kyste de l'ovaire enclavé dans l'excavation entre l'utérus et le promontoire.

Anévrysme de l'aorte comprimant la trachée; trachéotomie; canule de 15 centimètres.

M. Bret présente un petit anévrysme de l'aorte du volume d'une noix qui après avoir comprimé la trachée s'est ouvert dans ce conduit et a déterminé une mort foudroyante. De par les symptômes cliniques, M. le professeur Lépine, dans le service duquel se trouvait ce malade, avait pensé à une compression de la trachée; l'examen laryngoscopique démontra qu'en effet la dyspnée présentée par le malade était due à un rétrécissement du calibre de la trachée, ce dont il fut facile de se rendre compte *de visu* grâce à une ampleur inaccoutumée des mouvements d'écartement des cordes dans l'inspiration, mouvements comparables à ceux de la dilatation des ailes du nez dans certaines asphyxies. Comme on pouvait voir que le rétrécissement siégeait à une assez grande hauteur au-dessus de la bifurcation des bronches, on pratiqua la trachéotomie en ayant soin d'introduire dans la trachée une des longues canules de 15 centimètres que M. le professeur Poncet a fait construire pour des cas de ramollissement de la trachée dans les goîtres. Le malade respira immédiatement tout à fait bien. On put alors l'examiner et constater, en enfonçant le doigt dans la plaie au devant de la trachée, l'existence d'un anévrysme. Le malade succomba quelque temps après de la rupture de cet anévrysme dans la trachée.

M. Lépine dit que le fait le plus intéressant qui l'ait frappé dans le complexus symptomatique présenté par ce malade était une prolongation de l'expiration. Ce signe aurait dû le mettre sur la voie du diagnostic; en effet dans l'expiration la tension intra-thoracique augmente et il est probable qu'à ce moment l'anévrysme devait être plus turgescent et comprimer davantage la trachée que pendant l'inspiration; cependant M. Marey a signalé des prolongations de l'expiration dans d'autres compressions de la trachée.

M. Poncet, à qui M. Lépine avait demandé d'opérer ce malade, pensa tout d'abord à un goître plongeant, mais quelle que fût la cause de la compression, il fallait intervenir et seules de longues canules pouvant aller jusqu'à la bifurcation des bronches devaient être employées. Avec des canules ordinaires on s'exposait à voir le malade succomber sur la table d'opération.

Obstruction intestinale double.

M. Durand, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un malade de M. Vallas. Il s'agit d'un malade chez lequel on avait pensé à une occlusion par cancer intestinal et chez lequel on se disposa à faire une cæcostomie; mais, en introduisant la main dans l'abdomen, M. Vallas sentit très nettement et rompit une bride. Il s'en tint là, mais le malade, après être resté dans un état demi-comateux, se réveilla et présenta de nouveau tous les symptômes d'une occlusion, puis il succomba au bout de quelques heures. A l'autopsie, on trouva une autre anse étranglée par un diverticule intestinal. Ce diverticule ne présentait pas de lumière.

M. Vallas dit qu'en opérant ce malade, il eut, au moment où il rompit la bride, une sensation si nette de gargouillement qu'il crut avoir fait une intervention suffisante; il se demande si une autre anse d'intestin est venue s'engager dans la même bride qu'il a eu la sensation d'avoir rompue, ou s'il n'est pas plus vraisemblable d'admettre qu'il existait deux causes d'obstruction dont une seule a été levée par l'opération.

M. Poncet se demande si l'état demi-comateux dans lequel s'est trouvé le malade après l'opération ne tiendrait pas à l'anesthésie mixte; il a observé, l'année dernière, des cas d'anesthésie prolongée qui étaient certainement dus à cette cause.

M. Aubert n'a jamais observé d'anesthésie prolongée et, cependant, il a fait plusieurs centaines d'anesthésies mixtes.

M. Guinard emploie l'anesthésie mixte chez le chien et n'a observé de prolongation de l'anesthésie que lorsqu'il a injecté de fortes doses de morphine et qu'en même temps l'anesthésie a été de longue durée.

M. Poncet dit que dans les cas auxquels il fait allusion, l'anesthésie n'avait pas été de longue durée et la solution de morphine examinée par M. Hugounenq a été déclarée bien dosée.

Chorée rhumatismale guérie par la cérébrine.

M. Montagnon envoie une note sur un cas de chorée rhumatismale guérie par la cérébrine.

Louis Dor.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Les formes cliniques des troubles mentaux consécutifs aux maladies aiguës.

(Extrait du rapport de MM. E. Regis et A. Chevalier-Lavaure au *Congrès des médecins aliénistes des pays de langue française* (1er août 1893) (1).

Les folies liées aux diverses maladies infectieuses aiguës tendent à être considérées aujourd'hui par tous les auteurs comme la conséquence directe ou indirecte d'une intoxication et, d'autre part, ces folies revêtent le plus souvent la forme de ce que les Allemands désignent sous le nom de *Verwirtheit*, simple ou hallucinatoire, et de ce que M. Chaslin a si bien remis au jour en France, dans son récent mémoire sur la *confusion mentale primitive* (2). L'opinion semble s'établir d'une façon unanime à cet égard et, en dehors des auteurs déjà cités, nous pourrions en mentionner d'autres encore, tels que Conolly Norman (3), W. Osler (4), Wagner (5), John Ferguson (6), Knœrr (7), Kellog (8), Ballet (9), etc., qui ont exposé les mêmes vues. Nous nous contenterons de reproduire ici le passage suivant de M. Séglas (10) qui résume excellemment l'état actuel des esprits sur la question : « La confusion mentale primitive (Chaslin), symbole d'un état d'épuisement nerveux, semble avoir aussi une étiologie particulière. Sans éliminer l'influence de la prédisposition, il est à remarquer qu'elle est réduite toutefois très souvent au minimum, alors que les causes occasionnelles exercent une action plus grande. Ces causes occasionnelles sont, le plus souvent, les traumatismes moraux ou physiques, accidentels ou chirurgicaux, et les maladies infectieuses (puerpéralité, fièvre typhoïde, choléra, grippe, etc.) et de la nutrition. A ce propos on a beaucoup discuté sur le rôle joué par l'infection ou l'auto-intoxication, mais sans qu'à notre avis, il soit encore possible de tirer des conclusions fermes des recherches expérimentales entreprises jusqu'ici à ce sujet chez les aliénés, dont la portée est souvent des plus discutables, et qui semblent parfois contradictoires entre elles.

Toutefois, en restant sur le terrain de l'observation clinique, on ne peut dénier aux infections ou auto-intoxications un rôle très important, au moins comme cause occasionnelle ; c'est même parfois la seule qu'il soit possible de relever dans certains cas où l'hérédité semble manquer. D'un autre côté, la maladie mentale qui se développe sous cette influence directe revêt alors le plus généralement cette forme particulière, reposant sur un fond de confusion mentale que nous avons noté dans un cas personnel, chez une malade dont les désordres intellectuels ont éclaté à la suite de trois infections successives (rougeole, angine herpétique, choléra) et nous avons aussi signalé chez elle cette prédisposition spéciale antérieure à délirer à l'occasion d'une infection même légère, ou lorsqu'elle était soumise à la diète, fût-ce pour peu de temps.

Aussi, quoi qu'il en soit de la démonstration précise du rôle joué par l'infection ou l'auto-intoxication dans les cas analogues, la constatation de cette cause déterminante en même temps que la symptomatologie quelque peu spéciale de l'affection mentale qui paraît s'y associer sont des indications dont il est bon de tenir compte dans le traitement physique et l'on pourra pratiquer l'antisepsie gastro-intestinale, tout en cherchant à régulariser l'exercice des différentes fonctions de l'économie et à relever la nutrition par un régime alimentaire et une thérapeutique appropriée ».

L'étude clinique de la confusion mentale, qui représente le type ordinaire des folies d'origine auto-toxique et infectieuse, est donc inséparable de l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales. C'est pourquoi, tout en renvoyant pour cette étude aux travaux étrangers (1) et aussi aux travaux français de Chaslin, Séglas, Toulouse (2), nous ne croyons pas pouvoir nous dispenser d'en résumer la description, telle que l'a donnée M. Chaslin. Nous ne le ferons pas, d'ailleurs, sans avoir rappelé avec lui que cette forme de maladie mentale a été autrefois connue et décrite en France par Esquirol, Dagonet, Achille Foville fils et surtout Delasiauve qui l'a le premier désignée sous le nom de *confusion mentale*, aujourd'hui remis en honneur par Chaslin, à la gloire de ce maître tant regretté.

Marche. — Il y a un stade prémonitoire qui peut durer de quelques heures à quelques mois : changement de caractère, irritabilité, perte de sommeil, anxiété, etc., souvent conscience qu'une maladie se prépare. Le début est généralement brusque, il y a une agitation extrême qui rappelle la manie aiguë avec perte complète de l'orientation ; d'autres fois, le début est graduel et le malade entre d'emblée dans un état qui ressemble absolument à celui du délire alcoolique subaigu. Il peut y avoir aussi un état de stupeur très marqué avec ou sans phénomènes cataleptiformes. La marche de la maladie peut être continue, ou rémittente, ou paroxystique ; mais le plus souvent c'est un mélange déréglé de stades d'agitation, de calme, de stupidité et de stupeur, de durée absolument variable et qui peuvent être entrecoupés par des intervalles de lucidité relative.

La *durée* est très variable, depuis quelques jours jusqu'à plusieurs mois et même plusieurs années. Il y a donc des cas aigus, subaigus et chroniques.

La *terminaison* est : 1° la guérison constamment précédée d'un stade plus ou moins long d'affaiblissement psychique, accompagné d'une perte de mémoire complète concernant le temps et l'existence même de la maladie ; 2° la guérison avec léger affaiblissement des facultés ; 3° un état chronique de démence souvent accompagné d'accès de stupeur et d'agitation ; 4° la mort après une marche aiguë ou chronique (elle arrive le plus souvent par la pneumonie, la phthisie, le marasme ou un état de délire aigu).

Au point de vue de l'anatomie pathologique, on trouverait des états d'anémie, d'œdème cérébral avec troubles des méninges, ce qui fait dire à Wille que la confusion mentale serait une psychose constituant une forme intermédiaire entre les folies purement fonctionnelles, comme

(1) Nous comptons donner d'ici à quelques semaines plusieurs extraits de ce rapport, qui soulève une série de questions intéressant tous les médecins.

(2) Ph. Chaslin, La confusion mentale primitive. *Annal. med. psychol.*, septembre-octobre 1892.

(3) Conolly Norman, Acute confusional insanity. *Dublin Journ. of mental science*, 1890.

(4) W. Osler, Cases of post febrile insanity. *John Hopkin's Reports*, 1890.

(5) Wagner, Des origines corporelles des psychoses aiguës. *Jahrb. für Psych.*, 1892.

(6) John Ferguson, The insanity following exhaustion. *The alienist and neurologist*, july 1892.

(7) Knorr, Zur Lehre der toxischen Psychosen. *Allg. Zeitschr. f. Psych.* XLVIII, 1892.

(8) Kellog, L'origine toxique de la folie. *Journ. of nervous and mental diseases*, oct. 1892.

(9) Ballet, Délire vésanique dans les troubles de la nutrition. *Soc. méd. hôp.*, 9 juin 1893.

(10) Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive. *Ann. méd. psych.*, mai-juin 1893.

(1) Séglas, Pour les travaux étrangers sur la confusion mentale, et en particulier pour ceux de Meynert, Wille, Kraft-Ebing, Krapelin, Serbski, consulter l'article de M. Chaslin et celui de M. Séglas.

(2) Toulouse, Psychoses post-influenziques et post-fébriles. La confusion mentale. *Gaz. des hôp.*, 30 mai 1893.

la manie, la mélancolie et la paranoia, et les folies à base anatomique, comme les intoxications et les folies à base anatomique, comme les intoxications et la paralysie générale.

Symptomatologie générale et définition. — J'emprunte la description de Wille qui me paraît très frappante :

« La confusion mentale est une maladie du cerveau fonctionnelle souvent aiguë, mais non rarement chronique, qui commence presque régulièrement avec un stade aigu hallucinatoire, se caractérise ultérieurement par de la confusion mentale, un délire désordonné, un manque de repos sans motif alternant avec des états intercurrents d'excitation ou de stupeur. On observe aussi bien des paroles et des actes troublés, dissociés, entrecoupés, avec un degré plus ou moins grand de *Benommenheït*, de non-clarté et de désorientation qui se traduisent en même temps par des sensations et des perceptions défectueuses et inexactes, par une appréciation et un jugement inexact des perceptions et par la perte de la mémoire. Dans les périodes tranquilles, on ne peut pas ne pas reconnaître des illusions et des hallucinations. Elles sont encore plus frappantes dans les accès d'excitation qui s'établissent bientôt avec plus ou moins de force et de durée. Le caractère et le contenu de ces accès est très divers et variable; tantôt les malades sont excités, tantôt tristes, tantôt inquiets, tantôt en colère, tantôt douloureusement impressionnés ou bien tout cela ensemble, le plus souvent avec une alternative rapide. Les accès d'excitation peuvent prendre l'aspect passager de la mélancolie agitée, de la manie, du « *Tobsucht* » ou d'un délire agité. Le plus souvent, rapidement et immédiatement ces états d'excitation se transforment en état stuporeux; souvent ces différents états apparaissent et changent avec une certaine régularité, d'autres fois pas.

» Dans les stades tranquilles (rémissions ?), les malades donnent l'impression d'un grand affaiblissement. Au point de vue somatique, on observe au commencement une fièvre légère vespérale, les malades sont affaiblis physiquement et anémiques, ce qui paraît moins pendant les accès d'excitation. On constate l'affaiblissement et la fréquence du pouls et du cœur, la nutrition est affaiblie, la formation du sang manque, l'appétit non réglé est le plus souvent amoindri, la digestion troublée, le sommeil mauvais, la température du corps subnormale avec intervalles d'élévation, troubles multiples des sécrétions et excrétions. »

On trouvera dans Meynert de longues considérations sur la psychologie pathologique de cette affection. Il me suffira de dire que l'attention, la perception et l'aperception sont affaiblies, c'est ce qui fait que les malades perdent la notion du lieu, du temps, qu'ils font des erreurs sur les personnes qu'ils voient. La parole est souvent totalement incompréhensible, elle peut se rapporter ou non aux idées du malade. Les mots peuvent se présenter à la suite les uns des autres, associés par assonnance ou quelquefois, ce que Meynert appelle élément aphasique et paraphasique, les mots sont prononcés avec effort et incomplètement, comme si le malade ne parvenait pas à exprimer celui qu'il voudrait.

Les idées se présentent comme dans le rêve et prennent un délire qui peut s'accompagner ou non d'hallucinations et d'illusions qui conditionnent ou non les actes. Enfin l'émotion est généralement affaiblie et elle paraît suivre les phases du délire.

En somme, le fond de la maladie est la confusion des idées; les hallucinations ne sont qu'accessoires, et l'aspect extérieur, les actes du malade varient d'un moment à l'autre; le patient a la figure sans expression : il marmotte des paroles sans suite et se livre à des actes quelquefois coordonnés, souvent incompréhensibles, qui paraissent reliés plus ou moins aux hallucinations. Sur cet état de stupidité, viennent se greffer les accès d'agitation, qui ressemblent à la manie, ou des accès de stupeur qui donnent au tableau un aspect des plus variables. Quelquefois les malades (Kahlbaum, Neisser) ont l'aspect d'acteurs déclamant un rôle ou présentant des phénomènes cataleptiformes.

Troubles somatiques. — L'affaiblissement, l'épuisement, la dénutrition sont les caractéristiques de cet état. Le malade paraît mal assuré sur ses jambes, il chancelle, il a l'aspect très amaigri, il a des troubles vaso-moteurs, de l'affaiblissement du pouls, du cœur, il a souvent une fièvre modérée ou au contraire un affaiblissement de la température au-dessous de la normale. Il y a souvent des troubles oculo-moteurs et même du facial; quelquefois des crampes, des secousses, des névralgies, des mouvements automatiques; il y a un état saburral des voies digestives, des troubles de leur fonctionnement, l'haleine est fétide; perte d'appétit, refus de la nourriture, ou, au contraire, de la voracité, gâtisme irrégulier et inconstant.

Il y a souvent dans l'urine de l'albumine, du sucre, des phosphates, des troubles de la menstruation, enfin l'insomnie est fréquente ou au contraire la somnolence.

Pronostic. — La confusion mentale est plus grave que la mélancolie ou la manie. Les statistiques de la guérison diffèrent assez, il paraît pourtant qu'il y aurait plus de non-guérisons que de guérisons. Le pronostic est d'autant plus difficile à établir que l'on manque absolument d'éléments et qu'il est impossible de prévoir si tel cas sera aigu ou chronique. Pourtant on ne doit jamais désespérer, car la guérison peut arriver après plusieurs années, comme le remarquent Meynert et Wille.

Etiologie. — Sa fréquence se rapprocherait de celle de la manie et de la mélancolie, si elle n'est pas plus grande. La femme y est particulièrement prédisposée; l'âge moyen serait de vingt à quarante ans, mais on peut observer cette folie aiguë même dans la vieillesse. La plupart des auteurs font jouer à l'hérédité un rôle moindre que pour les autres maladies. Mais on attribue une grande importance au rachitisme congénital, fœtal ou infantile et à toutes les maladies qui ont troublé le développement pendant l'enfance et à toutes les causes qui ont débilité le système nerveux. Meynert croit qu'il faut attribuer une importance régulière au défaut de parallélisme dans le développement du système nerveux et du système vasculaire sanguin.

Les causes sont les excès sexuels, alcooliques et de toutes sortes, les maladies fébriles, les infections quelconques, l'accouchement, la lactation, les chocs traumatiques ou mentaux, les opérations chirurgicales, l'inanition et la misère physiologique. Tous les auteurs s'accordent pour dire que cette maladie est la conséquence d'un épuisement cérébral, qui amène un état de faiblesse irritable du système nerveux central. En outre les auteurs les plus récents, Serbski entre autres, attribuent cet état au résultat intime d'une infection ou auto-intoxication par les produits des microbes ou la résorption des poisons de l'économie.

Place dans la classification et division. — Comme nous l'avons vu, M. Delasiauve rapprochait très étroitement cette confusion de celle qu'on observe dans les différentes intoxications, alcoolisme, saturnisme. La classification de Kœpelin fait également un rapprochement très étroit de ces troubles hallucinatoires confus avec les délires fébriles et toxiques. La folie rhumatismale revêt aussi cette forme ainsi que certains cas de folie brightique et de folie cardiaque; mais dans tous ces cas cette confusion est la manifestation d'une action directe du poison, manifestation qui cesse avec la disparition de celui-ci. Dans

la confusion simple ordinaire, il y a peut-être seulement le résultat plus éloigné de l'intoxication ou de l'infection, car c'est généralement après la maladie infectieuse que se développe cette perturbation cérébrale; dans le premier cas, le trouble suit pas à pas la maladie générale dont il fait partie. Il y a donc ainsi une confusion symptomatique de maladies réellement organiques. Mais elle serait plutôt un délire hallucinatoire, tandis que le fond de la confusion essentielle serait surtout un affaiblissement amenant un trouble profond dans l'association des idées, la perception et l'apperception, comme le prouve ce fait que les hallucinations peuvent ne pas exister. Cette maladie évolue *per se* et apparaît à la suite de causes amenant une profonde altération de tout l'organisme. Aussi dans la genèse de la maladie, fait-on jouer un rôle très restreint à l'hérédité, et tous les auteurs la placent formellement en dehors de la « dégénérescence ». Cela ne veut pas dire que la « prédisposition » ne puisse jouer un rôle; mais elle ne ferait que créer dans le système nerveux un *locus minoris resistentiæ*.

La plupart des auteurs s'accordent pour admettre une confusion mentale simple sans hallucination et une confusion hallucinatoire. Mais les uns rangent la confusion mentale simple dans une classe voisine, sous le nom de démence aiguë; tandis que les autres (Serbsky, etc.) admettent encore, outre la confusion mentale simple, une démence aiguë qui serait un simple affaiblissement intellectuel. Enfin, tandis que les autres placent le délire aigu en dehors, d'autres le comprennent dans la confusion (Wille).

Diagnostic. — Je ne reviendrai pas sur le diagnostic avec la manie, la mélancolie, la paralysie générale; ce que j'en ai dit à propos de mon observation suffira à montrer la voie à suivre pour le faire, ce qui ne veut pas dire que cela sera toujours facile, d'autant plus que, d'après les auteurs allemands, en outre de la confusion essentielle et du délire hallucinatoire symptomatique, il se présenterait aussi d'une façon passagère des épisodes de confusion dans d'autres formes, telles que la manie, la paranoia, la paralysie générale. Elle peut se montrer à la suite d'autres maladies mentales, quand celles-ci ont amené l'épuisement. Enfin, comme l'a montré Baillarger le premier, cet état porté au plus haut degré de stupeur peut aussi se rencontrer dans la mélancolie, ce qui constituerait alors une complication de cette dernière maladie. »

Tel est, dans ses grandes lignes, le tableau de la confusion mentale. La plupart des auteurs, comme on l'a vu, en distinguent deux formes : l'une constituée par une sorte de délire aigu hallucinatoire, souvent analogue au délire alcoolique, qui se produit surtout durant la période fébrile des maladies infectieuses et paraît la conséquence directe de l'action de l'agent toxique (confusion aiguë hallucinatoire, hallucinatorische Verwirtheit, délire fébrile, délire aigu, etc.); l'autre, constitué par de la stupidité, de l'obtusion mentale, rappelant la stupeur mélancolique ou la démence, survenant d'habitude dans la convalescence et paraissant être le résultat de l'épuisement, de l'adynamie, d'un trouble profond de la nutrition indirectement produits par l'agent toxique (démence aiguë, pseudo-démence, confusion mentale simple, Verwirtheit, psychose asthénique).

Mais il nous semble qu'on pourrait admettre un troisième type de confusion mentale, mixte pour ainsi dire, tenant à la fois des deux précédents, délire aigu et démence, pouvant survenir à l'une quelconque des périodes de la maladie infectieuse mais particulièrement dans le cours de la convalescence, se manifestant dans les cas légers par du délire de grandeurs absurde et quelques signes somatiques, dans les cas plus graves par tous les symptômes de la paralysie générale, susceptible de disparaître très rapidement comme aussi de se terminer par une déchéance paralytique progressive, répondant enfin à des lésions de méningite ou de méningo-encéphalite analogues à celles de la paralysie générale et due sans doute à un trouble de la nutrition par intoxication microbienne, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire des toxines. Le nombre déjà grand de faits de ce genre, destinés certainement à se multiplier désormais, la possibilité de leur production à la suite de toutes les maladies infectieuses que nous avons passées en revue, leur existence dans les deux sexes et à tout âge, plus fréquente même peut-être chez les jeunes filles, si l'on s'en rapporte aux cas actuellement connus, la nature enfin de la confusion mentale, considérée par les auteurs comme une forme intermédiaire entre les affections mentales fonctionnelles et les affections mentales organiques : tout cela plaide en faveur de la réalité de cette variété méningo-encéphalique ou paralytique de psychose infectieuse. Il faut remarquer, du reste, que les tendances actuelles semblent nous porter à considérer la paralysie générale, indépendamment de la prédisposition originelle, toujours nécessaire, comme relevant d'une influence toxique et cette idée s'est déjà fait jour dans les travaux de MM. Pierret (1), Lemoine et Huyghes (2), Klippel sur la paralysie générale arthritique et névritique, ainsi que dans la communication de M. Charpentier (3) à la Société médico-psychologique qui, un peu trop abstraite peut-être et pour cela mal comprise, n'en contient pas moins en germe un essai de théorie synthétique de paralysies générales par intoxication. Il est seulement regrettable, en ce qui concerne les maladies infectieuses aiguës, que M. Charpentier, tout entier à sa conception systématique, les ait rangées, avec les conditions anémiques ou inopexiques du sang, les anomalies du cerveau, les névroses convulsives et les vésanies chroniques, parmi les états qui donnent rarement lieu à la paralysie générale. En réalité, au contraire, les psychoses infectieuses ont, comme nous l'avons vu et comme on l'admet généralement, une tendance naturelle à être plutôt organiques que fonctionnelles et, dans des cas plus nombreux qu'on ne le suppose, à se présenter sous l'aspect de la démence paralytique.

Peut-être même en arrivera-t-on à démontrer que toutes les paralysies ou pseudo-paralysies générales (Klippel) sont d'origine toxique, puisque, en dehors de celles qui relèvent des maladies aiguës, du surmenage, des diathèses, des poisons externes, qu'on peut raisonnablement considérer comme telles, il en est une autre, la plus importante et la plus fréquente, qui, elle aussi, peut être attribuée, ainsi que l'a fait entrevoir M. Raymond, à un trouble de la nutrition du cerveau dû aux toxines du microbe syphilitique. Il nous est impossible, pour l'instant, d'aller plus loin dans la voie de l'hypothèse, mais nous devons résumer les faits et indiquer, en vue de l'orientation des travaux futurs, l'état actuel des esprits sur cette question toujours pendante de l'étiologie de la paralysie générale.

(1) Pierret. Du rôle de l'arthritisme dans la paralysie générale (*Congrès international de méd. mentale*, 1889).
(2) Lemoine et Huyghes. L'arthritisme dans ses rapports avec le nervosisme (*Gaz. méd. de Paris*, 1891).
(3) Charpentier. Les paralysies générales par intoxication (S. M. P. 1890).

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Troisième session tenue à Paris du 27 juillet au 2 août.

Diagnostic de la tuberculose bovine.

M. Degive (Bruxelles). — Je ne m'attarderai pas à rappeler les divers moyens qui permettent de reconnaître cliniquement la tuberculose bovine. Les résultats fournis de toutes parts par les injections de tuberculine permettent d'affirmer que c'est là un moyen certain et facile de préciser le diagnostic de la tuberculose chez les bovidés, même, et surtout peut-être, alors qu'il n'existe encore que des lésions obscures ne se révélant par aucun symptôme.

En Belgique, depuis décembre 1892, l'emploi des injections de tuberculine est en quelque sorte officiel. Il existe, à l'Ecole vétérinaire de Bruxelles, un dépôt de tuberculine, alimenté par l'Institut Pasteur, et auquel les vétérinaires peuvent toujours demander la tuberculine qui leur est nécessaire. La dose pour un animal leur coûte quarante centimes; si nous réclamons cette faible contribution, c'est, sur le conseil de M. Roux, pour éviter le gaspillage.

Depuis décembre 1892, nous avons fourni de la tuberculine pour inoculer 879 animaux, mais nous n'avons connu les résultats que pour 410 d'entre eux. Sur ces 410, 183 ont réagi, leur température s'est élevée de plus de 1°5; c'étaient donc des tuberculeux. S'il fallait s'en rapporter à cette statistique, il y aurait donc en Belgique près de la moitié des bovidés qui seraient tuberculeux. Il est vrai que je crois ce chiffre beaucoup trop élevé, car c'est uniquement dans les étables contaminées, là où on avait une raison de soupçonner la tuberculose, que les inoculations ont été faites. Le nombre des bovidés tuberculeux est donc moins élevé qu'on pourrait le croire; mais il est assurément encore très grand.

Les inoculations de tuberculine nous ont révélé, de plus, que dans certaines étables tous les bovidés étaient tuberculeux : dans une, 25 tuberculeux sur 25 animaux; dans une une autre, 7 sur 7, etc.

Sur mon conseil, le gouvernement belge a acheté quatre des vaches qui avaient réagi à la tuberculose : les deux qui avaient eu la réaction la plus intense et les deux qui avaient eu la réaction la plus faible — au-dessus de 1°5, bien entendu. Or, ces quatre vaches présentaient, à l'autopsie, des lésions; chez les deux autres il fallut des recherches très minutieuses pour constater, dans un cas de petits foyers pulmonaires, dans l'autre, des lésions très légères des ganglions mésentériques.

Sur les animaux qui ont été inoculés, dont plusieurs ont été abattus depuis l'inoculation, on a toujours trouvé des tubercules chez ceux qui avaient réagi; chez quelques animaux qui n'avaient pas réagi, on a trouvé des lésions tuberculeuses énormes. Je crois même que c'était l'état de débilitation profonde dans lequel étaient ces animaux qui a empêché la réaction.

Nous avons, en effet, remarqué que, le plus souvent, la réaction était surtout intense chez les animaux qui avaient de très petites lésions. Je citerai, pour exemple, le fait d'une vache ayant fortement réagi, et chez laquelle il fut impossible de trouver aucune lésion tuberculeuse à l'œil nu. Cependant, cette vache avait des bacilles dans ses ganglions, car ceux-ci, inoculés à des cobayes, rendirent ces derniers tuberculeux.

La réaction de la tuberculine est si sûre, qu'elle nous a permis, dans un cas difficile, d'établir la différence entre la tuberculose et la morve chez un cheval. J'injectai d'abord de la malléine, l'animal ne réagit pas; après l'injection de tuberculine, il réagit, au contraire, vivement. L'autopsie démontra qu'il s'agissait bien de tuberculose.

La réaction de la tuberculine est si certaine, que je ne puis m'empêcher de croire que dans les cas où M. Straus a vu réagir des lépreux, dans ceux où M. Trasbot a provoqué une réaction chez un animal cancéreux, il pouvait bien y avoir quelques lésions tuberculeuses légères.

M. Nocard nous disait que les animaux qui réagissent peuvent être utilisés pour la boucherie. Je n'oserais être aussi affirmatif et conseiller aux propriétaires de faire la dépense de l'engraissement. On a vu dans quelques cas, en effet, des animaux qui avaient été très bien engraissés, être saisis à cause de l'étendue de leurs lésions tuberculeuses. Je crois, pour mon compte, qu'il vaudrait mieux stériliser la viande et la vendre ensuite à bas prix. Ce procédé est appliqué à Berlin, et la viande stérilisée, qui n'offre plus aucun danger, y est fort recherchée.

M. Thomassen (Utrecht). — J'ai fait, pour la Hollande, ce que M. Degive a fait pour la Belgique; comme lui, j'ai constaté qu'il existait chez nous beaucoup de bovidés tuberculeux; comme lui aussi, j'ai pu m'assurer que tous les animaux qui réagissent à la tuberculine sont tuberculeux. Quelques tuberculeux, il est vrai, ne réagissent pas; mais ces cas sont si rares qu'il est à peine besoin d'en tenir compte.

M. Siegen (Luxembourg). — Je me suis servi de tous les moyens qui permettent de reconnaître la tuberculose chez les bovidés. J'ai employé : la recherche du bacille, l'inoculation des produits suspects et enfin les injections de tuberculine.

J'ai trouvé le bacille dans les matières fécales (tuberculose intestinale); dans le lait (tuberculose mammaire); dans les sécrétions utérines (tuberculose génitale). De plus, je l'ai vu dans plusieurs cas d'avortement, chez des fœtus. Dans un cas, je l'ai trouvé dans le placenta abortif.

Tous les produits dans lesquels j'avais trouvé le bacille ont pu être inoculés au cobaye avec succès.

J'ai eu l'occasion d'employer les injections de tuberculine, et je me suis convaincu que ces injections sont remarquables pour révéler la tuberculose. Mes recherches à ce sujet ont porté sur 17 animaux; 10 ont réagi, 7 n'ont pas réagi. Tous ont été abattus. Les 10 qui avaient réagi avaient des lésions tuberculeuses; les 7 autres étaient indemnes. Comme mes collègues, j'ai constaté qu'il suffisait de la plus petite lésion tuberculeuse pour que la réaction eût lieu.

M. Nocard. — Je suis fort heureux de voir que tous mes collègues ont obtenu les mêmes résultats et arrivent aux mêmes conclusions que moi.

M. Degive semble craindre que la perte ne soit trop considérable pour les propriétaires s'ils engraissent leurs animaux et s'exposent à les voir saisir. La chose peut arriver, cela est vrai, mais elle sera rare et je crois qu'il ne faut pas hésiter à leur donner le conseil d'engraisser les animaux qui ont réagi. Il va sans dire, du reste, que je suis prêt à admettre la proposition de notre collègue et à conseiller de stériliser la viande des animaux tuberculeux.

Les résultats que j'ai obtenus, et qui sont, à l'heure actuelle, très nombreux, me permettent d'affirmer que la tuberculose des jeunes, jusqu'à dix-huit mois tout au moins, est extrêmement rare. Ce n'est pas que je veuille nier les tuberculoses fœtales ; tout le monde les a constatées, mais elles sont exceptionnelles. Nous autres vétérinaires, au point de vue pratique, nous devons toujours attribuer la tuberculose bovine à la contagion. Donc ce sont les moyens d'éviter cette contagion que nous devons mettre en usage.

La conclusion légitime de tout ce qui vient de se dire ici me paraît donc être la suivante :

Injecter la tuberculine à tous les bovidés, surtout lorsqu'il y a eu dans l'étable un cas suspect; séparer les tuberculeux des animaux sains; désinfecter rigoureusement les étables. Grâce à ces moyens, les propriétaires pourront, je le dis bien haut, reconstituer leur troupeau au moyen des jeunes animaux nés chez eux et qui n'auront pas réagi à l'injection de la tuberculine.

Tuberculose du chien.

MM. Richet et Héricourt. — Nos recherches sur la tuberculose expérimentale du chien comprennent un très grand nombre d'expériences : plus de deux cents. Ces expériences nous ont permis de constater quelques particularités intéressantes que nous allons résumer brièvement. Nous ne parlerons aujourd'hui que des résultats obtenus avec la tuberculose humaine.

Nous avons varié, suivant les séries, nos procédés, soit en ce qui concerne la quantité des bacilles injectés, soit sous le rapport des véhicules de ces microbes : bouillons de culture entiers, cultures filtrées de diverses manières, mais contenant encore des bacilles, mélange de bacilles et de tuberculine.

Ajoutons que les inoculations ont toujours été faites par injections intra-veineuses. Toutes ces conditions ont produit des modifications dans les résultats, modifications qui ressortent évidentes de l'examen de nos expériences. On peut, du reste, résumer comme il suit ce que nous ont donné nos recherches.

L'évolution de la tuberculose expérimentale, chez le chien, est d'autant plus rapide que la quantité des bacilles injectés est plus considérable, toutes conditions égales d'ailleurs.

A dose faible, l'injection tuberculeuse ne produit pas la mort des chiens. Si l'on injecte des doses mortelles, la durée de la survie est d'autant plus longue que la dose injectée a été plus faible.

Entrons dans quelques détails : la marche de la tuberculose expérimentale chez le chien est simple; si nous prenons le terme de trente jours comme durée moyenne de la survie (c'est ce qui arrive avec de fortes doses), voici ce que nous observerons : pendant les dix premiers jours, l'animal perd un peu de son poids; mais, en apparence, sa gaieté, son appétit, sa santé n'ont pas souffert. Il semble même plus vorace que les autres chiens.

Pendant la seconde période, il maigrit beaucoup, quoiqu'il mange encore fort bien.

A la troisième période la scène change : l'animal devient triste, il tousse, il a des hémorrhagies intestinales; il perd son appétit et maigrit extrêmement. Enfin, il meurt, soit avec des convulsions, soit par affaiblissement général. Au moment de la mort le chien a perdu le quart de son poids.

Les injections tuberculeuses pouvant ne pas être mortelles, il en résulte que ces injections — c'est là un principe général de pathologie expérimentale — peuvent conduire à la vaccination. Jusqu'ici, nous n'avons pu obtenir par ce procédé la vaccination complète du chien, mais nous avons constaté que des chiens qui avaient reçu des doses non mortelles, qui avaient été malades et avaient guéri, ont résisté plus longtemps à des doses mortelles de culture tuberculeuse qui leur ont été injectées après guérison, que des chiens témoins qui avaient reçu les mêmes doses; c'est là un commencement d'immunisation, croyons-nous.

Les cultures tuberculeuses filtrées sur papier, limpides, contiennent cependant assez de bacilles pour amener la mort quand on en injecte de grandes quantités. Mais alors les phénomènes se trouvent modifiés par la présence des produits solubles fabriqués par les bacilles, produits contenus en forte proportion dans le liquide injecté.

En effet, il ressort de nos expériences que quand on injecte en même temps que les bacilles une forte dose de produits solubles, la mort survient, il est vrai, quoique plus tardive et pendant la durée de la maladie; il n'y a, pour ainsi dire, pas de perte de poids, si ce n'est tout à fait dans les derniers jours. En résumé, ces produits solubles semblent ralentir la marche de la maladie ou, tout au moins, diminuer la dénutrition.

Ces mêmes produits solubles, injectés à des chiens rendus tuberculeux, alors même que ces animaux paraissent guéris de la tuberculose provoquée, entraînent rapidement des accidents graves et même la mort. Celle-ci survient parfois en quelques heures, avec tous les caractères de l'intoxication par un poison chimique.

Si nous passons maintenant à un autre ordre de faits, nous constaterons que nos expériences nous ont révélé certaines particularités intéressantes :

1° Il y a des différences individuelles notables, dans la résistance des divers chiens à l'infection tuberculeuse;

2° Ces différences sont renforcées par l'injection aux animaux de doses non mortelles de cultures tuberculeuses.

Enfin, avant de terminer, nous rappellerons les plus importants des résultats que nous avons obtenus avec les injections de tuberculose aviaire chez le chien :

Nous avons pu, à l'aide de la tuberculose aviaire, vacciner des chiens contre la tuberculose humaine. Nous avons vu aussi que le sang des animaux ainsi vaccinés, injecté à d'autres chiens rendus tuberculeux, peut arrêter, chez eux, la marche de l'infection et les guérir. Mais ce n'est là qu'un commencement de vaccination pratique et nous sommes encore loin de pouvoir appliquer ces divers résultats à la thérapie de la tuberculose chez l'homme.

M. Cadiot. — Avant la découverte du bacille de la tuberculose, on avait à peine signalé cette maladie chez le chien et son existence était contestée par la plupart des auteurs. Depuis ce temps on a publié bien des observations de chiens tuberculeux.

J'ai, depuis un an, examiné, au point de vue de la tuberculose, tous les chiens qui ont été présentés à ma consultation, à l'Ecole d'Alfort, et j'ai réuni quarante observations. Ce qui, soit dit en passant, prouve que la tuberculose spontanée est assez fréquente chez le chien.

Sur les quarante chiens que j'ai autopsiés, j'ai rencontré des localisations variables et multiples, mais les localisations pulmonaires sont, de beaucoup, les plus fréquentes. Trente-cinq chiens sur quarante avaient des lésions tuberculeuses des poumons.

Le chien peut s'infecter par le poumon, par l'intestin, même par la peau; mais la pénétration des bacilles paraît s'effectuer le plus souvent par les voies respiratoires.

Dans la plupart des cas, la tuberculose canine est d'origine humaine. Le chien est ordinairement contaminé par une personne phthisique. De nombreuses observations ne laissent aucun doute sur ce point. Sur mes 40 tuberculeux, neuf appartenaient à des restaurateurs, cafetiers ou marchands de vin; ils vivaient par conséquent dans des milieux où les crachats infectants sont communs, où le fréquent balayage des salles répand dans l'atmosphère des poussières virulentes. Dans plus de la moitié de mes observations, la cohabitation ou le contact fréquent et prolongé de l'animal avec une personne tuberculeuse ont été établis.

Il est évident que le chien tuberculeux qui vit dans l'appartement de son maître, qui répand son jetage sur le sol, le parquet, les tapis, est dangereux pour les humains, surtout pour les enfants.

Tuberculose aviaire et tuberculose humaine chez le singe.

MM. J. Héricourt et **Ch. Richet.** — Un premier point qui ressort de nos expériences, c'est que le singe est relativement réfractaire vis-à-vis de la tuberculose aviaire. Il résiste, en effet, à l'injection sous-cutanée de tuberculose aviaire; chez quatre singes auxquels nous avons injecté dans le tissu conjonctif une dose forte de culture de tuberculose aviaire, nous n'avons constaté aucun accident. La tuberculose aviaire inoculée sous la peau du singe ne peut donc produire chez lui la tuberculose.

Il ne faudrait pas en conclure que la tuberculose aviaire soit tout à fait inoffensive chez le singe. Voici le résultat de nos expériences chez des singes auxquels on a fait l'injection intra-veineuse de culture de tuberculose aviaire: sur cinq singes inoculés de cette manière, trois ont succombé, deux survivent. Or, les deux derniers avaient, au préalable, reçu, à deux reprises différentes, une injection sous-cutanée de tuberculose aviaire, injection qui avait déjà produit une véritable vaccination. Voilà pour la tuberculose aviaire; voyons ce que nous donne, chez le singe, l'inoculation avec la tuberculose humaine.

Nos premières expériences ont établi que le singe est d'une sensibilité extrême vis-à-vis de la tuberculose humaine. Les inoculations, même à doses très faibles, de culture de tuberculose humaine amènent la mort du singe à coup sûr; la moyenne de la durée de l'infection tuberculeuse est de soixante-dix jours. Cette durée est, du reste, en raison inverse de la quantité de bacilles injectés.

Nous avions pu espérer un moment que les singes qui avaient résisté aux injections intra-veineuses de tuberculose aviaire, seraient vaccinés vis-à-vis de la tuberculose humaine; mais nos deux singes ainsi préparés, ayant été inoculés avec la tuberculose humaine, sont morts, très tardivement il est vrai, comme s'il y avait eu un commencement d'immunisation.

Bien que nos résultats ne soient pas entièrement satisfaisants, cette prolongation de la durée de l'infection nous permet d'espérer qu'en renforçant les vaccinations et en les multipliant, nous pourrons, dans cette voie, atteindre une immunisation positive.

Tuberculose de la chèvre.

M. Moulé. — On a prétendu que la chèvre était réfractaire à la tuberculose et même on a basé, sur cette vue purement théorique, une méthode de traitement de la tuberculose par les injections de sang de chèvre. Ces illusions n'ont pas

tardé à se dissiper. Des observations recueillies par M. Nocard et plusieurs autres, les expériences de M. Gabriel Colin n'ont pas tardé à démontrer que la chèvre est parfaitement tuberculisable.

De mon côté, j'ai fait saisir récemment aux Halles centrales une chèvre qui portait à la plèvre une plaque blanchâtre, épaisse et en grande partie constituée par du tissu fibreux. L'examen histologique démontra, dans cette néoplasie, l'existence de cellules géantes et de bacilles de Koch. Ces bacilles, quoique peu nombreux, avaient conservé toute leur virulence; inoculés à des cobayes, ils les tuberculisèrent.

La chèvre pourrait donc devenir tuberculeuse comme la vache, si, vivant d'une manière plus civilisée, elle n'était plus protégée par sa vie au grand air.

M. Siegen (Luxembourg). — Il m'a été donné d'observer à l'abattoir la tuberculose bactérienne chez dix chèvres. Le siège de l'affection n'était pas toujours le même. Tantôt c'étaient les poumons et les ganglions bronchiques; tantôt c'étaient le foie, l'intestin ou les ganglions mésentériques qui étaient envahis par la tuberculose. Je crois donc qu'il faut soumettre à l'épreuve de la tuberculine les chèvres dont on veut utiliser le lait, car on est exposé à avoir des chèvres tuberculeuses atteintes de mammites bacillaires. Leur lait pourrait être aussi dangereux que le lait de vache dans les mêmes conditions.

M. Weber. — J'ai observé, de mon côté, une chèvre devenue tuberculeuse dans des conditions assez particulières. Cette chèvre était arrivée au dernier degré de la civilisation, dont M. Moulé vient de signaler pour elle les dangers : elle était actrice..., elle figurait dans je ne sais plus quelle pièce. Quoi qu'il en soit, cette carrière artistique ne lui était pas favorable; elle fut probablement contaminée par les crachats d'un ou d'une de ses partenaires dramatiques de l'espèce humaine.

La pièce ayant quitté l'affiche, la chèvre fut vendue et destinée par l'acquéreur à fournir du sang pour les transfusions contre la tuberculose. Elle fut utilisée dans ce but: son sang, réputé protecteur, fut injecté. Or, elle devint malade; on l'abattit et il fut facile de constater qu'elle était porteur de plusieurs lésions, dont la nature tuberculeuse fut péremptoirement démontrée.

MM. Cadiot, Gilbert et **Roger** (Paris). — On a pensé que le chien et la chèvre étaient presque réfractaires à la tuberculose. Cependant, des observations publiées dans ces dernières années ont déjà démontré que le chien ne possédait aucune immunité notable; nous croyons qu'il en est de même pour la chèvre.

Les cas de tuberculose spontanée de la chèvre sont, il est vrai, peu nombreux; cela tient certainement au faible chiffre numérique des sujets de l'espèce caprine, aux conditions d'entretien et d'existence de ces animaux, enfin au peu d'attention apportée jusqu'à présent à l'étude de leurs maladies. Plusieurs expérimentateurs ont d'ailleurs établi déjà que la chèvre n'était pas plus réfractaire à la tuberculose que les autres animaux domestiques.

Quelques auteurs continuant à soutenir que les caprins sont réfractaires à la tuberculose, nous croyons devoir rapporter les résultats de trois nouvelles expériences.

Avec de la matière tuberculeuse provenant d'un chien, nous avons inoculé, par injection intrapéritonéale, deux chèvres qui ont été sacrifiées au bout de quatre mois. Chez la première, nous avons trouvé des tubercules sur le péritoine, dans les ganglions mésentériques, les poumons, les ganglions médiastins, et quelques granulations dans le foie et les reins. Chez l'autre, il existait des lésions tuberculeuses sur le péritoine, dans le foie et les poumons; il y avait en outre un léger épanchement pleural.

Une troisième chèvre fut inoculée sous la peau et dans le péritoine avec de la tuberculose du cheval. Au bout de trois mois, elle commença à maigrir; malgré la conservation de l'appétit, l'émaciation s'accentua graduellement. La mort survint au bout de huit mois. L'autopsie révéla des lésions aussi considérables que dans les cas les plus intenses de tuberculose bovine. La cavité abdominale renfermait une petite quantité de liquide grisâtre tenant en suspension des flocons de fibrine. Le péritoine, le mésentère et l'épiploon étaient couverts de granulations et de tubercules qui atteignaient les dimensions d'une grosse noisette. Le foie, la rate, les reins, étaient farcis de tubercules. Tous les ganglions lymphatiques abdominaux et ceux du médiastin postérieur étaient tuberculeux. La cavité thoracique contenait quelques décilitres de sérosité grisâtre, chargée de flocons fibrineux. La plèvre était semée de fines granulations; dans sa portion diaphragmatique, elle était constellée de volumineux tubercules. Les poumons étaient farcis d'îlots tuberculeux saillants, grisâtres, ramollis à leur centre. Le cœur lui-même était envahi : sur le myocarde du ventricule gauche proéminait un tubercule du volume d'un haricot.

Nous avons pratiqué l'examen histologique du tubercule du cœur et nous y avons recherché la présence des bacilles de Koch. Dans presque toute son étendue, ce tubercule était composé de cellules nécrobiosées. Vers ses bords seulement se montraient des agglomérations d'éléments vivants. Par places, il était transformé en tissu fibreux. Les bacilles y étaient nombreux.

Stérilisation du lait tuberculeux.

M. Legay. — J'ai fait bouillir dans des vases grossiers, ainsi qu'on le fait dans les ménages, du lait dans lequel j'avais mis des poussières de crachats tuberculeux, puis j'ai inoculé ce lait à des lapins. Au point inoculé s'est fait un abcès dans lequel on a trouvé des bacilles tuberculeux.

Il faut donc se méfier de l'ébullition du lait, telle qu'on la pratique habituellement dans les ménages. Cette ébullition enlève au lait certaines de ses qualités, et cependant elle ne le stérilise pas certainement.

Le mieux pour obtenir cette stérilisation serait de faire bouillir le lait dans des vases minces, en métal émaillé ou étamé. On pourrait encore mieux pasteuriser le lait en le maintenant pendant dix à quinze minutes à 80°. Pour arriver pratiquement à ce résultat, on pourrait utiliser des vases en verre, munis d'un long goulot et que l'on chaufferait au bain-marie. Le goulot du vase porterait deux index. L'index inférieur marquerait la quantité de lait qui devrait être introduite à froid dans le vase ; l'index supérieur, fixé expérimentalement, indiquerait que le lait, lorsqu'il l'a atteint, est arrivé à la température voulue pour la pasteurisation.

J'ai inoculé du lait infecté par des crachats et ainsi traité. Les animaux en expérience n'ont présenté aucune trace de tuberculose.

M. Nocard. — En ce qui concerne les premières expériences de M. Legay, je lui ferai remarquer : 1° que la montée du lait est considérée à tort dans les ménages comme équivalente à l'ébullition. Le lait monte à 80°, et il faut forcer la température pour que le liquide qui est au-dessous de la couche de caséine constituant « la montée » du lait, entre en ébullition ; 2° les bacilles des crachats desséchés ont, l'expérience l'a souvent prouvé, une vitalité toute spéciale que n'ont pas les bacilles contenus normalement dans le lait des vaches tuberculeuses.

Le lait de ces vaches, lorsqu'il est normalement bouilli, peut être considéré comme mettant absolument à l'abri d'une infection tuberculeuse.

De l'emploi de la tuberculine comme agent révélateur de la syphilis.

MM. Straus et **P. Tessier**. — Il est maintenant établi que les injections de tuberculine constituent un moyen précieux de diagnostic pour les affections tuberculeuses de l'homme et des animaux. Mais à cela ne se borne peut-être pas l'utilisation de ce produit bactérien, dans un but de diagnostic.

Si les faits que nous allons relater se vérifient sur une plus grande échelle, la tuberculine pourra servir également à reconnaître les affections de nature syphilitique.

La tuberculine, dont nous avons usé, a été confectionnée par nous d'après le procédé indiqué par Koch. Des cultures du bacille de la tuberculose humaine sur bouillon glycériné sont réduites au dixième de leur volume par l'ébullition au bain-marie, puis filtrées. Le produit ainsi obtenu développe tous les effets bien connus de la tuberculine de Koch; injecté sous la peau à la dose de quelques milligrammes, il provoque chez les tuberculeux une fièvre intense et la réaction locale caractéristique dans les cas de lupus. Cette tuberculine fut injectée sous la peau du dos à la dose de 2 milligrammes 1/2,

à quatre malades de la Charité atteints de syphilis secondaire et complètement apyrétiques.

Voici le résumé des résultats obtenus :

L. Juliette, vingt-deux ans. Syphilis secondaire, plaques muqueuses de l'amygdale, érythème circiné, roséole en voie de disparition. Injection de 2 milligrammes 1/2 de tuberculine, le 15 juillet à dix heures du matin ; la température s'élève, dans la soirée, à 39°4 et la fièvre persiste le lendemain (38°5 à 38°), malaise, céphalée, insomnie, courbature.

D. Jeanne, vingt-deux ans. Plaques muqueuses des grandes lèvres. Le 22 juillet, injection de 2 milligrammes 1/2 de tuberculine. La température s'élève de 37° à 38° et se maintint à ce niveau pendant deux jours.

V. Jean, trente-trois ans. Syphilis secondaire. Roséole confluente ; syphilides amygdaliennes. Injection de 2 milligrammes 1/2, le 2 juin, à dix heures du matin ; la température ne dépassa pas 38°5 le jour même, mais le lendemain elle atteignit 40°4 et se maintint le surlendemain à 39° ; la température ne revint au chiffre normal que le 5 juin. Cette réaction fébrile intense s'accompagna d'érythème généralisé.

X... Plaques muqueuses ulcérées de la bouche. Rupia syphilitique. Le malade reçoit trois injections de tuberculine, l'une le 19 juin, la seconde le 10 juillet, la troisième le 20 juillet. Chaque fois la température s'éleva à 39° et à 40°, avec céphalalgie, insomnie, douleur au niveau de la piqûre. Chez ce dernier malade les effets de la tuberculine ne se bornèrent pas à la réaction générale. Après chaque injection on constata, au niveau des plaques de rupia, une réaction locale tout à fait remarquable. Ces plaques étaient recouvertes de croûtes sèches, en voie d'élimination. Quelques heures après l'injection, le pourtour des plaques présentait une rougeur et une congestion intenses et un suintement séro-purulent qui n'existait pas auparavant. Le dessin que nous mettons sous vos yeux montre bien la différence d'aspect des plaques de rupia avant et après l'injection.

Il existait donc dans ces cas une réaction locale tout à fait comparable à celle que l'on provoque dans les cas de lupus.

Nous avons fait des injections de tuberculine à des sujets atteints d'éruptions non syphilitiques (érythème scarlatiniforme, eczéma, acné) sans déterminer ainsi ni fièvre, ni réaction locale.

Les faits que nous venons de relater nous paraissent intéressants à plusieurs titres. On savait déjà que la tuberculine provoque la réaction non seulement chez les tuberculeux, mais aussi chez les lépreux (Babès, Hallopeau, Besnier, etc.). On voit que le même résultat s'obtient aussi dans la syphilis. C'est un nouveau trait commun à ajouter à ceux qui existaient déjà entre ces trois maladies infectieuses : tuberculose, lèpre et syphilis.

Au point de vue pratique, il semble que nous possédons ainsi un moyen nouveau de reconnaître la nature syphilitique de certaines affections, en particulier de certaines éruptions cutanées. Nos expériences n'ont porté jusqu'ici que sur des cas de syphilis secondaire ; l'occasion nous a fait défaut de les appliquer à la syphilis tertiaire et aux cas d'accident primitif. Il serait très intéressant de s'assurer si la tuberculine provoque une réaction générale ou locale dans les cas d'accident primitif avant la période de généralisation. Peut-être y aurait-il là un moyen de différenciation du chancre syphilitique d'avec le chancre simple ? Ce sont là des recherches que nous nous proposons de faire incessamment.

M. Trasbot (Paris). — Il est un fait, déjà signalé, qui est à rapprocher de ceux qui viennent d'être rapportés sur l'action de la tuberculine chez les syphilitiques : je veux parler de la réaction que peut produire le même agent dans le cancer. On a constaté, en effet, après des injections de tuberculine, pratiquées sur des vaches non tuberculeuses, mais carcinomateuses, une réaction tout aussi accusée que celle qu'on observait chez les vaches tuberculeuses. Il y aurait donc un certain nombre de maladies infectieuses vis-à-vis desquelles la tuberculine exercerait une influence révélatrice.

M. Verneuil. — Nous savons qu'un traumatisme frappant un malade atteint antérieurement d'une maladie infectieuse a des chances de réveiller la maladie latente et de l'aggraver. De même, en étendant cette proposition, on peut dire également qu'une maladie infectieuse survenant chez un individu déjà atteint d'une autre maladie infectieuse a des chances de réveiller la maladie première.

M. Lannelongue, dans les expériences qu'il a faites sur les effets de la tuberculine, a pratiqué des injections de ce produit chez des enfants tuberculeux, et aussi chez des enfants non tuberculeux, mais présentant une autre affection, et il a constaté que, chez ces derniers, les injections de tuberculine produisaient une aggravation. Il a vu notamment survenir des accidents gangréneux chez un enfant qui avait une brûlure à bourgeons languissants, à cicatrisation retardée.

D'autre part, on connaît l'influence réciproque que la syphilis et la tuberculose peuvent avoir l'une sur l'autre, et M. Fournier a également signalé des faits montrant l'action que le paludisme peut exercer sur la syphilis. Enfin, il n'est pas jusqu'aux intoxications, telles que l'intoxication alcoolique, dont on n'ait mis en lumière le rôle qu'elles peuvent jouer vis-à-vis de la syphilis.

De l'action de la tuberculine dans la lèpre systématisée nerveuse.

M. Straus. — Il s'agit d'un homme bien connu dans les hôpitaux de Paris, âgé de trente-huit ans, né en Belgique, qui a servi dans la Légion étrangère au Tonkin, et qui en revint avec une maladie caractérisée par de l'atrophie musculaire, localisée surtout à l'éminence thénar et aux muscles inter-osseux de la main, par une sclérodermie des extrémités digitales, par la chute spontanée de quelques doigts des mains et des pieds, par des maux perforants et par la dissociation de la sensibilité (perte du sens thermique et de la sensibilité à la douleur, conservation partielle de la sensibilité tactile). Plusieurs médecins qui le soignèrent, notamment M. Charcot et M. Potain, firent le diagnostic de lèpre anesthésique ; d'autres celui de syringomyélie. M. Zambaco, qui le vit dans mon service, découvrit la présence de lépromes, le long des nerfs du bras et de l'avant-bras, à peu près caractéristiques de la lèpre. Une injection de 2 milligr. de tuberculine fut pratiquée le 15 juin, le malade étant depuis longtemps entièrement apyrétique. L'effet fut extrêmement intense. L'injection fut faite à dix heures du matin, la température du malade étant de 36° ; à cinq heures du soir il marquait 40°, à six heures 40°6. Pendant la journée du lendemain, la fièvre persista (39°) et la température ne redevint normale que le quatrième jour après l'injection.

On voit donc que la tuberculine peut provoquer la réaction, non seulement dans la lèpre tuberculeuse, comme on l'avait déjà constaté plusieurs fois, mais aussi dans la lèpre systématisée nerveuse.

M. Babes. — J'ai eu l'occasion d'observer l'action de la tuberculine dans plusieurs cas de lèpre systématisée, et j'ai pu constater les différences qui existent entre la réaction qui se produit alors et celle que donne la tuberculose. Chez les tuberculeux, en effet, la réaction commence seulement dix à douze heures après l'injection, tandis que dans la lèpre systématisée, la réaction se produit presque immédiatement, c'est-à-dire trois à quatre heures après l'injection, et en outre, elle dure beaucoup plus longtemps que dans la tuberculose et elle s'accompagne d'un état général plus grave.

Sur les abcès tuberculeux expérimentaux du foie.

M. V. Gilbert. — Le foie des cobayes auxquels a été inoculé le bacille tuberculeux aviaire demeure généralement indemne. Lorsqu'il devient le siège d'altérations, celles-ci ne prennent qu'exceptionnellement les caractères macroscopiques et histologiques des lésions qui succèdent aux inoculations du tubercule humain. Le plus souvent, ou bien on ne découvre dans le foie que quelques nodules fibreux (Cadiot, Gilbert et Roger), véritables tubercules de guérison, ou bien associés aux lésions tuberculeuses ordinaires des formations cirrhotiques capables de conduire l'organe à l'état granuleux ou ficelé (Hanot et Gilbert).

L'abcès hépatique peut être également la conséquence de l'inoculation au cobaye de la tuberculose aviaire. Nous l'avons rencontré chez trois animaux.

Deux d'entre eux étaient porteurs d'un abcès unique atteignant presque le volume d'une noix. Chez le troisième, existaient près de vingt abcès, les uns profonds, les autres superficiels, plus ou moins saillants ou même pédiculés, allant des dimensions d'un pois à celles d'une petite noisette. Le pus de ces abcès était de consistance molle et de coloration jaunâtre ;

après son évacuation, apparaissait une membrane d'enveloppe enkystante, blanchâtre et résistante. Dans les deux premiers cas l'abcès constituait la seule lésion hépatique; dans le dernier, le parenchyme du foie était, en outre, le siège de granulations tuberculeuses.

Par l'examen microscopique, nous avons pu reconnaître la structure fibreuse de la paroi des abcès. Le pus y contenu ne montrait qu'un très petit nombre de bacilles de Koch : ce n'était notamment qu'au prix de très patientes recherches que l'on pouvait en découvrir dans le pus des abcès uniques, si bien que ceux-ci auraient pu aisément passer pour stériles.

On sait que chez l'homme la tuberculose hépatique peut prendre le masque de l'abcès. M. Lannelongue notamment, le premier, a attiré l'attention sur la nature tuberculeuse de certaines collections purulentes qui, nées dans la profondeur du parenchyme hépatique, en peuvent gagner la surface, devenant ainsi justiciables de la chirurgie. La recherche des bacilles tuberculeux n'ayant pas été pratiquée dans les faits relatés par cet observateur, sa manière de voir a pu être contestée. La pathologie expérimentale vient lui prêter son appui.

A la vérité, les abcès hépatiques que nous avons rencontrés n'ont pas été la conséquence de l'inoculation aux animaux du bacille tuberculeux humain. Dans nos deux premiers cas, ils ont suivi l'inoculation intra-péritonéale directe de la tuberculose de la poule ; dans le dernier, ils ont succédé à l'inoculation intra-péritonéale de la tuberculose du faisan, modifiée par les passages de cobaye à cobaye.

Cette origine aviaire des abcès tuberculeux du foie expérimentaux nous semble très instructive.

A diverses reprises nous avons insisté sur les dissemblances des altérations du foie chez les cobayes qui sont inoculés intra-péritonéalement avec du tubercule humain et chez ceux qui sont inoculés avec du tubercule aviaire.

Alors que le foie des premiers devient infailliblement, pour ainsi dire, le siège de granulations tuberculeuses, celui des seconds demeure le plus souvent indemne. Lorsqu'il s'altère, les tubercules dont il est le siège ont une tendance très marquée vers l'évolution fibreuse et ainsi se développent les granulations de guérison et la cirrhose tuberculeuse. Les abcès tuberculeux enkystés par une paroi fibreuse naissent dans les mêmes conditions. En d'autres termes, les granulations fibreuses, la cirrhose, les abcès enkystés prennent une place considérable, souvent prépondérante ou même exclusive, dans l'anatomie pathologique du foie tuberculeux chez le cobaye inoculé avec des bacilles aviaires.

Si l'on considère que chez les cobayes qui ont reçu du tubercule aviaire, non seulement le foie, mais encore les autres organes demeurent le plus souvent indemnes et que la survie des animaux est fréquente, contrairement à ce que l'on observe consécutivement à l'inoculation du tubercule humain, c'est-à-dire que le bacille aviaire est peu virulent pour le cobaye contrairement au bacille humain, l'on peut concevoir la raison de l'orientation que prennent les lésions tuberculeuses du foie d'origine aviaire chez le cobaye.

De même que la cirrhose et les granulations fibreuses, les abcès enkystés peuvent être considérés comme procédant essentiellement d'une virulence insuffisante des bacilles inoculés pour l'espèce expérimentée, ou, si l'on veut, comme procédant d'un état réfractaire relatif de l'espèce expérimentée pour les bacilles inoculés.

Ces notions étant transportées sur le terrain de la pathologie humaine, nous sommes amenés, — et nous calquons cette déduction de celle qui termine notre dernier mémoire relatif à la cirrhose tuberculeuse, — à regarder le développement de l'abcès tuberculeux du foie comme la conséquence, soit d'une résistance individuelle anormale vis-à-vis du bacille tuberculeux, soit d'une infection de l'organisme par des bacilles qui, dans l'échelle de virulence très étendue que doit avoir le bacille de Koch, occupent, eu égard à l'homme, une place peu élevée.

Traitement de la tuberculose pénienne.

M. Poncet (Lyon). — La tuberculose de la verge est une affection rare, dont nous avons en France fort peu d'observations. Elle comprend plusieurs variétés, comportant chacune des indications thérapeutiques différentes.

Il est tout d'abord un premier groupe qui correspond aux lésions tuberculeuses balano-préputiales, très rares d'ailleurs, et pour lesquelles on peut chercher à incriminer l'inoculation directe par succion ; ces lésions nécessitent un traitement local, tel que grattage, excision, cautérisations, etc.

Dans un deuxième groupe, on peut ranger les tuberculoses uréthrales péniennes ou bulbo-prostatiques, le plus souvent secondaires, et alors consécutives à une tuberculose primitivement développée dans une autre région de l'appareil génito-urinaire. Dans ces cas, il n'y a pas lieu généralement d'intervenir, à moins d'un écoulement trop gênant ou de douleurs trop vives, ce qui constitue d'ailleurs l'exception.

Il n'en est plus de même lorsqu'on est en présence de ces cas de tuberculose uréthrale dans lesquels existe une dissémination des lésions dans le tissu péri-uréthral, et qui constituent un troisième groupe de tuberculoses péniennes, de beaucoup le plus important à considérer au point de vue du traitement.

La formation d'abcès péri-uréthraux, due à l'action de microbes de la suppuration, surajoutés au bacille de Koch, peut en effet donner lieu à toute une série d'accidents septiques, plus ou moins graves, qui exercent en tout cas une influence manifeste sur l'état général des malades, et que le chirurgien doit donc combattre autant qu'il est possible.

J'ai observé notamment un jeune homme de dix-huit ans, qui se présenta à moi avec une verge en battant de cloche, un écoulement purulent assez abondant, et des signes de lymphite du côté de la verge; le début des accidents remontait à deux mois environ, et les renseignements fournis par le malade sur leur cause possible étaient absolument négatifs. Après avoir incisé le prépuce, je tombai sur une large ulcération blafarde, fongueuse, que je grattai à la curette; l'urèthre était entouré d'un véritable fourreau de tissu fongueux. Il s'agissait sans aucun doute de lésions tuberculeuses de nature primitive, car il n'y avait aucune trace de tuberculose du côté de la vessie, de la prostate ou des vésicules séminales.

Dans un deuxième cas, j'ai vu un homme, qui, tuberculeux urinaire, et en outre suspect du côté de ses poumons, présentait des abcès péri-uréthraux. Je lui fis une incision comme pour une uréthrotomie externe, et, arrivé au bulbe, je trouvai une tuberculose infiltrée dans les mailles du tissu spongieux et la muqueuse uréthrale réduite à une lame d'une friabilité extrême.

Dans de pareilles conditions, la création d'une bouche périnéale, c'est-à-dire l'uréthrostomie périnéale, telle que je l'ai décrite au dernier Congrès de chirurgie (Voir *Mercredi médical*, 1893, p. 169), associée à un traitement local approprié, m'a paru être la seule intervention susceptible d'amener une amélioration véritable et doit être préférée à l'amputation de la verge à laquelle on pourrait être quelquefois amené dans les cas de ce genre.

Anencéphale issu d'un père tuberculeux.

M. Torkomian (Constantinople) communique une observation d'anencéphale, issu d'une mère bien portante et d'un père tuberculeux et alcoolique ; l'auteur pense que la tuberculose peut, comme la syphilis, amener des arrêts de développement.

Sur la tuberculose anale.

M. Hartmann. — Laissant de côté les gommes tuberculeuses de la marge de l'anus, dont je n'ai du reste observé que quelques cas, et qui présentent les mêmes caractères que partout ailleurs, je ne traiterai ici que des suppurations en rapport immédiat avec le canal anal.

Une première question se pose : quel est le rapport qui existe entre la fistule anale et la tuberculose pulmonaire? Pour y répondre, il faut d'une part noter le nombre des phthisiques fistuleux, d'autre part, le nombre des fistuleux tuberculeux.

Tandis que certains auteurs évaluent à 5 0/0 le nombre des phthisiques porteurs d'une fistule, Louis, observateur précis cependant, croit la fistule rare et admet la proportion donnée par Andral : 1 pour 800. Nous avons à cet égard recueilli des notes sur 625 phthisiques chez lesquels nous avons relevé 30 fistules, soit une moyenne de 4 1/2. Il y a entre l'homme et la femme une notable différence. Sur 448 phthisiques appartenant au sexe masculin, nous avons 26 fistules, soit près de

6 1/2, tandis que sur 174 femmes nous rencontrons seulement 6 fistules, soit 3,3 0/0.

La statistique d'Allingham répond au deuxième point. Sur 1,632 fistuleux, il trouve 234 tuberculeux, soit 14 0/0. En réalité, nous croyons que si on laisse de côté les fistules tenant à une cause bien déterminée (cancer, rétrécissement, etc.), on arrive à une proportion bien autrement considérable de tuberculeux. Sur 48 malades que nous avons opérés, nous avons trouvé 23 fois des signes indéniables de tuberculose, 2 fois les antécédents la faisaient craindre, 21 fois seulement on ne trouvait rien qui pût la faire soupçonner. Le rapport entre la tuberculose pulmonaire et la fistule à l'anus nous paraît donc bien établi. Par contre, nos recherches nous montrent qu'il n'y a pas de lien direct entre la fistule et la tuberculose de l'intestin. Bien au contraire, la proportion des fistules ne nous a nullement paru plus grande chez les tuberculeux diarrhéiques que chez les autres. En rapport avec ce fait, nous ne trouvons sur 48 fistuleux anaux qu'un malade ayant une diarrhée qui pût faire soupçonner l'existence d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

Une deuxième question est de savoir quelle est la nature de la fistule anale chez les tuberculeux ? Nous rejetons toutes les théories qui ne voient là que le résultat d'une inflammation banale favorisée par une série de causes prédisposantes. L'ulcération tuberculeuse rectale, admise par beaucoup d'auteurs, à l'étranger surtout, est de même une cause exceptionnelle. La fistule anale des tuberculeux est cependant bien le résultat d'une tuberculose locale. Sur 10 suppurations périanales, indépendantes de toute lésion primitive du rectum, nous avons, avec M. Lieffring, constaté 6 fois la présence de bacilles tuberculeux, une fois associés à des staphylocoques dorés et à des streptocoques, 5 fois à du bacterium coli. Quelques-unes de ces observations sont d'autant plus intéressantes que rien ne faisait prévoir la tuberculose. Il s'agissait là de manifestations bacillaires primitives, dont le diagnostic était d'autant plus difficile que ces abcès s'étaient échauffés par suite de l'infection secondaire dont ils étaient le siège. L'abcès tuberculeux de l'anus, et par suite la fistule, nous semble être le résultat d'une inoculation locale de bacilles apportés avec les fèces. Toutes les conditions de la pénétration (excoriation, pression par le sphincter sur le bol fécal), se trouvant réunies au niveau de l'anus, on comprend que les abcès se forment au niveau de celui-ci plutôt qu'au niveau du rectum proprement dit.

Le troisième point est celui du traitement. Faut-il opérer la fistule anale chez les tuberculeux? Laissant de côté la question de la suppression d'un exutoire et celle de la généralisation post-opératoire, 154 opérations de fistules, faites dans le service de notre maître le professeur Terrier, n'ont été suivies d'aucun accident de généralisation, nous n'avons comme dernière objection que la non-cicatrisation. Disons qu'avec de la persévérance, en poursuivant au besoin à plusieurs reprises les diverticules qui se creusent, en appliquant aux plaies atones des pansements excitants, l'onguent styrax par exemple, on arrive le plus souvent, pour ne pas dire toujours, à la cicatrisation complète. Puis, quand bien même on ne l'obtiendrait pas, en simplifiant le foyer, on supprime les accidents septiques surajoutés et l'on améliore considérablement l'état général du malade. Ce qui doit guider le chirurgien dans la détermination de l'indication opératoire, c'est, ici comme pour les autres tuberculoses locales, la prédominance de la part de l'état local dans la genèse des accidents éprouvés par le malade.

Dans les lésions cutanées de l'anus nous devons distinguer le lupus, extrêmement rare, et la tuberculose proprement dite. Celle-ci se présente sous deux formes, la tuberculose verruqueuse exceptionnelle et la tuberculose ulcéreuse, notablement plus fréquente, puisque personnellement nous en avons recueilli 12 cas. Celle-ci s'est jusqu'ici toujours montrée chez des tuberculeux pulmonaires, et, dans un tiers des cas, chez des diarrhéiques. L'ulcération, qui est franchement une ulcération du canal anal, est caractéristique. On y trouve des bacilles. Histologiquement on y voit, suivant les constatations faites par M. Pilliet sur nos pièces, des follicules tuberculeux, s'agminant, se caséifiant et déversant alors par un pertuis leur contenu entre les bourgeons charnus. A la périphérie il existe une hypertrophie papillaire du derme. Profondément M. Pilliet a noté l'envahissement des sphincters par des bandes embryonnaires, aboutissant à une sorte de sclérose du muscle comparable à la cirrhose hépatique tuberculeuse. Le traitement consiste dans l'extirpation qui peut être suivie de guérison; un de nos malades est encore actuellement, un an et demi après l'opération, radicalement guéri.

Des lésions tuberculeuses comme portes d'entrée dans les maladies infectieuses.

M. Babès. — On sait quelles sont les difficultés que l'on rencontre lorsqu'on veut étudier chez l'homme les associations microbiennes. Tout d'abord, il s'écoule généralement un trop long espace de temps entre la mort et l'autopsie. D'autre part, la grande variété des microbes associés rend leur étude extrêmement laborieuse, surtout en raison des particularités que présentent certains d'entre eux, qui ne poussent pas sur les terrains où d'autres se sont déjà développés.

Au point de vue de la rapidité des autopsies, nous avons inauguré à Bucharest un nouveau système, grâce auquel chaque cadavre est examiné histologiquement et bactériologiquement très rapidement après la mort.

Nous avons pu ainsi, M. Kalindero et moi, nous livrer à des recherches nombreuses, et recueillir quelques observations intéressantes, démontrant nettement que la tuberculose peut créer des portes d'entrée aux maladies infectieuses.

Dans une de ces observations, il s'agit d'une association entre la tuberculose et la fièvre typhoïde. Une jeune femme âgée de vingt-cinq ans, qui depuis plusieurs années présentait des accidents fébriles, vit brusquement sa maladie s'aggraver; en quelques jours la fièvre augmente considérablement, des taches rosées testiculaires apparaissent et l'on constate du gargouillement dans la fosse iliaque droite, très sensible à la pression. Du côté des poumons, il existait en outre des signes stéthoscopiques assez nets au niveau des deux sommets. On pensa à une tuberculose généralisée, et l'on trouva, en effet, des bacilles dans les crachats. Mais, quelques jours plus tard, la malade succomba, et à l'autopsie, on constata l'existence indiscutable des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, en même temps qu'il existait d'ailleurs des lésions tuberculeuses dans les poumons; dans la rate et le foie, on trouva le bacille de Koch et celui d'Eberth associés l'un à l'autre.

Chez un autre malade âgé de soixante-sept ans, pour lequel on avait fait le diagnostic de dysenterie chronique et de tuberculose pulmonaire, nous trouvâmes à l'autopsie des lésions tuberculeuses des poumons, des abcès multiples dans le foie, notablement augmenté de volume, et dans l'intestin grêle et le gros intestin de nombreuses ulcérations grisâtres, au niveau desquelles on constata au microscope des amas de micro-organismes ressemblant à des pneumocoques. On recueillit le pus d'un des abcès du foie, qui atteignait le volume d'une orange, mais les ensemencements restèrent stériles. Il existait donc chez ce malade des lésions nombreuses d'entéro-hépatite suppurée, et la tuberculose pouvait être là encore incriminée comme ayant servi de porte d'entrée.

Une troisième observation nous a montré l'association de la tuberculose avec une infection hémorrhagique, et nous avons pu isoler, à côté des bacilles de Koch, des streptocoques auxquels on ne devait pas hésiter à attribuer la septicémie hémorrhagique.

Je pourrais encore citer d'autres faits analogues, qui prouvent aussi nettement qu'une tuberculose même latente, sans tendance progressive, constitue un danger persistant, en ce qu'elle peut servir de porte d'entrée à d'autres infections.

Sur les trêves de la tuberculose étudiée dans ses manifestations cutanées.

M. Hallopeau (Paris). — Des trêves peuvent se produire dans la plupart des formes de tuberculose cutanée. Ces formes sont multiples : la peau étant un organe complexe, les différentes parties qui la constituent peuvent être affectées isolément et elles réagissent différemment; il faut également tenir compte des régions envahies : la face ne réagit pas comme le font les membres.

Les trêves sont surtout fréquentes dans les tuberculoses qui envahissent la peau secondairement, après avoir primitivement intéressé les parties sous-jacentes telles que le tissu cellulaire, les ganglions lymphatiques ou le squelette; on les observe aussi dans le lichen scrofulosorum.

Elles sont très exceptionnelles dans le lupus, dit scléreux ou verruqueux. On les voit souvent se produire, sous l'influence d'un traitement local destructif ou modificateur, dans le lupus vulgaire : un érysipèle intercurrent peut avoir la même action.

On peut voir actuellement, dans le personnel d'employés de l'hôpital Saint-Louis, une dizaine de lupiques qui ont présenté de ces trêves ; l'un d'eux a été pendant quarante ans exempt de manifestations.

Les récidives à très longue échéance montrent que l'on n'est jamais en droit d'affirmer la guérison complète de cette dermatose.

Dans les formes aiguës et chroniques de lupus érythémateux, il peut également, bien que plus rarement, se produire des trêves.

Ces trêves et les récidives qui leur font suite montrent que le bacille de la tuberculose atténué par sa culture dans la peau peut y persister longtemps à l'état d'inertie, jusqu'au jour où il trouve de nouveau, par le fait de circonstances indéterminées, un terrain favorable. Ces nouvelles poussées peuvent se produire pendant la vieillesse.

On peut se demander, en raison de l'action curative évidente qu'exerce parfois l'érysipèle, si l'on ne serait pas en droit d'inoculer des formes bénignes de cette maladie, aujourd'hui que l'on possède dans les vernis et pommades ichthyolés, grâce à Unna et Juhel-Rénoy, un moyen d'en enrayer la marche dans la plupart des cas ; la gravité et l'extrême ténacité des lupus justifieraient peut-être de pareilles tentatives.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 *août* 1893.

Présidence de M. Léon Le Fort.

Tétanos.

M. Verneuil envoie de Trouville la réponse suivante aux observations présentées à la séance précédente par M. Péan :

Retenu mardi dernier au Congrès de la tuberculose, je n'ai pu entendre le discours où M. Péan a critiqué, sous une forme ironique et agressive et avec le parti pris de nier, de contredire et d'équivoquer, mes opinions théoriques et mes conseils pratiques sur le tétanos.

Sur ce sujet, M. Péan a si mal lu, si peu compris mes travaux, si cavalièrement travesti mes idées et mes paroles, qu'en vérité, je ne perdrai point à le réfuter et à le convertir un temps que je saurai mieux employer. J'ai d'ailleurs, pour garder le silence — et c'est l'avis de tous les gens sérieux et impartiaux que j'ai pris soin de consulter — un motif plus légitime encore.

M. Péan a jugé opportun de glisser subrepticement, dans son discours sur le tétanos, un paragraphe sur l'éternel *pincement des vaisseaux* où il réédite sur mon compte une allégation aussi bouffonne *qu'absolument contraire à la vérité*, contre laquelle, du reste, j'ai protesté par avance, il y a 18 ans, et tout récemment encore, le mois dernier, dans un mémoire *sur la Forcipressure* (Société de chirurgie, 1875) et dans un article de critique et d'histoire intitulé : *M. Péan et la Forcipressure* (Bulletin médical, 14 juillet 1893).

La question historique étant traitée à fond dans ces deux opuscules, je pose le dilemme suivant :

Si M. Péan n'a pas lu mes écrits, il commet une faute assez grave en parlant de moi.

S'il les a lus, la faute devient impardonnable.

C'est donc à lui et non à moi qu'il convient de se justifier.

M. Péan paraît tenir à faire intervenir l'Académie dans notre querelle, croyant sans doute que sa cause n'est pas déjà tout à fait perdue ; alors qu'il accepte et réclame avec moi la procédure que j'ai indiquée à la fin de mon dernier travail, sinon qu'il me laisse en repos.

Quelque parti qu'il prenne, je déclare formellement que je ne répondrai à aucune de ses attaques directes ou indirectes, chargeant le public médical d'en faire bonne justice.

Ovaire calcifié.

M. Polaillon. — J'ai reçu à l'Hôtel-Dieu, le 14 juin, une femme de 26 ans, blanchisseuse, forte, bien portante, bien réglée depuis l'âge de 10 ans, sans antécédents morbides. Mariée depuis sept ans, fausse couche de trois mois provoquée par une chute ; pas d'autre grossesse depuis.

Elle se plaint de douleurs névralgiques dans le bas-ventre, douleurs postérieures de quatre ans à la fausse couche. Jamais d'accidents de péritonite. Depuis quelque temps les douleurs sont continues, partant de la fosse iliaque droite et s'irradiant dans les reins et les parties latérales droites de l'abdomen ; menstrues régulières, mais accompagnées d'une recrudescence des douleurs.

Ventre ballonné, sensible seulement dans la fosse iliaque droite ; pas de tuméfaction, aucune rénitence. Par l'exploration vaginale on constate un utérus mobile, indolore, sans rien d'anormal. Rien d'anormal dans les annexes gauches, mais à la base du ligament large droit contre la paroi antérieure du petit bassin, le doigt rencontre un corps très dur, douloureux au toucher, bosselé à la surface, gros comme une noix.

Le repos et les narcotiques n'améliorant pas la situation, je me décidai à pratiquer la laparotomie, le 14 juillet. En allant à la recherche de la trompe et de l'ovaire droits, je trouve profondément la tumeur, dure, fixée à la paroi antérieure du bassin. Ayant décollé et rompu les adhérences, je sens un calcul qui s'énuclée ; la trompe amenée au dehors, le calcul est enlevé facilement. Ligature du pédicule de la trompe et suture de l'incision abdominale.

Les suites furent simples, les douleurs cessèrent peu à peu. La malade sortit guérie le 1er août.

Le corps pierreux pèse 5 grammes ; il est irrégulier, bombé, avec des circonvolutions en certains points ; il est recouvert d'une couche de tissu cellulaire, s'épaississant en forme de pédicule des parties molles ; il est renfermé dans le pavillon de la trompe dont les franges ont disparu et sont remplacées par une sorte de poche adhérente au pédicule de ce corps. Comme il n'y a nulle part trace d'ovaire, j'estime que cette concrétion est l'ovaire lui-même, atrophié, ayant subi presqu'en totalité la transformation calcaire et s'étant enkysté dans le pavillon de la trompe.

Iodoforme.

M. E. Maurel (Toulouse). — Poursuivant mes recherches sur les leucocytes, j'ai expérimenté successivement : l'action du staphylococcus tel que le donnent les cultures sur gélose, sur les éléments figurés de notre sang ; l'action de l'iodoforme sur ces mêmes éléments ; celle de cet agent sur le staphylococcus par la méthode des cultures et enfin l'action simultanée de l'iodoforme sur les éléments figurés du sang et sur le staphylococcus. Il en est résulté que :

1° On ne peut se baser sur la reproductivité d'un microbe pour apprécier sa virulence ; il devient nécessaire de reconnaître aux microbes pathogènes en général et au staphylococcus en particulier au moins trois propriétés : la virulence (qui est elle-même multiple), la reproductivité et la survivance ;

2° L'efficacité de l'iodoforme contre le staphylococcus, si bien établie par la clinique, est expliquée par ces deux actions qui s'ajoutent : augmentation de l'énergie des leucocytes et diminution de la virulence du staphylococcus.

Revaccination.

M. Créquy. — Une épidémie de variole survenue en 1887, à l'usine à gaz de la Villette, située à 240 mètres de l'hôpital des varioleux d'Aubervilliers, ayant déterminé 42 cas dont 10 terminés par la mort, m'engagea à rechercher approximativement quels étaient les dommages causés par cette maladie sur le personnel de la Compagnie des chemins de fer de l'Est ; ce personnel comprend environ 30,000 agents disséminés dans treize départements. Je reconnus que de 1870 à 1888 il y avait eu plus de 300 cas de variole, dont 40 avaient entraîné la mort, soit environ 16 varioleux par année, dont 2 ou 3 morts et 380 jours d'incapacité de travail.

La Compagnie procéda à une revaccination générale ; 27.000 à 28,000 agents s'y soumirent volontiers ; 2 à 3,000 s'y refusèrent. Il fut décidé, en outre, qu'à l'avenir, aucun candidat ne pourrait être agréé s'il ne présentait un certificat de revaccination.

Deux ans et demi après, il y avait eu dix varioleux, dont

un mort, qui avait précisément refusé de se faire revacciner. Sur les 9 autres malades, 5 s'étaient montrés récalcitrants; il ne restait donc en réalité que 4 agents ayant contracté des varioles très légères, ne donnant que 49 jours d'incapacité de travail, c'est-à-dire moins de deux varioleux et 20 jours par an. Les 3,000 non revaccinés donnaient en réalité 12 fois plus de malades (dont un mort), et 36 fois plus de journées d'incapacité de travail.

Pour assurer le service de revaccination dans toute l'étendue du réseau, sur les 172 médecins de la Compagnie, 40 habitant les centres les plus importants sont désignés comme médecins revaccinateurs, ils reçoivent tous les premiers mardis de chaque mois un tube de vaccin recueilli le lundi et expédié dans la soirée. La pulpe de vaccin n'a pas plus de 24 heures d'existence au moment où elle est employée. Voilà près de 5 ans que ce service fonctionne régulièrement.

En voici les résultats depuis cinq ans : Sur 30,000 agents, il y eut 9 varioleux, qui ont tous guéri. Six s'étaient refusés à la revaccination, 5 d'entre eux furent malades pendant 99 jours, la durée n'est pas indiquée pour le sixième.

Trois auraient été revaccinés, ils perdirent 54 jours de travail pour 2 ans, soit 27 jours par an ; nous sommes donc loin de la moyenne de 380 jours que l'on constatait pour chaque année avant la revaccination. Quant à la mortalité, elle est nulle depuis 4 ans. Actuellement, il existe à peine 2,000 agents qui se sont refusés à la revaccination ; ils ont donné 6 varioleux ; 28,000 revaccinés n'en ont donné que 3, c'est-à-dire environ 20 fois moins. Ces résultats sont surtout remarquables quand on les rapproche de ce qui se passe dans les villes où ils sont disséminés.

Pour 50 localités sur le réseau de l'Est, les médecins signalent 1,321 cas de variole dont 125 se sont terminés par la mort ; et la Compagnie, sur 28,000 agents revaccinés, compte 4 varioleux et pas un décès. J'ai reçu un grand nombre d'observations prouvant que des gens revaccinés avaient pu habiter la même chambre que ceux atteints de variole, sans être eux-mêmes contaminés.

Dans le voisinage de l'hôpital de Langres où la variole a été apportée par deux ouvriers de Dijon, habitait le ménage d'un garde-frein de la Compagnie de l'Est. Le mari et les trois enfants avaient été seuls revaccinés. Trois ou quatre jours après ses couches survenues à cette époque, la femme était prise d'une variole confluente à laquelle elle a cependant résisté, mais le nouveau-né succomba huit jours après sa naissance. Le père et les autres enfants, bien que couchant, faute de place, dans la même chambre, n'ont pas été atteints.

A la Compagnie du Gaz de Paris, les résultats de la revaccination ont été peut-être plus heureux. Depuis 1887, la revaccination a été pratiquée régulièrement et, malgré le voisinage de l'hôpital des varioleux, il n'y a eu que deux cas de variole dont un suivi de mort, mais chez un sujet non revacciné. Depuis un an presque tous les agents de cette Compagnie, qui en compte environ 8.000, ont été revaccinés, et on ne peut y entrer sans présenter un certificat de revaccination. Depuis cette époque, il y a eu un seul cas de variole chez les sujets revaccinés. Or, il ne suffit pas, pour arriver à de tels résultats, de se décider à pratiquer la revaccination dès que l'épidémie apparaît ; ainsi, à l'usine à gaz de la Villette, quand on a pu décider le personnel à se faire revacciner, il y avait déjà 42 cas de variole et 10 morts.

Dans une entreprise de chemin de fer, près de La Fère-en-Tardenois, ayant environ 300 ouvriers, la petite vérole fut apportée par un enfant de deux ans; malgré la revaccination, 11 ouvriers ont été atteints, et l'un d'entre eux a succombé.

Dans tous les centres un peu importants, la vaccination et la revaccination doivent se faire à jour fixe, au moins une fois par mois. La revaccination doit être répétée au moins deux ou trois fois dans le courant de la vie, en se rappelant que c'est surtout en parlant de la variole qu'on peut dire : Il est plus facile de prévenir que de guérir.

Formes éruptives de la dengue.

M. de Brun. — En 1892, à Beyrouth, l'épidémie de dengue a été remarquable par la prédominance, à son déclin, de manifestations cutanées, sous trois formes distinctes : fébrile, apyrétique et exclusivement éruptive.

Dans la première, l'éruption, apparaissant souvent au milieu du cortège symptomatique des dengues sévères, n'est ni constante, ni spéciale à une période déterminée et n'apporte aucune modification aux autres symptômes. Dans la seconde, l'éruption est très fréquente, variée d'aspect, plus ou moins marquée et ne dure que deux ou trois jours avec desquamation légère. Dans certains cas, tout symptôme fait totalement défaut et l'éruption est, en réalité, la seule manifestation de la dengue.

Au point de vue du diagnostic différentiel, la forme fébrile ne peut être confondue qu'avec la variole au début ou le typhus. C'est ainsi qu'observant en même temps l'an dernier quelques cas de cette dernière affection, je méconnus celle-ci pendant quelques jours. On pourrait encore confondre cette forme avec le rash de la grippe, si l'on ne savait que l'éruption de la dengue n'affecte aucune disposition spéciale, et que son début ne se fait pas plus particulièrement par la face que par les membres supérieurs ou le tronc, qu'il n'y a jamais concomitance d'un catarrhe broncho-laryngo-nasal, que l'éruption survient rarement au début de la fièvre et qu'elle est presque toujours suivie de desquamation et de démangeaisons.

Les dengues à éruption rosée ont une certaine analogie avec la rubéole, mais bien vite impossible à admettre.

Quant aux formes apyrétiques de la dengue, on ne saurait les confondre avec les roséoles médicamenteuses, rares et n'affectant pas d'allures épidémiques, ou avec les roséoles infectieuses, moins rapides et sans desquamation ni démangeaison, non plus qu'avec l'urticaire où les démangeaisons surviennent et disparaissent avec l'éruption, ou l'érythème solaire, localisé aux parties découvertes et qui n'est ni contagieux ni épidémique.

L'éruption de la dengue peut-elle être considérée comme une toxidermie consécutive à une infection secondaire et lui appartient-elle en propre ? Contrairement à la grippe, la dengue prête peu aux infections secondaires; sa convalescence n'a d'ordinaire pas de complications. Les prédispositions individuelles ne jouent, pour l'éruption, qu'un rôle restreint; celle-ci tient bien plutôt aux conditions météorologiques. En général, elle est peu fréquente avec les chaleurs de l'été; par contre, les fraîcheurs de novembre et de décembre coïncident tout à la fois avec l'atténuation des symptômes généraux de la maladie et avec l'apparition des formes éruptives.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Fin du 29 juillet 1893.

Microcoque pyogène anaérobie fétide.

M. Charrin. — Les microbes pyogènes ordinaires vivent au contact de l'air; quelques-uns se développent facultativement avec ou sans oxygène. Il en est un, cependant, d'une nature absolument anaérobie, propriété qui, plus d'une fois, a dû le faire méconnaître.

M. Veillon vient d'isoler ce germe chez une malade du service de M. le professeur Bouchard, que je supplée, malade atteinte d'une bartholinite, dont le pus, doué d'une fétidité manifeste, renfermait ce parasite.

Ce germe se colore tant par les diverses couleurs d'aniline que par le procédé de Gram; il se présente sous l'aspect de grains arrondis, le plus souvent ovoïdes, rarement allongés, tantôt isolés, tantôt en courtes chaînettes. Pour le cultiver, on est rigoureusement obligé de recourir aux procédés réservés aux anaérobies (sulfo-indigonate, huile, couche épaisse de gélose, de gélatine, etc.).

L'inoculation sous-cutanée de ces cultures pures, nettement fétides, provoque, chez le cobaye, une suppuration également fétide.

Dans trois autres cas, cet agent a été retrouvé; mais il était alors associé au streptocoque du pus.

Peut-être s'agit-il là du microbe décelé par Rosenbach dans une dent cariée? Toutefois, les caractères indiqués par cet auteur sont trop rudimentaires pour permettre d'établir une comparaison.

Ces faits montrent le genre de certaines suppurations d'une fétidité marquée. On cultive à la surface de l'agar, et, comme rien ne pousse, on déclare le liquide stérile; on suppose que les germes sont morts, soit parce qu'ils étaient trop anciens, soit parce que le pus est bactéricide, soit parce que les phagocytes les ont détruits; on imagine encore qu'ils peuvent être inclus dans les parois ou qu'on est en présence d'amibes, etc. Ce qu'il convient d'accuser, c'est l'insuffisance des recherches et de la technique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 26 juillet 1893.

PRÉSIDENCE DE M. CORDIER

Rétrécissement de l'artère pulmonaire.

M. Pic présente le cœur d'un malade mort dans son service à la suite d'une tuberculose pulmonaire consécutive à un rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. Ce malade, qui avait été infirmier dans les hôpitaux de Paris et qui avait fait différents séjours dans les hôpitaux de Lyon, était connu de plusieurs médecins qui n'avaient pas tous été d'accord sur le diagnostic. Indépendamment du souffle systolique râpeux siégeant dans le deuxième espace intercostal et d'autres signes de rétrécissement pulmonaire, il existait un signe difficile à interpréter, à savoir la propagation du souffle dans les carotides. M. Pic pense que cette propagation devait être produite par le fait de la transmission par la voie solidienne des vibrations dont le siège était l'orifice pulmonaire. En outre de son rétrécissement, le malade présentait une absence de la partie postérieure de la cloison inter-auriculaire, et cependant pendant sa vie il n'avait présenté à aucun moment de symptômes de la maladie bleue.

Le malade est mort tuberculeux et non pas cardiaque, il n'a jamais présenté d'asystolie. Ce fait est donc un nouveau cas où se vérifie la loi de Tripier sur la non-coexistence d'évolution des maladies cardiaques et de la tuberculose.

M. Bard dit que l'absence de cyanose était due à ce fait qu'il n'existait pas d'hypertrophie du cœur droit. Il a démontré dans un mémoire de la *Revue de médecine* fait en collaboration avec M Curtillet que les symptômes de cyanose n'apparaissent que lorsque le sang veineux se mélange réellement au sang artériel, ce qui n'a lieu que si la pression est plus forte à droite qu'à gauche. Il ne suffit pas que le mélange soit possible par suite d'une imperforation, il faut encore que ce mélange se fasse de droite à gauche.

M. Lépine relève le mot de « loi de Tripier » qu'a prononcé M. Pic. Il dit qu'il est connu depuis longtemps que le rétrécissement de l'artère pulmonaire s'accompagne de tuberculose, alors que les lésions mitrales sont un obstacle au développement des bacilles tuberculeux dans le poumon, probablement en raison de l'inhibition de ce viscère par une sérosité abondante.

M. Bard dit que M. Tripier a simplement voulu dire que les lésions cardiaques et tuberculeuses n'évoluent pas simultanément. En pratique, lorsqu'on fait le diagnostic d'endocardite en même temps que celui de tuberculose,il faut se méfier, car l'une des deux maladies n'existe pas : ou bien ce sont les lésions du cœur qui évoluent tandis que la lésion pulmonaire que l'on croit être de la tuberculose n'en est pas en réalité, ou bien il s'agit réellement d'une tuberculose pulmonaire et dans ce cas les lésions du cœur n'évoluent pas, elles sont simplement de vieilles lésions cicatricielles. C'est cela qu'a voulu dire M. Tripier dans son mémoire intitulé : « De la fausse coïncidence des lésions cardiaques et tuberculeuses ».

Traitement de la tuberculose par l'aération permanente.

M. Mouisset fait une communication sur le traitement des tuberculeux par l'aération permanente de l'asile Sainte-Eugénie. Il relate les observations de douze malades traités dans le pavillon ouvert construit dans des conditions analogues à celles qui existent dans les sanatoria de Gœrbersdorf, Falkenstein, Davos, etc. La plupart des malades ont été améliorés. La toux et l'expectoration ont diminué; le poids des malades a augmenté.

M. Mayet fait remarquer que cette communication est une condamnation des hôpitaux urbains; il croit qu'il serait plus utile de démolir l'Hôtel-Dieu que de lui ajouter des dômes nouveaux; il déplore la façon dont est géré le bien des pauvres et demande ce que devient l'idée de la construction des pavillons d'isolement pour les convalescents de la diphthérie. Du reste, dit-il, un conseil d'administration où les médecins sont en infime minorité, n'est pas compétent pour juger les questions d'hygiène.

Porte-crayon intra-utérin.

M. Répelin, interne des hôpitaux, présente un instrument construit sur les indications de M. le professeur Laroyenne pour introduire des crayons dans la cavité utérine. Ce porte-crayon a la courbure d'un hystéromètre. Il est constitué par une canule métallique dans laquelle glisse un mandrin terminé par un bout olivaire. On introduit l'instrument complet, puis on retire le mandrin; on place le crayon dans la canule et on le pousse avec le mandrin. A mesure que le crayon pénètre, on retire la canule tout en continuant à maintenir le crayon en place avec le mandrin.

Perfectionnement apporté au pansement de Mikulicz.

M. Fabre fait une communication sur un perfectionnement apporté au pansement de Mikulicz après les laparotomies.

Ce procédé consiste à placer à la partie inférieure de la plaie, dans l'espace réservé aux mèches de gaze iodoformée, un certain nombre de fils de suture à points séparés sur le péritoine, sur les aponévroses et sur la peau, mais en ayant soin de ne pas nouer ces fils. Au bout de trois à quatre jours, on enlève le mikulicz, on noue les fils et l'on obtient une réunion de la plaie qui est aussi solide que les réunions par première intention avec triple étage de sutures; on évite de cette façon les éventrations, les fistules et les étranglements qui sont un des inconvénients du pansement de Mikulicz. M. Laroyenne, dans le service duquel ce procédé a été inauguré, pense que cette modification rendra de très grands services. Il emploie très souvent le tamponnement de Mikulicz qu'il considère comme un pansement qu'il est toujours prudent de faire lorsqu'une opération a été un peu longue ou lorsqu'il s'est écoulé du liquide dans le péritoine, mais il était arrêté quelquefois par la crainte de voir survenir une fistule. Avec la modification que signale M. Fabre, cette crainte n'entre plus en ligne de compte et les cas où l'on aura recours au pansement de Mikulicz seront de plus en plus nombreux, pour le plus grand avantage des malades.

Il est nécessaire de placer les fils au moment de l'opération, d'abord pour diminuer les douleurs et aussi parce qu'au moment où on enlève le mikulicz les plans de la paroi abdominale sont difficiles à reconnaître. Dans un certain nombre de cas, M. Laroyenne a employé le catgut chromique, mais une fois, ayant attendu jusqu'au huitième jour pour faire la suture, les fils se sont cassés; aussi, à l'avenir, se propose t-il d'employer le crin de Florence.

Séance du 12 juillet 1893.

Longue contagiosité de la diphthérie.

M. Tézenas a examiné au point de vue bactériologique la gorge de 50 enfants guéris de diphthérie et il a trouvé que le bacille de Lœffler persistait longtemps; dans un cas, cinquante-trois jours.

Ce sont surtout les cas de coryza post-diphthéritique qui sont dangereux.

M. Bard voudrait que les bactériologistes fissent parallèlement aux recherches de bacilles des enquêtes sur les cas qui ont réellement été l'origine de foyers épidémiques. Il ne croit pas que la présence de bacilles soit un argument suffisant pour déclarer un malade dangereux; il peut y avoir des bacilles non virulents et peut-être même des diphthéries sans bacilles.

M. Courmont dit que la méthode des enquêtes est très imparfaite; la constatation des bacilles est le seul moyen scientifique qui permette de diagnostiquer sûrement les cas suspects. Si M. Bard ne croit pas à la spécificité du bacille de Lœffler, c'est à lui à démontrer qu'il existe des angines diphthéritiques pouvant créer des foyers épidémiques et dus à d'autres microbes.

LOUIS DOR.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE MÉDICALE

Gastropathies et phthisie pulmonaire. Communication au Congrès de la tuberculose, par M. le professeur Hayem.

Tous les praticiens savent, depuis longtemps, que les phthisiques sont atteints fréquemment de troubles gastriques, et que les désordres des digestions constituent, dans la tuberculose pulmonaire, une cause d'affaiblissement contre laquelle il est nécessaire de lutter.

Laissant de côté l'historique de ces études, je me bornerai à résumer les résultats de mes recherches personnelles; ils sont basés sur 80 observations dans lesquelles les phénomènes gastriques ont été minutieusement analysés à l'aide des méthodes les plus récentes.

A ce point de vue, les tuberculeux peuvent être classés en deux catégories :

Tantôt ils sont au début et il est difficile de constater chez eux les signes de la tuberculose; tantôt cette affection est avancée et son diagnostic n'est pas douteux.

Dans un premier groupe je rangerai les gastropathiques chez lesquels la phthisie pulmonaire est imminente.

Ils sont au nombre de 32. Dans 21 cas, la tuberculose pulmonaire est restée douteuse ou peu accusée. Dans les 11 autres cas, la tuberculose pulmonaire, qui était douteuse au début, s'est affirmée par des signes de plus en plus nets.

Des 21 premiers malades, 12 étaient hyperpeptiques, 8 hypopeptiques et 2 apeptiques.

Des 11 malades devenus nettement tuberculeux, 3 étaient hyperpeptiques, 8 étaient hypopeptiques et, chez 4 d'entre eux, l'hypopepsie allait jusqu'à l'apepsie.

Faut-il conclure de ces chiffres que l'hypopepsie constitue une prédisposition à la tuberculose? Je ne le pense pas. Ces chiffres indiquent simplement que la gastropathie précédant la tuberculose peut avoir une forme symptomatique quelconque. Si elle se révèle souvent par l'hypopepsie, cela tient à ce que l'affection gastrique est souvent très ancienne quand la phthisie se montre. Banales sont aussi les lésions des gastropathies des tuberculeux : ce sont celles des gastrites chroniques ordinaires.

Mon second groupe, comprenant les malades déjà nettement tuberculeux, est constitué par 48 observations; 15 fois les malades étaient hyperpeptiques, 33 fois le type chimique était celui de l'hypopepsie, et 12 fois cette hypopepsie allait jusqu'à l'apepsie. Chez la plupart des malades, les signes étaient ceux de la gastrite mixte vulgaire. Plusieurs fois le traitement antidyspeptique a transformé le type hypopeptique en type hyperpeptique.

Quand on analysait les observations, on constatait que les causes de la gastropathie étaient des causes vulgaires, banales. A l'hôpital, c'étaient l'alcoolisme et le tabagisme; en ville, les infractions aux règles de l'hygiène et surtout l'abus des médicaments.

Les lésions sont également vulgaires; ce sont celles de la gastrite mixte, à la fois interstitielles et parenchymateuses. Cependant, elles peuvent exceptionnellement se compliquer d'altérations particulières. Chez un phthisique qui a succombé à une méningite tuberculeuse, il existait une dégénérescence amyloïde avancée des vaisseaux de toute la muqueuse gastrique. Chez un autre, les glandes étaient le siège de lésions qu'on pouvait attribuer à une gastrique infectieuse. Enfin, dans un troisième cas, il existait une ulcération tuberculeuse de la muqueuse. En somme, ce sont là des lésions rares qui viennent se greffer sur une gastrite chronique plus ou moins avancée.

Dans l'immense majorité des cas, voici ce que la clinique nous enseigne à l'égard des rapports qui existent entre des gastropathies et la tuberculose pulmonaire :

Une affection stomacale, dont la cause est variable, débute dans l'enfance ou au moment de l'adolescence et entretient un état de débilité générale. A un certain moment surviennent des signes de tuberculose, parfois nets d'emblée, dans d'autres cas simplement douteux.

Dès qu'on redoute la tuberculose ou qu'on en relève les symptômes caractéristiques, on institue une médication active : régime copieux, multiplication des prises d'aliments, administration par la bouche de médicaments irritants.

Lorsque l'affection gastrique est restée méconnue jusqu'alors, ce qui est fréquent, elle se révèle alors et c'est ainsi que se montrent les symptômes décrits par M. Marfan sous le nom de syndrome gastrique initial de la phthisie.

Ces phénomènes cliniques, on les observe plus souvent chez les malades de la ville qu'à l'hôpital; ils consistent habituellement en un état d'irritabilité gastrique plus ou moins prononcée, état qui peut se voir non seulement chez les tuberculeux, mais encore, d'une manière plus ou moins passagère ou durable, chez nombre de dyspeptiques non tuberculeux. Il était naturel de chercher à rattacher cette explosion de phénomènes gastriques au travail pathologique s'effectuant dans le poumon. L'examen des faits montre que cette influence n'existe pas en réalité; qu'elle a été admise sous l'empire d'idées purement théoriques.

Dans la plupart des cas, sinon dans tous, il est facile de reconnaître que l'affection gastrique n'est pas récente; que les troubles en question marquent simplement une phase d'exacerbation d'une gastropathie déjà ancienne, existant parfois depuis un grand nombre d'années. Nous venons d'en indiquer la cause; elle est le résultat de l'intervention d'un régime mal approprié et surtout de l'usage de médicaments plus ou moins irritants. Cela est si vrai, qu'il suffit de suspendre l'administration de ces médicaments pris par la bouche, et d'instituer un régime convenable, pour les voir rétrocéder plus ou moins rapidement. La tuberculose ne me paraît donc pas, du moins au début, retentir d'une manière évidente sur l'état gastrique.

Au contraire, j'ai été souvent étonné de constater une gastropathie latente, déjà ancienne, ayant entraîné une dilatation notable de l'estomac, chez des malades présentant des lésions pulmonaires non équivoques. Dans quelques cas même, lorsqu'on écarte avec soin toutes les causes d'irritation gastrique, on voit s'amender les phénomènes dyspeptiques au moment où une tuberculose pulmonaire, jusque-là douteuse, s'affirme par des signes certains, voire même par de petits mouvements fébriles.

Tous les praticiens n'ont-ils pas remarqué, d'ailleurs, que certains phthisiques, alors même qu'ils ont de la fièvre depuis plusieurs semaines, quelquefois depuis plusieurs mois, supportent une alimentation intensive que les sujets bien portants digéreraient avec peine ?

La tolérance gastrique est vraiment surprenante dans bien des cas et il me semble que la tuberculose pulmonaire, au début, est, de toutes les maladies graves, celle dont l'influence sur les phénomènes digestifs est la moins prononcée. Plus tard, lorsque la tuberculose est très avancée, la gastrite paraît s'accentuer, mais ce n'est peut-être encore là qu'une apparence. Les phénomènes dyspeptiques peuvent, en effet, se rapporter à bien d'autres causes qu'aux progrès de la gastrite chronique. Beaucoup d'entre eux sont évidemment d'origine réflexe. D'autres sont sous la dépendance d'infections secondaires.

Cette étude me paraît compter un certain nombre de conclusions pratiques :

Nous dirons tout d'abord, qu'en faisant abstraction des lésions rares qui peuvent se développer dans l'estomac des tuberculeux, et qui ne sont que des trouvailles d'autopsie, la gastrite des phthisiques est une gastrite mixte vulgaire relevant des causes habituelles donnant naissance à cette affection.

Cette gastrite semble créer un terrain favorable au développement de la tuberculose en affaiblissant la résistance de l'organisme. Elle est souvent latente, de sorte qu'elle n'a pas été diagnostiquée au moment où éclate la tuberculose. La connaissance de ces gastropathies latentes n'est pas à dédaigner. En effet, si quelques médecins disent : Qu'importe la dyspepsie? si le malade ne s'en aperçoit pas ; c'est là une erreur clinique importante. Sans compter que ces gastropathies, d'abord latentes, peuvent, à un certain moment, aboutir aux états dyspeptiques les plus graves, et qu'il faut songer à ce fait qu'elles peuvent ouvrir la porte à plusieurs maladies graves, entre autres à la tuberculose pulmonaire.

La forme qu'affecte la gastropathie est sans rapport avec la forme ou avec la marche de la tuberculose pulmonaire.

Lorsqu'on envisage les malades des hôpitaux, on pourrait croire que la gastrite alcoolique prédispose plus que toute autre à la tuberculose pulmonaire et qu'elle favorise d'une manière évidente le développement des formes graves à évolution rapide. En réalité, l'alcoolisme chronique ne porte pas ses effets uniquement sur l'estomac, il modifie l'organisme entier. La question est complexe et la résistance de l'économie est affaiblie, dans ce cas, par des causes multiples.

Il est toujours difficile de se prononcer sur la valeur d'un traitement, lorsqu'on parvient à enrayer le développement d'une maladie confirmée ; à plus forte raison faut-il être très circonspect lorsqu'on veut porter un jugement sur une méthode prophylactique. Ce sont ces considérations qui me font mettre des réserves dans l'expression de l'opinion suivante.

Je crois pouvoir dire, cependant, qu'un des meilleurs moyens d'éviter l'apparition de la tuberculose pulmonaire chez les prédisposés, consiste à traiter la gastropathie qui la précède souvent de plusieurs années. Si je ne m'abuse, j'ai vu un bon nombre de jeunes gastropathes échapper à la phthisie qui les menaçait en se soumettant à un traitement antidyspeptique convenable. Il me semble même que ce traitement peut, à lui seul, dans certains cas, enrayer une tuberculose non fébrile au début.

Les cures climatériques, les voyages sur mer et peut-être aussi certaines cures thermales agissent surtout en modifiant avantageusement l'état dyspeptique et en augmentant ainsi les forces de résistance de l'organisme.

En tout cas, on devra toujours s'inquiéter avec grand soin de l'état gastrique des phthisiques. J'estime qu'on a réalisé à cet égard un progrès considérable en introduisant certains médicaments actifs par d'autres voies que la bouche. Ces nouveaux procédés thérapeutiques n'ont pas seulement l'avantage de permettre l'emploi de plus fortes doses, ils écartent, de plus, de l'estomac les irritants capables d'aggraver la dyspepsie et de diminuer ainsi les moyens de lutter.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Troisième session tenue à Paris du 27 juillet au 2 août.

(Suite et fin.)

Des avantages du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

M. Arthaud, après avoir repris l'étude des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire et rappelé son travail sur la période d'invasion de cette maladie, dit que le diagnostic précoce présente un grand intérêt dans les deux cas suivants : lorsque la tuberculose est dans la période d'invasion, car une thérapeutique active peut alors enrayer la maladie, et lorsque le processus tuberculeux en est arrivé au stade de sclérose. Dans ce dernier cas, en effet, on a l'habitude de considérer les malades comme guéris, car les phénomènes généraux s'amendent, mais il n'est pas rare de rencontrer des sujets guéris en apparence et chez lesquels existe encore de la dyspnée causée par une destruction du tissu pulmonaire.

L'orateur insiste sur les caractères qui permettent un diagnostic rétrospectif, lequel n'est pas sans importance lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose pouvant nécessiter une intervention chirurgicale.

Pronostic de la tuberculose.

M. Arthaud. — Le pronostic dans la tuberculose résulte surtout de deux facteurs principaux : 1° la dénutrition organique ; 2° l'étendue de poumon lésé. Pour la dénutrition, le moyen de graduer est la balance, mais il faut tenir compte des normales correspondantes. Un homme adulte pèse en général autant de kilos qu'il a de centimètres en plus du mètre dans sa taille et à tous les âges on obtient une formule plus complexe qui permet néanmoins d'évaluer le poids normal.

Chez le malade, l'expérience démontre les deux lois suivantes : 1° tout tuberculeux qui perd la moitié de son poids est en imminence de mort ; 2° tout malade qui a perdu le quart de son poids est en danger de récidive et le poids doit être relevé le plus vite possible en tenant compte des difficultés accessoires (dyspepsie, vomissements, etc.). A cette zone limite il y a danger. Le régime alimentaire convenable se traduit par la simple ration normale : un kilo de pain et 400 grammes de viande.

Au point de vue du deuxième point, l'étendue des lésions pulmonaires, l'appréciation est difficile, mais non impossible tout d'abord par l'auscultation en reportant sur un schéma de Lasègue les lésions trouvées. Pour cela, il faut cependant tenir compte des trois zones que l'on rencontre dans un poumon tuberculeux : la zone de râles, la zone de rudesse et la zone d'obscurité ; les deux premières dont la valeur est connue ; la troisième dont l'interprétation peut être discutée. Il correspond, selon l'auteur, à des scléroses anciennes. En examinant l'ensemble des lésions, on trouve la loi suivante : Un malade ne peut guérir s'il présente une perte supérieure à un poumon.

Il y a un procédé plus simple de calculer l'étendue des parties détruites au moyen de la tachycardie des tuberculeux ; fait constant d'après l'auteur, et qu'il interprète comme un moyen de régulation en vertu de la loi de Marey et du besoin de conserver le rapport de la respiration et du pouls.

Sauf troubles nerveux, on peut dire que le tableau suivant est exact ; bien entendu à l'état apyrétique :

1/3	de poumon perdu	donne	70	pulsations.
1/2	—	—	100	—
3/4	—	—	110	—
1	—	—	120	—

Par conséquent, un malade qui présente la tachycardie à 120 pulsations est à la limite qui sépare les malades pouvant être sauvés de ceux pour lesquels le pronostic est grave.

De plus, en dehors des dangers inhérents à leur lésion étendue les tuberculeux avancés peuvent succomber à une lésion cardiaque, à la dilatation brusque du cœur, quand on les laisse vaquer à des occupations pénibles.

Foie capitonné tuberculeux.

M. Hanot. — Dans les autopsies de tuberculeux que j'ai faites à Saint-Antoine, j'ai trouvé 6 fois des foies lobulés d'un aspect particulier et M. Brissaud en a trouvé un septième cas tout récemment. C'est là une rareté chez l'homme dont M. Cruvelhier a fait mention le premier; Frerichs le considère aussi comme une exception et en fait une lésion congénitale, opinion que je partage.

Ces 7 cas ont été observés chez des tuberculeux. Il y a donc là une relation bizarre entre cette lésion du foie et la tuberculose. Il y aurait d'ailleurs fort à dire sur les lésions congénitales de la tuberculose, altérations du thorax, du crâne, du squelette, etc., détériorations qui sont attribuables à la diathèse.

En présence de ces coïncidences singulières, pourquoi trouve-t-on cette lésion si spéciale, uniquement chez les tuberculeux? L'examen histologique montre que le tissu du foie est divisé par la sclérose des grands espaces et il n'y a pas la moindre lésion tuberculose du foie. L'aspect capitonné est dû à une cirrhose des grands espaces non en rapport avec l'alcoolisme. C'est là un chapitre des scléroses si fréquentes chez les tuberculeux et qui atteignent les reins, la rate. Il est probable que chez beaucoup de tuberculeux le sang est altéré par des toxines provenant de bacilles de Koch et autres et dans ce cas il faudrait admettre que ce sang a altéré les espaces portes et les vaisseaux contenus.

Il est une raison supplémentaire pour cette hypothèse. Les foies de tuberculeux étant mal formés ont une tare congénitale qui les rend plus impressionnables à l'adultération par le sang chargé de toxines. Il est donc possible de trouver chez les tuberculeux une lésion congénitale du foie dans lequel le sang qui sclérose irrite les tissus hépatiques.

M. Brissaud me montra un foie provenant d'un syphilitique, mort de lésions fort graves; le foie était lobulé. Le malade était un phthisique avéré. C'était donc encore un foie lobulé tuberculeux.

Si la lésion tuberculeuse s'ajoute à un foie tuberculeux ainsi modifié, on se trouvera en présence de ce que j'ai appelé le foie ficelé tuberculeux. Mais ce dernier peut être tout à fait indépendant du foie tuberculeux capitonné. En tout cas, ce qui est essentiel, c'est de ne pas confondre la cirrhose capitonnée ou le foie ficelé avec le foie syphilitique. Il reste donc évident qu'il y a un rapprochement très étroit entre le foie capitonné et la tuberculose.

M. Morau. — En injectant aux lapins des toxines secondaires de bacilles tuberculeux, j'ai pu me rendre nettement compte du pouvoir sclérosant de ces toxines sur les grands espaces vasculaires hépatiques, et cela presque dès le début de mes recherches. Je demanderai à M. Hanot s'il n'a pas aussi observé que le protoplasma des cellules hépatiques est atteint de dégénérescence vitreuse, comme le fait a eu lieu dans mes expériences.

M. Hanot. — L'altération vitreuse est un fait connu depuis longtemps dans les maladies infectieuses du foie. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que M. Morau l'ait rencontré dans ses expériences et qu'elle existe aussi dans le foie capitonné tuberculeux.

Sperme tuberculeux.

M. Aubeau (Paris), s'appuyant sur la constatation de l'existence de bacilles de Koch dans le sperme d'un malade chez lequel on n'avait pas relevé de signes de tuberculose, insiste sur l'importance que peuvent avoir dans le diagnostic de la tuberculose les examens du sperme, ainsi que ceux du sang, dans lequel il admet, chez les tuberculeux, la présence de zooglées, de microcoques ou de cocci-bactéries, qu'il considère comme des formes du microbe de la tuberculose, dont le polymorphisme n'est pas douteux pour lui.

M. Verneuil fait observer qu'il aurait certainement été intéressant d'examiner minutieusement et de suivre pendant un certain temps le malade chez lequel on avait trouvé des bacilles dans le sperme, de façon à rechercher les lésions locales susceptibles d'expliquer l'existence de ces bacilles.

M. Straus pense également, en présence de l'abondance des bacilles dans les préparations sur lesquelles M. Aubeau a cru pouvoir baser ses assertions, qu'il n'est guère admissible d'expliquer leur origine autrement que par l'existence d'un foyer de tuberculose génitale qui a échappé à l'examen clinique.

Infections secondaires de la tuberculose pulmonaire.

M. H. Morau a pu recueillir dans les cavernes tuberculeuses, cultiver et isoler d'après les méthodes ordinaires, des microbes dont la liste comprend par ordre de fréquence, outre le bacille de Koch, le streptocoque pyogène, le staphylocoque pyogène, le pneumocoque, le diplobacille de Friedlænder, le bacille pyocyanique, le microcoque tétragène, un bacille extrêmement grêle, liquéfiant la gélatine et lui donnant une teinte verte, des protéi, des aspergilles jaunes et noirs, des sarcines, des leptothrix, l'oïdium albicans, une levure rose sous forme de gros grains sphériques, un bacille grêle donnant sur la gélatine des plaques jaune citron et la liquéfiant, une culture blanc grisâtre formée de filaments lâches, avec renflements ovoïdes et exhalant une odeur fétide.

Avec M. Launois il a cherché à établir le rôle pathogène de ces divers micro-organismes agissant soit par leur présence même, soit par les produits qu'ils peuvent élaborer dans les infections secondaires observées au cours de la tuberculose pulmonaire. Dans une première série d'expériences, des bouillons où ont été ensemencées les quatorze espèces précitées ont été abandonnés à eux-mêmes, puis filtrés et injectés par gouttes à des lapins. Parmi les altérations viscérales observées, la plus importante est notée du côté du foie, où on trouve une infiltration embryonnaire autour des veines sus-hépatiques et autour des branches terminales de la veine porte. Dans une deuxième série, les injections pratiquées à l'aide de cultures pures, anciennes et filtrées de streptocoque pyogène, ont déterminé de l'hyperhémie, de la dyspnée, de l'exorbitisme et une dilatation considérable des vaisseaux, phénomènes qui rappellent ceux que M. Bouchard attribue à l'ectasine. Dans les viscères des animaux sacrifiés après une série d'injections, on observe des lésions plus ou moins étendues, et comme précédemment, c'est le foie qui présente les plus intéressantes. L'infiltration embryonnaire péri-vasculaire est plus marquée, il y a une accumulation de leucocytes à l'intérieur et à la périphérie des vaisseaux; les cellules hépatiques perdent leurs contours; leur protoplasma semble devenu homogène, transparent et comme vitreux. En certaines régions même, les cellules semblent avoir subi la dégénérescence amyloïde, mais c'est là un point que nous cherchons à élucider plus complètement et qui doit faire l'objet de communications ultérieures.

Sur un cas de tuberculose musculaire primitive propagée aux synoviales tendineuses.

M. Lejars (Paris). — J'ai eu l'occasion d'étudier une variété spéciale de synovite tuberculeuse, à laquelle on peut donner le nom de synovite tuberculeuse d'origine musculaire. Cette forme s'est présentée à mes observations dans le cas suivant :

Il s'agissait d'une femme de quarante-huit ans, tuberculeuse à un degré très avancé, et atteinte d'une tumeur blanche du genou, qui nécessita une résection, suivie d'une amputation de cuisse. Elle présentait, en outre, sur la face externe de l'avant-bras gauche une tumeur molle, fluctuante, recouverte d'une peau normale et ressemblant à un abcès froid. Nous dûmes faire une incision très profonde, pour donner issue à une collection purulente développée dans un vaste décollement intramusculaire; la cavité fut grattée soigneusement et bourrée de gaze iodoformée. Trois ou quatre semaines plus tard, on constata un empâtement sur la face dorsale du poignet gauche et l'on vit se former une tumeur oblongue, attenant aux tendons extenseurs et mobile avec eux, présentant en un mot tous les caractères d'une synovite fongueuse. Une incision fit écouler un peu de pus. La malade ne tarda pas à succomber, et dans la partie intermédiaire entre la synovite fongueuse, péritendineuse de la face dorsale du poignet et les lésions tuberculeuses des muscles de la face postérieure et de la face externe de l'avant-bras, on voyait toute une série de nodules tuberculeux, situés dans l'épaisseur des tendons et reliant ainsi l'une à l'autre la tuberculose musculaire et la tuberculose synoviale, dont l'origine musculaire se trouvait dès lors nettement démontrée.

Tuberculose de la verge.

M. Malécot. — La tuberculose de la verge est extrêmement rare. L'observation suivante mérite donc d'être rapportée, car les symptômes cliniques et les inoculations expérimentales ne laissent aucun doute sur la nature tuberculeuse de l'affection.

Il s'agit d'une ulcération du gland, ayant les dimensions d'une pièce de 20 centimes environ, circonscrivant à peu près régulièrement le méat et faisant paraître le gland comme sectionné perpendiculairement à son extrémité. Les bords sont légèrement dentelés, non décollés, plutôt décolorés, présentant en certains points de très légères saillies qui font corps avec le fond. Ce fond est uniformément lisse, pâle, avec quelques vascularisations autour du méat qui semble légèrement rétracté. Bords et fond sont constamment souillés par l'urine, mais ne sécrètent point de pus ; remarque importante, ils sont souples, non douloureux, même à la pression, et il n'y a aucun engorgement ganglionnaire.

Le porteur de cette ulcération, qui l'avait remarquée depuis près d'un an, était un adolescent de race juive, qui avait été circoncis, selon le rite de sa religion, le huitième jour après sa naissance. L'aspect de l'ulcération, sa souplesse, l'absence d'engorgement ganglionnaire, excluaient la possibilité d'un chancre induré ; le fond lisse, l'absence de suppuration, la régularité et l'état de bonne conservation des bords faisaient rejeter celle d'une chancrelle. Un minutieux interrogatoire nous apprit alors que depuis trois ans le malade souffrait de troubles vésicaux dont il ne nous avait point parlé tout d'abord ; les mictions étaient fréquentes, douloureuses, les urines souvent sanguinolentes et, depuis dix-huit mois environ, était survenue une incontinence d'urine diurne et nocturne. La face était pâle, amaigrie, mais il n'y avait point de lésions pulmonaires. Nous pensâmes alors à la possibilité d'une ulcération tuberculeuse et, partant, à la nécessité d'inoculations expérimentales pour établir sûrement ce diagnostic. Ces inoculations, pratiquées à l'Institut Pasteur, par le Dr Queyrat, ont toutes été positives. Les cobayes inoculés sont devenus tuberculeux ainsi que l'a prouvé leur autopsie et l'examen bactériologique des viscères. Quant au malade nous ne l'avons revu qu'une fois, un an après ces recherches. Son ulcération, qui d'ailleurs n'avait pas été traitée, conservait les mêmes caractères, des troubles vésicaux persistaient, mais son état général était devenu meilleur sous l'influence d'une médication générale appropriée.

Prostatite tuberculeuse.

M. Desnos. — On confond souvent la prostatite tuberculeuse avec la prostatite blennorrhagique. Cette dernière affecte deux formes, l'une ordinairement décrite, dont les caractères principaux sont un gonflement de la glande et l'expulsion de liquide pendant la défécation. Dans une autre forme moins connue, le volume de la glande est normal ou même atrophié ; on y constate des points indurés, de petites masses qui se présentent sous une forme allongée, occupent l'un ou les deux bords latéraux de la glande, qu'ils semblent comme encadrer. Il y a là quelques caractères analogues à ceux de la tuberculose, mais l'absence d'envahissement des vésicules, la localisation latérale et linéaire si particulière, l'absence de douleurs à la pression les distinguent nettement.

Le traitement de la prostatite tuberculeuse est différent quand elle succède à la blennorrhagie ou quand elle est spontanée. Dans le premier cas, il faut tarir la suppuration uréthrale qui crée un milieu favorable au développement tuberculeux. Une médication locale est nécessaire, mais certains agents doivent être écartés, car ils sont absolument nuisibles ; en première ligne, le nitrate d'argent qui nécrose facilement la muqueuse et met à nu la production tuberculeuse. Il n'en est pas de même du sublimé, soit en instillations, soit en lavages qui peut être considéré comme le médicament de choix. Quand la tuberculose prostatique est spontanée, l'abstention de toute manœuvre intra-uréthrale est la règle et le traitement général est seul indiqué ; toutefois l'intensité des symptômes, douleur et suppuration, peut amener à intervenir, mais avec les plus grands ménagements et la plus grande surveillance.

On peut peut-être espérer aujourd'hui une régression des productions tuberculeuses en employant la méthode sclérogène du professeur Lannelongue. Trois voies sont possibles pour aborder la prostate : le rectum, voie qui n'assure pas l'asepsie et qui m'a donné deux bons résultats et un abcès qui a guéri d'ailleurs, voie qu'il vaut mieux ne pas suivre ; par la vessie, après la taille hypogastrique, on découvre la prostate par sa face supérieure ; si on est amené à ouvrir la vessie pour une raison quelconque, ainsi que je l'ai fait pour une cystite douloureuse, on peut en profiter pour injecter le chlorure de zinc. Mais la voie de choix est la région périnéale après incision analogue à celle de la taille, qui met à découvert la glande et permet d'agir à coup sûr. Après une réaction inflammatoire de deux à trois jours, les productions s'indurent et s'atrophient en deux à cinq semaines.

Traitement de la tuberculose primitive du testicule par les injections de chlorure de zinc.

M. Ozenne. — L'année dernière j'ai appliqué ce traitement sur un jeune homme, dont la tuberculose avait envahi l'épididyme et le canal déférent; j'en ai donné les résultats favorables à l'Académie six mois plus tard, et depuis cette époque l'amélioration, qui s'était alors produite, s'est encore accrue. Actuellement aucune poussée nouvelle n'est survenue.

Il y a cinq semaines, j'ai soumis aux mêmes injections un autre malade porteur d'une tuberculose naissante de la même région. Le seul résultat que je puisse dès maintenant signaler est la disparition de la gêne pénible qui était ressentie dans les bourses.

A ces faits personnels j'en ajouterai quelques autres, dont j'ai eu récemment connaissance. Dans l'un il s'agit d'un malade de M. le Dr Bourdier, d'Arcachon, qu'il m'a adressé il y a près de trois mois; je passe sur l'observation qui sera publiée prochainement dans une thèse que prépare un interne de Toulon, et je ne transmets qu'une note de M. Bourdier, concernant les résultats du traitement : « Les lésions ont » diminué des trois quarts; le scrotum, qui était épais et » comme œdématié, est souple et permet un palper très facile. » Le malade n'a plus de gêne et peut faire de longues mar- » ches à pied. »

Avec résultats aussi favorables, je note un autre cas que possède, m'a-t-il dit, M. le Prof. Lannelongue et plusieurs autres observations inédites qu'a recueillies M. le Dr Desnos, de Paris.

En résumé, ces quelques faits nous démontrent que la méthode sclérogène n'est pas impuissante contre la tuberculose génitale. Les résultats immédiats en sont favorables et le jour où l'examen anatomo-pathologique viendra nous révéler qu'aux produits tuberculeux s'est substitué un tissu fibreux, nous serons en droit de compter sur une guérison définitive. Or, ce jour s'est déjà présenté et nous le devons à l'incrédulité d'un malade, touchant sa guérison. Voici dans quelle circonstance il a été donné à notre ami le Dr Coudray, de Paris, d'avoir eu dans la main un testicule ainsi traité. En septembre 1891 un homme de cinquante ans se présentait à lui avec une tumeur épididymaire volumineuse autour de laquelle il fit trois injections ; le résultat fut la formation d'un noyau épididymaire indolent et d'une dureté ligneuse. Quoique la guérison fût probable, le malade, qui ressentait encore quelques douleurs dans le cordon, demanda instamment la castration, laquelle fut faite et l'examen du testicule et de l'épididyme sclérosés n'a fait découvrir aucune trace de tubercules.

Cette note se passe de tout commentaire; elle relate un fait positif : la sclérose de la glande génitale sous l'influence du chlorure de zinc, c'est-à-dire la destruction des bacilles tuberculeux. Je ne veux certes pas, en présence de ces quelques observations, me presser de formuler une conclusion optimiste, que l'avenir pourrait amoindrir ; mais puisque la clinique et l'anatomie pathologique semblent se donner la main pour nous permettre de bien augurer de cet avenir, j'espère que la méthode sclérogène, appliquée de bonne heure dans ces cas, nous donnera de meilleurs résultats que les autres modes de traitement, si souvent insuffisants.

M. Desnos. — J'ai appliqué la méthode sclérogène à six cas de tuberculose testiculaire et, comme vient de le dire M. Ozenne, les résultats ont été satisfaisants. Cependant je désire faire deux réserves. D'abord l'injection avec la solution au dixième, provoque des douleurs, parfois intolérables. Je préfère donc injecter la solution au vingtième. En second lieu, dans deux cas, l'injection, pratiquée il est vrai dans le

tissu tuberculeux, a été suivie de la formation d'abcès qu'il a fallu gratter.

M. Ozenne. — A l'encontre de ce que vient de dire M. Desnos, je pense que la solution au dixième ne produit pas de douleurs beaucoup plus vives que la solution au vingtième. C'est donc la solution faible qu'il faut employer, elle est plus curatrice. Quant aux abcès observés par notre collègue, il est probable qu'il ne faut pas les attribuer à l'injection, mais qu'il y avait déjà un commencement de ramollissement des tissus nécro-biosés quand l'injection a été faite.

Prophylaxie de la tuberculose bovine.

M. Nocard propose le vœu suivant :

1° Il y a lieu de reviser les dispositions de l'arrêté du 28 juillet 1888 qui concernent la tuberculose des bovidés, pour les mettre en harmonie avec les progrès récemment accomplis.

2° Il y a lieu d'exiger que tout animal présenté aux concours de reproducteurs organisés ou subventionnés par l'Etat ait été préalablement soumis à l'épreuve de la tuberculine.

A ce moment, plusieurs membres demandent que le vœu spécifie que les bêtes tuberculeuses pourront être abattues d'office et qu'une indemnité sera due aux propriétaires.

Après un échange de vues entre **MM. Stubbe, Roinard et Nocard**, d'où il ressort que la somme à verser pour indemniser les propriétaires serait si forte qu'une demande de ce genre n'aurait aucune chance d'aboutir, le vœu est adopté tel qu'il a été formulé.

Hospitalisation des tuberculeux.

M. L.-H. Petit. — Les médecins demandent depuis longtemps si réellement il faut continuer à hospitaliser dans les salles communes les tuberculeux avec les malades atteints d'autres affections non contagieuses.

Pour montrer la proportion des tuberculeux dans les services des hôpitaux de Paris, j'ai fait une enquête l'an dernier. Elle m'a donné les résultats suivants. Il y a au minimum dans les services hospitaliers de Paris 1/5 des malades qui sont tuberculeux, mais cette proportion est souvent plus élevée, elle atteint 1/4 et même 1/3 des malades, en étant généralement plus faible pour les salles de femmes.

Le danger que les tuberculeux font courir aux autres malades et la trop grande place qu'ils tiennent dans les salles ont fait penser à hospitaliser les tuberculeux hors des grandes villes dans des hôpitaux spéciaux.

Cette question d'hospitalisation des tuberculeux a été mise au programme des congrès de la tuberculose sans que personne y ait répondu. Aussi avons-nous fait une enquête personnelle en adressant aux chefs de service un questionnaire spécial. 35 chefs seuls ont répondu.

Cette enquête et un article de M. Letulle ont déterminé une agitation féconde, car l'administration de l'Assistance publique a pris la résolution de séparer les phthisiques des autres pensionnaires de ses hôpitaux et a décidé la création d'un hôpital *extra-muros*.

Voici le résumé des résultats obtenus par cette enquête :

1° Quels sont les avantages du séjour des phthisiques dans les salles communes des hôpitaux ? Il pourrait y avoir quelque avantage si les phthisiques étaient admis dès le début de leur phthisie, à cause des meilleures conditions alimentaires. Actuellement il n'y a que des avantages purement moraux.

2° Quels sont les inconvénients de ce séjour ? Les inconvénients sont nombreux : contagion possible pour les autres malades; aération difficile pour les autres malades à cause des tuberculeux surtout en hiver; alimentation défectueuse;

3° Le séjour des tuberculeux dans les hôpitaux peut-il être nuisible à eux-mêmes ? Sauf MM. Debove et Hardy, tout le monde a répondu affirmativement; car les phthisiques peuvent contracter des infections secondaires qui aggravent leur état. Les soins reçus ne sont pas suffisants;

4° Des phthisiques peuvent ils être nuisibles à leurs camarades ? Tout le monde l'admet, sauf M. Hayem qui dit n'avoir rien observé à cet égard. La cause de nocuité des tuberculeux est due aux crachats qui, desséchés, sont répandus avec leurs bacilles dans l'air, pénètrent dans les voies respiratoires des autres malades atteints d'affections chroniques des poumons en particulier.

5° Faut-il conserver l'état de choses actuel ? Non. Tout excepté cela. L'état de choses actuel est déplorable. 6° Faut-il le modifier ? Oui, à l'unanimité.

7° Faut-il réunir les phthisiques dans les salles particulières des hôpitaux ?

Non, d'une manière générale, ce n'est peut-être là qu'une demi-mesure transitoire.

8° Existe-t-il dans les hôpitaux des moyens de désinfecter complètement les salles de phthisiques ? Non. Dans aucun hôpital, sauf la désinfection des crachoirs ou des vêtements.

9° Faut-il créer des hôpitaux particuliers pour les phthisiques loin des autres habitations? Oui, à la presque unanimité. Cependant les hôpitaux doivent être installés d'une façon différente que les hôpitaux ordinaires. Il faut en faire de véritables sanatoria. Une première précaution à prendre est de ne pas accumuler les tuberculeux pulmonaires en trop grand nombre. Il faut faire les salles petites avec 2, 3, 4, 6 malades.

Il ne faut pas mélanger les tuberculeux des différents degrés, ceux qui ont des cavernes infectant davantage ceux qui n'en sont qu'au premier degré; ceux qui n'ont pas de fièvre avec les fébricitants; les formes chroniques. Il faut grouper ensemble les malades du même genre pour les soumettre à un même traitement. Pour la cure d'air il faut adopter des dispositions techniques n'existant pas encore dans la distribution des fenêtres, etc. Il faut y établir des pavillons pour les séjours au grand air dans la journée. Il faut y installer aussi une cloche à air créosoté sous pression. Bref il faut sortir de la routine actuelle, construire des hôpitaux spéciaux dont le médecin serait l'administrateur.

Ces faits et ces souhaits étant donnés, vous avez vu dans les précédentes séances que les animaux sont plus protégés contre la tuberculose que les hommes. Il est donc nécessaire de protéger les hommes aussi efficacement.

Aussi voici le vœu que je propose au congrès :

Le congrès, considérant que la promiscuité des phthisiques avec les autres malades dans les hôpitaux est nuisible à eux-mêmes et aux autres sans que les dangers qu'ils courent et font courir aux autres soient compensés par des avantages valables, demande que tous les tuberculeux soient réunis dans des hôpitaux spéciaux par groupe, suivant le degré de la maladie, et d'autant moins nombreux que la maladie sera plus avancée;

Considérant que, dans l'état actuel de la science, l'aération continue par un air pur est un des éléments les plus puissants du traitement de la tuberculose, demande que ces hôpitaux soient construits à la campagne ou au bord de la mer;

Enfin, comme mesure transitoire dont la durée devra être la plus courte possible, le congrès demande que les phthisiques des hôpitaux soient, pour le moment, réunis dans des salles spéciales séparées de celles des autres malades et dont on devra désinfecter les parois et le mobilier d'après les procédés employés en ville par la désinfection des locaux contaminés par les tuberculeux.

M. Costa (Buenos-Ayres). — J'ai installé à l'hôpital militaire de Buenos-Ayres un pavillon spécial aux tuberculeux, isolé des autres, entouré d'arbres et de jardins et cela, à cause des cas de contagion de tuberculose assez fréquents observés sur des soldats dans les salles communes. Depuis cette époque, il n'y a pas eu dans ces salles communes un seul cas de contagion. Aussi, la ville de Buenos-Ayres, satisfaite de ces résultats, a-t-elle fait édifier hors de la ville, entouré de verdure, un hôpital d'isolement pour les tuberculeux, qui fonctionne très bien.

M. Clado. — 1° Il faudrait pour les tuberculeux pulmonaires établir déjà près d'un quart des hôpitaux en plus de ceux qui existent. 2° Il faudrait aussi établir des hôpitaux pour les tuberculoses chirurgicales. Vous pouvez concevoir à quelles dépenses entraînerait l'établissement d'hôpitaux spéciaux pour toutes ces tuberculoses qui sont toutes également contagieuses.

Le seul moyen pratique serait de faire une sorte de Salpêtrière *extra muros* où les jeunes médecins des hôpitaux feraient un stage, et où tous les tuberculeux recevraient les soins nécessaires.

M. Hayem. — L'hospitalisation des phthisiques à la campagne est certainement très utile, mais elle ne résoud qu'une partie très minime du problème du traitement de la tuberculose.

Tous les médecins qui s'occupent de la question du traitement des phthisiques ont constaté le grand nombre des succès que l'on obtenait généralement sur les malades de la ville, que l'on pouvait soigner dans des conditions convenables et, au contraire, les insuccès désespérants que l'on constatait chaque jour sur les malades soignés à l'hôpital.

La raison de cette différence saute aux yeux : le phthisique pauvre, dont la maladie débute, ne vient pas à l'hôpital pas plus qu'il n'ira dans vos sanatoria; tant qu'il peut gagner quelques sous, il reste dans sa famille, et ce n'est que devant l'impuissance de continuer qu'il vient réclamer nos secours, souvent après avoir longtemps roulé du bureau central à l'hôpital et de l'hôpital au bureau central. Lorsqu'il nous arrive après toutes ses pérégrinations, il est incurable, et, en ce qui nous concerne, nous ne pouvons qu'assister désarmés à l'évolution terminale du mal.

Ne pourrait-on faire mieux? Ne pourrait-on soigner ces malades dès qu'ils ressentent les premières atteintes du mal? Je le crois; pour cela, ce ne sont pas des hôpitaux qu'il faut, ce sont des policliniques où, sous la direction d'un médecin, on leur ferait suivre le traitement externe, qui souvent réussit lorsqu'il est pris à temps. Il serait possible d'ailleurs de donner aux malades ainsi traités un petit secours, bien moins élevé que la somme qu'ils coûtent à l'hôpital, mais suffisant cependant pour modifier, dans un sens favorable, les conditions hygiéniques au milieu desquelles vivent le plus souvent ces malheureux.

Ce que je propose est d'autant plus praticable que le traitement de la phthisie tend de plus en plus à se faire au moyen de médicaments administrés sous la peau, dans la trachée, etc., mais en tout cas ailleurs que par la voie stomacale. J'ajoute que les policliniques dont je parle seront d'autant plus utiles que précisément elles rendent à peu près impossible tout traitement par voie stomacale. Or je crois avoir montré que les gastrites, si redoutables chez les phthisiques, et que l'on observe au début du mal, sont précisément dues, le plus souvent, à l'abus et même simplement à l'usage de médicaments administrés par voie stomacale.

M. Hérard. — C'est pour les phythsiques pulmonaires seulement qu'il est bon d'établir des hôpitaux spéciaux hors des villes.

M. Landouzy. — Je demande que le congrès fasse attention à la 2e proposition de M. Petit, c'est-à-dire à la mesure transitoire. Je ne sais s'il n'y aurait pas d'inconvénient à adopter une pareille mesure au point de vue de l'opinion publique au sujet des tuberculeux.

Le vœu de M. L. H. Petit est adopté. La proposition de M. Hayem est prise en considération pour être discutée au prochain congrès.

Le choix d'un climat dans le traitement de la tuberculose.

M. Chiais. — Il s'agit de savoir à quels moments un climat donné est utile et à quels moments il peut devenir nuisible.

On prend, en général, comme éléments d'appréciation la température et l'altitude. Mais il faut tenir grand compte de l'humidité du climat.

Il est indispensable d'avoir la notion de l'humidité relative, non pas seulement moyenne, mais réelle, et la notion de la tension réelle de la vapeur d'eau.

En effet, c'est la vapeur d'eau qui règle l'évaporation et la radiation.

Or, c'est l'évaporation et la radiation qui agissent directement sur la production du calorique animal.

Au point de vue pathogénique, la notion absolument indispensable est celle de la tension de la vapeur d'eau, parce que l'observation démontre que les maladies *a frigore* augmentent très rapidement quand la tension se maintient quelques jours au-dessous de 5 millimètres.

Les conditions du climat de Paris de février 1893 au 20 juin 1893 le montrent d'une manière évidente :

1° Du 7 février au 16 mars, la tension se maintient au-dessus de 5 millimètres : la mortalité générale, la mortalité par maladies inflammatoires des voies respiratoires, la mortalité par phthisie, la mortalité par maladies organiques du cœur, la mortalité par débilité tombe au-dessous de la normale.

2° Du 17 mars au 16 avril, la température est de 5 à 6 degrés au-dessus de la normale. Humidité relative et très basse. Tension de la vapeur d'eau constamment inférieure à 5 millimètres. La mortalité augmente comme mortalité générale et par la mortalité des maladies mentionnées plus haut.

La mortalité générale, dont la moyenne est de 1,094 pour la 16e semaine (16 avril au 22 avril 1893), arrive à 1,673.

3° Du 17 avril au 20 juin, la mortalité baisse et finit par tomber au-dessous de la normale. Du 17 avril au 8 mai, la tension de la vapeur tombe encore quelquefois au-dessous de 5 millimètres. Du 9 mai au 20 juin, la tension est toujours supérieure à 5 millimètres.

M. Lauth. — L'établissement de Leysin est situé dans les Alpes vaudoises, à une altitude de 1,450 mètres. C'est donc une station d'altitude; le climat y présente tous les caractères propres aux stations de ce genre.

Pendant tout l'hiver, les malades ont pu passer 10 heures par jour en plein air, et coucher avec la fenêtre grande ouverte sans aucun inconvénient. Si, à la respiration permanente d'un air pur, vous ajoutez l'alimentation forcée, des promenades modérées, beaucoup de repos, vous aurez la formule résumée du traitement suivi jusqu'à présent par nos malades et qui me paraît être la base du traitement aérothérapique et hygiénique.

En peu de temps, un ou deux mois en général, les malades sont remarquablement améliorés; l'état général est excellent, la tuberculose est devenue une maladie locale et l'on est frappé du contraste, auquel on est peu habitué dans les villes, que donnent des malades présentant en apparence tous les attributs d'une santé florissante, crachant très peu, et dont les crachats contiennent des bacilles. C'est dans ces conditions que j'ai pensé qu'il pourrait être utile de faire usage de la créosote ou du gaïacol, de substances, en somme, qui passent pour avoir une action anti-bacillaire puissante. La cure d'air et l'hygiène agissant tout d'abord sur l'état général, la lutte contre le bacille devenait plus facile, et la créosote trouvait un terrain tout préparé pour exercer avec fruit son action antiseptique. Les 17 observations que je présente se rapportent donc uniquement à des malades qui avant le traitement créosoté avaient déjà passé au sanatorium assez longtemps pour avoir obtenu l'amélioration générale qui succède au changement de climat et à une vie calme et hygiénique. Il était en effet important de ne pas attribuer à la créosote des effets produits par le traitement hygiénique.

Le traitement a duré de 1 à 3 mois; j'ai administré par la voie stomacale, rectale ou sous-cutanée 3 à 6 grammes de substance active chaque jour. Voici les résultats obtenus : aucun changement dans l'état général, quelquefois même de la diminution de l'appétit et un peu d'amaigrissement; aucune modification de l'état bacillaire de l'expectoration; enfin diminution de l'expectoration, pour peu qu'elle ne soit pas insignifiante. Il y a deux conclusions à tirer de ces faits, d'abord c'est qu'il n'y a pas lieu de compter sur l'action anti-bacillaire de la créosote et du gaïacol, puisque ces substances en diminuant la quantité de l'expectoration ont cependant une action utile; si l'on admet en effet que le tuberculeux est éminemment exposé aux infections secondaires, qui sont la principale cause des aggravations de la maladie, on ne peut que se féliciter d'avoir sous la main un agent qui entretenant dans les poumons une atmosphère antiseptique les soustrait aux infections secondaires et permet ainsi à l'organisme de déployer ses forces vives et de venir à bout de la lésion tuberculeuse elle-même.

Inhumation ou crémation des tuberculeux.

M. L. H. Petit. — D'après MM. Lortet et Despeignes (Lyon) les bacilles tuberculeux des cadavres enfouis dans la profondeur du sol sont ramenés à la surface par les vers de terre tout comme le charbon dans les champs maudits d'après les expériences de Pasteur; ces bacilles peuvent donc être répandus par l'air jusque dans nos poumons et sur nos aliments.

Peut-être les toxines des bacilles des cadavres peuvent-elles être dissoutes et entraînées jusqu'aux sources, aux puits. Il semble en résulter que l'inhumation, telle qu'elle est pratiquée, est un véritable danger pour la santé publique.

Pour y parer, il faut brûler les animaux ou les enfoncer dans des fosses remplies de chaux. Pour les hommes, il faut

faire la crémation ou injecter des antiseptiques dans les cadavres ou bien à inhumer les cadavres dans une bière capitonnée dont le capiton serait imbibé d'une microbicide concentrée.

De nombreuses objections ont été élevées contre la crémation dont la plus importante est que l'incinération fait disparaître la preuve d'empoisonnement. Pour la tuberculose cela n'a pas de valeur, car sauf pour la méningite qui évolue vite toutes les autres lésions tuberculeuses marchent assez lentement pour que le diagnostic soit établi durant la maladie. D'ailleurs rien n'empêche l'autopsie préalable. Les mêmes objections et la même réponse peuvent être faites pour les injections antiseptiques des cadavres. Le point important étant d'empêcher tout moyen de contagion de la tuberculose, il faut arriver à détruire les cadavres des tuberculeux en mettant tout sentiment de sensiblerie de côté.

M. Salomon propose le vœu suivant: « Considérant le danger de l'inhumation des cadavres tuberculeux, le troisième congrès pour l'étude de la tuberculose considère que la crémation doit devenir obligatoire. »

M. Verneuil. — La crémation est un des meilleurs moyens de destruction des cadavres dangereux; elle devrait être obligatoire. Mais une loi récente proclame la liberté absolue du mode d'inhumation. La crémation est onéreuse, et d'autre part, il faut un centre où se trouve l'appareil crématoire que ne peuvent posséder toutes les communes. Il y a donc là des difficultés et même des impossibilités. On pourrait adopter un procédé aussi efficace mais moins coûteux et plus pratique: c'est la mise en chaux, qui est un antiseptique puissant. Il s'y produit une momification des cadavres en l'espace de 6 semaines à 2 mois et cela ne revient qu'au prix de 1 à 2 francs par cadavre. De plus, la chaux ne dénature pas complètement le cadavre, ce qui cadre assez avec les préjugés du public; car, il ne faut pas se le dissimuler, la crémation a cela de mauvais qu'elle va contre les préjugés.

Ainsi, en présence des inconvénients de la crémation, me semble-t-il plus logique de formuler le vœu de la façon suivante :

« Considérant les dangers du dépôt des cadavres tuberculeux dans la terre, le gouvernement est invité à étudier et faire adopter des procédés de destruction efficaces des cadavres dangereux. »

Aucun de ces procédés ne saurait obligatoire, on compterait sur le bon sens du public pour y recourir dans les cas où le cadavre peut devenir une source de danger pour les vivants.

L'un des meilleurs procédés est, en particulier, la momification employée autrefois et même encore en Chine et qui donne de très bons résultats. Cette mesure ne serait pas choquante et ne toucherait pas à la liberté individuelle. Je suis persuadé qu'elle serait plus volontiers acceptée que la crémation.

M. Flabaut. — La stérilisation des cadavres dans les bières n'aboutirait-elle pas à une conservation si complète que nous en serions encombrés. La chaux n'a pas cet inconvénient, d'ailleurs en médecine vétérinaire, la chaux est d'usage en particulier pour les animaux charbonneux, car elle détruit les cadavres et les germes contenus.

M. Verneuil. — Les animaux sont bien plus protégés contre les maladies infectieuses que les hommes. Il est donc nécessaire que les pouvoirs publics adoptent des mesures qui nous mettent à l'abri du danger des cadavres. Aussi la commission fera-t-elle son possible pour donner satisfaction au vœu émis et aux désirs des membres de l'association.

Le vœu suivant est adopté :

Le Congrès, considérant que l'inhumation des tuberculeux, telle qu'elle est pratiquée actuellement peut présenter pour la santé publique des dangers provenant de l'infection de la terre par les bacilles que renferment les cadavres, ces cadavres soient désinfectés avant l'inhumation (Adopté).

Ligue contre la tuberculose.

M. Armaingaud (Paris). — Comme conséquence des congrès, j'ai institué une Ligue contre la tuberculose ayant pour but de propager par centaines de mille d'exemplaires des instructions et de faire des conférences destinées à lire et commenter les Instructions. Les adhérents sont aujourd'hui au nombre de 2,103; les Instructions sont propagées par les médecins, les instituteurs et les institutrices.

C'est surtout en faveur de la désinfection des villes d'hiver, séjour de nombreux tuberculeux, qu'il faut agir. Des services de désinfection existent à Arcachon, Nice, Menton, Cannes, Hyères; il n'y en a ni à Pau, ni à Dax. En général, les vêtements des phthisiques sont désinfectés, mais non les chambres d'hôtels. Il faudrait que le Congrès proposât de faire une enquête dans les stations à cet effet et que les recteurs invitassent les instituteurs à entrer dans la Ligue.

M. Landouzy. — Je pense que la première proposition, si on la bornait aux stations où vont les malades, pourrait jeter sur elles le discrédit par crainte de la tuberculose. Il faudrait la généraliser. M. Landouzy a été appelé dans un hôtel où vivent une trentaine d'étudiants, la plupart en médecine.

Un étudiant, phthisique avancé, n'était l'objet d'aucune précaution sanitaire; la phthisie se succédait sans relâche dans son étroite chambre sur les séries d'étudiants.

La question est donc bien plus large que ne le pense M. Armaingaud. On devrait mettre la tuberculose au rang des maladies contagieuses. En 1783 en Espagne, en 1791 en Italie, on prescrivait les déclarations contre la tuberculose.

Il faut absolument profiter de la communication de M. Armaingaud, pour qu'on fasse la désinfection d'une façon officieuse ou officielle des habitations et meubles dont se sont servis les phthisiques.

On doit élargir la question posée par M. Armaingaud, et avertir que lorsqu'on entre dans un hôtel, ou maison meublée, il faut savoir qui y a passé.

M. Buttel. — En pathologie vétérinaire la tuberculose est regardée comme maladie contagieuse. On prend des mesures contre elle. Il est étonnant et regrettable de reconnaître que la tuberculose n'est pas regardée comme maladie contagieuse chez les hommes.

M. Hérard. — Si on n'a pas inscrit la tuberculose au rang des maladies contagieuses, ce fait est dû à l'obligation du secret médical très important ici à cause des mariages.

M. Arthaud. — Je ferai remarquer que j'observe constamment comme médecin inspecteur des garnis des faits analogues à ceux signalés par M. Landouzy. On pourrait très facilement, par simple mesure de police, faire désinfecter ces logements de tuberculeux.

M. Landouzy. — Il faut que tout le monde, depuis le préfet de police jusqu'au logeur, sache que la tuberculose est contagieuse. Avant tout on doit les renseigner.

On doit laisser la question sur le terrain officieux. Je voudrait qu'on fît une enquête, et que tous les hôtels et garnis fussent inondés de brochures.

M. De Valcourt (Cannes). — Je ne crois pas que la tuberculose se propage beaucoup par les stations hivernales. On y prend des précautions qu'on ne prend nulle part ailleurs. Les maîtres d'hôtel ont une grande bonne volonté eu égard aux mesures de désinfection, car ils y ont intérêt.

Au Mont-Dore, un des premiers hôtels n'a pas de papier de tenture, mais des murs peints et vernis. On a supprimé les tapis et on les a remplacés par des carpettes.

La déclaration de la tuberculose parmi les maladies contagieuses est faite aux Etats-Unis, en Angleterre et en Hollande. Il serait nécessaire de suivre les exemples de ces pays. On peut désinfecter un appartement sans que le voisinage en connaisse la raison intime, sans donc que le secret professionnel soit publiquement divulgué.

Crachoirs antiseptiques dans les écoles publiques.

MM. Landouzy et **L.-H. Petit** font adopter le vœu ci-après :

Considérant que les crachats desséchés et réduits en poussière constituent la principale cause de la contagion de la tuberculose; que pour combattre efficacement la mauvaise habitude de cracher sur le parquet, il faut s'adresser à l'enfant :

Le Congrès émet le vœu :

1° Que toutes les écoles publiques soient pourvues de cra-

choirs en nombre suffisant pour qu'il soit possible d'exiger des enfants qu'ils ne crachent pas sur le parquet;

2° Que des instructions formelles soient adressées aux instituteurs pour qu'ils tiennent rigoureusement la main à l'exécution de cette prescription.

Le Congrès adopte, en outre, la résolution suivante :

I. — Le Congrès, en même temps qu'il adresse ses remerciements à MM. les Recteurs et les Inspecteurs des Académies de Bordeaux et de Clermont-Ferrand, pour avoir associé les Instituteurs et les Institutrices de leur ressort au fonctionnement de la *Ligue préventive* contre la tuberculose, émet le vœu : que la commission de permanence veuille bien attirer, dans une circulaire, l'attention de MM. les Recteurs et Inspecteurs de toutes les Académies, sur la collaboration si utile à notre œuvre de leurs collègues de Bordeaux et de Clermont-Ferrand et les invite à vouloir bien les imiter.

Le quatrième Congrès pour l'étude de la tuberculose se réunira en 1896. M. Nocard en est nommé président; M. Hérard vice-président et M. L.-H. Petit, sous-secrétaire général.

ASSOCIATION DES MÉDECINS AMÉRICAINS

à Washington, 30, 31 *mai et* 1er *juin* 1893.

Myxœdème.

M. Kinnicutt. — L'opinion de Horsley d'après laquelle le corps thyroïde aurait une fonction hématopoiétique et excrétrice n'est pas prouvée. La clinique et les observations pathologiques montrent que l'ablation ou l'atrophie de la glande thyroïde produisent la cachexie strumiprive ou le myxœdème. On obtient d'aussi bons résultats en faisant ingérer des corps thyroïdes crus que par des injections d'extrait glycériné.

M. Putnam. — Dans trois cas j'ai constaté les bons effets du traitement. Le premier cas est celui d'une femme malade depuis quinze ans. Le traitement par les injections fut commencé en juillet et l'amélioration se manifesta au bout de quinze jours. La malade va bien actuellement et ses cheveux ont repoussé. Dans un deuxième cas, le myxœdème apparut chez une femme à l'époque de la ménopause; il y eut aussi de la tachycardie. Dans la troisième observation, outre le myxœdème, il y avait une céphalée intense et une atrophie des deux nerfs optiques. Ce cas montre les relations du myxœdème et de l'acromégalie.

Il y a de la ressemblance entre le goître exophthalmique et le premier stade de la cachexie thyréoprive. Les résultats de la thyroïdectomie partielle (qui a si bien réussi à faire partiellement disparaître les symptômes du goître exophthalmique) constituent un argument en faveur de l'origine thyroïdienne du goître exophthalmique. Il est difficile de définir la condition nécessaire pour la production du myxœdème. Quelquefois les fonctions de la glande semblent n'avoir subi qu'une inhibition temporaire. Les observations sont contradictoires au sujet du rôle compensateur de l'hypophyse après la thyroïdectomie.

M. Allan Starr. — Une femme de 46 ans fut prise de myxœdème après la naissance de son cinquième enfant. On institua le traitement par l'extrait et l'amélioration commença au bout de dix jours. Une autre femme de 22 ans, non mariée, à antécédents nerveux, se trouva aussi très bien du traitement. Une femme de 46 ans, atteinte de myxœdème avec symptômes graves, se trouva d'abord très mal du traitement, mais bientôt elle éprouva une grande amélioration. Chez ces trois malades il y avait eu des symptômes de démence.

M. Thompson. — Une femme de 44 ans était atteinet depuis douze ans de myxœdème; les symptômes avaient graduellement augmenté; il y avait de la perte de la mémoire, mais pas d'hallucinations. Il y avait un peu d'albuminurie. Le traitement par l'extrait glycériné a amené une grande amélioration.

M. Shattuck. — J'ai vu une jeune femme présentant une exaltation mentale très marquée : les injections d'extrait de thyroïde ont amélioré l'état de la peau; mais l'exaltation a fait place à une dépression avec tendance au suicide. Pendant quelque temps, on cessa le traitement, puis on employa de l'extrait sec, mais sans obtenir d'amélioration. Un autre malade était atteint de catarrhe oculo-nasal et de diarrhée. L'extrait sec fut employé, mais on dut l'abandonner en raison de douleurs qu'il provoquait dans les jambes. On employa ensuite des doses plus faibles et l'amélioration obtenue fut très grande. Il y a grand danger à employer des doses trop fortes.

M. Putnam. — La néphrite chronique peut simuler le myxœdème; chez les gens un peu âgés, obèses, et ayant un peu d'œdème, le traitement par le corps thyroïde peut rendre des services.

Abcès sous-phréniques.

M. Mason. — Les abcès sous-diaphragmatiques peuvent être produits sur place comme complication des affections des organes contigus : estomac, rate, foie ou intestin, ou ils peuvent provenir de la région du rein ou du cæcum. Dans ce dernier cas ils peuvent être rétro-péritonéaux. Quand ces abcès contiennent de l'air, on peut dire vraisemblablement qu'ils communiquent avec une portion du tube gastro-intestinal. La collection purulente peut soulever le diaphragme jusqu'au niveau de la 3e côte et donner lieu à des symptômes qui simulent ceux du pneumothorax. Les abcès qui ne contiennent pas d'air présentent les signes de l'empyème, qui peut du reste coexister, par suite d'une rupture. Ces abcès peuvent aussi s'ouvrir dans le poumon, surtout quand ils ont pour point de départ le foie. Un abcès contenant de l'air et situé sous la foliole gauche du trèfle diaphragmatique indique presque toujours une perforation d'un ulcère gastrique. Un abcès semblable sous la foliole droite indique une perforation d'une ulcération duodénale, à moins qu'il ne soit la conséquence d'une appendicite.

M. Meltzer. — La cause primitive des abcès sous-diaphragmatiques doit généralement être recherchée dans l'abdomen. Cependant j'ai vu un tel abcès être consécutif à une pneumonie lobaire. Une pleurésie métapneumonique peut encore en être la cause.

M. Osler. — J'ai vu plusieurs cas d'abcès sous-diaphragmatiques : dans un premier cas l'abcès était dû à une appendicite et il simulait un abcès du foie; toutefois le diagnostic exact fut fait et on guérit le malade par une opération. Chez un autre malade il s'agissait d'un pyopneumothorax sous-diaphragmatique gauche d'origine tuberculeuse; le malade mourut de tuberculose pulmonaire. Le troisième cas était consécutif à un empyème. Dans deux autres cas on fit les diagnostics d'abcès hépatique et d'empyème : l'opération rectifia ces diagnostics et les malades guérirent.

M. Fitz. — Il serait mieux de donner à ces abcès le nom de péritonite sous-diaphragmatique qui montre mieux leur étiologie et le traitement dont ils sont justiciables. Le traumatisme joue un rôle dans leur étiologie.

Crétinisme sporadique aux Etats-Unis.

M. Osler. — Dans le crétinisme sporadique, la maladie atteint son fastigium vers l'âge de 14 ans. Les caractéristiques du crétinisme sont : l'arrêt de croissance, l'état de la peau et du tissu cellulaire, l'état mental, l'état des os.

Dans les cas sporadiques, la glande thyroïde manque d'ordinaire. Le crétinisme se montre dans les pays où les goîtres sont fréquents. Le goître ne règne véritablement que près de Kingston, d'Ontario. L'extrait thyroïdien améliore ces cas de crétinisme quand on les prend au début.

Tuberculine.

M. Trudeau. — La tuberculose expérimentale peut être guérie par la tuberculine; mais les résultats sont très variables et dépendent du nombre et de la virulence des microbes inoculés. On n'a pas encore obtenu de constance dans les résultats. Le bacille de la tuberculose des oiseaux n'est pas le même que celui de la tuberculose humaine et il se cultive plus facilement; il ne tue pas les lapins et les cobayes.

M. Whittaker. — J'emploie toujours la tuberculine; elle agit fort bien dans la tuberculose pulmonaire. Les bons effets continuent jusqu'à ce que des complications surviennent par

suite de l'envahissement secondaire des foyers par des bactéries pyogènes. La tuberculine devient nuisible quand il existe des lésions secondaires. Mais en se servant de la tuberculine dès le début, on obtient des guérisons durables.

Myocardite à gonocoques.

M. Councilman. — Un homme atteint de blennorrhagie depuis dix jours entra au Boston Hospital pour une arthrite du genou gauche. Bientôt il éprouva des douleurs dans la poitrine et peu de jours après il mourut subitement. A l'autopsie on trouva une péricardite et une myocardite, cette dernière presque exclusivement au niveau du ventricule gauche. On trouva des gonocoques dans l'urèthre et dans le genou; on en trouva aussi au niveau du cœur. Les lésions secondaires de la blennorrhagie sont dues à une métastase du gonocoque et non à une infection secondaire.

M. Loomis. — J'ai eu un malade atteint de blennorrhagie qui avait de l'endocardite au 4e septénaire de son affection.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 *juillet* 1893.

e l'élasticité des muscles pendant la contraction.

M. N. Wedensky. — On sait qu'un des phénomènes les plus curieux de la physiologie générale du muscle consiste en ce que le muscle, en se contractant, change ses propriétés comme corps élastique, de telle façon que, sous l'influence d'un même poids, il subit un allongement bien plus grand qu'à l'état de repos. Et cependant les dimensions du muscle contracté (la longueur plus courte et la section transversale plus grande) auraient pu faire croire à l'inverse, si les lois physiques connues étaient applicables au muscle. Ce fait a été signalé par E. Weber et confirmé ensuite par plusieurs autres savants. Pour expliquer ce phénomène, on a été conduit à admettre que le muscle présente deux formes naturelles : l'une à l'état de repos, l'autre à l'état d'activité.

Le résultat des expériences que j'ai faites sur ce point démontre que la constatation de Weber : *une plus grande extensibilité du muscle à l'état de contraction qu'au repos*, n'est juste qu'en partie, car le muscle contracté présente aussi, *à côté du phénomène de plus grande extensibilité, une extensibilité beaucoup moindre que celle qu'il accuse à l'état de repos.* Il faut chercher l'explication de ces phénomènes contradictoires, non pas dans les changements des propriétés élastiques du muscle par la contraction, mais au contraire, dans les *changements de l'excitabilité et de la contractilité que le muscle subit sous l'action du poids.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séances du 1er *semestre.*

Présidence de M. Schmitt.

Tuberculose osseuse du pied.

M. Frœlich présente une jeune fille de 15 ans du service de M. le professeur Heydenreich, à laquelle il a enlevé par *évidement* la plupart *des os du pied droit pour lésions tuberculeuses* ; le cinquième et le quatrième métatarsien, la plus grande partie des troisième, deuxième et premier métatarsiens, les cunéiformes, le scaphoïde, le cuboïde, tout ce qui de l'astragale et du calcaneum dépassait la mortaise tibiopéronière. L'évidement a été fait par deux incisions le long des bords externe et interne du pied. Tous les os se sont reproduits, non pas individualisés, mais sous forme de masses osseuses saines, solides et permettant la marche. Le pied s'est ratatiné ; son diamètre antéro-postérieur a diminué de 3 centimètres, son diamètre transversal a augmenté de 2 centimètres.

Ce résultat est très satisfaisant, étant donné qu'il a été obtenu pour des lésions si étendues que l'on pouvait songer à l'amputation.

Chloroformisation dans les cas d'opérations pratiquées sur la face.

M. Adam présente un appareil qui se compose essentiellement d'une éprouvette à pied renfermant le chloroforme et fermée par un bouchon à deux tubulures : l'une, qui s'ouvre à la partie tout à fait supérieure de l'appareil et ne plonge pas dans le chloroforme, est mise en communication par un tube en caoutchouc avec une sonde en gomme qui s'introduit dans les narines du patient. La seconde se compose d'un tube de verre plongeant jusqu'à la partie inférieure de l'éprouvette et en communication par un tube flexible avec une poire en caoutchouc. L'air, refoulé par le jeu de la poire, traverse le chloroforme et pénètre dans les narines à l'état de saturation.

La grosse difficulté est le réglage, et, en attendant que par quelque dispositif ce problème ait été résolu, le mieux est de n'employer l'appareil que pour entretenir la chloroformisation après que l'opéré a été endormi par les procédés habituels et d'avoir soin de ne presser la poire en caoutchouc qu'à intervalles suffisamment espacés et au moment de l'expiration.

Trépanation pour épilepsie traumatique.

M. Gross rapporte trois observations de *trépanation pour épilepsie traumatique*. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 44 ans, mineur de sa profession, sans antécédents nerveux héréditaires et qui, à l'âge de 36 ans, a été atteint de fracture de la région frontale droite par éclat de mine. Après avoir été pendant huit ans sans présenter aucun accident, il fut atteint brusquement de crises épileptiques graves, seize attaques consécutives en une seule nuit. Les crises augmentèrent en fréquence et en intensité, et se succédèrent bientôt de cinq en cinq minutes. Leurs caractères étaient ceux de l'épilepsie corticale jacksonienne. La trépanation fut pratiquée ; M. Gross découvrit une fissure de la paroi crânienne, au centre de l'ancienne fracture et au dessous, une vaste cavité kystique contenant un liquide séreux, et limitée par le tissu encéphalique lui-même. L'opération fut sans résultat aucun, les crises continuèrent. Il y en eut 80, le jour de l'opération, et le malade succomba dans la soirée. L'autopsie montra un ancien foyer de contusion du cerveau, avec dégénérescence kystique consécutive.

La deuxième observation est celle d'un cultivateur, âgé de 38 ans, dont un frère est mort épileptique à l'âge de 22 ans. A l'âge de 6 ans, il fut atteint par un coup de pied de cheval à la région temporale gauche ; à 29 ans, survint une première crise épileptique. D'autres crises suivirent, et de plus en plus fréquentes, jusqu'à quatre par jour. C'étaient des crises d'épilepsie jacksonienne. On institua d'abord un traitement antisyphilitique par des frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Devant son insuccès, on résolut la trépanation. Celle-ci fut pratiquée en avant du sillon de Rolando. Le crâne n'a rien présenté de particulier ; les méninges ne montraient aucune lésion. M. Gross les incisa, pratiqua une ponction du cerveau, mais sans découvrir rien d'anormal. Les suites de l'opération furent simples et les crises cessèrent jusqu'au 36e jour après l'opération. A partir de ce moment, elles reparurent, mais pour se répéter à des intervalles beaucoup plus éloignés qu'avant l'opération. On ne put établir si, dans ce cas, l'épilepsie était réellement traumatique ou essentielle. Quant à l'amélioration constatée après la trépanation, elle est analogue à celle qui a été obtenue après bien des trépanations pour épilepsie et M. Gross se demande si la réapparition des crises ne doit pas être attribuée en pareil cas à la cicatrice méningo-encéphalique, comme Bergmann et Frænkel l'ont avancé et soutenu.

La troisième observation est celle d'un jeune cultivateur de 18 ans, qui, à l'âge de 2 ans, a fait une chute de deux mètres de hauteur. A partir de l'âge de 16 ans, le jeune homme se mordait parfois la langue pendant la nuit, et avait des mictions involontaires. A 17 ans, survint la première attaque convulsive diurne. L'accident se renouvela de temps à autre, à des intervalles qui ont varié de une à treize semaines. Les crises présentaient les caractères de l'épilepsie essentielle généralisée. Le jeune homme portant à la région pariétale gauche les traces évidentes d'un ancien enfoncement du crâne, M. Gross résolut de pratiquer la trépanation. Il appliqua deux couronnes de trépan sur la partie enfoncée et mit ainsi à découvert un vaste kyste sous-duremérien conte-

nant un liquide séreux clair et un corps étranger fibrineux. Les suites de l'opération furent simples et les accidents épileptiques ne se sont pas reproduits depuis. Il y a tout lieu d'espérer une guérison définitive dans le cas particulier.

M. Rohmer a eu l'occasion d'opérer une jeune fille de 24 ans atteinte d'idiotie et qui, depuis l'apparition de ses règles, présentait des crises d'épilepsie bien caractérisées et surtout accentuées du côté gauche. Il enleva 7 centimètres carrés environ de la paroi osseuse à la région pariéto-occipitale droite et depuis l'opération, c'est-à-dire depuis près d'un an, les crises, après s'être espacées progressivement, ont totalement disparu. L'idiotie de la patiente n'a d'ailleurs subi aucune modification.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

Premier semestre 1893.

Epilepsie jacksonienne.

M. Leleu lit une observation d'épilepsie jacksonnienne d'origine syphilitique.

M. Lemoine insiste sur divers points de cette communication. Le malade assistait à sa crise. Il présentait de l'épilepsie hémiplégique avec déviation conjuguée des yeux et de la tête du côté contracturé. La syphilis n'était pas douteuse. Dans l'éventualité d'une intervention (on sait en effet que Jaboulay, de Lyon, intervint récemment dans un cas analogue et découvrit une tumeur), on analysa minutieusement les symptômes et on finit par admettre une lésion siégeant en arrière du sillon de Rolando vers le pli courbe. Le sujet mourut : à l'autopsie on trouva des hémorrhagies en nappes de la pie-mère (crises) et une petite caverne de la capacité d'une noisette creusée entre le corps lenticulaire et le corps strié. On n'a pas constaté que la capsule interne fût intéressée ; il est néanmoins très probable qu'elle l'était plus ou moins. Ce cas est très remarquable en ce sens que l'épilepsie jacksonienne est en général d'origine corticale et qu'il vient à l'appui de cette idée de M. Lemoine que, au point de vue clinique, une lésion donne lieu aux mêmes accidents épileptiformes que son siège soit cortical ou central, qu'elle intéresse la moelle ou même les nerfs périphériques. La lésion rencontrée ici était plutôt une lésion syphilitique qu'une lésion tuberculeuse, bien que le sujet ait présenté des ganglions bronchiques ramollis.

Pleurésie et pneumonie.

M. Lemoine dit qu'il est parfois fort difficile de faire le diagnostic pleurésie ou pneumonie quand les deux affections coexistent. Il signale leur parfaite indépendance au point de vue de l'évolution et du siège et attire l'attention sur un type particulier de pleurésie concomitante à la pneumonie. Il y a 80 ans, les cliniciens Broussais, Gendrin faisaient toujours des pneumonies des pleuropneumonies. Plus récemment on a décrit des pleurésies presque toutes purulentes, consécutives aux pneumonies et on les appela pleurésies métapneumoniques. Netter observa une pleurésie microbienne après une pneumonie ; puis Troisier apporta une observation de pleurésie sérofibrineuse coexistant avec la pneumonie. Depuis lors on désigne indistinctement sous le nom de métapneumonieques toutes les pleurésies concomitantes à la pneumonie ou lui succédant.

M. Lemoine s'est occupé spécialement du type concomitant, qu'il appelle parapneumonique. Toujours il a pratiqué des ponctions, toujours il a trouvé le pneumocoque dans le liquide évacué ; souvent il l'a retrouvé dans le sang. Le mode d'évolution des deux affections, débutant ensemble, évoluant chacune pour leur compte, parfois chacune d'un côté du thorax, écarte l'ancienne hypothèse de la pleurésie par continuité, et la constatation du pneumocoque permet d'expliquer que le sang porte à la fois le microbe dans le poumon et dans la plèvre. Il y a donc lieu d'admettre le type pleurésie parapneumonique.

M. Combemale demande à M. Lemoine où il place l'affection désignée par l'Ecole de Montpellier sous le nom de fluxion de poitrine, affection où il y a pneumonie, pleurésie et surtout douleur.

M. Lemoine répond que le type décrit par Grasset diffère essentiellement de celui dont il vient de parler et pense que la fluxion de poitrine doit être la pneumonie grippale.

Contagion variolique.

M. Combemale en signale des exemples intéressants, soit au point de vue du mode particulier de la contagion, soit par les mesures qu'ils peuvent inspirer.

« Dans le 10e des cas de variole que nous avons pu observer à l'ambulance de la rue Racine, nous avons recueilli l'aveu ou la preuve de la contagion ; c'est là que nous puiserons les exemples.

« Parmi les cas simples se trouvent, au nombre de 8, ceux qui ont trait à des personnes ayant contracté la variole pour avoir gardé dans leur appartement leurs parents ou leurs enfants atteints : vivant avec le varioleux, respirant le même air, mangeant dans son voisinage, couchant même quelquefois avec lui, ils ne pouvaient faire moins que de se varioliser, plus ou moins gravement, suivant leur état de vaccination. Dans cette catégorie, je noterai toute une famille amenée le même jour et composée de la femme, du mari et d'un bébé, infectés par le beau-frère ; la femme a succombé ainsi que l'enfant. Je signalerai aussi une garde-malade qui passe quatre jours et deux nuits auprès d'un varioleux et qui, malgré l'immunité par laquelle elle se croyait couverte, réalise une variole.

» Il est une autre catégorie de cas où la variole a frappé dans une famille tous les membres à la fois. Quatre enfants de 13, 11, 9, 4 ans, portant le même nom, nous ont été amenés un beau matin à l'ambulance ; un autre jour, c'était le mari et la femme, deux chiffonniers ; à deux reprises, une mère et son enfant ; enfin deux frères se présentent pour être reçus à trois jours de distance et un père suit ses deux enfants entrés deux jours auparavant. Evidemment, dans tous ces cas, l'agent contagieux a été déposé à la même époque dans le milieu habité ou fréquenté par ces malades. Autant que dans la première catégorie, la contamination est ici palpable ; le nombre des personnes infectées et la contemporanéité de l'infection fournissent un argument sans réplique et donnent de l'intérêt à ces faits.

» Dans d'autres cas, nous avons su qu'il a suffi d'un contact même passager. Un ouvrier rend un dimanche deux visites à un varioleux et quinze jours après entre à l'ambulance avec une éruption datant de cinq jours ; un petit saute-ruisseau apporte un jour à l'ambulance des fournitures de bureau et n'a de contact qu'avec les infirmiers auxquels il s'adresse : il contracte la variole ; une jeune fille vient en cachette rendre une visite à sa grand'mère, employée comme cuisinière à l'ambulance, et se garde bien de pénétrer dans les salles : elle n'échappe pas à la contagion ; les infirmiers, malgré nos ordres, se rendent dans un estaminet voisin pour y prendre des forces : la fillette du patron y gagne une variole grave au cours de laquelle elle perd l'œil gauche.

» Dans quelques cas, ce n'est pas le varioleux lui-même ou ceux qui l'approchent qui ont transmis le contage, mais bien le linge ou ses effets non désinfectés. C'est ainsi qu'une femme entre à l'ambulance en éruption trois jours après que son frère en est sorti, qu'une autre femme est admise quinze jours après sa sœur qui, à son entrée, avait une éruption qui pointait à peine. L'agent virulent avait été déposé dans leur linge et avait opéré une fois le varioleux parti.

» Je citerai enfin, sans commentaires, les quelques cas qui nous sont venus des hôpitaux. Un tuberculeux, entré à l'hôpital Saint-Sauveur depuis 17 jours, arrive et meurt à l'ambulance quelques jours après de variole hémorrhagique ; un autre tuberculeux, hospitalisé depuis longtemps, a manifestement pris la variole dans le même service. A l'hôpital de Dunkerque, un passager malade de bronchite chronique s'y est infecté, au voisinage de varioleux soignés dans cet hôpital. A la Charité, on omet de vacciner une malade à son entrée et quelques jours après elle offrait une éruption variolique ; une seconde malade, en traitement depuis trois semaines, prend la variole dans le même service. Il en vient une aussi du service des syphilitiques, qui séjournait depuis trois semaines au dépôt. Il est difficile de trouver ici le véhicule du germe infectieux ; mais on ne peut se tromper en invoquant une importation directe, par les gens de service ou par les étudiants.

» Un dernier fait, curieux à plusieurs titres, c'est le cas

éclos à la Maison de santé en août 1892 : un chat était l'hôte habituel, nocturne surtout, de la religieuse qui assurait les soins de tous les instants aux varioleux de l'Ambulance; ayant reçu dans sa fourrure le germe de la variole, ce chat qui, le jour, fréquentait assidûment la chambre d'une hystéro-alcoolisée, paralysée de ses jambes, a été le véhicule de la contagion pour une variole confluente.

» A lire ces quelques faits de contagion, on ne trouvera pas matière à beaucoup s'instruire : personne n'ignore en effet, qu'à toute variole il faut la contagion ; mais les exemples rappellent la règle et ceux-là prouveront, j'espère, qu'à l'inverse de celles de la grammaire, cette règle ne souffre pas, ne peut pas souffrir d'exceptions. ».

Comme suite à cette communication, MM. Bécour, Gaudier et Lemoine citent quelques cas très curieux de contagion. M. Lemoine raconte entre autres l'histoire d'une aliénée, sortie de Saint-Sauveur en incubation de variole, qui apporta la maladie à l'asile de Bailleul (32 cas, 9 morts). De là l'épidémie gagna la ville et on put la suivre à Cassel, Bergues et Dunkerque.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE DE BERLIN

Séance du 6 juin 1893.

Dermatite herpétiforme.

M. Peter présente une femme de 30 ans atteinte depuis plusieurs années d'une dermatose singulière. Il se forme chez elle des taches érythémateuses, des papules et des vésicules disposées par groupes et par cercles. Le processus, qui a débuté par les membres inférieurs, a passé sur le tronc et envahi ensuite les membres supérieurs.

Actuellement le processus est en train de disparaître ; on distingue pourtant encore des macules érythémateuses disposées en cercles. Il s'agit probablement dans ce cas d'une dermatite herpétiforme. Ce qui parle contre le prurigo, c'est l'absence de nodules caractéristiques.

Glossite syphilitique.

M. Lewin présente un homme traité depuis six mois pour une affection de la langue. Au début, la langue augmentée de volume présentait sur son bord droit une ulcération. Une ulcération analogue se trouvait sur le pilier antérieur droit. La muqueuse des joues était tuméfiée, et les ganglions de la région cervicale antérieure étaient atrophiés. On institua le traitement spécifique, mais l'amélioration fut si lente à se produire qu'on pensa à un cancer de la langue. L'examen microscopique montra pourtant l'absence des éléments cancéreux. On va donc continuer le traitement antisyphilitique.

M. Lassar a aussi constaté que la glossite syphilitique est très rebelle au traitement.

Syphilis et tabes.

M. Isaac fait une communication sur les rapports entre la syphilis et le tabes.

Les statistiques relatives à la fréquence du tabes chez les syphilitiques sont très variables. Il est du reste très difficile d'établir dans ces cas le diagnostic de syphilis. Les malades des hôpitaux, notamment, confondent souvent la syphilis avec d'autres affections vénériennes.

D'après ces statistiques, le tabes surviendrait de 1 à 25 ans, en moyenne 8 ans et demi après l'infection syphilitique. Mais il existe aussi des cas où le tabes se déclare pendant la syphilis floride, et d'un autre côté on a vu des tabétiques contracter la syphilis. Le tabes du syphilitique évolue d'une façon identique au tabes du non-syphilitique. Mais cela ne veut pas encore dire qu'il n'existe pas de tabes atypique à base syphilitique.

Au point de vue anatomique, il est impossible d'élucider les rapports entre la syphilis et le tabes. La syphilis provoque des lésions en foyer, le tabes des lésions systématiques de la moelle épinière. Il est impossible d'admettre pour ces cas l'influence des toxines circulant avec le sang, car jusqu'à présent on ne connaît pas aux toxines la propriété de s'attaquer à certaines parties seulement de l'organisme, aux cordons postérieurs comme dans le cas spécial.

Le traitement antisyphilitique n'a aucune prise sur le tabes. Si dans la clinique d'Erb on a signalé des améliorations, cela tient à ce qu'à côté du traitement spécifique on avait recours au traitement général. D'autres auteurs ont même noté une aggravation du tabes sous l'influence du traitement spécifique. Enfin, dans le cas de coexistence des lésions syphilitiques et tabétiques, on a vu le traitement spécifique améliorer et faire disparaître les premières en laissant intactes les secondes. Pour toutes ces raisons, les relations étiologiques entre la syphilis et le tabes doivent être mises en doute.

Séance du 4 juillet 1893.

Lichen moniliforme.

M. Geber présente un malade porteur au niveau des jambes d'une affection rare. Sur les deux membres, principalement le gauche, on voit une série de petites nodosités saillantes, de la grosseur d'une lentille à celle d'une cerise, entourées d'un lacis de veines dilatées et sinueuses. Ces petites tumeurs étaient beaucoup trop dures pour en faire des fibromatappendula, et trop molles pour les regarder comme des verrues. L'affection débuta par la jambe gauche, puis gagna la droite. Chacune des petites nodosités est mobile sur le plan cutané sous-jacent, et s'enfonce peu dans la profondeur de la peau. Au microscope les papilles étaient fortement allongées, sans présenter cependant de subdivisions. Ces nodosités sont essentiellement composées de cellules conjonctives, allongées et de nombreuses petites cellules rondes. Entre les tumeurs existe un eczéma prurigineux assez marqué, consécutif au grattage. L'auteur considère cette affection comme du lichen moniliforme.

Herpès zoster bilatéral. Nævus pigmentosus.

M. Palm présente un enfant de 9 ans chez lequel, au début d'une angine, se déclara un zona double de la troisième branche du trijumeau. Le zona de la face est déjà un fait rare, mais sa localisation double et symétrique au visage est chose encore plus rare.

L'auteur présente ensuite un enfant de six mois couvert d'un navus pigmentosus étalé sur tout le dos, la nuque, allant jusqu'au sacrum ; on en compte encore quarante autres petits répartis sur tout le corps. Leur disposition n'a pas de rapports avec la distribution nerveuse.

Dermatite herpétiforme (Duhring).

M. Rosenthal. — Le malade, âgé de 23 ans, présente le type de la maladie de Duhring. Au cours d'une diphthérie, survint, il y a cinq ans, une éruption cutanée, prurigineuse, débutant par la face puis s'étendant à tout le corps. On fit différents traitements qui amenèrent des guérisons passagères, bientôt suivies de récidives. Quand l'auteur commença à traiter le malade, il existait de nombreux groupes d'efflorescences variées. En dehors du groupement, ce qui frappait c'était le polymorphisme. Taches érythémateuses, papules, vésicules, croûtes, squames, taches pigmentaires anciennes, se trouvaient associées. Le corps entier était atteint, même le cuir chevelu. Traitement : antipyrine contre les démangeaisons, bains au goudron, bains d'étuve, application locale de vaseline salicylée.

Carie sèche syphilitique. Atrophie de la base de la langue.

M. G. Lewin présente un jeune homme atteint de syphilis en 1882. A plusieurs reprises on le traita avec des frictions et de l'iodure de potassium. Il y a trois ans, il remarqua sur le côté gauche du front une petite tumeur qui, il y a un an, commença à grossir. Petit à petit se forma une gomme gagnant en profondeur. Au palper, on sent que la lame externe de l'os est érodée par un processus de carie sèche. Mais le fait intéressant chez ce malade est une atrophie de la base de la langue avec anesthésie pharyngée. Virchow considère cette lésion comme symptomatique de la syphilis constitutionnelle. L'auteur a déjà, par de nombreuses observations, attiré l'attention sur cette question.

Sarcome alvéolaire de la peau.

M. G. Lewin. — Chez un homme âgé de 30 ans, atteint depuis l'enfance de nombreux nævus, se développa, au niveau d'une tache pigmentaire, un néoplasme qui nécessita l'extirpation. Il survint une récidive rapide, si bien qu'actuellement sous le sein se trouve un champignon charnu néoplasique s'accompagnant de ganglions dans l'aisselle correspondante. Il s'agit au microscope d'un sarcome alvéolaire.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NÉVROLOGIE DE BERLIN

Séance du 10 *juillet* 1893.

Un cas d'hémichorée sénile.

M. Remak. — Il s'agit d'une femme de 60 ans, ne présentant dans ses ascendants et ses collatéraux aucun antécédent héréditaire. Il y a trois ans, elle eut, s'accompagnant de fièvre, des douleurs dans un bras et les jambes ; — bientôt survinrent sans raison des secousses involontaires dans le bras et la jambe droite, plus accentuées au niveau de cette dernière. La marche n'est pas gênée. Le caractère est plus irritable qu'auparavant ; il n'y a pas d'amnésie ; il n'existe aucun symptôme d'une lésion organique en foyer. Point de modification dans le facial, point de céphalée. Examen ophthalmologique négatif ; les symptômes essentiels de l'affection sont des mouvements particuliers dans un bras et dans les jambes ; dans la station debout, on remarque peu de chose à noter. Les orteils font des mouvements de flexion et d'extension et les jambes des mouvements de rotation quand elles sont pendantes. Ces mouvements s'exécutent assez lentement, moins rapidement que dans la paralysie agitante ; ils sont en quelque sorte rhythmés, et, quand ils sont assez intenses, ils se propagent à la cuisse. On eût pu croire à de l'athétose, si les mouvements grotesques de l'athétose n'avaient point fait défaut. Il n'y avait point de phénomènes paralytiques ; les diverses sensibilités étaient normales et les réflexes tendineux ne présentaient point de différence. Au niveau du membre supérieur les mouvements choréiques se passent dans l'articulation de l'épaule.

Les oscillations sont 6 environ par minute, le côté gauche ne fut jamais atteint. La seule particularité qu'on relève est la sensibilité à la pression des nerfs du plexus brachial et du nerf sciatique ischiadicus.

De quelle affection s'agit-il ? de la paralysie agitante ! il manque de nombreux symptômes (rigidité, tremblement propulsion), la main est tranquille — D'une lésion en foyer comme dans la chorée préhémiplégique ? rien ne l'indique. Il faut donc considérer ce cas comme une névrose ; il diffère de la chorée habituelle, car les mouvements ne s'accentuent pas quand la malade exécute un travail quelconque.

L'auteur, après avoir écarté le diagnostic de chorée héréditaire progressive et de chorée rhythmique (Charcot) pense qu'il s'agit d'un cas de hémi-chorée sénile. Frank Frey aurait observé un cas semblable chez une femme de 70 ans. La malade guérit en six mois.

Méningo-encéphalite caséeuse de la convexité.

M. Kœnig. — Les deux cas qui suivent se rapportent à des enfants idiots de Dalldorf. Le premier fut reçu en 1888, à l'âge de 8 ans. Le père mourut en 1891 de démence paralytique ; on ne sait s'il était syphilitique. L'enfant n'avait point d'autre antécédent héréditaire ; il naquit idiot et fut physiquement bien portant jusqu'à l'âge de 5 ans. Il eut alors des attaques d'épilepsie qui persistèrent. On n'observa jamais de phénomènes paralytiques. Le 27 février 1892, à la suite d'une chute, il fut transféré à l'hôpital pour une entorse du pied gauche ; il existait une paralysie spastique du côté gauche sans participation du facial ni de l'hypoglosse ; matité aux deux sommets pulmonaires. Point d'expectoration, tuberculose pulmonaire. Le pouls était toujours à 120 pulsations, d'où tachycardie. On observait de légères secousses musculaires au niveau du tronc et des extrémités, à l'état de veille. On pensa tout d'abord à de la paralysie infantile. Le malade mourut le 8 février à la suite de pneumonie aiguë et d'entérite grave. A l'autopsie, on constata une pneumonie caséeuse, des ulcérations annulaires dans le jéjunum et le côlon, une leptoméningite au niveau de la partie supérieure de la « circonvolution cérébrale », *Centralwindung*. La pie-mère était fortement adhérente à la substance cérébrale ; il n'y avait point de tubercules miliaires. Un examen ultérieur révéla l'existence de cellules rondes contenant des granulations graisseuses, et de tissus caséifiés, mais sans grande dégénérescence graisseuse.

Le second malade, également idiot, ne présenta jamais de phénomènes paralytiques. En avril dernier, il mourut à l'âge de 12 ans, des suites d'une entérite diphthéritique ; aux sommets des poumons, existaient quelques petits foyers tuberculeux. Le cerveau présentait quelques points d'arrêt de développement ; il y avait une pachyméningite hémorrhagique, une leptoméningite fibreuse chronique et une adhérence complète des méninges entre elles et avec le cerveau sur l'étendue du tiers postérieur de la circonvolution comprenrale supérieure et du lobe occipital. La dure-mère se laissait détacher en partie de la pie-mère ; celle-ci présentait de nombreuses petites granulations jaunâtres caséeuses, mais point de tubercules miliaires. La coupe microscopique du cerveau au niveau des parties caséifiées révélait l'existence de nombreuses cellules géantes et de tubercules miliaires non ramollis.

Dans les deux cas, il ne fut pas possible de déceler la présence de bacilles tuberculeux.

S'il n'y a pas de doute pour le diagnostic du second cas, il n'en est pas de même pour le premier ; l'auteur discute la possibilité d'une lésion syphilitique pure ou associée à la tuberculose ; néanmoins, il conclut à la tuberculose.

Affections cérébrales diverses.

M. Kœppen. — Dans le premier cas, il s'agit d'un malade qui présenta des symptômes particuliers du côté des yeux, un pseudo-signe de Græfe et des mouvements associés de la tête et des épaules.

L'autopsie révéla des lésions de paralysie générale, assez particulières toutefois ; au niveau du lobe frontal, et des circonvolutions centrales, existait une néoformation vasculaire donnant l'impression d'un angiome.

Les vaisseaux étaient durs, rigides et très dilatés. Les altérations capitales siégeaient dans l'écorce ; la substance blanche était peu intéressée. Les méninges avaient un épaississement marqué, et les ventricules offraient une surface granuleuse. Les altérations vasculaires allaient jusqu'au pont de Varole. Le noyau du moteur ventaire commun était modifié dans sa texture. Il s'agissait, sans aucun doute, de syphilis, ainsi que le confirmait une cicatrice du pénis.

Le malade de la seconde observation devint idiot à la suite d'un grave traumatisme de la tête. Huit jours avant son entrée, était survenue une paralysie atrophique des bras. Les extenseurs avaient presque entièrement disparu. Il existait de la démence et de l'hypochondrie.

A l'autopsie, on constatait un ridement et un plissement tout particuliers des circonvolutions de l'hémisphère droit, dû à l'existence de kystes à ce niveau ayant détruit la substance grise et intéressant la substance blanche. Dégénérescence secondaire des cordons latéral gauche et antérieur droit.

Ces lésions étaient consécutives au traumatisme, probablement à des hémorrhagies des vaisseaux méninges.

Le troisième cas était intéressant au point de vue clinique : il s'agissait d'un homme âgé ayant eu antérieurement des attaques de vertige, des symptômes de paralysie agitante ; il n'y avait point de tremblement, mais de la propulsion et rétropulsion très nettes. L'état s'aggrava, il survint de la démence marquée, de l'hémiplégie, la mort s'ensuivit.

A l'autopsie, on trouva des lésions d'artério-sclérose et de nombreux foyers de ramollissement dans la substance cérébrale. Les circonvolutions cérébrales n'étaient point atteintes, par contre, la substance blanche et le noyau lenticulaire, le pont de Varole et la moelle offraient les lésions les plus nombreuses. Il existe de nombreux cas de paralysie générale sans artério-sclérose, mais dans ce cas on peut admettre une relation étroite entre les lésions et la maladie, et rapporter la paralysie agitante aux altérations anatomiques décrites.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE MÉDICALE

De quelques accidents causés par l'abus des exercices sportifs pendant la croissance, communication au Congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, par M. Paul Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris.

L'exercice est indispensable aux enfants, mais il y a une mesure à garder dans les exercices physiques pendant l'âge de la croissance, attendu que, s'ils sont utiles à tous les enfants et à tous les adolescents, si, même violents, ils peuvent encore être favorables à la majorité d'entre eux, il est cependant des cas assez nombreux dans lesquels l'exercice n'est utile qu'à la condition d'être toujours modéré.

Actuellement, par suite de l'engouement qui se manifeste dans nos collèges pour les jeux violents et de l'émulation qu'on s'efforce de stimuler, avec excès peut-être, pour la réussite de ces jeux, le fait d'être inhabile ou inapte à plusieurs d'entre eux devient non seulement une déception pour certains enfants, mais une humiliation. Or, l'enfant ne se résout pas facilement à l'humiliation, et il fait des efforts désespérés pour y échapper, se livrant ainsi à un véritable surmenage physique, qui devient alors un danger réel.

Quand je jette un coup d'œil autour de moi sur les enfants qui peuplent un lycée parisien, j'en vois un bon nombre qui me paraissent incapables de subir impunément tous les exercices sportifs qu'on a organisés depuis quelques années dans beaucoup d'établissements d'éducation, et j'ai pu observer directement plusieurs exemples évidents des résultats regrettables auxquels on peut aboutir par l'abus des exercices physiques.

J'ai vu des troubles cardiaques graves survenir chez des enfants qui, pour triompher dans une course, sont venus s'abattre au poteau d'arrivée, anhélants et fourbus. J'ai vu des ostéomyélites dont la cause occasionnelle avait été un match de foot-ball. J'ai soigné des typhlites causées par l'abus de la bicyclette et des fièvres de surmenage après un canotage passionné.

C'est pendant la croissance que ces divers accidents sont à redouter, et je n'ai ici en vue que l'enfant et l'adolescent.

Les troubles de l'appareil circulatoire sont les plus frappants par leur brusque apparition et leur intensité; les plus ordinaires sont des accès de palpitations, toujours éveillés par l'exercice; les premiers sont généralement provoqués par une séance trop prolongée de cycle, de course ou de foot-ball; ils sont modérément violents et cessent assez vite par le repos; mais, si l'on n'y prend garde, ils deviennent de plus en plus fréquents, même avec un exercice mitigé, et ne prennent fin qu'après une suspension prolongée des exercices qui les avaient provoqués. Les palpitations s'observent surtout chez les adolescents de 14 à 16 ans, période pendant laquelle le développement de la cavité thoracique en largeur est souvent moindre proportionnellement que l'augmentation de volume du cœur. Elles acquièrent leur maximum d'intensité chez les sujets dyspeptiques rhumatisants, de souche névropathique et surtout chez ceux qui sont porteurs d'une altération orificielle méconnue, comme le rétrécissement mitral. Cette malformation, souvent congénitale, peut rester latente et ne se décèle quelquefois que par un dédoublement permanent du deuxième bruit, la facilité de l'essoufflement et la fréquence des épistaxis.

Mais l'accident type que produit le surmenage cardiaque est une dilatation aiguë des cavités droites, asystolie passagère, mais vraiment inquiétante, et dont j'ai observé deux cas chez des enfants de 11 à 15 ans, après une course à pied et après un match de foot-ball.

Comme accident imputable à un trouble de la circulation périphérique, j'ai observé de la tuméfaction avec engourdissement des pieds et des mollets, et même un peu d'œdème malléolaire et prétibial chez un sujet qui avait des varices précoces et qui se livrait à de trop longues séances de bicycle.

Les épistaxis, si communes chez certains enfants arthritiques, sont plus fréquentes et plus durables après les longues séances de jeux violents.

J'ai observé un cas où les troubles circulatoires des petits vaisseaux ont amené leur rupture dans des régions où l'hémorrhagie n'est pas sans gravité. Il s'agit d'un garçon de douze ans, présentant un degré assez avancé d'obésité et notamment de surcharge graisseuse abdominale. Faisant d'ordinaire peu d'exercices physiques ou du moins n'en faisant que d'une façon intermittente, il a été pris, après une excursion en bicyclette, d'une hémorrhagie intestinale attestée par des garde-robes mélæniques qui se sont reproduites pendant trois jours. Ce mélæna fut précédé d'un état général de courbature fébrile assez inquiétant et s'accompagna de lipothymies, d'intermittences cardiaques, d'une extrême pâleur. Des douleurs spontanées se manifestèrent au niveau de la fosse iliaque gauche et la palpation en ce point permit, la flexion de la cuisse sur le bassin étant impossible, de percevoir une rénitence d'abord localisée, puis un empâtement diffus avec la sensation incontestable de crépitation pseudo-emphysémateuse que donnent les caillots qui s'écrasent dans les tissus profonds: il s'était fait sans doute en ce point un hématome sous-cutané et peut-être intra-musculaire. Les autres phénomènes consistèrent en de la congestion hépatique dont les principaux traits furent l'hyperesthésie cutanée, les vomissements incoercibles, une insomnie tenace, des alternatives de rougeur et de pâleur, un état syncopal à l'occasion des moindres émotions. Il ne fallut pas moins d'un mois pour remettre le malade sur pied.

L'abus des exercices physiques est responsable de certains troubles digestifs. Dans plusieurs des cas que j'ai eu l'occasion d'observer, il s'agissait d'enfants déjà un peu dyspeptiques, qu'on avait espéré faire mieux digérer en leur prescrivant un exercice qui, fait intempestivement pendant la première période de la digestion et avec trop d'ardeur, avait pour effet, au contraire, de perturber davantage encore les actes digestifs.

Comme troubles nerveux, j'en ai noté de deux sortes: la céphalée et l'insomnie. La première m'a paru surtout imputable à un certain degré d'hyperhémie cérébrale; la seconde est attribuable en partie à la surexcitation psychique que cause à beaucoup d'enfants nerveux soit l'attente d'un plaisir, soit la contrariété d'une déception d'amour-propre.

Je ne mets pas au passif des tendances actuelles les traumatismes accidentels, fractures, luxations ou contusions qui sont toujours possibles. Je n'aborderai pas la question des arthrites provoquées ou réveillées, des synovites et autres affections que peuvent observer les chirurgiens. Je m'en tiens à ce que j'ai vu comme médecin d'enfants, et je signalerai enfin, pour mémoire, une tendance générale à la cyphose du rachis dans la région cervico-dorsale que présentent bon nombre d'adolescents adonnés prématurément avec trop d'ardeur à la bicyclette, par suite de l'attitude vicieuse, dite de jockey, qu'ils adoptent pendant les courses rapides et l'ascension des côtes.

Je tiens à dire, en terminant, que je ne viens pas protester contre l'heureuse renaissance des exercices physiques dans notre pays. Je m'élève seulement contre leur

abus pendant la période si délicate de la croissance, et ce que je voudrais, c'est qu'on fît subir un entraînement progressif et méthodique à tous les enfants, sans les laisser se livrer d'emblée à corps perdu à tous les genres de sport (1).

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Troisième session tenue à Paris du 27 juillet au 2 août.

Pseudo-tuberculoses.

M. Courmont (Lyon) relate deux observations de tuberculose humaine dues à un agent microbien inconnu, mais qui n'était ni le bacille de Koch ni un autre des microbes tuberculeux connus. Le premier cas est celui d'un homme qui avait contracté la tuberculose en soignant sa femme morte phthisique; leurs 4 enfants étaient morts de méningite tuberculeuse. La tuberculose a donc fait 6 victimes dans cette famille. L'homme mourut un mois après son entrée à l'hôpital avec tous les signes d'une tuberculose pulmonaire au 3e degré. — L'autopsie confirma pleinement le diagnostic clinique. Or, les crachats examinés *journellement* pendant la vie, les lésions examinées après la mort, ne contenaient pas un seul bacille de Koch. Les tentatives de cultures furent négatives. Les lésions pulmonaires inoculées à des lapins et des cobayes puis réinoculées de façon à fournir plusieurs générations occasionnèrent sur ces animaux une tuberculose confluente généralisée à marche rapide. Aucun des 8 cobayes ne présenta la traînée ganglionnaire qui relie toujours le point d'inoculation au 1er organe atteint, *comme cela a toujours lieu avec la tuberculose de Koch.* Les lésions expérimentales ne contenaient pas de bacilles de Koch. Donc: exemple de tuberculose ayant tué une famille, et n'étant pas due au bacille de Koch (examens, résultat des inoculations).

Le second cas est celui d'un enfant de dix ans, atteint de tuberculose pulmonaire et cérébrale. Résultats des examens et des inoculations identiques aux précédents.

Si on recherchait systématiquement ces cas, on les trouverait assez nombreux.

Toxicité des produits tuberculeux.

M. Courmont (Lyon) a fait dissoudre dans l'eau des bouillies de poumons phymiques au 3e degré, hachés et pressés. Le liquide était ensuite filtré au filtre Chamberland. Le produit de la filtration était alors introduit dans la veine jugulaire de chien jusqu'à des doses atteignant 1 centigr. par 35 grammes d'animal. La respiration, la pression sanguine, le pouls étaient enregistrés par la méthode graphique pendant toute la durée de l'expérience. Les substances ont présenté une toxicité à peu près nulle; on a noté seulement de l'accélération cardiaque. Les chiens ont été sacrifiés beaucoup plus tard en bonne santé.

Virulence du lupus.

MM. Arloing et **Courmont** (Lyon) ont commencé une étude systématique du lupus au point de vue de la virulence de ces lésions. Ce sont leurs premiers résultats qu'ils apportent. M. Arloing estime qu'il en est du lupus comme des différentes tuberculoses chirurgicales : elles sont dues à des bacilles atténués, mais il y a une échelle de virulence. Certaines d'entre elles sont à peine infectantes, d'autres au contraire contiennent des bacilles aussi virulents que ceux des phthisiques et capables par conséquent d'envahir tout l'organisme. Il doit donc y avoir des lupus à peine infectants, moyennant infectants et très infectants. L'échelle est plus vaste que ne le pense M. Leloir. M. Arloing et Courmont ont inoculé un certain nombre de lupus dans le péritoine du cobaye. Les premiers expérimentés n'ont même pas pu tuberculiser le cobaye par cette voie. Tandis qu'un autre cas a produit chez cet animal une tuberculose généralisée. Ces lésions expérimentales inoculées *sous la peau* de 4 lapins et 4 cobayes ont tué ces 8 animaux très rapidement avec une généralisation extraordinaire *même chez le lapin.* Voilà donc un cas de lupus contenant des bacilles extraordinairement virulents.

Or, ainsi que l'affirme depuis longtemps M. Arloing, ces différences sont dues à la *virulence et au nombre* des bacilles, car ces lésions si infectantes contenaient excessivement peu de bacilles.

Tuberculose spontanée du cheval.

MM. Cadiot, Gilbert et **Roger.** — Nous avons rencontré chez le cheval un cas de tuberculose, essentiellement limitée aux muscles et à la peau. En dehors de quelques groupes ganglionnaires altérés et de la présence de quelques granulations dans le foie, la rate et en un point limité du péritoine, toutes les autres parties du corps étaient indemnes. Les muscles malades, devenus grisâtres, avaient acquis une consistance plus ferme. Ils étaient parcourus par des bandes blanches et nacrées s'épaississant par places pour donner naissance à de petits nodules brillants. Les bandes, parallèles en général aux fibres musculaires, se divisaient et se subdivisaient dans la profondeur des muscles et se réunissaient de diverses façons pour cloisonner le tissu qui se trouvait ainsi segmenté en îlots. A l'examen microscopique nous pûmes reconnaître qu'il s'agissait là d'une *cirrhose musculaire tuberculeuse.* Les cloisons étaient en effet constituées par du tissu conjonctif, semé de granulations tuberculeuses affectant les caractères du tissu scléreux, qui s'insinuait en minces travées entre les fibres musculaires. Quelques-unes des fibres musculaires ainsi enserrées avaient conservé leurs caractères histologiques normaux. La plupart, toutefois, avaient perdu leur striation et étaient devenues réfringentes; d'autres avaient disparu totalement. Les granulations tuberculeuses, placées au centre même des bandes scléreuses, discrètes et de petite taille (à tel point que dans certaines préparations leur présence pouvait passer inaperçue), étaient typiques pour la plupart, bien que pauvres en bacilles. D'autres étaient exclusivement composées de cellules rondes en voie de nécrobiose; d'autres enfin étaient envahies par le tissu scléreux et rendues presque méconnaissables.

Dans ces dernières années, MM. Hanot et Gilbert se sont efforcés d'établir sur des preuves cliniques et expérimentales la réalité de l'existence d'une cirrhose hépatique de même nature. Cette observation vient à l'appui de la thèse qu'ils ont soutenue. En se plaçant, en effet, au point de vue de la pathologie générale, il est difficile de savoir quelle dissemblance existe entre notre cirrhose musculaire et la cirrhose hépatique tuberculeuse.

Du diagnostic total de la tuberculose.

M. Chiaïs (Menton). — Il est nécessaire, pour faire ce diagnostic, d'ajouter aux notions révélées par Laënnec, Villemin, Koch, la connaissance de la constitution intime de l'organisme, avant, pendant et après l'infection. Or, l'étude des produits excrémentitiels renseigne sur le fonctionnement du protoplasma et par exemple il est facile de se rendre compte du degré et de la rapidité de sa fonction de réduction par l'examen de la sécrétion urinaire, dont la composition et le mode seront étudiés par rapport aux ingesta.

Des analyses répétées faites pendant 6 ans chez des tuberculeux bacillaires nous ont permis de constater tantôt un excès de matériaux solides, tantôt — et le plus souvent — une diminution de ces mêmes éléments. L'urée, les chlorures, l'acide phosphorique diminuent parallèlement à l'intensité de la perversion des fonctions protoplasmiques. L'urine diminue généralement de quantité. La persistance des modifications qualitatives et quantitatives de l'urine indiquent l'évolution de la maladie et font prévoir l'impuissance thérapeutique. Si l'état de la sécrétion urinaire se modifie dans un sens favorable, la tuberculose pourra se localiser et la thérapeutique deviendra plus efficace.

Etude statistique sur l'étiologie de la tuberculose dans les campagnes.

M. d'Hôtel (de Poix-Terron) cherche à montrer que c'est surtout à la campagne qu'on peut facilement étudier la contagion de la tuberculose en séries, s'observant soit chez des conjoints, soit chez des habitants d'un même logement, soit dans des maisons ayant été antérieurement habitées par des

(1) A la suite de cette communication, M. Bouchard s'est élevé, lui aussi, contre le surmenage physique. Il se déclare partisan de l'exercice modéré, mais hostile au sport, c'est-à-dire à la course.

phthisiques. Il y a des villages misérables, où, malgré la misère physiologique la plus accusée, on n'observe pas un seul cas de tuberculose. Par contre, on voit souvent des exemples d'importation urbi-rurale de la maladie se faire soit par des soldats, soit par des habitants des villes voisines. Les enfants issus de phthisiques n'héritent généralement pas de la maladie de leurs parents lorsqu'ils ont été élevés loin d'eux ou enlevés de bonne heure au milieu contaminé. La statistique de M. d'Hôtel montre que le rôle de l'hérédité est très secondaire; les enfants de tuberculeux paraissent simplement plus prédisposés que les autres à contracter la tuberculose s'ils se trouvent en contact avec des tuberculeux ou s'ils vont vivre dans un milieu dense en population.

Des malformations congénitales chez les tuberculeux héréditaires.

M. Ricochon (Champdeniers). — L'homme, sauf quelques exceptions rares, contracte la tuberculose en dehors de la vie fœtale.

Les prédispositions acquises auxquelles il est soumis dans les villes en raison des conditions si défectueuses de l'existence, favorisent l'évolution du bacille. Dans les campagnes, où ces conditions n'existent pas ou bien sont réduites au minimum, la tuberculose sévit cependant dans de grandes proportions. Aussi est-il nécessaire de faire intervenir plutôt la prédisposition innée, héréditaire, familiale. La nature intime de cette prédisposition reste inconnue, mais elle se traduit chez les descendants tantôt par l'aptitude à contracter la tuberculose, tantôt par des malformations congénitales parmi lesquelles la luxation congénitale de la hanche vient en premier lieu.

Il est facile de relever, du reste, d'autres malformations. C'est ainsi que j'ai pu observer l'asymétrie faciale, les fentes palpébrales, les affaissements de la voûte nasale, les arrêts de développement et l'atrophie de la lèvre supérieure, l'imperforation de l'anus, etc., etc. Ce sont là des stigmates de dégénérescence, indices des modifications intimes des tissus qui constitueront des lieux de moindre résistance.

M. Chiaïs. — La communication de M. Ricochon vient à l'appui de ce que je soutiens. J'ai suivi durant assez longtemps l'état constitutionnel des enfants issus de souche tuberculeuse et j'ai pu me convaincre de l'existence fréquente, chez eux, des altérations du chimisme protoplasmatique. La constatation de ces modifications rendait compte de l'impuissance du traitement.

Nouvelles études sur les injections gaïacolées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

MM. Weill et **Diamantberger** (Paris). — Nous pratiquons au moyen de la seringue de Pravaz des injections sous-cutanées de gaïacol associé en parties égales à l'huile d'amandes douces stérilisée à 120°. La seringue contient 0 gr. 50 centigr. de gaïacol pur. Nous débutons en général par un quart de seringue, pour aller progressivement à 2, 4, 6 et quelquefois même jusqu'à 8 seringues par jour. L'élimination par les voies respiratoires et les différents organes excréteurs se fait normalement; le gaïacol ne détermine aucune réaction spéciale en dehors des transpirations profuses, dont l'intensité semble proportionnelle à la gravité des lésions.

Nous avons pu ainsi traiter 82 malades appartenant pour la plupart à la clientèle misérable. Sur ces 82 malades, nous avons obtenu 62 améliorations; 27 ont pu même être considérés comme guéris.

Les signes physiques : toux, expectoration, troubles digestifs, fièvre, subissent des modifications rapides et profondes.

Sur les injections massives intrapulmonaires d'huile créosotée et mentholée.

M. de la Jarrige (Paris) fait une communication sur les injections laryngo-trachéales massives d'huile contenant 5 0/0 de créosote et 10 0/0 de menthol. Il a pu atteindre la quantité de 40 grammes sans aucun inconvénient et obtenir ainsi des résultats sérieux.

M. Hérard fait remarquer que, sans discuter l'efficacité de tous les traitements qui ont pour but d'atteindre le bacille, il convient de viser surtout le terrain, de perfectionner par conséquent le traitement hygiénique.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès annuel tenu à Besançon.

Traitement des angines.

M. A. Fabre (Paris). — Dans quarante cas de grippe avec angine inflammatoire, les inhalations d'air surchauffé créosoté ont amené une diminution instantanée des quintes de toux, et la sédation a été obtenue en deux jours, trois jours au plus.

Dans dix cas d'angine pultacée, la gêne dans les mouvements de déglutition a cessé à la suite d'une seule inhalation d'une demi-heure de durée. Les taches pultacées disparaissaient complètement après deux inhalations. Le mélange placé dans l'éprouvette était le suivant : créosote de hêtre, 5 grammes; acide phénique cristallisé, 0 gr. 50 centigr.

Dans trois cas d'angine gangréneuse, la fétidité de l'haleine et la gêne de la déglutition ont disparu à la suite d'une seule inhalation; deux inhalations ont suffi pour faire disparaître les exsudats gangréneux. La solution était ainsi composée : créosote de hêtre, 5 grammes; acide phénique cristallisé, 1 gramme.

Dans le seul cas d'angine diphthérique que j'ai traité par ces inhalations (au même titre que pour les angines gangréneuses), après vingt-quatre heures et trois inhalations, les amygdales, qui étaient littéralement couvertes de fausses membranes épaisses, sont devenues absolument nettes; sauf un léger reflet blanc nacré à la partie supérieure de l'amygdale droite, la muqueuse a repris sa teinte normale, le gonflement des ganglions a notablement diminué, l'état général s'est amélioré.

Excrétion urinaire dans le paludisme.

M. Mossé (Toulouse). — Déjà j'ai établi que, après les accès palustres, la glycosurie est un accident rare transitoire lié à des causes extrinsèques, et qu'il est difficile d'établir entre le paludisme grave ou invétéré et le diabète sucré une relation de cause à effet. Par contre, j'ai établi l'existence d'une polyurie insipide, à marche aiguë, consécutive aux accès de fièvre intermittente, survenant d'une manière fréquente sinon constante quelques jours après la cessation de la fièvre et disparaissant ordinairement d'une façon rapide, plus rarement d'une façon progressive, laissant quelquefois subsister une tendance à l'augmentation nycthémérale de la diurèse. Cela étant, j'ai cherché à voir s'il existait quelque relation entre cette polyurie aiguë et la polyurie chronique des vieux paludéens, connue depuis longtemps.

Les faits que depuis mon premier travail j'ai observés à Toulouse confirment entièrement et complètent ce que j'ai vu à Montpellier.

Les graphiques placés sous vos yeux — et dans lesquels nous avons établi les courbes de la température, de la diurèse et de l'excrétion uréique de nos nouveaux malades — se rapprochent de ceux que nous avons déjà publiés. Il est facile de s'en rendre compte par une comparaison rapide. Il faut donc admettre l'existence d'une polyurie aiguë, insipide, fréquente, mais non constante, après les accès de fièvre intermittente légitime. La quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures varie de 2 k. 500 à 3 k. 500 en moyenne : elle a pu s'élever à 6 et 8 litres. Elle ne s'accompagne pas d'une azoturie proportionnelle, mais ce n'est pas une hydrurie simple; les chlorures sont en effet éliminés en quantité considérable (65 grammes en vingt-quatre heures dans une de nos anciennes observations, 41 grammes chez un de nos derniers malades).

Cette polyurie aiguë, qui présente quelques caractères des syndromes critiques, doit cependant être surtout rapprochée des polyuries observées au début de la convalescence de quelques maladies infectieuses. Elle diffère de la polyurie des impaludés chroniques.

Un de nos malades, que nous avons pu suivre pendant plus de deux mois, a réalisé rapidement le tableau du paludisme chronique, tel qu'il est décrit par MM. Kelsch et Kiener. Cet

homme, quelques jours après avoir eu la polyurie aiguë consécutive aux accès intermittents, a présenté la polyurie chronique, insipide, que les auteurs ont signalée dans le paludisme chronique. Sur la courbe que nous présentons, on voit les deux phénomènes s'inscrire de manière à rendre sensibles leurs différences. Notons que dans cette deuxième période, l'excrétion uréique totale en vingt-quatre heures a été d'une manière générale plus élevée que nous ne l'avons vue en moyenne dans la polyurie aiguë, même avec une diurèse plus abondante. Cette observation est en parfait accord avec les analyses de MM. Kelsch et Kiener. Ces auteurs attribuent cette augmentation d'urée à la destruction des globules sanguins d'après les expériences de Patrou. La chose est possible, et nous sommes disposé à l'admettre d'après le fait que nous avons vu; mais peut-être augmentation de l'urée et destruction des globules ne sont-elles que deux termes d'une modification plus générale des mutations nutritives. Notre sujet a eu pendant quelques jours un peu d'albumine, et pas de sucre.

Enfin, ajoutons que chez un de nos malades qui a eu une fausse fièvre intermittente (fièvre uro-septique), et chez lequel les accès ont été fréquents et la température élevée, nous n'avons vu se produire — bien que nous l'ayons observé un certain temps — aucune tendance à la polyurie. Nous serions donc porté à admettre que la polyurie aiguë que nous avons décrite ne s'observe que dans les fièvres intermittentes infectieuses proprement dites, et non dans les accès intermittents résultant d'une auto-intoxication; des faits plus nombreux sont toutefois nécessaires avant de pouvoir l'affirmer.

Prophylaxie de la malaria par la quinine.

M. Sézary. — En 1891, M. Longuet, après avoir énuméré les tentatives faites dans divers pays pour prévenir les accès de malaria par l'usage de la quinine à petites doses, longtemps continuées, arrivait à conclure en faveur de l'efficacité et de l'innocuité de cette pratique.

Après avoir expérimenté pendant deux ans ce procédé de prophylaxie dans ma clientèle algérienne, j'ai pu confirmer absolument l'opinion de M. Longuet : avec une dose quotidienne de 0 gr. 15 à 0 gr. 20, continuée tant que la malaria sévit dans la région que l'on habite, on peut impunément séjourner dans les localités les plus malsaines; cet usage continu de la quinine à petites doses est sans inconvénients pour l'estomac.

J'ai vu des propriétaires de campagne, des cultivateurs, qui traversent sans accès la mauvaise saison, alors que tout le monde est atteint autour d'eux. Bien des fois ils ont essayé de cesser l'emploi de la quinine, mais au bout de quelques jours des malaises ou même des accès se sont déclarés, qui les ont forcés à recourir au médicament prophylactique.

La forme d'administration la plus commode est la solution, dans du vin blanc acidifié avec l'acide tartrique, du sulfate de quinine à la dose de 3 grammes par litre; le litre doit durer de deux à trois semaines, en en prenant une dose par jour après l'un des repas; la dose quotidienne varie ainsi entre 0 gr. 10 et 0 gr. 15 centigrammes.

Immunité relative des musulmans de l'Algérie vis-à-vis de la fièvre typhoïde.

M. Sézary (Alger). — Plusieurs médecins militaires ont constaté l'immunité relative vis-à-vis de la fièvre typhoïde du cadre indigène des régiments algériens par rapport au cadre européen. Il en est de même dans les hôpitaux civils, et la statistique que j'ai dressée à ce propos en constitue une preuve des plus nettes. Sur 10,000 entrées à l'hôpital civil d'Alger, il y a 170 entrées pour fièvre typhoïde parmi les Européens et 13 entrées seulement, pour la même maladie, parmi les Musulmans. Il est difficile d'expliquer cette immunité, lorsqu'on considère les conditions hygiéniques de la vie des indigènes, auxquels, sous ce rapport, nous n'avons rien à envier. Elle paraît congénitale, comme celle du mouton algérien vis-à-vis du charbon bactéridien.

Ladrerie dans l'espèce humaine.

Mme Gaches-Sarraute (Paris) a rencontré cette année deux cas de ladrerie généralisée. Dans le premier, il s'agit d'une jeune femme de trente ans, télégraphiste, chez laquelle existait une foule de petits kystes, de la grosseur d'un grain de chènevis, disséminés sur toute l'étendue du corps. M. Bouchard, consulté, pensa qu'il s'agissait de ladrerie, et l'examen histologique, pratiqué par M. Launois, a confirmé ce diagnostic.

La deuxième observation se rapporte à une jeune femme, syphilitique, présentant sur le corps de nombreux kystes qu'elle avait attribués à des lésions syphilitiques, mais qui semblent être de même nature que les kystes de la première malade; l'examen microscopique n'a pas été fait.

M. Regnault (Paris). — On doit émettre quelques doutes tant que le microscope n'est pas intervenu. J'ai présenté à la Société anatomique il y a quelques années une observation dans laquelle nous avions rencontré, chez le malade, des tubercules multiples, roulant librement sous la peau; nous fîmes un examen soigneux, avec M. Netter, pensant à de la ladrerie, mais une biopsie nous fit reconnaître qu'il s'agissait de nodules cancéreux et bientôt l'autopsie permit de constater un cancer de l'estomac.

Nature et complications des xanthomes.

M. Hallopeau (Paris). — La nature, les causes, les rapports des xanthomes avec l'ictère et la glycosurie sont très diversement interprétés. D'après mes examens, ils constituent des néoplasies bénignes d'origine embryonnaire : ils doivent, par conséquent, être rangés parmi les nævi et les altérations humorales qui peuvent les compliquer en sont, non les causes, mais les conséquences. En effet, leur structure offre les plus grandes analogies avec celle des nævi pigmentaires : on les a vus se développer sur un nævus; dans un fait que j'ai observé, ils étaient disposés en une longue série linéaire suivant le trajet d'un nerf, localisation spéciale aux nævi. Leur apparition tardive n'est pas en contradiction avec cette manière de voir, car les nævi peuvent se développer chez l'adulte.

Les xanthomes dits diabétiques se distingueraient des nævi par leur disparition possible, mais, d'une part, les nævi peuvent également rétrocéder, d'autre part cette régression des xanthomes peut n'être qu'apparente : chez un des malades où elle a été signalée, l'examen comparatif de deux moulages faits à cinq ans de distance m'a montré que les néoplasies avaient persisté avec des caractères presque identiques. Cette amélioration trompeuse peut s'expliquer par la richesse en vaisseaux des xanthomes tubéreux : suivant qu'ils sont anémiés ou hyperhémiés, ils sont plus ou moins apparents. L'ictère et la glycosurie ont été invoqués à tort comme causes de ces néoplasies; selon toute vraisemblance, ils leur sont au contraire subordonnés : on sait, en effet, que les xanthomes ne sont pas limités au tégument externe et qu'ils peuvent occuper toutes les membranes de revêtement; leur développement dans les voies biliaires peut donc rendre compte de l'ictère et leur localisation dans le pancréas explique la glycosurie. Le caractère intermittent de ces syndromes peut être dû à la réplétion variable des vaisseaux des tumeurs ainsi qu'à la possibilité de leur évolution rétrograde, passagère ou définitive.

Un cas anormal d'angine de poitrine.

M. Lépine. — Il y a une grande variété de cas frustes et plus ou moins anormaux d'angine de poitrine. J'en ai observé un cas chez un maçon de trente-six ans, un peu alcoolique, présentant depuis six semaines une douleur *intense* dans le côté *droit* de la poitrine, irradiant exclusivement dans le membre supérieur *droit*. Cette douleur, qui a été sans cesse en s'aggravant, est continue, avec paroxysmes très courts pendant lesquels il y a un arrêt respiratoire. Dans leur intervalle — au moins le jour où le malade a été observé — la respiration est excessivement fréquente (60 et même 80 par minute), contrastant avec le pouls, qui ne dépasse pas 60, est régulier et de tension moyenne. La douleur, qui siège seulement dans le côté droit de la poitrine (région pectorale) et dans le membre supérieur du même côté, s'accompagne d'une hyperesthésie marquée de la peau. Une injection de morphine est pratiquée; le soir, le malade meurt subitement.

A l'autopsie, on trouve de l'aortite avec plaques gélatiniformes rétrécissant l'orifice de la coronaire antérieure; le cœur est de volume normal.

A l'examen histologique, les nerfs de la région pectorale sont sains; le myocarde est sain à droite; à gauche, on trouve un bon nombre de fibres paraissant trouées sur la coupe et

quelques lésions interstitielles douteuses. En somme : aortite, légère atrophie du myocarde, angine de poitrine, qui diffère des formes classiques par les particularités suivantes :

1° Quant à la *marche* : douleurs ayant débuté depuis six semaines et n'ayant jamais cessé depuis le début ;

2° Quant à la *symptomatologie* : douleurs siégeant *exclusivement à droite*, nullement rétro-sternales ; hyperesthésie cutanée ; pas de sensation d'écrasement de la poitrine ; douleurs ressemblant seulement à celles d'une névralgie : accélération *extraordinaire* de la respiration (sauf quelques arrêts de temps en temps), contrastant avec la lenteur, la régularité et en un mot l'absence d'anomalie du pouls, au moins au moment de l'examen.

Anévrysme spontané de l'artère humérale au cours d'une endocardite végétante; arthrite aiguë infectieuse à streptocoques.

MM. Le Gendre et **Beaussenat** (Paris). — La malade qui fait l'objet de cette observation est entrée dans notre service le 10 mai dernier. Agée de vingt-cinq ans, elle avait eu, trois ans auparavant, une première attaque de rhumatisme articulaire aigu polyarticulaire avec tout le cortège symptomatique de cette affection. Mariée presque aussitôt après cette maladie, elle a eu une grossesse parfaitement régulière, sans trace d'œdème des jambes ni de varices ; l'accouchement s'est fait normalement, à terme, et l'enfant est bien portant. Rien n'autorise à soupçonner la syphilis ni chez cette femme, ni chez son mari.

Cinq mois avant d'entrer à l'hôpital, la malade a eu une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, accompagnée, cette fois, de palpitations violentes et parfois même de crises d'étouffements. Depuis cette époque, elle n'a jamais cessé d'être souffrante et de garder le lit. Huit jours avant d'entrer à l'hôpital, elle a éprouvé brusquement une sensation très pénible de fourmillements dans tout le membre supérieur droit et, deux jours plus tard, elle constatait à la partie supérieure et interne du bras droit l'apparition d'une petite grosseur. Elle aurait eu, paraît-il, en même temps des douleurs analogues dans la cuisse et la jambe droites, mais, à ce niveau, aucune tumeur ne s'est développée.

A son entrée à l'hôpital, la malade a l'aspect d'une phthisique cachectique. Elle accuse des douleurs dans tout le corps, mais la pression n'en détermine qu'au niveau du membre supérieur droit, dont le moindre mouvement arrache des cris à la patiente ; on n'y constate ni œdème, ni coloration anormale des téguments.

A la face interne du bras, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, siège une tumeur sur laquelle la peau est mobile; son volume est celui d'un œuf de poule et ses limites sont très nettes ; elle est lisse, allongée dans le sens vertical et mobile sur le squelette ; elle n'est pas fluctuante, mais elle présente des battements synchrones à la pulsation cardiaque et on entend au stéthoscope un souffle systolique rude, à caractère piaulant, perceptible sur tous les points de la tumeur et se prolongeant au delà de ses limites. Il y a là un retard nettement appréciable du pouls radial droit sur la pulsation cardiaque et le pouls du côté opposé ; ce qui frappe surtout, c'est l'extrême faiblesse de ce pouls radial par rapport à celui du côté opposé. Notons, enfin, un frémissement vibratoire léger de la tumeur.

On constate, en outre, chez la malade une affection cardiaque complexe. Le cœur, à chaque systole, ébranle violemment la paroi thoracique ; au niveau de la pointe, il y a même une ondulation telle de la paroi qu'elle est perceptible à distance. Sur tout le reste de la région précordiale on peut à jour frisant constater également les alternatives de soulèvement et de dépression des espaces intercostaux. On note, en outre, à la pointe, qui bat dans le sixième espace, un frémissement cataire extrêmement intense. A l'auscultation, nous trouvons un roulement diastolique et une légère ébauche de dédoublement du deuxième bruit, mais le signe stéthoscopique qui prime tout consiste dans un souffle systolique très rude en jet de vapeur, couvrant toute la région précordiale avec maximum à la pointe et se prolongeant dans l'aisselle. Lors de son entrée à l'hôpital, la malade a une très légère diarrhée depuis quarante-huit heures, son appétit est nul et la température oscille entre 37° et 38°. Cet état de choses dura quelques jours, puis une amélioration passagère se produisit dans l'état général, mais l'état local s'était modifié, la tumeur était devenue plus dure et avait augmenté de volume ; on ne percevait plus de battements expansifs, mais l'œdème s'était installé au niveau de l'avant-bras et de la main. Brusquement la température s'éleva notablement vers le 28 mai et dès lors oscilla entre 38° et 39°. En même temps, l'œdème jusque-là localisé aux parties sous-jacentes gagna le moignon de l'épaule.

La malade succomba peu de temps après à une rupture de la poche anévrysmale, malgré la ligature de l'artère axillaire.

L'autopsie montra un anévrysme diffus de l'humérale ; en outre, il existait du côté du cœur des végétations sur la valvule mitrale et au pourtour de l'orifice mitral. Dans la rate volumineuse et dans les reins, nous avons constaté des infarctus.

L'examen histologique des parois de l'artère humérale en différents points situés au-dessus et au niveau du siège de l'ectasie nous a permis de constater des lésions d'endartérite infectieuse, avec infiltration leucocytaire surtout marquée entre l'endartère et la tunique moyenne, d'une part, et au niveau de la tunique externe d'autre part ; on rencontrait des traînées de streptocoques en abondance, agglomérés surtout sous l'endartère, dans les couches de la musculeuse ainsi que dans la tunique externe.

Nous n'avons trouvé aucune mention faite d'anévrysme artériel spontané à évolution si rapide au cours d'une endocardite infectieuse.

M. Bouchard. — Il semble, d'après l'examen microscopique des lésions, qu'il s'agissait de périartérite et de mésartérite plutôt que d'endartérite. C'est en effet surtout à la suite des périartérites que se font les dilatations des petites artères, aussi bien que des artères volumineuses, et il suffit, pour s'en convaincre, de faire chez un chien une simple cautérisation au nitrate d'argent sur la surface externe d'une artère : quelques jours après, il existe une dilatation, un début d'anévrysme, au niveau du point cautérisé.

Les parotidites de l'influenza.

M. Roland (Besançon). — Les parotidites peuvent s'observer sous deux formes comme complications de l'influenza : la forme congestive, dont j'ai réuni cinq observations, et la forme suppurée, qui m'en a fourni deux. Dans un grand nombre de cas, elles ont été accompagnées ou suivies de pneumonies.

La forme congestive ne doit pas être confondue avec les oreillons. La forme suppurée est double comme la précédente. Elle se rencontre surtout chez des individus âgés, ayant une mauvaise dentition et un état septique de la bouche. Dans un cas, elle s'est déclarée pendant la convalescence d'une pneumonie grippale et a été suivie d'un érythème infectieux scarlatiniforme apyrétique qui n'était ni une scarlatine ni un érysipèle.

Chute d'un lieu élevé.

M. Bruchon (Besançon) présente un malade qui, dans la nuit du 7 au 8 août, s'est précipité d'une des fenêtres du lycée, sous l'influence d'un accès de somnambulisme. Il est tombé sur un toit de zinc, situé entre le rez-de-chaussée et le premier étage, à 14 mètres au-dessous du point de projection. Cet homme en a été quitte pour une commotion générale qui s'est parfaitement dissipée, et n'a présenté aucun autre trouble consécutif.

Sur un cas de cirrhose infantile.

M. d'Espine (Genève). — Il s'agit d'un enfant, âgé de six ans et demi, né de parents bien portants ; une sœur et deux frères sont bien portants ; une sœur est morte de tuberculose osseuse. Une grand'mère serait morte poitrinaire. La syphilis, l'impaludisme et l'alcoolisme paraissent devoir être exclus des antécédents. L'enfant lui même n'a jamais eu de maladie sérieuse, à part une fluxion de poitrine dans sa première année.

En juillet 1888, il s'anémie sans cause appréciable et perd l'appétit. Mais je ne puis établir le diagnostic de la cause de cette anémie. Le 7 novembre, son abdomen a grossi notablement depuis une quinzaine de jours et il tousse fréquemment. Le ventre n'est pas douloureux ; il est fortement distendu et l'on voit un réseau de veines sous-cutanées abdominales surtout développé près de la ligne médiane. On constate du

tympanisme dans la partie supérieure du ventre, et de l'ascite avec sensation de flot; le liquide se déplace lentement par le changement de position. Le foie est augmenté de volume, et, sur la ligne médiane, il arrive à deux doigts de l'ombilic. Les bruits du cœur sont normaux, mais on trouve de la bronchophonie et du souffle à l'expiration, perceptible à la racine de la bronche droite, et l'on pense alors à une adénopathie bronchique vraisemblablement de nature tuberculeuse.

Le 22 novembre 1888, l'enfant est admis dans le service de M. Revilliod. On constate à l'auscultation une expiration prolongée, soufflante, dans la fosse sous-épineuse et des râles muqueux fins à la base du poumon gauche. Les digestions sont bonnes, l'appétit est revenu, et les lèvres sont roses. On ne trouve pas d'engorgement ganglionnaire externe. L'apyrexie est complète. La quantité totale de l'urée des vingt-quatre heures est abaissée; elle varie de 5 à 13 grammes par litre. On prescrit à ce moment des pilules de digitale et de calomel.

Le 8 janvier 1889, l'ascite a pris un tel développement qu'on fait une ponction, et l'on retire alors 2,340 grammes d'un liquide albumineux jaune citrin, un peu louche, sans fibrine. Une deuxième ponction est pratiquée le 23 janvier, et l'on constate que le foie descend jusqu'à l'ombilic. On reconnaît en outre l'existence d'un épanchement dans la plèvre droite.

Depuis lors, l'état de l'enfant est resté stationnaire pendant deux ans environ, l'état général demeurant bon tant que la pression mécanique de l'ascite, qui se reproduisait toujours malgré les ponctions, ne gênait pas les fonctions respiratoires. Du 8 janvier 1889 à la fin de l'année 1890, trente-six ponctions ont été faites; les quantités de liquide retiré ont été d'abord progressivement en augmentant jusqu'à la vingt-cinquième, qui a donné 7,800 grammes de liquide, pour diminuer ensuite et se maintenir vers la fin au-dessous de 2,500 grammes.

Pendant cette longue période on a essayé la lactose, le sirop d'iodure de fer, les frictions mercurielles sur la région du foie, sans aucun résultat appréciable.

La maladie a été apyrétique, excepté dans les six premiers mois, où l'enfant amaigri a présenté une légère fièvre hectique, la température s'élevant jusqu'à 38° et même 39° dans la soirée.

L'œdème des jambes ne s'est montré que dans le cours de la deuxième année, avant les ponctions. Jamais on n'a constaté d'albuminurie, ni d'ictère. Par moments il y a eu de la toux, causée probablement par de l'œdème pulmonaire; les crachats n'ont jamais contenu de bacilles de Koch.

Le 26 novembre 1890, l'enfant est très abattu; il a de la dyspnée causée par l'épanchement pleural droit, qui est ponctionné successivement le 2 et le 3 décembre.

Le 9 décembre on commence des injections de lymphe de Koch, et l'enfant réagit. Le 2 janvier 1891, on est obligé de pratiquer une nouvelle thoracentèse; il est soulagé après la ponction faite dans la matinée, mais, le soir, la respiration devient courte, le pouls filiforme et l'enfant s'éteint dans la soirée de ce même jour.

L'autopsie n'a décelé aucune trace de tuberculose. Le poumon gauche était complètement adhérent, et le poumon droit présentait quelques adhérences. Du côté du péricarde on a constaté une symphyse totale et des adhérences avec la plèvre gauche. Le cœur et les gros vaisseaux étaient normaux.

A l'ouverture du péritoine on a trouvé des lésions de péritonite chronique généralisée avec adhérences multiples. Toute la séreuse péritonéale était épaissie d'une façon à peu près uniforme; de nombreuses adhérences unissaient le péritoine pariétal à toute la surface antérieure du foie auquel l'estomac était entièrement adhérent; de même la plupart des anses intestinales étaient agglutinées entre elles et avaient contracté des adhérences nombreuses avec les différents organes abdominaux ainsi qu'avec le péritoine pariétal.

L'examen microscopique du foie, très volumineux, a montré les lésions de l'hépatite interstitielle; la structure lobulaire n'existait plus du tout.

M. Bouchard. — Le diagnostic de la cirrhose infantile est particulièrement difficile, à cause de la possibilité des altérations leucémiques et pseudo-leucémiques. J'observe en ce moment deux faits de ce genre, dans lesquels le diagnostic est douteux. J'ai été fappé dans ces deux cas du développement énorme de la rate et en même temps de l'anémie profonde qui existe chez les deux petits malades.

Le traitement par le mercure est utile, à condition de n'employer ce médicament qu'à doses beaucoup plus faibles que si l'on songeait à traiter des lésions syphilitiques. Le calomel donné à petites doses réussit très bien dans ces cas, alors même qu'il ne s'agit pas de syphilis. Il ne faut donc pas arguer des succès qu'on obtient dans le traitement de la cirrhose par ce médicament pour conclure en faveur de la nature syphilitique de l'affection. Cette action favorable du calomel ne se traduit pas seulement par des améliorations fréquentes, mais elle peut même quelquefois aboutir à une guérison complète.

Pathogénie de la dilatation des bronches.

M. Nicaise. — La pathogénie de la dilatation des bronches a été l'objet de nombreux travaux et a suscité plusieurs théories, qui, en l'absence d'une physiologie précise, couraient le risque de s'égarer ou de n'entrevoir qu'une partie de la vérité.

Pour établir cette pathogénie, il suffit de rappeler les phénomènes que présente la physiologie des bronches.

Dans les voies respiratoires pulmonaires, il faut distinguer les conduits vecteurs de l'air, et la portion respirante du poumon, dont la capacité est au moins trente fois plus considérable que celle des conduits vecteurs.

Dans l'inspiration, la pression de l'air intrapulmonaire est négative; elle est de — 1 à — 2 millimètres de mercure dans la respiration calme : l'inspiration ne peut donc jouer aucun rôle dans la dilatation des bronches.

Dans l'expiration, la pression est positive, et le mercure monte de 2 à 3 millimètres dans l'expiration calme, de 87 millimètres et plus dans les expirations profondes. On voit que la pression d'expiration est toujours supérieure à la pression d'inspiration; elle dépend du degré de rétrécissement de la glotte.

Mes expériences ont montré que, pendant l'inspiration, la trachée et les bronches sont rétrécies. Pendant l'inspiration, le vide tend à se faire dans la cavité thoracique; j'ai montré que les alvéoles pulmonaires résistent le moins à cette aspiration; ils se dilatent et épuisent la force d'inspiration, laquelle n'agit pas sur les bronches cartilagineuses, dont le diamètre ne change pas. D'ailleurs, il n'y a qu'à considérer la différence de capacité des deux parties des voies respiratoires, les alvéoles ayant une capacité plus de trente fois supérieure à celle des conduits vecteurs; ce n'est donc pas sur les bronches que se fera sentir l'inspiration thoracique. Celle-ci ne peut par conséquent jouer aucun rôle sur la pathogénie de la dilatation bronchique.

Pendant l'expiration calme, la puissance expirative agit sur la partie respirante des voies respiratoires, la poitrine s'affaisse, les alvéoles se contractent, et l'air est chassé dans les bronches où la pression intérieure augmente un peu; si la glotte est béante, ce qui a lieu dans la respiration calme, l'air s'écoule facilement au dehors, et les bronches et la trachée ne subissent pas de dilatation appréciable.

Dans le cri, le chant, la toux, il n'en est plus de même, et il se produit une dilatation de la trachée et des bronches. En effet, l'air n'est plus chassé seulement par la contraction élastique des alvéoles; les parois de la poitrine interviennent activement, et l'air intra-pulmonaire dont la sortie est gênée au niveau de la glotte est comprimé à la fois par l'action des alvéoles et celle des muscles expirateurs. Il en résulte une dilatation des bronches, plus marquée dans les deux bronches qui ont une portion membraneuse, et moindre dans les autres divisions de ces conduits.

Ces organes dilatés exercent de leur côté une compression élastique sur l'air qu'ils renferment et joignent leurs efforts à ceux des alvéoles et des muscles expirateurs pour faciliter et régulariser la sortie de l'air. Les bronches, à l'état physiologique, jouent donc le rôle d'agents expirateurs actifs dans la respiration forte et quand la glotte est rétrécie.

La pathogénie de la dilatation pathologique des bronches ressort clairement et nettement de ces données; elle est analogue à la pathogénie des anévrysmes artériels. Ceux-ci sont préparés par des inflammations, des scléroses, des dégénérescences des artères, et la pression sanguine, par son action

continue, amène peu à peu la dilatation de la paroi affaiblie.

J'ai déjà montré que cette pathogénie pouvait s'appliquer aux dilatations de la trachée, à l'*anévrysme* trachéal.

Dans la dilatation pathologique des bronches, dans l'anévrysme bronchique, il faut faire intervenir également des causes prédisposantes et des causes efficientes.

Les causes prédisposantes sont surtout les inflammations des bronches, modifiant les éléments anatomiques et faisant perdre à la paroi sa résistance et son élasticité. En dehors des inflammations, les bronches présentent des modifications de nutrition, sclérose, dégénérescence granulo-graisseuse, calcaire.

Quant aux causes efficientes, ce sont celles qui amènent la dilatation des bronches, c'est-à-dire le chant, le cri, la toux, car la dilatation s'accomplit pendant l'expiration seulement. Pendant les quintes de toux, la dilatation peut être poussée très loin, et aboutir à la rupture, ainsi qu'on en a signalé des cas.

Si la bronche n'est pas altérée, et que la dilatation ne soit pas trop répétée ni trop prolongée, l'organe reprend son calibre habituel, mais on conçoit qu'à la longue un certain degré de dilatation persiste.

Quant au fait de dilatation existant au-dessus et au-dessous d'un rétrécissement bronchique, il ne présente rien de particulier. La pression de l'air intra-bronchique pouvant être considérée comme étant la même dans toute l'étendue de ces organes, elle s'exerce également au-dessus et au-dessous du rétrécissement.

Les dilatations cylindriques, ampullaires ou moniliformes sont sous la dépendance des causes prédisposantes, plutôt que de causes efficientes.

Pour ce que l'on a décrit sous le nom de *bronchectasie congénitale*, il semble qu'il s'agisse là d'une lésion particulière, se distinguant de la dilatation bronchique acquise.

Au point de vue thérapeutique, la chirurgie ne peut rien contre une lésion siégeant généralement en plusieurs points et due à la destruction irrémédiable des tissus ou à la perte de leurs propriétés. Mais les foyers de dilatation pouvant être le siège de rétention de matières putrides, dont la résorption est œuvre de septicémie, il serait utile de déterger ces foyers ; seulement le diagnostic de leur siège est difficile, et les ponctions exploratrices ne sont pas sans danger.

M. Schiff (Genève). — Dans la respiration normale libre, il ne peut exister une action dilatatrice sur les bronches ni pendant l'expiration ni pendant l'inspiration. Sur ce point il n'y a plus de discussion.

Pendant la respiration avec rétrécissement de la glotte, soit que ce rétrécissement se produise d'une manière active (phonation, spasme glottique) ou passive (paralysie du nerf récurrent), la vitesse de l'air, augmentée au point rétréci, compense l'effet mécanique du rétrécissement local. Je conviens avec M. Nicaise qu'il y a tendance à la dilatation pendant l'expiration et non pas pendant l'inspiration. L'inspiration produirait plutôt un effet contraire, avec tendance au rétrécissement, si les conditions du poumon ne s'y opposaient pas. Mais la pression négative de l'inspiration est entièrement supportée par la partie vésiculaire du poumon, et cette pression négative reste normalement au-dessous de 1 millimètre de mercure. Elle ne peut donc pas vaincre la résistance des bronches. Dans l'expiration forcée, les bronches ne se dilatent pas, bien qu'il y ait tendance à la dilatation. C'est ce qu'on peut prouver par l'expérience sur des animaux chez lesquels on inscrit le mouvement thoraco-abdominal et en même temps la pression de l'air dans la trachée. On ralentit la respiration, et on voit que la pression de l'air de la trachée devient négative au moment où le mouvement cesse. Une altération locale des bronches qui en diminue la résistance, si elle était la cause suffisante d'une dilatation, devrait être énorme, et c'est ce qu'on ne constate pas après la mort des malades. Il paraît donc qu'il faut admettre comme cause de la dilatation, à côté de l'altération nutritive des bronches, une rétraction latérale du tissu pulmonaire, une espèce de cirrhose, qui tirerait dans le sens radial ; on concilierait ainsi et on combinerait l'idée originale de Corrigan et les idées nouvelles émises par M. Nicaise.

M. Le Gendre. — M. Nicaise a particulièrement bien établi, d'une façon incontestable, la cause occasionnelle qui par sa réitération produit la dilatation bronchique, c'est-à-dire l'expiration. Mais, il me semble que le côté le plus important de la pathogénie de cette affection réside dans les causes prédisposantes qui sont indispensables et dont la principale est l'artério-sclérose, ainsi que l'a montré récemment M. Hanot.

J'ai moi-même constaté à l'autopsie d'un malade atteint de bronchectasie et ayant succombé à une hémoptysie incoercible l'existence d'une sclérose généralisée de tout le système circulatoire et de tous les viscères. J'insisterai également sur ces hémoptysies qui sont fréquentes et ont été souvent confondues à tort avec des hémoptysies tuberculeuses ; elles dépendent de la formation d'ectasies vasculaires, de sortes d'angiomes dans les cavités bronchiques dilatées, et elles constituent l'obstacle le plus sérieux aux interventions chirurgicales, telles que la pneumotomie.

Je demanderai enfin à M. Nicaise s'il accorde un rôle important à la théorie de la traction excentrique exercée sur les bronches par le tissu pulmonaire périphérique sclérosé et par suite de l'existence d'une symphyse pleurale totale ou partielle.

M. Nicaise. — Je n'ai pas étudié suffisamment cette théorie pleurale, mais je crois que les adhérences pleuro-pulmonaires ne jouent aucun rôle dans la pathogénie de la dilatation des bronches.

Fièvre et fatigues.

M. Bouchard. — Quand on veut étudier un des éléments étiologiques de la fièvre, chez l'homme sain et robuste, le plus souvent on n'obtient aucun résultat appréciable, tandis que si l'on considère l'action de ce même élément sur un individu déjà fébricitant, on observera une recrudescence notable. C'est ainsi que toutes les fatigues nerveuses sont provocatrices de fièvre chez ceux qui sont prédisposés à la fièvre, particulièrement chez les malades épuisés par de longues maladies pyrétiques.

Je me suis donc attaché, dans ces dernières années, à étudier les recrudescences de la fièvre, surtout chez les typhoïdiques à la période de convalescence et chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire, chez lesquels la moindre fatigue retentit à la façon d'un excitant pyrétogène ; il suffit, en effet, qu'un fébricitant, revenu le matin à une température normale, se lève et fasse le plus léger effort pour qu'on note une élévation thermique dans l'après-midi.

Les muscles ont, évidemment, une grande part dans la production de la chaleur, mais, si les muscles représentent 60 0/0 du poids de notre corps, il reste 40 0/0 d'autres tissus qui, sous l'influence de la fatigue, ont également un rôle dans la production de la chaleur.

Quand on note la température d'un malade, à son entrée à l'hôpital, elle est toujours supérieure d'un à deux degrés à celle que l'on observera les jours suivants : or, indépendamment de la fatigue musculaire qu'il a eue pour venir à l'hôpital, le malade a subi évidemment des troubles nerveux résultant de l'inquiétude, des préoccupations qui ont pu précéder son transfert à l'hôpital.

J'emploie, dans la fièvre typhoïde, des bains tièdes qui sont, au début, à la température extérieure du corps ; la température de ces bains est ensuite abaissée progressivement d'un degré toutes les dix minutes environ, sans qu'elle descende jamais au-dessous de 30°. Sous l'influence du bain, la température du malade s'abaisse généralement d'un à trois degrés ; or, quand les malades ne veulent pas du bain et s'y montrent récalcitrants, on peut ne pas observer cet abaissement du degré thermique, qui s'élève plutôt. Sur 9,000 bains que j'ai fait donner, l'élévation de la température du corps pendant la durée du bain a été extrêmement rare, et toutes les fois qu'on l'a notée, il s'agissait de femmes qui ne voulaient pas aller au bain et dont le système nerveux était en révolte. Puis, lorsqu'elles se sont habituées au traitement, on obtient l'hypothermie désirée.

Les visites d'hôpital sont souvent la cause d'élévations fébriles : c'est là un fait connu, et j'ai fait prendre une série de courbes où l'on voit nettement la fièvre se manifester après ces visites.

Quand les convalescents de fièvre typhoïde, quand les tuberculeux font une première sortie, il y a toujours une recrudescence de fièvre ; et on peut voir, après une simple promenade de quelques minutes, la température monter de 37 à 39°. Le travail musculaire joue évidemment un rôle pré-

dominant. Or, le même élément appliqué à l'homme sain ne produirait pas une action comparable.

Je possède une observation que m'a transmise M. Le Noir et qui est des plus frappantes : chez une petite fille atteinte d'une très légère indisposition, on applique un thermomètre dans le rectum malgré sa résistance, et cela suffit pour faire monter la température à 43°. Le lendemain, santé parfaite.

Il faut donc tenir compte, non pas seulement dans la théorie de la fièvre, mais dans la pratique, des recrudescences fébriles qui peuvent suivre toute fatigue physique ou morale, et il y a lieu, par conséquent, d'exiger le repos absolu des malades.

M. d'Espine. — Ces faits ne pourraient-ils pas donner l'explication de recrudescences fébriles observées chez les typhiques qu'on commence à alimenter?

M. Bouchard. — La digestion est certainement une cause d'élévation thermique : la fièvre de digestion existe, peu marquée, il est vrai, chez la plupart des individus; et chez les convalescents, la débilité nerveuse la favorise certainement. Peut-être faut-il invoquer aussi des fermentations par indigestion.

M. Ollier (Lyon). — Dans les services de chirurgie, nous observons très fréquemment les faits sur lesquels M. Bouchard vient d'insister, et en particulier, l'influence des visites et des moindres fatigues sur la température de nos opérés. C'est ainsi que, il y a dix-huit ans, j'ai montré que les pansements étaient souvent suivis d'une élévation de température, qu'à ce moment j'expliquais par une résorption de produits septiques favorisée par une déchirure de petits vaisseaux; aujourd'hui je suis tout disposé à admettre le rôle prédominant de la fatigue dans la production de cette élévation de température qui suit quelquefois les pansements.

Elimination de l'acide phosphorique après les injections de liquide testiculaire.

M. Chabrié (Paris). — Chez plusieurs malades soumis aux injections hypodermiques de liquide testiculaire, j'ai examiné les urines avant et après les injections et j'ai noté l'augmentation souvent considérable de l'urée excrétée dans les vingt-quatre heures qui suivaient l'injection. On a déjà observé ce fait, mais je ne pense pas qu'on ait mis en évidence la variation en sens inverse que subit l'élimination de l'acide phosphorique. Or, dans les cinq cas que j'ai suivis, j'ai toujours noté une diminution notable d'acide phosphorique au moment où se produit l'hypersécrétion de l'urée ; et aussitôt que, quelques jours après l'injection, le taux de l'urée diminuait, celui de l'acide phosphorique redevenait plus grand.

On n'a pas à se préoccuper, dans ces cas, de la quantité totale du liquide éliminé. Dans mes observations, cette quantité n'a jamais paru sensiblement impressionnée par l'injection.

Cette diminution de la phosphaturie a un intérêt considérable si l'on réfléchit que les injections en question sont presque toujours pratiquées sur des nerveux, chez lesquels la phosphaturie me paraît particulièrement à redouter.

Ce résultat est bien dû aux propriétés des liquides préparés par la méthode de M. Brown-Séquard, car il s'est toujours produit dans les cas où on en avait fait usage; au contraire, une malade chez laquelle on avait pratiqué une injection de sérum artificiel présentait simplement une hypersécrétion de l'urée.

Atténuation de la toxicité des toxines par la décoloration.

M. Charrin. — Les sécrétions des cellules microbiennes, comme celles des cellules organiques, sont, pour la plupart, toxiques. Les principes toxiques de ces sécrétions sont les uns solubles dans l'alcool, les autres insolubles ; les uns volatils, les autres stables ; les uns pigmentés, les autres dépourvus de pigments.

Or, M. Bouchard a fait voir que les liquides plus ou moins riches en matières colorantes, la bile, l'urine, perdent une partie de leurs effets nocifs, lorsqu'on les décolore par passage sur le charbon. Je me suis donc demandé si le parallélisme entre ces sécrétions bactériennes et celles de l'économie pouvait se poursuivre à ce point de vue spécial.

Des cultures du bacille pyocyanogène, contenant le pigment bleu et le pigment vert, ont été stérilisées par la chaleur, puis on a injecté, à un lapin, par kilogramme d'animal, 55 cent. c. de cette culture très colorée, et, à un deuxième lapin, également pour chaque kilogramme de poids, 62 cent. c. de cette même culture, rendue complètement incolore par passage sur le charbon.

Le premier lapin a succombé au bout de cinquante minutes ; le deuxième a survécu dix-huit heures.

Une deuxième culture du bacille pyocyanogène beaucoup moins pigmentée que la précédente a été utilisée ; elle ne contenait qu'un pigment jaune, verdâtre, sans pyocyanine, car on sait que les propriétés chromogènes de cette bactérie sont faciles à faire varier. Cette deuxième culture pouvait être comparée à l'urine ; la première, à la bile.

Un troisième lapin a reçu dans les veines, par kilogramme d'animal, 66 cent. c. de cette deuxième culture non décolorée. Un quatrième lapin a reçu, toujours pour un kilogramme de poids, 80 cent. c. de cette même culture, mais après décoloration. Or, le troisième lapin a survécu vingt heures ; le quatrième trente-deux heures.

Ces expériences, répétées plusieurs fois, ont donné constamment des résultats de même sens ; elles se passent donc de commentaires.

En résumé, on peut conclure qu'à ce point de vue, comme à beaucoup d'autres, il est permis de rapprocher les sécrétions des microbes des sécrétions de nos cellules : la décoloration agit sur les unes et les autres de la même façon.

M. Bouchard. — Les matières colorantes des matières excrémentitielles ont, en réalité, une part de toxicité beaucoup plus grande qu'on ne le croit généralement. Ainsi, la bilirubine est deux fois plus toxique que les sels biliaires, qui ont passé pour être seuls toxiques.

Sur la cure radicale des hernies avec une série nouvelle de 109 cas complétant un total de 384 cas.

M. J. Lucas-Championnière (Paris). — Je vous présente aujourd'hui une nouvelle série de 109 opérations de cure radicale de hernies, sans étranglement, série qui forme avec les précédentes un total de 384 opérations.

Pour juger sérieusement de la valeur définitive de ce genre d'intervention, des chiffres aussi importants sont nécessaires, d'abord parce que cette opération n'a pas encore obtenu le crédit qui lui est dû, puis, parce que la pratique de la cure radicale commence à être encombrée de méthodes et d'opérations qui sont loin d'être également satisfaisantes.

Pour ce qui concerne la mortalité, je n'ai observé aucun nouveau cas de mort. J'en avais observé deux seulement dans mes premières opérations. Cela fait donc 2 sur 384. Mais on remarquera que, comme le dernier cas de mort observé porte le numéro 153, j'ai en réalité une série continue de 231 cas *sans aucune mort*.

La permanence des résultats s'est montrée de plus en plus parfaite ; je n'ai observé qu'un chiffre de récidives insignifiant, mais surtout j'ai pu constater chez tous les sujets revus quelques mois après l'opération une solidité de plus en plus satisfaisante de la cicatrice.

C'est là un point capital, car on fait de très nombreuses opérations de ce genre qui n'ont que les apparences de la guérison, la partie exubérante de la hernie ayant été supprimée, et une amorce intra-inguinale persistant.

Dans les cas rares de récidive que j'ai observés, il s'agissait surtout de faits où cette récidive pouvait être prévue, lorsqu'on avait affaire à une hernie du gros intestin ou dans des cas très rares d'efforts exagérés.

Chez aucun des sujets opérés en dehors de l'hôpital et qui ont tous pu être suivis, je n'ai observé de récidive, et mes opérés ne portent pas de bandages ; quelques-uns exécutent des travaux très fatigants.

Les hernies inguinales sont celles qu'on rencontre le plus souvent : sur mes 109 cas, il y en a 90, dont 7 chez la femme.

On remarquera ce nombre de 7 pour la femme, parce qu'étant donnée la rareté relative de la hernie chez elle, il représente un chiffre assez élevé. Ce sont, du reste, d'excellentes opérations chez la femme, aussi parfaites que possible.

Sur les 83 hernies de l'homme on peut signaler cependant 5 cas avec ectopie testiculaire, parmi lesquels le testicule a pu être abaissé et fixé trois fois ; une fois le testicule abaissé

s'est mortifié secondairement, et une fois la castration a dû être faite d'emblée.

La proportion des hernies crurales continue à être beaucoup plus faible : ici il y en a 8. Dans le total général il y a 328 hernies inguinales, tandis qu'on ne compte que 26 hernies crurales. Ces dernières n'ont pas présenté de particularité bien spéciale. Cependant, un cas a été observé chez un enfant de cinq ans et demi : c'est le seul cas analogue que j'aie rencontré dans ma pratique, et je n'en ai pas trouvé d'autre dans la littérature. Le fait doit être très rare. La hernie contenait de l'épiploon adhérent, fait peu commun chez l'enfant.

J'ai opéré 3 éventrations, dont 2 sous-ombilicales consécutives à des laparotomies pour grosses tumeurs abdominales. Ce sont des lésions difficiles à réparer à cause de l'énorme étendue de l'effondrement de la paroi abdominale. Cependant, en multipliant les étages successifs de sutures comme je l'avais déjà fait dans la hernie ombilicale, on arrive à une solidité suffisante.

Sur une éventration latérale située au-dessus de l'épine iliaque gauche et consécutive à un coup de timon de voiture, j'ai obtenu un très beau résultat, que j'ai montré à la Société de chirurgie. Là, j'avais pu superposer trois plans de suture musculaire.

J'ai aussi opéré 4 hernies ombilicales. Malheureusement, il s'agissait de hernies très volumineuses, et l'expérience montre qu'en cas de hernie très volumineuse, quelque peine que l'on prenne, on conserve une paroi abdominale médiocrement résistante et prête à s'effondrer à côté des points qui ont été suturés. Il est utile d'insister sur ce fait, car on obtient au contraire des résultats très satisfaisants des opérations entreprises pour des hernies d'un volume peu considérable. La conclusion nécessaire, c'est qu'il ne faudrait jamais laisser une hernie ombilicale prendre un grand développement. Les accidents si graves dont la hernie ombilicale est susceptible de se compliquer devraient du reste en faire une loi pour tous les cas.

Pour montrer mieux encore la nécessité de procéder ainsi, on peut remarquer que sur le total général de 16 hernies ombilicales opérées, quoique la plupart des cas aient été très mauvais, il n'y a eu aucun cas de mort.

Les hernies épigastriques sont au nombre de 4. Dans l'un des cas, le sujet portait deux hernies épigastriques. Cette petite lésion a toujours une réelle importance au point de vue des symptômes. Elle est l'occasion de douleurs et d'accidents gastriques de toute sorte et on ne devrait jamais la laisser subsister. L'opération a toujours été inoffensive et a toujours fait disparaître des douleurs et des vomissements souvent tels qu'on osait à peine les rapporter à une aussi petite lésion.

Ce rapide aperçu montre que l'on peut considérer comme fixée la méthode que j'ai constamment préconisée. Elle s'applique en réalité à toutes les variétés de hernie dans ses principes fondamentaux : destruction de la séreuse au niveau du sac et bien au delà dans la cavité abdominale ; excision de toute portion d'épiploon pouvant être atteinte ; reconstitution des parois par des sutures appropriées et superposées.

Aucune des opérations rapidement ou superficiellement faites ne peut donner les résultats que celle-ci fournit dans le présent comme dans l'avenir.

Malgré l'étendue considérable du traumatisme en dehors du péritoine et dans la cavité abdominale, on peut réduire la mortalité opératoire à des proportions vraiment infimes et donner à l'opération, dans des circonstances déterminées, une sécurité presque absolue.

Les conditions opératoires étant d'autant plus favorables que le sujet est moins âgé, on devrait établir comme une règle qu'aussitôt la première enfance passée, il faut opérer toutes les hernies susceptibles de l'être. On améliorerait ainsi singulièrement les conditions de bien-être des hernieux, on leur rendrait une santé plus parfaite et on leur assurerait une survie infiniment plus considérable que celle sur laquelle ils peuvent compter ; enfin, on rendrait à beaucoup de fonctions sociales des sujets utiles que leur infirmité tient écartés des habitudes communes.

Traitement de l'exstrophie vésicale.

M. Prioleau (Brive). — J'ai eu à soigner un garçon de neuf ans, bien portant, atteint d'une exstrophie ne présentant anatomiquement rien de bien particulier. Il y avait à peine un centimètre de muqueuse au-dessus des uretères ; au-dessous de leurs orifices, la muqueuse se portait fortement en bas et en arrière de façon à s'appliquer sur la paroi de l'urèthre épispadié. La vessie était donc représentée par une fente transversale dont la paroi supérieure correspondait à la paroi vésicale au niveau du trigone et la paroi inférieure à la muqueuse uréthrale. L'ampoule rectale, très développée en avant, occupait toute l'excavation dont nous retrouvions la saillie sous forme d'exstrophie. A la naissance cette saillie n'existait pas ; le trigone vésical a donc été refoulé progressivement en avant par le rectum, sous l'influence des efforts de l'enfant.

Je ne songeai pas à appliquer la méthode de dérivation du cours des urines par l'un des différents procédés qu'elle comporte. Le procédé de rapprochement direct des deux bords latéraux de la vessie exstrophiée, qui nous paraît constituer le traitement idéal de l'exstrophie vésicale, n'était pas applicable dans notre cas, en raison de la saillie trop prononcée de la vessie et l'écartement trop considérable du pubis. La méthode de M. Segond, qui consiste à disséquer la muqueuse vésicale pour la rabattre sur la paroi de l'urèthre, de façon à refaire la cavité vésicale, est, au point de vue fonctionnel, bien supérieure aux autres procédés, car elle réalise une cavité limitée exclusivement par une muqueuse et n'expose pas à la formation de calculs. C'est évidemment cette méthode que nous aurions voulu appliquer dans notre cas, mais nous dûmes l'abandonner, dans la crainte de n'avoir pas assez de muqueuse à disséquer, avant d'atteindre les uretères, pour pouvoir rejoindre la verge rudimentaire. Nous avons dû nous rabattre sur la méthode autoplastique.

Dans un premier temps nous avons pratiqué la dissection, le relèvement et la perforation du prépuce pour laisser passer la verge ; nous avons fixé ce prépuce au devant de l'exstrophie au moyen de deux points de suture ; puis nous avons disséqué un lambeau cutané abdominal supérieur, pouvant amplement recouvrir l'exstrophie vésicale et deux lambeaux latéraux d'une hauteur suffisante, qui ont été seulement isolés des parties profondes et maintenus écartés par de la gaze iodoformée.

Un mois plus tard, nous abordons le deuxième temps, en sectionnant ces lambeaux par leur bord mobile et en les rabattant sur l'exstrophie. Nous avivons les bords supérieurs et latéraux du prépuce et nous suturons ces quatre volets au moyen de deux sutures verticales et parallèles et d'une suture transversale. Après la section, ces lambeaux se sont peu rétractés, et de plus, ils étaient à peu près cicatrisés, de façon que la paroi formée par eux ne se trouvait pas cruentée.

Pour éviter l'infiltration, nous avons dérivé les urines par deux sondes en caoutchouc rouge introduites dans les uretères à une profondeur de 4 centimètres et fixés par des points de suture.

La réunion s'est faite par première intention, sauf à la partie supérieure des deux branches verticales et latérales de la suture. La cavité vésicale est assez vaste, la paroi antérieure est souple et résistante ; les urines s'écoulent par l'orifice pratiqué dans le prépuce et peuvent être collectées dans un urinal.

Pour faciliter l'obturation des deux pertuis subsistant à la partie supérieure de la cavité, nous avons introduit à l'intérieur de celle-ci un ressort à deux extrémités aplaties, qui en s'écartant séparaient la paroi postérieure de la paroi antérieure ; nous avons ainsi supprimé l'accumulation de l'urine dans la partie supérieure de la cavité, et l'obturation des deux fistules s'est faite par simple affrontement.

Traitement de l'hydrocéphalie.

M. A. Vautrin (Nancy). — Lorsque l'on a drainé les ventricules, il importe de surveiller au moment de l'opération et dans les jours qui suivent la déperdition du liquide. Si l'écoulement est abondant, il faut craindre des accidents convulsifs et même le coma (cas de Picqué). Si, au contraire, on ménage un suintement goutte à goutte, l'enfant ne ressent aucun malaise et l'enveloppe crânienne se rétrécit sous l'influence d'une compression bien exercée.

Chez un enfant de deux mois qui me fut apporté avec une hydrocéphalie très volumineuse qui avait considérablement augmenté dans les derniers jours, je fis une incision au bistouri, à travers la partie supérieure du pariétal gauche, à

3 centimètres en avant de la ligne bi-auriculaire. Je choisis ce point de préférence à une région plus postérieure afin de ne pas avoir un drainage déclive, qui aurait facilité une trop grande déperdition de liquide. Bien qu'un petit accident opératoire m'ait obligé à agrandir l'ouverture crânienne, je pus éviter l'écoulement abondant du liquide céphalo-rachidien et établir un drainage capillaire permanent à l'aide d'un faisceau de crins de Florence. Je n'avais pas eu besoin de traverser l'écorce cérébrale, car l'hydrocéphalie était externe ou méningée.

L'enfant continua à s'alimenter les jours suivants. Pendant trente jours environ, je surveillai l'écoulement du liquide, puis la mère du petit malade voulut retourner chez elle à la campagne. Quelques jours après, l'enfant contractait la cholérine, et la mère, voulant faire elle-même le pansement, enlevait le drain par mégarde. Le liquide céphalo-rachidien s'écoula en grande abondance et l'enfant mourut dans le coma.

Cette observation est intéressante à deux titres : elle se rapporte à un cas d'hydrocéphalie méningée, fait rare; ensuite elle montre de quelle importance est la trépano-ponction suivie de drainage capillaire dans le traitement de l'hydrocéphalie. Le drainage n'a été que fort peu employé; il est donc difficile d'apprécier sa valeur. Nul doute que bientôt de nouvelles tentatives ne viennent démontrer son efficacité, sinon dans tous les cas d'hydrocéphalie ventriculaire, au moins dans un grand nombre de cas dans lesquels l'encéphale n'a pas subi une compression trop prolongée et surtout dans l'hydrocéphalie méningée.

Résection orthopédique du poignet.

M. Chaintre (Dôle). — J'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération dont Ollier ne cite que deux cas personnels dans son *Traité des résections*, chez un enfant de onze ans, qui, à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, présenta tous les signes d'une compression du nerf radial par le cal de la fracture, avec rétraction des fléchisseurs et flexion des doigts dans la paume de la main; le poignet était fléchi au point de simuler une subluxation et l'impotence fonctionnelle était absolue.

Ayant trouvé le radial absolument libre et ne subissant aucune compression au niveau du cal, j'ai pratiqué la résection du carpe par une seule incision métacarpo-radiale, et, grâce à la diminution de la longueur du levier osseux, j'ai pu, sous le sommeil anesthésique, vaincre la résistance des fléchisseurs et redresser le poignet. Grâce à l'électrisation, les extenseurs ont repris leurs fonctions et, à l'heure actuelle, un an et demi après l'intervention, le résultat fonctionnel est sinon parfait, du moins satisfaisant.

Polypes naso-pharyngiens congénitaux d'origine ectodermique.

M. Chapoy (Besançon). — J'ai observé en 1887 et 1889 deux faits de polypes naso-pharyngiens tout à fait analogues à celui que Schuchardt a décrit en 1884, sous le nom de polype fibreux du pharynx. De ces deux cas, il en est un dans lequel j'ai pratiqué l'ablation de la tumeur au moment même de la naissance. L'autre observation se rapporte à un enfant que j'ai opéré à l'âge de cinq à six mois.

On peut donc rencontrer chez les enfants en bas âge et même chez les nouveau-nés des tumeurs naso-pharyngiennes différentes de celles qui sont ordinairement décrites dans les auteurs classiques; leur structure nettement dermo-épidermiques et leur implantation variable doit leur faire donner le nom de polypes congénitaux d'origine ectodermique, qui me semble préférable à celui de polypes pileux. La genèse de ces tumeurs se résume probablement dans une résorption incomplète de la paroi formée au niveau du pharynx par la juxtaposition de l'ectoderme et de l'entoderme, ou encore par une plicature de l'ectoderme au niveau d'une fente branchiale.

Au début, les symptômes sont ceux de la cyanose; plus tard, si l'enfant survit, ils se confondent avec ceux de l'asphyxie lente. Ces symptômes se distinguent facilement de ceux que présentent les polypes muqueux et fibreux. Mais le diagnostic doit être fait surtout avec la cyanose; dans tous les cas où celle-ci existe chez le nouveau-né, l'examen minutieux, prolongé et répété du pharynx est absolument nécessaire. Le pronostic, grave si la tumeur est méconnue, est très bénin si on l'a diagnostiquée. Le traitement consiste dans l'ablation par le moyen le plus simple (traction et torsion modérément brusques).

RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'OTOLOGIE

Tenue à Francfort du 19 *au* 21 *mai* 1893.

De la percussion de l'apophyse mastoïde.

M. Wild (Francfort) a déjà fait remarquer avec M. Kœrner que la percussion de l'apophyse mastoïde à l'aide d'un petit marteau métallique constituait un moyen précieux de diagnostic précoce de la carie du rocher, en faisant percevoir une matité évidente au niveau des parties atteintes.

A ce propos, il communique un nouveau cas dans lequel la matité fut le seul signe local de l'affection osseuse.

Il s'agissait d'une malade âgée de dix-huit ans, atteinte d'une otite moyenne aiguë purulente avec symptômes généraux graves. Aux neuvième et dixième jours de la maladie survinrent des métastases pyémiques dans le bras droit et la jambe gauche. La percussion de l'apophyse, insensible à la pression et ne présentant aucune modification externe, donnait une matité très accentuée.

L'opération fit voir une substance osseuse spongieuse, hyperhémiée. Les cellules mastoïdiennes et l'antre étaient remplis de granulations. Sinus non modifiés.

Grâce à l'intervention, les métastases s'arrêtèrent et la guérison se fit rapidement.

Des affections intra-crâniennes consécutives à la carie du rocher dans l'enfance.

M. Kœrner. — Bien que dans le jeune âge la persistance de la fissure pétroso-squameuse et de l'hiatus subarenatus soit une voie de propagation de la suppuration de la caisse à la dure-mère, le nombre des collections purulentes extra-durales est plus faible dans les dix premières années que dans les dix suivantes.

Si l'on considère le nombre des observations existantes, et si l'on observe que les enfants de 0-10 ans constituent le quart de la population, l'on verra que l'abcès extra-dural est une affection très rare; bien plus rare encore est, dans les premières années, la leptoméningite consécutive directement à une suppuration de l'oreille ou du temporal, ainsi que le démontrent la statistique et les observations des médecins d'enfants, d'Hénoch en particulier. Le nombre des leptoméningites, à la suite des abcès cérébraux d'origine otique et des affections des sinus, est, au point de vue de la fréquence, proportionnel à celui des maladies; 82 0/0 des abcès cérébraux d'origine otique siègent dans les dix premières années dans les hémisphères, 18 0/0 dans le cervelet. Plus tard, la proportion est 63 0/0 d'abcès dans les hémisphères, et 37 0/0 dans le cervelet.

La phlébite des sinus et les abcès cérébraux dans les dix premières années évoluent avec des phénomènes d'excitation cérébrale graves, si bien qu'ils peuvent être confondus facilement avec la méningite. Les abcès extra-dure-mériens au-dessous du lobe temporal peuvent, en raison de l'aphasie et des symptômes croisés, donner le change à un abcès cérébral, ce qui n'a pas encore été observé chez l'adulte.

Le diagnostic du siège des complications intra-crâniennes chez l'enfant est donc très difficile ; la confusion est facile avec la tuberculose cérébrale et méningée qui, d'après Hénoch et l'auteur, accompagne, chez l'enfant, plus souvent la carie du rocher que ne le font les complications intra-crâniennes d'origine otique.

En raison de ces difficultés, il faut rechercher la complication intra-crânienne, chez l'enfant plutôt que chez l'adulte, au niveau du foyer originel dans le temporal, et l'intervention pour l'affection primitive devient d'une grande importance pour le diagnostic des complications intra-crâniennes. De cette façon on trouve généralement les abcès extra-dure-mériens et les affections du sinus. Font-ils défaut? d'après la statistique on a affaire en toute vraisemblance à un abcès du lobe temporal correspondant à l'oreille malade.

Des métastases pyémiques dans les affections aiguës du temporal.

M. Eulenstein. — Malgré les conditions favorables qu'offre le temporal pour la thrombose, la pyémie consécutive à des suppurations aiguës de cet os est un fait rare.

Dans 24 cas relatés dans la littérature médicale, 13 fois l'issue fut fatale, 1 fois inconnue, 10 fois heureuse. Dans 9 cas bien constatés de thrombose des sinus, il y eut 8 cas de mort. C'est donc là une complication d'un pronostic des plus graves, malgré la ligature précoce de la veine jugulaire. D'ailleurs, les résultats de la ligature de la jugulaire sont encore en trop petit nombre pour en tirer des conclusions. Les métastases pleuro-pulmonaires sont d'un pronostic particulièrement sévère. L'influence de l'intervention opératoire n'est pas suffisamment établie; il est à regretter que les courbes thermiques soient si rarement exactement tracées, d'autant plus que le thermomètre, dans les cas aigus, est souvent le seul index du moment et de l'opportunité de l'intervention.

Après ces considérations générales suit un cas de pyémie aiguë consécutive à une affection aiguë du temporal :

Une jeune fille de 11 ans, atteinte d'otite moyenne aiguë, présente, malgré une large perforation, une courbe fébrile intermittente. Bien que la suppuration fût peu abondante, qu'il n'y eût point de signes externes d'une affection de l'apophyse, que la percussion ne révélât point de matité, on ouvrit cependant l'apophyse mastoïde. Celle-ci était remplie de pus et de bourgeons. Le sinus était intéressé. Curettage qui détermina une hémorrhagie intense du sinus ; tamponnement. L'antre ne fut pas ouvert à ce moment.

La fièvre à marche intermittente avec grandes oscillations, sans phénomènes de rétention, était l'indication opératoire. Il devait y avoir vraisemblablement un foyer dans le temporal.

Après l'opération survint un abcès métastatique dans la région sterno-claviculaire et dans l'articulation du pied droit qui guérit normalement.

L'antre, ouvert ultérieurement, ne contenait absolument rien.

La guérison demanda six semaines. D'après l'auteur, quand, après la perforation, la température revêt un caractère intermittent avec grandes oscillations, en l'absence même de signes extérieurs il faut ouvrir l'apophyse mastoïde et rechercher le foyer purulent. Si l'apophyse est normale, on est autorisé à ouvrir la fosse temporale moyenne et à découvrir le sinus.

Hyperostose du rocher.

M. Lemcke, contrairement aux opinions reçues, considère l'hyperostose du rocher consécutive aux suppurations chroniques de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde non comme un processus de protection pour le cerveau et les méninges, mais comme une véritable et sérieuse complication.

Il appuie son opinion sur une série de faits relevés au cours d'opérations ou d'autopsies.

M. Hartmann traite de l'hyperostose du conduit auditif et présente à ce sujet une pièce d'hyperostose diffuse du méat : lésion qui se présenterait toujours à l'extrémité interne du conduit.

De l'acuité auditive après l'extraction de l'étrier.

M. Bezold. — Aussitôt après la disparition des symptômes alarmants consécutifs à l'extraction de l'étrier, nausées, vomissements, vertige, troubles de coordination, etc., il semble que l'acuité auditive se soit quelque peu améliorée. Mais c'est là un fait passager, car la surdité survient ultérieurement.

M. Luca argumente vivement l'auteur, qui considère le limaçon comme un organe d'audition.

Otites moyennes.

M. Wolff rapporte un fait de coïncidence d'otite moyenne grave survenue dans une même famille.

Sur 4 enfants, 2 filles âgées de 10 et 11 ans, et 2 garçons de 8 et 9 ans, qui tous, présentaient les signes d'un catarrhe aigu des voies respiratoires, 3 furent atteints en même temps d'otite moyenne aiguë intense. Les 2 filles, les premières, commencèrent à se plaindre de violentes douleurs d'oreilles des deux côtés, en même temps que les apophyses mastoïdes s'enflammèrent et devinrent douloureuses à la pression. Paracentèse du tympan. Chez le garçon, la rupture eut lieu spontanément. Malgré l'écoulement facile du pus, les symptômes alarmants persistèrent pendant des semaines. Traitement, glace et lavages.

La guérison chez l'aînée des filles ne survint qu'après le curettage à fond de l'apophyse mastoïde en partie nécrosée.

Cette coïncidence d'otites moyennes survenant simultanément dans une même famille est un fait curieux au point de vue étiologique. L'influenza était le plus vraisemblablement en cause.

De l'érysipèle dans ses rapports avec l'organe de l'ouïe.

M. Hang (Munich). — Il faut distinguer l'érysipèle primitif de l'oreille et l'érysipèle secondaire qui est de beaucoup le plus fréquent. L'oreille externe est le plus souvent atteinte; vient ensuite l'oreille moyenne, tandis que l'oreille interne est presque toujours respectée.

L'érysipèle de n'importe quelle partie du crâne ou de la face peut s'étendre au pavillon auriculaire. L'érysipèle secondaire survient généralement après la variole ou autres infections (fièvre typhoïde); il se manifeste avec une altération plus ou moins marquée de l'état général, intéresse le pavillon et le méat, et guérit sans exsudation après avoir altéré l'ouïe pendant un certain temps. Ultérieurement, la peau desquame, devient eczémateuse et il survient alors une furonculose douloureuse.

C'est la forme légère de l'érysipèle secondaire de l'oreille.

La marche devient plus grave et plus sérieuse dès que l'oreille moyenne est intéressée. Le tympan est atteint et se perfore par ramollissement, puis s'ensuit une otite moyenne purulente. Dans quelques cas, l'apophyse mastoïde se prend, mais alors il s'agit d'un empyème de l'antre ou d'un abcès sous-périosté, jamais il n'existe de lésions nécrotiques de l'os.

L'oreille peut se prendre par la voie des muqueuses de la trompe par exemple ; dans ce cas, le diagnostic est plein de difficultés.

L'érysipèle peut naturellement être souvent primitif. Dans ce cas, des lésions eczémateuses préexistantes, la présence de corps étrangers, une intervention opératoire, etc., sont la cause d'infection.

Le pronostic est toujours sérieux.

Ouverture des sinus de la face.

M. Jansen (Berlin) expose la méthode opératoire qu'il emploie depuis deux ans dans le cas d'empyème du sinus maxillaire supérieur.

Il fait une incision horizontale dans la gencive, très au-dessus de son bord, allant jusqu'à la canine et se relevant en haut à ce niveau. Le lambeau périosto-muqueux relevé en haut et en arrière, permet d'enlever au ciseau la paroi antérieure de l'antre d'Highmore en respectant le trou sous-orbitaire.

La cavité est curettée et débarrassée de ses séquestres. L'hémorrhagie est arrêtée par le tamponnement. Le lambeau rabattu est maintenu par un tampon de gaze iodoformée. Au bout de 15 jours, il applique un obturateur en caoutchouc vulcanisé, facile à manier pour le malade. La cavité du sinus est ainsi accessible pour le traitement ultérieur. La guérison demande deux ans.

Dans le cas d'empyème du sinus frontal, M. Jansen fait une incision de 5 centimètres parallèle au sourcil et au-dessous de lui jusqu'au côté de la racine du nez au-dessous de la fente palpébrale, met à découvert la paroi orbitaire du sinus et la partie inférieure de la paroi antérieure et enlève au ciseau la paroi inférieure du sinus jusqu'au trou de communication. Cela suffit quand le sinus est petit. Quand il est plus grand, il enlève un petit morceau de la paroi antérieure.

La guérison la plus rapide parmi ses opérées est survenue au bout de deux mois et demi.

Massage de la muqueuse nasale.

M. Luca (Berlin). — Pour masser la muqueuse nasale hypertrophiée, il se sert de sondes de Zinn de la grosseur

d'une plume d'oie, flexible au gré de l'opérateur ; il pratique le cathétérisme après les avoir préalablement enduites de lanoline boratée.

Chaque jour il fait une séance et laisse la sonde jusqu'à ce qu'il se produise du larmoiement de l'œil du côté cathétérisé. Atteint d'une hypertrophie de la muqueuse nasale, il obtint sur lui, par ce traitement, un résultat des plus satisfaisants, sa muqueuse ayant repris complètement ses caractères normaux.

M. Seligmann (Frankfort) présente un petit appareil électrique des plus ingénieux pour masser la muqueuse nasale. Il consiste en un trembleur électrique dont les oscillations peuvent être réglées à la volonté de l'opérateur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 *août* 1893.

M. le Président annonce la mort de M. le prof. Charcot. La séance est levée en signe de deuil.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 *juillet* 1893.

Sur les effets de la destruction lente du pancréas.

M. E. Hédon. — Après avoir montré que la destruction complète du pancréas chez le lapin au moyen d'une injection d'huile dans le canal de Wirsung, selon la méthode de Claude Bernard, produit les symptômes du diabète et en particulier une forte glycosurie (voir *Mercredi médical,* 1893), j'ai voulu savoir ce que devenaient les lapins privés de leur pancréas. J'ai constaté ainsi, expérimentalement : 1° que la survie était possible chez le lapin, malgré la destruction complète du pancréas ; 2° que la glycosurie était transitoire et que, lorsqu'elle avait cessé, on ne la voyait plus reparaître, c'est-à-dire, en un mot, que les animaux guérissaient de leur diabète ; 3° enfin que, chez le lapin privé de pancréas et redevenu normal, la piqûre classique du bulbe faisait apparaître la glycosurie.

Il résulte ainsi de mes expériences que le pancréas du lapin ne paraît pas avoir l'importance du pancréas de certains autres animaux, du chien, par exemple.

De l'interférence des excitations dans le nerf.

M. N. Wedensky. — On a soulevé plusieurs fois, en physiologie, la question de l'interférence des excitations, surtout dans le but d'expliquer les phénomènes d'inhibition. Mais on n'a émis généralement, à ce sujet, que des réflexions théoriques, n'ayant pas de base dans les données expérimentales directes, tant qu'il s'agissait des appareils physiologiques complexes. Et, lorsqu'on tentait des recherches sur un appareil quelconque simple, par exemple sur le nerf, les expérimentateurs se heurtaient aux actions électrotoniques des courants irritants, ou ne trouvaient pas du tout les phénomènes en question. C'est pourquoi j'ai entrepris des expériences directes sur le nerf à l'aide du téléphone, cet appareil manifestant bien les oscillations électriques (les ondes d'excitation) qui accompagnent l'activité nerveuse. Le nerf a été soumis à deux irritations tétaniques combinées de façons différentes. Les phénomènes physiologiques étaient très variables selon l'intensité et la fréquence des irritants en combinaison. Mais voici un fait caractéristique pour les expériences de ce genre : aussitôt que les deux irritants commencent à agir simultanément, le son nerveux correspondant à l'un d'entre eux, aussi bien que le son correspondant à l'autre, s'affaiblissent, en même temps que différents bruits, toujours faibles, sont perçus à l'aide du téléphone. Si l'on entend encore, à côté de ces derniers, des sons primitifs affaiblis, ceux-ci accusent toujours des variations rhythmiques dans leur intensité (battements).

Des expériences parallèles faites avec le galvanomètre montrent toujours la variation négative renforcée, jamais affaiblie. Cette confrontation des deux indicateurs est des plus instructives : elle montre que les ondes d'excitation provenant de la combinaison des deux irritations prennent un rhythme très irrégulier en même temps qu'elles augmentent en nombre.

Quant au muscle, il fallait s'attendre, d'après mes recherches précédentes, à ce qu'il agît de deux façons, tantôt en renforçant son activité, tantôt en l'affaiblissant, après que les irritations se seraient ajoutées l'une à l'autre : c'est, en effet, ce que j'ai pu vérifier par de nouvelles recherches myographiques.

En résumé, les trois indicateurs du nerf fonctionnant, c'est-à-dire le téléphone, le galvanomètre et le muscle, tout en parlant chacun son langage, concordent au fond en leurs témoignages, à savoir que la rencontre des ondes d'excitation dans le nerf s'accompagne de leurs actions réciproques les unes sur les autres, d'où résultent des excitations ayant un rhythme et une intensité tout à fait nouveaux. Il n'y a jamais extinction complète d'une série d'ondes sous l'influence d'une autre série, et l'effet général est loin d'être exactement traduit par le mot *interférence*. Tout le caractère des phénomènes en question, aussi bien que quelques phénomènes analogues, me font penser avant tout à des facteurs d'ordre physiologique : à la phase réfractaire et à des actions électrotoniques des ondes d'excitation les unes sur les autres, puisque les courants d'action doivent posséder toutes les propriétés des courants réels.

Séance du 31 *juillet* 1893.

Le gallate de mercure comme antisyphilitique.

MM. Brousse et **Gay.** — Les bons effets obtenus par divers expérimentateurs et nous-mêmes, dans le traitement de la syphilis, par l'emploi du tannate de mercure, nous ont suggéré la pensée d'essayer un corps très voisin au point de vue chimique : le *gallate de mercure.*

Nous avons employé ce produit, à la dose de deux à quatre pilules de 0 gr. 05 centigr. chacune, sur plus de trente malades, soit à la période du chancre, soit au cours des différentes manifestations secondaires. La dose journalière de 0 gr. 10 centigr. a été généralement suffisante pour les chancres et les accidents secondaires légers, dont la disparition a été obtenue après quinze jours de traitement, en moyenne, un mois au plus. Pour les formes plus sérieuses, la dose a été portée à 20 centigr. et le traitement continué quelquefois, mais rarement, au delà d'un mois. Enfin, le gallate de mercure nous a encore fourni des succès dans certaines formes graves de syphilis secondaire, observées chez des alcooliques ou des cachectiques.

Les résultats qu'il nous a donnés nous permettent de dire que ce médicament est un *antisyphilitique puissant*, pouvant figurer comme agent de la médication interne de la syphilis à côté du bichlorure et du protoiodure, et présentant le grand avantage de ne pas déterminer, aux doses thérapeutiques, d'accidents mercuriels. Aussi, sans le considérer comme une panacée de la syphilis, nous pensons que, dans les cas où les préparations classiques se trouvent contre-indiquées par suite de troubles digestifs, d'une mauvaise dentition, d'un état général cachectique, le gallate de mercure peut rendre de réels services à la thérapeutique de cette maladie.

REVUE DES JOURNAUX

Abcès rénal, bacterium coli (Ascesso renale da bacterium coli), par R. Valleggi (*La Riforma medica*, 16 juin 1893, p. 746). — Femme de 33 ans, ayant depuis son enfance des urines légèrement purulentes (cystite probable), abcès rénal droit développé depuis 3 mois, incision donnant une grande quantité de pus extraordinairement fétide renfermant du bacterium coli commune; amélioration, puis accidents pulmonaires et mort 2 mois après l'opération.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur les modifications de l'appétit dans le cancer de l'estomac et du foie, communication au Congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, par M. Hanot, médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté de Paris.

L'anorexie absolue et permanente est la règle dans le cancer de l'estomac et du foie; elle constitue un élément précieux et solide du diagnostic, et donne la mesure des prévisions du pronostic et du traitement.

Toutefois, cette règle n'est pas sans exception. L'anorexie, en effet, peut faire défaut dans le cancer de l'estomac et du foie, ou même être remplacée par des manifestations totalement différentes; elle peut enfin s'observer au même degré que dans d'autres affections.

C'est ainsi que j'ai observé, il y a quelques années, un homme de soixante douze ans, pris, assez brusquement, d'un appétit démesuré, qui dura pendant deux mois environ; ses fringales devinrent de véritables douleurs stomacales, puis l'appétit insolite diminua graduellement et l'amaigrissement survint. Un médecin appelé chercha en vain le diabète, et ne se prononça pas sur la nature des troubles gastriques.

Le malade vint à Paris et l'on constata l'existence d'une tumeur épigastrique nettement appréciable vers le milieu de la grande courbure. Le cancer évolua rapidement et la mort survint deux mois plus tard après une série d'hématémèses abondantes.

Cette boulimie précoce, qui avait été le premier signe clinique de ce cancer, paraît devoir être considérée comme une conséquence de l'irritation de la muqueuse stomacale par la néoplasie commençante.

En 1890, j'ai observé un homme de cinquante-deux ans, atteint d'un cancer de l'estomac, avec une tumeur épigastrique du volume d'un œuf de poule. Le malade avait maigri, perdu ses forces, mais son appétit était demeuré normal, et il paraissait digérer sans peine tout ce qui lui était donné; il quitta même l'hôpital parce que j'avais cru devoir le nourrir de lait et qu'il déclarait ne pouvoir se contenter de ce régime. Trois mois plus tard, il rentrait à l'hôpital, en pleine anorexie cette fois, et il ne tardait pas à mourir. On trouva une tumeur épithéliomateuse occupant la muqueuse du grand cul-de-sac sur l'étendue de 5 à 6 centimètres carrés.

Enfin, dernièrement, j'ai observé un cas analogue dans mon service. Il s'agissait d'un homme de soixante-quatre ans qui présentait depuis plusieurs mois tous les symptômes du cancer de l'estomac, y compris l'existence d'une tumeur appréciable dans la région pylorique, et qui cependant avait continué à manger comme d'habitude; il lui fut impossible de se soumettre au régime lacté intégral, et il quitta bientôt l'hôpital.

Cette conservation de l'appétit peut s'expliquer par le siège de la tumeur dans les régions de la muqueuse où les glandes à pepsine font défaut et dans les cas où ces dernières, bien que non directement impliquées dans le processus, sont néanmoins dégénérées sous une autre forme anatomo-pathologique : atrophie, dégénérescence granuleuse. Il est possible encore que la tumeur développée dans les régions des glandes peptiques n'ait détruit qu'une partie de ces glandes, que les autres continuent à fonctionner et que, même à une certaine période, la sécrétion glandulaire soit exagérée par la lésion de voisinage.

Généralement l'évolution se fait tout différemment, et tous les éléments glandulaires ne tardent pas à dégénérer; autour de la néoplasie, les glandes, avant d'être transformées spécifiquement, ont déjà perdu leur constitution et leurs propriétés normales; c'est ainsi qu'il y a autour de l'épithélioma une zone de destruction qui s'étend beaucoup plus loin qu'on ne le supposerait au seul examen des lésions macroscopiques, et c'est ce qui explique l'anorexie ordinairement si précoce et si constante dans le cancer de l'estomac.

L'influence psychique doit avoir également une large part dans la genèse des modifications de l'appétit, mais il n'est pas toujours facile de mesurer ce qui revient à la spontanéité nerveuse. Les trois malades dont j'ai parlé sont des hommes, et chez eux je n'ai constaté aucun stigmate nerveux.

J'ajouterai, d'autre part, que ces malades ne vomissaient pas. Le vomissement dans le cancer de l'estomac n'est pas non plus uniquement subordonné aux conditions matérielles, et les malades, à lésion égale, — si l'on peut s'exprimer ainsi, — ne vomissent pas tous autant ni de la même façon.

D'une façon générale, les mêmes remarques s'appliquent au cancer du foie où cependant l'anorexie présente moins d'exceptions, où elle est plus absolue, surtout à l'égard de la viande et des graisses. L'anorexie y est plus formelle parce que le foie joue un rôle moins actif dans la mise en train de l'appétit, dont un des principaux facteurs est l'excitation de la muqueuse stomacale par la sécrétion acide. Or, justement dans le cancer de l'estomac, cette excitation, très exceptionnellement il est vrai, peut être exagérée par le processus anatomique lui-même. D'autre part, dans le cancer hépatique, la destruction si rapide de l'organe entraîne un arrêt presque subit du mouvement de la nutrition et d'un de ses principaux rouages, l'appétit.

Une seule fois j'ai noté passagèrement une exagération de l'appétit, dans un cas de cancer du foie avec ictère résultant de la compression du canal cholédoque par des ganglions dégénérés et hypertrophiés.

Dans mes 15 dernières observations de cancer hépatique primitif, je n'ai trouvé que deux fois la persistance d'un certain degré d'appétit.

En résumé, l'anorexie peut faire défaut dans le cancer de l'estomac et du foie. Elle est remplacée très rarement par la boulimie, moins rarement par la conservation de l'appétit vrai, moins rarement encore par un faux appétit, résultant tantôt d'une véritable auto-suggestion du malheureux qui veut lutter contre l'inanition, tantôt de la persistance dans les centres nerveux d'une sensation habituelle, même après la disparition du point de départ du phénomène.

Il ne faut donc pas tabler, en matière de diagnostic différentiel, sur l'appétit, qui peut revêtir, dans un même état morbide, les deux modalités paradoxales et diamétralement opposées de l'anorexie hystérique et de la boulimie cancéreuse.

Le chlorate de soude dans le traitement du cancer de l'estomac, communication au Congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, par M. Brissaud, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Paris.

On sait depuis longtemps que les solutions de chlorate de potasse agissent d'une façon très efficace sur les épithéliomas de la bouche et certains cancroïdes de la face. Les succès obtenus dans ces cas par l'emploi de ce sel m'ont engagé à essayer d'appliquer au cancer de l'estomac un traitement analogue. Mais comme le chlorate de potasse est peu soluble et qu'il est en même temps très toxique, j'ai songé à me servir plutôt du chlorate de soude, qui est beaucoup moins toxique que le chlorate de potasse, puisqu'on a pu sans accident en injecter aux animaux des doses relativement considérables, et qui, en outre, est beaucoup plus soluble que le

chlorate de potasse, puisqu'il se dissout dans trois fois son poids d'eau, tandis que celui-ci ne se dissout que dans vingt fois son poids d'eau.

L'emploi du chlorate de soude, à des doses qui ont varié entre 8 et 16 grammes par jour, sans jamais dépasser la dose de 16 grammes dans les vingt-quatre heures, m'a donné, dans plusieurs cas indiscutables de cancer de l'estomac, des soulagements tels, équivalant d'une façon si frappante à des guérisons, que j'hésiterais à publier ces résultats s'il ne s'agissait que d'un ou deux cas seulement, en raison des erreurs de diagnostic que l'on peut commettre en prenant pour un cancer de l'estomac un de ces cas de gastrite chronique qui reproduisent si bien tous les symptômes de l'affection maligne; mais ces résultats ont été obtenus constamment dans tous les cas où depuis quatre ans je me suis trouvé en présence d'un cancer purement stomacal, c'est-à-dire dans cinq observations successives, pour lesquelles on ne pourrait parler de cinq erreurs de diagnostic, d'autant moins qu'il en est trois dans lesquelles il existait une tumeur épigastrique appréciable.

Dans ces cinq cas, au sujet desquels le diagnostic n'était pas douteux, le chlorate de soude a été employé à la dose de 12, 14 et même 16 grammes par jour, et les malades sont aujourd'hui absolument guéris, attendu que l'on a vu, sous l'influence du traitement, se produire la suppression des mélæna et des hématémèses, le retour de l'appétit, la disparition de la cachexie, et, d'autre part, dans les trois cas où il existait une tumeur épigastrique appréciable, on a vu cette tumeur disparaître complètement, après six semaines environ.

Je ne parle ici que des succès obtenus dans des cas indiscutables, car il est d'autres cas que je pourrais considérer comme des succès, mais pour lesquels le diagnostic était moins évident, ce qui m'empêche d'y insister.

Je dois aussi parler des insuccès. S'il est, en effet, des formes, notamment les formes épithéliomateuses, qui me paraissent être favorablement influencées par le chlorate de soude, il en est d'autres, telles que les formes interstitielles, sarcomateuses, qui semblent résister à ce mode de traitement.

D'autre part, il est des cas où l'insuccès doit être attribué soit à la généralisation cancéreuse, soit à des complications sur lesquelles le traitement ne saurait exercer aucune influence.

Ainsi, dans un des cas où le chlorate de soude a échoué, la propagation hépatique existait déjà quand on a commencé le traitement.

Dans un autre insuccès il s'agissait d'un cas de généralisation d'une rapidité extrême, observée chez une jeune femme qui avait cependant bénéficié pendant quelque temps du traitement par le chlorate de soude; M. Nélaton, dans le service duquel elle se trouvait, lui avait fait prendre ce médicament à la dose de 16 grammes par jour, et, en quelques semaines, l'appétit était revenu, les hématémèses avaient cessé, et la malade avait engraissé de 16 livres, si bien qu'on avait cru un instant à une erreur de diagnostic; mais l'autopsie montra que l'on avait bien affaire à un cancer généralisé.

Enfin, dans un troisième cas, la mort a été consécutive à une phlébite de la veine cave: c'est donc encore un cas qui ne saurait être compris dans une statistique relative aux résultats obtenus par le chlorate de soude dans le traitement du cancer de l'estomac.

En résumé, tout ce que je puis dire, c'est que, depuis quatre ans, j'emploie cette méthode, et que, depuis cette époque, je n'ai pas eu une seule autopsie de cancer purement gastrique.

A mes observations personnelles je puis en ajouter d'autres qui m'ont été transmises par plusieurs de mes collègues. C'est ainsi que M. Hanot m'a cité le cas d'un malade qu'il avait vu quitter l'hôpital, guéri en apparence, après avoir été soumis au traitement par le chlorate de soude.

M. Le Gendre a de son côté, en ce moment, dans son service, un malade chez lequel il a institué le même traitement, et il a déjà pu constater une amélioration notable.

Enfin, un de mes élèves m'a communiqué une observation de cancer de l'estomac dans lequel le chlorate de soude a amené une telle amélioration que l'on a cru à une erreur de diagnostic.

Le chlorate de soude a déjà été préconisé comme diurétique et comme antidiphthérique. Pourquoi lui a-t-on toujours préféré le chlorate de potasse? Il ne pouvait y avoir une raison que dans la question de prix, mais aujourd'hui cette raison n'existe plus, attendu que le chlorate de soude a perdu actuellement toute espèce de valeur, si bien que, à mon avis, le chlorate de potasse est appelé à disparaître de la pharmacopée et à être remplacé par le chlorate de soude. Déjà, dans des cas de stomatite ulcéreuse, nous avons pu nous convaincre de son efficacité, et, d'autre part, nous savons que ce sel est loin d'être toxique comme le chlorate de potasse.

Comment peut-on expliquer l'action du chlorate de soude? Les uns pensent qu'il n'est ni décomposé ni fixé dans l'organisme, d'autres croient au contraire qu'il est en partie décomposé. Mes internes en pharmacie, qui ont fait à ce sujet quelques recherches, ont constaté qu'il y avait une élimination notable du médicament.

Quoi qu'il en soit, je veux seulement signaler aujourd'hui les résultats des plus encourageants que m'a donnés le chlorate de soude dans le traitement du cancer de l'estomac, résultats qui peuvent être déjà considérés comme équivalant à une guérison définitive, et cela chez un nombre suffisant de malades pour que l'on ne puisse penser qu'il y ait eu autant d'erreurs de diagnostic (1).

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès annuel tenu à Besançon.

De la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur.

M. Vautrin (Nancy) a appliqué, il y a quelques mois, la méthode imaginée par Martin (de Lyon) et préconisée depuis par les chirurgiens lyonnais. Son malade, homme de 58 ans, était atteint, après une ablation faite en novembre 1892 d'un cancer du frein de la langue, d'une récidive occupant le plancher de la bouche et le maxillaire inférieur. Le 20 mai 1893, M. Vautrin fit la résection du maxillaire suivie de l'évidement des parties molles du plancher buccal et il remplaça immédiatement le squelette par une pièce provisoire façonnée extemporanément, à laquelle la langue fut fixée par un fil d'argent. Dès le lendemain l'opéré exécutait sans douleur des mouvements d'élévation et d'abaissement de la mâchoire. Au bout de dix jours, on put supprimer le fil de soutien de la langue. La déglutition se fit dès lors beaucoup mieux et la parole revint en partie, autant que pouvait le permettre la suppression d'une portion importante de la langue.

L'appareil provisoire fut laissé en place pendant quarante-cinq jours, puis on prit les empreintes de l'appareil définitif; le résultat a été parfait, et aujourd'hui le malade mange et parle comme avec un maxillaire normal.

Grâce à cette méthode, on peut devenir plus hardi dans les opérations sur le maxillaire inférieur et ne plus refuser une intervention à bien des malades considérés couramment comme inopérables. On ne peut guère regarder comme tels que ceux chez lesquels les lésions s'étendent non seulement au maxillaire, mais encore aux téguments de la partie inférieure de la face sur une large étendue, ce qui empêche de faire ensuite l'autoplastie et de fermer la bouche par des parties molles.

D'une méthode nouvelle pour pratiquer l'extraction des polypes naso-pharyngiens.

M. Ollier (Lyon). — J'ai pratiqué plus de cent fois avec succès l'opération que je vais vous décrire et c'est pourquoi vous me permettrez d'y insister quelque peu, bien que je l'aie indiquée déjà depuis plus de trente ans.

Cette opération consiste à obtenir un champ opératoire très

(1) A la suite de cette communication, *M. Lépine* (Lyon) a dit avoir obtenu de bons résultats par l'action du chlorate de potasse sur les épithéliomes. Il pense que les succès de M. Brissaud tiennent non seulement à l'emploi du chlorate de soude, mais aussi à l'élévation des doses. Il faut cependant faire des réserves à cause de la toxicité du produit, moindre il est vrai que celle du chlorate de potasse. *M. Bouchard* a confirmé cette dernière opinion.

libre pour tomber sur le fibrome à l'aide d'une incision en fer à cheval qui comprend la racine du nez par son sommet et les sillons nasojugaux par ses bords latéraux. Cette incision permet de rabattre le nez en bas. Si l'on a affaire à des nez étroits ou busqués, on peut se donner davantage de jour en pratiquant des incisions empiétant un peu sur les joues. Puis on donne un coup de ciseau à la cloison. Les hémorrhagies qui en résultent sont très faciles à arrêter par pincement ou torsion. Cette ouverture large permet par le palper buccal et le toucher nasal de bien reconnaître l'implantation du polype. Cette opération au point de vue de la facilité est supérieure à celle dans laquelle on n'abat qu'une aile du nez en la rejetant sur le côté d'après le procédé de Trélat. Pour moi il me semble qu'ouvrir deux volets permet d'y voir plus clair qu'avec un.

La voie palatine préconisée par Nélaton produit des délabrements souvent irréparables et ne peut être considérée que comme un souvenir historique.

Quant à la résection du maxillaire qui comme mon procédé permet beaucoup de liberté opératoire, elle est certainement très inférieure.

Grâce à mon procédé, il est facile d'appliquer sur le pédicule sessile de ces polypes, implantés sur l'apophyse basilaire ordinairement, une pince à dents fortes et de les arracher par un vigoureux mouvement de traction avec torsion. De cette façon le polype est extrait entier avec toutes ses végétations, ce qui rend les récidives autrement rares qu'avec les autres procédés.

En cas de néoplasie maligne douloureuse, le procédé a encore tous les avantages, car il permet l'abrasion totale jusqu'à la dure-mère du plancher crânien. Ce résultat n'est pas mince si l'on songe que l'on fait cesser du coup des douleurs intolérables et que l'on donne une survie aux malades.

M. Ollier présente un jeune malade ainsi opéré. Les résultats sont plus que satisfaisants au point de vue esthétique, c'est à peine si on voit les cicatrices.

M. Viennois. — Ce procédé est excellent, en cela qu'il permet l'arrêt complet de l'hémorrhagie par un tamponnement à l'éponge.

M. Paris. — Quels fils M. Ollier a-t-il employés pour ces sutures?

M. Ollier. — Les fils métalliques capillaires en fer galvanisé, qui sont de beaucoup préférables aux fils organiques. C'est certainement à cela qu'est due l'excellence de la cicatrisation.

Torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.

M. A. Boiffin (Nantes). — C'est surtout depuis les travaux de Spencer Wells, Lawson Tait, Terrillon, Vautrin, que nous connaissons mieux la symptomatologie de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, sa gravité et sa fréquence relative, évaluée à 6 0/0 environ. Les observations s'en sont vite multipliées.

Les troubles observés dépendent toujours de l'obstacle au cours du sang sous l'influence des tours que subit le pédicule. On a distingué la torsion brusque et la torsion lente selon la rapidité et la gravité des symptômes, mais en réalité ce n'est pas la rapidité plus ou moins grande du mouvement de torsion qui domine les caractères des symptômes, car un pédicule long et mince peut subir plusieurs tours complets sans qu'il y ait de troubles dans la tumeur, tandis qu'un seul tour, parfois un demi-tour sur un pédicule court et épais a pu suffire pour amener des troubles graves et subits.

Artères et veines peuvent être serrées simultanément au point que, toute circulation étant interrompue, il se produit un sphacèle rapide de la tumeur. Le fait est très rare. Presque toujours les veines se laissent plus vite déprimer, tandis que la circulation artérielle persiste encore sans qu'il y ait arrêt complet. De là une exsudation d'abord séreuse puis sanguine dans le kyste et une réaction péritonéale qui aboutit à la formation d'adhérences aggravant notablement le pronostic de l'ovariotomie, ainsi que l'a bien montré M. Terrier.

Lorsque la circulation veineuse est interrompue complètement, il se fait des hémorrhagies rapidement graves dans la cavité et dans les parois du kyste.

M. Boiffin relate, après ces considérations, deux cas de torsion du pédicule.

Dans l'un, l'intérêt réside surtout dans la variété du kyste qui était parovarien; l'ovaire et la trompe soumis aux mêmes troubles circulatoires que la tumeur elle-même présentaient des lésions spéciales qui expliquent bien l'intensité de la douleur particulièrement vive éprouvée par la malade: l'ovaire avait acquis le volume du poing et était transformé en une masse noirâtre apoplectiforme, la trompe était allongée à la surface de la tumeur et mesurait plus de 20 centimètres. La laparotomie pratiquée d'urgence soixante heures après le début des accidents fut suivie d'un résultat très heureux.

Dans le second cas, la malade, qui retardait depuis six mois son opération, fut prise subitement de douleurs atroces dans le ventre en marchant. Son éloignement de Nantes fit qu'elle ne vint qu'au dixième jour des accidents. Moribonde, elle arriva dans un état qui ne permettait aucune intervention; la gêne respiratoire étant très intense, une ponction simple la soulagea, mais il se fit de nouveau une exsudation sanguine dans la tumeur, et, malgré les injections de sérum artificiel et d'éther, cette femme succomba.

La temporisation expose donc les malades atteintes de kyste de l'ovaire à de graves dangers : dès qu'une tumeur de cette nature est reconnue, et on la soupçonne quand on constate des accidents brusques sans cause connue, elle doit être opérée d'urgence, tout comme la hernie étranglée. Les symptômes de péritonisme, loin d'être une contre-indication à la laparotomie, rendent cette intervention urgente, sous peine de trouver plus tard la malade déprimée par la douleur et par l'abondance de la perte de sang.

La ponction simple doit être proscrite, car, si elle diminue la tension abdominale et la gêne respiratoire, elle permet une nouvelle hémorrhagie ou de nouvelles adhérences en cas de survie.

Enfin, même dans les formes lentes, l'intervention doit être précoce pour ne pas laisser s'établir et se fortifier les adhérences qui aggravent le pronostic de l'ovariotomie.

De l'étiologie du cancer.

M. Fiessinger (Oyonnax) rappelle les observations qu'il a publiées en 1892, dans la *Revue de médecine*, au sujet du rapport qu'il a remarqué entre la fréquence du cancer et le voisinage des cours d'eau, et apporte, à l'appui de cette constatation, le résultat des observations d'un certain nombre de ses confrères.

M. Duplouy (Rochefort), quoique ayant publié un fait de contagion possible entre époux, reconnaît que, jusqu'à nouvel ordre, l'étiologie du cancer reste inconnue.

En ce qui concerne l'influence des eaux, M. Duplouy n'a point fait de recherches spéciales à ce point de vue, mais il a dirigé pendant huit années, dans la région où il exerce, une enquête sur les origines du cancer et sur les circonstances qui paraissent favoriser son évolution, et il est arrivé à cette conclusion, que le cancer se développe dans les circonstances les plus variées, sans qu'on puisse relever aucun facteur étiologique prédominant.

M. Hallopeau fait observer que, dans les grands centres où les affections cancéreuses sont cependant fréquentes, il n'est guère possible, le plus souvent, de faire intervenir l'action des cours d'eau.

M. Vautrin (Nancy) ayant rappelé les idées de MM. Roux et Verneuil sur la viande de porc, **M. Fiessinger** répond que dans sa région on mange fort peu de porc et que cependant le cancer y est fréquent.

De la spécificité cellulaire dans les cancers épithéliaux.

M. Maurice Cazin (Paris). — J'ai eu l'occasion de faire l'examen histologique d'un certain nombre de cancers colloïdes, et j'ai pu me convaincre que si, dans certains cas, il peut y avoir réellement une dégénérescence portant à la fois sur l'élément cellulaire et sur la charpente conjonctive, dans d'autres cas il s'agit, non pas d'une dégénérescence, c'est-à-dire d'une transformation colloïde des cellules, coïncidant avec la mort de ces éléments, mais bien d'un état fonctionnel des cellules en rapport avec leur origine. C'est ainsi que, dans plusieurs faits de cancer colloïde du rectum, j'ai pu m'assurer de la vitalité parfaite des cellules à contenu muqueux ou colloïde qui constituaient presque exclusivement l'élément

épithélial, dans toute l'étendue du néoplasme primitif et des ganglions secondairement envahis, chacune de ces cellules reproduisant exactement la structure des cellules caliciformes de la muqueuse rectale. Dans un autre fait de cancer colloïde généralisé du péritoine à point de départ intestinal, on retrouvait de même, d'une façon uniforme, la même cellule à mucus avec les diverses variétés d'aspect que présente normalement la cellule caliciforme.

Dans les cas de ce genre, on est donc pleinement autorisé à considérer l'état colloïde, non pas comme le résultat d'une mortification dégénérative des tissus néoplasiques, mais comme le résultat de l'évolution en quelque sorte physiologique des éléments issus d'une surface qui renferme normalement des cellules à mucus, et emportant avec eux, dans leur envahissement par générations successives, la faculté originelle de produire du mucus, de même que, dans les épithéliomas d'origine cutanée, les cellules emportent avec elles la propriété de produire de la matière cornée, qui se retrouve dans les globes épidermiques.

Il ne s'agit évidemment là que de faits connus de tous les anatomo-pathologistes qui ont suivi l'évolution des néoplasmes cancéreux, mais il est utile d'insister sur cette spécificité de la cellule, que l'on tend parfois à négliger complètement lorsqu'on cherche à étudier la pathogénie des cancers épithéliaux.

Sur la suture nerveuse.

M. Schiff (Genève). — On admet que la section d'un nerf a pour résultat de déterminer sa dégénérescence dès le troisième jour, et que la formation de nouveaux tubes nerveux est nécessaire au rétablissement de la sensibilité. Dès lors, la suture nerveuse serait à peu près inutile. Souvent toutefois, elle ramène la sensibilité. C'est qu'en réalité le cylindraxe persiste. En effet, j'ai sectionné un nerf sciatique et enlevé les ganglions des racines postérieures correspondantes; de plus, j'ai réséqué le crural pour éviter qu'on objectât que ce nerf envoyait des rameaux récurrents au sciatique. Onze mois plus tard, j'ai fait des coupes nombreuses et des dissociations du nerf sciatique. La myéline était détruite, mais le cylindre-axe persistait. La persistance du cylindre-axe suffit à montrer que les nerfs sectionnés peuvent encore servir de conducteurs à la sensibilité.

Injections sous-conjonctivales de sublimé.

M. Dufour, après avoir fait environ 400 injections sous-conjonctivales de sublimé sur plus de 90 malades, conclut, avec MM. Abadie et Darier, que cette médication est non seulement bonne, mais encore qu'elle est la meilleure dans les cinq groupes suivants de phlegmasies oculaires :

1° Ulcères suppuratifs et kératites suppuratives, surtout si le pus s'infiltre entre les lamelles de la cornée;

2° Kératites profondes de cause locale;

3° Exsudats profonds, suite de piqûre ayant apporté dans le corps vitré des germes qui s'y développent en culture et produisent presque sûrement la phthisie du bulbe;

4° Ophthalmie sympathique, quand on peut arriver au moment de la migration;

5° Choroïdites, même non syphilitiques, maculaires ou non, pourvu qu'elles soient récentes.

Après avoir essayé des solutions à 1/1000e, 1/2000e, 1/2500e, 1/4000e, il s'est fixé à la solution à 1/2000e, qui est très supportable et suffisamment active.

Astigmatisme cristallinien accommodatif.

M. Guilloz (Nancy). — On a donné des exemples d'yeux dont l'acuité visuelle ne diminuait pas lorsqu'ils regardaient au travers de lentilles cylindriques; mais ces expériences, faites en permettant aux sujets de cligner à travers les verres cylindriques, ne sont pas concluantes, puisque l'ouverture palpébrale joue le rôle de fente sténopéique et qu'alors une modification symétrique dans la courbure du cristallin suffit à expliquer la correction. J'ai observé deux sujets chez lesquels l'acuité visuelle ne diminuait pas lorsqu'ils regardaient à travers des lentilles cylindriques dont la puissance atteignait — 2 D. dans un cas, — 3 D. 50 dans l'autre. C'est bien le cristallin, qui, en devenant astigmate, compense l'inégale réfraction donnée par les lentilles cylindriques. Cet astigmatisme accommodatif du cristallin peut s'exercer indépendamment de la mise en jeu de l'accommodation sphérique. Elle diminue et disparaît avec cette dernière sous l'influence des mydriatiques. Je dois ajouter que ces observations ont été prises en se mettant à l'abri des causes d'erreur signalées par Bull et de toutes celles qui ont pu être constatées. Je me propose de rechercher la fréquence de ces cas d'astigmatisme accommodatif, d'en analyser de moins typiques, de voir son influence dans la correction de l'astigmatisme cornéen. J'examinerai comment varie le pouvoir accommodatif astigmatique lors du déploiement de l'accommodation sphérique.

M. Dufour (Lausanne). — Il y a, en effet, en clinique, des cas où l'accommodation compense tout à fait un astigmatisme cornéen bien évident. Quand on applique à ces malades le verre cylindrique correcteur, le malade ne voit pas mieux, et quelquefois il voit plus mal, évidemment parce qu'il compensait totalement son anomalie et que cette compensation avait pris le caractère de crampe accommodative.

Les purgatifs chez le blessé et chez l'opéré.

M. Nicaise (Paris). — Le chirurgien doit, avant une opération, prescrire au patient une diète relative, un bain savonneux, et un purgatif dans le but de débarrasser l'intestin et d'assurer l'élimination des produits de désassimilation de l'organisme troublé par la chloroformisation, par le choc.

L'opéré, pendant les deux ou trois premiers jours, ne prendra que des boissons, puis on l'alimentera légèrement et progressivement; la conduite à tenir variera du reste avec chaque cas. Une des conditions primordiales, c'est le bon fonctionnement du tube digestif, ce qu'on obtient par les purgatifs et l'antisepsie intestinale. En effet, la fermentation intestinale peut devenir putride et amener des phénomènes d'auto-intoxication. Alors on purgera le malade, et cela dès le troisième ou le quatrième jour. Le choix du purgatif variera suivant l'effet que l'on cherche : la plupart du temps on aura recours aux purgatifs salins, et l'on reviendra plusieurs fois à cette pratique, chaque fois que les selles seront très odorantes, car l'intestin est l'émonctoire principal des résorptions qui se font au niveau du foyer traumatique.

A l'appui de ses assertions, M. Nicaise cite le cas suivant. En 1878, un homme de 30 ans est amené à l'hôpital pour une gangrène du membre inférieur produite par le passage sur la cuisse d'une roue de voiture qui avait écrasé l'artère fémorale. La peau n'était pas déchirée. Le blessé refusa l'amputation de la cuisse et il a fini par guérir par élimination spontanée du membre qui a été momifié par des antiseptiques, le sillon de séparation du mort et du vif étant pansé selon la méthode de Lister. Le malade a eu une septicémie sans frissons, avec une température qui a atteint 40°; ses selles étaient fétides, séreuses. Les purgations ont été commencées le troisième jour et continuées au moins tous les trois jours et à chaque selle fétide. Le régime alimentaire a constitué pendant un mois en lait, bouillon, œufs, vin. Le membre gangrené a été éliminé le dix-septième jour.

M. Le Gendre (Paris). — L'emploi systématique des purgatifs chez tous les opérés, sans tenir compte de leur état antérieur, peut offrir certains inconvénients et il faut sur ce point faire quelques restrictions. En particulier, il faut avant tout tenir compte de l'état des reins et, comme l'a dit M. Bouchard, il faut prendre soin de ne pas diminuer l'élimination rénale pour augmenter l'évacuation intestinale. En outre, les dyspeptiques, et ils sont nombreux, supportent souvent mal certains purgatifs. Ainsi, M. Hayem a montré que le sulfate de soude est défavorable aux hypopeptiques.

Je donnerais la préférence en premier lieu à l'antisepsie intestinale, et je proposerais à M. Nicaise d'associer au salicylate de bismuth et à la magnésie le benzonaphtol, beaucoup moins offensif que le naphtol β pour la muqueuse gastrique.

Comme purgatif, un des meilleurs est le calomel pur qui, employé à doses de 0 gr. 30 centigr. répétées trois ou quatre fois par vingt-quatre heures, exerce dans l'intestin une action antiseptique mieux démontrée que son action cholagogue, aujourd'hui assez contestée, et qui présente encore l'avantage d'être diurétique à un certain degré.

Le sulfovinate de soude est aussi un purgatif précieux, bien toléré et diurétique, que j'ai employé plusieurs fois avec succès dans l'urémie.

Mais je recommande surtout l'antisepsie du gros intestin au

moyen de grandes irrigations, de lavements à une température un peu inférieure à celle du corps et administrés lentement; ils produisent alors un effet diurétique en même temps qu'ils évacuent les résidus intestinaux, sur lesquels s'exerce le plus la résorption auto-intoxicante.

M. Nicaise. — Il y a certainement des précautions à prendre au sujet du rein. Je suis partisan de l'antisepsie intestinale, que j'applique à presque tous mes opérés, car je crois que cela peut avoir une influence importante sur le développement des inflammations post-opératoires. Mais, en général, je préfère les purgatifs aux grandes irrigations du côlon, manœuvre qui fatigue les opérés.

Analyse spectroscopique du sang par l'examen direct des tissus.

M. Hénocque (Paris). — L'examen spectroscopique du sang est devenu d'une très grande simplicité grâce au procédé spécial d'analyse que j'ai imaginé, et par lequel le dosage de l'oxyhémoglobine n'exigeant pas la moindre extraction de sang se fait simplement à travers les muqueuses. Dans ce but, j'emploie un spectroscope muni d'un disque de verres colorés et gradués, dénommé analyseur chromatique. Les applications de ce mode d'examen sont des plus importantes, puisqu'il permet de répéter sans inconvénient les observations sur les enfants nouveau-nés, maintenus même dans la couveuse, chez les femmes, les hémophiles, les anémiques, les blessés et les opérés.

L'hyperhémie peut être mesurée comparativement; il en est de même de la vascularisation des diverses régions (lèvres, muqueuses, doigts), des productions morbides, des éruptions, de la cyanose, de l'asphyxie, du diagnostic du moment de la mort.

Il deviendra ainsi facile d'utiliser dans la pratique médicale les notions de l'activité des échanges entre le sang et les tissus dont l'importance est déjà démontrée par de nombreux travaux.

Indications et contre-indications des bains salés en thérapeutique.

M. Ch. Lejard (Biarritz). — L'emploi des bains salés a pris une extension très grande. Voici les résultats que je puis consigner après une dizaine d'années d'observation.

Dans les maladies aiguës, scarlatine, fièvre typhoïde avec température élevée, on obtient, par les bains salés, une sédation du système nerveux et un relèvement de l'état général. Aussi n'hésiterais-je pas, dès le début, à donner, dans ces affections, des bains salés tièdes.

Dans les formes subaiguës, les indications sont plus difficiles à préciser; en tout cas, il faut s'abstenir des bains salins dans les formes ulcéreuses irritatives, phagédéniques, telles que tuberculose viscérale, lésions cardiaques, cérébrales et médullaires non circonscrites. Au contraire, les bains salés améliorent l'état général et local lorsque la fièvre est due à une lésion circonscrite dans les tuberculoses locales, abcès, phlegmons, phlébites, périmétrites, salpingites, etc., à la suite d'opérations chirurgicales importantes, même précocement.

Dans les maladies tendant à la chronicité, anémie due à n'importe quelle cause, hémorrhagie, lymphatisme, chlorose, il y a un très grand avantage à soumettre les individus au traitement chloruré sodique, car j'ai vu l'oxyhémoglobine augmenter toujours à la suite.

La neurasthénie est aussi heureusement influencée par les bains et douches salés.

Je dirai aussi que les métrites parenchymateuses, endométrites à forme hémorrhagiques, salpingites chroniques sont avantageusement influencées. Quant aux fibromes, l'action est variable. Mais cependant, dans ces dernières affections, les eaux salées sont le plus puissant moyen à opposer à l'état de détérioration générale des malades.

Les affections cutanées chroniques se trouvent bien des eaux salées et elles récidivent plus rarement. Mais il n'en est pas de même des éruptions vésiculeuses, serpigineuses, etc.

Les goutteux, arthritiques, lithiasiques ne peuvent que bénéficier des bains d'eau chlorurée sodique, que les enfants de tout âge, les femmes enceintes ou nourrissant peuvent prendre sans danger.

Nature et pathogénie de la scrofule.

M. A. Bloch (Paris) donne les conclusions suivantes :

La scrofule n'est ni une affection du système lymphatique, ni une altération du sang, ni un trouble de la nutrition; car, ce ne sont là que des signes de la diathèse. Elle est due à un défaut d'équilibre, à une perversion dans le développement d'un ou plusieurs organes pendant la vie intra-utérine.

La scrofule est donc une dégénérescence partielle ou totale de l'organisme, c'est-à-dire due à une déviation maladive du type normal, qui prédispose à certaines affections déterminées, tuberculeuses ou non.

Elle provient généralement, par hérédité dissemblable : du nervosisme, de la tuberculose ou de l'alcoolisme des parents. Elle peut naître également de la syphilis des parents.

Une affection expérimentale de cause alimentaire, d'origine digestive.

M. Charrin (Paris). — Diverses raisons peuvent amener l'expérimentateur à soumettre des lapins au régime lacté (uniformité de l'alimentation, absence de potasse, etc.). — Le plus souvent, ces animaux supportent bien ce régime. Quelques-uns, l'été surtout, lorsque la chaleur facilite les fermentations dans des récipients insuffisamment lavés, contenant un liquide de qualité médiocre, quelques-uns, dis-je, s'accoutument avec peine à cette nourriture; un certain nombre présentent des symptômes, des lésions, qui ne sont pas sans intérêt.

Tantôt on observe de la diarrhée, tantôt une constipation marquée; l'excrétion des fèces est réduite à un minimum, 2 grammes par jour, dans quelques cas, et même moins. L'albuminurie fait défaut pendant assez longtemps; puis, elle se montre très légère, ne devenant quelque peu accentuée qu'à la fin; on a pu reconnaître, dans certaines urines, l'existence de la globuline. Chez quelques sujets, les poils s'arrachent aisément; la peau se recouvre, par places, de petites croûtelles. Exceptionnellement, des abcès se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané. La fièvre, en dehors de ces infections, est rare; dans les périodes ultimes, on note une tendance à l'hypothermie. L'amaigrissement est progressif; il atteint des proportions considérables. Les animaux éprouvent des sensations qui les portent à user leurs dents, en rongeant du fer, du bois, en broutant les poils de leurs compagnons.

A l'autopsie, on découvre çà et là, dans l'intestin, des points faiblement congestionnés; le cæcum, assez souvent, est rempli d'une masse pâteuse; entre les culs-de-sac des glandes existent des traînées d'éléments inflammatoires. Dans les cas de dépérissement extrême, les viscères sont atrophiés. Chez un lapin, qui, de 1,780 grammes, était tombé à 1,190 grammes, le foie pesait 27 grammes; le rein, 3 gr. 80 centig.; la rate 0 gr. 48 centigr.; le cœur, 2 gr. 47 centigr. Les cellules hépatiques contiennent quelques granulations pigmentaires; les vaisseaux sont légèrement dilatés. Les épithéliums du rein sont également granuleux; si la survie est longue, une prolifération embryonnaire se développe dans les espaces péritubulaires. — Ces lésions rénales, toutefois, n'existent pas au début, à une période où, parfois, on décèle déjà des traces d'albumine. Cette albuminurie, à ce moment, est d'origine dyscrasique ou digestive; plus tard, l'émonctoire urinaire peut être incriminé; c'est là la reproduction de ce qui se passe chez l'homme.

Dans deux cas, chez des animaux extrêmement débilités, nous avons reconnu, M. Dissard et moi, que le foie était incapable de transformer, d'arrêter la caséine, propriété de métamorphose manifeste à l'état normal, ainsi que l'a établi M. le professeur Bouchard.

Le canal central des os longs, le plus fréquemment, est dilaté.

Ainsi, chez l'animal comme chez l'homme, un même aliment tantôt est supporté, tantôt ne peut être convenablement assimilé. Si le régime est mal toléré, des désordres digestifs se manifestent; dès lors, on voit se développer des perturbations intestinales, cutanées, urinaires, des troubles nutritifs généraux, parfois des infections surajoutées. Or, en pathologie humaine, on connaît les albuminuries, les éruptions, les abcès de la peau, les dénutritions, résultat d'un mauvais fonctionnement du tube digestif.

Puis, à un moment donné, chez l'animal de même que chez l'homme, les viscères, touchés d'une façon purement fonctionnelle, deviennent anatomiquement malades; des néphrites, des hépatites se développent. On incrimine l'alcool; souvent on a raison; mais, l'expérimentation prouve que des poisons, nés des fermentations putrides digestives, peuvent suffire.

Il est des animaux qui résistent complètement, qui supportent très bien le régime lacté; il en est d'autres chez lesquels les perturbations sont minimes; à peine observe-t-on un ou deux symptômes; chez d'autres, enfin, le tableau est plus complet. Il y a tous les degrés; il en est ainsi en clinique.

Ajoutons que des substances autres que le lait doivent être capables d'amener de pareils phénomènes. Ce liquide n'agit point spécifiquement. Cependant, il faut, d'après quelques auteurs, attribuer au manque de cellulose, de débris solides, l'absence de contractions des fibres de l'intestin, ou des contractions insuffisantes, car ces contractions dépendraient, pour une part, de réflexes provoqués par ces débris; quand on met dans le lait de la corne pilée, on a chance d'éviter le mal.

En somme, on peut expérimentalement déterminer une affection de cause alimentaire, d'origine digestive, réalisant ainsi les accidents observés chez l'homme dans de semblables conditions.

Rôle du philothion dans l'absorption de l'oxygène par les tissus et dans l'absorption du soufre pris à l'intérieur.

M. J. de Rey-Pailhade (Toulouse). — Le philothion est le principe immédiat organique contenu dans les tissus vivants qui, au contact du soufre, donne à froid de l'hydrogène sulfuré. Il existe dans les germes et les jeunes pousses d'un grand nombre de plantes et dans tous les tissus animaux. C'est une des matières intégrantes de la cellule et non un produit de sécrétion; on peut l'extraire des éléments anatomiques par divers procédés : alcool faible, eau chargée de 1 0/0 de fluorure de sodium ou de phénol. Ces extraits ont une composition chimique très complexe. L'extrait alcoolique de levure de bière consomme, par 100 c. c. de liqueur et en vingt-quatre heures, à une température de 40° C., 8 c. c. d'oxygène environ. Comme les matières de l'extrait préexistent, sans nul doute, dans les tissus vivants, la respiration des tissus s'explique par l'existence dans leur sein de matières très oxydables, fabriquées par eux, pour se combiner à l'oxygène libre en donnant de la chaleur et en produisant l'énergie nécessaire à leur fonctionnement vital. Le philothion, qui se détruit au contact de l'oxygène libre et qui se conserve à l'abri de cet agent, doit prendre une large part dans ce phénomène important. Malgré la consommation incessante d'oxygène par les tissus, le philothion existe toujours en eux; il y a tout lieu de croire que ce principe joue un rôle de transmetteur d'oxygène ou de ferment soluble d'oxydation. MM. Jaquet et Pœhl sont aussi arrivés par des expériences différentes à admettre l'existence d'un ferment soluble d'oxydation. La présence du philothion et des matières oxydables dans les tissus permet de concevoir les troubles morbides produits soit par la diminution, soit par l'augmentation de ces substances. On sait que dans certains cas (P. Bert et Roger) le sang veineux roste rouge, ce qui est un signe d'un grand ralentissement de la respiration des tissus; dans certaines anémies, l'absorption de l'oxygène est très diminuée. On connaît des maladies (fièvres) où l'oxygène est consommé plus abondamment. Il paraît donc exister de véritables maladies des tissus par altération chimique des substances oxydables. Enfin, le philothion explique par ses propriétés le passage dans le torrent circulatoire du soufre pris par la bouche, et l'action stimulante exercée par ce médicament, et en général les eaux sulfurées, sur tous les organes. Le soufre déshydrogénant les tissus, on comprend que son usage prolongé active profondément leurs fonctions. C'est d'ailleurs ce que la thérapeutique a pleinement démontré.

De l'action réelle des injections de liquides organiques.

M. Baudin (Besançon), ayant pratiqué, sur 200 malades environ, un total de 4,500 injections, à la dose de 2 grammes, soit avec le liquide de Brown-Séquard, soit avec celui de Constantin Paul, a constaté que l'effet a été nul dans plus de la moitié des cas, appréciable, mais léger et passager, dans la plupart des autres et a semblé pouvoir être attribué à l'auto-suggestion; enfin, l'effet a été sérieux et durable dans des cas, sinon exceptionnels, du moins très peu nombreux.

Le traitement a été surtout efficace dans la cachexie sénile, l'épuisement et le surmenage très prononcés, la mélancolie et l'hypocondrie, les pertes séminales et la phthisie. Il a été à peu près nul, ou du moins très inconstant, dans la neurasthénie, et tout à fait nul dans l'hémiplégie, la paraplégie, le rhumatisme musculaire ou fibreux chronique, l'épilepsie, etc.

Les effets sérieux et durables, exceptionnels il est vrai, ne sauraient être attribués à l'auto-suggestion ou à une cause banale d'excitation; en effet, la substitution d'eau glycérinée au liquide organique met fin aux résultats déjà obtenus; de plus, les effets accusés par l'ensemble des malades varient avec le mode de préparation du liquide organique, préparation modifiée, à l'insu des malades, selon les indications successives de Brown-Séquard et de d'Arsonval.

M. Mossé (Montpellier) lui non plus n'a pas obtenu grand'chose avec ces injections. Dans les cas où les résultats semblaient d'abord favorables, ils ont été peu marqués et n'ont pas persisté.

Chez un ataxique qui avait paru très amélioré, si bien que la démarche était plus assurée et que le malade avait pu sortir, chose qu'il n'avait pas faite depuis deux mois, au suc testiculaire ont été substituées les injections de glycérine neutre étendue d'eau distillée et les effets favorables se sont maintenus. Ils s'atténuaient et tendaient à disparaître si on supprimait les injections. Chez un autre ataxique confiné au lit, les injections séquardiennes, n'ayant donné aucun résultat appréciable, avaient été supprimées. Quelques jours plus tard, le malade ayant demandé instamment de les reprendre, disant qu'il se sentait moins de force, M. Mossé eut recours au même stratagème, et le lendemain le patient déclarait se sentir beaucoup mieux que la veille.

L'auto-suggestion joue donc certainement un rôle dans nombre de circonstances, mais il y a des cas où la médication paraît avoir une action propre qui n'est pas obtenue avec des liquides inertes ni même avec des doses insuffisantes du liquide organique.

Quand les désordres dépendent d'une lésion anatomique avérée, on ne peut espérer la voir rétrocéder ni voir disparaître les troubles qu'elle cause : il se peut cependant que les injections diminuent l'épuisement nerveux général du malade et elles semblent, dans l'éventualité la plus favorable, amener une légère amélioration qu'il faut savoir interpréter. C'est sans doute quand il n'y a pas encore de lésions anatomiques positivement constituées et dans les névroses non encore invétérées qu'on peut espérer voir se produire les effets favorables cherchés.

M. Cazin (Paris), à l'appui de ce que vient de dire M. Mossé, rappelle que MM. Halipré et Tariel ont montré récemment que l'on pouvait, chez les hémiplégiques et les tabétiques, substituer des injections de glycérine neutre aux injections de liquide organique, sans constater la moindre atténuation des effets favorables.

Lèpre mutilante autochtone.

M. Bérillon (Paris) revient sur une malade dont il a publié l'observation au Congrès de Nancy en 1886 sous le titre de *Gangrène symétrique des extrémités*. Depuis lors, la constatation successive de nouveaux symptômes, panaris, onyxis, thermo-anesthésie, a justifié les diagnostics de maladie de Morvan, de syringomyélie. Mais la malade ayant récemment été montrée à M. Zambaco, celui-ci a reconnu la lèpre mutilante.

Actuellement, l'extrémité de presque tous les doigts de la malade a été atteinte. La résorption osseuse porte non seulement sur les phalangettes de plusieurs doigts, mais encore sur la deuxième phalange. Les pieds sont aussi intéressés ; à la face plantaire du gros orteil gauche se trouve une ulcération étendue qui est le siège de vives douleurs et qui depuis plusieurs mois gêne beaucoup la marche de la malade.

Toutes ces mutilations ont déterminé l'apparition de phénomènes douloureux d'une telle intensité et d'une telle ténacité que l'amputation des phalanges atteintes a été plusieurs fois proposée. Aucun traitement, depuis le début de la maladie,

qui remonte à dix ans, n'a paru avoir d'action efficace contre l'aggravation de l'affection. La malade habite le département de l'Yonne; dans la localité où elle réside, son cas n'est pas isolé. D'autres malades ont présenté ou présentent des mutilations analogues. Une de ces malades vit encore, elle a perdu les phalangettes de tous les doigts des deux mains. La constatation de ces faits n'est pas sans quelque intérêt, si l'on tient compte que ces mêmes pays ont été, pendant plusieurs siècles, ravagés par la lèpre, ainsi qu'en témoignent les vestiges de nombreuses maladreries ou léproseries.

Tremblement héréditaire.

M. Regnault (Paris). — Les cas de tremblement héréditaire sont relativement rares dans la science; MM. Debove et Renault en ont cependant publié quelques observations très démonstratives. J'ai moi-même observé un cas de ce genre, se rapportant à un jeune homme dont le père et le grand-père faisaient des abus de café et présentaient un tremblement très accentué, ainsi que la mère, deux tantes et un oncle; il y a, en outre, une sœur qui tremble peu, mais a le mal de voiture. Le sujet est fortement neurasthénique et il a, de plus, dans les fortes émotions, des sueurs palmaires profuses. Il a tremblé beaucoup dans son enfance, mais le tremblement n'a atteint ni la tête ni la langue.

A la suite d'un changement d'existence, le malade a pu avoir moins de fatigues intellectuelles et plus d'exercices physiques; il s'est, en outre, abstenu complètement d'alcool, et actuellement son tremblement est beaucoup moins accusé. Il n'apparaît qu'après une fatigue ou dans les grandes émotions. On peut le réveiller en faisant étendre les bras ou mieux en faisant faire un effort à un bras tandis que l'autre reste étendu.

Hémianopsie corticale par lésion circonscrite du cuneus.

M. Vialet (Paris) relate deux cas d'hémianopsie gauche avec hémiplégie droite incomplète. Une fois, il y avait aussi de l'hémianesthésie droite.

L'autopsie a montré, dans les deux cas, un ramollissement blanc récent de toute la partie postérieure de l'hémisphère gauche, dans l'écorce et la substance blanche, et, dans l'hémisphère droit, une plaque jaune ancienne détruisant le quart antérieur du cuneus. L'examen histologique a prouvé dans un cas que les lésions étaient, en réalité, plus étendues qu'elles ne le paraissaient. L'atrophie portait exactement sur les deux tiers antérieurs du cuneus, la moitié antérieure de la scissure calcarine, le fond de la scissure perpendiculaire interne, le pied du cuneus et elle se prolongeait jusqu'au pied de l'hippocampe, c'est-à-dire sur tout le territoire irrigué par le rameau antérieur de l'artère occipitale (artère pariéto-occipitale de Monakow).

Cette lésion primitive a fait dégénérer les fibres d'association interhémisphériques ou fibres calleuses et les fibres de radiation optiques, sous forme de deux zones, l'une, petite, sur la paroi externe de la corne occipitale, l'autre, plus grande, entourant toute la demi-circonférence inférieure de cette même corne. Cette dernière zone dégénérée a pu être poursuivie à travers le lobe pariétal, ce qui est important pour les études sur les fibres d'association ou de projection partant du cuneus.

Des aliénés criminels avec les apparences de la raison.

M. Rouby (Dôle). — Il existe toute une classe de malades à idées impulsives, qu'on pourrait prendre à un moment donné pour des criminels ordinaires et pour lesquels la détermination de la responsabilité est très épineuse.

Voici par exemple une jeune femme ne paraissant nullement aliénée et qui veut tuer ses enfants; c'est sa seule idée fausse: elle les aime beaucoup; elle les soigne très bien; elle est au désespoir de l'impulsion qui la pousse; elle les éloigne pour éviter un crime, mais elle veut les assassiner. L'idée obsédante ne se produit qu'avec un instrument coupant, hache, poignard, etc., jamais avec d'autres instruments ni d'une autre façon; elle éprouverait une jouissance infinie à plonger un couteau dans la poitrine de ses enfants et à voir couler leur sang. Cette dame est irresponsable malgré son parfait raisonnement sur tous les autres points; si un crime était commis, elle ne pourrait être condamnée à aucun degré.

La seconde observation est celle d'un homme qui a éprouvé autrefois une très grande émotion en voyant le cadavre de sa sœur assassinée par un mari alcoolique; il a voué à celui-ci une haine féroce, il veut se venger, le tuer en l'assassinant à son tour. Il se voit le couteau levé sur lui, prêt à le frapper, pendant des semaines entières. Puis c'est sur sa fille, qu'il aime tendrement, que le couteau est levé et prêt à tomber; cette idée obsédante le poursuit sans cesse et lui dit: Tue-la, perce-lui le cœur, tire-lui un coup de fusil. Pour fuir la tentation il est obligé de l'éloigner du pays. Je pense qu'on doit faire remonter l'irresponsabilité chez ce malade au moment où il voulait tuer son beau-frère.

La troisième observation est celle d'un mari obsédé par l'idée de tuer sa femme. Il entend une voix qui lui dit: Fais-la mourir. Ce malade, qui n'a jamais été jaloux, le devient tout à coup, bien que sa femme n'ait jamais donné motif au moindre soupçon de jalousie; il veut la tuer parce qu'il la soupçonne d'infidélité. D'autre part, comme dans les cas précédents, l'idée homicide a d'abord eu comme objet des personnes autres que sa femme: ce sont, en premier lieu, des Prussiens qu'il veut tuer à coups de fusil; tout à coup l'objet change et c'est sa femme que poursuit son délire homicide. Ce malade était atteint d'un ancien rétrécissement du canal de l'urèthre, la miction était très difficile; on le traite de cette affection, dont la guérison amène une grande amélioration dans l'état cérébral.

Enfin, je puis citer le cas d'un jeune homme dégénéré qui veut tuer son père sous prétexte qu'il a des manières communes et que de temps en temps il s'alcoolise; il met son projet à exécution et ce n'est pas sa faute si le père n'est que blessé au lieu d'être tué.

Maladie infectieuse spontanée du lapin avec névrites périphériques.

M. Ducamp (Montpellier) a observé chez des lapins d'un à deux mois une maladie infectieuse, caractérisée par de la diarrhée, de l'ascite et des troubles paralytiques, débutant par les membres antérieurs et s'étendant dans certains cas aux membres postérieurs. L'autopsie de ces animaux fait constater l'existence de névrites périphériques, avec fragmentation de la myéline. Dans le liquide ascitique et dans les granulations hépatiques il existait un gros diplocoque, se colorant par la méthode de Gram, se cultivant sur bouillon et sur gélose, liquéfiant lentement la gélatine et coagulant le lait. L'inoculation de cultures de ce microbe dans les veines, le péritoine, le tissu cellulaire et le tube digestif a fait périr rapidement d'autres animaux, mais une fois seulement les troubles paralytiques ont pu être reproduits.

Passage d'un thermomètre à maxima à travers le tube digestif.

M. Toubin (Besançon). — Un détenu, dix jours après avoir avalé un manche de cuiller en fer, avala le thermomètre à maxima qui servait à prendre sa température. Ce thermomètre, tout en verre, mesurait 113 millimètres de longueur et 6 millimètres de largeur. Neuf jours plus tard, sortaient en même temps par l'anus le manche de cuiller et le thermomètre. Celui-ci indiquait comme température maxima 38°7, mais la vérification de l'instrument fit réduire les données de 6 dixièmes, ce qui ramena le chiffre à 38°1. Dans ce cas particulier, l'écart entre les deux températures maxima, interne et externe, a été de 0°9, la température axillaire prise deux fois par jour ayant donné 37°2 comme maximum.

Traitement de la neurasthénie.

M. de Fleury (Paris). — La fatigue physique est un des éléments dominants de la maladie et s'accompagne généralement d'inappétence, d'impuissance génitale et de fatigue intellectuelle. Les frictions sèches, la cure d'air, les injections hypodermiques de sérum artificiel concentré ont sur ces troubles une action des plus favorables.

La dyspepsie des neurasthéniques cède très promptement à un régime spécial et à l'emploi du bicarbonate de soude.

Pour le symptôme *énervement*, le valérianate d'ammoniaque me semble préférable aux bromures, mais le mieux est encore de s'abstenir de tout médicament. Le traitement moral joue ici, en effet, un rôle prédominant, notamment au point de vue

de la confiance qu'on doit donner aux malades et des habitudes de régularité qu'il faut leur imposer.

L'insomnie pourra être combattue au début par les hypnotiques, tels que le sulfonal et le trional, mais bientôt le régime sévère obligatoire auquel tout neurasthénique sera soumis devra seul lui procurer un sommeil calme et régulier.

M. Maurel. — Chez ces malades, il m'arrive souvent de ne soigner que les troubles gastriques sans m'occuper des autres symptômes, et à mesure que ces troubles s'améliorent, l'état général devient également meilleur.

M. d'Espine. — Pour certains cas, comme ceux qui surviennent chez des prédisposés à la suite d'une cause accidentelle, d'un excès de travail par exemple, il faut absolument un changement de milieu : c'est à cette seule condition qu'on obtient des résultats satisfaisants.

Traitement de la tuberculose.

MM. Sezary et Barillon (Alger) ont traité des phthisiques *par les injections hypodermiques d'huile camphrée.* Les résultats ont été excellents, et, pour en donner une preuve, les malades réclament le traitement dès qu'on le cesse et proclament les heureux effets qu'ils en ressentent. Les injections sont d'ailleurs d'une indolence absolue, ce qui est une supériorité sur les injections d'huile créosotée ou gaïacolée.

L'obésité d'origine nerveuse et son traitement par l'électricité.

M. Imbert de la Touche (Lyon) donne les conclusions suivantes :

L'électricité possède une action incontestable dans la cure de l'obésité d'origine nerveuse ou anémie graisseuse, si fréquente dans la neurasthénie. Le bain électro-statique est la médication de choix pour combattre cette obésité spéciale. Il rend aux chairs leur fermeté, ramène la finesse et l'élégance des formes et fait disparaître l'embonpoint exagéré. En même temps s'atténuent les accidents nerveux (insomnie, céphalée, etc.). L'appétit et les forces reviennent à l'état normal.

Cette méthode est infiniment supérieure à tous les traitements de l'obésité. Elle s'adresse directement aux troubles nutritifs, qui en sont la cause.

Elle permet de supprimer tous les traitements pharmaceutiques dirigés soit contre l'obésité, soit contre l'anémie, médications si difficilement acceptées par les malades et si nocives aux fonctions digestives.

Masque pour anesthésie chloroformique.

M. Dubois (Lyon) recommande un masque fait extemporanément avec un mouchoir, interposé entre deux manchettes emboîtées télescopiquement. Cet appareil est bien supérieur au cornet de la marine, et il permet de donner beaucoup d'air et peu de chloroforme, ce qui, quoi qu'on en dise, est bien supérieur à la méthode dans laquelle on veut donner le moins d'air possible et le plus de chloroforme possible. Il présente l'inconvénient d'exiger l'usage des deux mains. Aussi M. Dubois a-t-il fait construire un inhalateur, basé sur le même procédé, mais auquel est fixé un compte-gouttes, qu'on fait manœuvrer automatiquement avec un seul doigt, de sorte que l'autre main reste libre.

M. Redard (Genève), en présentant des tubes de chlorure d'éthyle, montre une application ingénieuse de la combustibilité de ce gaz, qu'il suffit d'enflammer pour s'en servir dans la cautérisation des plaies.

M. Livon (Marseille) a communiqué des recherches d'où il ressort que le pneumogastrique et le spinal concourent à l'*innervation du voile du palais.*

M. Maurel a fait, sur l'*action des staphylocoques sur le sang* une communication déjà résumée dans nos colonnes (voyez *Académie de médecine, Mercredi médical,* p. 390).

M. Chéron a fait une communication sur les indications de la médication par les *injections de sérum artificiel.* Dans une autre note il a indiqué la fréquence de la dilatation de l'estomac et du relâchement des ligaments ronds chez les *neurasthéniques.*

M. Boé (Paris) s'est élevé contre la pratique des lavages intra-oculaires après l'opération de la *cataracte.*

M. Chiaïs (Menton) a étudié l'action de la *médication diurétique* sur la nutrition.

M. Tison (Paris) a continué à se déclarer satisfait du traitement de l'*érysipèle de la face* par l'azotate d'aconitine.

M. Dubois (Lyon) a résumé ses recherches sur la *calorification des animaux hibernants.*

QUATRIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES

Tenu à La Rochelle du 1er au 6 août 1893.

Astasie-abasie chez un hystérique dégénéré.

M. Lagrange (Poitiers) a observé un journaliste de 21 ans, qui a été à diverses reprises l'objet de poursuites judiciaires pour vols, escroqueries, abus de confiance, faux, etc. Quand il le vit pour la première fois dans la prison où il était interné, il présentait tous les signes de l'astasie-abasie. On constatait, en outre, chez lui, de nombreux stigmates d'hystérie et de dégénérescence (hémianesthésie gauche, rétrécissement du champ visuel, asymétrie crânienne, etc.).

Au point de vue mental, ce jeune homme était un type de déséquilibré. A une intelligence à peu près normale correspondait chez lui une perversion complète des sentiments affectifs et moraux. Son langage et ses écrits étaient emphatiques et empreints d'un mysticisme ridicule.

Tenant compte d'une part des antécédents héréditaires de ce sujet (son père était mort lypémaniaque), d'autre part des troubles moteurs, sensitifs et intellectuels qu'il présentait, ainsi que de ses antécédents personnels, les experts commis pour l'examiner concluent à sa responsabilité limitée. Ces conclusions furent admises par le tribunal, qui rendit une ordonnance de non-lieu et dirigea ce malade sur un asile.

M. Charpentier (Paris). — Cette observation soulève la question de savoir quel genre de mesures il convient de prendre pour prévenir les actes délictueux et criminels des individus que certains aliénistes s'obstinent, sous le prétexte de dégénérescence ou d'hystérie, à considérer comme des malades, alors qu'en réalité il ne s'agit que de simples criminels ou vicieux. Singuliers malades, en effet, que ceux qui ne présentent de phénomènes morbides qu'à la prison et qui guérissent une fois qu'ils sont à l'asile ! On s'empresse alors de les remettre en liberté et, forts de l'impunité qu'ils se savent acquise de par leurs prétendues tares originelles, ils s'empressent de commettre de nouveaux délits pour lesquels ils sont de nouveau arrêtés et soumis à l'examen d'experts qui les déclarent irresponsables. En réalité, il n'y a aucune bonne raison pour soustraire ces pseudo-malades au châtiment et c'est aux magistrats et non aux médecins qu'il appartient d'en débarrasser la société.

M. Christian (Paris). — Ces sujets présentent de temps à autre des accès délirants, et c'est habituellement à l'occasion de ces accès qu'on les séquestre. Dans l'état actuel de la législation, il paraît bien difficile d'agir autrement.

MM. Legrain et **Régis** font observer que, dans le cas particulier, la dégénérescence est indéniable et les tares héréditaires manifestes ainsi que leurs conséquences somatiques immédiates et partant psychiques.

M. Doutrebente pose la question de savoir quelle est la conduite à tenir pour le médecin lorsque l'autorité judiciaire ou administrative accorde à un individu délinquant le bénéfice d'une ordonnance de non-lieu, comme irresponsable mentalement.

M. Mabille fait remarquer que dans la pratique la plus ordinaire les autorités mettent purement et simplement en liberté ces individus s'ils ne sont pas à l'asile, et il est permis de se demander si elles n'entendent pas par cette pratique même qu'il en soit ainsi lorsque le malade est en observation à l'asile. Il y aurait peut-être lieu d'émettre un vœu tendant à interner au contraire en principe les individus déclarés aliénés, et ayant ainsi bénéficié d'une ordonnance de non-lieu; échappant à la prison ils n'en seraient pas moins mis hors d'état de nuire à la société. Une discussion s'engage, relati-

vement à l'interprétation à donner au code pénal, article 8 : « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque l'auteur était en état de » démence ou contraint par une force à laquelle il n'a pu » résister. »

M. Charpentier dit qu'il est important d'établir jusqu'à quel point certaines impulsions peuvent être incoercibles par la volonté de l'impulsif.

De l'action des couronnes aimantées dans le traitement des maladies mentales et nerveuses.

M. Luys (Paris) relate les observations de trois malades qui ont guéri par l'application de couronnes aimantées. La première était une femme atteinte de dépression mélancolique avec hallucinations terrifiantes et idées de suicide : six applications d'une demi-heure chacune ont suffi pour modifier si avantageusement l'état de cette femme qu'elle put quitter l'hôpital et reprendre ses occupations.

La seconde observation concerne un homme de quarante ans, qui, à la suite de l'influenza, était devenu neurasthénique et avait des idées de suicide. Il guérit au bout de trois semaines de traitement par les couronnes aimantées.

La troisième malade est une femme de trente-cinq ans, atteinte du délire du toucher.

M. Luys conclut de ces faits que les couronnes aimantées sont susceptibles d'avoir une influence heureuse, tant dans le domaine des troubles neuropathiques simples que dans celui des véritables psychopathies.

Les effluves qu'elles dégagent de leurs pôles entrent en conflit avec les forces vives du cerveau sous-jacent. Elles modifient, d'une certaine façon, son état dynamique; elles attirent les effluves cérébraux de noms contraires et répulsent ceux de même nom.

La preuve qu'elles ont une action directe, c'est qu'elles sont susceptibles d'emmagasiner les forces neuriques et psychiques pendant un temps indéterminé, puisque, sur une couronne aimantée tenue à l'abri de contacts multiples, on a constaté que les mêmes effluves étaient encore actifs au bout de dix-huit mois. Les sujets hypnotiques servent de moyen de contrôle et d'agents de réception comme des réactifs vivants pour mettre en évidence la persistance des radiations magnétiques. Ils ne sont donc pas nécessaires pour appliquer directement la couronne.

Néanmoins, le contact d'un sujet hypnotisé avec le malade paraît donner une activité plus intense à l'action magnétique de chaque couronne.

Persécutés auto-accusateurs et persécutés possédés.

M. J. Séglas et **G. Brouardel** (Paris) ont observé plusieurs persécutés chez lesquels des particularités intéressantes ont pu être notées, en particulier chez un persécuté auto-accusateur et chez un persécuté possédé.

Dans le premier de ces cas, il s'agit d'une femme dont la maladie présentait l'évolution et les symptômes habituels du délire des persécutions; le fait le plus intéressant à relever, c'est qu'en même temps cette malade s'accusait elle-même au lieu d'accuser les autres; « les tourments, la condamnation qu'elle subissait n'étaient que l'expiation de ses fautes passées ». Chez cette malade, les hallucinations se présentaient sous le même aspect divergent; « elle était un être nuisible; elle pouvait donner le choléra aux autres ».

Les autres faits concernent des persécutés possédés : dans un cas, l'on assiste d'abord à l'évolution d'un délire des persécutions n'offrant guère de phénomènes particuliers, sauf déjà quelques troubles psychomoteurs (impulsions et phénomènes d'arrêt). Puis, dans une deuxième période, ces symptômes se développent; il apparaît des hallucinations verbales motrices très accentuées et un dédoublement de la personnalité des plus nets. Ce sont ces troubles qui maintenant dirigent absolument la scène pathologique; la malade les interprète par des idées de possession, et dans l'explication qu'elle en donne, on retrouve les croyances à l'envoûtement : « On dirait, dit-elle, une obsession qui devient une possession. »

Ces symptômes particuliers peuvent, toutefois, apparaître dès le début de la maladie, ainsi que le prouve une autre observation, et parfois ils aboutissent à un délire des négations systématisé.

Il résulte de ces faits que certains aliénés persécutés et nullement mélancoliques peuvent cependant être auto-accusateurs et présenter des idées de persécution analogues à celles des mélancoliques.

Si, d'autre part, parmi les persécutés, il en est dont la maladie ne représente qu'un vice de développement intellectuel, qu'une évolution anormale de la personnalité toujours dans le même sens, il en est d'autres chez lesquels la maladie se traduit par une dissociation rapide, parfois d'emblée et toujours très accentuée de la personnalité.

Cette dissociation de la personnalité se trouve en rapport avec un certain nombre de symptômes qui prennent alors un grand développement et dirigent même la scène délirante : ce sont, d'une façon générale, les troubles psycho-moteurs (hallucinations motrices, impulsions, aboulie, phénomènes d'arrêt). Aussi, en les invisageant à ce point de vue, par opposition aux persécutés hallucinés sensoriels et aux persécutés raisonnables, M. Séglas a-t-il proposé de ranger ces cas sous le nom de *variété psycho-motrice* du délire des persécutions. Les idées de persécution se modifiant d'une façon connexe, c'est plutôt par des idées de possession que le malade interprète alors les troubles psychopathiques qu'il accuse. On peut même rencontrer des cas où il en arrive à formuler un délire de négation systématisé. Ces malades, étudiés autrefois sous la dénomination très vague de délirants mystiques ou de possédés, se distinguent des mélancoliques possédés ou négateurs et rentrent dans le cadre des délirants systématiques primitifs, dont ils ne constituent qu'une variété. Néanmoins, il semble qu'il y aurait intérêt à leur faire une petite place dans ce grand groupe, la division la plus usitée en France en délirants chroniques et en dégénérés étant trop sommaire. Parmi les persécutés dégénérés surtout se rangent de nombreux cas très disparates pour lesquels il serait certainement utile à tous points de vue d'établir un classement.

De la pathogénie du délire alcoolique.

M. Klippel (Paris) communique un mémoire dont voici les conclusions :

Dans toutes les formes de délire alcoolique (delirium tremens, délire subaigu ou chronique, démence, etc.), on trouve invariablement des lésions cérébrales dégénératives, toujours les mêmes, qui constituent, pour ainsi dire, un fond sur lequel vont se développer d'autres lésions qui, elles, sont en rapport avec la forme du délire.

Les lésions constantes dérivent seules de l'action de l'alcool lui-même ; les autres sont surajoutées et variables suivant les cas. Les premières semblent créer rapidement chez le malade un état de réceptivité morbide que tel autre ne pourra acquérir que par une longue hérédité, mais elles sont impuissantes à entraîner par elles-mêmes l'aliénation mentale.

Dans le delirium tremens, les lésions greffées sur les précédentes sont l'hyperhémie ou l'inflammation des méninges et relèvent d'une infection aiguë secondaire. L'auto-intoxication d'origine hépatique apparaît dans cette forme, le foie étant profondément lésé.

Le délire sous forme de rêve prolongé, d'hallucinations et d'illusions, éclate sous l'influence du moindre trouble digestif, d'une auto-intoxication, d'une poussée aiguë de gastrite alcoolique, etc. La congestion partielle de l'encéphale semble être la lésion surajoutée qui commande ces formes. Le foie est également toujours altéré dans ces cas.

La paralysie générale des alcooliques vient ajouter ses lésions inflammatoires et typiques aux dégénérescences causées par l'alcool lui-même (paralysie générale associée). Elle semble être le résultat d'une infection secondaire qui, à l'encontre du delirium tremens, est chronique

La démence des alcooliques relève de lésions dégénératives profondes des cellules et des fibres corticales, qui s'ajoutent aux lésions primitives.

Élimination de l'acide phosphorique chez les idiots.

M. Mabille arrive sur ce sujet aux conclusions suivantes :

D'une façon générale, et tout compte fait de leur taille généralement peu élevée, la quantité des urines émise par les idiots dans les vingt-quatre heures est un peu inférieure à la normale. Les urines, chez tous mes malades, étaient acides et leur densité variait entre 1,018 et 1,022. La quantité d'urée a toujours été faible, variant entre 7 et 11 grammes

par jour. Il en a été de même de la quantité d'acide urique (0 gr. 08 à 0 gr. 10 centigr.). Le chlore, en revanche, a atteint souvent 8 à 10 grammes, mais c'est surtout la faible quantité d'acide phosphorique éliminé par les idiots qui a frappé mon attention. Les malades que j'ai observés éliminaient 0 gr. 25 à 0 gr. 50 centigr. d'acide phosphorique par jour. La proportion de l'acide phosphorique uni aux terres était de 1 pour 4.

Ces quelques faits viennent à l'appui de ceux de M. Mairet et semblent démontrer l'influence de l'activité cérébrale sur les échanges d'acide phosphorique et d'azote.

Sur deux cas d'obsessions et d'impulsions à forme continue.

M. Roubinovitch rapporte deux observations qui prouvent qu'à côté de la forme paroxystique des obsessions et impulsions qui est la plus fréquente et qui a surtout attiré l'attention des aliénistes, il en existe une autre dans laquelle le caractère paroxystique manque complètement et où l'individu est obsédé à l'état pour ainsi dire permanent.

Son premier cas est relatif à une femme âgée de vingt-cinq ans, internée à la Salpêtrière. Elle présente le type de l'arithmomanie à forme continue. Dans le diagnostic de ce cas, l'auteur démontre que cette malade n'entre pas dans la variété dite « des compteurs » de la maladie du doute, ni dans la catégorie des obsessions à forme paroxystique. Les caractères propres à l'affection dont est atteinte cette femme sont les trois suivants : 1° Continuité de l'obsession et de l'impulsion sans aucune interruption ; 2° Etat de satisfaction, non seulement après l'exécution du désir, mais surtout pendant toute la durée des obsessions ; 3° Lutte pour l'obéissance à l'obsession, en cas d'obstacle venant du dehors. Le second cas concerne une femme âgée de 45 ans, ancienne institutrice, atteinte d'obsessions superstitieuses qui ont envahi complètement sa vie physique. Là encore on retrouve les trois caractères que l'auteur a notés chez sa première malade.

M. Roubinovitch s'attache surtout à indiquer avec netteté l'origine, la marche et le caractère progressivement envahissant des obsessions décrites par lui. On voit en effet que, dans les deux cas, la forme d'obsession n'est pour ainsi dire qu'une habitude poussée à l'extrême et passée à l'état de mal obsessif chez des individus à volonté très affaiblie.

C'est cette évolution même de la maladie qui explique pourquoi tout traitement physique ou psychique sera toujours infructueux ; il faudrait, en effet, refaire complètement l'éducation de ces deux malades, chose que leur âge et leur état de satisfaction rendent impossible.

En concluant, l'auteur déclare vouloir simplement signaler l'allure particulière que ces deux cas d'obsession présentent, surtout à cause de leur forme continue. Ce n'est pas dans un but de classification théorique qu'il les détache des obsessions à forme paroxystique et de la folie du doute ; c'est surtout à cause de la symptomatologie, et, partant, de leur diagnostic, qui présentent en effet une physionomie à part.

Le goître dans le département de l'Aveyron.

M. Ramadier (Rodez) établit que le goître est assez fréquent chez les Aveyronnais et qu'en outre, l'influence dégénérative du goître se retrouve chez une partie de la population et se manifeste sous différentes formes dont les principales sont le crétinisme, la surdi-mutité et la folie. La fréquence des folies dégénératives est à son sens en rapport avec celle du goître, étant donné surtout qu'il s'agit d'un département où d'autres facteurs, tels que les intoxications, l'alcoolisme, la syphilis, etc., ne jouent qu'un rôle très restreint.

Au point de vue étiologique, M. Ramadier ne peut donner aucune conclusion nouvelle. Il a constaté chez la plupart de ses malades l'existence des facteurs étiologiques déjà signalés par les auteurs et il admet que des influences multiples agissent sur l'individu pour produire le goître. Que cette maladie soit ou non due à un micro-organisme qui se propagerait par l'eau, son développement n'en est pas moins subordonné à un grand nombre de causes occasionnelles ou accessoires, dont il n'est guère possible actuellement de déterminer le rôle avec précision.

De l'idiotie hydrocéphalique.

M. Bourneville (Paris), d'après l'examen d'un certain nombre de crânes et de photographies représentant des cerveaux d'idiots hydrocéphaliques, distingue trois variétés d'idiotie hydrocéphalique : dans une première variété le cerveau n'offre pas de malformations très importantes ; dans la seconde, au contraire, il existe diverses anomalies du crâne et de l'encéphale (scapho-céphalie, absence des hémisphères cérébelleux, etc.) ; dans la troisième, l'hydrocéphalie est symptomatique d'une méningo-encéphalite, de tumeurs cérébrales ou cérébelleuses.

Dans ces derniers temps, on a préconisé de nouveau contre l'encéphalie les ponctions capillaires simples ou précédées de la trépanation avec application d'un drain (Broca, Quincke, Quénu, Phocas, Audry, etc.). Récemment Quincke a préconisé la ponction lombaire. Dans la plupart des cas où ce traitement a été suivi, les malades sont morts. L'hydrocéphalie cependant n'a pas toujours une issue fatale. Plusieurs auteurs ont cité des malades ayant vécu jusqu'à cinquante ans. L'hydrocéphalie idiopathique peut en effet rétrocéder et guérir spontanément. On peut y aider en comprimant la tête à l'aide de bandelettes de sparadrap de Vigo. Quant à l'hydrocéphalie symptomatique, en particulier, des tumeurs du cervelet, elle a nécessairement une issue fatale.

Des persécutés migrateurs.

M. Marie (Dun-sur-Auron) et **M. Frièse** ont observé un homme de 45 ans, dégénéré, sans hallucinations avouées, qui a d'abord été pendant plusieurs années un inquiet, fuyait des persécutions mal définies, mais semblant rouler surtout sur la crainte de se voir dépouiller d'un héritage qu'il a d'ailleurs capté à un oncle, lequel paraît avoir eu un état mental analogue au sien. Pour échapper à ses ennemis, il est allé en Amérique et il est rentré en France au moment où le notaire auquel il avait confié ses fonds venait de faire faillite ; son trouble mental se modifie dès lors ; ce n'est plus un persécuté craintif qui fuit, mais un vengeur qui se croit la mission de punir le notaire failli, complice de ses ennemis. Le notaire mourut, mais le persécuteur repoussa cette idée et entreprit à sa recherche à travers la France une série de pérégrinations qui durèrent plusieurs années. Arrêté souvent comme vagabond, il put justifier de moyens d'existence réels et fut aussi remis en liberté, mais de temps à autre il se retourna contre la veuve et l'orphelin de sa victime insaisissable ; il les harcela, les surprenant à tout instant à l'improviste pour leur réclamer son argent et le secret du lieu où se cachait son voleur ; sur leurs dénégations, il les menaça de mort et leur inspira une terreur telle que le fils s'enfuit à son tour en Amérique.

Arrêté et emprisonné, il simula une incohérence grotesque qui réussit néanmoins à provoquer un examen médical. La simulation fut déjouée, mais l'état mental sous-jacent fut décelé et le malade maintenu séquestré comme persécuteur migrateur.

On remarquera l'évolution chronique et en quelque sorte progressive de la psychose avec une sorte d'exagération finale de la personnalité. D'autre part, la simulation ne laisse pas que d'offrir quelque intérêt de la part d'un tel aliéné, comme aussi en raison des circonstances particulières où elle s'est produite.

Injections sous-cutanées de liquide de substance grise chez les aliénés.

M. Cullerre (La Roche-sur-Yon). — Depuis le commencement de l'année 1892, j'ai appliqué dans mon service la méthode des injections sous-cutanées de liquide de substance grise et j'ai soumis à ce mode de traitement trente-quatre aliénés appartenant aux formes les plus diverses.

1° Une première catégorie comprend ceux qui appartiennent aux formes dépressives de la folie, principalement à la mélancolie, avec troubles accentués de la nutrition.

Quinze de ces aliénés ont été soumis aux injections de substance nerveuse. Onze fois, les effets toniques et stimulants ont été très marqués ; dans trois cas, ils ont été moindres, quoique évidents, et nuls dans un cas seulement.

Sous l'influence de ces injections, le poids du corps chez les malades améliorés s'est élevé, en quelques semaines, de un à onze kilogrammes au maximum ; la moyenne étant de trois à quatre kilogrammes.

L'amélioration considérable ainsi obtenue dans l'état physique a généralement persisté et certains malades conservent

leur embonpoint et leur aspect florissant bien que n'étant plus soumis au traitement depuis un temps plus ou moins long, un an et même dix-huit mois pour quelques-uns.

Dans un cas seulement, il y eut amélioration simultanée de l'état somatique et de l'état mental. Dans tous les autres cas de mélancolie simple, par conséquent *a priori* curables, l'état mental n'a subi aucune modification favorable ; sauf d'une façon fugitive et dans les heures qui suivaient immédiatement l'injection.

2° Les états cachectiques simples, d'origine purement nerveuse, quelle qu'en soit la gravité, sont, en général, favorablement modifiés par la transfusion nerveuse. Le résultat a été très bon dans trois cas sur six, et n'a pas été nul dans les trois autres.

3° Certains aliénés tuberculeux se trouvent bien de la transfusion nerveuse. Quatre tuberculeux, dont l'un atteint de pleurésie et de fièvre hectique, se sont rétablis momentanément ; chez ce dernier, le mieux a duré près d'une année.

Dans un cinquième cas le traitement a été nul. On n'a rien obtenu dans un cas de cancer du pylore et du foie, et dans trois cas de mal de Bright.

4° Les injections de substance grise ont été essayées dans quelques cas d'affections gastro-intestinales où le pronostic semblait désespéré.

Les résultats ont été, dans quelques cas, remarquables. Mais le nombre restreint des observations ne permet pas d'écarter absolument l'hypothèse d'une heureuse coïncidence.

Je puis tirer de ces recherches les conclusions suivantes :

La transfusion nerveuse a pour propriété de stimuler les fonctions nutritives ; à ce titre elle est utile dans le traitement de l'aliénation mentale.

Le premier effet de ce mode de traitement chez les aliénés est le développement de l'appétit.

Le poids du corps ne tarde pas à augmenter dans une proportion parfois considérable.

L'état cachectique, quand il n'est pas le résultat d'une affection organique, n'est pas une contre-indication à la transfusion nerveuse.

Cette médication paraît avoir été efficace dans le cours de certaines maladies aiguës, alors que les moyens habituels de traitement s'étaient montrés impuissants.

Malgré tous ces mérites, la transfusion nerveuse reste impuissante contre l'élément psychopathique lui-même.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 août 1893.

Présidence de M. Léon Le Fort.

Manifestations nerveuses du typhus exanthématique.

M. H. de Brun (Beyrouth). — Parmi les manifestations nerveuses des cas de typhus exanthématique que j'ai observés à Beyrouth à l'état épidémique au début de l'année, il faut placer d'abord la céphalalgie qui existe chez presque tous les malades, et qui, chez quelques-uns, persiste pendant tout le cours de l'affection avec une violence peu commune. Elle peut survivre à la défervescence, et dans quelques cas elle poursuivrait encore le patient plus de quinze jours après la chute de la température.

Le vertige est encore plus constant et en quelque sorte plus caractéristique. S'exagérant beaucoup quand le malade se lève, il le tourmente surtout au moment de la convalescence, l'empêchant de marcher et de travailler. Je l'ai vu persister 41 jours après le début de la maladie et 25 jours après la défervescence avec une intensité telle que le malheureux patient était dans l'impossibilité de se tenir debout sans risquer d'être projeté par terre.

L'insomnie, très fréquente, peut durer 8 à 12 jours sans que le malade puisse trouver un quart d'heure de repos, les narcotiques restant en général impuissants.

La rachialgie et la gastralgie ne sont pas rares, mais sont moins constantes et moins importantes que dans la variole.

L'hyperesthésie cutanée s'observe dans un grand nombre de cas; elle peut être généralisée ou localisée (en particulier à l'abdomen). Son intensité peut être très grande. Chez un malade plongé dans la prostration et en plein délire, l'hyperesthésie était telle qu'il suffisait de le toucher avec le doigt pour lui arracher des cris et faire contracter violemment son visage.

L'endolorissement général, les sensations de brisement, de courbature apparaissent dès le début et sont parfois très accusées. Elles coexistent avec les sensations de fatigue et d'anéantissement qui précèdent la prostration typhique dont elles sont en quelque sorte une manifestation atténuée.

La prostration est un symptôme capital. Dans les formes légères, un mouvement un peu étendu, l'absorption d'un potage, la déglutition d'un verre de boisson plongent parfois le patient dans un réel abattement. Ce qui donne à cette prostration, quelque légère qu'elle soit, un cachet particulier, c'est la difficulté qu'éprouvent les malades à parler. La langue paraît fixée au plancher de la bouche ; elle est lourde, empâtée, se meut difficilement; aussi les paroles sont-elles lentes, souvent tremblées et s'échappent-elles parfois des lèvres à peine entr'ouvertes.

Dans les formes moyennes, dès le 5e ou le 6e jour, les malades sont plongés dans une sorte de torpeur analogue à celle que présentent les dothiénentériques à la fin du second septénaire.

Dans les formes graves, l'abattement est précoce et débute en quelque sorte avec le frisson initial, pour s'accentuer avec une incroyable rapidité. On a quitté la veille un malade dont l'affection remonte à 24 ou 36 heures, il était affaissé et sans énergie; le lendemain, on le trouve plongé dans une torpeur dont on a peine à le tirer; quelques heures plus tard, il sera dans une sorte de coma qui durera jusqu'après la défervescence ou jusqu'à la mort.

La prostration n'imprime pas toujours, comme dans la dothiénenthérie, le masque dit typhique sur la physionomie des patients. Ceux-ci ont plutôt l'air soucieux et inquiet.

A côté des phénomènes de dépression que je viens de décrire, il faut signaler les phénomènes d'excitation.

Je n'insisterai pas sur l'agitation que l'on observe parfois pendant les 4 ou 5 premiers jours; par contre, j'attache une très grande importance au tremblement, qui est un symptôme presque constant. Parfois léger, il ne s'aperçoit que quand les malades veulent faire un mouvement; d'autres fois intense, il les met dans l'impossibilité de porter à leur bouche les aliments ou les boissons. Ce tremblement, le plus souvent très accusé au niveau des mains (où ses oscillations verticales, isochrones et d'égale amplitude le font ressembler au tremblement alcoolique), est parfois beaucoup plus prononcé encore au niveau de la mâchoire, de la langue et des lèvres. La langue, projetée hors de la bouche quand on demande au malade de la montrer, est animée de mouvements vermiculaires incessants et s'agite sans pouvoir être maintenue dans une position fixe; les commissures des lèvres sont également tiraillées par les tressaillements de leurs élévateurs, et la mâchoire elle-même peut présenter dans sa totalité des secousses tellement violentes qu'il m'a été impossible parfois de prendre la température buccale. Dans les formes moyennes et légères, les paroles sont tremblées d'une façon frappante, et ce symptôme peut persister assez longtemps après la défervescence pour m'avoir permis de faire un diagnostic rétrospectif un mois et demi après la guérison.

Les soubresauts de tendons sont plus constants et plus accusés que dans la fièvre typhoïde.

Les troubles intellectuels s'observent à des degrés divers chez tous les malades. Dans les formes atténuées, on constate une absence plus ou moins complète de raisonnement, l'incertitude et le défaut d'association des idées, la disparition des sentiments affectifs, l'impassibilité. L'intelligence s'émousse et disparaît en totalité ou en partie. Quelques sujets ont des hallucinations visuelles qui se rapprochent beaucoup des hallucinations alcooliques ; d'autres sont poursuivis, pendant tout le cours de la maladie, par une idée dominante qui les obsède et autour de laquelle évolue leur délire et s'agitent toutes leurs pensées.

Mais ce qui domine dans l'histoire des troubles intellectuels du typhus, c'est certainement la perte de la mémoire. Et il ne s'agit pas ici d'un simple affaiblissement d'une faculté, fait

banal dans un grand nombre de maladies infectieuses ; c'est sa disparition complète, absolue, que l'on constate chez beaucoup de sujets, sinon pour tous les faits de leur existence de malade, au moins pour quelques-uns d'entre eux. Dix minutes après s'être entretenu pendant un quart d'heure avec un de ses amis, un de mes élèves, atteint d'un typhus d'une moyenne intensité, demandait pourquoi cet ami n'était jamais venu le voir, et ne voulut pas croire qu'il venait à l'instant de lui serrer la main. Une jeune femme que je soignais à partir du cinquième jour de sa maladie, et qui n'eut, pour ainsi dire, pas de délire, demandait chaque jour au confrère qui m'avait appelé auprès d'elle, si je n'allais pas enfin me décider à venir la voir ; elle oubliait chaque matin ma visite de la veille.

Les différents troubles psychiques que je viens de mentionner concourent à des degrés divers à l'élaboration du délire qui peut affecter des caractères variables. C'est ainsi que certains sujets présentent un délire doux et tranquille, marmottant simplement dans une demi-torpeur quelques paroles incohérentes ; d'autres, obéissant à une idée fixe, présentent un délire nettement systématique ; d'autres encore, sous l'influence d'hallucinations terrifiantes, ont un délire de parole et d'action se rapprochant beaucoup du delirium tremens et pour lequel on est obligé parfois d'employer des moyens de coercition.

Le délire peut apparaître (rarement) dès le premier jour, plus fréquemment dès le troisième ou le quatrième. Il augmente pendant toute la maladie, diminue au moment de la défervescence, mais lui survit souvent. Je l'ai vu éclater très violent le jour même de l'apyrexie chez une femme qui en avait été indemne pendant tout le cours de la maladie.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 19 juillet 1893.

Asepsie et antisepsie dans le traitement des maladies des voies urinaires.

M. Robert Kutner. — La cystite artificielle, d'après Schnitzler, est consécutive, soit à une rétention d'urine ou à une lésion de la muqueuse. Aussi la stérilisation la plus rigoureuse des instruments est-elle de règle dans le cas où il y a une rétention passagère ou permanente, surtout une hypertrophie de la prostate. Les instruments de métal et de caoutchouc sont stérilisés par l'ébullition.

Les cathéters et les bougies en gomme ou en tissu de soie laquée présentent de sérieuses difficultés à leur désinfection, et, on le sait, elles jouent un grand rôle dans le traitement des affections des voies urinaires.

Dans la stérilisation, on doit rechercher trois choses : 1° la sécurité de l'instrument, 2° son inaltérabilité, 3° sa stérilisation rapide.

M. Kutner, à ce sujet, recommande la vapeur sous pression ; il propose un petit appareil qui permet de stériliser en 7 minutes. Comme meilleure seringue pour lavage vésical, il conseille celle de Farkas.

Pour graisser les sondes, il se sert de glycérine boriquée aseptique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE MUNICH

Séance du 7 juin 1893.

Tétanos et injections de sérum spécifique.

M. Moritz rapporte un cas de tétanos guéri par les injections de sérum anti-tétanique, dans les conditions suivantes :

Il s'agit d'un enfant de 12 ans qui, le 17 avril, fut pris, sans cause connue, de trismus. Au bout de quatre jours, quand l'enfant fut amené à la clinique, il présentait déjà le tableau classique du tétanos, avec fièvre élevée, accélération du pouls et de la respiration, raideur des membres et de la nuque, etc. Du 21 au 24 avril on essaya le traitement par la morphine et le chloral, mais, comme la situation s'aggravait de plus en plus, on eut recours aux injections de sérum tétanique.

Le 25 on injecta donc à deux reprises 40 cent. c. et le lendemain 30 cent. c. en une seule fois. Dès le 26 on a pu constater une amélioration accusée ; aussi le 27 on ne fit qu'une injection de 15 cent. c. A partir de ce jour, tous les phénomènes allèrent en diminuant ; on n'eut plus besoin de faire de nouvelles injections et un mois après l'enfant quittait l'hôpital.

La guérison devait-elle être attribuée aux injections de sérum ou être plutôt considérée comme spontanée ?

Il est certain que dans ce cas le tétanos n'était pas aigu et se rapprochait plutôt de la forme chronique qui se termine encore assez souvent par la guérison. Il n'en est pas moins vrai que, bien que chronique, le cas était grave. L'action des injections ne permet pas non plus de juger la question, car ces injections, chez l'homme comme chez l'animal infecté, ne coupent pas la maladie, mais la font diminuer graduellement d'intensité.

Le sang de ce malade pris dans la veine axillaire et inoculé à des souris n'a pas provoqué le tétanos chez ces animaux.

M. Ranke a aussi eu l'occasion de traiter par des injections de sérum un enfant de 9 ans atteint de tétanos.

L'enfant est entré à l'hôpital le 24 octobre. Un mois auparavant il s'est enfoncé, en courant pieds nus, un morceau de fil de fer dans le pied. Les premiers accès de tétanos se manifestèrent le 16 octobre et ont porté sur les muscles du tronc et des membres.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constatait un état de tension de tous les muscles du corps que la moindre excitation mettait en état de contraction. Pas de fièvre. Au bout de trois jours de traitement par le chloral, on fit en dix reprises une injection de 50 cent. c. de sérum. L'amélioration ne survint qu'au bout d'une huitaine de jours ; les phénomènes disparurent alors progressivement et l'enfant finit par guérir.

Avant les injections anti-tétaniques, on excisa la cicatrice et on prit un peu de sang dans la veine axillaire. Cicatrice et sang furent ensuite inoculés à des animaux. La première se montra inactive ; le second provoqua le tétanos chez les animaux inoculés.

M. Buchner s'explique l'action du sérum de la façon suivante : le sérum ne détruit pas le virus qui se trouve déjà dans l'organisme, mais confère à celui-ci une résistance spécifique contre le poison qui se forme encore.

M. Ziemssen cite un cas de tétanos qu'il a eu l'occasion de traiter par les injections de sérum, il y a un an.

Il s'agit d'un jardinier qui se coupa le pied avec un morceau de verre en travaillant dans son jardin. Le tétanos était assez sérieux, mais le pronostic ne paraissait pas très défavorable.

Après quelques jours de traitement par le chloral, on fit une injection de 100 cm. c. de sérum. La température monta de 37° à 39°8 et il survint une réaction locale très forte. Puis tout rentra progressivement dans l'ordre.

Les inoculations faites avec le sang, l'urine, la crasse des pieds du malade donnèrent des résultats négatifs.

M. Brunner a observé un cas de tétanos qui s'est terminé par la mort malgré les injections de sérum.

Le cas en question se rapporte à un individu qui s'enfonça, en marchant, un clou dans la plante du pied. Le tétanos se déclara 9 jours après l'accident, et le malade arriva à l'hôpital avec un trismus très accusé et des douleurs dans les membres, mais sans fièvre. Le lendemain, le 10 octobre, la raideur tétanique envahit les muscles du tronc et du cou. Le 10 et le 11 on injecta le premier jour 50 cm. c., le second, 25 cm. c. le matin et 25 le soir. Le lendemain le malade succombait avec une température de 40°8.

L'autopsie fut négative. Le sang et l'urine ne contenaient pas de bacilles.

D'un autre côté, M. Brunner a observé un cas très grave de tétanos guéri par le chloral et la morphine à haute dose continués pendant près d'un mois.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

DERMATOLOGIE

Hôpital Saint-Louis.

M. le Dr G. Thibierge, suppléant M. le Dr E. Besnier.

De l'acné nécrotique.

Parmi les affections de l'appareil sébacé qui sont connues sous le nom d'acné, il en est une dont l'individualité est assez accusée pour mériter d'être décrite isolément : tant au point de vue clinique qu'au point de vue étiologique et anatomo-pathologique et même qu'au point de vue thérapeutique, elle s'éloigne de toutes les autres formes d'acné; la confusion possible, fréquemment commise, avec les lésions syphilitiques lui donne un intérêt tout particulier.

Cette forme a reçu des noms très divers qui chacun expriment une partie de ses caractères, mais dont aucun peut-être ne mérite d'être préféré aux autres.

Bazin, qui l'un des premiers l'a bien décrite, la désignait à cause de sa prédilection pour les régions pilaires sous le nom d'acné pilaire, et à cause de l'état constitutionnel qu'elle accompagne ordinairement sous le nom d'acné arthritique.

Les auteurs allemands lui donnent avec Hebra le nom d'acné varioliforme à cause de l'aspect des cicatrices qui lui succèdent, ou d'acné frontalis à cause de son siège habituel — nous verrons que ce siège n'est pas exclusif.

C. Boeck (de Christiania) qui l'a étudiée avec beaucoup de soin, l'appelle acné nécrotique, dénomination préférable à bien d'autres à cause du processus qui préside à son développement.

On l'a encore désignée sous le nom d'acné rodens (E. Vidal) ou d'acné ulcéreuse, qualifications moins heureuses, parce que l'ulcération n'est pas le caractère le plus apparent et que l'ulcération est dissimulée sous les croûtes et est complètement cicatrisée lorsque celles-ci viennent à tomber.

Par contre, le nom d'ulérythème acnéiforme donné par Unna à une lésion très analogue sinon identique à celle qui nous occupe et par laquelle le savant dermatologiste de Hambourg veut exprimer le développement d'une cicatrice précédée seulement d'érythème sans aucune trace d'ulcération antérieure fait trop sommairement justice de la nécrose qui est l'origine de la lésion.

Mon maître M. Besnier, qui ne manque pas d'attirer l'attention de ses élèves sur cette forme d'acné et sur ses importantes particularités cliniques, la désigne sous le nom d'acné à cicatrices déprimées, et la range dans le groupe des acnés pilaires qui comprend, outre cette forme, l'acné cicatricielle dépilante (acné décalvante de Lailler) et l'acné chéloïdienne.

Cliniquement la maladie est constituée par des papules rouges ou légèrement violacées, peu saillantes, occupées à leur centre par une croûte jaunâtre, à reflet verdâtre; cette croûte ne se détache qu'avec une certaine difficulté, est sèche, ne graisse pas le papier comme celle de l'impétigo et, lorsqu'on l'a enlevée, on constate qu'elle occupait au centre de la saillie papuleuse une dépression presque cratériforme, dont le fond est en partie cicatrisé sur les bords, et qui saigne peu. La papule a des dimensions variant de celle d'un grain de mil à celles d'une petite lentille, rarement plus. La croûte qui recouvre sa partie centrale s'accroît, devient brunâtre, et tombe spontanément : à ce moment la cicatrice est formée; exceptionnellement il persiste une petite ulcération sur laquelle se montre une mince croûtelle sanguine, brune et adhérente.

La cicatrice qui succède à cet élément papuleux est déprimée, brusquement taillée et profonde, ordinairement arrondie, rarement anguleuse; elle offre, dans les premiers temps, une coloration rosée qui s'atténue dans la suite jusqu'à ce que le tégument ait pris la teinte des parties voisines; elle persiste indéfiniment, quoique, au bout de plusieurs mois, elle devienne moins apparente et moins profonde. Ces cicatrices ont une ressemblance manifeste avec celles de la variole; elles justifieraient donc la dénomination d'acné varioliforme si ce nom n'avait déjà été donné à une autre lésion cutanée — lésion qui, d'après les recherches modernes, n'est pas une acné et doit être désignée sous le nom beaucoup plus expressif de molluscum contagiosum — et si, de plus, on ne devait rejeter une comparaison basée sur l'apparence d'une cicatrice, c'est-à-dire d'un reliquat de lésion et non d'une lésion.

Les éléments d'acné nécrotique sont ordinairement réunis en assez grand nombre dans une région donnée, où ils forment parfois une sorte de placard allongé ou de bande, mais toujours ils restent isolés les uns des autres, n'ayant aucune tendance à se réunir et à se confondre comme les pustules de l'impétigo; aussi les croûtes conservent-elles toujours leur individualité et leur forme arrondie.

Le siège des lésions est très remarquable. Dans le plus grand nombre des cas, c'est à la région frontale, sur la bordure antérieure du cuir chevelu, qu'elles se développent, empiétant sur les régions temporales; mais ce siège, pour fréquent qu'il soit, n'est pas exclusif et peut d'autant moins servir à qualifier la maladie que la région frontale est également un des sièges de prédilection de l'acné pustuleuse.

L'acné nécrotique envahit la partie antérieure de la bordure du cuir chevelu au fur et à mesure que les poils tombent, elle accompagne la dépilation et en marque les progrès, constituant une sorte de ceinture, de zone de circonvallation aux parties encore pourvues de poils; mais, contrairement à ce que disent la plupart des descriptions classiques, elle ne se limite pas nécessairement à cette bordure : chez les sujets dont les cheveux s'éclaircissent, en particulier chez les femmes, dont la région épicrânienne tend plutôt à devenir peu garnie qu'à se dépouiller complètement de ses poils, les papules d'acné nécrotique sont disséminées dans toutes les parties où les poils commencent à devenir plus rares; elles sont réparties sur le sommet de la tête, en nombre variable, d'autant plus abondantes que les cheveux sont plus clairsemés; les régions temporales et occipitale, qui conservent plus longtemps leur garniture de cheveux, sont respectées par l'acné. Si l'on compare cette distribution au siège fréquent de l'acné nécrotique sur la bordure du cuir chevelu, à sa dissémination sur d'autres régions pauvres en poils, on en doit conclure que cette affection a une prédilection pour les parties où les poils siègent au milieu des zones glabres ou à peu près glabres, soit que les poils se défendent mieux lorsqu'ils sont réunis en grand nombre, que le « couvert » protège les follicules pileux contre l'invasion parasitaire, de même que dans les forêts certaines plantes ne peuvent vivre à l'ombre des grands arbres, soit que, dans les régions où ils sont rares, les poils destinés à une chute prompte soient moins bien nourris que ceux des régions à chevelure encore intacte et soient devenus, par suite, plus accessibles à la germination parasitaire.

Le visage peut être atteint par l'acné nécrotique : le voisinage des sourcils où elle suit également — ou commande — la marche de la dépilation, l'espace intersourcilier, plus souvent le nez surtout à son union avec la joue, quelquefois la bordure de la barbe, mais beaucoup

plus rarement que celle du cuir chevelu, sont les sièges de cette affection.

On la rencontre encore sur le tronc, principalement, comme les formes vulgaires de l'acné, sur la partie supérieure des faces antérieure et postérieure du thorax : les éléments y sont généralement disséminés en petit nombre, quelquefois réunis en groupes; leurs dimensions sont plus considérables que celles des éléments de la région frontale.

Il est rare que, lorsque l'acné nécrotique occupe le nez et la région sourcilière ou le thorax, on n'en rencontre pas quelques éléments sur la lisière du cuir chevelu, et cette coïncidence facilite singulièrement le diagnostic.

L'acné nécrotique se développe sous la forme de poussées, au cours desquelles se produisent un nombre variable d'éléments : ceux-ci se montrent successivement dans chaque poussée, de sorte qu'on constate simultanément des lésions à diverses périodes de développement; il en résulte un certain polymorphisme de l'éruption; de plus, la persistance des cicatrices consécutives aux poussées précédentes, au voisinage des lésions nouvelles, donne à l'affection un caractère de diversité très spécial, très important pour la faire reconnaître.

Les poussées éruptives se reproduisent à intervalles variables, souvent pendant plusieurs années; elles labourent de cicatrices les régions atteintes et, après un certain nombre de poussées intenses, la peau présente l'aspect d'une écumoire.

Les causes de l'acné nécrotique sont peu connues : se développant le plus ordinairement vers l'âge de 30 à 40 ans, elle atteint plus fréquemment l'homme que la femme; on l'observe surtout chez des sujets au teint vif, coloré, présentant les attributs de l'arthritisme et dont les téguments sont rendus gras par un certain degré de séborrhée. Les poussées successives paraissent favorisées par des troubles digestifs et des excès alimentaires.

Par quel mécanisme ces causes, assez banales en réalité, parviennent-elles à déterminer des lésions graves de l'appareil pilo-sébacé? Il est vraisemblable qu'il y a intervention de poisons d'origine digestive comme dans la plupart des autres formes d'acné, mais aussi intervention d'un agent pathogène, qui porte son action sur les couches cellulaires préposées à la nutrition de cet appareil pilaire et dont la repullulation à intervalles variables explique les poussées successivement développées dans les régions voisines. D'autre part, la topographie de l'acné à la bordure du cuir chevelu et dans les parties où la dépilation commence à se produire, l'intégrité des parties abondamment pourvues de poils semblent montrer que les modifications nutritives de l'appareil pilo-sébacé qui précèdent et favorisent la chute des poils ne sont pas sans influence sur la localisation de l'agent infectieux ou de la toxidermie.

Les lésions anatomiques sont beaucoup mieux déterminées que les conditions étiologiques et pathogéniques : ainsi que l'ont établi C. Boeck et J. Pick, il y a néoformation de l'épiderme, principalement de la gaine externe de la racine des poils ; les capillaires sont dilatés, très sinueux, congestionnés; ces exsudats se nécrosent très rapidement, entraînant la nécrose des parties réticulaires du derme. Les glandes sébacées sont peu ou pas atteintes. Il s'agit donc principalement d'une lésion pilaire et on en arrive à se demander si on doit conserver l'affection dans le cadre de l'acné ; cependant, avant de prononcer cette exclusion, il convient d'attendre de nouvelles recherches.

Le diagnostic de l'acné nécrotique est facile.

L'impétigo s'en distingue par une évolution plus rapide, par la présence de vésico-pustules, par les dimensions plus considérables et l'adhérence moindre de ses croûtes, par l'absence de cicatrices.

On pourrait prendre pour un zona ophthalmique un cas d'acné nécrotique où les éléments en nombre considérable sembleraient occuper uniquement une moitié du front, mais cette localisation unilatérale est rare, les lésions sont limitées à la bordure du cuir chevelu et à son voisinage, empiètent à peine sur la partie saillante du front, et les cicatrices des lésions antérieures suffiraient à exclure le zona, affection non récidivante par excellence.

C'est avec les syphilides papuleuses et papulo-tuberculeuses ulcérées que la confusion est le plus fréquemment commise ; mais les syphilides ne s'étendent pas à toute l'étendue de la région frontale, ne se localisent pas à la bordure des cheveux ; elles sont plus volumineuses, plus fermes que les papules de l'acné nécrotique, de coloration ordinairement plus foncée ; la disparition rapide des lésions sans intervention du traitement spécifique lèverait les doutes s'il en persistait.

Certaines formes rares d'eczéma papuleux disséminé du cuir chevelu, avec croûtes succédant aux excoriations, rappellent de très près l'acné varioliforme ; mais la dissémination des lésions à toute l'étendue du cuir chevelu, la persistance de tous les cheveux, la durée longue de la maladie, la coloration brune de toutes les croûtes, leur adhérence moindre et l'absence de cicatrices permettent facilement d'éliminer l'acné varioliforme : la résistance au traitement suffirait aussi à prouver qu'il ne s'agit pas de cette affection.

En effet, l'acné nécrotique est — et en cela encore elle se distingue profondément des formes communes de l'acné — une des dermatoses dont le traitement est le plus simple et le plus rapidement satisfaisant : elle ne peut guère être comparée sous ce rapport qu'à l'impétigo.

Des cataplasmes de fécule de pomme de terre, ou mieux des douches pulvérisées locales à l'eau pure ou à l'eau de guimauve, ou à l'eau boriquée, suffisent à faire tomber les croûtes, à calmer les phénomènes irritatifs, et la chute des croûtes est bientôt suivie de la cicatrisation des éléments : des lavages avec une solution de sublimé à 1 pour 4,000 ou 5,000, ou avec une solution de résorcine à 1 pour 100, suivis d'applications de vaseline boriquée ou de poudres isolantes, terminent la réparation des lésions.

Il est cependant des formes graves où la destruction au moyen des pointes de feu peut seule venir à bout des lésions : un malade que j'ai vu pendant de longs mois dans le service de M. Besnier était un exemple remarquable de ces formes malignes. L'épilation régulière à la bordure des lésions est parfois nécessaire pour arrêter leurs progrès et pour faire la part du feu, devant une affection toujours envahissante.

Les préparations antiseptiques, solutions de sublimé, de résorcine, d'ichthyol, les préparations soufrées à faible dose (pommade soufrée à 3 ou 4 pour 100) peuvent atténuer les poussées ultérieures, les éloigner parfois, et doivent être employées avec persévérance. Il ne suffit pas en effet — et il est toujours nécessaire d'en prévenir les patients — d'avoir éteint une poussée pour avoir guéri la maladie : celle-ci récidive presque fatalement à échéance plus ou moins tardive.

A ce traitement local, dans ce but préventif, il faut joindre une hygiène sévère : alimentation régulière, suppression des alcools, un traitement des troubles digestifs s'il en existe, et surtout un traitement dirigé contre l'état constitutionnel du malade : les eaux alcalines, en particulier celles de Vichy, ont à ce titre une indication nette dans la plupart des cas.

REVUE DES CONGRÈS

QUATRIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES

Tenu à La Rochelle du 1er au 6 août 1893.

Des auto-intoxications dans les maladies mentales.

M. E. Régis (Bordeaux) et **Chevalier-Lavaure** (Aix), *rapporteurs.* — La question des poisons de l'organisme et des maladies par auto-intoxication est entrée, depuis les travaux du professeur Ch. Bouchard et de ses élèves, dans une ère nouvelle, l'ère de la diffusion et de la généralisation.

La neurologie et la psychiatrie n'ont pas échappé à ce grand mouvement scientifique et elles ont donné lieu, à ce point de vue, à d'intéressantes recherches. Nous nous bornerons à citer, en ce qui concerne la neurologie, les études sur les modifications de la composition de l'urine dans l'hystérie de Gilles de la Tourette, Cathelineau, Féré, Poels, et surtout celles relatives à la toxicité urinaire dans l'épilepsie de Féré, Deny et Chouppe, Jules Voisin et A. Péron, etc. Les conclusions de ces derniers auteurs, les plus récentes en date, peuvent se formuler ainsi : Il y a abaissement considérable de la toxicité urinaire ou hypotoxicité avant les crises d'épilepsie. Abaissement, mais moins considérable, durant la période paroxystique. Relèvement et même exgération si la série est finie. Dans l'intervalle des crises, mais seulement d'une façon générale, la toxicité urinaire est normale. Elle paraît toujours s'abaisser au-dessous du taux physiologique lorsqu'il survient, chez les épileptiques, un trouble mental.

Les recherches en ce qui concerne la psychiatrie ont été plus nombreuses encore et l'impulsion est devenue telle dans ces derniers mois, que les revues spéciales de tous les pays, sans exception, sont remplies de travaux ayant trait, par un côté quelconque, à la question. Il est donc permis de dire que le Congrès français des Aliénistes a été des mieux inspirés en mettant à l'ordre du jour de son programme de cette année un sujet d'une aussi réelle et d'une aussi générale actualité.

Mais la multiplicité même de ces travaux, si différents d'origine, de nature et d'intérêt, sans cohésion, souvent contradictoires, d'objet restreint en apparence, mais embrassant en réalité la pathologie mentale presque tout entière, n'a pas permis d'en présenter la substance dans un rapport d'ensemble méthodique, précis et concluant. Force nous est donc de nous borner à une énumération rapide et sommaire des principaux points abordés jusqu'à ce jour, à réunir l'ensemble des faits parus — sans discussions théoriques et sans conclusions définitives encore prématurées — dans un simple exposé qui puisse servir à la fois de matière à consulter et de base de discussion pour le Congrès.

Bien que la question mise au programme ait exclusivement trait aux « auto-intoxications dans les maladies mentales », il nous a semblé qu'elle devait comprendre également les infections qui se confondent souvent, tant au point de vue clinique que pathogénique, avec les auto-intoxications. Il n'eût pas été possible, en bien des cas, de séparer ces deux ordres de faits.

Notre exposé a donc trait non seulement au rôle joué par les auto-intoxications proprement dites dans les maladies mentales, mais encore à celui des infections, c'est-à-dire des intoxications venues du dehors par le fait de maladies à caractère infectieux. Nous en excluons, bien entendu, les intoxications produites par des substances toxiques, telles que l'alcool, la morphine, etc., bien que, ainsi que nous le verrons plus tard, il existe une certaine analogie symptomatologique entre les phénomènes mentaux dus à une auto-intoxication ou une infection et ceux dus aux agents toxiques directement ingérés.

Nous espérons que cette manière de voir sera comprise et qu'on nous approuvera d'avoir ainsi étendu la question à ses frontières naturelles, nonobstant les lacunes forcées résultant de cette extension.

En dehors de l'analyse chimique qui a révélé dans les liquides de l'organisme, chez les aliénés, des modifications de composition aussi sérieuses que variées, l'expérimentation a également découvert dans ces dernières années, chez nombre d'entre eux, des altérations de la toxicité physiologique. Pour la plupart des auteurs, la toxicité de l'urine serait notablement diminuée dans les états maniaques, augmentée, au contraire, dans les états mélancoliques. De plus, l'urine des maniaques et celle des mélancoliques auraient des effets différents sur les animaux injectés; la première produirait surtout de l'excitation, de la convulsibilité; la seconde de la tristesse, de l'inquiétude, de la stupeur : preuve péremptoire que l'auto-intoxication serait la cause et non l'effet de l'état mental. Comme cela a été constaté dans certaines maladies auto-toxiques, par exemple l'éclampsie, il y aurait assez souvent, dans la folie, toxicité inverse de l'urine et du sang; dans la manie notamment, le sang est parfois d'autant plus hypertoxique que l'urine est plus hypotoxique.

Ces résultats, qui, tout incomplets qu'ils soient, montrent par leur concordance à peu près absolue que les phénomènes d'auto-intoxication jouent un rôle important dans les maladies mentales, sont confirmés par les récentes recherches nosologiques sur les folies des maladies infectieuses aiguës, des maladies viscérales, des maladies diathésiques.

a. — En ce qui concerne les psychoses des *maladies infectieuses* (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, influenza, érysipèle, choléra, fièvre puerpérale, polynévrite, fièvres post-opératoires), l'ensemble des travaux parus tend à démontrer : 1° au point de vue pathogénique, qu'elles sont le résultat soit de l'action directe des microbes, soit de leur action indirecte et médiate par les toxines qu'ils sécrètent; au point de vue clinique, qu'elles peuvent se présenter à deux moments différents, et par suite, sous deux aspects. Durant le stade fébrile, elles revêtent ordinairement la forme d'un *délire aigu* plus ou moins violent, — tellement analogue aux délires toxiques qu'on ne le distingue pas toujours facilement du délire alcoolique — auquel viennent se joindre parfois, comme dans les autres délires aigus, des symptômes de méningite (délire aigu, délire fébrile, délire méningitique, confusion aiguë hallucinatoire, hallucinatorische Verwirtheit, acute confusional insanity). Durant le stade post-fébrile ou la convalescence, on a affaire à la psychose dite asthénique, état mental plus ou moins variable d'aspect, constitué d'habitude par du désarroi intellectuel, de la stupidité, de l'obnubilation, de la pseudo-démence, et reposant sur un fond absolument typique de *confusion mentale* (Verwirtheit, démence aiguë, psychose asthénique, stupeur, confusion mentale primitive simple). Il faudrait peut-être admettre une troisième forme clinique de psychose infectieuse, intermédiaire aux deux précédentes et caractérisée par les symptômes mentaux et somatiques de la *démence paralytique* (méningo-encéphalite, pseudo-paralysie générale ou paralysie générale infectieuse); et à ce propos, on peut se demander si la plupart des paralysies générales aujourd'hui connues ne sont pas également, en dehors des conditions de prédisposition toujours nécessaires, la conséquence plus ou moins éloignée d'une maladie infectieuse. Quoi qu'il en soit, le symptôme caractéristique de la psychose infectieuse, dans toutes ses formes, semble être le désordre intellectuel, la *confusion mentale,* résultat sans doute de l'imprégnation, de l'inhibition temporaires des cellules cérébrales par les agents toxiques. Le plus souvent, la folie ainsi produite serait susceptible de guérison. Les folies des maladies infectieuses auraient donc, d'après ces données, une origine directement ou indirectement toxique et, comme conséquence, un type clinique assez caractéristique pour être déjà facilement reconnaissable dans la pratique.

b. — Les *psychoses viscérales* sont, elles aussi, à n'en pas douter, et dans une large mesure, la conséquence d'une auto-intoxication. Ce sont même, à vrai dire, les véritables folies par auto-intoxication. Néanmoins, les recherches expérimentales n'ont pas encore été suffisamment poussées dans cette voie et, en ce qui concerne particulièrement celles qui résultent d'un trouble des organes digestifs, c'est à peine si l'on possède quelques données techniques sur les altérations concomitantes du chimisme gastrique et la toxicité du contenu intestinal. Des travaux intéressants et féconds sont à entreprendre et à poursuivre à cet égard. On est déjà plus avancé en ce qui concerne la folie hépatique et la folie brightique et il est nettement établi aujourd'hui, par les expériences d'auteurs français, que ces folies sont au plus haut point le résultat d'un empoisonnement autochtone de l'organisme, d'une auto-intoxication. Au point de vue clinique, les psychoses viscérales ne présentent peut-être pas, comme les psychoses infectieuses, des caractères nettement particuliers,

On peut dire cependant que dans les cas où l'intoxication est aiguë, la folie se manifeste habituellement sous la forme d'un délire aigu toxique, semblable au délire alcoolique (c'est le cas pour la folie urémique); lorsque l'intoxication est lente et chronique, c'est d'ordinaire d'un état mélancolique qu'il s'agit; enfin, on peut observer parfois des états rappelant de plus ou moins près la démence paralytique.

c. — Les *psychoses diathésiques*, bien que rentrant dans la question des folies par auto-intoxication et par infection, n'ont pas été l'objet, de notre part, de développements étendus, et nous pensons qu'elles doivent être réservées, en raison de leur importance, pour une étude spéciale. — Nous avons noté, cependant, que, durant les épisodes aigus des diathèses, ces psychoses revêtaient, elles aussi, le type du délire aigu toxique, pseudo-alcoolique et que, dans l'intervalle, elles se manifestaient fréquemment sous forme soit de paralysie générale, soit de folie par accès, plus ou moins périodiques, et presque toujours à caractère mélancolique. Nous avons également noté que ces accès de folie paraissaient correspondre à des variations de composition des liquides de l'organisme, notamment à des décharges d'acide urique, précurseurs fréquents de la fin de la crise, et aussi à des modifications de la toxicité urinaire qui s'y montre le plus souvent inférieure à la normale.

Si les nombreux faits et documents que nous avons compulsés ne permettent pas encore d'asseoir des conclusions fermes et définitives au sujet des folies par auto-intoxication, ils ne permettent pas davantage de formuler à leur égard un traitement absolument méthodique et rationnel, basé sur leur étiologie spéciale. Nous devons donc nous borner à indiquer quelques-uns des essais tentés jusqu'à ce jour, avec les résultats obtenus.

En ce qui concerne les psychoses des maladies aiguës infectieuses, on ne s'est guère occupé de la question du traitement systématique, pour cette bonne raison que les agents d'infection restent incomplètement connus, et on s'est contenté, dans les psychoses de la convalescence ou psychoses asthéniques, d'instituer une médication roborante et tonique, destinée à lutter contre l'état d'épuisement et d'inanition. M. Séglas est jusqu'à présent le seul qui, dans un cas de folie post-cholérique, ait eu recours aux antiseptiques, dont il s'est, du reste, très bien trouvé. MM. Laillier et Idanof, de leur côté, ont fait de même dans les cas de folie puerpérale, et ils n'hésitent pas à recommander expressément les antiseptiques, soit comme moyen prophylactique, soit comme moyen curatif, dans cette forme mentale. M. le professeur agrégé Rivière a bien voulu nous communiquer à cet égard le fait suivant qui ne manque pas d'intérêt. Mme X..., âgée de 35 ans, est déjà plusieurs fois accouchée. La dernière grossesse, qui date de six ans, s'est accompagnée d'albuminurie et d'éclampsie franche. Depuis, néphrite, s'améliorant par le régime lacté et l'antisepsie intestinale, s'aggravant dès que cessait le régime. Au cours d'une nouvelle grossesse, datant de 8 mois, elle a une première hémorrhagie assez grave, le 24 mai 1893, suivie d'une autre dans la nuit, qui tue le fœtus. Tamponnement vaginal serré. Plus d'hémorrhagie. Le tampon est enlevé le lendemain. Accouchement spontané trois jours après, sans hémorrhagie. Albumine notable. Le lendemain 29, syncope cardiaque grave. Caféine et éther sous la peau. Le 30, frisson violent et 41° de température, sans accidents infectieux locaux. Le 31, délire furieux dans la nuit; croit être empoisonnée, hallucinations, voit des bêtes et des hommes prêts à la dévorer. Piqûre de morphine qui amène un peu de calme. Depuis le début des accidents, régime lacté absolu, antisepsie minutieuse du tube digestif (benzonaphtol) et chloral à haute dose. L'état de faiblesse étant très grand, le 1er juin on se relâche des précautions prises jusque-là; on tolère un peu d'alcool. Dès le lendemain, crise éclamptique atténuée, mais cependant convulsive. Retour immédiat à la thérapeutique chloralée et antiseptique. Guérison. — Ce fait démontre d'une façon non douteuse et l'origine réellement toxique du délire dans l'état puerpéral et l'urémie et l'efficacité pour ainsi dire spécifique, contre ce délire, du régime et des antiseptiques appropriés. Nous pouvons en rapprocher, dans une certaine mesure, les nombreux cas de guérison du myxœdème opératoire par rétablissement artificiel de la fonction thyroïdienne au moyen de la greffe, de l'ingestion, de l'injection sous-cutanée, ou même du thyroïdo-éréthisme, récemment pratiqué par Poncet.

En ce qui concerne les psychoses viscérales, le traitement local a déjà donné des résultats plus satisfaisants. L'un de nous (1), qui a préconisé depuis plusieurs années déjà le lavage de l'estomac chez les mélancoliques, non seulement contre la sitiophobie qui l'accompagne fréquemment, mais contre la maladie mentale elle-même, a obtenu, par ce moyen, des améliorations et même des guérisons nombreuses. Pour être véritablement efficace, ce traitement doit être méthodique et il comporte une étude préalable du chimisme gastrique par des sondages d'épreuves, destinés à préciser la nature et l'intensité du trouble digestif, d'où, suivant les cas, lavage alcalin, acide ou antiseptique. Bettencourt-Rodrigues, Pachoud et Alt ont également insisté sur les bons effets de l'antisepsie stomacale dans certaines psychoses et notamment dans la mélancolie. Un auteur anglais, Macpherson (2), qui a récemment étudié d'une façon spéciale l'influence de la désinfection intestinale sur quelques formes de folie aiguë, résume ainsi qu'il suit sa thérapeutique. Quand il y a indication, il procède au lavage de l'estomac et il administre le soir le calomel, suivi d'un laxatif au matin. Le lavage est répété pendant la première semaine et chaque jour ou tous les deux jours, on donne de la poudre de rhubarbe, du cascara et de l'extrait de réglisse. A dater du second jour, on administre régulièrement la naphtaline, préférable au naphtol B, tout en supprimant, autant que possible, le régime azoté et en donnant du gruau peptonisé. Par ce procédé, l'auteur a obtenu rapidement la disparition de l'anémie, l'amélioration de certains symptômes de la mélancolie (irritabilité motrice, tendance au suicide, parfois même le retour du sommeil). L'action de la naphtaline est par conséquent indirecte; elle serait particulièrement favorable dans la mélancolie, son action dans les autres formes morbides restant beaucoup moins probante.

Comme dans les psychoses liées aux troubles des organes digestifs, la thérapeutique locale produit d'excellents effets dans les folies liées aux lésions du foie. Sans revenir sur les faits de guérison obtenue dans ces conditions par les anciens auteurs à l'aide de purgatifs opportunément administrés, et pour ne parler que des faits récents, nous rappellerons que M. Charrin, dans les trois cas cités par lui, a réalisé une amélioration psychique parallèlement à l'amélioration viscérale sous l'influence d'un traitement par le lait, le calomel, l'antisepsie intestinale, etc. De son côté, M. Klippel a déduit de ses conclusions pathogéniques sur la folie hépatique, que l'indication capitale consistait à combattre l'auto-intoxication et il conseille pour cela : le naphtol, le charbon pulvérisé, le salicylate de bismuth, le salol, le bétol, les purgatifs; un régime alimentaire composé exclusivement de lait et d'œufs, enfin, dans certains cas, les alcalins, le massage et l'hydrothérapie.

M. le professeur Mairet (3) nous a communiqué, à cet égard, une observation bien typique : la voici telle qu'il a bien voulu la résumer. « Il s'agit d'une femme sur laquelle pesait une hérédité puissante et qui fut prise de lypémanie. Cette maladie persistait et prenait des caractères tels qu'on pouvait craindre l'incurabilité. L'examen physique me révéla un empâtement du foie. J'agis alors directement sur cet organe par des douches locales. Sous leur influence, il se produisit un très abondant rendement de bile par les urines. A partir de ce moment, l'amélioration apparut, bientôt suivie de convalescence. Ceci se passait en 1879 ou 1880; depuis lors la guérison se maintient absolue. Cette observation n'est pas la seule que je possède; seulement elle m'a tellement frappé par sa netteté qu'elle est toujours restée présente dans mon esprit. »

De même, divers auteurs, entre autres Dieulafoy, Raymond, Joffroy, etc., ont obtenu d'excellents résultats du traitement spécifique de l'urémie dans la folie brightique. Voici, résumé, celui que préconise avec tant d'autorité M. le professeur Dieulafoy : En première ligne, régime lacté exclusif. Entretenir ou réveiller les fonctions de la peau; frictions, massage.

(1) Régis, Traitement de la sitiophobie des aliénés, *Bulletins et mémoires de la soc. de méd. de Bordeaux*, 1886. *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édition, 1891.

(2) Macpherson, De l'influence de la désinfection intestinale sur quelques formes de folie aiguë, 60e *réunion annuelle de l'Assoc. méd. de la Grande-Bretagne*, 30 juillet 1892. *The Lancet*, August, 6, 1892.

(3) Mairet, Communication inédite.

Révulsifs sur la région des reins; ventouses sèches, larges cataplasmes sinapisés. La digitale est souvent utile pour combattre l'atonie cardiaque; en surveiller les effets à cause de l'entrave apportée à son élimination par des reins malades. User sobrement des purgatifs. Lavements contenant 150 grammes d'une infusion légèrement diurétique, d'uva ursi ou de queues de cerises. Emissions sanguines locales : sangsues derrière les oreilles, à l'aisselle, à l'anus : bons résultats. Quand le délire brightique est trop aigu ou associé aux formes comateuses ou convulsives de l'urémie, pratiquer sans hésitation une ou plusieurs saignées. M. le professeur Pinard prescrit, en outre, dans certains cas, des inhalations d'oxygène.

Nous ne nous occuperons pas d'une façon spéciale du traitement des folies diathésiques, n'ayant fait pour ainsi dire qu'effleurer cette question, qui devra être ultérieurement reprise. Mais nous mentionnerons, en terminant, les heureux effets obtenus par Haig, Mazocchi, Lemoine, Mabille et Lallemant, de l'emploi, dans ces folies, de la médication antidiathésique. Nous-mêmes, en conséquence des idées si justes formulées par Mabille et Lallemant, nous avons pris l'habitude de combattre les accès de mélancolie intermittente par un traitement dirigé contre l'arthritisme, en employant, suivant les cas, l'antisepsie intestinale, les purgatifs répétés, l'hydrothérapie, les massages et les frictions, les alcalins à haute dose et en particulier une potion à continuer, renfermant à la fois du phosphate de soude, du salicylate de lithine, de la teinture de colchique, de la teinture de noix vomique et de l'arséniate de soude. Bien souvent, nous avons obtenu ainsi des améliorations rapides non seulement des symptômes physiques, mais encore des troubles psychiques.

Donc, le traitement anti-infectieux, antiseptique, général ou local, et c'est là un argument puissant en faveur de l'origine toxique des folies que nous étudions, en même temps que c'en est la conséquence pratique, donne souvent ici d'excellents résultats. Bien qu'on ne puisse pas encore formuler à cet égard une thérapeutique définitive, les faits sont néanmoins déjà assez nombreux pour établir que dans les folies infectieuses ou auto-toxiques, c'est au traitement de l'infection ou de l'auto-intoxication qu'il faut surtout s'adresser pour combattre et guérir le trouble mental.

M. Gilbert Ballet (Paris), en son nom et au nom de **MM. Bordas** et **Roubinovitch**, résume les résultats des recherches qu'ils ont faites en commun sur la toxicité et la composition chimique de l'urine des aliénés. La question des relations des vésanies avec les auto-intoxications est une de celles qui, depuis quelques années, s'imposent le plus vivement à l'attention des aliénistes; aussi a-t-on été bien inspiré en la mettant à l'ordre du jour du Congrès. Toutefois, le titre adopté n'est-il pas trop compréhensif ? En visant dans son ensemble le problème des auto-intoxications dans les maladies mentales, on laisse sans doute le champ plus libre aux diverses communications qui pourront se produire, mais on court le risque de voir la discussion s'égarer sans que les orateurs se rencontrent. Peut-être eût-il été préférable de préciser les points sur lesquels le débat aurait dû s'établir.

Toute auto-intoxication a pour résultat une modification de la composition chimique et par suite des propriétés des humeurs et des liquides d'excrétion de l'économie. Il était dès lors tout naturel de chercher dans les altérations de ces liquides la preuve des troubles de nutrition dont les vésanies étaient supposées s'accompagner. Parmi ces liquides, l'urine, qui est la voie d'élimination la plus importante de l'organisme, et qui se prête à l'étude mieux que toute autre sécrétion, devait surtout fixer l'attention.

Les expériences entreprises sur la toxicité urinaire chez les aliénés ont paru donner d'intéressants résultats. Mais M. Ballet insiste sur ce fait que ces expériences ne sont pas toujours parfaitement comparables entre elles : cela tient à ce que la technique employée par les divers expérimentateurs, pour avoir été à peu près toujours la même dans l'ensemble, n'a pas toujours été uniforme dans le détail. A ce propos, M. Ballet s'attache à montrer l'importance qu'il y aurait à tenir compte dans toutes les recherches de la vitesse avec laquelle sont faites les injections d'urine, de la température de l'urine injectée, de la quantité d'urine rendue en 24 heures par le malade qui est le sujet de l'expérience, du régime auquel est soumis ce malade, du degré de résistance, difficile à apprécier, de l'animal servant à l'expérimentation.

Si l'on veut s'assurer que les phénomènes constatés sont bien le fait de la toxicité urinaire seule, il est nécessaire que d'ailleurs toutes choses soient égales, condition qui n'a pas toujours été réalisée et qui, il faut le dire, n'est pas toujours facile à réaliser.

A ce point de vue, M. Ballet cite quelques expériences qui sont de nature à jeter le trouble et à faire naître des doutes sur la valeur du procédé expérimental employé.

Il a tué des lapins avec 14 cent. c. d'eau distillée par kilogramme, avec 16 cent. c. 25 d'eau ordinaire, avec 9 cent. c. d'une solution se rapprochant d'une urine artificielle. Voilà donc des liquides qu'on était en droit de supposer peu nocifs (l'eau distillée peut être exceptée) et qui se sont montrés notablement plus toxiques qu'une urine normale et même que la plupart des urines pathologiques.

Quoi qu'il en soit, MM. Ballet et Roubinovitch ont poursuivi leurs expériences sur le lapin avec des urines de mélancoliques, de maniaques, de malades affectés de confusion mentale et de délire dégénératif.

En prenant comme chiffre de la toxicité des urines normales ceux indiqués par M. Bouchard (45 cent. c. par kilogr. en moyenne), les urines des mélancoliques se sont constamment montrées plus toxiques que celles de l'état physiologique. Sur six expériences, six fois le résultat a été le même au degré près (30 cent. c., 30, 7, 11, 30, 18) : il semble donc significatif, d'autant plus qu'il est conforme à ce qu'ont constaté la plupart des expérimentateurs (Chevalier-Lavaure, Bak et Schlosse, Brugia, Mairet et Bosc). Mais on trouve là encore certaines anomalies embarrassantes.

Chez l'une des malades les urines ont continué à se montrer toxiques après la guérison ; elles l'étaient même à ce moment notablement plus qu'au cours de la maladie, et à cette époque on était logiquement en droit de supposer que les produits fabriqués au cours de l'état morbide étaient complètement éliminés. MM. Ballet et Roubinovitch relèvent d'ailleurs que l'hypertoxicité des urines a coïncidé dans presque tous les cas avec un état saburral très accusé des voies digestives et ils se demandent s'il ne faut pas voir dans des fermentations intestinales et anormales la cause du phénomène. Divers faits qu'ils citent viennent à l'appui de cette interprétation.

Chez trois maniaques, les urines ont semblé moins toxiques qu'à l'état normal : mais, pour diverses raisons, les auteurs font des réserves sur la signification de ces dernières expériences.

Dans deux cas de confusion mentale, l'une post-puerpérale, l'autre consécutive à des fatigues physiques et morales, les urines ont été nettement (légèrement dans un cas) plus toxiques qu'à l'état physiologique et la toxicité s'est atténuée pendant la convalescence.

Tout en donnant ces résultats extraits de l'ensemble de ces expériences, les auteurs pensent qu'il ne faut pas en exagérer l'importance : l'étude de la toxicité urinaire chez les aliénés a sans doute son utilité, mais ce serait, leur semble-t-il, s'aventurer que de fonder sur elle seule des distinctions nosologiques. L'une des urines les plus toxiques (9 cent. c. par kilogr.) que les auteurs aient rencontrées était celle d'un homme hystérique, sans manifestation délirante et sans trouble apparent de la santé, autre que l'hystérie.

M. Ballet pense que l'analyse chimique des urines n'a pas moins d'intérêt que l'étude de leur toxicité. Aussi s'est-il attaché, avec le concours de M. Bordas, à rechercher les produits anormaux qu'elles peuvent renfermer. Les auteurs ont fixé particulièrement leur attention sur les ptomaïnes.

Les analyses ont porté sur cinq urines d'individus bien portants et sur dix urines d'aliénés. Chez les gens bien portants on n'a trouvé aucune trace de ptomaïne. Les malades doivent être divisés en deux catégories : dans la première figurent un dégénéré avec excitation maniaque, un maniaque simple, une dégénérée avec délire mystique, une femme atteinte de confusion mentale puerpérale. Les ptomaïnes faisaient défaut dans ces quatre cas.

Dans six autres, au contraire, on en a trouvé en quantité notable. Les six malades se répartissent ainsi : deux maniaques, deux mélancoliques simples, une dégénérée avec délire mélancolique, une jeune fille atteinte de confusion mentale. Chez deux seulement (mélancolique simple et confusion mentale) les ptomaïnes étaient toxiques, comme l'ont montré les expériences faites directement avec ces corps sur

la grenouille et le cobaye. Il est intéressant de relever que, dans ces deux cas, l'expérimentation faite avec l'urine en nature, avait décelé une notable hypertoxicité du liquide.

Par contre, chez l'une des malades (dégénérée avec délire mélancolique), dont les urines étaient également hypertoxiques, l'analyse décela la présence d'une ptomaïne non toxique : ce qui suffirait à établir, s'il était besoin, que ce n'est pas seulement aux produits alcaloïdiques qu'elle renferme accidentellement, que l'urine emprunte sa toxicité.

M. Ballet, en citant ces faits, n'a pas la prétention d'en tirer des conclusions ; il s'agit là de recherches à peine ébauchées et qui sont à poursuivre. Il pense que la question des relations des auto-intoxications avec les maladies mentales est à son aurore, et qu'en ce moment toute tentative de synthèse serait au moins prématurée.

M. A. Voisin (Paris) rapporte quelques cas de délire qu'il a observés chez des opérées d'ovariotomie. Ces malades mortes dans les 48 heures après l'opération n'offraient à l'autopsie aucune trace de foyer septique permettant d'expliquer la complication cérébrale par le mécanisme de l'auto-intoxication infectieuse ; on ne pourrait qu'invoquer un choc moral et le traumatisme opératoire.

Après quelques critiques de détail concernant le rapport de MM. Regis et Chevalier-Lavaure, M. Voisin donne lecture de quatre observations rentrant dans le cadre proposé par ces auteurs. Les deux premières sont des manies éclamptiques liées à une grossesse terminée par un accouchement normal. Guérison simultanée de l'albuminurie et du délire par le traitement (saignée, régime lacté, benzoate de lithine, etc.). Les deux autres sont des observations de brightiques amnésiques à dépression mélancolique, guéris aussi du délire en même temps que de l'albuminurie.

M. Voisin termine par l'observation d'un hépatique répondant assez bien aux cas décrits par les auteurs du rapport sous le nom de psychoses viscérales.

M. Jules Voisin, continuant cette année les recherches qu'il a entreprises l'année dernière avec M. Péron, lit une communication sur la toxicité des urines chez les épileptiques aliénés. Dans les cas de crises en séries, il y a tout d'abord prodromiquement hypotoxicité ; pendant la série, la toxicité tend à se relever vers la normale.

La série terminée, disparition de l'hypotoxicité, et tendance à l'hypertoxicité pendant la phase consécutive de détente.

Les cas d'hypotoxicité continuée semblent correspondre aux troubles mentaux permanents. Un trouble gastrique profond précède et accompagne toujours les accès et coïncide avec l'hypotoxicité.

Avec M. Raymond Petit, M. J. Voisin a répété ces recherches sur les épileptiques simples, non délirants ; elles ont corroboré les précédentes. Les auteurs ont construit pour ces expériences un nouveau dispositif assurant une pression constante pendant l'injection expérimentale, ce qui permet de comparer entre eux les résultats obtenus sur les animaux différents.

Il serait à désirer qu'un mode opératoire commun fût adopté pour permettre les comparaisons. Tous les auteurs devraient expérimenter sur la totalité des urines des 24 heures, adopter une pression constante et des espèces animales identiques. Les veines de l'oreille du lapin paraissent le lieu d'élection pour pratiquer les injections.

Toutes les expériences de M. Voisin ont été faites sur des femmes et l'appareil employé débitait 10 c. c. par seconde.

M. J. Séglas (Paris). — L'influence de l'auto-intoxication dans les maladies mentales n'est encore qu'une hypothèse qui demande l'appui d'observations et d'expériences. Aussi ne peut-il qu'être utile d'en rassembler le plus possible. De ces faits, les uns auront trait à des phénomènes d'auto-intoxication au cours de maladies mentales préexistantes ; les autres se rapportent à des cas où il semble y avoir rapport direct de cause à effet, entre l'auto intoxication et les troubles intellectuels : ce sont ces derniers seuls que M. Séglas veut envisager dans sa communication. Il présente d'abord quatorze observations personnelles et cherche quelles sont les indications diverses qu'elles peuvent fournir sur la question.

Au point de vue étiologique, sans éliminer l'influence de la prédisposition héréditaire, la cause occasionnelle des troubles psychiques a toujours été aussi vague et peut susciter l'idée d'une auto-intoxication d'origine variable. Cette cause, en effet, a été la puerpéralité, différentes maladies infectieuses (influenza, érysipèle, rougeole, angines, fièvre typhoïde, diarrhée cholériforme), des désordres neurasthéniques avec troubles dyspeptiques, constipation, la misère et l'hygiène défectueuse, etc., etc.

Au point de vue clinique, on rencontre dans tous ces cas le même ensemble de symptômes qui ne diffèrent qu'en intensité. — La maladie revêt toujours le type clinique décrit sous le nom de confusion mentale primitive, simple ou hallucinatoire et allant de la simple torpeur intellectuelle à la stupidité complète. En même temps, on a pu noter des troubles somatiques parfois accentués du côté des divers appareils et de l'amaigrissement, des états fébriles, typhoïdes, cachectiques.

Ces remarques s'appliquent aux 14 cas : mais en outre, à propos de deux d'entre eux, M. Séglas a fait des recherches expérimentales et chimiques. Les recherches expérimentales ont eu trait d'abord à la détermination de la toxicité urinaire par injection intra-veineuse, chez le lapin, mais ce mode d'expérimentation soulève bien des objections. C'est d'abord la difficulté de fixer exactement le degré de toxicité de l'urine normale ; la dose nécessaire pour tuer un kilogramme d'animal et la quantité de poison rejeté dans un nycthémère est très variable. Il faut tenir compte du volume d'urine en 24 heures et du poids du sujet, l'homme normal mettant en général 52 heures à éliminer de quoi tarer son propre poids.

C'est le fait le plus constant. Aussi ne faut-il pas, comme on le fait souvent, se borner à fixer le degré de toxicité de l'urine pour un kilogramme d'animal sous peine d'erreur, mais calculer le coefficient urotoxique. Cela, il est vrai, est souvent difficile chez l'aliéné, à cause du gâtisme qui empêche de fixer le volume total d'urine en 24 heures. D'autre part, l'urine d'un même individu subit d'un jour à l'autre des variations de toxicité dépendant du genre de vie, de nourriture. Aussi est-il urgent de noter ces détails dans les expériences et aussi de les poursuivre plusieurs jours, à intervalles rapprochés et suivant les phases de la maladie, afin d'avoir, non plus, comme on le fait presque toujours, un chiffre unique pour une maladie qui dure des mois, mais une série de moyennes. Il est encore une cause d'erreur à laquelle on ne peut remédier, c'est la différence de résistance individuelle des animaux en expérience, fussent-ils de même espèce.

Il importe enfin de fixer toujours les conditions de l'expérience. M. Séglas pense qu'il est utile d'élever la température de l'urine au même degré que la température centrale ; pourvu que l'écart ne soit pas trop accentué, cela suffit et de l'eau injectée dans ces conditions, en quantité plus que triple, n'a pas produit un abaissement plus sensible de la température centrale. L'injection ne doit être faite ni trop lentement, ni trop vite, sous peine de fournir des résultats faussés, soit en permettant l'élimination au fur et à mesure, soit en augmentant normalement la toxicité ou en modifiant la pression intra-vasculaire.

Si l'on injecte dans les limites de 2 cent. c. 5 à 5 cent. c. par minute, les résultats sont très sensiblement comparables et différents de ceux d'une injection d'eau faite dans les mêmes conditions. Il faut toujours injecter d'une façon continue jusqu'à la mort immédiate de l'animal. Le procédé de la mort médiate ne peut servir à une série de recherches, car on ne peut fixer la quantité exacte à injecter : il faudrait alors faire le même jour des injections de quantités différentes en série ; encore ce moyen, sans bases fixes, ne peut-il servir que de moyen de contrôle aux expériences de mort immédiate.

D'autre part, les symptômes de l'intoxication sont variables et ne reproduisent pas, comme on l'a dit, ceux de la maladie.

Chez ses malades, M. Séglas a trouvé, dans un cas, le coefficient urotoxique supérieur à la normale les 5 et 7 juillet (0,489 — 0,645), tombant en dessous le lendemain (0,287). Ce malade avait été purgé dans la journée du 5 et avait eu six sangsues le 6.

Dans l'autre cas, les urines examinées les 22 juin, 7, 8, 15 juillet ont donné constamment un coefficient urotoxique inférieur à la normale (0,432, 0,407, 0,303, 0,226) : régime lacté et œufs au moment de la première expérience ; régime commun de l'infirmerie pendant les trois autres.

La toxicité du sérum recherchée dans ce cas fut trouvée égale à la moyenne normale.

L'analyse chimique des urines n'a donné rien de particulier pour le premier cas : recherche des ptomaïnes infructueuse. Dans le deuxième cas il y avait une légère diminution de l'urée, des chlorures et de l'acide phosphorique. Dans une autre série d'analyses, moins démonstratives à cause du gâtisme, il y avait diminution plus grande de l'urée avec augmentation des chlorures ; quantité assez abondante d'urobiline.

La recherche des ptomaïnes a permis d'isoler une première fois, dans 475 cent. c., un produit toxique déterminant instantanément la mort d'une grenouille ; une seconde fois, dans 1,100 cc., un produit déterminant la mort immédiate d'une grenouille et d'une souris blanche au bout de 5 jours, le produit n'a pu être déterminé chimiquement.

Il est curieux de remarquer que chez ces deux malades, atteints d'une façon identique, l'urine est plutôt hypertoxique dans un cas et constamment hypotoxique dans l'autre. Et tandis que dans le premier cas l'analyse chimique reste négative, dans le second cas l'analyse de ces urines hypotoxiques montre des variations de quantité des éléments normaux, la présence de l'urobiline et d'un produit toxique déterminant la mort des animaux en expérience. La toxicité du sérum est normale.

Ces recherches devront d'ailleurs être continuées suivant les phases de la maladie encore en cours.

Enfin, il est à remarquer que la thérapeutique somatique qui donne dans tous les cas les meilleurs résultats consiste à relever la nutrition. Les émissions sanguines, les purgatifs et les sudorifiques et diurétiques employés jadis semblent utiles, peut-être en favorisant l'élimination des poisons. On n'a également qu'à se louer de l'antisepsie gastro-intestinale.

M. Séglas conclut que dans toutes ses observations, si la nature des causes occasionnelles, la symptomatologie identique, l'action de certains moyens thérapeutiques semblent plaider en faveur de l'hypothèse d'une auto-intoxication, la démonstration rigoureuse ne peut pas encore être faite à l'aide des procédés chimiques et surtout expérimentaux, encore bien incertains et ne donnant que des indications vagues et sans précision. D'ailleurs, les résultats, incomplets ou contradictoires, consignés à ce sujet dans toutes les observations publiées jusqu'ici par les auteurs, ne peuvent servir à trancher la question. C'est une voie nouvelle aux recherches, mais on est encore bien loin d'avoir atteint le but.

M. Michau (la Rochelle). — J'ai examiné les urines d'une cinquantaine d'arthritiques, et dans toutes, en même temps qu'une grande quantité d'acide urique, j'ai constaté des traces d'albumine, bien qu'on ne trouvât dans ces urines ni pus, ni sang, ni rien qui pût en justifier la présence. Cette albuminurie s'observe habituellement d'une façon constante chez le même malade, et cela pendant un très long espace de temps. Comme elle coexiste toujours avec des décharges d'acide urique, on pourrait peut-être la désigner sous le nom d'*albuminurie arthritique*.

M. Mabille (la Rochelle). — Comme vient de le dire M. Michau, rien n'est plus fréquent que l'albuminurie légère et persistante chez les arthritiques.

Les malades qui présentent cette albuminurie sont envahis par une tristesse extrême et n'ont plus de volonté ; ils sont plongés dans une mélancolie qui se manifeste surtout le matin et s'atténue dans la journée, pour reparaître de nouveau au moment du lever.

Ces mélancoliques ont un retard accentué de leur nutrition, déchargent fréquemment et périodiquement de l'acide urique en quantité considérable, et presque tous présentent une albuminurie peu abondante, mais constante.

Chez un grand nombre d'entre eux, il faut tenir compte d'un élément important qu'on trouve à l'analyse des urines, je veux parler de l'indican.

Cet indican est l'indice de troubles digestifs et de fermentations intestinales spéciales, en sorte qu'on peut admettre un lien entre ces troubles de la nutrition, ces troubles de la digestion et les phénomènes mélancoliques dont il a été question plus haut.

Car si le rein filtre mal — ce que l'albuminurie semble démontrer, — si d'autre part le tube digestif est le siège de fermentations anormales, on doit supposer *a priori* que certains produits toxiques doivent être retenus dans l'organisme. Or, l'on sait que si l'acide urique n'est pas toxique, il n'en est pas de même d'une façon générale pour les matières colorantes de l'urine, qui, selon beaucoup d'auteurs, sont douées d'une grande toxicité.

Le traitement de ces accès de mélancolie par les agents antiseptiques prouve bien, du reste, qu'il s'agit là d'accidents d'origine toxique. Dans ces cas, l'hydrothérapie froide est nuisible.

M. Cullerre (la Roche-sur-Yon) relate les observations de cinq malades atteints de folie brightique. D'après MM. Régis et Chevalier-Lavaure, la folie brightique se manifesterait tantôt sous la forme d'urémie, tantôt sous la forme de folie brightique proprement dite. Les observations de l'orateur tendent à prouver que la folie brightique peut revêtir une forme quelconque, mais particulièrement la mélancolie, et qu'elle se développe en général sur un terrain préparé par l'hérédité.

M. Legrain appelle plus particulièrement l'attention sur le côté clinique de la question et cherche à établir d'une part qu'il existe des connexions étroites entre les trois états morbides dénommés ; confusion mentale, délire hallucinatoire et délire aigu, et, d'autre part, entre ces trois états et les auto-intoxications. A l'appui de ses idées il présente deux observations minutieusement prises, dont l'une est un cas typique d'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale qui s'est présentée cliniquement sous la triple forme simultanée du délire aigu, du délire hallucinatoire et de la confusion mentale. Le lien qui réunit ces états morbides à l'intoxication est évident. L'auteur émet deux idées, l'une qui généralise sa première observation, à savoir que les délires toxiques, quels qu'ils soient, affectent un type uniforme, cliniquement parlant, type caractérisé par un mélange, par proportions inégales, des trois syndromes déjà mentionnés. Sa seconde idée, simple hypothèse, est que son cas d'auto-intoxication pourrait être justiciable du coli-bacille dont le rôle pathogénique tend à s'élargir de jour en jour. Le même bacille autochtone serait responsable en général de certaines complications aiguës que l'on observe si fréquemment chez les aliénés à complications gastro-intestinales. La seconde observation est relative à un cas d'auto-intoxication, non plus microbienne, mais d'origine dyscrasique, dystrophique. Cliniquement, la maladie s'est présentée, au point de vue clinique, sous la forme de la confusion mentale avec délire hallucinatoire. Au point de vue somatique on a observé des spasmes par accès dans divers territoires organiques : spasmes musculaires (aphasie motrice spasmodique et transitoire, secousses musculaires dans les bras) ; spasmes respiratoires (respiration de Cheyne-Stokes) ; spasmes circulatoires (tachycardie, suspension et irrégularité des battements cardiaques) : spasmes urinaires (alternatives d'anurie relative et de polyurie). Pendant ce temps le malade se montre constamment hypo-azoturique. Un tracé, représentant la courbe de l'urée pendant trois mois, montre que le malade excrète une moyenne de 9 grammes d'urée par jour. M. Legrain pense que le malade est intoxiqué et que la dyscrasie excrémentitielle est la cause première de l'intoxication. Les deux cas sont superposables au point de vue psychique, bien que les deux intoxications soient différentes dans leur cause. Ce fait prouve l'universalité des caractères des délires toxiques sur laquelle l'auteur a insisté.

M. Legrain (Paris) lit ensuite, au nom de **M. Derecq**, 7 observations d'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, dans lesquelles le phénomène critique a été l'urticaire, syndrome éminemment infectieux. Au point de vue mental, il s'est agi dans ces cas d'états mélancoliques sans fièvre. L'auteur établit un lien très net entre ces états et l'auto-infection ; généralisant son idée, il estime qu'il en est ainsi le plus souvent dans la mélancolie.

M. Charpentier (Paris). — Il n'y a pas à le nier, admettre les auto-intoxications comme capables de produire les maladies mentales, c'est faire un retour vers les vieilles théories humorales si longtemps combattues ; mais un retour en arrière devient parfois un moyen prudent pour marcher ensuite en avant avec des armes plus solides.

Depuis quelque temps, notre pathologie mentale semblait devoir être résumée en quatre termes : localisations cérébrales, hérédité morbide, troubles de l'évolution et dégénérescence mentale ; c'est alors qu'ont surgi les recherches nouvelles sur les organismes inférieurs et leurs sécrétions,

recherches qui devaient ressusciter sur un vrai terrain scientifique les conditions des maladies épidémiques, contagieuses et infectieuses, ainsi que les fermentations pathologiques, les humeurs morbides et les métastases en apportant des explications nouvelles en conformité avec les faits anciens et récents. Les diathèses furent remises à l'ordre du jour et il ne reste plus qu'à les mettre au point.

Lorsque les rapports entre les auto-intoxications et les maladies mentales seront complètement élucidés, on verra combien faibles étaient la théorie de la folie héréditaire, la théorie de la dégénérescence mentale, les théories des dégénérés, théories qui ont encore la prétention de tout expliquer en pathologie mentale, non seulement les symptômes quand ils existent, mais même leur absence quand ils n'existent pas.

Il est aussi tout un groupe de malades qui est venu attarder l'étude des altérations humorales dans les maladies mentales : ce sont les hystériques. Enlevez de l'étude de l'hystérie ce qui a trait à l'hypnotisme, à la suggestion et à la simulation, vous restez en présence de sujets qui offrent des troubles de la sensibilité, du mouvement et de l'intelligence, c'est-à-dire des troubles mentaux et qui, de plus, présentent des troubles hémorrhagiques, circulatoires, vasculaires, fluxionnaires, congestifs, à apparitions et cessations brusques, aux allures symptomatiques les plus variées. Actuellement, ces troubles vasculaires sont considérés comme d'ordre nerveux ; autrefois, ceux qui les constataient les rapportaient — et cela avec raison — à l'arthritisme : l'hystérie, en effet, n'est le plus ordinairement qu'une combinaison de troubles arthritiques et de troubles nerveux.

Malheureusement, par crainte peut-être de restreindre l'hystérie, on a préféré considérer l'arthritisme comme une variété de dégénérescence héréditaire, l'hystérie comme une variété de dégénérescence nerveuse, et les hystériques sont venus, avec leurs attributs arthritiques, augmenter le groupe chaotique des dégénérés. Il devait nécessairement en être ainsi ; ou le groupe hystérique devait absorber le groupe des dégénérés ou celui-ci absorber celui-là : c'est ce dernier pas qui a été franchi.

L'hystérie ne s'est pas contentée de démembrer l'arthritisme; les études poursuivies dans la même direction ont cherché à faire rentrer dans son domaine un grand nombre d'accidents saturnins, alcooliques, syphilitiques, à l'aide des agents provocateurs de l'hystérie. A l'imitation de la police, l'hystérie a la prétention de se montrer partout.

Enfin, toujours en raison des mêmes tendances, l'hystérie s'éloigne de plus en plus des doctrines humorales, c'est-à-dire de ce qui est vrai ; elle en est arrivée par la force des choses à s'égarer dans le domaine de la psychologie; elle a passé de l'objectif dans le subjectif, et, sous la plume de M. P. Janet, elle est devenue un rétrécissement du champ de la conscience. Je ne suis pas un psychologue, mais je suis sûr qu'il y a d'autres malades que les hystériques qui ont le champ de la conscience rétréci; c'est le propre de la folie que d'avoir un tel rétrécissement ; une telle définition serait plutôt celle de la folie que celle de l'hystérie.

Il nous reste encore à exposer tout un côté de la clinique mentale sur lequel l'étude des auto-intoxications peut projeter un jour tout nouveau : je veux parler des déments par ramollissements cérébraux.

Là encore des progrès réels en anatomie pathologique ont paru avoir tout résolu ; il a semblé que l'artère du corps strié avait dit le dernier mot de la question, et qu'après l'indépendance constatée des territoires vasculaires corticaux et centraux, il n'y avait plus rien à ajouter. L'athérome des artérioles, l'artério-sclérose cérébrale, l'embolie et la thrombose paraissent avoir tout expliqué; mais derrière ces athéromes, ces artério-scléroses, même localisées à partir de la pénétration des vaisseaux dans le crâne, il y a un état pathologique général de l'organisme, il y a des maladies constitutionnelles, il y a des auto-intoxications. Ces déments par lésions cérébrales sont bien des chroniques, mais antérieurement ils ont été des aigus. Si un embolus se précipite d'emblée et produit des effets terribles, instantanés ou rapides, les préparatifs de son organisation ont consisté en troubles pathologiques antérieurs, variés, répétés, souvent à apparitions et disparitions rapides : ce sont ces troubles qui, par leur succession, représent les diathèses, ces diathèses que dès maintenant on serait en droit de considérer comme une série de succession d'auto-intoxications, comme des toxicités à répétition.

En résumé, c'est en pénétrant dans l'étude des diathèses que l'on arrivera à mieux apprécier la démence par ramollissement cérébral, par sclérose interstitielle, par méningite ; c'est par l'étude des auto-intoxications que l'on comprendra mieux les diathèses qui ne sont peut-être que des successions d'auto-intoxications ; c'est par l'étude des auto-intoxications que l'on arrivera à mieux comprendre les états morbides désignés improprement sous le nom de démence aiguë ou leurs équivalents; c'est par ces études que l'on interprétera mieux les troubles vasculaires des hystériques et de certains épileptiques, que l'on songera moins à les hypnotiser et que l'on diminuera la suggestibilité et la crédulité d'un grand nombre d'individus.

M. Deny (Paris). — Je désire, à propos du remarquable rapport de M. Régis sur le rôle des auto-intoxications dans les maladies mentales, attirer votre intention sur quelques faits qui me paraissent de nature à modifier complètement nos idées sur la pathogénie des folies viscérales ou sympathiques. Je fais allusion à des expériences toutes récentes de M. Brown-Séquard, qui visent la pathogénie de l'urémie.

Vous savez qu'il existe dans la science un certain nombre de cas d'anurie totale ayant persisté dix, douze et même dix-sept jours (Benedikt, Holtz, etc.) sans que la volonté générale des malades ait subi la moindre altération, et cela en l'absence de toute élimination supplémentaire des poisons urinaires par la sueur, les vomissements, etc.

Pour expliquer ces faits, qui sont en contradiction formelle avec la théorie régnante de l'urémie, M. Brown-Séquard a réalisé l'expérience suivante : après avoir enlevé à un animal les deux reins, il lui pratiqua une ou plusieurs injections de suc rénal et constata que, dans ces conditions, la mort de l'animal était notablement retardée. Il en conclut que ce n'est pas à la rétention dans le sang des poisons urinaires qu'est due l'urémie, mais au contraire à la soustraction de certains principes sécrétés par le rein et repris ensuite par l'organisme.

En d'autres termes, M. Brown-Séquard admet que le rein est une glande dont la sécrétion est à la fois interne et externe, et que c'est à la suppression non pas de sa sécrétion externe (l'urine), mais bien de sa sécrétion interne, que sont dus les accidents dits urémiques.

Cette manière de voir, il faut bien le reconnaître, trouve sa confirmation dans un certain nombre de faits cliniques et expérimentaux concernant d'autres glandes à sécrétion purement interne, telles que la glande thyroïde, les capsules surrénales, etc.

Il est aujourd'hui établi que l'idiotie myxœdémateuse coïncide toujours avec un arrêt de développement du corps thyroïde, que les malades auxquels on enlève cette glande en totalité sont frappés au bout d'un certain temps d'idiotie, etc. On a constaté également la production d'un certain nombre d'accidents nerveux à la suite de la destruction ou de la dégénérescence des capsules surrénales, de la glande pituitaire, des ovaires, etc. A vrai dire, le mécanisme de ces accidents n'est pas encore parfaitement élucidé, on est toutefois autorisé à penser que toutes ces glandes jouent vis-à-vis de l'organisme un rôle de protection soit en versant dans le sang des principes susceptibles de maintenir en équilibre la composition du liquide nourricier, soit en neutralisant des poisons formés ailleurs.

Si, comme le soutient aujourd'hui M. Brown-Séquard, cette conception est vraie non seulement pour les glandes à sécrétion purement interne, mais aussi pour les glandes à sécrétion externe, telles que le rein, le foie, le pancréas, le testicule, etc., on voit que ce n'est plus seulement la pathogénie de la folie urémique ou de la folie brightique qui se trouve bouleversée, mais celle de toutes les folies viscérales en général. Ce serait, en un mot, à un trouble de la sécrétion, fonctionnel ou organique, temporaire ou permanent, des différentes glandes de l'organisme que ces folies devraient être rattachées.

Bien entendu, cette théorie n'a rien d'inconciliable avec celle de l'hérédité ou de la prédisposition ; il va de soi, au contraire, que ces théories se complètent l'une l'autre et se prêtent un mutuel appui.

M. Brissaud (Paris) signale l'intoxication iodoformique comme cause possible d'accidents délirants, post-opératoires

graves et même de mort après laquelle l'autopsie ne décèle aucune trace d'empoisonnement septique appréciable.

M. Séglas rappelle la diminution de l'urée post-opératoire signalée par M. Lucas-Championnière et la complexité possible du mécanisme dont l'étude nécessite l'examen des facteurs toxiques extérieurs (pansements par exemple), et dans les facteurs toxiques internes, non seulement les toxicités urinaire et sanguine, mais aussi digestive (stercorhémie). Il cite une observation à l'appui.

M. Roubinowitch fait remarquer à M. Charpentier qu'il s'exagère un peu l'importance de l'étude de la toxicité urinaire chez les aliénés, en fondant dès à présent sur la théorie des auto-intoxications des distinctions nosologiques précises et en privant la dégénérescence mentale de son rôle généralement reconnu comme important. Il répond ensuite à M. Colin en lui rappelant que le plus grand nombre d'expériences faites par MM. Ballet, Bordas et lui ont porté sur l'urine simple non réduite. (M. Colin objectait à MM. Ballet et Roubinowich l'emploi expérimental d'urines réduites par la chaleur.

M. Briant (Paris). — M. Gilbert Ballet nous a dit tout à l'heure qu'il ne fallait pas s'illusionner sur la valeur de l'auto-intoxication dans ses rapports avec les maladies mentales. J'irai plus loin et je dirai qu'il n'est pas démontré du tout que l'urine d'un maniaque, qui tue un lapin, fasse délirer l'homme. Je crois cependant que l'auto-intoxication joue un rôle dans la genèse des maladies mentales, mais, pour qu'elle agisse, il faut, comme pour les délires alcooliques, une prédisposition individuelle.

M. Colin lit, sur le rôle des auto-intoxications, un travail dont voici les conclusions :

1° Il y a des malades qui s'auto-intoxiquent. Ce sont des malades à crises;

2° Pour ces recherches, on ne peut prendre en masse des groupes de malades aussi génériques et aussi étendus que les mélancoliques et les maniaques. Il y a, en effet *des héréditaires* qui, sans la moindre auto-intoxication, ont des accès de manies ou de mélancolie; or, pour les auto-intoxiqués, il s'agit toujours de cas particuliers;

3° L'examen chimique journalier des urines est indispensable. Il suffit, le plus souvent, à déceler la probabilité de l'auto-intoxication. L'examen de la toxicité est, après l'examen chimique, un élément important;

4° Ces deux méthodes doivent d'ailleurs rester ce qu'elles sont, en réalité, un simple adjuvant de l'examen clinique.

M. Régis (Bordeaux). — Il me semble qu'on peut tirer, de la discussion qui vient d'avoir lieu, les conclusions suivantes :

1° L'expérimentation avec les urines et l'analyse chimique ne sont pas en mesure de donner des résultats complets; il y a lieu de reprendre, de perfectionner, de compléter les recherches qui ont été faites jusqu'ici;

2° Les folies par auto-intoxication se présentent, en clinique, sous deux aspects différents, soit le délire aigu, soit la confusion mentale réelle;

3° Les psychoses par auto-intoxication peuvent revêtir l'aspect de la paralysie générale;

4° Le traitement antiseptique interne est utile quand on se trouve en présence d'un cas d'aliénation mentale due à une auto-intoxication.

Des faux témoignages des aliénés devant la justice.

M. Cullerre (La Roche-sur-Yon), rapporteur. — Le faux témoignage des aliénés devant la justice se présente sous des aspects assez divers. Pour les envisager tous, il est nécessaire de prendre le mot témoignage non seulement dans le sens de déposition d'un témoin, mais encore dans celui d'attestation, de déclaration affirmative, de dénonciation, c'est-à-dire dans son acception la plus étendue.

Les témoins judiciaires sont fortuits, désignés en quelque sorte par le hasard. Il peut donc se faire qu'un aliéné soit appelé en qualité de témoin devant la justice. Tel est le premier cas qui se présente à notre étude.

L'aliéné est-il apte à déposer en justice? Il semble que poser une pareille question, c'est la résoudre. Il est de toute évidence que la folie confirmée doit être mise au nombre des causes qui constituent l'incapacité de témoigner.

De nombreux aliénés conservent cependant une perception exacte du monde extérieur. Il n'est pas un médecin d'asile qui, en certaines circonstances, ne croie devoir accorder certaine créance au dire d'un aliéné. Mais, à moins d'avoir une connaissance approfondie des maladies mentales, nul ne peut être sûr que, dans le récit des faits qu'il demande à un aliéné atteint de folie partielle, ce dernier ne mêle aucune interprétation délirante. Aussi les aliénés ne doivent-ils pas pouvoir prêter serment et témoigner dans la forme ordinaire. Tout au plus peuvent-ils être entendus à titre de renseignement, comme les enfants mineurs.

Dans certains cas, les aliénés peuvent témoigner faussement contre eux-mêmes, ce qui est facile à reconnaître lorsque la folie est bien caractérisée. Mais souvent ces accusations se produisent à la période d'incubation de la folie, et de nombreux exemples prouvent que dans ces conditions une erreur judiciaire n'est pas impossible.

Les aliénés qui s'accusent le plus fréquemment sont les mélancoliques. Leurs faux aveux sont la résultante logique de leurs conceptions délirantes, qui tendent à s'objectiver sous cette forme.

La plupart de ces auto-accusateurs mélancoliques sont des alcooliques. Ils sont conduits à s'attribuer des culpabilités imaginaires par l'affaiblissement du pouvoir de contrôle de la conscience sur le cours des idées. En proie à l'angoisse et à la terreur, ils prennent une hallucination, un souvenir, un rêve pour la réalité et viennent s'accuser d'un crime qu'ils s'imaginent simplement avoir commis. La rapidité avec laquelle, sous l'influence de l'abstinence, la conscience le ressaisit, enlève en général toute importance médico-légale à ces faux aveux.

Les faux aveux des hystériques sont puisés à une source analogue, l'hallucination et le rêve, mais ils sont d'une importance bien plus grande en ce que la conviction dont ils sont l'expression persiste indéfiniment chez le malade, aucun retour de la conscience ne venant la modifier.

Enfin, l'aveu d'une culpabilité imaginaire se rencontre dans le cours de certains paroxysmes psychiques relevant de la dégénérescence mentale acquise ou héréditaire. Certains congestifs, certains raisonnants et quelques dégénérés atteints de folie morale s'accusent de crimes qu'ils n'ont pas commis par orgueil, par exaltation de leur personnalité cédant au besoin de se poser en héros de scélératesse, ou encore par simple perversité. Leur faux témoignage peut embarrasser la justice, mais il ne résiste pas à un examen scientifique bien dirigé.

La leçon qui découle de l'étude de ces différentes catégories de faits est, en définitive, que l'aveu spontané d'un crime n'a rien de décisif, et que, quand la preuve ne peut être faite, il y a lieu de soupçonner la folie chez l'auteur de l'aveu et le soumettre à une expertise médicale.

Si l'aliéné s'accuse parfois, il est infiniment plus fréquent de le voir accuser les autres. Mais ces accusations erronées n'ont de réelle importance médico-légale que lorsqu'elles sortent de la bouche des psychopathes qui, par la correction apparente de leur état mental, en imposent aux personnes chargées de recevoir leur témoignage.

Ces psychopathes pseudo-lucides appartiennent tous à la folie héréditaire : ce sont les circulaires, les persécutés raisonnants ou persécuteurs et les hystériques. Ils présentent tous au point de vue nosologique ce caractère commun : la faiblesse ou la perversion du sens moral. Ils dénoncent faussement par haine, par vengeance, par besoin de mal faire; cela devient chez quelques-uns une idée fixe qui dirige toutes leurs démarches, toutes leurs actions, leur vie entière.

Il y a lieu de remarquer, toutefois, que ce n'est pas toujours dans leur perversité native que certains hystériques puisent les éléments de leurs faux témoignages. Ceux-ci peuvent être la conséquence d'une idée délirante tirée d'un rêve ou d'une hallucination. Ce mécanisme psychologique est le seul, en effet, qui nous donne une explication suffisante d'une foule d'aventures extraordinaires dans lesquelles les hystériques se plaignent d'avoir joué le rôle de victimes. Ces aventures, elles ne les ont pas inventées avec l'intention manifeste de tromper, elles les ont simplement rêvées, mais le rêve a laissé des traces tellement profondes dans leur esprit qu'elles

y croient comme à la réalité. Cette notion jette une vive lumière sur un certain nombre d'accusations étranges et monstrueuses lancées de bonne foi par des hystériques contre des malheureux qui, n'ayant pu démontrer leur innocence, ont reçu une flétrissure et un châtiment immérités. Mieux connue des médecins et mieux appréciée des magistrats, elle pourra éviter à l'avenir de douloureuses erreurs judiciaires.

M. Charpentier (Paris) estime que toute déposition faite par un aliéné devrait être précédée d'un certificat médical.

M. Doutrebente insiste sur cette manière de voir et constate cependant qu'en pratique, pour les aliénés en liberté, on écoute souvent leur témoignage, sans avoir fait faire un examen médical préalable. Or, il arrive parfois même aux médecins aliénistes de reconnaître fausses, après enquête attentive, des assertions auxquelles ils avaient ajouté foi parce qu'elles provenaient d'aliénés qu'ils croyaient bien connaître et qu'ils soignaient depuis longtemps.

M. A. Voisin, par exemple, a observé une hystérique qui, après guérison apparente, lui raconta, avec un accent de sincérité remarquable, une histoire de viol dans laquelle l'enquête ne trouva rien de vrai.

M. Mabille relate l'observation d'une malade qui, 19 ans après avoir été enfermée pour des troubles mentaux passagers, fit poursuivre son mari en l'accusant de la violenter: on reconnut la dénonciation fausse, ce qui n'empêcha pas le mari d'avoir fait 15 jours de détention préventive.

M. Jules Voisin. — On a tort d'accepter en justice les dépositions des épileptiques quand elles sont faites 3 jours après la crise. Chez ces sujets, la déséquilibration mentale persiste quelquefois pendant 15 jours et plus.

M. Briant signale le cas particulièrement délicat de dénonciations concordantes faites par les aliénés qui font de la folie à deux. C'est ainsi qu'une fois il fut accusé de séquestration arbitraire par une malade d'accord avec son mari.

M. Doutrebente cite à ce propos l'observation d'une servante qui, atteinte elle-même du délire de persécution, accusa d'empoisonnement un parent de son maître, atteint de la même folie : l'autopsie médico-légale prouva qu'il n'y avait pas trace d'empoisonnement.

M. Mabille. — Les alcooliques sont parfois poursuivis par des hallucinations d'où résultent de faux témoignages et dénonciations.

M. Christian enfin a protesté, lui aussi, contre la facilité avec laquelle on accepte les dénonciations des aliénés, et, pour clore la discussion, le Congrès a adopté à l'unanimité le vœu suivant proposé par M. Briand :

« Que les autorités compétentes n'acceptent qu'avec la plus grande réserve le témoignage des aliénés. »

Sociétés de patronage pour les aliénés sortants.

MM. Giraud (Rouen) et **Ladame** (Genève), rapporteurs, après avoir exposé en détail les efforts faits jusqu'à ce jour en France pour le patronage des aliénés (Sociétés créées par MM. Falret, Baillarger, Mitivié, David, Richard, etc.) et les résultats de la récente intervention des pouvoirs publics dans la question (1889), exposent l'organisation des Sociétés de patronage étrangères sur lesquelles a pu porter leur enquête. C'est ainsi qu'ils passent en revue les principales institutions de l'Allemagne, de la Belgique, Italie, Autriche et Grande-Bretagne. Les Sociétés de patronage suisses font l'objet d'une étude spéciale et particulièrement détaillée de M. le Dr Ladame, étude annexée au rapport. De tout l'exposé il résulte que le principe même des Sociétés de patronage ne saurait être discuté; ce qui a été dit il y a plus de cinquante ans reste toujours vrai : La société n'a pas rempli sa tâche jusqu'au bout lorsque, après avoir assisté des aliénés à l'asile, elle les laisse à la sortie sans appui. Tout asile devrait être, sinon pourvu d'une Société de ce genre, au moins affilié à une œuvre de patronage pour que l'assistance, si elle est encore nécessaire, ne s'arrête pas au seuil de l'asile. L'objection posée de la nécessité de l'intervention des pouvoirs publics est controuvée par le succès si encourageant de l'initiative privée de plusieurs pays (Suisse notamment). L'indifférence du public et le nombre déjà grand des œuvres de bienfaisance sont des obstacles sérieux au début; une propagande active et un taux minime des cotisations peuvent en triompher.

Le faible mouvement de certains asiles et le milieu agricole peuvent restreindre les applications du patronage et en rendre le fonctionnement onéreux; on y peut obvier par une sorte de fédération de diverses Sociétés, une seule pouvant assister les sortants de plusieurs établissements.

Quoi qu'il en soit, aussi bien en France qu'à l'étranger, l'organisation des Sociétés de patronage paraît être toujours réalisable. Reste à choisir entre les différents modes d'organisation. On les peut ramener à deux types qu'on pourrait appeler type Falret ou de Paris, et type David Richard, très développé en Allemagne et en Suisse; le premier type est une Société indépendante, tandis que le deuxième est une dépendance administrative de l'asile. Les deux systèmes répondent chacun à des besoins différents et l'on pourrait appeler l'un système des grandes villes, l'autre système des campagnes. La question du patronage familial, rattaché comme en Belgique aux colonies de Ghéel et Lierneux, ou au Boarding out System, en Angleterre, doit être réservée, en particulier pour ce qui concerne la France, la tentative de Dun-sur-Auron étant de création trop récente et les questions multiples qui se posent à son sujet étant encore pendantes. La grosse question des ressources pécuniaires nécessaires à ces créations pourrait être en partie résolue par l'attribution intégrale du produit du travail des aliénés et des effets de succession. Quel que soit le système adopté, il paraît y avoir grand intérêt à ce que la direction de la Société soit en relation avec le personnel de l'asile. Nul ne peut s'intéresser au malade plus que le médecin qui a donné des soins et qui a provoqué la sortie. Il ne faut pas que le convalescent ait, en rentrant dans la société, à faire des démarches multiples pour obtenir l'assistance nécessaire. Si le convalescent a besoin, pendant un certain temps, de secours, la connaissance des antécédents n'est pas inutile pour apprécier l'importance et la durée de ces secours.

M. Bourneville, revenant sur les résultats de l'enquête administrative auprès des médecins d'asiles en ce qui concerne l'opportunité du patronage, déplore que trop souvent la réponse ait conclu au rejet du patronage comme inutile dans tel ou tel département. Ces réponses négatives s'expliquent par ce que les commissions administratives, dont les médecins-directeurs ont transmis l'avis après consultation, sont composées de gens pleins de dévouement et de bonne volonté, mais insuffisamment préparés et compétents.

Il regrette que l'Administration supérieure ait oublié d'envoyer son rapport au Conseil supérieur, à un grand nombre de médecins d'asiles, ce qui leur eût permis de s'éclairer et d'éclairer les membres des Commissions. Moyennant que l'on varie selon les milieux, comme le propose M. Giraud, l'organisation des Sociétés de patronage, M. Bourneville ne doute pas qu'avec une propagande active et de la persévérance on n'arrive à créer partout des Sociétés qui rendront de grands services.

M. Toutant (La Rochelle) rappelle la teneur des circulaires ministérielles et donne lecture des paragraphes relatifs à ce sujet.

M. Charpentier regrette que, pour des raisons d'ordre politique, les pouvoirs publics n'aient pas songé à développer, à Paris, l'institution déjà ancienne et assez florissante par la seule initiative privée. La Société créée par MM. Falret et Baillarger remplit d'excellentes conditions et s'imposait à l'attention du Conseil général ; pour créer à côté une Société nouvelle, il faut, a-t-on dit, une propagande active ; M. Charpentier redoute les conférences à un public étranger aux question d'aliénation mentale, auquel cette demi-vulgarisation ne peut que donner des notions fausses, préjudiciables, selon lui, aux asiles, aux aliénistes comme aux aliénés.

M. Giraud fait observer que ces conférences se font sous forme de sermons de charité dans la Société du type que défend M. Charpentier, il ne voit pas pourquoi une propagande laïque parallèle et semblable ne donnerait pas les mêmes résultats comme propagation des idées philanthropiques et recrutement d'adhérents.

M. Mabille lit une note de M. Pons (Bordeaux) sur les inconvénients que peut avoir le patronage entre les mains de

personnes autres que le personnel des asiles. Il considère comme violation périlleuse du secret professionnel le fait de signaler à un patron tel ouvrier, par exemple, comme sortant de l'asile. M. Mabille ajoute que les ressources qu'on propose de tirer du pécule des aliénés morts nécessiteraient une modification aux décrets et règlements qui l'attribuent à l'asile.

M. Drouineau, après avoir rappelé la teneur de ces règlements qui ne peuvent être modifiés par la seule autorité préfectorale, proteste contre une objection de M. Pons qui, comparant incidemment le patronage à l'organisation de la protection de l'enfance, croit que celle-ci végète et aurait même échoué à plusieurs endroits. La république, dit M. l'inspecteur général, a créé un réseau complet de Sociétés et de fonctionnaires dévoués à la protection de l'enfance ; chaque jour on fait en ce sens un pas nouveau, et, tout dernièrement encore on vient de compléter l'effort par la protection de la femme enceinte actuellement en voie de réalisation.

M. Charpentier a appelé l'attention sur une catégorie nombreuse de dégénérés pervers assez lucides pour être mis en liberté des asiles, mais y revenant constamment ; il estime que le patronage, en s'égarant sur de tels malades, mène à de grosses déceptions. Suivant lui, d'ailleurs, de tels individus ne devraient pas être admis à l'asile, on n'aurait pas ainsi à les patronner à la sortie.

M. Doutrebente rend compte des résultats négatifs de sa tentative d'organisation du patronage. La responsabilité de la Commission de patronage, en cas d'accidents causés par les aliénés sortis, a été le principal écueil.

M. le président propose au Congrès de clore la discussion en votant les conclusions du rapport de M. Giraud. Ces conclusions, qui sont les suivantes, sont adoptées :

1° Tout asile devrait être sinon pourvu spécialement d'une Société de patronage, au moins affilié à une Société de ce genre, pour que l'assistance, si elle est encore nécessaire, ne s'arrêtât pas au seuil de l'asile ;

2° Dans l'état actuel de la législation, aussi bien en France que dans les autres pays, l'organisation d'une Société de patronage pour les aliénés sortant de l'asile est toujours possible ;

3° L'organisation de la Société de patronage doit varier suivant qu'on se trouve dans une grande ville, ou en dehors d'une grande agglomération de population.

Dans le premier cas, on doit se préoccuper avant tout de procurer un refuge temporaire aux convalescents nécessiteux sortant de l'asile pour les mettre à l'abri de la misère en attendant qu'ils aient trouvé une occupation.

Dans le second cas, on doit surtout répondre aux nécessités de l'assistance par les secours à domicile. Il faut donc, tout d'abord, constituer une caisse de secours distincte de celle de l'asile, avec son capital de réserve, et s'attacher des correspondants affiliés à la Société, sur tous les points où l'assistance doit s'exercer. Le produit du travail des aliénés est appelé à jouer un rôle pour l'alimentation de la caisse de secours.

Le patronage des aliénés étant lié à l'assistance donnée à l'asile, le personnel médical et administratif des asiles doit former partie intégrante des agents actifs de l'œuvre, et le siège de la Société doit être, sinon à l'asile, au moins à proximité de l'asile.

La colonie familiale de Dun-sur-Auron.

M. Marie. — Le nombre des malades reçus à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) pendant le premier semestre de 1893 a été de 82. La mortalité a été de 0 ; les réintégrations de 9.

Cette population a fourni 8,212 journées, dont 7,993 chez les nourriciers et 221 à l'infirmerie. La somme payée aux nourriciers a été de 9,415 fr. 40, ce qui porte le prix de revient de la journée à 1 fr. 145.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

61e réunion tenue à Newcastle-sur-Tyne les 1er, 2, 3 et 4 août 1893.

Section de pathologie

Les effets pathologiques de certains produits tirés de la rate de sujets atteints de scarlatine.

MM. Bokenham et Fenwick. — Nous avons entrepris des recherches sur les substances chimiques contenues dans la rate des sujets morts de scarlatine. Nous avons examiné ces substances, sans nous préoccuper des sujets dont elles provenaient et, l'examen une fois fait, nous avons eu la satisfaction, en nous reportant aux observations qu'on nous communiqua seulement à ce moment, de constater que les substances très toxiques que nous avons trouvées, provenaient de sujets morts de toxhémie dans les 2 ou 3 premiers jours de la maladie ; les substances moins toxiques que nous avions trouvées chez d'autres provenaient de sujets morts seulement après le deuxième septenaire par complication de suppuration ; enfin, nous vîmes que d'autres substances à peine toxiques, que nous avions quelquefois trouvées, provenaient de sujets morts de complications tardives ou d'une maladie intercurrente.

Pour recueillir ces substances, nous recevions les rates largement ouvertes dans des flacons contenant de l'alcool ; puis on réduisait les rates en une sorte de pulpe qu'on laissait dans l'alcool pendant plusieurs semaines ; on coagulait ainsi toutes les albumines et nucléo-albumines. On décantait ; le résidu était pressé et toutes les parties liquides étaient concentrées dans le vide. On finissait par obtenir une poudre blanc-jaunâtre. Par contrôle, on fit la même manipulation sur les rates de sujets morts par accident ; on obtint ainsi un précipité plus floconneux et moins ferme, donnant les réactions chimiques d'une albumose. On sait, en effet, que Jacksch, Hallibraton et Gourlay ont trouvé que la rate contenait quelques heures après la mort une certaine quantité de matières protéiques.

Le produit des rates malades obtenu par la méthode précédente était soluble dans l'eau et présentait toutes les réactions des protéoses. Rien ne nous a permis de le distinguer chimiquement des protéoses de la digestion.

Nous avons injecté ce produit à divers animaux (rats, souris, cobayes, lapins) à la dose de 0 gr. 1 par kilogramme d'animal.

Lorsque dans ces expériences nous nous sommes servis de produits provenant d'un sujet mort dans les cinq premiers jours de sa scarlatine, l'animal ne tardait pas à perdre son activité, la respiration s'accélérait, il survenait de la parésie des membres postérieurs, puis la respiration se ralentissait tout en devenant de plus en plus laborieuse, et l'animal tombait dans le collapsus. Malgré la gravité de ces symptômes, la guérison survint toujours. La réaction fébrile était très peu marquée, quelquefois il y avait un peu d'hypothermie. Dans tous les cas où nous avons examiné l'urine des animaux en expérience, nous y avons trouvé de l'albumine.

Quant aux produits provenant des sujets morts de septicémie, il étaient moins constants dans leur action : l'animal présentait seulement des signes de malaise ; injectés dans les veines du lapin, ils produisaient une réaction fébrile de courte durée.

Enfin nous n'avons obtenu que des effets très marqués à l'aide des produits provenant de complications tardives de la scarlatine.

Dans les cas toxiques nous avons constaté des lésions rénales du tissu cortical ; il y avait des hémorrhagies sous-capsulaires, de la congestion dans le parenchyme rénal ; les cellules de la capsule de Bowman étaient souvent granuleuses et en voie de desquamation ; les tubuli contorti étaient le siège d'une inflammation corticale. Les lésions rénales étaient moins marquées et moins constantes chez les animaux auxquels on avait injecté le produit provenant de sujets morts de septicémie.

De tout cela on peut conclure que dans les cas de scarlatine aboutissant rapidement à la mort il se forme une matière protéique qu'on peut extraire de la rate. Cette substance introduite dans le torrent circulatoire d'un animal est rapidement excrétée par le rein qu'elle irrite fortement. On obtient les mêmes résultats, même quand la solution injectée a été primitivement bouillie.

MÉDECINE PUBLIQUE

Diphthérie et affections spécifiques de la gorge.

M. Hill. — La diphthérie est incontestablement plus fréquente dans les pays à climat humide et froid, dans les habitations obscures et humides. Un mauvais système d'égouts contribue à propager l'affection. Il n'y a pas cependant de cas bien avéré de diphthérie contractée par l'ingestion d'une eau polluée. Il est curieux de constater que la diphthérie est rare dans certaines villes, à conditions hygiéniques défectueuses, comme quelques grandes villes de Lancashire et du Yorkshire, tandis qu'elle est plus fréquente à Londres et dans des districts où les conditions hygiéniques sont bien meilleures. Il est difficile de bien suivre l'extension de la diphthérie. Souvent les premiers cas sont bénins et passent inaperçus. D'autres fois, au cours d'épidémie, bien des médecins font encore par ignorance des erreurs de diagnostic. Dans une famille où il y a eu 3 cas de mort par diphthérie, j'ai vu porter les diagnostics suivants : pour le premier, abcès tonsillaire et mort par dyspnée; pour le deuxième, amygdalite grave, mort par épuisement; pour le troisième, ulcération tonsillaire, mort par convulsions. Ces 3 cas étaient survenus au cours d'une épidémie de diphthérie. D'autres fois, il y a bien les symptômes ordinaires de la diphthérie, mais les membranes caractéristiques manquent. Dans une semblable épidémie, j'ai vu l'affection se propager par le lait; les symptômes principaux consistaient en céphalée, mal à la gorge, langue très chargée, inflammation des amygdales et des ganglions sous-maxillaires; il y avait quelquefois de l'ulcération des amygdales; il y avait un peu de fièvre, une grande prostration; il n'y eut aucune trace de fausse membrane ou de paralysie post-diphthérique. Les vaches qui fournissaient le lait étaient toutes très saines, mais il fut avéré que la famille des gens qui s'occupaient de ces vaches avait présenté antérieurement des cas de diphthérie. L'absence des fausses membranes au cours de cette épidémie a entraîné bien des erreurs de diagnostic. La mortalité des personnes fut moindre et l'âge des sujets atteints fut plus élevé que dans les épidémies ordinaires de diphthérie.

J'appelle aussi votre attention sur l'affinité qui paraît exister entre la diphthérie et la scarlatine. La scarlatine et la diphthérie bénigne peuvent fort aisément être confondues. Ces deux affections peuvent se produire chez la vache et engendrer une éruption de la mamelle. Souvent les épidémies de ces deux maladies coïncident ou se succèdent. Quelquefois, on voit dans une même famille et en même temps des cas de diphthérie et des cas de scarlatine. Peut-être la connexion de ces deux maladies peut-elle s'expliquer en partie par ce fait qu'à la suite d'une scarlatine la gorge est plus faible et plus apte à contracter la diphthérie. Mais ce n'est pas là une explication complète. C'est par les écoles que ces maladies se propagent beaucoup; aussi en temps d'épidémie, on devrait fermer les écoles plus souvent qu'on ne le fait. De plus, dès qu'un enfant est malade, on doit lui interdire l'entrée de l'école.

Causes de l'augmentation de la diphthérie dans les districts urbains.

M. Davies. — Dans ces dernières années, la diphthérie a augmenté dans les districts urbains de Londres, ce qui est probablement dû à la ventilation qu'on a établie dans les égouts. Les deux paroisses de Woolwich et de Plumstead le prouvent; la 2e en effet présente des conditions hygiéniques bien supérieures à celles de la 1re ; or, la diphthérie est bien plus fréquente dans Plumstead; cette dernière paroisse possède des ventilations dans ses égoûts tandis que Woolwich n'en a pas. De plus, l'augmentation de fréquence de la diphthérie dans Plumstead date de l'époque où on a établi la ventilation des égouts.

M. Thresh. — J'ai remarqué, dans le comté d'Essex, dans lequel la mortalité par diphthérie est très grande, que cette affection semble voyager de paroisse en paroisse et de district en district, sévissant avec intensité pendant 2 ou 3 ans au plus dans un district, puis disparaissant plus ou moins complètement pour aller sévir ailleurs.

M. Newsholme. — Plumstead a un nouveau système d'égouts pour les maisons, système très défectueux; c'est là, bien plus que la ventilation, ce qui explique la grande abondance de la diphthérie dans cette paroisse.

M. Robinson. — J'ai vu éclater la diphthérie dans une maison sous le plancher de laquelle étaient morts des rats provenant d'un vieil égout en pierre.

M. Cameron. — Il vaut mieux avoir des égouts complètement à ciel ouvert que des égoûts présentant des ouvertures de distance en distance.

M. Hill. — Trop souvent on laisse retourner à l'école des enfants non encore guéris de diphthérie. Le maître d'école doit donc s'enquérir avec le plus grand soin de la question de savoir si les enfants souffrent de la gorge.

De la propagation des maladies infectieuses par les vagabonds.

M. Ring. — On sait que des épidémies éclatent dans certaines localités souvent à la suite du passage de vagabonds, qui constituent une cause importante de dissémination des épidémies. On pourrait leur imposer une quarantaine, mais ce serait là un moyen coûteux et souvent impraticable. En temps d'épidémie, on devrait obliger tout vagabond à avoir une fiche avec son nom, son signalement, le nom de la localité d'où il vient. Ces cartes devraient être renouvelées tous les 15 jours.

M. Jepson. — On devrait revacciner les vagabonds toutes les fois qu'ils entrent en prison ou au workhouse. Deux fois la variole a été apportée par des vagabonds dans le Durham.

Déclaration de la rougeole.

M. Munro. — On devrait mettre la rougeole sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

M. Cuffe. — Dans l'armée, toutes les maladies infectieuses doivent être déclarées et on en retire un grand profit.

M. Ridge. — La déclaration de la rougeole ne donnera pas les mêmes résultats que celle de la scarlatine, car la rougeole est surtout contagieuse au début.

M. Hill. — La déclaration de la rougeole n'a produit aucun résultat dans les districts où on l'a imposée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 septembre 1893.

Présidence de M. Léon Le Fort.

Tic douloureux de la face.

M. Jarre. — Le tic douloureux de la face ou névralgie spasmodique de la cinquième paire est constamment symptomatique de lésions nerveuses cicatricielles périphériques. Ces lésions ont pour siège les extrémités terminales des nerfs inclus dans la région alvéolaire. L'arthrite alvéolo-dentaire chronique et les accidents infectieux déterminés par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse inférieure sont les causes les plus communes des lésions cicatricielles alvéolaires qui sont le point de départ de la névralgie spasmodique de la face. Le traitement à opposer à cette affection est la résection extemporanée de la région alvéolaire cicatricielle.

M. le Dr René Blache lit le compte rendu du service de la protection des enfants du premier âge dans le département de la Seine en 1891 et en particulier l'hygiène des crèches dans ce département.

Erratum. — La *Clinique médicale* de notre dernier numéro n'est que le *Résumé* des mémoires de MM. Hanot et Brissaud. En particulier, le mémoire de M. Hanot paraîtra sous peu *in extenso* dans les *Archives générales de médecine.*

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

A propos d'un cas d'ankylose temporo-maxillaire congénital, par le professeur E. von Bergmann.

C'est en 1855 que von Esmarch a proposé au Congrès des naturalistes, à Gœttingen, de traiter la constriction cicatricielle par la création d'une articulation nouvelle sur le maxillaire inférieur. Cette proposition, qui s'appuyait sur deux cas opérés avec succès, ne rencontra pas de résistance dans le monde chirurgical, et l'opération en question devint pour ainsi dire courante.

Plus tard, en 1878, Kœnig proposa la résection de l'apophyse articulaire du maxillaire inférieur pour le cas de constriction articulaire et régla son opération d'une façon complète. Les résultats que fournit cette opération sont d'autant meilleurs qu'il ne s'agit que de l'ankylose de l'articulation.

Nous sommes en effet forcés de distinguer entre l'ankylose pure, simple, et l'ankylose dans laquelle il existe en même temps une atrophie ou un développement incomplet du maxillaire inférieur.

Quand l'ankylose se développe chez un adulte, les dimensions du maxillaire inférieur ne sont pas modifiées; on trouve bien certains changements dans la forme de la face, mais cela tient à l'atrophie des muscles masticateurs, le maxillaire inférieur et les dents gardant leur forme, leur disposition et leurs places respectives.

Il en est tout autrement quand l'ankylose temporo-maxillaire se déclare chez un enfant. Ici, du moment où l'ankylose abolit les mouvements du maxillaire inférieur, celui se développe mal et apparaît au bout de quelques années, rapetissé, raccourci, atrophié dans tous les sens. L'inactivité fonctionnelle explique entièrement l'arrêt de développement et les raisons pour lesquelles cet arrêt porte davantage sur les deux apophyses que sur le corps et le rebord alvéolaire.

L'atrophie du maxillaire inférieur donne à la figure un aspect particulier, celui d'une tête d'oiseau. De profil, le nez et le maxillaire supérieur avec les incisives proéminent très notablement, tandis que la mâchoire paraît reportée en arrière; la région sous-mentonnière existe à peine et se confond avec la face antérieure du cou.

C'est un cas de ce genre que j'ai eu récemment l'occasion d'opérer.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, chez laquelle, dès sa naissance (qui demanda une application de forceps) on constata qu'elle avait la mâchoire inférieure un peu en arrière et qu'elle ouvrait difficilement la bouche. Avec le temps, les choses allèrent en empirant et à partir de l'âge de trois ans la malade ne pouvait plus écarter les mâchoires l'une de l'autre. Elle fut donc toujours obligée de se nourrir d'aliments liquides, lait, soupes, œufs, viandes hachées. Chaque repas durait des heures entières. L'état général et la digestion restaient pourtant bons.

A l'examen de la bouche on voyait que les incisives supérieures n'étaient pas recouvertes par la lèvre supérieure, paraissaient avancer et se dirigeaient non pas verticalement en bas, mais en bas et un peu en avant. Les incisives inférieures se dirigeaient aussi en avant et se trouvaient à 2 centim. environ derrière les incisives supérieures.

Il était impossible d'introduire une spatule entre les arcades dentaires, ou d'imprimer à celles-ci le moindre mouvement. Et ce dernier fait m'a confirmé dans mon idée qu'il s'agissait d'une double ankylose cartilagineuse ou osseuse. Il existait en même temps une certaine asymétrie de la face, asymétrie qui m'a paru tenir à l'amaigrissement plus grand de la moitié gauche.

Le but qu'il fallait atteindre dans ce cas était donc double : il s'agissait de mobiliser le maxillaire inférieur et, en même temps, de le repousser en avant. Je décidai donc de ne pas me contenter de la résection de l'apophyse articulaire, mais de réséquer en même temps l'apophyse coronoïde.

J'ai commencé par le côté droit. L'incision de Kœnig me conduisit assez rapidement sur l'articulation et je parvins sans grande difficulté à réséquer l'apophyse articulaire et à enlever l'apophyse coronoïde. J'ai essayé à ce moment d'abaisser un peu le maxillaire inférieur : mais malgré tous mes efforts je n'y parvins pas. J'ai tamponné alors la plaie, et attaqué séance tenante l'articulation temporo-maxillaire gauche.

Ici, je me suis trouvé en face de difficultés considérables. Tout d'abord, je ne suis pas arrivé à sentir, par la palpation, l'os zygomatique. Aussi ai-je fait l'incision tout à fait symétrique à celle du côté opposé. En continuant la dissection, j'ai coupé l'artère temporale qui fut liée séance tenante; puis malgré toutes les recherches il me fut impossible de trouver l'arcade zygomatique. Je me suis bientôt aperçu que je me trouvais sur la partie écailleuse du temporal au niveau de la racine complètement effacée de l'apophyse zygomatique. J'agrandis l'incision et constatai que tout l'espace compris entre l'arcade zygomatique, le maxillaire inférieur et la face externe de l'aile du ptérygoïde était rempli d'une masse osseuse et se confondait avec la portion écailleuse du temporal et la branche ascendante du maxillaire inférieure avec ses apophyses. Il ne me restait qu'à dénuder la face externe du maxillaire, afin de pouvoir glisser un élévateur sous la face interne de la branche ascendante et la sectionner avec la gouge et le maillet d'un bord à l'autre. Lorsque ceci a été fait, la mâchoire inférieure a pu être abaissée un peu. J'ai continué alors la résection, avec la gouge et le maillet, de la région articulaire et ai pu constater qu'il n'existait pas trace d'articulation sur le temporal, ni d'apophyse articulaire, ni d'apophyse coronoïde sur la branche ascendante du maxillaire. J'ai continué très doucement la résection de la masse osseuse, en évitant d'ouvrir le crâne, et parvins ainsi à abaisser la mâchoire inférieure de deux bons travers de doigt. Par contre, il était toujours impossible de faire avancer la mâchoire inférieure.

La plaie fut tamponnée et couverte d'un pansement aseptique. Les suites opératoires furent très simples, et en fait de complications on n'eut qu'une stomatite légère. Pendant 15 jours la malade fut nourrie à la sonde. A partir de la cinquième semaine on donna à la malade un appareil prothétique spécial destiné à ramener la mâchoire inférieure en avant.

Au bout d'un an, pendant lequel la malade, très intelligente et très énergique, s'était toujours servie de son appareil, l'état était le suivant. Elle pouvait facilement ouvrir la bouche et obtenir un écartement de 9 cm. entre les arcades dentaires. Le maxillaire inférieur était repoussé en avant, mais très peu. Les incisives inférieures s'étaient rapprochées de plus d'un demi-centimètre des incisives supérieures.

Ce cas montre que dans les cas d'ankylose temporo-maxillaire avancée, il ne suffit pas de réséquer l'apophyse articulaire. Il faut enlever en même temps l'apophyse coronoïde, surtout quand il existe en même temps de l'atrophie du maxillaire inférieur. C'est par ce procédé seul qu'on peut arriver à faire disparaître la constriction (1).

(1) D'après *Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLV, p. 664.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE
(*Session tenue à Paris en mai* 1893.)

Traitement des suppurations des cavités accessoires du nez.

EMPYÈME DU SINUS MAXILLAIRE.

M. Cartaz (Paris), rapporteur. — Il y a une vingtaine d'années à peine, la symptomatologie des abcès du sinus maxillaire ne reposait guère que sur une tumeur volumineuse déformant la joue, repoussant et amincissant les parois de la cavité, ainsi que sur des signes d'inflammation grave; mais aujourd'hui la maladie se reconnaît assez facilement à un écoulement purulent par une seule narine, à la présence d'une couche de pus au niveau de l'hiatus et de la partie postérieure du cornet moyen, à l'opacité plus ou moins nette de la cavité éclairée par transparence à l'aide d'une lampe électrique, aux douleurs névralgiques, etc.

En dehors des kystes suppurés, le véritable empyème de l'antre est fréquent. Sa cause la plus ordinaire est la carie dentaire pénétrante; mais l'affection peut aussi avoir une origine nasale, et, suivant les conditions étiologiques, on devra choisir tel ou tel procédé pour évacuer le pus. Si une dent est malade, il faut l'enlever; dans le cas contraire, on perforera le méat inférieur, surtout si une ponction exploratrice est nécessaire pour établir le diagnostic.

Trois méthodes de traitement sont utilisées; elles ont été imaginées par d'anciens chirurgiens et devraient continuer à porter le nom de ces maîtres.

1° *Procédé de Jourdain.* — Jourdain pénétrait dans le sinus par la voie *nasale*; son procédé, qu'on avait à tort abandonné, a été remis en honneur de nos jours par MM. Bayer, Schiffers, Hartmann qui recommandent l'introduction de la sonde par l'hiatus naturel; mais alors le malade ne peut faire lui-même les lavages. De plus, l'ouverture située fort au-dessus du bas-fond de la cavité ne permet pas de nettoyages complets, même lorsque cette ouverture a été agrandie par le chirurgien; aussi est-il préférable, comme l'a conseillé Mikulicz, de ponctionner à une partie plus déclive du méat, soit à l'aide du trocart, soit avec une fraise ou le galvanocautère. Mais, dans ce cas encore, les mêmes inconvénients se représentent quoique à un degré moindre, et la voie nasale doit être utilisée seulement en l'absence de lésions dentaires.

2° *Procédé de Cooper.* — Cooper a préconisé la pénétration dans le sinus par l'alvéole, et son procédé est le plus couramment employé; souvent la communication existe et il suffit de l'avulsion d'une dent pour ouvrir le foyer de suppuration. Si l'alvéole est intact, il n'y a qu'à perforer le fond pour obtenir le même résultat; il y aura avantage à faire avec le foret américain une large ouverture : on pourra ainsi éclairer directement le sinus à l'aide d'une petite lampe et préciser le diagnostic; il sera même possible alors de tamponner la cavité. Le malade portera une canule à opercule ou une tige pleine.

3° *Procédé de Desault.* — Dans ce procédé, on pénètre dans l'antre par la fosse canine; la plupart des auteurs pensent qu'il ne faut y avoir recours qu'en dernier ressort, alors que les autres procédés ont échoué ou si les altérations soupçonnées des os et de la muqueuse nécessitaient un véritable curettage. Après avoir taillé un lambeau de la gencive et détaché le périoste, on fait une large brèche au ciseau ou au bistouri.

Après évacuation du pus, il faut modifier, par des antiseptiques, la paroi malade et, à cet égard, il y a deux méthodes :

1° Les *lavages* antiseptiques fréquents et répétés, caustiques ou simplement désinfectants;

2° Les *pansements secs* soit par l'insufflation de poudres médicamenteuses, soit par le tamponnement de la cavité avec la gaze iodoformée, salolée, etc.

M. Cartaz termine par sa statistique personnelle. Il a opéré 32 empyèmes maxillaires par la voie buccale, 3 par la fosse canine, 29 par l'alvéole; et il conclut que les résultats ne varient pas sensiblement, quel que soit le procédé opératoire utilisé.

En général, les malades guérissent rapidement quand l'abcès est de formation récente; on se heurte, au contraire, à une résistance opiniâtre quand la suppuration date de longtemps.

M. Moure (Bordeaux) pense de même qu'il n'existe pas de règle absolue, ni pour le procédé opératoire, ni pour les pansements consécutifs. Souvent l'empyème de l'antre d'Highmore guérit rapidement par de simples lavages. Par contre, on n'obtient parfois aucun résultat, malgré de larges ouvertures, des tamponnements, des irrigations de liquides caustiques, des grattages. Quelquefois l'introduction de la canule dans l'alvéole pour les lavages est très douloureuse.

M. Poyet a vu un cas de ce genre et a fait cesser les souffrances en agrandissant l'orifice.

M. Natier (Paris) a observé onze cas d'empyème de l'antre d'Highmore (sept femmes et quatre hommes) et les a traités par la méthode alvéolaire. Trois sujets ont guéri rapidement; un est resté stationnaire; sept ont été perdus de vue.

M. Vacher (Orléans) a traité deux malades avec succès par la méthode alvéolaire. Des lavages avec des liquides antiseptiques peu irritants furent faits deux fois par jour. Au bout de neuf mois, dans un cas, le drain ne put être replacé dans l'ouverture, le sinus maxillaire étant comblé par un tissu de nouvelle formation.

M. Wagniez (Lille). — Il est très difficile d'établir un pronostic, car parfois l'empyème, très ancien, très fétide, guérit aisément, tandis que, dans d'autres cas, une suppuration peu abondante ne peut être modifiée malgré toutes les tentatives de traitement. J'ai vu dans un cas de l'emphysème de la joue survenir après lavage de la cavité avec une seringue anglaise.

M. Garel (Lyon) est partisan des méthodes nasales en pénétrant soit par le méat moyen, soit par le méat inférieur, et en faisant ainsi des lavages. De la sorte, il a obtenu souvent des guérisons rapides; mais aussi les effets du traitement ont parfois été nuls.

M. Cartaz. — Sur les abcès du sinus maxillaire les travaux anatomo-pathologiques sont encore peu nombreux, et c'est là sans doute la cause de l'incertitude qui règne encore sur le pronostic et le traitement de cette affection. Quand la muqueuse est lisse et vernissée, on a de grandes chances de voir la suppuration persister.

EMPYÈME DU SINUS SPHÉNOÏDAL.

M. Moure, rapporteur. — Signalées en 1888 par M. Berger, les inflammations du sinus sphénoïdal ont surtout été étudiées récemment (1892) par MM. Max Schæffer, Grünwaldt et moi-même. Pour bien les comprendre, il faut se souvenir toujours du rapport du sinus en haut avec la fosse pituitaire et le chiasma des nerfs optiques, sur les côtés avec le sinus caverneux. Il s'ouvre en bas dans la fosse nasale, à la partie postérieure du méat supérieur.

Les *inflammations aiguës* surviennent au cours d'un coryza ordinaire qu'elles compliquent et aggravent même dans certains cas. Elles causent des douleurs occipitales avec raideur de la nuque, des douleurs dans un seul ou les deux orbites suivant que l'affection est uni- ou bilatérale, de l'abattement, des vertiges, de la fièvre. Localement, on voit la pituitaire rouge, le cornet moyen est gonflé; on voit sourdre en haut du pus qui reparaît vite après avoir été épongé.

On traitera cette forme par les fomentations chaudes, en facilitant l'écoulement du pus par le cathétérisme. Quelquefois il faudra faire une ouverture artificielle.

L'*empyème chronique* est d'une grande fréquence; c'est à son développement qu'il faut imputer la plupart de ces cas de catarrhe naso-pharyngien qui sont rebelles aux moyens de traitement appliqués localement, tels que badigeonnages, curettages de la voûte.

Je place au premier rang des symptômes fonctionnels la céphalée siégeant au niveau de la nuque ou au fond des yeux. Au point de vue des phénomènes objectifs, un fait important est l'élargissement de la racine du nez; j'insisterai sur ce point, à savoir que le pus sécrété se trouve à la partie postérieure des fosses nasales, dans l'espace qui sépare le cornet

moyen de la cloison. La muqueuse à ce niveau est très souvent fongueuse et recouverte de granulations polypoïdes.

Quel est le traitement applicable à cet empyème? Il faut, lorsque la chose est possible, faire le lavage du sinus par l'orifice naturel. Dans la plupart des cas, le cathétérisme est facile. Pour le pratiquer, il suffit de porter une sonde de petit calibre directement en arrière, au devant du corps du sphénoïde, en passant entre le septum et le cornet moyen. Arrivé à ce niveau, on relève doucement le bec de la sonde vers la partie supérieure jusqu'au moment où l'on sent une petite dépression qui arrête l'instrument; poussant alors avec précaution ce dernier directement en arrière, on a la sensation de pénétrer dans une cavité qui est le sinus sphénoïdal, dont on pratique le lavage en faisant une injection antiseptique tiède.

Si l'on ne trouve pas d'orifice, on est autorisé à en créer un artificiel à travers la paroi antérieure, souvent très mince, de la cavité. Quand le cornet moyen empêche l'accès de l'antre sphénoïdal, il ne faut pas hésiter à l'enlever avec l'anse ou l'ostéotome.

Le traitement ultérieur: lavages, insufflation de poudres, cautérisation au nitrate d'argent, grattage, sera approprié à chaque cas.

Toutes ces manœuvres intranasales doivent être faites avec une grande légèreté de main.

M. Cartaz. — Le diagnostic de ces suppurations est difficile, car le plus souvent la muqueuse est tuméfiée ; il faut la réduire pour se rendre compte de l'état du sinus. Or, ce résultat est difficile à obtenir par l'emploi de la cocaïne ; on doit recourir aux moyens chirurgicaux.

M. Moure. — Le diagnostic est difficile, mais il est possible et j'ai vu par exemple un malade qui rejetait une croûte en forme de coque moulant nettement la cavité sphénoïdale. Dans les rhinites atrophiques, l'empyème peut être facilement reconnu, car on voit le pus s'écouler par l'orifice.

SUPPURATIONS DU SINUS FRONTAL

M. Lacoarret (Toulouse), rapporteur. — Les symptômes qui permettent en général de porter le diagnostic sont les suivants. C'est d'abord une douleur qui consiste dans une sensation de pesanteur au niveau de la racine du nez et prend quelquefois la forme névralgique. Les douleurs sont surtout intenses lorsque le pus ne s'écoule pas librement. Les sujets mouchent du pus, et un écoulement plus ou moins abondant se produit dans la position normale de la tête ; il diminue ou cesse dans toute autre position. La perception de mauvaises odeurs par le malade, la percussion des cavités ne donnent que des résultats peu concluants.

A l'examen direct, on constate que le pus tombe directement en avant le long de la partie antérieure du méat moyen, que la région de l'infundibulum est souvent tuméfiée, recouverte de végétations polypoïdes, que la muqueuse du cornet moyen est hypertrophiée dans sa partie inférieure.

L'éclairage par transparence, si l'on suit les conseils donnés par Heryng, rend de grands services. Quand le cathétérisme est possible, il fournit presque la certitude de l'empyème du sinus frontal. Le diagnostic le plus délicat est celui avec la suppuration des cellules ethmoïdales.

Pour pénétrer dans le sinus et y faire des pansements (lavages, insufflations), on peut passer par les voies naturelles. Le cathétérisme est possible dans environ 80 0/0 des cas, si l'on réduit préalablement le cornet moyen avec la cocaïne, l'anse galvanique ou le conchotome d'Hartmann, si l'on détruit les éperons de la cloison, les productions polypoïdes du méat moyen qui peuvent s'opposer à l'introduction de la sonde.

Si l'on échoue, on aura recours à la ponction du sinus par voie nasale, suivie du curettage de la cavité.

La trépanation par la voie externe trouve peu d'applications; il faut, pour en arriver là, que les autres moyens curatifs aient échoué, ou que par suite de complications imminentes il soit nécessaire d'agir vite et largement. Alors, après avoir raclé, cautérisé et rendu aseptique la cavité, on rétablira la communication avec les fosses nasales afin de permettre aux liquides de s'écouler.

M. Moure. — Il y a depuis quelque temps une tendance trop marquée à faire des opérations intra-nasales. On se sert trop facilement de la curette et du stylet dans ces régions sur lesquelles les notions anatomiques manquent de précision; une grande réserve s'impose pour les manœuvres et opérations dans les régions avoisinant les sinus frontaux et sphénoïdaux; quelquefois on pénètre dans la cavité crânienne. Les opérateurs publient toujours les cas heureux; il serait juste de faire connaître les accidents.

Traitement de l'otorrhée.

M. Polo (Nantes). — Etant donnée une otorrhée, il faut d'abord chercher dans les fosses nasales et le pharynx si elle n'a pas une cause, à laquelle il faut s'attaquer en premier lieu. Les végétations adénoïdes sont la plus importante de ces causes.

Du côté de l'oreille, on commencera par enlever le pus à l'aide d'un lavage antiseptique. Cela fait, on est en présence de deux médications : 1° humide; 2° sèche. En tout cas, il faut stériliser avec soin les liquides, pansements, instruments.

Les liquides servant aux lavages dans la médication humide sont très variés. La plupart du temps, l'acide borique suffira ; si l'otorrhée est rebelle, on emploiera le sublimé associé à l'acide tartrique; si le pus est fétide, l'acide phénique à 1 0/0 ou le phénosalyl à 4 0/0; chez les scrofuleux, l'eau oxygénée, l'ichthyol à 7 0/0. On a encore eu de bons résultats avec la résorcine, le lysol (1 0/0) le sulfate d'alumine, le nitrate d'argent (1/30 à 1/10). Pour les lavages, les substances sont dissoutes dans l'eau bouillie; pour les instillations, dans l'alcool, la glycérine, l'huile de vaseline. Pour les lavages, la canule courbée d'Hartmann est souvent nécessaire, surtout lorsque la suppuration vient de l'attique. Il faut réserver la voie tubaire aux insufflations d'air.

Le pansement sec sera réservé aux écoulements séreux avec large perforation. On l'a trop généralisé, et dans les grandes suppurations il peut donner lieu à des accidents, le pus étant retenu derrière les poudres faisant bouchon. Ces poudres, dont la nature est très variée, sont introduites par insufflation. Lorsqu'il y a des bourgeons charnus, il faut les traiter par l'alcool, l'acide lactique, le grattage, le galvanocautère.

Enfin on traitera l'état général par l'hygiène, les eaux minérales arsenicales et sulfureuses. Le séjour au bord de la mer paraît moins favorable que celui des montagnes.

M. Miot (Paris), rapporteur. — Au point de vue chirurgical, l'otorrhée étant ordinairement limitée à la caisse et ne s'étendant aux cellules mastoïdiennes et à la cavité crânienne que dans des cas relativement rares, il ne sera pas question de ces complications.

Les altérations qui entretiennent l'otorrhée sont les polypes, l'hypertrophie de la muqueuse, la carie des osselets et des parois de la caisse, d'où la nécessité de pratiquer l'ablation de ces néoplasmes, le curettage, le raclage de la caisse, ainsi que l'extraction des osselets et des parties cariées.

1° *Abrasion ou curettage.* — L'abrasion est indiquée dans tous les cas d'hypertrophie de la muqueuse, de production polypiforme, d'otite desquamative avec ou sans carie osseuse et est plus spécialement réservée aux suppurations de l'attique. Elle exige l'anesthésie locale à la cocaïne, ou même la chloroformisation.

L'opération n'est facile que si la perforation tympanique a des dimensions suffisantes. Dans les cas d'inflammation de la membrane de Shrapnell, l'ouverture naturelle est trop petite, et on fait un curettage. Il faut donc agrandir l'ouverture par la destruction de la paroi externe de l'attique, par l'ablation du marteau et de l'enclume. Si les osselets sont cariés, l'extraction est nécessaire; s'ils sont sains, certains otologistes préfèrent détruire la paroi externe de l'attique.

Les suites opératoires sont très bénignes et les divers symptômes s'amendent, puis disparaissent.

2° *Ablation des osselets.* — Il n'y a pas de grands inconvénients à enlever le marteau et l'enclume sains, puisque l'acuité auditive n'en souffre pas. L'extraction de l'étrier ne fait même courir aucun danger aux malades et améliore souvent l'ouïe. C'est une opération très souvent indiquée, car les osselets, l'enclume surtout, sont malades 123 fois sur 127 cas.

Après l'ablation des osselets, le curettage est de rigueur ainsi qu'un pansement minutieux fait avec méthode. Les suites sont favorables et la guérison de l'otorrhée est généra-

lement complète après un laps de temps variant de quelques semaines à deux ou trois mois.

La carie des parois de la caisse, et celle de la paroi externe de l'attique peuvent être détruites de diverses manières, notamment par l'emploi de la machine de White.

Veut-on, au contraire, agir plus largement, il faut recourir aux opérations de Stacke et de Kretschmann, qui consistent à séparer de la portion osseuse du conduit sa portion cartilagineuse afin d'agir plus facilement sur le tympan, les osselets et les divers points des parois de la caisse.

L'opération terminée, la portion cartilagineuse est remise en place et maintenue au moyen de quelques points de suture. Le résultat est ordinairement favorable.

En résumé, le traitement chirurgical de l'otorrhée consiste à employer d'abord le massage et le curettage, avec ou sans ablation de l'enclume et du marteau, puis la destruction de la paroi externe de l'attique et enfin exceptionnellement le procédé de Stacke.

M. Lubet-Barbon (Paris). — Lorsque les osselets sont atteints, on sait que l'altération porte le plus souvent sur l'enclume, et que le marteau est parfois sain. Or, il n'y a pas de procédé sûr pour l'extraction de l'enclume; Ludwig, qui a imaginé le meilleur procédé d'extraction, en convient lui-même. De plus, si les parois de l'attique sont cariées, l'ablation des osselets sera insuffisante. C'est pour remédier à cette insuffisance que Stacke (d'Erfurth) a imaginé un procédé opératoire spécial pour pénétrer dans l'attique. Avec M. Martin, j'ai pratiqué huit fois cette opération et obtenu d'excellents résultats qu'aucune autre méthode ne m'avait encore fournis. Les observations des malades sont relatées dans la thèse de M. le Dr Weissmann.

L'opération a pour avantage de permettre l'examen de l'attique, de découvrir des abcès ignorés du côté des cellules mastoïdiennes, enfin de diagnostiquer des cholestéatomes, comme j'ai pu récemment le faire moi-même.

M. Moure. — Quels sont les soins consécutifs à l'opération de Stacke?

M. Lubet-Barbon. — C'est là le point délicat de l'opération. On fait un tamponnement à la gaze iodoformée, renouvelé au bout de huit jours et puis changé tous les trois à quatre jours jusqu'au moment où la paroi muqueuse est cutanisée, la caisse comblée. Il est important de réprimer les bourgeons charnus à l'aide du fer rouge, du nitrate d'argent, de l'acide chromique ou de l'excision.

M. Moure. — J'ai vu des otorrhées guérir rapidement après un simple nettoyage de la caisse, et d'autres rester rebelles à toute espèce de traitement médical. C'est dans ces derniers cas seulement, ainsi que l'a dit M. Polo, qu'il faut avoir recours aux procédés chirurgicaux. On doit éviter les grands traumatismes; de plus les pansements sont loin d'être inoffensifs; la paralysie du nerf facial est aussi une éventualité à considérer. Et avant de recourir à l'opération de Stacke, on pourrait tenter d'ouvrir le mur de la logette par les voies naturelles à l'aide du crochet à couteau glissant de Politzer.

M. Lubet-Barbon. — C'est un instrument un peu faible. En outre, si l'on est décidé à pratiquer l'ablation du mur de la logette, il vaut mieux opérer bien à découvert. Quant à la paralysie du facial, elle n'est pas toujours persistante; souvent elle cesse en deux à trois jours.

M. Suarez de Mendoza (Angers). — Les lavages intra-tympaniques donnent d'excellents résultats. On opère fort bien dans la caisse avec la fraise de White.

M. Natier. — Les insufflations de poudre boriquée faites sans précaution peuvent déterminer des accidents. J'ai observé un cas de méningite à la suite d'accumulation de poudre dans la caisse.

M. Martin (Paris). — Lorsque les lavages produisent des syncopes ou des douleurs vives, il faut dès le début intervenir chirurgicalement.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE.

M. Garel (Lyon), rapporteur. — Lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose du larynx, le pronostic sera tout différent suivant qu'il s'agira d'une forme glottique ou d'une forme dysphagique; dans ce dernier cas, le malade est voué à une mort certaine, rapide, résultant de l'inanition. Il faut aussi se rendre compte de l'état général, du degré de résistance du sujet, de l'étendue des lésions pulmonaires, car les chances de guérison dépendent surtout de ces conditions. Aussi le traitement local de la phthisie laryngée ne tire nullement sa valeur de lui-même, mais bien du malade sur lequel on l'applique.

Les différentes médications en usage sont les suivantes :

Les inhalations, faites avec des substances liquides ou gazeuses, sont destinées surtout à combattre la toux et la dyspnée. On les pratique avec la créosote, l'acide phénique et divers balsamiques. C'est au baume du Pérou que je donne la préférence. L'acide fluorhydrique est aujourd'hui délaissé. L'acide carbonique est un bon anesthésique.

Les pulvérisations se font ordinairement à l'aide d'instruments à vapeur et avec des préparations opiacées ou des solutions phéniquées.

Les insufflations de poudre (iodoforme, menthol, morphine, cocaïne; pures ou mélangées à du sucre ou à de la gomme arabique) ont été recommandées; mais d'autres méthodes sont très commodes et tout aussi efficaces, et c'est surtout les badigeonnages calmants qui rendront de grands services dans les formes dysphagiques.

Les applications locales d'une solution d'acide lactique de 20 à 80 0/0 constituent le meilleur moyen de modifier les ulcérations tuberculeuses, à la condition de faire auparavant un badigeonnage énergique à la cocaïne.

J'ai retiré aussi de bons effets des injections intralaryngées avec des solutions de menthol ou de créosote.

Les injections sous-muqueuses d'acide lactique sont très douloureuses; une injection de cocaïne associée à l'iodoforme ou à l'acide phénique à 2 0/0 amène au contraire un soulagement plus durable que le simple badigeonnage.

Les cautérisations galvanocaustiques sont très bien supportées par les larynx tuberculeux; on doit les employer dans les cas d'infiltration des régions épiglottique et aryténoïdienne.

La méthode électrolytrique rend aussi des services s'il s'agit de produire des eschares.

Les injections de tuberculine ou de cantharidate de soude doivent être proscrites.

Les eaux sulfureuses sont susceptibles de déterminer des poussées congestives. Les climats maritimes et d'altitude ne sont pas favorables.

En résumé, cocaïne contre la toux et la dysphagie, acide lactique et galvanocautère contre les ulcérations et les infiltrations : tel est le traitement médical de la tuberculose laryngée.

M. Castex (Paris), rapporteur. — La tuberculose laryngée est justiciable de l'intervention chirurgicale dans les conditions suivantes :

1° Quand le traitement médical est insuffisant;

2° Quand l'état local l'indique;

3° Quand l'état général ne le contre-indique pas.

Les opérations auxquelles on a recours se divisent en curatives et palliatives.

Parmi les premières, le *curettage* tient une place prépondérante. On le pratique avec les curettes simples d'Heryng ou de Krause quand il faut agir sur un point fixe, comme les parties antérieure et postérieure de la portion sus-glottique du larynx. Faut-il, au contraire, opérer sur des parties sans fixité, comme le bord libre de l'épiglotte ou le sommet des aryténoïdes, il y a lieu de se servir de curettes doubles, qui immobilisent la partie avant de l'exciser. Avant l'opération, on désinfecte la cavité pendant cinq à six jours en y insufflant de l'iodoforme; on agit après avoir fortement cocaïnisé; le curettage fait, on cautérise avec une solution d'acide lactique de 50 à 80 0/0 les surfaces cruentées.

La *laryngotomie*, peu employée jusqu'à présent, paraît digne d'être utilisée plus souvent. De mes recherches il résulte que :

1° Pour aborder la face antérieure de l'épiglotte, il faut pratiquer la laryngotomie transversale sous-hyoïdienne de Malgaigne;

2° Pour arriver sur les parties sus-glottiques, il faut recourir à l'incision transversale sus-thyroïdienne de Follin;

3° Pour agir sur la région glottique, la thyrotomie verticale ou transversale s'impose;

4° Pour la portion sous-glottique, c'est l'incision horizontale sous-cricoïdienne qui paraît préférable.

Faut-il faire la trachéotomie préalable? Oui, en général. Mais elle n'est pas indispensable.

La *laryngectomie* est à proscrire jusqu'à plus ample informé. Les résultats donnés par cette opération ont été déplorables.

Les *méthodes palliatives* comprennent le curettage partiel, l'incision avec grattage d'abcès, l'extirpation à la pince coupante, la trachéotomie, le tubage. Elles ont des indications purement symptomatiques.

Les complications à redouter dans le traitement chirurgical sont : le spasme de la glotte, l'infiltration œdémateuse, les répercussions sur le poumon.

Les résultats obtenus sont difficiles à indiquer, car les statistiques générales font défaut.

M. Polo préfère les pulvérisations aux attouchements de cocaïne.

M. Martin injecte, au moyen d'une seringue, une solution de cocaïne dans le larynx; il peut ainsi déposer une seule goutte sur un point précis.

M. Garel pense qu'avec les badigeonnages, le liquide imprègne mieux les parties douloureuses.

M. Cartaz. — M. Castex a fait une trop large part à la laryngotomie. C'est une opération bien grave et bien dangereuse que celle qui consiste à ouvrir le larynx d'un individu ayant la poitrine malade. Il repousse donc la laryngotomie et croit qu'après la trachéotomie préalable, on peut, par des procédés endolaryngés, remédier en partie aux accidents.

M. Moure. — Dans des cas rares, l'on peut recourir à la laryngotomie lorsque, par exemple, la lésion est localisée à la région aryténoïdienne. Ce n'est pas une aussi grosse opération que le croit M. Cartaz; il l'a pratiquée six ou sept fois chez des sujets non tuberculeux, en la faisant immédiatement précéder de la trachéotomie, et il n'y a pas eu d'accidents à déplorer.

M. Garel. — La laryngotomie n'est pas inoffensive, et j'ai vu une malade atteinte d'enchondrome, qui mourut trois jours après l'opération, de complications pulmonaires.

M. Castex. — La laryngotomie n'est pas sans dangers, mais elle a été plusieurs fois pratiquée avec succès. Elle ne doit donc pas être systématiquement condamnée, mais elle peut être conservée à titre exceptionnel pour les cas dans lesquels les poumons sont sains et où les autres méthodes ont échoué.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

61e réunion tenue à Newcastle-sur-Tyne les 1er, 2, 3 et 4 août 1893.

SECTION DE PATHOLOGIE

Contribution à l'étude de la pathogénie du cancer.

M. d'Arcy Power (Londres). — Les études sur les parasites du cancer, qui nous ont tant occupés jusqu'à présent, prouvent notre ignorance au sujet de certains phénomènes histologiques que présentent les tissus carcinomateux lorsque, après avoir été soumis à une préparation spéciale, ils sont examinés avec un fort grossissement. Il est vrai que notre ignorance est plus grande encore à l'égard des changements de structure qu'entraîne dans l'épithélium normal une irritation chronique.

Or, dès le début de mes expériences sur les causes du cancer, j'ai constaté qu'on devait distinguer dans les tissus cancéreux les changements de structure produits par une action spécifique du néoplasme et ceux qui sont dus à une simple irritation. Ces derniers semblent jouer un rôle important parmi les altérations histologiques propres au cancer.

Ma méthode d'expérimentation a consisté à maintenir pendant une longue période de temps certaines parties d'un animal vivant et vieux en un état d'irritation légère mais efficace. J'ai pu ainsi étudier les effets de l'irritation chronique sur des tissus non vasculaires, tels que l'épithélium et les cartilages.

J'ai obtenu des résultats intéressants, mais je ferai remarquer que, sauf dans mes deux dernières expériences, il s'agit de l'irritation de tissus normaux, ce qui n'a, par conséquent, aucun rapport direct avec le cancer.

Voici le résumé de mes recherches :

Le changement le plus constant dans des tissus maintenus en état d'irritation chronique est la *vacuolisation des cellules.* C'est du reste, comme on le sait, la lésion histologique la plus fréquente sur les coupes microscopiques provenant de cancroïdes et de la maladie du sein qu'on appelle maladie de Paget. Quelquefois la couche cornée reste indemne, mais les cellules de la couche granuleuse sont presque toutes vacuolisées : elles présentent en effet autour de leurs noyaux une zone transparente qui paraît être le résultat d'une transformation du protoplasma cellulaire en éléidine ou en une substance analogue. Il peut arriver que le noyau reste à l'intérieur de la cellule, mais souvent il s'en échappe, si on ne s'arrange pas pour l'y maintenir. Parfois il se déforme quand il est emprisonné dans le protoplasma cellulaire ratatiné.

Dans les cartilages, la dégénération du protoplasma cellulaire débute souvent entre les deux noyaux qui sont repoussés, et prennent, sous l'influence de la compression, une forme triangulaire ou aplatie. La partie dégénérée de la cellule est nettement délimitée et a en général une forme circulaire. Le plus souvent la zone vacuolisée est vide, mais elle peut aussi contenir quelques débris granuleux que colorent faiblement le réactif de Biondi et l'hématoxyline.

J'ai vu une fois des cellules vacuolisées très analogues à celles que Wickham a décrites dans la maladie de Paget du mamelon.

Un autre effet de l'irritation chronique est l'*œdème des éléments épithéliaux* et de certaines autres cellules. Les phénomènes sont alors différents de ceux de la vacuolisation; cependant ils s'en rapprochent sous certains rapports. Dans ces cellules œdémateuses, on aperçoit un espace produit par l'accumulation d'un liquide. Il s'y forme des gouttelettes qui se réunissent ensuite en gouttes plus grosses, tandis que les cellules elles-mêmes se tuméfient.

Nous avons donc ici un phénomène analogue au processus de la formation normale de la graisse dans les cellules du tissu conjonctif ou encore à celui de la dégénérescence colloïde des cellules. La cellule œdémateuse est volumineuse et contient un noyau central entouré d'une zone transparente très nettement délimitée. La cellule et son noyau se colorent facilement; mais la zone transparente ne peut se colorer. J'ai pu obtenir cet œdème des cellules épithéliales sans provoquer de troubles sérieux chez l'animal en expérience.

Parfois, chez une lapine dont le vagin est maintenu en état d'irritation constante, l'écoulement vaginal devient purulent au lieu de rester purement séreux. Deux jours après l'apparition de cet écoulement purulent, les cellules épithéliales de la muqueuse vaginale sont déjà tuméfiées, mais encore régulières dans leurs contours; leur protoplasma se colore en rose et le noyau en vert par le réactif de Biondi. Il n'y a pas encore trace de vacuolisation pas plus dans le protoplasma que dans le noyau. A partir du troisième ou du quatrième jour, les noyaux et la substance cellulaire deviennent œdémateux. Les jours suivants les vacuoles s'accentuent de plus en plus; on en trouve une ou deux dans chaque cellule, dans le noyau ou dans le protoplasma. Quelques cellules contiennent aussi des corpuscules qui paraissent être des globules de pus partiellement digérés. Quelquefois les vacuoles forment par leur confluence des zones bien délimitées entourant le noyau qui est frappé de dégénération granuleuse.

L'*accumulation de cellules* sous forme de foyers ou de « nids » est une des conséquences les plus fréquentes et les mieux connues de l'irritation chronique.

J'ai aussi été frappé, dans l'examen microscopique du tissu épithélial irrité, par la singulière *diversité des dimensions des cellules.* Dans un épithélium normal, le volume des cellules est sensiblement uniforme; dans l'épithélium vaginal irrité, la différence des dimensions des cellules est souvent considérable. On y trouve des cellules tellement volumineuses qu'on est vraiment tenté de croire que ce sont des amibes parasitaires.

L'épithélium irrité qui a été en contact avec du pus est souvent le siège d'*abcès circonscrits* très petits, qui paraissent avoir une membrane capsulaire propre. Les globules de pus sont accumulés en un point de l'abcès, tandis que les autres parties de la capsule restent vides. Ces petites collections

purulentes n'exercent que peu ou point d'influence nocive sur les cellules épithéliales environnantes. On les a diversement interprétées. Certains ont voulu y voir des cellules atteintes de dégénération endogène; d'autres en ont fait des parasites. J'affirme que ce sont des abcès minuscules et pas autre chose.

Il peut arriver rarement qu'un certain nombre de cellules épithéliales disparaissent complètement sous l'influence de l'irritation; elles laissent à leur place un espace complètement vide. Des phénomènes de ce genre s'observent fréquemment dans la maladie de Paget.

Les ganglions lymphatiques présentent souvent un aspect particulier qui rappelle celui des endothéliomes.

Après ces études sur les tissus normaux, j'ai fait des recherches sur le cancer, en introduisant dans le vagin chroniquement irrité de deux lapines des fragments d'un épithélioma provenant de la salle de dissection et d'un squirrhe fraîchement extirpé. Deux jours après, les animaux furent sacrifiés. Sur les coupes microscopiques des parois vaginales de ces lapines, on apercevait nettement ces corps circulaires bien délimités dont il a été tant question dernièrement. Quelques-uns étaient intra-cellulaires; d'autres étaient dans les interstices des cellules, exactement comme dans les tumeurs cancéreuses.

Je ne veux pas tirer de conclusions définitives de ces deux expériences, et j'avoue franchement que je ne sais, jusqu'à présent, comment interpréter leurs résultats. Je ne sais pas non plus quelle est la signification des « corps cancéreux » en général. Je pense toutefois que ces corps diffèrent complètement de toutes les transformations épithéliales produites par une simple irritation chronique. Je n'ai constaté leur présence que dans les muqueuses maintenues longtemps en un état d'irritation chronique et mises ensuite en contact avec des tissus cancéreux. Il est donc probable qu'il existe une relation entre le cancer et les corps en question, et cela d'autant plus qu'ils ont toujours été localisés en un ou deux points de la muqueuse vaginale, et non point disséminés dans celle-ci. De plus, je ferai remarquer que, bien que les cellules contenant les « corps cancéreux » ne fussent pas elles-mêmes dégénérées, leurs noyaux, ainsi que les noyaux des cellules ambiantes, étaient manifestement modifiés. Même en supposant que ce soient là de simples fragments nucléaires détachés, il serait difficile d'expliquer comment ces fragments arrivent à se trouver en liberté entre les cellules et pourquoi leur nombre n'est pas plus considérable.

Des inclusions cellulaires dans les tumeurs cancéreuses.

M. C. H. Cattle (Nottingham). — Je veux vous entretenir des invaginations ou inclusions cellulaires qu'on trouve dans les carcinomes. Ce sont des cellules aplaties pressées contre la paroi extérieure d'autres cellules, qui paraissent être incluses en partie ou en totalité dans les précédentes. Dans les ganglions cancéreux, beaucoup de cellules sont polynucléées. Parfois on peut constater une paroi cellulaire en voie de formation autour d'un ou plusieurs de ces noyaux. La multiplication des cellules par la voie endogène est un phénomène très fréquent dans les ganglions cancéreux. Il en est de même de la division directe des cellules dans les cancers primitifs et secondaires. Pour ce qui concerne les moyens de distinguer les éléments histologiques propres aux néoplasmes cancéreux des corps qu'on prétend être d'origine parasitaire, je ferai remarquer que le nucléus des cellules dites parasitaires ne se laisse pas imprégner par les substances employées habituellement pour la coloration des noyaux. Cela montre qu'il diffère par sa nature des noyaux des cellules épithéliales. Sur quelques préparations, je crois avoir vu une segmentation des noyaux des prétendues cellules parasitaires. A une phase en apparence plus avancée de la segmentation, on voit s'échapper de ces kystes, par diapédèse, des parcelles réfringentes qui pénètrent dans les cellules voisines. Parfois la présence de parasites hypothétiques a pu être constatée dans un lobule de la glande mammaire voisine du carcinome. Dans ces cas, les cellules du lobule paraissent présenter un commencement de dégénérescence cancéreuse.

De la psorospermose chez les lapins.

MM. Sheridan Delépine et **P. R. Cooper** (Manchester) tirent les conclusions suivantes de leurs recherches sur la fréquence et le rôle pathogénique de la psorospermose chez les lapins.

1° Les psorospermies oviformes (*coccidium oviforme*) se rencontrent dans le tube digestif de tous les lapins. Elles se rencontrent aussi fort souvent dans les conduits et la vésicule biliaires. Elles ne provoquent de lésions du foie que dans certains cas dont la fréquence varie dans une proportion de 20 à 90 0/0.

2° Le nombre des coccidies et les lésions hépatiques qu'elles déterminent sont surtout considérables chez les animaux qui pèsent de 600 à 1,200 grammes; ils sont moindres chez les jeunes lapins et moindres encore chez les vieux animaux bien développés. Donc beaucoup de lapins réussissent à se débarrasser du parasite et guérissent complètement de la psorospermose. On trouve en effet, dans le foie des lapins des nodules fibreux souvent calcifiés, contenant des débris de capsules psorospermiques. Ce viscère paraît être sain sous tous les autres rapports.

3° L'état de santé parfaite du lapin semble compatible avec la présence de coccidies — même en nombre considérable — dans le tube digestif. La psorospermose peut toutefois être mortelle.

4° Dans les tissus d'animaux infectés de psorospermose on constate, vingt-quatre à quarante-huit heures après la mort, les signes évidents d'un développement ultérieur des psorospermies.

Athérome et anévrysmes.

MM. J. Coats et **A. Auld** (Glasgow) pensent que les anévrysmes sont dus à plusieurs causes, parmi lesquelles l'atrophie de la tunique moyenne des artères joue le rôle le plus important; cette atrophie résulte le plus souvent de l'athérome. On peut objecter, il est vrai, que l'anévrysme est surtout une affection de la première période de l'âge moyen, tandis que l'athérome s'observe plutôt à un âge plus avancé ou dans la vieillesse. Cette contradiction apparente s'explique par l'intervention d'un autre facteur étiologique: les variations de la tension artérielle. Les anévrysmes s'observent en effet le plus souvent au début de l'âge moyen, lorsque, d'une part, les malades sont encore exposés à l'augmentation de la pression intravasculaire résultant d'une vie active, et lorsque, d'autre part, il existe déjà chez eux une tendance à l'athérome.

De la valeur des inoculations expérimentales de tuberculose pour le diagnostic clinique.

M. Sheridan Delépine. — La méthode des inoculations expérimentales de Villemin devrait être plus fréquemment employée pour le diagnostic des cas douteux de tuberculose chez l'homme. Si, en effet, on les pratique avec les précautions nécessaires et sur des animaux bien choisis, tels que les cochons d'Inde, ces inoculations amènent toujours les mêmes phénomènes caractéristiques. Si on fait une inoculation sous la peau de la face interne de la cuisse d'un cobaye, les ganglions lymphatiques correspondants se prennent en un espace de quinze jours; la rate, le foie, les ganglions lymphatiques du médiastin et de la cavité abdominale sont souvent atteints au bout de trois semaines. Les poumons et les ganglions lymphatiques qui sont restés épargnés au début (ganglions axillaires, cervicaux, lombaires et inguinaux du côté opposé à l'inoculation) sont atteints en dernier lieu. Quand l'infection tuberculeuse s'est ainsi généralisée, on peut encore reconnaître le point d'où le virus a envahi l'organisme; les tuméfactions ganglionnaires sont, en effet, toujours beaucoup plus marquées du côté de l'inoculation que dans la moitié opposée du corps. Or, c'est ce caractère franchement unilatéral de la tuberculose par inoculation qui donne à la méthode sa haute valeur pour le diagnostic.

Les inoculations de crachats tuberculeux frais ou desséchés, de cultures pures ou desséchées de bacilles de la tuberculose et de papiers souillés de crachats provenant de phthisiques ont invariablement donné des résultats positifs.

Et d'un autre côté, des résultats négatifs ont toujours été

obtenus avec les inoculations des divers produits (sucs organiques ou fragments de tissus) d'origine non tuberculeuse.

On peut toujours constater la présence du bacille de la tuberculose dans les organes et les tissus devenus tuberculeux par inoculation expérimentale.

Section de dermatologie.

Traitement du psoriasis par l'administration interne de corps thyroïde en nature et en extrait.

M. Byrom Bramwell (d'Edimbourg). — On obtient des résultats très remarquables dans le psoriasis, par l'administration du corps thyroïde à l'intérieur en substance et sous forme d'extrait. Ce n'est pas par hasard que j'ai été amené à employer ce traitement. J'y ai eu recours en raison de certains effets qu'exerce sur la peau l'extrait thyroïdien dans les cas de myxœdème et de crétinisme sporadique. Chez le premier malade atteint de myxœdème que j'ai traité par l'ingestion de corps thyroïde, j'ai remarqué une desquamation intense de la peau, surtout à la paume des mains et à la plante des pieds. J'ai observé ce même phénomène, mais moins marqué (probablement à cause des doses moins élevées du remède), dans neuf autres cas de myxœdème et trois cas de crétinisme sporadique où j'ai pu suivre avec soin les effets du traitement.

Dans mon premier cas de psoriasis traité par l'ingestion de corps thyroïde, il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans, qui entra le 31 janvier 1893 à « Edinburgh Irfirmary ». La maladie datait de neuf mois. L'éruption avait résisté à tous les moyens employés habituellement contre le psoriasis, y compris les bains; elle recouvrait les faces antérieure et dorsale du tronc, le cuir chevelu, les membres supérieurs du côté des extenseurs et la totalité des membres inférieurs.

La malade avait travaillé dans l'industrie du caoutchouc, mais on n'est pas en droit de supposer que cette occupation ait pu provoquer l'éruption cutanée, car aucune des autres ouvrières employées au même travail n'a été atteinte de psoriasis.

A partir du 4 février, la malade ingéra chaque jour le quart d'un corps thyroïde de mouton cru et coupé en petits morceaux, le tout enveloppé dans du pain à chanter. Au bout de six jours l'amélioration était déjà manifeste. Le 14 février survint une desquamation de la peau du dos en larges lambeaux dont quelques-uns avaient plus de deux centimètres de diamètre; ils mettaient à nu en tombant une peau blanche, lisse et saine en apparence. Le 16 février l'amélioration était encore plus accusée; beaucoup de lambeaux s'étaient détachés et l'aspect inflammatoire de l'éruption avait diminué. Vers le 1er mars, l'éruption avait à peu près disparu; les placards qui subsistaient encore étaient pâles et recouverts de squames superficielles. L'amélioration s'arrêta ensuite et on suspendit alors l'usage du corps thyroïde; on donna de l'arsenic à partir du 1er avril.

Le résultat de ce changement de traitement fut désastreux : l'éruption réapparut immédiatement. Aussi, dès le 12 avril, on supprima l'arsenic et on donna de nouveau du corps thyroïde, dont les effets favorables ne tardèrent pas à se manifester. Le 3 mai, l'éruption avait disparu complètement au cuir chevelu, aux membres et au tronc; le poids du corps avait augmenté de 14 livres. La malade, ne présentant plus trace de psoriasis depuis plusieurs semaines, quitta l'hôpital le 6 juin.

Pendant toute la durée du traitement, elle n'avait présenté aucun trouble général. En dehors de l'ingestion de corps thyroïde, on n'avait employé chez elle aucun traitement autre que l'arsenic, dont l'administration continuée pendant quelques jours avait été suivie d'un effet défavorable.

J'ai revu la malade le 28 juillet. Elle présentait, au niveau du coude gauche, une petite plaque de psoriasis de la largeur d'une lentille. Je lui ai conseillé d'attendre encore un mois avant de commencer un nouveau traitement.

Mon second cas de psoriasis est celui d'une femme de 38 ans. L'éruption, qui datait de sept mois, siégeait sur la tête, les bras, les fesses et les cuisses. Il n'y avait pas d'antécédents syphilitiques. A partir du 10 mai 1893, la malade prit tous les jours cinq gouttes d'extrait thyroïdien. Trois jours après, l'amélioration était déjà notable et, le 24 mai, survenait une desquamation abondante par grands lambeaux. L'amélioration progressa ensuite rapidement, et le 24 juillet, cette dame quittait l'hôpital complètement guérie.

Dans ce cas, comme dans le précédent, la malade est restée au lit pendant les premières semaines du traitement et, en dehors de l'extrait thyroïdien, aucun autre moyen local ou général n'a été employé contre le psoriasis.

J'ai soumis encore au même traitement plusieurs autres sujets atteints d'une forme légère de psoriasis. Chez un de ces malades, qui présentait des attaques épileptiques fréquentes, l'extrait thyroïdien ne produisit aucun effet favorable : le psoriasis ne fit qu'augmenter d'étendue et d'intensité au cours du traitement. Je ne sais si cet insuccès peut être attribué au bromure de potassium que le malade prenait à haute dose.

Dans un autre cas léger de psoriasis, l'effet de l'extrait de corps thyroïde a été également négatif.

Mais, à part ces deux cas, chez tous les autres psoriasiques l'extrait thyroïdien a toujours amené une amélioration manifeste de l'éruption.

M. Stoker (Dundee) a vu, de son côté, l'extrait thyroïdien échouer dans un cas très grave de psoriasis.

Je crois que le traitement par l'injection de corps ou d'extrait thyroïdien mériterait d'être essayé non seulement dans le psoriasis, mais encore dans certaines autres dermatoses. J'ai administré l'extrait thyroïdien dans un cas de lupus et dans un cas d'eczéma aigu. J'ai obtenu dans le premier une amélioration notable et dans le second une diminution de l'irritation inflammatoire.

M. Symons Eccles (Londres). — J'ai observé un cas de psoriasis invétéré dans lequel les injections sous-cutanées de spermine suivant la méthode de Poehl ont paru amener une amélioration notable. Les effets favorables des extraits organiques dans le psoriasis pourraient peut-être dépendre de la présence dans ces extraits d'un ferment d'oxydation.

Section de médecine.

Sur le traitement du myxœdème.

M. George Murray (Newcastle-on-Tyne). — Voici la première malade atteinte de myxœdème que j'ai traitée d'abord par les injections d'extrait glycériné de corps thyroïde, puis par la simple ingestion de cette glande. Il y a deux ans que je l'observe. Elle est complètement guérie. J'ai également obtenu des résultats favorables chez trois autres malades.

M. Oliver (Durham) présente égalementun cas de myxœdème qu'il a traité avec succès par les injections de corps thyroïde.

M. Allison (Newcastle-on-Tyne). — Je vous présente également trois malades atteints de myxœdème, améliorés par l'ingestion de corps thyroïde en substance. Dans un de ces cas, la maladie a débuté pendant la grossesse. Ce fait paraît réfuter cette opinion émise par quelques auteurs, à savoir que le corps thyroïde fœtal exerce une action favorable sur l'état de santé de la mère.

Sir Dyce Duckworth a toujours obtenu de bons résultats, dans les cas de myxœdème, par l'ingestion de corps thyroïde de mouton sous forme de tablettes.

M. Brown. — Comme l'administration de corps thyroïde fait toujours repousser les cheveux chez les malades atteints de myxœdème, on pourrait aussi essayer ce traitement dans les cas d'alopécie commune.

M. Allison. — J'ai précisément essayé ce traitement contre l'alopécie commune, mais les résultats que j'ai obtenus ont été variables.

M. Ord. — Je proteste contre l'usage inconsidéré de corps thyroïde chez les sujets dont l'affection n'a pas de rapports avec les lésions de cette glande. Dans les cas de myxœdème, j'ai vu les cheveux repousser aussi sous l'influence des injections de pilocarpine. En Amérique, quelques résultats remarquables ont été obtenus par la pilocarpine dans les alopécies ordinaires.

Mme Garret Anderson. — Le myxœdème peut guérir parfois spontanément. Une malade que j'ai vue il y a quel-

ques années avec M. Ord est à l'heure actuelle complètement guérie, bien qu'elle n'ait suivi aucun traitement.

Sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

M. C. Stennet Redmond. — Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, bien que connu sous le nom de méthode de Brand (de Stettin), a été, d'après M. Redmond, déjà préconisé et employé en 1787, par un médecin anglais, le docteur Currie (Liverpool). Malgré son origine anglaise, le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids n'est pas actuellement en faveur en Angleterre.

M. le docteur J. Barr (Liverpool) a, dans ces derniers temps, modifié la méthode de Currie-Brand. Il place le malade dans un bain tiède permanent, dont il fait varier la température suivant l'intensité de la fièvre. Tant que la température du malade, prise dans la bouche, reste au-dessus de 39°, celle du bain est maintenue entre 32° et 31°. Dès que la température du malade tend à se rapprocher de la normale, celle du bain est augmentée en conséquence. Sur 71 dothiénentériques ainsi traités, M. Barr n'en a perdu que 2, ce qui constitue une mortalité de 2.81 0/0.

Commotion de la moelle et névrose traumatique.

M. Byrom Bramwell. — On peut répartir les lésions et les affections spinales d'origine traumatique dans les cinq groupes suivants :

1° Le premier comprend les cas dans lesquels les vertèbres sont fracturées ou déplacées et la moelle contusionnée ou comprimée.

2° Le second groupe comprend des troubles survenant après un coup sur le dos, une torsion ou une commotion violente du rachis par suite d'une chute sur les pieds. Ces troubles, souvent graves, ne sont pas nécessairement permanents ; ils se montrent immédiatement après le traumatisme, indiquent une suppression de certaines fonctions de la moelle, mais ne sont pas accompagnés de fractures ni de déplacements des vertèbres.

Les symptômes sont à peu près les mêmes dans ces deux catégories de cas, mais ils peuvent différer comme intensité. Ils indiquent toujours une lésion grave de la moelle, de ses racines ou de ses enveloppes.

3° Dans le troisième groupe se placent les cas où, à la suite d'un coup ou d'une chute sur le dos ou sur les pieds, on voit apparaître les symptômes caractéristiques d'une affection de la moelle ou de ses enveloppes. Ces symptômes surviennent soit immédiatement après l'accident, soit au bout d'une certaine période de temps qui peut être parfois très longue. Cependant, il est rare que l'apparition des symptômes morbides soit tardive ; c'est extrêmement rare après les accidents de chemin de fer.

Les inflammations chroniques des méninges spinales à la suite de coups ou d'une chute sur le dos sont exceptionnelles. La myélite transverse, le tabes et l'atrophie musculaire progressive sont aussi très rarement d'origine traumatique ; ces affections sont particulièrement rares après les accidents de chemin de fer.

4° Dans un quatrième groupe je place les cas dans lesquels un traumatisme direct de la colonne vertébrale, tel, par exemple, que la chute de pierres ou de blocs de charbon sur la région dorsale, provoque l'apparition des symptômes non douteux d'une commotion de la moelle. Les cas de ce genre sont peu fréquents dans la clientèle ordinaire, mais on les observe assez souvent chez les mineurs. Dans certains de ces cas, il se produit une fracture ou une luxation des vertèbres pouvant provoquer l'apparition d'une myélite transverse, une méningite spinale, une paralysie permanente et même la mort. Il arrive plus souvent que les traumatismes du dos chez les mineurs produisent une paralysie passagère de la vessie, ainsi que de la faiblesse et de l'insensibilité également temporaire des membres inférieurs. J'ai pris des informations auprès des médecins exerçant dans les régions minières du Northumberland, de Durham, de l'Ecosse et du pays de Galles et je suis arrivé aux conclusions suivantes relativement aux lésions traumatiques observées chez les mineurs : la chute de blocs de charbon sur le dos produit souvent les symptômes de la commotion spinale ; ces symptômes ne sont que passagers dans la grande majorité des cas ; la commotion spinale ne détermine que très rarement des affections organiques de la moelle ou de ses enveloppes, ainsi que le syndrome de la névrose traumatique.

5° Le cinquième groupe comprend la névrose traumatique dont le syndrome, connu aussi sous le nom de « railway spine », s'observe très fréquemment à la suite d'accidents de chemin de fer, tandis qu'il est relativement rare après les traumatismes ordinaires.

Les symptômes de la névrose traumatique sont pour la plupart purement subjectifs ; ceux d'entre eux qui pourraient indiquer l'existence d'une affection organique du cerveau ou de la moelle sont extrêmement rares.

Leur mode d'invasion et leur évolution sont assez variables. Souvent il y a disproportion entre l'intensité du traumatisme local et la gravité, ainsi que la persistance des troubles qu'il amène à sa suite ; c'est là une particularité très caractéristique des cas de « railway spine ».

Fait remarquable, chez les employés de chemin de fer la névrose traumatique est relativement rare après les accidents. D'autre part, les symptômes de cette affection surviennent moins fréquemment chez les voyageurs ayant été atteints de lésions locales plus ou moins graves, telles que fractures des membres, que chez ceux d'entre eux qui n'ont subi qu'un simple ébranlement général du corps.

Autant que je puis en juger, les symptômes consécutifs aux accidents de chemin de fer sont dus, le plus souvent, à des troubles purement fonctionnels et non à des affections organiques du système nerveux. Cependant la guérison de ces malades est souvent lente. Dans presque tous les cas, les symptômes persistent ou même augmentent d'intensité tant que dure le procès en dédommagement intenté par le malade. Le procès une fois gagné, certains malades se rétablissent rapidement, tandis que, chez d'autres, la guérison ne survient que difficilement. Cependant la plupart des malades finissent par guérir. Les chances de guérison sont d'autant plus grandes que le malade est plus jeune et plus vigoureux ; mais, même dans les cas les plus défavorables, on voit survenir habituellement une amélioration considérable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

1er *semestre* 1893.

Quelques cas de chirurgie pratique.

M. Demons rapporte quelques faits de chirurgie pratique qui lui semblent offrir un certain intérêt.

Ce sont d'abord *deux cas de trachéotomie d'urgence.*

Dans le premier, il s'agit d'une fillette trachéotomisée pour croup depuis une quinzaine de jours. La plaie est cicatrisée, la guérison paraît assurée. Seul, un léger cornage persiste pour lequel le chirurgien continue à visiter son opérée. Un dimanche soir, avant dîner, M. Demons va la voir et la trouve joyeuse, courant au milieu de la chambre. Satisfait de son état, il se retire, son parapluie sous le bras et est reconduit à la porte par la domestique qui tient à la main, pour l'éclairer, une lampe allumée. Tout à coup, se ravisant, la mère court avec sa fille derrière le chirurgien, le priant de regarder encore la cicatrice opératoire. M. Demons, abaissant du doigt le foulard qui enveloppe le cou de l'enfant, s'apprête à faire l'examen désiré, quand, subitement, l'enfant pâlit et tombe sans mouvement et sans vie des bras de la mère affolée qui s'échappe en criant : Ma fille est morte ! M. Demons recommande formellement à la domestique de rester à ses côtés avec la lampe allumée qui seule éclaire cette scène émouvante ; il jette l'enfant sur un fauteuil, sort de sa trousse un bistouri et d'un coup, sans perdre le temps d'enlever le foulard, fend la trachée. Rien n'en sort, ni sang ni air. Retirant de sa trousse une sonde de femme, il l'introduit alors dans la plaie trachéale et pratique une insufflation qui vient seconder la respiration artificielle. Au bout d'un long moment apparaît une première inspiration, semblable à celle des mourants ; puis, peu à peu, une seconde inspiration. La malade enfin respire

et revient à la vie. Au bout de toutes ces manœuvres, le chirurgien s'aperçoit, non sans surprise, qu'il a gardé son chapeau sur la tête et son parapluie sous le bras. La mère a conservé de cette épreuve une impression si cruelle que pendant trois ans elle a voulu qu'on laissât la canule à demeure. Il n'en est résulté qu'une petite fistulette précervicale, grosse comme une tête d'épingle.

Conclusions : 1° Le chirurgien doit toujours avoir sa trousse sur lui;

2° Si la domestique s'en fût allée avec sa lampe, elle eût laissé dans l'obscurité l'enfant morte et le chirurgien impuissant à lui porter secours.

Second cas. Un dimanche encore, après déjeuner, M. Demons part voir un malade, cette fois sans sa trousse. Au moment où, de retour, il va rentrer chez lui, il est abordé par un monsieur qui sort effaré d'une voiture et le prie de venir trachéotomiser un de ses parents qui étouffe. Le médecin de ce malade est absent dans le moment, mais il a donné ses instructions pour que tous les instruments nécessaires à la trachéotomie fussent procurés chez M. Gendron. Ces instruments sont prêts, il n'y a qu'à s'en servir. M. Demons arrive chez le patient et le trouve étendu sur un canapé, mourant. Mettant aussitôt la main sur les instruments placés à sa portée, il ne trouve parmi eux aucun bistouri. Cet instrument avait été égaré par la famille. Lui-même, sans trousse, n'a pas de bistouri sur lui. Prenant alors une paire de ciseaux, il ponctionne la trachée avec la lame pointue et, par le rapprochement de la seconde lame, il sectionne la paroi trachéale. L'extrémité d'un soufflet est alors immédiatement introduite dans la plaie et des insufflations énergiques sont effectuées par une des personnes présentes, pendant que le chirurgien fait la respiration artificielle. Le malade revient à la vie. Il vécut encore un jour.

Morale : Avec une paire de ciseaux et un vulgaire soufflet, on peut trachéotomiser et faire revivre un moribond.

M. Demons cite un *cas instructif de cathétérisme* dont il a été le témoin il y a quelque temps. Appelé à la campagne pour faire uriner un vieux prostatique, il arrive auprès du malade quand celui-ci était soulagé. Après avoir subi pendant tout un jour les cathétérismes répétés de trois médecins, le patient avait fini par uriner. Deux médecins, tout d'abord, avaient inutilement introduit une sonde dans la vessie et persistaient dans leurs manœuvres infructueuses quand, par aventure, vint à passer dans la localité un troisième confrère qui fut invité à leur prêter main-forte. Celui-ci, mieux avisé, retira la sonde d'où rien ne sortait et l'examina. Elle était obstruée d'un bout à l'autre par un long coagulum sanguin, résultat de cathétérismes antérieurement pratiqués par le malade lui-même. Une sonde perméable est alors introduite et l'urine aisément s'écoule, à la grande satisfaction du malade, mais au grand désappointement des deux autres médecins. La leçon était facile à donner, mais dure à recevoir.

Dans une circonstance, il s'agissait d'une erreur commise par M. Demons lui-même. Une vieille dame très grasse vint le consulter pour une *tumeur de l'abdomen située au-dessus de l'ombilic*. Cette tumeur paraît profonde, vaguement fluctuante et donne issue par la ponction à un liquide trouble. M. Demons pense à un kyste mésentérique; vu la gravité de l'intervention dans le cas actuel, il renvoie la malade en lui conseillant de patienter jusqu'au moment où la tumeur viendrait à augmenter. Au bout de quelque temps, la tumeur s'était beaucoup accrue et la malade, décidée à se faire opérer, vint à Bordeaux. Incision sus-ombilicale de la paroi abdominale, dénudation du kyste, recherche du pédicule qui tient à l'utérus. Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. La méprise venait de ce que la paroi abdominale, très flasque et très adipeuse, était retombée, entraînant avec elle l'ombilic au-devant du pubis. Le kyste avait paru sus-ombilical, il fut pris pour un kyste du mésentère. En réalité, il avait une origine pelvienne et son point de départ dans l'ovaire. Cette erreur de diagnostic entraînait à la fois une erreur de pronostic et de traitement; gravité très grande de l'intervention et abstention dans le cas de tumeur mésentérique; au contraire, avec le kyste de l'ovaire, opération indiquée d'emblée et facilement suivie de guérison, comme chez cette malade.

M. Dudon tient à rappeler deux erreurs de diagnostic dont il a été le témoin à Paris en 1867.

Dans un cas, il s'agissait d'un homme porteur, au niveau du troisième espace intercostal gauche, d'une énorme plaie au milieu de laquelle émergeait un corps dur, noirâtre, pris par le chef de service et son entourage pour un *séquestre du sternum*. On donne du chloroforme, on agrandit la plaie, on saisit le séquestre avec des pinces, on le retire; ce n'était point un os, mais un morceau de fer. Une fois éveillé, le patient raconte que, pendant la guerre de Crimée, il avait reçu au cou un éclat d'obus qui devait être le corps étranger retiré par l'opérateur. Cet éclat d'obus était descendu de la région cervicale, avait traversé impunément le médiastin antérieur et, sans porter aucun dommage aux organes importants de la région, était venu se faire jour à la partie antérieure de la poitrine. L'erreur du diagnostic parut grossière. Elle était précisément due à ce que le corps étranger était trop apparent. S'il eût fallu aller à sa recherche avec un stylet au fond d'une plaie étroite, le choc de l'instrument eût donné lieu à une résonnance métallique. Ici, on s'était contenté de le toucher du doigt; de là l'erreur du chirurgien et de ses élèves.

Le même jour, dans le même service, le même chirurgien opérait un garçon de vingt ans pour une tumeur du premier espace intermétacarpien de la main droite. Grosse comme une cerise, elle ressemblait à un *kyste sébacé*. Incision, dissection de la tumeur. Celle-ci tenait en haut et en bas. On la libère après ligature; c'était un anévrysme de l'artère radiale.

Automatisme ambulatoire de nature hystérique.

M. Régis présente une malade atteinte d'automatisme ambulatoire de nature hystérique.

Après avoir rapporté en détail l'observation et insisté sur les particularités principales, M. Régis montre la malade qui en fait l'objet. On peut voir nettement qu'à l'état ordinaire elle a perdu le souvenir de sa fugue; tandis que, plongée dans le sommeil hypnotique, elle le recouvre entièrement.

M. Pitres prie M. Régis de constater si la malade endormie a également recouvré le souvenir des attaques d'hystérie qui ont suivi son accès d'automatisme ambulatoire.

La malade, interrogée, fournit des indications précises jusqu'à la période d'aura, mais elle n'a pas la moindre notion de la phase convulsive de l'attaque.

Plusieurs membres de la Société demandent à M. Régis de suggérer à la malade de conserver au réveil le souvenir de sa fugue.

M. Régis procède à cette suggestion, mais la malade, une fois réveillée, revient à son état d'amnésie antécédente.

M. Pitres. — Le fait que vient de nous montrer M. Régis est un cas très intéressant d'automatisme ambulatoire hystérique, avec rappel dans l'état hypnotique du souvenir de l'accès, perdu à l'état normal.

Les cas de ce genre, bien qu'encore relativement peu nombreux, sont aujourd'hui assez connus et les travaux récents ont montré qu'ils se séparent nettement, par leurs caractères, des cas plus ou moins analogues que l'on observe dans l'épilepsie ou la neurasthénie.

Dans l'épilepsie, l'automatisme ambulatoire est une sorte d'exagération de ces mouvements de propulsion à la marche qui se rencontrent chez beaucoup d'épileptiques au sortir de leurs attaques. Mû par une force aveugle, irrésistible, qui le pousse en avant, l'épileptique part sans savoir pourquoi ni où il va. Il n'a pas conscience de ce qu'il fait, et n'en garde pas le souvenir.

Dans la neurasthénie, le malade obéit à quelque ennui, à quelque préoccupation qu'il veut éviter. Il sait très bien ce qu'il fait et où il va; il a conscience de ses actes.

Quant aux accès d'*automatisme ambulatoire hystérique*, ils présentent ceci de particulier, qu'ils sont accomplis dans un véritable état de somnambulisme durant lequel l'individu marche, parle, agit, comme s'il était pour ainsi dire dans son état ordinaire. Le souvenir, perdu à l'état de veille, reparaît intact dans le sommeil hypnotique.

Le premier fait de ce genre appartient à M. Proust. Il est relatif à un avocat de Paris qui, dans son accès, s'en va à Troyes et revient au bout de trois jours à Paris, ne sachant ce qui s'est passé et se demandant ce qu'il a bien pu faire pendant ce temps-là. Bientôt il reçoit notification d'une condamnation pour escroquerie prononcée contre lui par défaut.

Quel délit de ce genre avait-il bien pu commettre ? Il n'y peut rien comprendre. M. Proust a alors l'idée de l'hypnotiser, le questionne et reçoit du sujet hypnotisé les renseignements suivants : Parti d'un café situé en face du Palais de Justice, il a pris le train pour Troyes, est descendu à tel hôtel où il a laissé son pardessus et n'a pas payé sa note. Il est allé jouer, a perdu, a joué sur parole, etc. Ces faits, vérifiés, furent reconnus exacts.

M. Pitres ajoute que les malades de ce genre peuvent ne pas avoir d'attaques d'hystérie. Mais un examen attentif montre qu'ils ont des stigmates irrécusables de cette névrose.

M. Régis demande à M. Pitres s'il croit que l'accès d'automatisme ambulatoire chez sa malade fait partie intégrante de l'attaque hystérique ou s'il en est indépendant ; en un mot, s'il s'agit là d'un accès de somnambulisme à forme ambulatoire, suivi d'attaques d'hystérie, ou bien, au contraire, d'un accès d'automatisme ambulatoire constituant une phase d'hypnose préconvulsive de l'attaque, comme cela a lieu pour la phase d'hypnose post-convulsive.

M. Pitres. — Je ne suis pas fixé sur ce point, mais je crois plutôt que les attaques d'hystérie ont simplement suivi l'accès d'automanisme ambulatoire.

M. Régis. — On peut donc tirer cette conclusion, qu'il s'est agi, chez cette femme, d'un accès de somnambulisme à forme ambulatoire et que cet accès de somnambulisme s'est terminé par des attaques d'hystérie.

Volumineux calcul de l'urèthre.

M. Loumeau lit une observation qui lui a été communiquée par le **Dr Darlan**, d'un homme de 67 ans, marié, sans enfants ; il est fort, de bonne santé habituelle. Sa seule maladie a consisté à éprouver, depuis sa naissance, de grandes difficultés pour uriner. Jamais il n'a pissé à plein jet, à cause, dit-il, de l'étroitesse du méat. Quand arrivait le besoin d'uriner, il sentait que l'urine remplissait d'abord une poche au-dessous du gland. Cette poche une fois remplie, l'urine apparaissait au dehors, mais ne s'évacuait entièrement qu'aidée par la main du patient, qui exerçait d'arrière en avant une compression énergique de la verge. Ainsi s'achevait péniblement la miction.

L'éjaculation n'était pas moins laborieuse. Dans le paroxysme du coït, le sperme ne sortait pas. C'est après, une fois la verge flasque et hors du vagin, que l'éjaculation se faisait, dans sa chemise, de la piteuse manière précédemment indiquée pour l'évacuation de l'urine.

D'ailleurs, jamais de coliques néphrétiques, jamais non plus de sang ni de pus dans les urines.

Depuis quatre ans, la gêne de la miction est devenue beaucoup plus grande, en même temps que la verge augmentait de volume. Un corps dur s'est formé dans le canal, qui rend de plus en plus difficile l'arrivée de l'urine au méat. Bientôt, des fistules s'établissent au-dessous du pénis, et c'est par là que va passer à peu près toute l'urine, dont quelques gouttes seulement arrivent jusqu'au bout du canal.

A ces troubles chaque jour plus douloureux de la miction est venu se joindre un changement considérable dans la forme et la consistance de la verge. Celle-ci est constamment dure, comme traversée par une tige rigide qui lui impose, au lieu de la direction pendante d'autrefois, une direction horizontale, à légère concavité supérieure. Ainsi, chez ce pauvre diable, se trouve réalisé bien prosaïquement un idéal rêvé par certains poètes : celui de l'érection perpétuelle.

Cette nouvelle attitude de l'organe est également pénible le jour et la nuit. Le jour, le malade est obligé de se munir d'un sac de cuir qui gante la verge contre le frottement douloureux de ses instruments de travail et même de son pantalon. La nuit, il matelasse la partie supérieure de ses cuisses rapprochées d'une épaisse couche de linge qui supporte le pénis, devenu sans cela trop lourd et rendant tout sommeil impossible.

Le corps rugueux que le malade sent dans son canal était d'abord mobile : on pouvait à volonté le faire avancer et reculer. Depuis un an, il est à peu près fixe et remplit entièrement le calibre de l'urèthre. De là, les désordres croissants de l'excrétion urinaire.

Il y a deux mois surtout que la situation est intolérable. Tout travail est supprimé, les douleurs de la verge sont atroces et continues ; la miction, chaque jour plus gênée, en est arrivée au point que maintenant la rétention est complète. La vessie, distendue, remonte à l'ombilic.

Le méat est rétréci et admettrait difficilement une bougie n° 9. Quatre fissures s'en échappent et lui donnent la forme d'un H à branches latérales divergentes en haut et en bas.

En saisissant la verge à pleine main, on la sent alourdie et durcie par un corps résistant, qui bourre le canal, et dont l'extrémité antérieure apparaît au méat sous l'aspect caractéristique d'un calcul. C'est l'effort incessant du calcul en avant qui a fissuré l'orifice uréthral en quatre points. Tel le col utérin se déchire au moment de l'accouchement pour livrer passage au fœtus.

A la partie inférieure du gland, l'urèthre est plus proéminent que dans le reste de la verge. La fosse naviculaire paraît contenir la partie la plus volumineuse du calcul.

Une indication pressante s'impose : faire pisser le malade immédiatement. Tout accès étant fermé du côté de l'urèthre, M. Darlan ponctionne la vessie au-dessus du pubis, et arrête l'écoulement dès que le malade se sent soulagé. Se tournant alors du côté du calcul, le chirurgien s'apprête à l'extraire en complétant la dilatation du méat commencée spontanément. Il introduit pour cela une petite pince à forcipressure fermée dans l'urèthre, où elle repousse un peu le calcul. Puis les deux mors de l'instrument sont écartés de manière à élargir davantage la porte de sortie. La pince est alors retirée ; le calcul la suit et se montre au dehors où M. Darlan le saisit avec les doigts et très habilement le retire tout entier. Un flot d'urine jaillit, inondant le lit et l'opérateur. Une petite hématurie l'accompagne qui, en quelques instants, s'arrête d'elle-même.

Le chirurgien se met en mesure de faire dans le canal et la vessie des lavages boriqués et de placer une sonde à demeure pour quelques jours. Mais le malade, dédaigneux de ces soins qu'il juge superflus, se refuse à tout et prie M. Darlan de ne plus repasser, *pour ne pas augmenter les frais.* Des bains de siège, des lotions à l'eau de mauve suffiront à le guérir.

Revu trois ans plus tard, — il y a de cela quelques semaines, — l'opéré, âgé de soixante-dix ans, est en excellent état. Il urine à merveille et ne souffre plus.

La verge a la flaccidité qui convient à cet âge. Aucune trace de calcul. Le prépuce, complètement soudé au gland, le recouvre presque en totalité, à l'exception d'une surface arrondie, large comme une pièce de cinquante centimes. Le limbe préputial est mince et présente l'aspect d'un tissu cicatriciel blanchâtre. Au centre de cette surface est le méat très dur. On y retrouve de chaque côté, en haut et en bas, quatre prolongements cicatriciels, consécutifs aux éraillures produites par l'extraction du calcul. Sous le gland existe une cicatrice transversale, longue d'un centimètre. Elle a remplacé le trajet fistuleux qui correspondait au point le plus déclive de la fosse naviculaire, habitée elle-même par la grosse saillie du calcul.

Le calcul a la forme d'un fuseau granuleux à sa surface. Il se moulait parfaitement sur les parois du canal. Sa longueur est de 8 cent. 1/2, sa circonférence de 7 cent. Il présente un renflement qui occupait la fosse naviculaire ; sa coupe longitudinale est blanchâtre. L'analyse chimique montre qu'il contenait en proportion décroissante :

1° Du phosphate de chaux tribasique ;
2° Du phosphate ammoniaco-magnésien ;
3° Une matière animale azotée sans urates.

Pour la pathogénie, il s'agissait d'un *calcul de l'urèthre pénien*, à la formation duquel trois facteurs principaux avaient concouru : l'atrésie congénitale du méat, la dilatation de la fosse naviculaire qui en fut la première conséquence, enfin, l'apparition et l'arrêt dans cette fosse naviculaire dilatée d'un noyau d'oxalate de chaux. Ce noyau, qui n'a pu franchir le méat, a constitué, dès son arrivée dans le canal, un calcul d'origine extra-uréthrale, ce qu'on appelle un *calcul migrateur*. Bientôt, et de la manière indiquée si clairement par le chimiste autorisé dont nous avons invoqué l'appui, le calcul initial a amorcé l'encroûtement calcaire. Il s'est entouré sur place de couches phosphatiques secondaires qui, par leur importance prépondérante, en ont fait un *calcul autochtone*, c'est-à-dire un calcul auquel on peut assigner en définitive une origine uréthrale.

La malformation congénitale de son méat, cause de tout le mal, fut d'ailleurs, pour ce malade, la source de bien d'autres ennuis.

Avant l'apparition du calcul, c'est la gêne mictionnelle. L'excrétion urinaire se faisait en deux temps : arrivée de l'urine vésicale dans la poche naviculaire; évacuation consécutive de cette poche, ressemblant à une deuxième petite vessie, placée sur le trajet de l'urèthre, en arrière du méat. Grande gêne encore du côté des fonctions génitales dont nous avons signalé les tristesses au double point de vue de l'acte lui-même et de la fécondation.

Après la formation du calcul, apparaissent les accidents qui lui sont propres et sur lesquels nous reviendrons dans un instant.

Ce calcul uréthral s'est accru, suivant la règle, d'avant en arrière, par l'extrémité sans cesse en contact avec l'urine. De là, la situation classique du noyau au pôle antérieur et la disposition des strates phosphatiques se superposant plus épaisses et plus allongées vers l'extrémité postérieure.

Le *volume* de ce calcul n'est pas le côté le moins intéressant de son histoire. Il est bien rare, en effet, d'en observer de plus gros et même de pareils. Ce sont alors de véritables exceptions que les auteurs se plaisent à reproduire à titre de curiosités.

Des rapports de l'œil avec l'épilepsie.

M. Martin lit un travail dont la première idée lui a été inspirée par les travaux de Stevens. Après avoir fait une analyse succincte de l'ouvrage de cet auteur, il donne ses résultats :

Sur 67 épileptiques de tout âge et de tout sexe qu'il a examinés, il a trouvé 58 yeux hypermétropes, soit 50 0/0; 44 emmétropes, soit 38 0/0; et 14 myopes, soit 12 0/0.

Ces résultats diffèrent un peu de ceux de Stevens, qui a trouvé 60 0/0 d'yeux hypermétropes, mais se rapprochent davantage de ceux du docteur Herrenheiser, de Prague, qui n'en a trouvé que 56 0/0.

Mais le principal but que s'est proposé le docteur Martin, c'est d'étudier l'influence de l'astigmatisme sur la production de l'épilepsie et non celle de l'hypermétropie. D'après une statistique portant sur 3,000 yeux, il a été amené à conclure que l'astigmatisme cornéen des épileptiques n'est ni plus fréquent, ni plus intense que celui des bien portants, et que, par conséquent, l'astigmatisme cornéen ne peut être considéré comme un facteur de l'épilepsie. Des recherches sur l'astigmatisme cristallinien l'ont amené à conclure qu'il ne pouvait pas non plus être considéré comme un facteur de l'épilepsie.

M. Martin a ensuite traité des malades par des instillations de sulfate d'atropine au 1/200, qui n'ont pas l'air de modifier la fréquence ni l'intensité des attaques. Un traitement par des verres correcteurs n'a pas non plus donné de meilleurs résultats, contrairement à ce que dit Stevens dans son ouvrage.

Opération d'hydronéphrose intermittente.

M. Pousson lit l'observation d'une femme de 25 ans, réglée à 17 ans, toujours bien portante. Elle est atteinte depuis six ans d'une fistule vésico-vaginale à la suite d'un accouchement avec application de forceps.

A 22 ans elle fut prise tout à coup et sans cause appréciable de sa première crise douloureuse. Cette crise, survenant en dehors de la période menstruelle, se traduisit par des douleurs tolérables au début, siégeant sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, pour gagner bientôt la région lombaire droite. La douleur augmenta peu à peu d'intensité pour atteindre son apogée au bout de deux ou trois heures. A ce moment, les douleurs furent tellement vives que la malade se roulait sur son lit. Pendant toute la durée de la crise, le ventre se gonfla surtout à droite et devint dur. La malade eut des nausées, mais pas de vomissements; l'urine s'écoula du vagin goutte à goutte, comme à l'habitude, mais fut un peu sanglante.

Plusieurs tentatives faites dans le but de guérir sa fistule vésico-vaginale sont restées sans succès. Une dernière tentative en décembre est suivie de guérison complète. La malade a eu à plusieurs reprises des crises semblables à la précédente. Jamais elle n'a eu de sable dans ses urines.

Le 30 avril le docteur Pousson pratique un examen de la malade sous le chloroforme. Rien dans le flanc gauche. La palpation du flanc droit révèle l'existence dans cette région d'une tumeur volumineuse, occupant tout l'espace compris entre la douzième côte et la crête iliaque; elle est rénitente, sonore à la percussion superficielle et submate à la percussion profonde; elle suit les mouvements de la respiration; elle est ovoïde et lisse à sa surface. La loge rénale paraît vide et dépressible.

En présence de ces constatations, on pense avoir affaire à un rein flottant et probablement hydronéphrotique. A partir de ce jour, on recueille avec soin les urines.

Le 1er mai, la malade rend dans les 24 heures 550 grammes d'urine, fortement teintée en rouge, ne laissant se former qu'un léger dépôt, mais ayant une odeur forte; ni albumine, ni sucre; urée, 8 grammes par litre (?): au microscope, grande quantité de globules rouges, très peu de globules blancs, pas de tubes, quelques éléments sphériques, cristaux d'acide urique en assez grande quantité, pas de bacilles de la tuberculose.

A partir de ce moment, les urines deviennent de plus en plus rares, de 250 à 400 grammes par jour. Elles sont teintées de rouge; l'état général est toujours mauvais.

A partir du 15 juin cependant l'état général s'améliore, les urines atteignent le chiffre de 600 ou 700 grammes. L'intervention est décidée.

Le 21 juillet, M. Pousson fait une incision de six centimètres parallèle à la masse sacro-lombaire. Le rein est volumineux mais parfaitement sain. Il est fixé par deux fils de catgut à une boutonnière musculaire faite dans la masse lombaire, et par un fil de soie au périoste de la douzième côte.

Les suites opératoires ont été normales. Pas de fièvre. Urines un peu sanguinolentes les premiers jours. Peu à peu la malade reprend les forces; aujourd'hui elle est parfaitement guérie et peut se livrer à ses occupations d'ailleurs très pénibles.

Des thoracentèses réitérées dans les hydrothorax d'origine cardiaque et rénale.

M. Davezac dit qu'il a été souvent frappé de l'inertie volontaire à laquelle se condamnait trop souvent le médecin en présence des hydrothorax cachectiques, dus soit à une lésion du cœur, soit à une affection rénale. L'épanchement pleural croissait de jour en jour et le patient, relégué au fond de la salle d'hôpital, succombait bien des fois à la gêne respiratoire provoquée par l'hydrothorax. La thoracentèse ne pouvait-elle donc être appliquée à titre de soulagement ?

C'est ce qu'a fait M. Davezac et, dans deux cas bien nets, la survie fut certainement due à la thoracentèse.

Le premier est relatif à un cardiaque en proie à une orthopnée intense due à un double hydrothorax. Une première thoracentèse amena un soulagement immédiat. De nouvelles thoracentèses, pratiquées sitôt que la dyspnée devenait menaçante, furent réitérées un nombre considérable de fois, grâce auxquelles le malade vécut encore toute une année.

Dans le second cas, il s'agissait d'un albuminurique arrivé à la dernière période : ascite, hydrothorax double, commencement de coma urémique. Comme chez le premier malade, M. Davezac ponctionna les plèvres jusqu'au retour des fonctions respiratoires normales. De nouvelles dyspnées étaient ensuite soulagées par le même moyen, qui permit au malade de vivre plusieurs mois encore.

M. Lépine, dans un des derniers numéros de la *Semaine médicale*, se déclarait partisan de cette application palliative de la thoracentèse. M. Davezac a cru devoir communiquer à ses collègues deux faits personnels corroborant l'opinion de M. Lépine sur l'opportunité des thoracentèses répétées dans les cas d'hydrothorax rénal ou cardiaque.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE DE BORDEAUX

Abcès du sinus maxillaire.

M. Ferron. — Le soldat B..., du 49e régiment d'infanterie, est entré dans mon service le 30 janvier 1893. Il fut atteint le 1er août de douleurs dentaires plus particulièrement localisées aux première et troisième molaires du maxillaire supérieur gauche et se propageant vers l'œil gauche.

Une tuméfaction accompagnée de rougeur, de chaleur, de douleur, occupait toute la joue gauche.

L'avulsion des deux dents, pratiquée le 8 août, exaspéra les douleurs.

A l'infirmerie, du 9 août au 7 septembre, B... continua à souffrir ; une collection s'ouvrit presque spontanément à l'angle interne de l'œil gauche.

L'attouchement à l'aide d'un stylet suffit pour livrer passage à une assez grande quantité de pus.

A l'hôpital de Bayonne, du 7 septembre au 10 janvier, on procéda à des pansements antiseptiques; on appliqua un vésicatoire sur la région temporale.

On explora les voies lacrymales qui furent trouvées libres.

Envoyé en congé de convalescence le 10 janvier, il se présenta à M. le professeur Badal qui voulut bien m'adresser ce soldat.

Le 30 janvier, à son entrée à l'hôpital militaire, on remarque ce qui suit :

A l'angle interne de l'œil gauche, l'orifice d'un trajet fistuleux d'où s'échappe du pus ; une légère saillie du globe oculaire, de la kérato-conjonctivite, du myosis.

Le maxillaire supérieur ne présente aucune déformation.

La pression n'est douloureuse qu'à l'angle interne de l'œil. Les conduits lacrymaux sont libres. On ne rencontre aucune lésion du fond de l'œil, bien que le malade déclare la vision affaiblie de ce côté. Un stylet porté dans le trajet fistuleux, pénètre dans les tissus, réveillant un point douloureux au niveau de la première molaire, et rencontrant profondément en arrière un point qui paraît dénudé.

Le 4 février, l'éclairage buccal, pratiqué par M. le docteur Thomas, accuse un certain degré de plénitude du sinus gauche.

Le 5, j'ouvre le sinus par la voie buccale au niveau de la dépression correspondant à la troisième molaire. Il ne sort pas de pus. Deux stylets plongés dans le sinus, l'un par l'ouverture préorbitaire, l'autre par celle que j'ai faite, se rencontrent.

Des lavages boriqués chassent par le nez du liquide purulent infect, mais le liquide injecté par en haut ne passe pas par la voie alvéolaire qui est drainée à l'aide du clou de Scarpa.

Les injections quotidiennes ont diminué la quantité de pus qui venait irriter l'œil ; elles continuent à sortir par le nez, entraînant du liquide purulent ainsi que de petites masses jaunâtres caséeuses, qui ont été considérées comme caractéristiques de l'abcès du sinus maxillaire.

C'est ce diagnostic que j'ai porté, en faisant toutefois des réserves, surpris de ne pas voir le pus se diriger vers l'orifice pratiqué à travers l'alvéole. Je demande donc à la Société de vouloir bien m'éclairer sur le cas présent.

M. Moure admettrait l'hypothèse d'une ethmoïdite nécrosante qui se serait ouverte dans le sinus maxillaire, tandis que, selon **M. Badal**, le point de départ pourrait être une dacryocystite.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

1er *semestre* 1893.

Etudes sur la variole.

M. Combemale a étudié la mortalité et la cause de la mort chez les varioleux. Sur 319 cas observés pendant la dernière épidémie à l'ambulance de la rue Racine, 44 ont été suivis de mort, soit une moyenne de 14 pour 100. Lorsqu'on établit des distinctions, on voit que chez les enfants la mortalité est de 30 pour 100, chez les hommes de 9,4 pour 100 et de 9,17 pour 100 chez les femmes.

Sur les 44 décès, il y en a eu 12 pour lesquels on n'a pu établir cliniquement les causes de la mort; 6 malades ont succombé à une variole hémorrhagique; 7 à la bronchopneumonie ; 9 à une suppuration prolongée.

Enfin la confluence de l'éruption a tué 4 malades ; 3 enfants ont été emportés par des accidents méningés, et une femme est morte de métrorrhagie.

Dans une autre communication, M. Combemale a parlé de certaines localisations curieuses de l'éruption variolique.

Il a d'abord vu des malades chez qui l'éruption était beaucoup plus abondante aux bras et à la poitrine qu'à la face.

Il cite ensuite plusieurs cas d'éruption dans des parties du corps qui sont plus particulièrement le siège d'une fatigue ou d'une irritation quelconque, par exemple les avant-bras et les mains chez les blanchisseuses, les seins chez les nourrices ; les parties du corps sur lesquelles on a appliqué de la teinture d'iode, de l'eau sédative, etc. Des exemples semblables sont, d'ailleurs, assez fréquents.

Mais il insiste plus particulièrement sur une troisième classe d'éruptions anormales développées sur les téguments qui ont eu à subir une irritation aiguë ou chronique. Par exemple, l'aisselle droite chez les prestidigitateurs ; l'avant-bras et l'aile du nez du côté droit chez un limeur, endroits que les éclats de fer frappaient le plus facilement, ou bien les cicatrices soit anciennes, soit récentes. Il n'est pas, d'ailleurs, nécessaire que les téguments aient subi une solution de continuité. Il a trouvé, en effet, des éruptions confluentes dans une entorse ou une contusion quelconque.

Cardiolithe.

MM. Combemale et **Léon Gaudier** présentent un cardiolithe, trouvé dans le ventre d'une femme atteinte de mal de Bright et morte d'urémie.

Du vivant de la malade, on avait noté un souffle rude au 1er temps à la pointe, ce souffle s'entendait principalement sur une ligne allant de l'appendice xiphoïde au mamelon gauche, et ne s'étendait pas vers l'aisselle ; il y avait de plus de l'intermittence du cœur, mais ce souffle et cette intermittence avaient été rapidement atténués par la digitale.

Pendant son séjour dans le service, la malade se plaignit aussi d'une douleur continue à la région précordiale.

A l'autopsie, on trouve dans l'infundibulum de l'artère pulmonaire une concrétion dure, inégale, ressemblant à un osselet ; cette concrétion, du volume d'un haricot, affecte la forme d'une pyramide renflée à sa base et aplatie d'avant en arrière au sommet. Elle est située à un centimètre en dessous des valvules sigmoïdes, et elle repose dans une petite fossette à parois nacrées, creusée dans la paroi correspondante du bord droit du cœur ; la base de cette pyramide est attenante au cœur par un petit tendon.

Le cœur était volumineux, surchargé de graisse, et présentait des plaques athéromateuses sur l'aorte, l'artère pulmonaire, la valvule mitrale qui était atteinte d'insuffisance légère.

Calculs biliaires.

M. Delbreil présente une série de calculs de la vésicule biliaire d'une femme de 72 ans morte d'hémorrhagie cérébrale.

Ces calculs, du poids total de 19 gr. 350 et au nombre de 35, sont de grosseurs différentes ; les uns, les plus nombreux, pèsent en moyenne 6 centigr., ils sont de forme polyédrique, à surfaces lisses : les autres, au nombre de 7, dont l'un du poids de 704 milligr., ont la même forme et présentent les mêmes surfaces polies.

Le plus gros, du poids de 9 gr. 385, de forme ovoïde, dépasse le volume d'un œuf de pigeon. Il se trouvait enclavé dans le canal cholédoque et n'avait jamais provoqué d'accidents. Les pôles sont lisses parce qu'ils se trouvaient en contact, l'inférieur avec des calculs contenus dans la vésicule, le supérieur avec d'autres calculs ayant déjà pénétré dans le canal cholédoque.

L'analyse chimique n'a pas été faite, mais, à l'aspect extérieur, les calculs semblent formés de cholestérine.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE MÉDICALE

Phlegmatia alba dolens et bacille typhique dans la fièvre typhoïde, par P. Haushalter, agrégé à la Faculté de Nancy.

Pendant quelque temps, à la suite de Virchow, on admit que certaines conditions mécaniques, ralentissement ou stase du sang veineux, jointes à des altérations de la crase sanguine, et à l'action d'un ferment inconnu sur la fibrine, étaient suffisantes à déterminer la localisation de la thrombose veineuse. La vieille théorie de la phlébite antérieure au caillot fut délaissée jusqu'au jour où de nouveaux travaux, de nouvelles expériences, vinrent démontrer, dans toute thrombose veineuse, la réalité d'une lésion de la veine.

C'est bien l'altération primitive de la paroi interne de la veine qui détermine la coagulation de la fibrine : cette altération est constante (Renaut, Cohnheim, Troisier, Widal, Vaquez, etc.); la propriété de précipiter la fibrine appartient à la paroi endothéliale altérée de la veine, comme elle appartient à toute surface recouverte d'un épithélium modifié. Cette précipitation de la fibrine sous forme de caillot blanc est précoce; elle se fait dès le début de l'installation du thrombus; le caillot rouge, le caillot cruorique, est d'ordre purement mécanique; il se fait dans la portion de la veine où la colonne sanguine est immobilisée.

Si l'endophlébite est nécessaire, elle n'est pas suffisante pour la coagulation : un autre élément indispensable intervient ; c'est le ferment — une diastase probablement — qui, formé au niveau de la paroi modifiée, détermine aux dépens du fibrinogène du sang la précipitation de la fibrine concrète ; l'origine de ce ferment est obscure : provient-il de l'altération des hématies, des leucocytes ou des hématoblastes, au contact de la paroi veineuse malade ?

L'altération générale de la crase sanguine (cachexies), la disposition de certains plans aponévrotiques (arcade crurale), peuvent expliquer, jusqu'à un certain point, la prédisposition aux coagulations, ainsi que la localisation du trombus : mais ces conditions ne sont que circonstances adjuvantes; il suffit à ce sujet de rappeler l'expérience de Baumgarten (1), vérifiée par Vaquez (2) : quand on opère avec les précautions antiseptiques suffisantes, quand la tunique interne de la veine n'est pas lésée, on peut chez le chien, après avoir fait la ligature d'un segment de veine, constater que le sang contenu dans ce segment n'a pas cessé d'être liquide au bout de plusieurs semaines et même de plusieurs mois.

Des recherches modernes ont démontré plusieurs fois, dans la paroi des veines altérées, et dans le caillot fibrineux adjacent la présence de microbes pathogènes; Chantemesse (3) dans un cas de phthisie pulmonaire, y a décelé le bacille tuberculeux ; chez des femmes atteintes de phlegmatia dolens d'origine puerpérale, Widal (4) et nous-même (5) avons par la culture ou les procédés de coloration décelé le streptocoque au niveau des vaisseaux thrombosés; Vaquez, dans cinq cas de phlegmatia, a trouvé dans les parois veineuses quatre fois des microbes pyogènes vulgaires, et dans un cas de tuberculose, le bacille de Koch.

(1) *Berlin. klin. Wochensch.*, 14 juin 1886.
(2) Vaquez, *De la thrombose cachectique.* Thèse de Paris, 1890.
(3) In thèse Widal.
(4) Widal, Etude sur l'infection puerpérale et la phlegmatia alba dolens. Thèse de Paris, 1889.
(5) Haushalter, Recherches bact. dans quelques cas d'infection puerpérale. *Rev. méd. de l'Est*, 1888.

Dans ces cas, on peut supposer que l'altération de la veine a été déterminée par la présence des microbes, généralement cause et témoin d'une infection secondaire, dont la plegmatia n'est qu'un des effets.

C'est comme effet d'une infection, et en particulier d'une *infection secondaire*, qu'on paraît envisager la phlegmatia des typhiques; Hoffmann (1) la regarde comme liée aux accidents pyoémiques de la convalescence ; Frémont (2) présente à la *Société anatomique* les pièces d'un typhique chez lequel existaient, en même temps qu'une plegmatia, des infarctus suppurés des reins et de la rate; Dunin (3) expose les observations de deux typhiques chez lesquels on nota, avec les signes d'une phlegmatia, les symptômes généraux d'une infection secondaire; Vaquez, dans un cas de fièvre typhoïde grave avec phlegmatia, put observer dans les parois de la veine des microbes en chaînette, microbes pathogènes vulgaires.

Cependant la phlegmatia alba dolens des typhiques n'est pas toujours le résultat d'une affection secondaire surajoutée : elle peut être la conséquence de l'action directe de l'agent spécifique de la fièvre typhoïde, du bacille d'Eberth ; elle peut être une manifestation rare de l'infection typhique, ainsi que le démontrent nos recherches dans le cas que nous allons rapporter : les pièces anatomiques, qui furent l'objet de ces recherches, proviennent d'une malade de la clinique de M. le prof. Bernheim, qui a bien voulu nous les confier en même temps que le résumé de l'observation nécropsique.

M... F..., jeune fille de 21 ans, meurt à la sixième semaine d'une fièvre typhoïde. — Dans le gros intestin existent une soixantaine d'ulcérations en voie de cicatrisation ; dans l'intestin grêle, une série d'ulcérations, non cicatrisées, mais à fond détergé ; dans le poumon quelques noyaux de broncho-pneumonie, et de la congestion ; dans la rate très volumineuse, deux petits *abcès* gros comme un œuf de pigeon ; — disons immédiatement que, dans ces abcès, la culture *ne nous a révélé que le bacille typhique à l'état de pureté ;* — dans la veine crurale gauche un caillot fibrineux que l'on peut suivre depuis le triangle de Scarpa jusque dans la veine iliaque ; au-dessous de ce caillot un caillot cruorique.

Des cultures sont faites, sur milieux habituels, avec le caillot fibrineux, avec les parenchymes hépatique et splénique : tous les ensemencements nous ont donné des cultures pures de bacilles d'Eberth avec leurs caractères morphologiques et leurs réactions accoutumées et différentielles : sur gélatine et pomme de terre, aspect habituel ; le bouillon lactosé, coloré au tournesol bleu, conserve sa coloration bleue ; le lait ne se coagule pas ; la gélose colorée à la fuchsine rubine se décolore ; le bouillon coloré au bleu de méthylène tend à se décolorer, et au fond du ballon se dépose un léger nuage bleu ; la réaction de l'indol est absente dans les vieux bouillons de culture ; l'ensemencement sur gélose, au niveau d'une culture raclée, demeure stérile ; enfin le bacille se décolore par Gram.

Dans des coupes de la veine, faites au niveau du caillot, et colorées au bleu de Lœffler, de Kühn, ou suivant les procédés de Ziehl et de Nicolle, nous trouvons en plusieurs points, dans la paroi externe, de petits amas de bâtonnets courts, à extrémités arrondies, rappelant par leur disposition les masses de bacilles typhiques que l'on rencontre dans la rate ou les ganglions mésentériques des typhiques. Nous n'avons pu, par la coloration, déceler de bacilles dans les coupes du caillot fibrineux, quoique la

(1) *Untersuch. über die path. Verænd. der Organen bei Typhus*, Leipzig, 1870.
(2) *Bull. de la Soc. anat.*, 10 déc. 1884.
(3) *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, Bd XXXIX, 1886.

culture nous ait permis d'affirmer leur présence en ce point : ce fait provient peut-être de ce que certains colorants teignent fortement la fibrine, qui se décolore difficilement, et masquent ainsi la coloration des bacilles. Nous n'avons plus retrouvé ces amas bacillaires dans les parois de veine, après coloration par le procédé de Gram.

Sur la face interne de la veine, il n'existait plus traces d'endothélium; mais au niveau de la surface externe du caillot et de la paroi interne de la veine, se trouvait une couche assez dense de leucocytes unis intimement au caillot et à la veine; dans le reste du caillot, les leucocytes étaient englobés dans les mailles de la fibrine.

Tous les caractères que nous venons d'indiquer au bacille décelé par la culture ou la coloration, dans la paroi veineuse ou le caillot, sont bien ceux du bacille d'Eberth; ce bacille existait seul dans la portion thrombosée; il est rationnel d'admettre que sa présence dans la veine, l'action de ses produits d'élaboration, ont été l'origine de l'altération de l'endothélium; peut-être même ces produits ont-ils, vis-à-vis le fibrinogène, joué le rôle du ferment nécessaire à la précipitation de la fibrine sur la surface altérée.

La phlegmatia alba dolens est, en général, une complication rare dans la fièvre typhoïde, puisque Murchison ne l'a rencontrée qu'une fois sur cent (1); elle peut être le résultat d'une infection secondaire streptococcique, comme le démontre le cas de Vaquez; mais elle peut aussi, comme le démontre notre cas, être la marque d'une *localisation exceptionnelle du bacille typhique*, au même titre que la périostite, la pleurésie, l'épididymite, etc.

Comment le bacille d'Eberth peut-il pénétrer la paroi veineuse? Il est difficile de supposer qu'il soit apporté par le sang circulant dans la veine, à moins qu'il ne vienne d'une lésion éberthienne située en amont de la portion thrombosée, fait en somme très exceptionnel; d'ailleurs on ne comprend pas comment le bacille typhique, transporté par une colonne sanguine en mouvement, pourrait arriver à se fixer sur la paroi interne saine de la veine.

Le bacille peut-il être apporté dans la paroi de la veine par le sang artériel des vasa vasorum? On sait combien est passagère et rare l'infection sanguine par le bacille typhique; cependant, cette infection est possible, et d'après Neuhaus, elle a son maximum au moment de l'apparition des taches rosées, qui, selon lui, seraient le résultat d'embolies bacillaires dans la peau; l'infection du sang se ferait dans ce cas par l'intermédiaire de la lymphe venue de l'intestin : on pourrait regarder la phlébite comme la conséquence d'une embolie bacillaire survenue dans la paroi de la veine, au moment d'une poussée de taches rosées; dans cette hypothèse, on s'explique combien peut être facile l'infection de la tunique vasculaire, si on se souvient que dans les veines les vasa vasorum pénètrent la tunique moyenne, et même, d'après Ch. Robin, leur tunique interne.

Cependant il est une autre hypothèse qui nous semble plus fondée : c'est l'infection de la paroi externe de la veine, au contact direct des ganglions lymphatiques voisins de la veine iliaque, ou du ganglion profond appliqués dans le canal crural contre la veine fémorale. Ce processus suppose évidemment la contamination préalable des ganglions périveineux, pelviens et cruraux par le bacille typhique, cette contamination s'effectuant suivant le *mode rétrograde* à la suite de l'infection *constante* des ganglions abdominaux. Les faits de circulation et d'infection rétrograde dans les lymphatiques sont d'ailleurs bien connus des anatomistes et des cliniciens; ils sont possibles chaque fois que les lymphatiques sont distendus, dilatés, pour une raison quelconque (1), par la stase lymphatique ou l'inflammation.

Contamination éberthienne des ganglions iliaques ou cruraux, inoculation du tissu cellulaire périveineux par les ganglions, périphlébite, endophlébite secondaire, précipitation de la fibrine sous l'influence d'un ferment fabriqué par les éléments anatomiques altérés ou par le bacille lui-même, tel serait l'enchaînement des phénomènes : il manque, pour asseoir définitivement cette hypothèse, la recherche du bacille d'Eberth dans les ganglions périveineux : nous comptons à l'occasion faire cette recherche de contrôle (2).

(1) *In* thèse agrég., Troisier, 1880.

(1) P. Poirier, *Lymphatique des organes génitaux chez la femme*, Paris, 1890.

(2) *Rev. méd. de l'Est*, 1er septembre 1893, t. XXV, p. 523.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

(*Session tenue à Paris en mai* 1893.)

(Fin.)

Effets de la dynamite sur l'oreille.

M. Castex, ayant pratiqué l'autopsie des deux victimes de l'explosion du boulevard Magenta, et l'examen clinique des oreilles des trois personnes qui n'ont pas succombé, a constaté que :

1° Des ruptures tympaniques de formes diverses se sont produites dans la moitié postérieure du tympan (deux autopsies, un examen clinique);

2° L'otorrhagie a presque complètement fait défaut;

3° Il n'y a pas eu de retentissement durable sur l'oreille interne;

4° Chez un des blessés, tout s'est borné à des bourdonnements.

Otite grippale.

M. Herck (Paris) a résumé les principaux caractères de l'otite grippale : bourdonnements, douleurs suivies d'hémorrhagies soit interstitielles sous la forme d'ecchymoses du tympan ou de la paroi du conduit auditif externe, soit formant une phlyctène bleuâtre dans le segment inféro-postérieur de la membrane tympanique, phlyctène qui se perfore et laisse couler le sang au dehors. Cette lésion de l'oreille externe est souvent la seule manifestation; en tout cas elle précède l'inflammation de l'oreille moyenne. Le traitement par l'injection tubaire d'huile de vaseline pure donne d'excellents résultats.

Rupture des deux tympans.

M. Vacher (Orléans), en effet, a observé, en avril 1893, une dame qui, à la suite de la grippe, présentait des troubles auriculaires. A l'examen, les tympans parurent d'un rouge pâle et offraient une convexité externe, comme si la caisse était pleine de liquide. La malade fut invitée à faire un effort d'expiration en se bouchant le nez, pour que l'on pût pratiquer l'auscultation de l'oreille : cette manœuvre détermina à l'instant même la rupture des deux tympans avec issue de sang et de pus.

Il est vrai que quelques lavages de la caisse avec une solution de salicylate de mercure à 1/5000e amenèrent une guérison rapide.

Laryngite grippale.

M. Cartaz (Paris). — La laryngite grippale, qui est fréquente, se borne le plus souvent à une inflammation catarrhale sans gravité. Mais on peut observer des complications plus sérieuses, des exulcérations érosives et même des ulcérations, des paralysies. Un accident heureusement exceptionnel est l'œdème de la glotte, dont M. Cartaz a cependant pu observer deux cas à l'hôpital Necker, dans le service de

M. Rendu. L'œdème siégeait au niveau de la région aryténoïdienne et des bandes ventriculaires; les phénomènes dyspnéiques furent assez marqués, mais ils ne nécessitèrent pas la trachéotomie.

M. Natier a observé deux cas de grippe compliquée d'œdème laryngé. Le gonflement siégeait au niveau des cordes inférieures. Les accidents ont cédé aux attouchements avec une solution de nitrate d'argent.

Syphilis tertiaire du larynx.

M. Audubert (Bordeaux) relate l'histoire d'un homme atteint de lésions syphilitiques tertiaires limitées à la partie sus-glottique du larynx. Les cordes vocales étaient intactes, l'appareil moteur était aussi dans un état d'intégrité parfaite. La dyspnée était considérable et due à l'étroitesse de l'entrée du larynx, où siégeaient une infiltration et deux énormes végétations; il y avait un bruit de cornage assez intense. Cependant la trachéotomie ne fut pas pratiquée. M. Moure détruisit au galvano-cautère les végétations de l'entrée du larynx et le malade fut ensuite traité avec succès par l'introduction de bougies métalliques.

Traitement de la diphthérie du larynx.

M. Bonain (Brest). — Dans la diphthérie de larynx, il faut combattre les lésions locales, l'infection générale, et enfin la sténose croupale lorsqu'elle existe.

Comme traitement, à la fois local et général, il préconise l'évaporation d'essence de térébenthine (150 à 500 gr. par vingt-quatre heures) et la vaporisation d'eau sous une tente où l'enfant reste jusqu'à complète guérison. L'essence de térébenthine agit comme antiseptique, empêche l'extension des fausses membranes aux ramifications bronchiques, et comme agent ozonisé combat l'intoxication diphthérique.

Contre les fausses membranes, il emploie le bleu composé de Roux et Yersin (vert de méthyle 1 gr., violet dahlia 0 gr. 50, eau 200 gr.).

Contre la sténose du croup, il préconise le tubage du larynx, qu'il a pratiqué dans huit cas depuis cinq mois et qui, d'après lui, doit remplacer la trachéotomie : quatre fois il a obtenu la guérison; les quatre autres sujets sont morts d'infection avec température élevée.

Etiologie des polypes du larynx.

M. Lavrand (Lille) relate sept observations de polypes laryngés, et s'appuie sur ces cas pour soutenir que le développement des tumeurs se produit sous l'influence indéniable d'irritations répétées sur la muqueuse vocale. Il admet, avec Morell Mackenzie, l'action étiologique du fonctionnement excessif de l'organe (91 fois sur 100). Le catarrhe laryngé peut accompagner ou précéder l'apparition des néoplasmes.

Pachydermie diffuse des cordes vocales.

M. Moll (Arnheim). — M. Tissier a raison de dire que, par son étiologie et la nature de ses lésions, la pachydermie du larynx est une variété de laryngite catarrhale chronique; mais, sans créer une espèce particulière, il est bon de donner une description spéciale de la lésion et d'adopter, avec Virchow, le nom de pachydermie pour montrer la nature dermoïde de l'inflammation chronique de la muqueuse des cordes vocales avec bourrelet hypertrophique à la partie postérieure, au niveau de la saillie de l'apophyse de l'aryténoïde.

Les opinions sont partagées sur le meilleur traitement à employer : certains spécialistes préconisent une intervention chirurgicale, les autres recommandent simplement les moyens locaux ordinaires dirigés contre les laryngites chroniques. Dans un cas, M. Moll a eu recours avec le plus grand succès à l'électrolyse : après trois séances de trois à cinq minutes, avec un courant de 10 à 12 milliampères, en se servant d'une électrode double se terminant par des aiguilles de platine, il a vu disparaître un bourrelet assez accusé.

Angio-kératome de la corde vocale.

M. Moure (Bordeaux) a enlevé chez un malade une tumeur, du volume d'un grain de mil, d'aspect rosé avec petits points ecchymotiques à sa surface et lacis vasculaire délicat venant se perdre sur la face supérieure de la corde vocale droite. Cette sorte de nodule était sessile sur la muqueuse. L'examen microscopique pratiqué par M. Sabrazès démontra que cette tumeur était semblable à celles observées sur la peau et décrites en 1889 par M. W. Dubreuilh sous le nom de tumeurs télangiectasiques. L'évolution, l'aspect de ces néoplasmes sont les mêmes.

En outre, le malade porte, sur la face dorsale de l'index, une petite tumeur que l'examen micrographique démontra être un sarcome fasciculé. La coexistence de deux néoplasmes, l'un vocal, bénin, l'autre cutané, malin, mérite d'être signalée.

Fonctions du muscle crico-thyroïdien.

M. Onodi (Budapest) conclut de ses recherches que :

1° La section des deux nerfs laryngés inférieurs ne détermine pas la position médiane des cordes quand la trachée est ouverte;

2° La position médiane se produit quand la trachée est fermée;

3° La position médiane obtenue n'est que de courte durée et n'a rien de permanent;

4° La position médiane peut être provoquée pendant quelques années, d'une façon réflexe, en agissant sur les nerfs de la peau.

Hémorrhagies sous-muqueuses et à répétition des cordes vocales inférieures.

M. Poyet (Paris) rapporte trois observations d'hémorrhagie des cordes vocales inférieures. Les deux premières sont la preuve qu'il peut se faire, sous l'influence de l'effort vocal, de petites ruptures vasculaires comparables au coup de fouet.

1° Une cantatrice éprouve subitement, après un effort vocal, une sensation de déchirure qu'elle compare à un coup de stylet au niveau de l'angle droit du cartilage thyroïde ; sa voix, dit-elle, a craqué ; il en est résulté de l'enrouement d'abord, puis une aphonie complète. Le seul trouble subjectif est un besoin incessant de *hemmer*. A l'examen laryngoscopique, toute la corde vocale inférieure droite est d'un rouge ecchymotique et légèrement tuméfiée. L'ecchymose se résorba en dix jours, mais, cinq mois après, le même accident se reproduisit dans les mêmes circonstances et évolua de la même façon.

2° En 1889, M. Poyet a vu avec M. Cartaz une cantatrice qui fut prise d'un léger enrouement dans les notes élevées, après quelques efforts vocaux faits dans la période menstruelle. Au laryngoscope, la corde vocale inférieure présente l'aspect d'un véritable caillot sanguin ; elle est boursouflée, noirâtre, et a une forme olivaire. Tout le reste du larynx est sain. Au bout de trois semaines, grâce au traitement (repos, inhalations, émollients, attouchements avec une solution d'acide tannique dans la glycérine), la corde reprenait son épaisseur ordinaire et, seul, le bord libre était encore ecchymotique ; M. Poyet put alors voir sur la surface de la corde un vaisseau relativement volumineux à la rupture duquel il rattache l'hémorrhagie. Les troubles nerveux ont été à peine marqués et, les phénomènes hémorrhagiques dissipés, la voix redevint belle et pure. Les mêmes accidents se sont reproduits trois fois encore ; le vaisseau dilaté persistait.

3° Un malade hémophile a présenté, à différentes reprises, de l'enrouement en même temps que des expectorations sanglantes. M. Poyet constate au laryngoscope que toute la corde vocale gauche est le siège d'une ecchymose qui laisse transsuder un peu de sang ; ces accidents se sont répétés quatre fois, et alors on voyait également des taches ecchymotiques sur la muqueuse du pharynx, du voile du palais ou de l'arrière-cavité des fosses nasales.

M. Castex a vu plusieurs fois de légères ecchymoses se produire sur les cordes vocales sans qu'il en résultât de troubles accusés de la voix. Des lésions plus graves par effort vocal sont possibles, et les cas de rupture du muscle thyro-aryténoïdien ne sont pas très rares ; M. Moure, en particulier, a publié celui d'un fort ténor qui s'était cassé la voix, en chantant le « Suivez-moi » de Guillaume Tell.

M. Joal (Mont-Dore) soigne une cantatrice éminente qui, depuis sept ans au moins, présente une grosse dilatation vasculaire à la surface de la corde vocale inférieure gauche. La voix a toujours été pure et résistante. Plusieurs confrères étrangers ont proposé de détruire ce vaisseau au galvano-

cautère; Morell Mackensie s'y est toujours refusé. D'ailleurs, ces dilatations vasculaires ne sont pas toujours défavorables, et M. Joal a connu un artiste de l'Opéra qui était surtout en voix lorsque ses cordes étaient congestionnées et lorsqu'une dilatation vasculaire sur la corde gauche était très apparente.

M. Garel (Lyon) croit que l'on peut rapprocher de ces faits les hémorrhagies dues à la rupture de petits kystes sanguins siégeant sur les bords des cordes vocales.

Hémoptysies et hémorrhagies de l'amygdale linguale et du pharynx.

M. Joal (Mont-Dore). — Les auteurs classiques se contentent en général de faire le diagnostic entre l'hémoptysie, les épistaxis, les stomatorrhagies et les hématémèses. Pourtant Hérard et Cornil, Widal, Cartaz ont cité des cas d'hémorrhagies pharyngiennes; Strubing, Poyet, Ruault ont publié des observations de laryngorrhagies. Enfin, dans ces derniers temps, Moure, Garel et Manon ont rapporté des faits où les crachements sanguins étaient liés à la présence de varices linguales.

J'ai observé trois malades chez lesquels on redoutait un début de tuberculose, par suite d'expectorations sanguines, d'amaigrissement, de perte de l'appétit, d'excitabilité nerveuse, d'insomnie, de toux légère et répétée. Cependant l'examen de la poitrine ne révélait rien d'anormal à l'auscultation, à la percussion, à la palpation. Les crachats ne contenaient pas de bacilles. Or, je vis au laryngoscope que le sang provenait de petites ulcérations et de ruptures vasculaires siégeant au niveau de l'amygdale linguale hypertrophiée.

Les veines de la base de la langue n'étaient pas dilatées.

M. Natier (Paris) a soigné un homme de vingt ans, de bonne constitution, sans antécédents héréditaires ou personnels, ne présentant trace d'aucune diathèse, n'ayant aucune affection organique, qui eut, le 8 février dernier, sous la simple influence d'un effort vocal, une petite hémorrhagie de bouche, et cracha trois ou quatre gorgées de sang. Il dîna comme à l'ordinaire, mais, à peine couché, il sentit un flot de sang lui monter à la gorge. L'écoulement fut arrêté par quelques gargarismes avec une solution de perchlorure de fer. Le lendemain au réveil, le malade expulse quelques crachats sanglants; dans la journée, il a une hémorrhagie abondante. M. Natier voit le malade le 10 février, et constate que le sang s'écoule en nappe de la paroi postérieure et latérale droite du pharynx. Il n'y a pas trace d'état variqueux. L'hémorrhagie dura une dizaine de jours et céda à des attouchements au jus de citron et à des pulvérisations au chlorure de zinc, ainsi qu'à l'usage interne de l'ergotine. Le malade n'était ni nerveux ni albuminurique.

M. Cartaz a vu une malade qui crachait du sang et que l'on croyait atteinte de tuberculose au début; l'hémorrhagie avait pour origine une grosse varice pharyngée. Les hémorrhagies des amygdales sont rares.

En tout cas, étant données des hémoptysies, il faut toujours examiner avec soin le pharynx et les fosses nasales.

M. Garel (Lyon) admet les hémorrhagies pharyngées, dans lesquelles les crachats sanglants viennent à n'importe quelle heure et sous l'influence d'un effort quelconque; elles sont liées à la présence des varices linguales, bien que jamais il n'ait pu voir le sang sortir des vaisseaux dilatés. Mais il existe des faits d'un autre ordre, chez des femmes nerveuses qui ont des expectorations sanguines le matin au réveil. M. Josserand (de Lyon) vient de publier un travail sur ce sujet, et il pense que le sang vient de l'estomac. Les crachats présentent l'aspect et la coloration du sirop de cachou, du sirop de groseille étendu d'eau. Dans un cas d'hémorrhagie amygdalienne, M. Garel a constaté de l'albuminurie.

M. Moure a vu nettement saigner les varices linguales, en particulier chez un courtier en cognac qui rejetait des expectorations sanguines chaque fois qu'il buvait de l'eau-de-vie. D'ailleurs les hémorrhagies en nappe, les sueurs de sang ne sont pas rares chez les hystériques; et par exemple il y a dans le service de M. Pitres une femme qui ne présente aucune lésion nasale, et chez laquelle le sang sort par les points lacrymaux.

M. Joal. — Chez mes malades, il ne s'agissait pas de varices linguales, mais de petites exulcérations siégeant au niveau de la quatrième amygdale. Les sujets étaient du reste des névropathes.

Mycosis bénin de l'arrière-gorge.

M. Garel (Lyon) conclut de 29 observations personnelles qu'un état catarrhal de la muqueuse pharyngo-nasale est une condition importante pour le développement du mycosis. Sept malades étaient sujets aux amygdalites à répétition; dans 11 cas, il y avait des lésions nasales accompagnées de catarrhe pharyngé. L'hérédité ne joue aucun rôle; et c'est par simple coïncidence que M. Garel explique le développement de l'affection chez deux sœurs.

Le parasite siège, par ordre de fréquence, aux amygdales, à la base de la langue, dans les fossettes glosso-épiglottiques, les parois postérieure et latérale du pharynx, au niveau des piliers, de la voûte naso-pharyngée, enfin des fosses nasales.

La lésion se présente sous la forme: 1° de petits points analogues à des grains de millet; 2° de touffes de champignons rappelant l'aspect de la *barbe de capucin*; 3° de plaques jaunâtres simulant des taches diphthéritiques.

L'affection a une évolution lente, elle est susceptible de disparaître spontanément avec le temps, mais elle a de la tendance à récidiver; il faut la différencier de l'amygdalite lacunaire dont les points mous et friables s'enlèvent facilement avec le stylet, des concrétions amygdaliennes que l'on peut aisément énucléer, de l'angine pultacée qui donne lieu à des symptômes généraux, de l'angine herpétique qui envahit le voile du palais, de la diphthérie où la culture des produits morbides tranchera la question.

Le parasite est le *leptothrix buccalis*.

Le traitement a consisté dans l'arrachement à la pince, suivi de cautérisation au galvanocautère.

M. Raugé (Challes) pense que l'assimilation généralement admise entre le parasite de la mycose pharyngée et le leptothrix buccal vulgaire n'est pas évidente *a priori* et ne s'impose nullement, si l'on ne tient compte que des caractères morphologiques extérieurs des deux parasites. Si en effet on fait des préparations directes, les unes avec du tartre dentaire, les autres avec de la mycose pharyngée, on constate que le parasite de la mycose présente des filaments qui diffèrent de ceux du leptothrix par leur forme moins ondulée, leur largeur plus considérable et leur segmentation beaucoup plus nette. Mais il faut reconnaître que sur les cultures, l'analogie est beaucoup plus grande; toutefois cette identification attend encore une démonstration plus absolue.

M. Wagniez (Lille). — Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la difficulté de guérir les malades, et les spécialistes en sont arrivés à employer les méthodes de traitement qui paraissent excessives, étant donné le peu de gravité de l'affection. Deux fois, après avoir essayé sans résultat plusieurs des traitements en usage, je me suis servi d'acide chromique anhydre, en le faisant fondre à l'extrémité d'une sonde. Sous le miroir laryngien, j'ai touché légèrement tous les points mycosiques, à deux ou trois reprises et à huit jours d'intervalle. Les deux malades furent guéris très rapidement. La quantité d'acide chromique employée est tout à fait inoffensive quant à la toxicité.

M. Moure. — Il faut se souvenir pourtant des accidents toxiques signalés à la suite de l'emploi de l'acide chromique dans les affections du nez. Contre le mycosis, j'ai obtenu de bons résultats avec la solution de zinc iodo-iodurée qu'ont préconisée MM. de Nabias et Sabrazès.

M. Natier a guéri une jeune fille atteinte d'une plaque mycosique présentant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes avec le galvanocautère et le chlorure de zinc.

Nécrose syphilitique des maxillaires supérieurs.

M. A. Combe (Paris) relate l'observation d'un homme de quarante ans ayant présenté autrefois des accidents syphilitiques; on le croit atteint d'empyème du sinus maxillaire, mais l'orateur reconnaît que le sinus est vide; quelques mois après, il revoit le malade avec un gonflement considérable de la lèvre supérieure, la face déformée. Les deux incives centrales supérieures et l'incisive latérale gauche baignent dans le pus abondant qui s'écoule le long de la paroi alvéolaire;

ces dents sont enclavées; le sillon gingivo-labial est ouvert largement avec le galvanocautère jusqu'au niveau des canines. Malgré cette opération, la maladie suit son cours, et le foyer purulent ne tarde pas à communiquer avec les fosses nasales, puis on peut extraire un séquestre comprenant la partie antérieure des maxillaires supérieurs, la partie antérieure des os palatins et du vomer; il en résulte une large perforation sur laquelle a été appliqué un appareil prothétique. M. Combe attire l'attention sur la marche insidieuse de l'affection et sur les difficultés du diagnostic.

Erythème facial dû à la cocaïne.

M. Castex relate l'observation d'une dame chez laquelle une rhinite hypertrophique fut traitée au galvanocautère après application d'un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution cocaïnée à 20 0/0 sur le cornet inférieur. Trois heures après, la malade est prise d'éternuement et d'écoulement nasal abondant. Dans la nuit, elle éprouve des battements douloureux dans le nez, la joue et la tempe correspondantes; le lendemain, le même côté de la face devenait le siège d'un érythème qui avait débuté par la fosse nasale. Deux jours après, tout rentrait dans l'ordre, mais la malade rejetait par la narine une couenne analogue à celle que l'on trouve dans les rhinites fibrineuses. La malade avait déjà éprouvé des accidents semblables, sous l'influence de l'usage d'une poudre à la cocaïne.

Cancer du corps thyroïde secondaire à un goître.

M. Chabory (Mont-Dore) rapporte l'observation d'une femme de quarante-huit ans qui, pendant seize années, eut une petite tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, située au devant du cou et suivant les mouvements du larynx pendant la déglutition. Depuis un an cette tumeur avait considérablement augmenté; elle présentait le volume d'une tête d'enfant et les ganglions des régions carotidiennes étaient envahis. Bientôt des troubles vocaux intermittents survinrent et la malade mourut. A l'autopsie on trouva les parois de l'œsophage saines. La trachée était aplatie, mais ses parois n'étaient pas dégénérées. Le corps thyroïde était carcinomateux, avec généralisation du cancer au foie et aux plèvres; la poignée du sternum était envahie.

M. Boulfé rapporte un cas de *sténose nasale* dont il est venu à bout par la dilatation progressive, sans opération sanglante.

M. Beausoleil fait une communication sur deux cas de dilatation kystique du cornet moyen.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

61e réunion tenue à Newcastle-sur-Tyne les 1er, 2, 3 et 4 août 1893.

SECTION D'OTOLOGIE

Trombose des sinus latéraux.

M. Arbuthnot Lane. — J'ai vu 10 cas de thrombose du sinus latéral dus à une otite purulente moyenne; j'en ai opéré 9 cas, en liant toujours la veine jugulaire; j'ai perdu un opéré. Un autre malade est mort avant d'avoir été opéré. L'observation de ces malades m'a conduit aux conclusions suivantes :

1° La thrombose septique du sinus latéral est toujours due à une extension d'une inflammation siégeant entre la dure-mère et l'os. Il y a donc toujours au début les signes d'un abcès sous-jacent à la dure-mère;

2° Cet abcès s'annonce surtout par une douleur profonde avec irradiations. Ce signe nécessite toujours une intervention chirurgicale;

3° Un pareil abcès peut entraîner la mort par infection de l'arachnoïde ou du sinus latéral. Cependant, cet abcès peut s'ouvrir dans l'oreille moyenne;

4° Un abcès sous-jacent à la dure-mère peut produire des signes de méningite; il y a souvent de la névrite optique;

5° Quand l'apophyse mastoïde n'est pas creusée de cellules, ce qui est fréquent, la pression sur cette apophyse ne produit pas de douleur. Mais si on frappe sur l'apophyse, le malade éprouve des douleurs;

6° L'abcès peut, suivant sa position, se compliquer ou non de thrombose du sinus latéral. Ces abcès peuvent, mais rarement, se montrer à la suite d'une première attaque inflammatoire de l'oreille moyenne;

7° L'infection du sinus produit des symptômes qui se surajoutent à ceux de l'abcès : variations brusques dans la température, frissons;

8° Même avec de très légères lésions du sinus, il peut se faire des infections secondaires;

9° Trop souvent, cette infection du sinus n'appelle que trop tard l'attention; trop souvent, on attend le gonflement pour intervenir. Si on intervenait à temps, souvent il suffirait de vider l'abcès sous-jacent à la dure-mère; d'autres fois, on peut enrayer le mal en liant la jugulaire interne;

10° Mais cette ligature ne peut empêcher la formation des foyers secondaires;

11° Quand il y a une trombose étendue, il n'est pas nécessaire d'enlever la totalité des deux bouts du caillot;

12° La présence de foyers secondaires n'empêche pas fatalement la guérison;

13° Il n'est pas absolument nécessaire de lier la jugulaire au delà de la limite du thrombus;

14° La meilleure méthode consiste à ouvrir l'antre mastoïdien, puis lier la jugulaire interne, vider ensuite l'abcès sous-jacent à la dure-mère, on nettoie le sinus et on le bourre de gaze iodoformée.

M. Bronner. — Les symptômes de cette affection sont très trompeurs. J'ai vu plusieurs cas où il a suffi de faire un grattage de la caisse du tympan ou des cellules mastoïdiennes, malgré la présence de symptômes qui semblaient indiquer une complication du côté du sinus. Il n'est donc pas toujours indiqué d'ouvrir la cavité crânienne et de ponctionner le sinus latéral.

M. Robertson. — M. Lane a montré qu'il y a des symptômes qui indiquent formellement l'envahissement de la dure-mère : ce sont la douleur profonde, la fièvre, les frissons, le tout associé à un écoulement purulent de l'oreille.

M. Jones. — L'inflammation peut se propager d'un sinus à l'autre par le pressoir d'Hérophile. Je tiens à vous citer à ce propos le cas suivant :

Une petite fille de 6 ans eut pendant 9 mois un écoulement par l'oreille à la suite d'une rougeole. Puis survinrent des vomissements, des frissons : on ouvrit un gros abcès superficiel au niveau de l'apophyse mastoïde; puis on nettoya la caisse du tympan; mais tous les symptômes redoublèrent; on trépana sur le trajet du sinus près de l'apophyse mastoïde et on évacua un abcès sous-jacent à la dure-mère. On enleva la paroi antérieure du sinus qui était infectée; la jugulaire interne fut liée et sectionnée. On gratta et on nettoya le sinus. Il n'y eut pas d'amélioration et la malade mourut au bout de sept jours. A l'autopsie on trouva le sinus opéré sain, mais, à partir du pressoir d'Hérophile, on constata de la phlébite se propageant dans le sinus longitudinal et dans le sinus latéral du côté opposé, c'est-à-dire du côté droit (1).

(1) De cette discussion nous rapprocherons le travail récent de BENNET (The diagnosis and treatment of thrombus of the lateral sinus in connexion with ear disease, *Lancet*, 9 septembre 1893, p. 619). Voici ses observations :

I. — Un garçon de 17 ans entre à l'hôpital, le 14 mars 1892, pour une céphalée intense. Depuis quatre ans il a un écoulement purulent de l'oreille droite, écoulement qui s'est brusquement arrêté le 13. Presque aussitôt la douleur a apparu. Il y a eu des frissons, du malaise. Il y a de l'œdème de la région mastoïdienne. La membrane du tympan du côté droit est détruite et la caisse est remplie par du tissu de granulations purulent. Il y a de la fièvre. On applique deux sangsues sur la région mastoïdienne; la douleur, un instant calmée, redouble; il y a de la photophobie. On incise sur l'apophyse mastoïde et on ouvre cette dernière; il s'écoule un peu de pus. Le malade guérit très rapidement. Mais, le 2 mai, il revint et raconta que quatre jours après sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire le 8 avril, il eut des vomissements et des vertiges, puis des douleurs sourdes du côté droit de la tête; il eut ensuite des douleurs aiguës; le lendemain survinrent des frissons. Il n'y avait aucun écoulement par l'oreille. Il y avait en outre une amygdalite aiguë dont la guérison amena une grande amélioration dans l'état du malade. Mais le 15 mai, il y eut de la paralysie faciale; il y eut du gonflement en arrière de l'apophyse mastoïde, puis de la névrite

Traitement de la suppuration chronique de l'oreille moyenne par l'excision des osselets de l'ouïe.

M. Milligan. — Dans certains cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, la région malade est cantonnée en arrière de la membrane de Shrapnell. Tous les médecins auristes sont d'accord sur les difficultés qu'il y a à guérir les suppurations de cette région. Ces difficultés sont les unes d'ordre mécanique, les autres d'ordre anatomique, les autres d'ordre pathologique.

Ce recessus épitympanique forme la partie la plus élevée de l'oreille moyenne; et quand il est lésé, il se trouve souvent séparé du reste de la cavité tympanique par suite de la formation d'adhérences inflammatoires. D'où l'inutilité trop fréquente des lavages de l'oreille ou des douches d'air de Politzer. La perforation de la membrane de Shrapnell est en général trop petite et située trop haut pour permettre un drainage efficace; de plus, la membrane de cette région est normalement plissée et, par suite de l'inflammation, ces plis délimitent autant de cavités qu'ils isolent les unes des autres et du reste de la cavité; de plus, les os environnants ne tardent pas à se carier. La tête du marteau et le corps de l'enclume étant pris dans ces plis et baignant dans le pus sont sujets à devenir malades et à se carier, surtout l'enclume. L'étrier est moins fréquemment pris.

Il peut être utile de faire des lavages à l'aide d'une seringue intra-tympanique. Encore est-il que ce moyen échoue souvent. L'excision des osselets de l'ouïe a été proposée d'abord par Schwarze. Elle est indiquée quand il y a un écoulement purulent chronique de l'oreille moyenne avec carie des osselets et quand on constate dans la caisse du tympan la présence de masses cholestéatomateuses. Cette opération fait disparaître les symptômes ordinaires, céphalée, bourdonnement d'oreille, vertiges. Quand il existe en même temps de la carie des os, des parois de la caisse, cette opération est insuffisante, il est vrai. Mais elle permet l'accès plus facile des parties malades, elle permet un drainage plus effectif. Cette opération a été très souvent pratiquée, elle a fait ses preuves et a rendu de grands services. Pour la pratiquer, il faut être bien éclairé et le malade doit être endormi. On prend toutes les précautions antiseptiques et on fait une incision circulaire autour de ce qui reste de la membrane du tympan. On coupe le tendon du tenseur du tympan à son insertion sur la longue apophyse du marteau. On coupe le ligament supérieur du marteau. On saisit le manche du marteau à l'aide d'une pince et on attire doucement l'osselet, qui cède, après qu'on a coupé les ligaments qui l'unissent à l'enclume. Si l'enclume est malade, on l'attire au dehors avec un tenaculum et on sectionne les ligaments qui l'attachent à l'étrier. On lave l'oreille avec une solution boriquée chaude.

J'ai opéré ainsi 15 malades; j'ai obtenu 11 guérisons, 2 améliorations; 2 autres malades sont encore en traitement.

M. Robertson. — Je crois qu'une telle opération n'exige pas un anesthésique général; la cocaïne peut suffire.

M. Hill. — Cette opération m'a donné de bons résultats, mais chez un malade elle a entraîné de la prostration, du vertige, des tintements d'oreille pendant quinze jours et l'ouïe est restée plus dure.

M. Bronner. — Cette opération peut être utile, mais trop souvent elle n'empêche pas les récidives, parce que les parois de la caisse sont cariées. Je crois que le mieux est de faire des lavages de l'oreille moyenne et, si on n'obtient pas la guérison, d'ouvrir l'apophyse mastoïde.

M. Arbuthnot Lane. — Les osselets de l'ouïe jouent un rôle peu considérable dans la production du pus de l'oreille moyenne. Le mieux est d'ouvrir l'apophyse mastoïde.

Traitement chirurgical de la maladie de l'apophyse mastoïde et de ses complications.

M. Macewen. — Ce terme de maladie de l'apophyse mastoïde désigne la propagation de l'otite moyenne à la région mastoïdienne et comprend les maladies infectieuses de l'oreille moyenne, à l'exclusion du tubercule et du carcinome. L'affection débute par la caisse du tympan, puis gagne les cellules mastoïdiennes, détruit leur muqueuse et attaque ensuite les os, la dure-mère et les méninges. Dans cette maladie, il faut intervenir chirurgicalement et à temps. La région la plus sûre au point de vue opératoire est celle que j'ai appelée triangle supra-auditif. On doit au cours de l'opération enlever les osselets de l'ouïe et gratter tout le tissu de granulations de l'oreille moyenne; on vide l'abcès sous-jacent à la dure-mère, et au besoin on incise la substance cérébrale. On ouvre le sinus et on le bourre d'acide borique et de gaze iodoformée. Je préfère cette méthode à la ligature de la jugulaire interne, à moins que cette dernière soit envahie par l'infection. Quand tout le tissu malade de l'oreille moyenne a été enlevé, je ferme la plaie, si les lésions sont trop profondes et n'ont pu être enlevées en totalité, je laisse une ouverture. On doit opérer même quand il existe des symptômes de méningite.

M. Horsley. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Macewen. Quand il existe un écoulement purulent de l'oreille, si, au bout d'une année comptée à partir du début de l'écoulement on n'a pu l'enrayer par les procédés antiseptiques ordinaires, il faut recourir à l'opération; on pourra ainsi éviter toutes les complications d'infection du côté des sinus, des méninges et du cerveau par une opération absolument inoffensive : la trépanation de l'apophyse mastoïde. Le seul inconvénient qu'on ait à craindre, c'est l'augmentation de la surdité qui, du reste, n'est pas fatale. Il n'y a aucune espèce d'utilité à laisser l'étrier en place. Quand le nerf facial a été mis à nu par la carie osseuse, il suffit d'explorer la cavité avec un instrument pour toucher le facial et par suite faire contracter les muscles de la face. L'opérateur est ainsi prévenu de la présence du facial. Quand le nerf a été détruit par la suppuration, on peut tenter de le restaurer par la greffe nerveuse. Il faut lier la veine jugulaire pour empêcher le caillot de devenir le point de départ d'une embolie. Quand il y a un abcès cérébral, on doit en même temps ouvrir ce dernier et nettoyer l'oreille moyenne.

M. Jones. — Si on ausculte l'apophyse mastoïde à l'aide d'un stéthoscope, on entend un son qui, dans la grande majorité des cas, est surtout perceptible dans le triangle supra-auditif de Macewen, immédiatement au-dessous de la racine postérieure et de l'apophyse zygomatique. Dans quelques cas, le son est le même partout. Dans un de ces cas où le son était exceptionnellement transmis partout, j'ai trouvé, lors de l'opération, l'apophyse mastoïde creusée d'une vaste cavité remplie de masses cholestéatomateuses. Quand le son s'entend partout, mais est affaibli, j'ai trouvé une sclérose du diploë de l'apophyse mastoïde creusée d'une très petite cavité profondément située. On peut aussi déterminer la position du sinus par cette méthode. Dans certains cas, il peut être utile de trépaner au niveau du pressoir d'Hérophile, de comprimer le sinus en ce point et de bourrer la partie de ce sinus comprise entre cette région et la partie malade.

M. Parker. — Dans l'otite moyenne, j'aime mieux recourir à la glycérine phéniquée (1 p. 20) qu'aux injections boriquées, qui ne servent trop souvent qu'à refouler dans l'oreille des produits septiques. Si ce traitement ne réussit pas, il faut recourir de bonne heure au traitement chirurgical.

optique, et le malade ne tarda pas à tomber dans le collapsus et à mourir. A l'autopsie on trouva le sinus latéral droit thrombosé, de la méningite purulente limitée à la partie droite du cervelet et de la moelle allongée, de la suppuration autour de la veine jugulaire interne. L'auteur déclare que dans ce cas, s'il ne s'était pas laissé influencer par les symptômes anormaux, il eût opéré le malade et eût obtenu la guérison.

II. — Un garçon de 18 ans entra à l'hôpital le 13 janvier 1893; il avait eu à plusieurs reprises un écoulement purulent par l'oreille droite. Actuellement il a de la douleur du côté droit de la tête, des frissons, des vomissements, de la fièvre. La pression sur l'apophyse mastoïde est douloureuse. On applique des sangsues. Aucune amélioration, ce qui confirme l'idée d'une thrombose du sinus. On ouvre l'apophyse mastoïde, puis on découvre le sinus latéral qu'on trouve thrombosé. Section et ligature de la veine jugulaire interne au niveau de l'omo-hyoïdien. On nettoie alors la cavité du sinus et on la bourre de gaze. Guérison.

III. — Le 23 janvier 1893, l'auteur a été appelé auprès d'une jeune fille de 15 ans, ayant depuis quatre ans un écoulement purulent intermittent de l'oreille droite. A la suite d'un refroidissement, elle fut prise de frissons, de céphalée frontale, de photophobie, de tendance au collapsus, de fièvre; l'apophyse mastoïde est un peu douloureuse à la pression. En raison de l'absence de l'œdème post-mastoïdien, l'auteur ne crut pas devoir intervenir. Le lendemain apparut une ulcération des piliers du voile du palais et des amygdales. Tous les symptômes disparurent alors en 48 heures. Puis survint une pneumonie qui emporta la malade.

Soixante cas d'otite moyenne traités par la trépanation de l'apophyse mastoïde.

M. Bronner. — Sur les 60 sujets que j'ai opérés, dix-neuf avaient moins de 10 ans, 20 avaient moins de 20 ans, 12 moins de 30 ans et 8 avaient plus de 30 ans. Trente-neuf appartenaient au sexe masculin et 21 au sexe féminin; 25 étaient atteints d'une affection aiguë datant de moins d'un mois. Chez 17 de ces malades, il y avait une fistule externe; chez 21, il y avait un abcès mastoïdien et chez 10 d'entre eux, il y avait du gonflement de la région mastoïdienne, dans 8 cas, il n'y avait pas de gonflement, mais il y avait de la douleur à la pression, et dans 4 cas la région mastoïdienne n'était le siège d'aucun symptôme objectif ou subjectif. Dans 45 cas, j'ai trouvé une fistule ou une carie superficielle et dans 15 cas j'ai dû aller à l'aide du ciseau à une certaine profondeur pour trouver le pus ou la cavité mastoïdienne; Dans 8 cas, l'opération ne produisit aucune amélioration et le malade mourut en 15 jours. Cinq fois la maladie était due à l'influenza. La mort survint par suite d'abcès cérébral dans 2 cas, par méningite dans 3 cas, par complications pulmonaires dans 3 cas. 52 cas bénéficièrent de l'opération; 36 de ces 52 cas guérirent dans la première année; 9 avaient encore un écoulement après la première année et 7 furent perdus de vue. Si l'écoulement persiste fréquemment après l'opération, c'est que trop souvent le traitement post-opératoire est négligé. Dans la clientèle privée, le nombre des guérisons est beaucoup plus grand. La meilleure opération est celle qui a été dès le début préconisée par Swarze : incision sur l'apophyse mastoïde, section et décollement du périoste, ouverture de l'apophyse. Quand la situation du sinus rend cette opération impossible, on peut essayer d'ouvrir la cavité mastoïdienne par le conduit auditif externe.

La pilocarpine dans les affections de l'oreille.

M. Metcalfe. — Politzer, Barr, Field, Bronner et d'autres ont vu des injections hypodermiques de 1/3 de grain de pilocarpine par jour guérir certaines inflammations et certains dépôts syphilitiques ou hémorrhagiques du labyrinthe, et cela surtout quand ces lésions étaient récentes et étaient survenues subitement. Je crois que ces cas de guérison ont été d'heureuses exceptions, car je viens d'appliquer ce traitement sans résultat dans 5 cas. L'autre mode de traitement qui a été indiqué par Politzer et qui consiste à injecter la pilocarpine à l'aide d'un cathéter dans la trompe d'Eustache m'a donné quelques résultats favorables dans les catarrhes chroniques de l'oreille moyenne.

M. Milligan. — La pilocarpine ne m'a donné aucun bon résultat. Je crois que dans bien des cas on attribue à la pilocarpine une guérison qui n'est due qu'à un cathétérisme régulier de la trompe d'Eustache.

Propagation à l'oreille des maladies du nez et du pharynx nasal.

M. Robertson. — Bien souvent une surdité qui s'est montrée rebelle à tous les traitements dirigés contre elle, disparaît par le traitement d'une affection nasale concomitante; le plus souvent ces affections nasales entraînent un catarrhe de la trompe d'Eustache. Ce catarrhe guérit quand on traite la maladie nasale. Les suppurations de l'antre d'Highmore retentissent souvent sur l'oreille. Un écoulement purulent de l'antre d'Highmore dans le nez constitue un danger permanent pour les oreilles. J'ai vu une otite moyenne purulente disparaître en une semaine à la suite du traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore. Enfin j'ai vu l'otite purulente succéder à une suppuration du sinus sphénoïdale.

Synéchies de la trompe d'Eustache.

M. Robertson. — Quand les amygdales deviennent très hypertrophiées, il peut se faire des adhérences tirant plus ou moins les orifices des trompes d'Eustache; quand les amygdales reviennent sur elles-mêmes, ces adhérences forment des bandes fibreuses; ces rétractions amènent des déformations des orifices des trompes d'Eustache. Quand la synéchie est attachée à la partie supérieure de la trompe, son orifice devient triangulaire. Il est difficile de dire dans quelle mesure elles interviennent dans la production de la surdité, car lorsqu'elles existent, depuis longtemps déjà l'oreille moyenne a été soumise à des causes d'inflammation. Dans tous les cas ces synéchies entretiennent le catarrhe de l'oreille moyenne. La rupture de ces synéchies et les douches d'air font disparaître à peu près complètement la surdité. Mais dans tous les cas il faut recourir à l'ablation des amygdales. S'il existe une sclérose du tympan ou une suppuration de l'oreille moyenne, le traitement exclusif de ces affections ne donnera guère de résultat; si au contraire on rompt les synéchies, on obtiendra une amélioration rapide. C'est avec le doigt qu'on détruira le mieux ces brides.

SECTION DE MÉDECINE

De la glycosurie chronique à l'âge moyen de la vie.

Sir Dyce Duckworth (Londres). — Une forme particulière de glycosurie existe chez les sujets d'un âge moyen; dans cette forme la présence du sucre dans les urines ne s'accompagne pas d'autres symptômes de diabète et la santé générale du malade n'est pas troublée durant une période plus ou moins longue, au point de vue pathologique; ces cas ne paraissent pas différer essentiellement du diabète classique, mais ils s'en distinguent au point de vue du pronostic. L'autopsie de quelques diabétiques, il est vrai, paraît confirmer l'opinion de Lancereaux, qui fait dépendre les formes graves du diabète des lésions du pancréas, mais cette hypothèse n'est pas confirmée par l'observation clinique.

Quant à la pathogénie de la forme particulière de glycosurie dont il s'agit, j'ai noté dans mes observations, comme facteur étiologique, le surmenage et des antécédents goutteux, ces derniers chez plus de la moitié de mes malades. Il est intéressant de remarquer que les manifestations goutteuses disparaissent ou s'amendent généralement peu de temps avant l'apparition d'acide urique en excès chez ces malades et un traitement dirigé contre la diathèse goutteuse a fréquemment chez eux une action favorable sur la glycosurie. Les cas de diabète dans lesquels il y a alternance d'albuminurie et de glycosurie sont généralement d'origine goutteuse et aboutissent à la néphrite interstitielle chronique.

Chez quelques malades, le foie paraît être le point de départ du processus morbide; chez d'autres, c'est le système nerveux central.

A mon avis, l'alcoolisme n'est qu'un facteur étiologique secondaire et fortuit de la glycosurie.

Chez les sujets d'âge moyen, on ne doit pas imposer un régime par trop sévère ni défendre complètement l'usage des boissons alcooliques. J'ai obtenu de bons résultats de l'arsenic, administré en même temps que la strychnine dans une solution d'acide azotique et chlorhydrique.

M. Gairdner (Glasgow). — J'ai constaté par hasard, chez un de mes malades de constitution robuste, l'existence de la glycosurie. Pendant trente ans cet homme a continué à rendre des quantités assez considérables de sucre par les urines. Le diabète a été consécutif à un accès bien caractérisé de goutte ayant amené une gangrène du pied.

M. W. R. Thomas (Bournemouth) relate deux cas de diabète dans lesquels la maladie était intimement liée à des troubles mentaux.

M. C. R. Drysdale (Londres). — Pour moi, la distinction que M. Duckworth voudrait établir entre la glycosurie et le diabète est aussi peu concluante que celle que l'on admet entre l'albuminurie et le mal de Bright.

Mme Garret Anderson (Londres). — Nous ne pouvons expliquer pourquoi le diabète est si rapidement mortel chez les enfants, tandis qu'il laisse vivre longtemps les sujets ayant dépassé la cinquantaine. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, comme l'a montré l'observation d'une fillette de neuf ans, devenue glycosurique à la suite d'une attaque d'influenza; elle vit encore, bien que depuis longtemps déjà elle continue à rendre de grandes quantités de sucre dans ses urines.

M. E. Markham Skerrit (Bristol). — J'ai soigné une malade dont la mère est restée glycosurique pendant vingt ans et est morte à l'âge de soixante-dix ans.

M. Shingleton Smith (Bristol). — Je pense que l'albuminurie dite physiologique, observée au cours de la glycosurie, est toujours d'origine goutteuse.

M. Ord (Londres). — La glycosurie doit être traitée non comme une maladie, mais comme un symptôme. Dans des cas j'ai vu la glycosurie alterner avec des accès d'angine de poitrine.

Chloro-anémie.

M. F. Coley (Newcastle-sur-Tyne). — La chloro-anémie exerce sur le cœur une influence importante. Je l'ai étudiée chez 400 chloro-anémiques que j'ai observés en partie au « Northern Counties Hospital », en partie dans ma clientèle privée.

Pour M. Balfour, le souffle systolique perçu au foyer dit d'auscultation de l'artère pulmonaire dans les cas d'anémie serait dû à la régurgitation du sang à travers l'orifice mitral dont la valvule serait devenue insuffisante par suite de la dilatation du ventricule gauche. D'après cet auteur, les cas d'anémie ne seraient pas rares où l'on rencontrerait aussi un souffle systolique à la pointe du cœur, que l'on s'accorde plus généralement à interpréter comme un signe de régurgitation mitrale. Je ne suis pas absolument convaincu de l'explication donnée par M. Balfour du prétendu bruit de souffle pulmonaire. Je dois dire cependant que mes observations personnelles me paraissent fournir certains arguments en sa faveur. De plus, l'ancienne théorie qui explique le souffle perçu au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire par une diminution de pression dans ce vaisseau est insoutenable. En effet, j'ai souvent constaté un bruit de souffle au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire dans les cas où le second bruit de claquement y était manifestement renforcé, plus renforcé que le second claquement aortique chez le même malade, phénomène qui indique évidemment une augmentation de tension dans l'artère pulmonaire.

Tout le monde sait que la chloro-anémie produit une dilatation du cœur. Les preuves abondent et l'on peut dire, d'une manière générale, que lorsque la chloro-anémie est suffisamment développée pour que la malade se décide à consulter un médecin, le choc du cœur ne se trouve déjà plus en son point normal, mais sur la ligne mammaire ou en dehors de celle-ci. J'ai rarement vu d'exceptions à cette règle.

On sait aussi que la chlorose donne souvent lieu à la régurgitation du sang par la valvule mitrale. Je pense que tout le monde conviendra qu'un souffle systolique perçu à la pointe du cœur, sur la ligne axillaire et à l'angle de l'omoplate, est un signe indiscutable de régurgitation mitrale.

D'après mes observations, ce signe physique est loin d'être rare dans la chloro-anémie. Mais l'étude de chaque cas particulier de chloro-anémie est encore plus concluante à cet égard. Ainsi, chez beaucoup de malades, j'ai vu les signes physiques de la régurgitation mitrale disparaître peu à peu sous l'influence du traitement. D'autre part, je les ai vus, au contraire, réapparaître ou augmenter d'intensité dans les cas où le traitement avait été négligé et où l'état des malades avait empiré.

Lorsque le bruit de souffle chloro-anémique commence à s'amender par l'effet du traitement, il disparaît d'abord à l'angle de l'omoplate, puis dans l'aisselle, ensuite à la pointe du cœur et en dernier lieu au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire.

Il peut exister en même temps une chloro-anémie et une insuffisance mitrale due à une endocardite d'origine rhumatismale ou autre. Dans ce cas, un traitement dirigé contre la chloro-anémie se montrera évidemment impuissant à rétablir l'intégrité de la valvule lésée, bien qu'il ait cependant la plus grande importance, car la chloro-anémie abandonnée à elle-même peut amener rapidement un affaiblissement désastreux d'un cœur déjà atteint de lésion valvulaire. Lorsque dans un cas de chloro-anémie, un traitement bien dirigé n'amène pas la disparition des signes physiques de la régurgitation mitrale, on peut supposer qu'il s'agit d'une lésion valvulaire due à une endocardite de date ancienne.

Dans les 400 cas de chloro-anémie que j'ai observés, il y avait un souffle au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire accompagné d'un souffle à la pointe du cœur dans 278 cas, et à l'angle de l'omoplate dans 123 cas.

Le bruit de souffle systolique à la pointe du cœur paraît donc être beaucoup plus fréquent dans la chloro-anémie qu'on ne l'admet généralement.

J'ai toujours pratiqué l'auscultation au moyen d'un stéthoscope en bois, la malade étant debout, assise ou couchée. Souvent aucun souffle ne peut être entendu dans la position verticale, tandis qu'on entend un souffle intense dans la région précordiale dès qu'on fait coucher la malade. Dans ces conditions, le bruit de souffle est généralement plus prononcé à la pointe et dans l'aisselle qu'il ne l'est au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire. Un bruit de souffle à l'angle de l'omoplate, lorsqu'il existe, est toujours perçu indifféremment aussi bien dans la position horizontale que dans la position verticale. Un bruit de souffle à la pointe qui n'est pas perçu dans les circonstances ordinaires, lorsque la malade se trouve dans la position verticale, et qui apparaît dans la position horizontale, peut parfois être entendu d'une façon négative après que la malade s'est relevée.

La nature clinique du bruit de diable n'est pas bien élucidée. On le trouve d'habitude dans la chloro-anémie; mais on le rencontre aussi assez souvent dans d'autres états morbides et même chez des sujets jouissant en apparence d'une santé parfaite. Enfin, il persiste souvent chez les chloro-anémiques après la disparition complète, sous l'influence du traitement, de tous les autres signes physiques et symptômes subjectifs de la maladie.

Les bruits de souffle cardiaque perçus dans les cas de chloro-anémie ne présentent pas un intérêt exclusivement théorique. Ils peuvent servir en quelque sorte de pierre de touche pour juger de l'efficacité du traitement institué, et ils peuvent servir aussi pour le diagnostic différentiel.

En effet, dans un examen superficiel, il est souvent possible de confondre avec la chloro-anémie des anémies dues à certaines affections organiques. D'autre part, l'existence d'une chloro-anémie peut parfois échapper à quinconque se fierait au seul aspect extérieur de la malade. Ainsi, l'engorgement capillaire de la peau de la face des chloro-anémiques, résultant de la régurgitation mitrale, masque souvent leur teint anémique. Telle malade qui est très pâle le matin paraît avoir bonne mine sur le soir, et un médecin qui la verrait alors pour la première fois ne pourrait pas faire le diagnostic de chloro-anémie d'après son aspect extérieur.

Section de chirurgie

De la cure radicale des hernies.

M. Rushton Parker (Liverpool). — J'ai pratiqué l'opération de la cure radicale des hernies dans 291 cas. Si l'on enlève, d'un côté, 15 opérations faites avant que j'eusse adopté un procédé opératoire systématique, et d'autre part, 25 malades qui succombèrent à l'étranglement, il me reste 251 opérations faites chez 200 malades. Sur ce nombre il y avait 61 hernies étranglées, dont 30 inguinales, 21 crurales et 10 ombilicales ou ventrales. L'opération de la cure radicale n'a, par elle-même, jamais été la cause d'un seul décès.

Sur 190 cas non compliqués d'étranglement, il y avait 137 hernies inguinales opérées sur 107 malades dont 5 (3.6 0/0) ont succombé ; 25 hernies crurales chez 20 malades dont 1 (4 0/0) est mort; 20 hernies ombilicales ou ventrales chez 24 malades, avec une mortalité de 7 0/0. Sur les 137 hernies inguinales, 22 furent opérées chez des enfants âgés de moins de 12 ans, dont une étranglée (suivie de guérison), avec une mortalité de 4.7 0/0.

J'ai fait ma première opération de cure radicale au mois de juin 1879. Elle a été suivie d'un succès complet. Mais bientôt après j'ai eu une récidive. Depuis cette époque, j'ai d'abord adopté pour règle de pratiquer la ligature du sac herniaire aussi haut que possible ; puis j'ai adopté définitivement le procédé opératoire de Macewen.

Quand cette méthode échoue, les insuccès sont dus le plus souvent au ballonnement excessif du ventre ou à l'imprudence des malades qui quittent le lit trop tôt.

Je tire de mes observations les conclusions suivantes :

L'enfance est la période de la vie la plus favorable à la cure radicale des hernies ;

La cure radicale permet d'obtenir une guérison permanente dans beaucoup de cas de hernie crurale des adultes ;

La hernie ombilicale présente des conditions beaucoup moins favorables à la réussite de l'opération ;

L'opération de la cure radicale convient aussi bien à la hernie étranglée qu'aux cas de hernie non étranglée.

M. Ward Cousins (Southsea). — J'ai pratiqué 120 opérations de cure radicale de la hernie chez des enfants d'un à sept ans. Dans 80 0/0 des cas j'ai obtenu une guérison définitive ; chez 20 0/0 des petits malades, l'opération a dû être répétée. La mortalité a été nulle.

M. Pye-Smith (Londres). — Il y a coïncidence fréquente de la hernie avec le phimosis. Je crois que dans ces cas la véritable cause de la hernie doit être attribuée aux obstacles apportés à la miction par le phimosis qui gêne l'écoulement de l'urine.

M. J. Crawford Renton (Glasgow). — Je pense que le point le plus important pour le succès de la cure radicale des hernies est d'opérer autant que possible aussitôt que la hernie a été constatée. De toutes les méthodes opératoires, je préfère, pour la hernie inguinale, celle de Buchanan chez les enfants, de Bank et de Macewen chez les adultes.

Traitement chirurgical des tumeurs cérébrales.

M. Victor Horsley (Londres) a envisagé la question sous trois points de vue : tout d'abord, le traitement du malade avant qu'ait eu lieu une consultation en vue d'une opération chirurgicale ; en second lieu, les raisons pour lesquelles on entreprendra une opération chirurgicale ; en troisième lieu, de quelques points nouveaux ayant trait à la technique de l'opération. Beaucoup de cas sont entourés d'obscurité et on pourra souvent passer à côté de la tumeur cérébrale ; dans d'autres circonstances on aura certaines raisons qui la feront suspecter, et la question se posera : Quelle est la véritable cause du mal ? Certains n'opéreront certains cas que s'ils sont accompagnés de symptômes suffisants de localisation. Ces symptômes peuvent être divisés, d'après Jackson, en symptômes d'exagération, tels que contraction des muscles, exagération ou abolition des sensations, ou bien défaut de fonctionnement, tels que paralysie progressive motrice ou sensorielle. Trois symptômes sont considérés comme cardinaux ; ce sont : la névrite optique, la céphalalgie et les vomissements ; mais un ou plusieurs de ces symptômes cardinaux peuvent être absents et le chirurgien peut s'en dispenser pour intervenir. On doit se baser surtout pour l'intervention sur l'aggravation progressive des symptômes. On doit se demander jusqu'à quel moment on doit avoir recours aux moyens médicaux. Le chirurgien doit intervenir lorsqu'on n'a retiré aucun bénéfice des méthodes médicales. On peut formuler que le traitement médical ne doit pas être prolongé au delà de six semaines à moins de soulagements importants obtenus par son emploi. Starr, dans son livre sur la chirurgie du cerveau, a fixé la période médicale à trois mois. On admet généralement aujourd'hui qu'il n'y a pas une seule variété de tumeurs cérébrales qui soit curable par l'absorption de drogues, à l'exception peut-être des gommes ou des tubercules. Le traitement par l'iodure de potassium pourra amener un amendement dans les symptômes observés dans le gliome. Ce fait a même pu causer des erreurs de diagnostic sans donner de renseignements sur la nature du mal. D'un autre côté un nodule tuberculeux pourra rétrocéder sous l'influence d'un traitement, mais la névrite optique aura le loisir de se développer et de détruire la vision. Il est bon de protester contre un système de traitement qui ne fait appel à la chirurgie qu'en dernier ressort. Horsley cite un cas de tumeur cérébrale, donnant lieu à des symptômes très localisés d'épilepsie jacksonienne, symptômes qui durèrent six ans et qui auraient pu disparaître complètement si une opération avait été pratiquée à une époque précoce.

En ce qui concerne la seconde question, le but du traitement chirurgical doit être l'ablation et la cure radicale du néoplasme. Le gliome et les gliosarcomes se reconnaîtront à leur tendance à la récidive. Horsley dans des cas anciens a refusé d'opérer ; dans d'autres cas l'opéré alla bien quelques mois, puis la tumeur récidiva. Il faudrait tout d'abord réunir les cas de ce genre avant de tirer une conclusion. On peut toutefois faire observer qu'il y a possibilité de prolonger l'existence en opérant les récidives.

La question se pose aussi de savoir si, la tumeur étant inopérable, le chirurgien ne peut pas faire disparaître les symptômes les plus gênants. On peut répondre à cette question par l'affirmative. La céphalée intensive peut être écartée par a seule ouverture du crâne, et par la suppression de la pression intra-cérébrale peuvent disparaître aussi l'atrophie et la névrite optiques. Les vomissements cesseront avec les douleurs de tête. On pourra de la même façon faire cesser les convulsions, mais l'opération entraînera un certain degré de paralysie ; ce dernier inconvénient se trouvera contrebalancé par les avantages plus haut signalés.

En ce qui concerne la troisième question, celle qui a trait à certaines innovations dans le manuel opératoire, Horsley envisage d'abord la meilleure méthode d'ouverture du crâne. On a observé que là où existait une tension crânienne positive, la simple pression produite par le trépan pouvait produire immédiatement un arrêt de l'action cardiaque. Il est donc important d'enlever les os sans produire de pression, et à cela on pourra arriver par l'emploi d'une scie à mouvement lent. Horsley propose l'emploi d'une scie circulaire et d'un instrument pouvant produire des sections linéaires qui a été construit sur ses indications. Le chirurgien anglais s'élève contre les procédés ostéoplastiques qui ne constituent pas une bonne méthode. Il résulte, en effet, d'observations prises chez l'adulte aussi bien que chez l'enfant que le péricrâne ne possède aucun pouvoir ostéogénique et qu'il n'y a par conséquent aucune importance à le conserver en contact avec l'os. Il est bon dans certains cas de faire le tamponnement de la plaie cérébrale, recommandé par Bergmann. Horsley cite à l'appui un cas qui fut suivi de mort, après l'ablation heureuse d'une tumeur cérébrale ; des vomissements dus au chloroforme amenèrent une hémorrhagie qui se fit jour dans le ventricule latéral et qui, gagnant ensuite les 3e et 4e ventricules, amena la mort par compression.

Toujours au point de vue du manuel opératoire, on peut diminuer la portée du shock en divisant l'opération en deux temps : on enlève l'os le premier jour ; quelques jours après on procède à l'incision de la dure-mère et à l'ablation de la tumeur.

M. Macewen (Glasgow). — Chez deux malades j'ai réussi à faire disparaître la céphalalgie et quelques autres symptômes en pratiquant une opération palliative sur le cervelet. Dans l'un de ces cas, où il existait de l'incontinence d'urine et de la paralysie, l'amélioration fut sensible au bout de trois jours, et en quinze jours la motilité spontanée se rétablit. Dans l'autre fait, la paralysie fut influencée moins favorablement que la céphalalgie. Souvent j'ai opéré en deux séances pour prévenir le *shock* et pour éviter l'effusion de sang sous la dure-mère. Je suis également d'avis que le périoste crânien ne joue aucun rôle dans la formation de nouveau tissu osseux.

M. Rushton Parker. — J'ai observé un malade qui présenta d'abord de la céphalalgie, puis de l'hébétude et de la paralysie motrice et sensitive. En même temps apparut chez lui un boursouflement localisé du cuir chevelu. Je l'ai trépané et j'ai constaté l'existence d'une pachyméningite et d'une gomme située sous la dure-mère. Dans ce cas j'ai pu me convaincre des inconvénients du drainage de la plaie cérébrale. Ce drainage nécessita l'ablation d'une plus grande quantité de substance cérébrale et amena, en outre, la production d'une encéphalocèle. Le malade guérit en conservant un certain degré de paralysie motrice et sensitive. Je crois qu'il est préférable de faire l'occlusion complète de la plaie opératoire.

M. Lang. — Kocher a cependant pratiqué avec succès le drainage du ventricule dans les cas où il y avait augmentation de la pression intra-crânienne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 septembre 1893.

Présidence de M. Léon Le Fort.

Uulcère de l'estomac.

M. G. Sée termine son étude par les conclusions suivantes :

1° Il existe deux espèces d'ulcères gastriques, qui sont tous deux le résultat de l'hyperchlorhydrie, aidée par des condirions anatomiques et des troubles circulatoires entièrement distincts de la gastrite aiguë ou chronique.

2° L'ulcère le plus grave, mais néanmoins curable, c'est l'ulcère saignant, s'ouvrant largement par déchirure d'un vaisseau altéré, ou de temps à autre en quantité modérée, pour se cicatriser ensuite temporairement ou définitivement. Ici, l'hyperchlorhydrie ne peut et ne doit être recherchée que dans les périodes d'accalmie des hémorrhagies, à l'aide du sondage qui constitue un véritable danger à tout autre moment. Une fois l'hyperchlorhydrie nettement reconnue, elle prime tout autre traitement; il n'y a plus à s'occuper que de deux moyens, à savoir : les anti-acides, — surtout les nouveaux alcalins ou alcalino-terreux, tels que les bromures de calcium ou de strontium, d'une autre part, le régime lacté, carné, albumineux, qui seul peut neutraliser ou consommer l'acide chlorhydrique en excès. Pourquoi s'acharner alors à cette banale dilatation qui, dans le cas présent, n'est qu'un effet secondaire, soit du spasme pylorique provoqué par l'excitant acide, soit de la cicatrice de l'ulcère, avec rétrécissement du pylore et rétro-dilatation de l'estomac? Que peut faire le lavage en pareil cas? Que peut faire, surtout, « l'abstinence des boissons »?... si ce n'est de concentrer le suc gastrique, surchargé d'acide chlorhydrique, qu'il s'agit au contraire de délayer par des boissons abondantes à la température ambiante.

3° L'ulcère peptique simple, non saignant, expose à d'incessantes méprises. On le traite tantôt pour une gastralgie par les moyens les plus violents appelés nervins; tantôt pour des vomissements nerveux par les dérivatifs (vésicatoires, pointes de feu), — tantôt enfin pour une dyspepsie baptisée en Allemagne du nom de « nerveuse ». Au milieu de toutes ces découvertes, on oublie l'antique catarrhe stomacal, très démodé malgré son indiscutable importance; — on oublie la colique hépatique quand elle est dépourvue d'ictère.

Or, il n'y a qu'un seul moyen de faire cesser une pareille confusion, c'est l'analyse du suc gastrique. Dès que le réactif de Gunzbourg ou phloroglucine vanillée accuse l'hyperchlorhydrie, vous pouvez éliminer la gastralgie et la dyspepsie dite « nerveuse », qui n'est pas une dyspepsie, car le suc gastrique est normal; vous pouvez négliger les vomissements nervomoteurs, qui sont presque toujours un symptôme d'origine éloignée comme dans le tabes dorsalis.

Le catarrhe gastrique se distingue facilement; il est franchement anacide et nécessite un traitement tout opposé à l'hyperchlorhydrique ulcère. Il faut considérer aussi la lithiase biliaire, basée aujourd'hui sur la doctrine microbique des calculs, doctrine absolument étrangère à l'arthritisme, qui est une hypothèse diathésique; à la goutte, qui subit en ce moment une véritable évolution biologique. Dans la lithiase, les alcalins ne sont pas à négliger, malgré leur discordance avec l'état chimique du suc gastrique, qui n'a rien d'hyperchlorhydrique. Enfin, n'oublions pas une maladie qui a la chimie gastrique la plus variée au point de vue de l'acide chlorhydrique : la chlorose, qui, cependant, constitue très fréquemment le fond de l'ulcère gastrique ou plutôt la prédisposition la plus énergique.

4° Le diagnostic de l'ulcère simple comporte naturellement des difficultés en regard des autres hyperchlorhydries, particulièrement de celle qui est primordiale. On ne peut établir de soupçons que d'après la nature paroxystique des douleurs et par la plus grande fréquence des vomissements dans l'ulcère; les autres caractères sont pour ainsi dire identiques dans les deux cas.

Il ne reste, pour compléter le diagnostic différentiel de la grande classe des hyperchlorhydries entre elles, qu'à signaler une maladie nouvelle, grave, bien décrite il y a dix ans par Reichmann (de Varsovie) sous le nom de gastro-succorrée, et bien étudiée récemment par d'autres médecins polonais très distingués, qui ont vu une sécrétion hyperacide absolument continue jour et nuit.

Son point de départ est dans l'hyperchlorhydrie non interrompue, et suivie de la disparition des cellules dites capitales, en même temps que d'une activité inverse des cellules à revêtement ou gastro-sécrétoires. La persistance de la sécrétion de l'estomac est tout à fait caractéristique et facile à vérifier; il n'y a point de méprise possible.

Défense contre le choléra.

M. Brouardel vient à son tour répondre aux deux notes de M. Babès et insister sur la suppression du système quarantenaire ancien, auquel d'ailleurs M. Babès lui-même cherche à substituer un système basé avant tout sur la désinfection. Depuis 1884, le Comité d'hygiène cherche à agir de façon à entraver le moins possible les transactions commerciales, et sa doctrine a été adoptée à la conférence de Dresde. Or M. Babès semble mal connaître quels procédés il préconise. Les lazarets du système ancien étaient certainement efficaces, mais ils ne pouvaient plus guère fonctionner avec des bâtiments qui, comme de nos jours, contiennent 1,000 et 1,200 passagers. En outre, avec l'activité du commerce actuel, la quarantaine absolue est pour le port frappé un désastre financier : en 1884-85 elle a coûté à Marseille près de 300 millions. D'autre part, même les lazarets maritimes présentent des fissures par lesquelles peut passer l'épidémie. Quant aux lazarets terrestres, c'est bien pis encore : ils sont même des foyers d'épidémie. Et si en Roumanie on a pu fusiller quatre contrebandiers qui voulaient franchir la ligne, dans l'Europe occidentale il est impossible d'employer ces procédés sommaires.

La conférence de Dresde a donc adopté un autre système, basé sur la stérilisation par la vapeur sous pression, au lieu de compter, comme dans le système ancien, sur l'action du temps. Les compagnies ont compris qu'elles avaient intérêt à munir leurs navires d'étuves à désinfection, et de la sorte on peut ne pas arrêter dans les ports les navires suspects. Quant aux navires infectés, on peut désinfecter les hardes et marchandises et ne retenir que pendant 5 jours les passagers non malades. Quant aux communications par voie terrestre, il suffit de désinfecter les hardes, ce qui demande 20 minutes, d'arrêter les voyageurs malades et de soumettre les autres, munis d'une carte de circulation, à cinq jours de contrôle, mais en les laissant circuler.

Mais avec ce système commencent des responsabilités importantes pour les municipalités et pour l'Etat.

Les municipalités, d'abord, doivent assainir à l'avance les villes, surtout au point de vue des eaux dont, après bien des contestations, le rôle prépondérant pour la propagation de la fièvre typhoïde et le choléra commence à être partout admis. Elles doivent éviter les épandages suspects, assainir les quartiers et les maisons malsains. Dans une ville bien assainie, une épidémie est vite arrêtée.

En outre, dès les premiers cas suspects, la municipalité doit avertir les autorités compétentes, car alors les mesures seront vite efficaces. Or, trop souvent, pour éviter à la fois la panique et l'arrêt du commerce, les villes, les ports, surtout, dissimulent aussi longtemps qu'elles peuvent. Elles vont ainsi directement à l'encontre de leurs intérêts, car : 1° l'épidémie sera bientôt difficile à arrêter ; 2° les consuls étrangers avertissent très vite leur gouvernement, souvent sur la foi de renseignements erronés, et l'interdit qu'on voulait éviter est mis, parfois même sur une ville qui n'a pas le choléra.

On conçoit dès lors quel doit être le rôle de l'Etat pour veiller à ce que les municipalités remplissent leurs devoirs; à cet égard nous avons fait de grands progrès. En outre, l'Etat doit s'entendre avec les gouvernements voisins pour que partout soient établies les mêmes mesures, à la fois efficaces et aussi peu vexatoires que possible pour les voyageurs et pour le commerce. C'est ce qui a été fait à la conférence de Dresde où dans leur ensemble les mesures proposées par le Comité d'hygiène ont été adoptées à la presque unanimité. Seuls le Portugal, la Grèce, la Turquie, insuffisamment outillés, n'y ont pas souscrit. Quant à l'Angleterre, elle a demandé une exception qui lui a été accordée: laisser libres, mais avec une carte de circulation, les voyageurs non malades des navires infectés, comme ceux des transports terrestres. Mieux outillée que les autres Etats, elle nous montre la voie du progrès, et si dans cinq ans cette pratique lui a donné de bons résultats, nul doute que tous les Etats ne l'adoptent.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANTES

1er *semestre* 1893.

Gomme syphilitique du poumon.

M. Hervouet présente des pièces appartenant à un syphilitique âgé de 69 ans. Il avait eu des manifestations cutanées tuberculo-ulcéreuses et un chancre à 22 ans. A son entrée, il

était atteint d'un ictère que M. Hervouet rattacha à la syphilis. L'iodure ne donna pas de résultats. Le malade mourut dans le marasme et les troubles respiratoires. Le foie et le rein étaient volumineux; le poumon gauche, atteint de broncho-pneumonie, était sclérosé. Pas de tubercules. Au centre on trouva une masse de la grosseur d'une noix, à foyer central caséeux et à tissu feuilleté double, caractère des gommes syphilitiques. L'examen de la matière caséeuse décela des bacilles de Koch. Néanmoins, M. Hervouet croit à la syphilis. Comment alors expliquer la présence de bacilles? Deux hypothèses : ou bien la tuberculose est venue se greffer sur la syphilis, ou bien on n'a pas eu affaire au vrai bacille tuberculeux.

M. Gouraud croit à un syphilitique devenu tuberculeux.

Un cas de compression du récurrent.

M. Polo fait une communication sur ce sujet. Le malade, âgé de 49 ans, s'était aperçu en septembre 1892 que sa voix changeait, qu'elle devenait rauque, quelquefois enrouée, sans que la gorge fût douloureuse.

L'examen laryngoscopique démontra une paralysie très accentuée de la corde vocale gauche. Avec tous ces symptômes : Au repos, elle est dans la position dite cadavérique, c'est-à-dire intermédiaire entre la situation normale de la phonation, et celle de l'inspiration forcée. Quand le malade produit un son soutenu, la fente glottique se dévie à gauche; la corde saine dépasse la ligne médiane pour suppléer la corde inerte. Dans la voix de fausset, l'altération de la voix paraît insignifiante. Ces symptômes ne pouvaient être dus qu'à la compression du récurrent. A quoi était due cette compression? Le malade raconta que le 10 novembre, à la suite d'un violent effort, il avait senti tout à coup une oppression violente, avait perdu connaissance et craché du sang en abondance. En plaçant la main sur la région cardiaque supérieure, M. Polo sentit un soulèvement accentué au niveau du second espace intercostal. Il fit le diagnostic d'anévrysme de l'aorte.

Un cas de suppression de la sécrétion mammaire à la suite de lotions du mamelon avec une solution de chlorhydrate de cocaïne.

M. Guénel dit qu'ayant été appelé pour gerçures du sein auprès d'une de ses accouchées, il avait d'abord fait frictionner le mamelon avec du cognac. Ce traitement n'ayant pas donné de résultats et la douleur continuant à être très intense, il fit faire des lotions à la cocaïne à 1/50. La douleur disparut, les crevasses guérirent, mais les seins devinrent flasques et la sécrétion lactée disparut. Les lotions alcooliques firent reparaître la fonction mammaire. Ce fait est très intéressant au point de vue pratique, et ce traitement peut être employé dans le cas de gerçures trop douloureuses.

M. Valentin Desarnaux a vu deux fois la cocaïne supprimer la sécrétion mammaire et il l'attribue à ce que ce médicament exerce une grande action sur les vaso-constricteurs.

Fibromes utérins sous-muqueux volumineux.

M. Boiffin rapporte l'histoire clinique de deux malades atteintes de fibromes utérins sous-muqueux. Cette histoire est à peu près identique pour les deux malades et le traitement a été le même. L'une a 46 ans et n'a pas d'enfant, l'autre a 37 ans et a eu un enfant. Toutes deux ont eu des règles abondantes, de véritables pertes de sang à leurs époques cataméniales. Leur ventre augmentait peu à peu de volume au point de ressembler à une grossesse de 6 à 7 mois. Ce qui dominait au milieu de ces symptômes, c'était un écoulement muqueux très abondant.

Ces pertes, caractérisées du nom d'hydrorrhée par Guyon, les affaiblissaient beaucoup. La première eut même une complication grave; sans cause apparente, le membre inférieur gauche fut atteint de phlegmatia alba dolens.

Dans les deux cas l'examen de la tumeur externe permettait de faire facilement le diagnostic sans le secours de l'hystéromètre dont l'usage est d'ailleurs inutile et dangereux.

Quel était le traitement? La première malade avait déjà été traitée par l'électricité qui n'avait fait qu'augmenter ses pertes.

D'un autre côté l'opération de Battay peut mettre un terme à la menstruation, mais ne peut faire diminuer la tumeur. Il ne restait que l'hystérectomie vaginale ou abdominale. C'est cette dernière qui fut choisie en raison du volume des tumeurs. Les résultats furent très favorables. La première malade a repris ses occupations; la seconde est au quinzième jour dans un état excellent.

Un cas de laryngotomie.

M. Gouraud rapporte un cas de laryngotomie pour papillomes chez un malade à qui il enleva d'abord de petites tumeurs tapissant la muqueuse du larynx; les cordes vocales, la gauche surtout, en présentaient de nombreuses. La cocaïnisation préalable avait été un peu pénible. Peu de temps après, le malade ressentit de l'amélioration, la gêne respiratoire était moindre, puis il y eut récidive. Au laryngoscope, de nouvelles productions furent constatées qui amenèrent une telle suffocation que le Dr Gouraud dut faire la trachéotomie. Depuis, le Dr Boiffin ouvrit le larynx pour gratter complètement la muqueuse par la curette. Les suites opératoires furent très bonnes, la canule fut retirée, et maintenant la respiration se fait à peu près normalement. A propos des applications de cocaïne, le Dr Polo préfère les pulvérisations.

Paralysie infantile.

M. Saquet fait une communication sur un cas de paralysie infantile traité par le massage. Il s'agit d'une enfant de 3 ans 1/2 dont le père est syphilitique et la mère rhumatisante. A la fin de mai 1892, il y eut quelques jours de fièvre continue à la suite de laquelle l'enfant tenait difficilement sur ses jambes et tombait continuellement. Des frictions excitantes furent faites inutilement. A l'inspection, l'enfant traîne la jambe droite, le mollet est flasque et n'a que 18 centimètres de diamètre; le gauche en a 20. Le pied droit est plat et valgus, l'autre est normal, moins volumineux. Les muscles du mollet présentent une réaction de dégénérescence.

L'enfant est traitée par l'électricité et le massage quotidien de tout le membre.

Après quinze jours, les muscles du mollet sont plus fermes; après cinq semaines, le mollet droit a gagné un demi-centimètre; l'électricité est supprimée. A la huitième semaine les deux mollets étaient égaux, et le pied recouvrait peu à peu sa forme normale.

Mais à la suite de la suspension du traitement le mollet droit est resté stationnaire à 20 centimètres de circonférence, tandis que le gauche a augmenté. L'état général est bon; l'enfant court et saute, et M. Saquet se propose de recommencer le massage, persuadé qu'il aboutira à la guérison complète.

Albuminurie et éclampsie à sept mois.

M. le Dr Ménager rapporte l'observation d'une femme enceinte de sept mois qui vint le consulter pour un œdème des deux pieds et de la région sus-pubienne. Elle avait eu, il y a 18 mois, une première grossesse à terme avec douze attaques d'éclampsie. Elle avait accouché d'un enfant mort-né. Depuis, elle s'était remise et jouissait d'un parfait état de santé.

L'urine renfermait une grande quantité d'albumine. Le régime lacté fut prescrit avec une potion contenant dix gouttes de cantharide. L'urine avait un aspect verdâtre. La quantité, qui était de 700 grammes environ, n'augmenta pas avec le régime lacté et l'œdème se généralisa à tout le corps. M. Ménager prescrit le lactate de strontium à la dose de 1 gramme à prendre toutes les deux heures. A la suite de ce traitement les urines augmentent et atteignent 3 litres; l'œdème disparaît peu à peu, la malade est tout à fait bien.

Tout à coup, le 31 octobre, survient une attaque d'éclampsie. Douze sangsues sont appliquées aux jambes et le chloral est prescrit à haute dose en lavements. La nuit est bonne, et, les jours suivants, la malade se remet complètement.

Le lactate de strontium est de nouveau prescrit. Tous les cinq ou six jours, dès que survenait un commencement de mal de tête, six sangsues étaient appliquées sur les jambes. Enfin, le 6 décembre, la malade accouche d'un enfant vivant, pesant deux kilogr. et bien constitué. La mère est encore œdématiée; ses urines contiennent encore de l'albumine.

Huit jours après, plus d'albumine. Le dix-huitième jour la malade put se lever.

M. le Dr Couétoux présente un jeune homme ayant eu une adhérence totale du voile du palais de nature syphilitique. En 1889, lors des premiers accidents, plusieurs cautérisations lui furent faites à l'Hôpital du Midi. Au commencement de 1892, il n'existait plus qu'un petit orifice tellement étroit que c'est à peine si on pouvait y introduire un petit stylet. Le Dr Couétoux s'attacha par tous les moyens possibles à l'agrandir et, voyant que, lorsqu'on ne le dilatait plus, il s'oblitérait de nouveau, il fit faire par M. Coignard, chirurgien-dentiste, un appareil prothétique, dit à cheminée, qui a fait recouvrer le sens de l'olfaction aboli. La déglutition est également plus facile.

Pneumonie. — Méningite à pneumocoques. — Guérison.

M. Laënnec rapporte l'observation d'une fillette de 7 ans, entrée dans son service le 7 janvier. Elle tousse depuis quatre jours et l'auscultation démontre une pneumonie au sommet gauche. Température : 39°4.

Pas d'albumine dans les urines. Durant huit jours, la maladie suit son cours.

Le 14 janvier, à la pneumonie vient s'ajouter une méningite. Les signes d'auscultation n'ont pas changé.

Le traitement institué est du calomel, l'iodure de sodium et le lait.

Du 14 au 20, l'état général reste le même.

Le 20, l'enfant change tout d'un coup; les symptômes méningitiques s'accentuent notablement. Les signes pulmonaires s'amendent. On trouve un peu d'albumine dans les urines.

Le 21, l'enfant va mieux et commence à jouer sur son lit.

Le 23, la malade est guérie; tous les symptômes ont disparu; plus d'albumine dans les urines.

Hystérie. — Polyurie et polydypsie.

M. Boiffin parle d'une malade de 23 ans ayant contracté, il y a environ un an, une vaginite et une syphilis. Sa mère est très nerveuse.

Actuellement la malade a bonne apparence. Elle se plaint de fourmillements dans les membres et accuse de grands maux de tête qui ne s'exaspèrent jamais la nuit et ne sont par conséquent pas dus à la syphilis.

On trouve encore sur la malade une hémianesthésie sensitivo-sensorielle de tout le côté gauche, l'abolition du réflexe pharyngien; mais on ne découvre ni le point ovarique, ni sous-mammaire.

Avec cela, polyurie et polydypsie abondantes: la malade rend de 10 à 14 litres d'urine; la quantité de liquide absorbé est proportionnelle dans le même temps. Du côté des yeux, on constate la diminution du champ visuel et du côté de la peau une tendance érythémateuse très accusée.

L'examen de l'urine ne décèle ni sucre ni albumine. Dès lors, le diagnostic qui s'impose est celui de polyurie nerveuse, analogue à celle que signale Charcot dans ses ouvrages.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS

1er *semestre* 1893.

Cirrhose biliaire hypertrophique à forme anormale.

M. Decès lit l'observation d'un homme de 39 ans qui eut une première attaque d'ictère il y a six ans. Depuis, il en a eu deux autres ; rien à noter dans ses antécédents, sauf une tendance marquée aux embarras gastro-intestinaux.

En mai 1891, M. Decès fut appelé pour la première fois pour une phlébite de la fémorale. Le malade avait une teinte subictérique. Le foie était volumineux, débordant de quatre travers de doigt les fausses côtes ; pas d'ascite, mais développement énorme des veines sous-cutanées.

Le traitement consista en régime lacté, bicarbonate de soude ; de temps à autre, calomel à doses fractionnées. L'iodure de potassium ne put être toléré. A partir de cette époque, M. Decès fut souvent appelé tantôt pour dyspnée, tantôt pour douleurs hépatiques.

Cependant le malade n'avait pas maigri, n'avait jamais eu d'épistaxis ni d'hémorrhagies quelconques.

Le 15 janvier 1892, le malade était à demi assis sur son lit, couché sur son côté gauche. Respiration sifflante, globes oculaires saillants, langue fuligineuse, pouls lent, température 38°. A l'auscultation, emphysème déjà connu, congestion des bases ; bruits cardiaques faibles et irréguliers, souffle au premier temps, pas d'ascite. Le foie est toujours très gros ; la pression éveille une vive douleur ; la rate est hypertrophiée et arrive au niveau du lobe gauche du foie.

Les urines sont rares, à réaction acide laissant déposer un épais sédiment formé surtout de cristaux d'urate de soude.

La quantité de sucre est de 4 gr. 165 par litre, celle de l'albumine de 0 gr. 195, pas d'acides biliaires.

Purgatif drastique ; lactose ; tisane nitrée à 1 gramme.

Le lendemain, le malade est mieux, le pouls est plein ; les battements du cœur réguliers ; les urines plus abondantes. La congestion des bases persiste. Calomel : 0 gr. 50 en cinq fois. Le lendemain, le malade succombe.

Ce qu'il y a d'étrange dans cette observation, c'est la conservation jusqu'au dernier moment des forces du malade ; pas d'hémorrhagies ni de vomissements, pas d'ascite ni d'œdèmes, si ce n'est aux malléoles, mais, en revanche, dilatation colossale des veines superficielles.

La mort, étant donné l'état du cœur, avait dû arriver par syncope.

M. Noël cite une observation qui a quelque analogie avec la précédente.

C'est une jeune fille obèse, arthritique, atteinte d'ictère généralisé. — Pas d'hypertrophie du foie, pas d'ascite, cœur régulier ; urine ictérique, pas d'albumine. Le quatrième jour, augmentation subite du foie et mort.

A l'autopsie, péricarde graisseux ; plaques d'athérome dans l'endocarde ; dégénérescence aiguë du foie. M. Guelliot pense que la malade de M. Noël est morte d'ictère grave.

Rupture du trapèze à son insertion occipitale. Torticolis traumatique immédiat.

M. Decès rapporte le cas d'un ouvrier qui, en se baissant pour ramasser un objet tombé à terre, reçut sur l'occiput une balle de déchets de 90 kilos tombant d'une hauteur de 2 m. 50 environ ; il fut projeté sur le sol, et, en le relevant, on constata que la tête était infléchie fortement à droite et en arrière, la face tournée à gauche. Un examen attentif fit éliminer la possibilité d'une lésion des vertèbres cervicales. Il s'agissait d'une rupture du trapèze et des fibres postérieures du sterno-mastoïdien. Par le repos et des applications résolutives, le malade guérit au bout de quinze jours.

Thèses.

De la mycose leptothrixique pharyngée, par Albert Colin. G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

La mycose leptothrixique est une affection relativement rare, rarement diagnostiquée et très peu connue. Elle est causée par la production et l'accumulation de filaments de leptothrix qui arrive à former sur les amygdales, la base de la langue et la paroi postérieure du pharynx des points blanc-jaunâtre résistants et pointus qui ont une tendance marquée à se réunir en touffes, lesquelles prennent l'aspect *« de crête de coq »* ou de taches lisses et de même couleur. Les filaments de leptothrix s'implantent dans la couche épithéliale. Nous ne savons rien de précis sur l'étiologie de cette affection. La mycose leptothrixique a une marche essentiellement chronique et récidive fréquemment. On peut la reproduire par inoculation. Si, en elle-même, elle est d'un pronostic bénin, étant donnés l'influence qu'elle exerce sur le moral des individus qui en sont atteints et son peu de tendance à la guérison spontanée, elle mérite d'attirer l'attention des praticiens. Le traitement que nous conseillons est l'ablation aussi complète que possible des productions leptothrixiques et le badigeonnage avec la solution iodo-iodurée.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Thyroïdo-éréthisme chirurgical pour myxœdème et perversion mentale, communication à la Société nationale de médecine de Lyon, par M. A. Poncet.

Le 17 avril dernier, notre collègue M. Roque, chargé de la clinique des enfants à la Charité, vous a présenté une fillette de 14 ans, atteinte de myxœdème (1). L'épaississement de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané était des plus marqués aux mains, aux avant-bras, et, du côté des membres inférieurs, le gonflement qui présentait les mêmes caractères s'étendait jusqu'à la racine des cuisses. A la face on notait également un certain degré de masque myxœdémateux.

Enfin chez cette enfant, dont la taille était bien-dessous de la moyenne, et qui, avec ses 14 ans, ne paraissait en avoir que 8 ou 9, il existait des troubles psychiques qui en avaient fait pour sa famille et pour son entourage une sorte de paria.

Dans l'observation qui vous a été communiquée par M. le Dr Roque (2), nous voyons qu'elle était kleptomane, qu'avec la manie du vol, du vagabondage, elle avait des habitudes de masturbation, des instincts sexuels d'une précocité inquiétante, etc. D'un caractère intraitable, elle avait disparu pendant plusieurs jours de suite de chez ses parents; elle s'était évadée à plusieurs reprises des établissements pénitentiaires dans lesquels on l'avait placée.

Pendant son séjour à la Charité, on dut la soumettre à une surveillance continuelle.

En examinant attentivement cette petite malade, je fus frappé du peu de développement de son corps thyroïde, et je demandai à notre collègue, qui avait songé à pratiquer chez elle des injections de suc thyroïdien, de l'envoyer dans le service de la clinique, ce qu'il voulut bien faire.

Je l'ai opérée il y a cinq semaines, et je vous la présente aujourd'hui, trente-six jours après l'opération, pour vous rendre juges des modifications vraiment surprenantes qui se sont produites dans son état, soit du côté de son myxœdème, soit du côté de ses troubles psychiques.

Dans cette intervention chirurgicale, j'ai été guidé par des observations anciennes et récentes, qui établissent des relations intimes entre le bon fonctionnement de la glande thyroïde et celui du cerveau.

Dans les pays à goître, en effet, où le crétinisme est endémique, la dégénérescence commence par frapper le tissu thyroïdien avant d'atteindre les centres nerveux. D'autre part, l'absence, le défaut de développement de la thyroïde ont une action des plus néfastes sur le développement des facultés cérébrales. — J'ajouterai que l'ablation complète du corps thyroïde, soit chez les animaux (Schiff), soit chez l'homme, comme nous avons pu le constater après la thyroïdectomie totale, opération aujourd'hui complètement abandonnée, en raison précisément du *myxœdème opératoire*, qui l'accompagne presque fatalement, démontre le rôle élevé de la thyroïde dans la nutrition des éléments nerveux.

Après l'exothyropexie, nous avions été en outre frappés, M. Jaboulay et moi, de l'amélioration notable survenue, après certaines manœuvres sur cette glande, dans l'état mental de nos opérés, qui étaient auparavant plus ou moins crétineux.

Il me sembla donc rationnel chez cette malade de tenter une opération, sans aucune gravité, et dans laquelle, après avoir constaté l'état du corps thyroïde, j'essaierais de modifier cet organe, non seulement par une irritation manuelle de la glande, mais encore par des pansements antiseptiques directement en contact avec elle.

Le 6 mai dernier, je fis sur la ligne médiane du cou une incision de 5 à 6 centimètres. Arrivé sur la thyroïde, je ne constatai pas d'altération pathologique appréciable, mais je la trouvai diminuée de volume. (Avant l'incision il n'est pas possible d'apprécier le volume de la glande, de savoir si elle fait plus ou moins défaut, si elle est atrophiée, etc., etc.). Je la dénudai méthodiquement avec le doigt, je la soulevai et la saupoudrai d'iodoforme. Dans cette intervention, qui eut lieu sans une goutte de sang, je me proposais, comme vous le voyez, d'exciter le tissu thyroïdien, d'où le nom de *thyroïdo-éréthisme* que je donnerais volontiers à de telles manœuvres.

Peu de jours après, le myxœdème diminuait, et l'état psychologique de l'opérée se modifiait d'une façon appréciable.

Aujourd'hui 12 juin, il semble que notre petite malade soit vraiment transformée. Le gonflement myxœdémateux de la face, des mains, des avant-bras, des membres inférieurs a notablement diminué. M. Roque, qui ne l'a pas vue depuis quelques semaines, pourra nous dire dans quelles proportions.

Quant à sa cérébralité, elle a subi une telle métamorphose que tout le monde dans le service en a été frappé.

A la date du 9 juin dernier, mon interne, M. Coignet, après avoir fait une enquête sérieuse sur les faits et gestes de l'enfant depuis quelque temps, note dans son observation les particularités suivantes : « L'état mental de l'enfant est irréprochable. Elle est docile, obéissante, ne répondant pas aux observations qui lui sont faites. La sœur cheftaine de la salle Sainte-Anne s'en loue sous tous les rapports. »

Jamais elle n'a rien dérobé, et cependant, dans la salle, elle pourrait facilement prendre de l'argent, les malades du service laissant la plupart du temps leurs porte-monnaie traîner sur leur lit ou sur des chaises. Active, intelligente, elle s'occupe de différents travaux.

Il y a loin, comme on le voit, de ces renseignements à ceux qui nous avaient été fournis à la Charité. Je vous présente aujourd'hui cette petite malade pour que vous puissiez constater l'heureuse influence sur son myxœdème et sur sa mentalité de l'excitation de la thyroïde.

Je ne veux pour le moment que vous faire constater ce fait, sans trop chercher à établir entre ces divers phénomènes une relation de cause à effet. Il me semble dans tous les cas qu'une opération absolument innocente, comme celle que j'ai pratiquée, peut trouver son indication au début surtout des troubles psychiques qui semblent avoir leur point de départ, soit dans un arrêt de développement, soit dans une insuffisance fonctionnelle de la glande thyroïde, soit encore dans des altérations pathologiques de cet organe, goître précédant le crétinisme, etc.

Chez les malades dont l'état nécessite des injections de suc thyroïdien, je donnerais volontiers la préférence au thyroïdo-éréthisme.

M. Roque constate pour sa part, sur la malade qu'il a confiée à M. Poncet, une diminution très notable du myxœdème, à tel point qu'on serait bien embarrassé de dire actuellement si jamais elle en a eu vraiment.

M. Poncet est, tout le premier, fort surpris du beau résultat qu'il a obtenu. Il faut évidemment se défier des illusions en pareil cas, et rien n'est plus délicat à apprécier que le moral d'un sujet, surtout quand il peut s'agir d'une sorte de simulation de la part d'une fillette si vicieuse ; mais ce que l'on ne peut mettre en doute, c'est l'amélioration notable du myxœdème sous l'influence de l'opération. Il s'agit là de signes physiques appréciables à première vue et d'un contrôle facile.

(1) Société nationale de médecine de Lyon : Myxœdème chez une jeune fille (*Lyon Médical*, 30 avril 1893).
(2) *Lyon Médical*, loc. cit.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

61e réunion tenue à Newcastle-sur-Tyne les 1er, 2, 3 *et* 4 *août* 1893.

Section de gynécologie et d'obstétrique.

Des opérations conservatrices dans le traitement des affections des annexes utérines.

M. Pozzi (Paris). — La question des opérations conservatrices pour les affections des annexes de l'utérus est très vaste. Elle comprend tous les moyens thérapeutiques opératoires qu'on peut employer pour guérir ces organes sans les supprimer. On pourrait donc y comprendre toutes les manœuvres chirurgicales dirigées contre l'utérus lorsque cet organe est malade en même temps que les trompes, manœuvres qui ont pour but de guérir ces dernières, en propageant pour ainsi dire la guérison de la muqueuse utérine jusqu'à la muqueuse tubaire. C'est ce que j'ai appelé le *traitement indirect* de la salpingite. Ce traitement comprend le curettage intra-utérin, la cautérisation par les caustiques ordinaires et par l'électricité. Je le crois utile dans les premières phases de la salpingite catarrhale; mais il est inefficace dès qu'il s'est formé du pus ou dès que les parois tubaires sont fortement altérées par une inflammation chronique qui les soude et les oblitère.

Un autre mode de traitement conservateur est celui qui s'adresse *directement* aux annexes malades, mais sans opération proprement dite : tels sont le massage et les courants électriques appliqués au niveau de ces organes.

Le massage n'est bon que dans les cas très anciens. Il est dangereux quand il s'agit de salpingite kystique, car il peut faire rompre le kyste dans le péritoine. Il est aussi dangereux dans les salpingites aiguës, car il peut provoquer la rupture des vaisseaux. L'électrisation directe des annexes mérite les mêmes reproches et ne s'applique qu'aux cas où le massage est utile. Et même dans ces cas son action est douteuse; elle agit surtout contre la douleur dans les salpingites chroniques.

Certains chirurgiens proposent de provoquer l'*évacuation* du liquide par la dilatation de la matrice et de l'orifice utérin des trompes. Je suis un adversaire déclaré de cette prétendue prudence, car je la trouve plus dangereuse que l'audace : on court, en effet, le risque de déterminer ainsi une inflammation du péritoine en tiraillant l'utérus et les annexes. Il y a de nombreux accidents de ce genre, dont quelques-uns mortels.

Après cette esquisse d'ensemble, je vais me restreindre à une très petite partie du sujet, qui est toute nouvelle : je veux parler des opérations portant directement sur les ovaires ou les trompes, et consistant à enlever la partie malade tout en respectant la partie saine.

Ces opérations sont de deux sortes, selon qu'elles s'adressent aux trompes ou aux ovaires malades.

La *résection des trompes*, la *formation d'un orifice artificiel* au niveau d'une trompe kystique ou *salpingostomie* a été pratiquée surtout dans les cas d'hydrosalpinx par Martin, Skutsch, etc. Je ne crois pas à l'efficacité de cette opération. En effet, la trompe n'est pas un conduit inerte; c'est un tube actif par son épithélium vibratile et par ses fibres musculaires; quand ces éléments sont détruits par une inflammation de quelque durée, la progression de l'ovule ne peut plus se faire. Il vaut mieux extirper les trompes dès que leur pavillon est oblitéré et leurs parois altérées.

Il n'en est pas de même de l'ovaire. Ici, une toute petite portion du tissu sain suffit à assurer la fonction de l'organe, car elle contient des milliers de follicules de Graaf. On doit essayer de conserver cette portion d'organe utile. On ne doit donc jamais enlever en totalité un ovaire dont une partie seule est malade, quand la trompe est saine.

Ce précepte s'applique à toutes les lésions de l'ovaire, sauf celles qu'on peut croire malignes ou encore aux lésions suppurées; là, du reste, la trompe est généralement malade.

Je crois que l'on pourra, par l'ignipuncture de l'ovaire, conserver leur fécondité à un très grand nombre de femmes qu'on châtrait pour des douleurs et de la dysménorrhée dépendant d'une maladie de l'ovaire seul, dégénérescence scléro-kystique et ovarite diffuse. Dans le premier cas, on ouvrira les kystes folliculaires avec la pointe du petit couteau du thermocautère et on cautérisera l'intérieur pour détruire la paroi kystique. Dans l'ovarite diffuse, il faudra perforer profondément le tissu ovarien, qui est alors œdématié et où les recherches microscopiques de M. Paul Petit ont démontré qu'il existe une abondante prolifération embryonnaire. On fait une ignipuncture profonde qui rappelle celle qu'on pratique au niveau des tissus lardacés des articulations malades. Le fer rouge agit à la manière d'un *fondant* puissant.

J'ai remplacé par l'ignipuncture la *résection partielle* de l'ovaire, que j'avais d'abord pratiquée et qui peut encore trouver son application dans les cas où la lésion est très nettement limitée. La technique de cette résection est simple : on taille une tranche longitudinale de tissu ovarien au niveau de la lésion, puis on fait la réunion et l'hémostase par une suture en surjet au catgut. Il faut d'abord examiner la trompe avec soin; on en fera le cathétérisme à l'aide d'un stylet allant du pavillon à l'utérus; cette manœuvre est d'une extrême simplicité.

J'ai indiqué une manœuvre complémentaire dans les cas où la trompe a dû être détachée par la rupture d'adhérences : c'est la fixation de son pavillon par trois ou quatre points de suture au catgut sur le moignon d'ovaire réséqué ou sur l'ovaire cautérisé. On évite ainsi que le pavillon ne s'égare de nouveau et ne contracte des adhérences qui rendraient inutile l'opération conservatrice. J'ai appelé cette manœuvre la *salpingorrhaphie* ou, mieux, la *salpingopexie*.

Voici maintenant le résultat de ma pratique pour les opérations conservatrices de l'ovaire :

J'ai fait 6 fois la résection et 8 fois l'ignipuncture de l'ovaire. Toutes mes opérées ont parfaitement guéri de l'opération, qui a été très bénigne. Chez toutes, soit immédiatement, soit dans la suite, les douleurs ont été abolies ou très diminuées. Chez quelques opérées qui étaient auparavant mal réglées, le flux menstruel est revenu avec plus d'abondance et ce résultat, qui semble paradoxal, me paraît être dû à la grande amélioration de l'état général.

Enfin, une de mes malades est enceinte de trois mois. Elle a été opérée le 22 décembre dernier : je lui ai fait douze points profonds d'ignipuncture à gauche et onze à droite. Les ovaires avaient l'apparence qu'offre le rein dans le mal de Bright, et présentaient des lésions d'ovarite diffuse. Avant l'opération la malade éprouvait des douleurs continuelles, qui s'exaspéraient au moment des règles. Ces douleurs ont disparu dès la première menstruation qui a suivi la cautérisation ovarienne.

Parmi les trois malades opérées par l'ignipuncture, j'ai fait trois fois la fixation de l'utérus ou hystéropexie complémentaire pour guérir une rétroversion.

La durée totale de ces deux opérations ne dépassa pas une demi-heure.

Ma première ignipuncture ovarienne date du 16 décembre 1892. Je crois être le premier à l'avoir systématiquement pratiquée et à en avoir fixé la technique. Il ne faut pas seulement ouvrir les kystes, mais il faut aussi cautériser toute l'étendue de leur surface interne et pénétrer profondément dans le tissu ovarien s'il est œdémateux.

Quant à la résection de l'ovaire, mon expérience est plus longue.

Ma première opération de résection de l'ovaire a été pratiquée en mai 1891; la seconde a été faite en juillet de la même année; la dernière ou sixième en février 1893.

Mon observation, pour mes deux premières opérées, date donc de plus de deux ans; elles sont actuellement guéries de douleurs qui en avaient fait de véritables *infirmes*; je les ai vues récemment, leur santé est excellente et leurs règles sont normales, quoique l'une et l'autre n'aient plus qu'un tiers environ de l'ovaire droit réséqué, le gauche ayant été enlevé complètement.

Chez une seule de mes six opérées j'ai pratiqué l'hystéropexie complémentaire, chez quatre j'ai fait la *salpingopexie* ou suture de la trompe au moignon ovarien. J'ai été aussi le premier à indiquer cette modification de la technique, que je crois importante dans les cas de rupture des adhérences. Chez cinq opérées sur six, j'ai enlevé les annexes du côté où je ne pratiquais pas la résection.

En somme, j'ai obtenu un excellent résultat opératoire chez les quatorze femmes à qui j'ai fait une opération conservatrice de l'ovaire ; toutes ont été complètement guéries ou considérablement améliorées. Les règles ont continué chez toutes, et l'une d'elles est devenue enceinte ; mon expérience est pourtant récente et porte à peine sur un peu plus de deux ans : ce sont là des résultats très encourageants qui viennent se joindre à ceux de Martin pour pousser les opérateurs dans cette voie nouvelle.

M. Madden. — Dans le traitement des affections des annexes de l'utérus, il faut, comme je l'ai toujours soutenu, avoir en vue la restauration des fonctions des organes malades. On a abusé de l'ovariotomie dans des affections nerveuses où cette opération n'est pas justifiée. Dans des cas de salpingite, on peut sauver les annexes en ponctionnant l'abcès ou en faisant un cathétérisme de la trompe de Fallope. Le traitement médical est souvent fort utile dans ces affections.

M. Barnes. — Le cathétérisme des trompes est bien difficile. Je ne vois pas comment le chirurgien distinguera le cas où le cathéter s'engage dans la trompe de celui où il perforera l'utérus et s'engagera dans la cavité péritonéale. Je crois qu'il est souvent bon de détruire les adhérences sans rien enlever du reste.

M. Bell. — Le plus souvent le point de départ de ces affections est une endométrite qui s'est propagée aux trompes et de là aux ovaires. Il faut donc commencer par un curettage utérin.

M. Cameron. — Le traitement préventif est aussi important que le traitement conservateur. Dès qu'il existe de la leucorrhée ou une endométrite, on doit les traiter. Je suis opposé au massage, mais je crois à l'utilité de l'électricité par les courants interrompus.

M. Cullingworth. — Je crois, comme M. Pozzi, que le traitement conservateur des trompes est inutile ; il a, au contraire, une grande importance pour l'ovaire.

M. Smith. — Une question fort importante est celle de savoir quelle conduite tenir quand on est en présence d'un ovaire peu hypertrophié, mais bourré à sa surface de petits kystes.

Ovariotomie pratiquée à la suite d'un accouchement.

M. Aust-Lawrence. — Je viens d'être obligé dans dix cas de pratiquer l'ovariotomie chez des femmes qui venaient d'accoucher. Ceci m'a conduit à penser que lorsqu'on diagnostique une tumeur de l'ovaire chez une femme enceinte, on doit l'opérer sans plus tarder. Ces tumeurs amènent en effet plus tard des complications souvent fort dangereuses et qui nécessitent une intervention opératoire immédiate faite souvent après l'accouchement qui a été plus ou moins laborieux et qui a mis la femme dans de mauvaises conditions de résistance.

M. Bell. — Quand on est sûr de son diagnostic, on peut toujours opérer pendant la grossesse, sans en interrompre le cours. J'ai opéré ainsi trois fois avec succès.

M. Smith. — Quand la tumeur descend dans le bassin et menace de l'obstruer, il faut opérer ; quand au contraire elle est maintenue par un pédicule court hors du bassin, on pourra attendre l'accouchement.

Lithotomie chez la femme.

M. Barnes. — Une femme de trente ans entra à l'hôpital pour des mictions fréquentes et douloureuses ; cet état datait de six ans. La malade avait une sensation de brûlure dans la vessie. L'urine avait une odeur ammoniacale et contenait du pus et des phosphates. La sonde révéla l'existence d'un gros calcul. Je fis la lithotomie vaginale et je retirai ainsi le calcul qui était formé d'un petit noyau d'acide urique entouré de couches de phosphate. Je fis un lavage de la vessie à l'acide borique. Je ne fermai pas la plaie vaginale en raison de la grande quantité de pus. Je continuai les lavages et la plaie guérit en dix jours. Je crois qu'il est toujours bon, dans la lithotomie vaginale, de laisser ainsi la plaie se fermer toute seule, quitte à recourir plus tard à une nouvelle intervention s'il persiste une fistule, quand la cystite a disparu. Des différentes méthodes employées pour guérir une femme atteinte de calcul vésical : dilatation de l'urèthre, lithotritie, taille hypogastrique ou vaginale, c'est cette dernière qui est la meilleure. On doit faire l'incision juste sur la ligne médiane, à une certaine distance de l'urèthre.

Flexions de l'utérus.

M. Bell. — C'est en vain qu'on essaierait de traiter les flexions de l'utérus uniquement par les moyens mécaniques. Un utérus sain ne subit pas de flexion ; il y a toujours un point de départ morbide contre lequel on doit agir. On doit s'assurer d'abord du bon état des organes qui entourent l'utérus. Le plus souvent le point de départ est une endométrite, quelquefois une subinvolution à la suite d'un accouchement. S'il existe des déchirures du col, il faut avant tout y remédier par la trachélorraphie ; si le col est hypertrophié, il faut l'amputer. Si la muqueuse utérine est épaissie, on fera un curettage, puis des pansements phéniqués, à l'aide de tampons. Lors de chaque pansement, on redressera l'utérus. A l'époque des règles, on appliquera un pessaire. Si le périnée est déchiré, on le suturera. On traitera en même temps les symptômes dyspeptiques.

Discussion sur la septicémie puerpérale.

M. Barnes. — Malgré toutes les études qu'on a faites sur cette question, la septicémie puerpérale est encore fréquente. On pourrait cependant, en appliquant rigoureusement l'antisepsie, la supprimer à peu près complètement. On peut diviser les causes de cette affection en deux : celles qui proviennent de la malade même (causes endogènes) et celles qui proviennent du dehors (causes exogènes). La septicémie endogène est due à l'absorption de l'exsudat séreux de l'utérus et des régions péri-utérines, surtout quand les reins fonctionnent mal et qu'il y a de l'albuminurie ; il faut aussi tenir compte de la résorption physiologique de la graisse de Virchow provenant de la dégénérescence graisseuse des tissus désormais inutiles. La rétention des lochies intervient aussi.

On ne pourra pas toujours supprimer toutes les causes externes, mais on devra alors s'efforcer de fortifier la femme pour lui permettre de résister à ces causes externes.

Pour éviter la septicémie endogène, on n'aura jamais recours au tamponnement, on suturera immédiatement les déchirures du périnée, on fera l'expression de l'utérus et on appliquera un bandage abdominal, on recommandera la propreté la plus méticuleuse, et on appliquera toutes les règles de l'antisepsie. On donnera de la quinine, de l'ergot, de l'hamamélis, des fortifiants.

On luttera contre les causes exogènes par les précautions antiseptiques suivantes :

Chaque malade aura sa chambre, qui sera désinfectée après chaque accouchement ; les murs seront enduits d'un vernis ; les chambres seront bien aérées et exposées au soleil. Pendant et après le travail, le meilleur antiseptique qu'on pourra employer sera l'acide phénique. On emploiera aussi le spray.

M. Simpson. — Je crois que M. Barnes insiste trop sur sa distinction en causes endogènes et exogènes. Le grand point, c'est que les mains de l'accoucheur et de tous ses aides, ainsi que ses instruments, soient rigoureusement désinfectés. On doit aussi le plus possible se garder des explorations internes.

M. Cullingworth. — La notion des causes endogènes soulève une question non encore résolue, celle de la transformation de microbes non pathogènes de la filière génitale en microbes pathogènes. Pratiquement il faut surtout songer aux causes externes et surveiller les mains et les instruments. Les injections sont une cause de danger, car elles peuvent refouler vers le haut des agents infectieux ; aussi ces injections ne doivent-elles être faites que par le médecin ou une personne expérimentée. Du reste l'injection n'est point indispensable.

M. Bonall. — On peut empêcher la septicémie puerpérale. Mais trop souvent les accouchements sont faits par des sages-femmes qui, non seulement ignorent l'antisepsie, mais encore sont malpropres. Non seulement l'opérateur doit avoir les mains propres, mais encore on doit ordonner des injections antiseptiques avant l'accouchement. On ne doit faire d'injection intra-utérine qu'après avoir désinfecté la vulve et

e vagin. Pour toute cette antisepsie, c'est encore le sublimé qui donne les meilleurs résultats.

M. Byers. — Dans la fièvre puerpérale, le traitement local est fort important; le drainage et le sublimé rendent de grands services.

M. Oliver. — Il y a des cas d'infection qu'on ne pourra jamais éviter ; j'ai vu par exemple une femme qui eut à la fin de sa grossesse une hémorrhagie; puis survint de la paralysie due à des névrites produites par les matières toxiques entraînées par le sang. Après son accouchement cette femme fut prise de septicémie et mourut. Il y a de même certains cas de phlegmatia alba dolens, qu'on ne saurait éviter.

Traitement de la rétroversion de l'utérus gravide.

M. Purslow. — Je viens d'avoir à l'hôpital une série de six cas de rétroversion de l'utérus gravide. Denman écrivait en 1794 que cet accident est causé par la rétention d'urine. Holliday Croom, en 1890, rapporte une observation de rétroversion de l'utérus gravide terminée par la mort. L'utérus en rétroversion avait comprimé le trigone vésical sur les pubis. On avait introduit pendant la vie un cathéter dans l'urèthre, mais sans obtenir d'urine, ce qui était dû probablement à ce que le cathéter s'était replié dans la portion de la vessie située au-dessous du point comprimé.

Denman insiste sur l'inutilité de chercher à replacer l'utérus en bonne position avant d'avoir vidé la vessie. D'après lui, la cause de la mort réside toujours dans l'obstruction de la vessie. Lorsqu'on a vidé celle-ci, il est inutile, d'après lui, de chercher à redresser l'utérus. Spregelber, en 1887, a recommandé, après l'évacuation de la vessie, de redresser l'utérus à l'aide des doigts introduits dans le vagin, la malade étant dans le décubitus horizontal, le bassin un peu élevé et les cuisses fléchies. Il conseille de redresser l'utérus, même si on n'a pu vider la vessie. Playfair conseille de redresser l'utérus à l'aide d'un sac de caoutchouc, qu'on remplit progressivement d'eau, après évacuation de la vessie. Sur les trois cas que j'ai observés, dans l'un j'ai remis l'utérus en place, la malade étant dans la position genu-pectorale ; dans les deux autres cas le redressement a été simple. Je crois qu'il vaut mieux recourir, dans les cas difficiles, à des essais répétés, la malade étant dans la position genu-pectorale, qu'avoir recours à un anesthésique.

SECTION DE PATHOLOGIE.

Coma diabétique.

M. Harley. — Le coma qui termine si souvent le diabète n'a pas encore été expliqué d'une façon satisfaisante et il en résulte que le traitement qu'on dirige contre cet accident est le plus souvent empirique. J'ai fait sur ce point des expériences en introduisant du sucre de raisin dans le torrent circulatoire de plusieurs chiens chez lesquels j'ai pu ainsi provoquer le coma. En effet, si, après avoir lié les uretères d'un chien pour empêcher l'élimination, on lui injecte dans le sang de 8 à 12 grammes de sucre par kilogramme d'animal, il survient des vomissements, puis des tremblements, puis une sorte d'anéantissement dont on peut encore cependant tirer l'animal par de fortes excitations. Au bout de 5 ou 6 heures, ces accidents disparaissent. Quelquefois les tremblements deviennent de véritables convulsions épileptiformes pouvant non seulement être toniques et cloniques, mais encore aller jusqu'à l'opisthotonos. Les yeux deviennent fixes, les pupilles sont contractées, la respiration est accélérée et le pouls est très rapide. L'animal peut mourir dans une de ces crises. Quand ces crises disparaissent, il tombe dans le coma. Si alors on enlève les ligatures des uretères, l'animal sort de son coma au bout de quelques heures. Il résulte de mes recherches qu'aussitôt après l'injection du sucre dans le sang, c'est-à-dire à l'époque où sa proportion dans le sang est le plus considérable, il ne se produit aucun symptôme nerveux, puis ceux-ci apparaissent et augmentent d'intensité au fur et à mesure que la proportion de sucre diminue dans le sang; enfin vers la 4e ou la 5e heure survient le coma; or, à cette période, la quantité du sucre dans le sang est redevenue normale. On est donc forcément amené à cette conclusion que les troubles nerveux sont dus à une ou plusieurs substances formées par e sucre après son injection. J'ai fait alors des analyses qui m'ont montré que l'acide lactique du sang augmente quand on injecte du sucre et que sa proportion revient moins vite au taux normal que celle du sucre. De plus, dans le sang normal du chien, on ne trouve ni acétone, ni acide acéto-acétique, ni alcool, tandis qu'on trouve ces trois substances dans le sang, après y avoir injecté du sucre. Quand il se produit des phénomènes nerveux à la suite de l'injection de sucre, l'élimination d'acide carbonique par la respiration diminue beaucoup, et il en est de même de l'absorption de l'oxygène. D'un autre côté, Walter en donnant à des lapins de l'acide chlorhydrique, a provoqué chez eux des troubles nerveux analogues à ceux que j'ai obtenus chez des chiens. Walter admet que chez les lapins l'acide carbonique est transporté au poumon dans le sérum sanguin à l'état de carbonate et de bicarbonate de soude ; il croit, en conséquence, que l'acide chlorhydrique se combinant aux bases alcalines du sang, celles-ci ne peuvent plus transporter l'acide carbonique qui s'accumule dans les tissus et provoque un empoisonnement du système nerveux. On peut faire cesser les accidents en injectant à ces lapins du carbonate de soude. Chez les carnivores, l'acide chlorhydrique se combine avec les ammoniaques composées qui forment l'intermédiaire entre les substances albuminoïdes et l'urée et s'élimine à cet état par l'urine. Il en résulte une augmentation des ammoniaques composées et une diminution de l'urée dans l'urine. De plus, comme l'a vu Walter, cette injection d'acide chlorhydrique entraîne une diminution de l'élimination de l'acide carbonique. D'autre part, Hallevorden, Stabelmann et Minkowski ont trouvé que chez l'homme, pendant le coma diabétique, les ammoniaques de l'urine sont augmentées.

Mes expériences apportent un appui à cette conception d'un empoisonnement par les acides. On peut dès lors se poser les deux questions suivantes : 1° La diminution d'alcalinité du sang réduit-elle l'affinité de l'hémoglobine pour l'oxygène ? 2° la présence de l'alcool, de l'acétone, etc., et la diminution de l'alcalinité du sang empêchent-elles les processus d'oxydation dans l'organisme ? Mes expériences sont fortement en faveur de la 2e hypothèse. Il en est de même de celles de Walter, qui de plus contredisent la première. Je dirai donc que le coma diabétique est dû en partie à l'alcool et l'acétone qui dérivent du dédoublement de la molécule du glucose, et principalement à une diminution dans l'alcalinité du sang produite par des acides provenant de la décomposition du sucre, ces acides se combinant avec le carbonate et le bicarbonate de soude du sang et empêchant ainsi le sang de transporter vers les poumons l'acide carbonique à éliminer; il y a en même temps une diminution dans l'oxygène absorbé; il y a ainsi des phénomènes asphyxiques au niveau des tissus.

Dans les cas de diabète dus à un défaut d'assimilation du sucre par l'organisme, quand le coma apparaît, le sucre a disparu des urines. Aussi doit-on toujours craindre le coma chez un diabétique qui n'a plus de sucre dans ses urines, quand cette disparition du sucre ne peut s'expliquer ni par le régime ni par le traitement.

De cette étude je conclus que le traitement du coma diabétique doit consister en alcalins. Quand le coma est déjà produit, on devra faire dans le système veineux du malade une injection de solution de carbonate de soude. En même temps on fera respirer de l'oxygène au malade ; on donnera aussi des diurétiques.

Dégénération fibreuse du cœur.

M. Steven. — Bien que l'affection de Renaut et la dégénérescence fibreuse du cœur soient différentes, elles ont cela de commun d'être l'une et l'autre des maladies pures et simples du muscle cardiaque. Cette dégénérescence fibreuse est très rare avant 50 ans; le plus souvent les artères coronaires sont en même temps malades. Cette maladie est rarement associée à des lésions valvulaires. Souvent il existe en même temps une dégénérescence analogue du cerveau. Cette affection consiste en une atrophie musculaire due à une obstruction aiguë ou chronique des coronaires.

Des causes de la chlorose.

M. Jones. — J'entends par chlorose une affection qui ne survient que chez les jeunes femmes et qui s'accompagne toujours d'une diminution de l'hémoglobine, diminution qui

est souvent très grande. La peau est pâle ou verte; il y a des tendances à l'œdème, aux troubles gastro-intestinaux, à l'hématémèse, à la dilatation du cœur, aux troubles de la menstruation.

Jusqu'à l'âge de 15 ans la densité du sang est la même dans les deux sexes; puis elle devient moins forte chez la femme entre 16 et 22 ans, âge auquel les jeunes filles deviennent anémiques. Or, tous ces cas de chlorose typique surviennent entre 14 et 26 ans. Tandis que la densité du sang total diminue chez la femme après la puberté, la densité du sérum augmente. Le plasma sanguin augmente donc de poids chez la femme après la puberté, ce qui n'a pas lieu chez l'homme. C'est au moment de ce changement que la femme est sujette à la chlorose.

La chlorose est en outre en relation avec des troubles de l'innervation splanchnique, comme le prouvent l'hématémèse et les troubles gastro-intestinaux.

Virchow a trouvé que les grosses artères (aorte) et les organes sexuels étaient souvent imparfaitement développés chez les chlorotiques, mais ces anomalies de développement du système cardio-vasculaire se retrouvent aussi chez les garçons, qui ne sont pas chlorotiques. Pour Clark, la chlorose est le résultat d'une auto-intoxication due à la constipation; mais alors on devrait aussi rencontrer la chlorose chez les garçons.

La chlorose est due à la diminution de l'hémoglobine chez la femme après la puberté et aux dilatations vasculaires pelviennes que provoque la menstruation et qui peuvent sous certaines influences gagner les vaisseaux gastro-intestinaux.

A mon avis, le fer dans la chlorose n'agit qu'en amenant la constriction des vaisseaux gastro-intestinaux. J'ai employé le nickel avec succès. Les sels de potassium et de magnésium associés au fer sont utiles.

Causes de l'anémie.

M. Haig. — J'ai remarqué que souvent la chlorose ou l'anémie des jeunes femmes avait pour point de départ des troubles dyspeptiques ou bilieux survenant aux époques menstruelles; or je savais que ces troubles indiquaient une diminution de l'excrétion de l'urée et de l'acidité de l'urine et une augmentation de l'alcalinité du sang qui peut dès lors dissoudre mieux l'acide urique dans toutes les parties de l'économie et cet acide urique dissous dans le sang est une cause d'anémie. Cela résulte très clairement d'expériences que j'ai faites et explique ce fait remarqué par Murchison et d'autres, que dans certains cas d'anémie, le fer n'agit pas, si on ne s'adresse pas d'abord au foie; le plus souvent, on donne alors du calomel ou un autre sel de mercure. Or on sait que le mercure débarrasse le sang de l'acide urique.

J'ai toujours pensé que l'extrait de corps thyroïde et d'autres glandes ne doit peut-être ses effets qu'à l'acide urique et aux produits azotés qu'il contient. Et en effet j'ai constaté sur moi que l'extrait de corps thyroïde avait le même effet que l'acide urique.

Si l'on admet que l'acide urique est la cause de la chlorose et de l'anémie, il est aisé d'expliquer cette dernière chez les jeunes filles. Chez ces dernières, vers l'âge de 17 ans, il se fait une diminution brusque de l'augmentation de poids qu'on constatait chez elles pendant les années précédentes, d'où diminution des échanges; en même temps les règles s'établissent, amenant très souvent des troubles digestifs, qui entraînent une augmentation de l'acide urique dans le sang.

Atrophie du ventricule gauche consécutive à une sténose de la coronaire gauche.

MM. Gibson et Muir. — Voici les pièces d'un malade mort avec des signes d'insuffisance mitrale. L'artère coronaire gauche est considérablement rétrécie par des lésions athéromateuses; le ventricule gauche est très dilaté et ses parois sont très atrophiées; il en est de même des muscles papillaires. Le ventricule droit est très hypertrophié. Au microscope, on peut voir que les fibres du ventricule gauche ont subi la dégénérescence graisseuse.

Pathologie de la glande thyroïde.

M. Lanz. — J'ai fait des expériences pour établir de quelle nature sont les mouvements saccadés des chiens atteints de cachexie thyroïdienne. En coupant le sciatique chez les uns, la moelle chez les autres, j'ai vu qu'il ne s'agissait point là de mouvements d'origine périphérique; ce sont des symptômes d'une dégénérescence ou d'une irritation descendante de la moelle; ils sont donc d'origine encéphalique.

M. Thomson. — Dans trois cas de crétinisme sporadique, j'ai obtenu d'excellents résultats par l'administration de corps thyroïde : le squelette s'est développé, les œdèmes ont disparu, la température est redevenue normale, les muscles se sont fortifiés, l'appétit réveillé, l'amélioration mentale est difficile à constater.

M. Murray. — J'ai lié les vaisseaux du corps thyroïde chez un singe. Bientôt après il y eut du tremblement, de la perte de l'activité, puis quelques contractions, du gonflement des paupières, de la diminution du nombre des hématies. On fit alors des injections d'extrait de corps thyroïde, qui amenèrent progressivement la guérison.

Subdivisions régionales de l'abdomen.

M. Anderson. — Les divisions de l'abdomen telles qu'elles existent aujourd'hui manquent de précision, car leurs lignes de démarcation ne sont pas comprises de la même manière par tout le monde. Deux nouveaux systèmes ont été proposés par MM. Cunningham et Smith. Dans les deux divisions sont indiquées par deux plans longitudinaux et deux plans transversaux. Le plan transversal supérieur est le même dans les deux systèmes, il correspond au niveau des cartilages des 10es côtes et du disque intermédiaire à la 2e et à la 3e vertèbre lombaire. Le plan transversal inférieur passe par les tubercules des bords externes de la crête iliaque et la 5e vertèbre lombaire dans le système de Cunningham; dans l'autre système ce plan passe par les épines iliaques antérieures et supérieures et par le promontoire. Le plan longitudinal de Cunningham est vertical et passe par le milieu du ligament de Poupart. Le deuxième système fait passer le plan vertical le long du bord du muscle droit.

Fonctions du cervelet.

M. Russell. — J'ai fait beaucoup d'expériences sur des chiens et des singes; elles m'ont amené aux conclusions suivantes. Les deux moitiés du cervelet me paraissent assez indépendantes l'une de l'autre au point de vue fonctionnel. Une moitié du cervelet exerce son influence sur les centres de la moelle du côté correspondant et sur les centres cérébraux du côté opposé. Quand on enlève une moitié du cervelet, il survient dans les membres du côté correspondant de la rigidité et une exagération des réflexes. Le cervelet a donc sur la moelle une action modératrice. Il a au contraire sur le cerveau une action de renforcement, car quand on enlève une moitié du cervelet, l'écorce cérébrale du côté opposé devient moins excitable. De plus l'ablation du cervelet produit de l'incoordination des mouvements; en outre il se produit de la rigidité et de la parésie des membres, du ptosis, du nystagmus, de la rotation des globes oculaires.

Influence de l'atropine et de la morphine sur la sécrétion urinaire.

M. Thompson. — J'ai fait des expériences sur ce sujet chez des chiens; j'ai trouvé que l'atropine et la morphine diminuaient la sécrétion urinaire; l'urée est aussi diminuée; les autres substances azotées sont augmentées. On ne peut attribuer ces effets à une action sur la pression sanguine, car l'atropine produit une petite élévation de cette pression; la morphine produit une diminution de la pression, mais il n'y a pas de corrélation entre cette diminution et celle de l'urine sécrétée. On peut admettre que l'augmentation des produits azotés autres que l'urée contrebalance la diminution de l'urée; ce fait rapproché de ce qu'il y a production de chaleur dans le foie au moment de son fonctionnement permet de penser qu'une certaine quantité d'urée se forme dans le rein.

Section d'anatomie et de physiologie.

De la thrombose cardiaque et pulmonaire.

Sir J. Fayrer (Londres). — La coagulation intra-vasculaire du sang n'a pas encore été suffisamment étudiées en tant que source de dangers et cause de la mort.

On sait que ce phénomène accompagne les états de marasme et la puerpéralité, ainsi que Richardson, Wharton Jones et d'autres observateurs l'avaient indiqué déjà. Je désire en parler comme d'une cause de danger et souvent de mort survenant à la suite d'opérations chirurgicales, de plaies, de traumatismes divers, surtout chez les sujets qui vivent ou ont vécu dans les pays où règne la malaria, principalement s'ils sont atteints de cachexie splénique; le passage d'une sonde dans l'urèthre, une opération chirurgicale, un empoisonnement du sang dû à l'existence d'un foyer de suppuration, des troubles généraux consécutifs à l'accouchement, lorsque ce dernier se complique d'une lésion locale ou qu'il s'agit d'une femme surmenée ou fatiguée, suffiront chez ces malades pour provoquer une thrombose cardiaque et pulmonaire.

Dans ce cas le malade, qui allait bien en apparence ou souffrait d'une complication relativement légère, est brusquement pris de symptômes d'obstruction de l'artère pulmonaire, il court de grands dangers ou même meurt par suffocation. A l'autopsie on trouve, comme unique cause de la mort, un caillot obstruant l'artère pulmonaire.

Il y a déjà longtemps que j'ai attiré l'attention sur les faits de ce genre et que j'ai émis l'opinion que la thrombose était particulièrement fréquente chez les sujets ayant été atteints d'infection malarique, surtout lorsqu'il existait chez eux une lésion chronique de la rate.

Halliburton, Wooldridge, Wright et d'autres auteurs ont contribué à élucider la nature des altérations du sang dans les cas de ce genre. Leurs conclusions semblent confirmer mes opinions à ce sujet : elles établissent que le caillot obstructeur a tendance à se former surtout dans les cas où les cellules amiboïdes sont en nombre considérable.

Ces recherches n'ont pas seulement un intérêt théorique en tant qu'explication de la cause de la thrombose. Elles permettent aussi d'espérer qu'on pourra conjurer le danger. Pour cela il faudra recourir à temps à des médicaments capables de diminuer la tendance du sang à la formation du caillot ou d'amener la dissolution d'un coagulum déjà formé.

La production de caillots dans les gros troncs vasculaires n'est pas nécessairement fatale, même lorsqu'elle a lieu dans le cœur ou l'artère pulmonaire : j'en ai observé plusieurs cas de guérison après une maladie longue et pénible.

Réflexe patellaire.

M. Sherrington. — J'ai fait des expériences sur le réflexe patellaire. Les fibres sensitives dont dépend ce réflexe proviennent des muscles mêmes qui produisent le mouvement. Si on coupe les nerfs qui vont aux muscles antagonistes, le réflexe est exagéré. L'électrisation du bout central du nerf des muscles antagonistes diminue le réflexe. Ces expériences plaident fortement en faveur de l'existence de nerfs sensitifs des muscles du squelette, nerfs que nient certains physiologistes. J'ai pu, en effet, constater l'existence de ces nerfs par la dégénérescence wallérienne.

Anesthésie due à des lésions corticales.

M. Wilson. — Beaucoup des cas ordinaires d'anesthésie par lésion cérébrale ne semblent explicables que si l'on admet que la région Rolandique possède des fonctions sensitives, outre ses fonctions motrices. Ces anesthésies sont, du reste, souvent accompagnées de paralysies du bras, de la face ou de la jambe. Ces faits sont donc en opposition avec la théorie qui veut localiser la sensibilité dans le gyrus fornicatus ou dans la région de l'hippocampe. Si on admet que la région Rolandique a une aire sensitive voisine de son aire motrice, on comprend facilement tous les cas d'anesthésie d'origine corticale pure, dont les uns sont sans complication de paralysie et dont les autres s'accompagnent d'une paralysie plus ou moins étendue, suivant que la région rolandique est lésée sur une plus ou moins grande surface. Je crois que beaucoup de cas d'anesthésie sont dus à des lésions des branches postérieures de l'artère sylvienne; tels sont ceux où l'anesthésie est associée à l'hémianopsie et à la rotation des yeux du côté de la lésion. Quand l'anesthésie est associée à une paralysie de la face avec aphasie, il s'agit d'une lésion des branches antérieures de la sylvienne. Ces anesthésies corticales peuvent s'accompagner d'un état assez curieux du malade : celui-ci ne peut arriver à se convaincre que le membre qui est paralysé et anesthésié lui appartient. Cet état peut durer plusieurs semaines. Je viens d'observer sept cas d'anesthésie d'origine corticale qui confirment ce que je viens de dire.

Ablation d'un hémisphère cérébral.

M. Boyce. — J'ai fait l'ablation d'un hémisphère cérébral chez 35 chats qui ont guéri de l'opération et qui ont vécu après pendant un temps qui varia de 3 jours à 2 mois 1/2. Dans les cas les plus favorables, l'animal a pu marcher au bout de 2 heures après l'opération; un côté montre cependant une certaine faiblesse. On a toujours enlevé l'hémisphère gauche. L'olfaction est très diminuée. Il y a cécité complète du côté droit et le champ visuel est diminué à gauche. La sensibilité est diminuée du côté droit. Les animaux se nourrissent mal. Mais la paralysie et l'insensibilité sont bien moins prononcées que chez des chats qui ont subi une hémisection de la moelle. A l'autopsie, on a trouvé à la partie supérieure de la moelle de la dégénérescence dès le cinquième jour.

REVUE DES JOURNAUX

Ostéome de l'orbite (Osteoma of the orbit), par Lewis (*Medical Record*, 27 mai 1893, p. 654). — Un homme de 27 ans entre à l'hôpital le 10 mai 1892; bons antécédents ; pas de syphilis. Il y a 20 mois il a reçu une pierre sur l'apophyse mastoïde droite ; la plaie guérit très vite ; 2 mois après, débuta une exophthalmie de l'œil droit, exophthalmie qui augmenta graduellement. Il n'y eut ni douleur, ni rougeur, ni gonflement des paupières ou du globe oculaire; la vue commença à baisser il y a 3 mois. Au-dessus de l'œil et en arrière de lui on sent une masse dure ; le 14 mai on fit une opération : incision parallèle au bord supérieur de l'orbite et au-dessous de ce bord; on arrive sur une masse dure, osseuse, implantée solidement à la partie supérieure et interne de l'orbite sans pédicule net. Ce ne fut qu'avec difficulté qu'on put enlever cette tumeur à l'aide du ciseau. Lavage de la cavité; suture de la plaie. A son réveil, le malade vomit du sang et en rendit par le nez; il y avait donc communication entre l'orbite et les cavités nasales. Après quelques accidents, le malade finit par guérir. Mais neuf jours après l'opération le malade eut une paralysie de la main gauche, paralysie qui dura trois jours. Le malade sortit de l'hôpital le 27 juin : l'œil présentait encore un certain degré d'ophthalmie ; la papille optique était atrophiée.

Corps étranger de l'oreille (Foreign body in the ear for twenty-one years), par Pritchard (*Lancet*, 10 juin 1893, p. 1383). — Le 5 avril, une femme se plaignait de souffrir de la gorge; en avalant elle avait des douleurs dans l'oreille droite. L'angine disparut rapidement, mais la douleur d'oreille persista ; quelques années auparavant la malade avait déjà eu des douleurs d'oreille; de plus, l'acuité auditive avait diminué de ce côté. Elle se rappela alors qu'étant tout enfant (21 ans auparavant), elle s'était introduit un pois dans l'oreille, pois qu'on ne put retirer. En présence de ces faits on examina l'oreille, et on trouva le corps étranger qu'on put retirer avec quelque difficulté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 septembre 1893.

Présidence de M. Léon Le Fort.

Tractions de la langue.

M. Laborde relate des observations heureuses qui lui ont été communiquées par divers médecins :

1° M. Aubin (Marans), sur un nouveau-né en état de mort apparente ;

2° M. Goriton (Paris), dans un cas de crise dyspnéique très intense au cours d'une adénopathie trachéo-bronchique ;

3° M. Springer (Alençon), dans un cas d'asphyxie par gaz méphitiques ;

4° De M. Vigneau (Salies-de-Béarn), dans un cas d'accès éclamptique.

MM. Chauvel et Worms lisent des rapports de prix.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES DE MONTPELLIER

1er semestre 1893.

Grossesse extra-utérine. Fœtus libre dans la cavité abdominale.

M. Puech présente les pièces (fœtus et placenta) provenant d'une femme opérée la veille à la clinique d'accouchements, et communique en même temps l'observation.

Agée de 27 ans, célibataire, la malade a été réglée à 16 ans et a eu une première grossesse à terme à 21 ans. Dernière apparition des règles le 15 avril. Peu après se montrent les phénomènes habituels du début de la grossesse, qui ne laissent à la femme, enceinte pour la seconde fois et intelligente, aucun doute sur la réalité de cette dernière. En septembre, les mouvements de l'enfant sont perçus pour la première fois, ne différant en rien de ceux sentis lors de la grossesse antérieure. Mais à la date du 14 novembre ces mouvements acquièrent une intensité peu commune; ils deviennent tumultueux au point, dit la malade, qu'elle en était gênée pour dormir. Cela dura pendant dix jours; brusquement, le 24 novembre, ces mouvements disparaissent, et depuis lors, ils n'ont plus été perçus. A cette époque aussi la malade a remarqué que ses seins ont diminué de volume, sans que cette diminution de volume, à s'en rapporter à son récit, ait été précédée de phénomènes rappelant la montée du lait.

Depuis cette époque jusqu'à son entrée dans le service, la malade a toujours pu vaquer à ses occupations, n'éprouvant aucune douleur, aucun malaise, tout au plus, de temps en temps, quelques vagues douleurs de reins. A noter même la disparition des varices qui s'étaient montrées dans les premiers temps de cette gestation.

En examinant la femme, le lendemain de son entrée dans le service, M. Puech constata que le ventre était peu volumineux, qu'il renfermait une tumeur, dont le fond, déjeté à droite, dépassait l'ombilic de trois travers de doigt, et qui lui parut être un utérus renfermant un fœtus transversalement dirigé. Le col était long, ramolli, moins cependant qu'on aurait dû le trouver à cette époque de la grossesse et chez une multipare; l'orifice externe entr'ouvert, portant une encoche sur la commissure droite, laissait un peu pénétrer l'extrémité de l'index. A l'auscultation, pas le moindre bruit du cœur fœtal. La paroi utérine paraissait flasque; la femme accusait une sensation de déplacement de l'utérus vers le côté sur lequel elle se couchait. Depuis le 4 janvier, il s'écoule un peu de sang par les voies génitales; cet écoulement persiste pendant une dizaine de jours.

M. Puech porta le diagnostic d'enfant mort retenu dans la cavité utérine et pensa que le travail se déclarerait à l'époque du terme.

Le 22 février, la malade, dont l'état général est excellent, commence à perdre en rouge assez abondamment : on dirait une véritable hémorrhagie menstruelle; le 25, la perte commence à diminuer, et le 28 elle a complètement disparu.

C'est alors que M. Puech, examinant à nouveau et avec plus de soin la malade, crut pouvoir conclure à l'existence d'une grossesse ectopique.

Par le palper abdominal, on arrivait à limiter nettement deux tumeurs; l'une, la plus volumineuse, constituée par le fœtus, siégeait à droite: elle était au reste facilement déplaçable : on pouvait la refouler jusque sous le rebord des fausses côtes. Le fœtus paraissait flotter librement au milieu des anses intestinales. Au-dessus du pubis, la main sentait, le dépassant de deux travers de doigt, une seconde tumeur lisse, de forme arrondie, et absolument indépendante de la première; en combinant le toucher au palper, cette tumeur semblait se continuer absolument avec le col; on sentait seulement, par le doigt introduit par le cul-de-sac antérieur, une sorte de sinus ouvert en avant, donnant l'impression d'un corps utérin volumineux fortement fléchi sur le col. Ce dernier, au lieu de la mollesse notée lors du premier examen, semblait avoir repris les caractères qu'on lui connaît chez une femme non-gestante. Dans la fosse iliaque droite, on sentait une sorte d'empâtement vague.

Dès lors, M. Puech porta le diagnostic de « grossesse extra-utérine, avec enfant mort libre dans la cavité abdominale ». La tumeur hypogastrique fut considérée comme un utérus hypertrophié par le fait de cette grossesse et fortement antéfléchi. — Le lendemain, M. le professeur Grynfeltt faisait les mêmes constatations et portait le même diagnostic.

Le 7 mars, la laparotomie fut pratiquée par M. le professeur Grynfeltt. Dès l'ouverture de la cavité abdominale, la main introduite tombe sur le fœtus, qui est libre au milieu des anses intestinales et est extrait facilement. Avant de sectionner le cordon, on veut aller à la recherche du placenta, en s'en servant comme guide; mais, profondément altéré, il casse aussitôt, et force est de se passer de son secours. — La main introduite du côté de la fosse iliaque droite, où l'on avait noté cette sorte d'empâtement signalé dans l'observation, fouille vainement la région. — Dans l'angle inférieur de l'incision abdominale paraît une tumeur lisse, arrondie, qui donne tout d'abord l'impression du corps de l'utérus. Mais, en introduisant la main plus en arrière et plus profondément, on attire l'utérus, qui était comme coiffé par cette masse. Celle-ci est amenée facilement au dehors après placement de deux ou trois ligatures, et l'on constate qu'elle tient au côté gauche de l'utérus par un pédicule qui n'est autre que la trompe correspondante. Un fil est jeté sur ce pédicule, qui est sectionné et abandonné dans l'abdomen. — A droite, ablation de l'ovaire, qui présente un commencement de dégénérescence kystique. Suture de l'incision abdominale, sauf dans l'angle inférieur, par lequel on introduit une mèche de gaze iodoformée, pénétrant jusque dans le Douglas. L'opération a duré une heure et quart.

Dans l'après-midi, la malade a quelques vomissements. La température est de 37°3. — Aujourd'hui, la journée a été bonne, les vomissements ont disparu; tout fait espérer que les suites opératoires seront absolument normales (1).

Les pièces se composent de deux parties : le fœtus et le placenta.

1° Le fœtus, du sexe féminin, présente le volume et les dimensions d'un fœtus arrivé au terme de six mois. Le revêtement cutané, de couleur gris sale, est assez résistant; on n'y voit pas de soulèvements épidermiques.

La tête est fortement fléchie sur le devant de la poitrine, en même temps qu'inclinée sur l'épaule droite. Elle est maintenue dans cette position par l'amnios, intimement appliqué sur elle à la manière d'un voile. D'où l'aspect lisse et uni de la face. Ce n'est qu'après en avoir décollé l'amnios très adhérent qu'on en retrouve les différentes parties constituantes. Le crâne est fortement aplati dans le sens du diamètre bipariétal, et recouvert de nombreux cheveux.

Le bras droit occupe le sillon formé par la tête inclinée sur le côté droit, dans lequel il est comme imprimé et maintenu par l'amnios adhérent à tout ce côté du corps. Le membre inférieur de ce côté tout en flexion. — Les membres inférieur et supérieur du côté gauche sont au contraire libres.

2° La masse placentaire piriforme a le volume d'un gros poing. Du sommet correspondant à la partie la plus étroite qui regardait l'utérus part une portion de la trompe gauche sur laquelle a porté la section. A la partie renflée vient aboutir un débris de cordon ombilical. Sur la face postérieure adhère l'ovaire gauche.

La surface placentaire est absolument lisse. A la coupe, cette masse présente un tissu rappelant en tous points le tissu placentaire, renfermé dans une poche dont la paroi mesure 2 millim. 1/2 d'épaisseur, et dans laquelle l'examen histologique, fait au laboratoire du professeur Kiener, a démontré l'existence des éléments de la trompe.

M. Tédenat dit que les grossesses extra-utérines sont assez rares, et il en cite trois exemples qu'il lui a été donné d'observer.

Dans l'un d'eux, où la malade avait présenté les signes irrécusables d'une grossesse extra-utérine, on remarqua que la tumeur devenait peu à peu médiane et tendait à se confondre avec l'utérus. Un examen ultérieur fit découvrir un utérus gravide tout à tout fait normal où le fœtus a pris une bonne position.

M. Tédenat explique ce fait par la présence d'un utérus bicorne dans laquelle le fœtus se serait tout d'abord développé dans une corne. L'accouchement fut d'ailleurs normal.

(1) Ces prévisions se sont réalisées : le cinquième jour, on a fait le premier pansement; un drain a été substitué à la mèche de gaze iodoformée placée dans la cavité abdominale; le dixième jour, les fils de suture ont été enlevés et le drain supprimé. La malade a quitté le service juste un mois après l'opération.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANTES

1er *semestre* 1893.

Contusion violente du rein.

M. Boiffin lit l'observation d'un homme de 48 ans, de forte constitution, qui fit une chute de voiture, le 19 novembre 1891, dans les conditions suivantes : il marchait à grande vitesse, quand il heurta un chariot pesant ; il fut projeté hors de sa voiture à terre, et la voiture elle-même, se renversant sur le côté, lui retomba sur le flanc droit, le train reposant sur les pavés. La douleur immédiate fut extrêmement vive, cependant M. C... put remonter en voiture qu'il conduisit lui-même jusque chez lui, à 3 kilomètres. En arrivant il se met au lit avec de vives douleurs lombaires, avec des menaces de syncope. Son médecin le voit une heure après son arrivée, et, ne pouvant obtenir une miction spontanée, il essaie de passer une sonde. Celle-ci est arrêtée avant d'arriver à la vessie ; mais aussitôt après le malade urine seul, l'urine est sanglante et contient de gros caillots cruoriques très denses, allongés.

Dans l'après-midi, grandes douleurs s'étendant du rein droit à la vessie, par crises ; issue de caillots avec l'urine. Le traitement consiste en 12 sangsues sur la région lombaire droite, cataplasmes laudanisés sur le ventre qui est très sensible.

Le soir même, je vois le malade avec son médecin : la journée a été pénible, le malade est très agité et inquiet ; les dernières urines sont moins sanglantes, on ne trouve aucune trace d'ecchymoses sur la région malade, le ventre est légèrement ballonné.

En palpant le flanc droit, on détermine une vive douleur, et on ne parvient pas à sentir de collection profonde ; la douleur est moins vive au niveau de la vessie, le pouls est peu fréquent, pas de fièvre. On applique une vessie de glace sur le flanc droit et on fait plusieurs injections sous-cutanées de morphine dans la nuit.

Le lendemain matin, il y a eu plusieurs crises de douleurs dans la nuit, l'urine est à peine teintée en rouge, ballonnement léger du ventre ; flanc droit sensible à la pression, mais pas de tuméfaction rénale ; pas de fièvre. Le soir, le ballonnement a augmenté, le ventre est plus sensible à la pression, hoquet répété, température 38°5.

Le 21, la nuit a été plus calme, les douleurs abdominales et lombaires sont moins vives, le ballonnement est encore assez marqué. Même traitement. Dans les jours suivants, l'amélioration se continua ; mais huit jours plus tard, nouvelles hématuries pendant trois jours. Guérison. Revu un an après, le malade n'accuse aucun trouble.

Cette observation montre qu'il ne faut pas trop se hâter d'intervenir dans les cas de traumatismes du rein, comme le veut Simon.

On doit, dans des cas de rétention, observer l'antisepsie la plus rigoureuse pour qu'il n'y ait pas infection par voie ascendante. Enfin un point intéressant est le retour chez le malade des accidents douloureux après leur complète disparition. Cette rechute prouve combien le repos doit être prolongé après cette sorte de traumatisme.

Complication de la sciatique.

M. Hervouët traite d'une complication peu commune de la *sciatique* consistant en ce que les troubles trophiques se sont presque limités au sciatique poplité externe. Il s'agit d'un jeune homme, ferblantier de son état, qui se trouve en ce moment dans le service de la clinique. Il présentait la démarche particulière dite de steppeur, consistant en une flexion de la cuisse sur le bassin, flexion qui soulève le pied assez haut pour que le malade marche sur la pointe de celui-ci. Dans la paralysie des muscles antérieurs de la jambe, le malade se trouve condamné à ce mode de progression, à moins qu'il n'adopte la démarche dite de Todd, dans laquelle il traîne la jambe, à la façon des hystériques.

Il y a atrophie du membre inférieur. Les troubles moteurs et sensitifs ont leur élection bien nette dans le domaine du sciatique poplité externe. Le premier cas signalé de cette variété de sciatique semble dater de 1868 (thèse de Bianchi), puis vint une thèse de Lefèbre, puis une autre de Dorion. Ces divers cas sont consécutifs à des accouchements laborieux : on a cherché leur explication dans un dédoublement du sciatique au niveau du bassin : cette explication ne s'appuie sur rien de valable ; d'autres hypothèses n'ont pas eu plus de succès.

Ces sortes de sciatiques se voient en dehors des cas d'accouchements, ainsi dans notre cas, en dehors même des cas de traumatisme. Charcot a publié des observations établissant ce dernier point. On s'est contenté, à défaut d'explication, de formuler cet aphorisme : la plupart des névrites du membre inférieur ont tendance à atteindre les nerfs des muscles de l'extension.

L'électricité a donné la réaction de dégénérescence dans le tibial inférieur : après 5 jours, le malade a cessé de stepper. Le pronostic semble plus favorable que nos prévisions ne nous le faisaient voir.

M. Ollive pense que, le malade étant tombé d'une échelle, il faut invoquer le traumatisme.

M. Hervouët répond que les douleurs sciatiques étaient antérieures à cette chute. D'ailleurs, ce serait de l'hystérie traumatique, et la réaction de dégénérescence est peu favorable à cette hypothèse.

Pouvoir antiseptique et bactéricide du fluorure de sodium.

M. Blaizot, après avoir pris connaissance d'un mémoire de MM. Artus et Guichet sur l'action antifermentescible du fluorure de sodium, eut l'idée de l'employer en thérapeutique, et commença ses expériences en inoculant à des lapins tant de matière par tant de kilogrammes. Arrivés à la dose de 0,09 et 0,10 centigrammes, les lapins moururent dans le coma.

Après avoir encore expérimenté davantage, M. Blaizot se décida à l'employer chez l'homme, soit à l'intérieur, soit pour l'usage externe, pour lavage des plaies, injections vaginales et même utérines après l'accouchement. Il en fait un grand usage en collutoires et pour les soins de la bouche.

Il fait remarquer que ce corps, qui n'avait jamais été employé avant lui en thérapeutique, a un pouvoir antiseptique et microbicide au moins aussi fort que le sublimé, sans en présenter les inconvénients.

Symphyse du péricarde.

M. Hervouët entretient la Société d'une difficulté de diagnostic qui se présente rarement, mais qui est considérable. Il s'agit d'une symphyse du péricarde.

Le malade était un jeune homme réformé du service militaire pour cardiopathie, de forte apparence, de taille moyenne, bien constitué.

Le diagnostic de symphyse du péricarde fut discuté, mais rejeté. On ne laissa pourtant pas de s'étonner de voir que ce jeune homme, à l'inverse de ce qui se présente pour des cardiaques ordinaires, même plus avancés que celui-ci ne semblait par les signes stéthoscopiques, ne se remettait pas par le repos. Ici au contraire l'œdème s'accentuait et bientôt survinrent des phénomènes d'angoisse.

A l'auscultation, on trouvait un double souffle intense : un bruit systolique fort, qui s'imposait, et aussi un souffle diastolique avec renforcement présystolique.

Nous avons pensé à un rétrécissement avec insuffisance mitrale. Le maximum se trouvant à la pointe, le cas paraissait classique, bien qu'on ne pût reconnaître ici l'habitus ordinaire de ces maladies. Il n'y avait pas de cyanose, de la pâleur au contraire. La paroi thoracique se soulevait très nettement à chaque révolution cardiaque : ceci faisait supposer une hypertrophie cardiaque. Il y avait une sorte d'ondulation, de reptation de la paroi, mais on ne constatait point de dépression systolique. Or, dans certains cas de symphyse du péricarde, le cœur, au lieu de repousser la paroi pendant la systole, provoque un retrait.

Il y avait à l'autopsie symphyse complète avec énorme dilatation des orifices auriculo-ventriculaires, dilatation du ventricule gauche. Il s'était évidemment produit une insuffisance fonctionnelle des orifices. La paroi musculaire était très amincie.

Quelle explication donner à l'absence des bruits, à l'absence des signes de la symphyse ?

Pour l'absence des signes de la symphyse, il faut reconnaître que le cas ne fait guère exception, qu'on fait on ne diagnostique guère cette affection. La dépression systolique elle-même, non seulement manque parfois dans la symphyse,

mais encore se voit dans l'hypertrophie cardiaque sans symphyse du péricarde.

Le premier bruit entendu se rapportait à la dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire.

Le bruit présystolique et le bruit systolique nous semblent inexplicables. Faut-il invoquer des changements de pression, de vitesse du courant sanguin? une chute massive du sang dans le ventricule?

Pleurésie enkystée. Péricardite purulente et phthisie aiguë.

M. Hervouët rapporte le cas d'un malade âgé de 25 ans et entré à la fin de février dans le service. Il a eu la syphilis à l'âge de 20 ans et une pneumonie en 1892.

Il accuse une douleur dans le côté droit de la poitrine et tousse un peu, ce qui motive son entrée à l'hôpital. A l'auscultation de la poitrine on constate de la matité, en arrière et à droite. En avant, la percussion dénote un abaissement manifeste du foie.

M. Hervouët pense à une pleurésie enkystée.

La pression du nerf phrénique n'est pourtant pas douloureuse, mais au niveau de l'appendice xiphoïde, si l'on appuie un peu fortement le doigt, le malade a une sensation douloureuse. Les bruits du cœur sont normaux.

M. Bureau, chef de clinique, fait une ponction exploratrice en arrière. L'aiguille traverse une assez grande épaisseur de tissu, vraisemblablement du tissu pulmonaire, et un liquide assez épais s'écoule par la canule, mais en petite quantité

Les jours suivants, la gêne respiratoire fut plus grande. M. Hervouët, après avoir ausculté de nouveau, pense à la phthisie aiguë. Le malade succombe une vingtaine de jours après son entrée.

A l'ouverture du thorax on trouve en avant et un peu sur le côté droit un épanchement enkysté. Tout à fait en avant, le diaphragme est adhérent, mais il n'y a pas de liquide.

Les deux poumons présentent de nombreux tubercules.

Le péricarde est le siège d'un épanchement purulent, abondant, dans lequel on a trouvé des pneumocoques, des streptocoques et des staphylocoques.

Le foie, qui est manifestement abaissé, ne présente rien d'anormal.

M. le Dr Hervouët croit que cette péricardite est de nature tuberculeuse.

Divers cas de phlébite, cyclite, panophthalmie dans les fièvres graves.

M. Dianoux dit que les fièvres graves se compliquent parfois (rarement, il faut le dire) de lésions oculaires, toutes sous l'influence de l'infection du sang dont elles reflètent fidèlement le degré.

On peut les rapporter à trois types principaux :

1° La phlébite;
2° La cyclite;
3° La panophthalmie.

Dans ces trois variétés d'une même infection endogène, l'œil est envahi par la voie des vaisseaux sanguins; tandis que dans les diverses névrites optiques par propagation d'une maladie cérébrale altérant la constitution du liquide céphalo-rachidien, l'infection suit les voies lymphatiques et n'est jamais pyogène.

La phlébite est une complication de la convalescence surtout.

La vue disparaît brusquement, en totalité ou en partie, suivant que le tronc veineux est pris ou que l'inflammation atteint seulement une branche plus ou moins volumineuse.

Il n'y a ni douleur, ni injection de l'œil, ni photophobie. Après plusieurs semaines, dans un cas heureux, une amélioration progressive peut survenir jusqu'à guérison même complète; le plus souvent la cécité persiste.

A l'ophthalmoscope, on constate au début la réplétion de la veine par un long caillot qui, très rapidement, change de teinte et revêt l'apparence d'un ruban blanc se dichotomisant avec les embranchements de la veine. Cette fibrine ne tarde pas à être résorbée à la périphérie et la longueur du ruban va diminuant; bientôt on a peine à le suivre à plus d'un ou deux diamètres de papille du bord sclérotical, puis il disparaît. Est-ce par retour de la perméabilité? développement de vasa-verticosa; dans certains cas, l'explication est douteuse.

D'autres fois, le fond de l'œil est parsemé d'une multitude d'hémorrhagies en flaques. Ces hémorrhagies se résorbent avec assez de rapidité; on n'en trouve plus de trace après quelques mois.

La cyclite est une complication de la période d'état ou de la convalescence.

Elle est loin de se présenter et d'évoluer comme la cyclite classique traumatique banale : elle en diffère par l'acuité moindre des douleurs qui peuvent même manquer tout à fait.

Il semble alors que la glande ciliaire excrète ses produits d'infection sans participer à l'inflammation dans son parenchyme même; que son épithélium soit seul altéré; en un mot, qu'elle laisse pleuvoir les leucocytes dans l'humeur aqueuse et le corps vitré. Comme coïncidence habituelle, le rein laisse pleuvoir l'albumine.

Elle en diffère par la teinte de l'injection du globe qui est de couleur mauve, profonde, laissant inaltéré tout le réseau ténonien et conjonctival.

Elle en diffère par sa terminaison qui peut être favorable ou du moins compatible avec la conservation de l'organe, tandis qu'une cyclite suppurée de cause exogène entraîne toujours pour le moins l'atrophie du globe.

La suppuration est en général vite tarie quand elle est produite soit par le bacille d'Eberth, soit par le pneumocoque; mais il n'en est pas de même quand elle a pour agents le staphylocoque ou le streptocoque.

Dans les fièvres graves à staphylocoques ou à streptocoques, la cyclite amène la panophthalmie avec abcès, ouverture de la cornée et de la sclérotique, et là on est fixé de suite sur l'évolution qui suivra le mal. Les douleurs violentes, l'injection et le chémosis, la couleur rouge carmin des réseaux injectés, marquent la suppuration phlegmoneuse.

Ce sont les fièvres puerpérales et l'érysipèle qui m'ont offert le plus d'exemples de cette forme qui, non seulement enlève la vue, mais nécessite souvent plus tard une intervention chirurgicale sur le moignon, cause de souffrance pour le malade et de dangers pour l'œil sain.

Heureusement, les ophthalmies infectieuses sont rarement bilatérales.

Est-ce à la nature seule du microbe qu'il faut attribuer la bénignité relative du mal dans certains cas, sa gravité dans d'autres?

Je crois qu'il est impossible de juger, d'ores et déjà, la question.

J'attribue une grande importance à la nature du microbe, agent infectieux principal, et je redouterais certainement moins la panophthalmie dans la fièvre typhoïde que dans la fièvre puerpérale; mais je crois aussi que la quantité qui accède aux vaisseaux est un facteur tout aussi important.

Si les germes infectieux véhiculés produisent une irritation modérée d'un tronc relativement volumineux comme celui de la veine centrale, ils amèneront une simple endophlébite, une endartérite et par là même couperont leurs voies de communication. Il en résulte que les germes premiers arrivés se trouvent isolés : même phénomène dans les cyclites où l'accès de germes nouveaux peut se trouver rapidement empêché par des endartérites adhésives.

Ce processus est tout à fait comparable à la momification que subit le pus, exogène pourtant, de la panophthalmie au début quand on pratique l'énervation et que la plaie d'entrée est bien cicatrisée comme je l'ai observé depuis.

Un cas de luxation du rachis avec sciatique gauche.

M. Couëtoux parle d'un cas de luxation du rachis avec sciatique gauche, traité avec avantage par l'usage du tricycle :

P..., cultivateur à Blain (Loire-Inférieure), 50 ans. — A l'âge de 18 ans, cet homme, de grande force musculaire, portait un fardeau très lourd qu'il voulut appuyer sur une barrière; la barrière bascula et il tomba avec son fardeau.

Il put toutefois se relever, quoique souffrant vers le bas des reins, à gauche. La gêne persista dans cette région, et depuis cette époque, il n'a jamais pu se pencher en avant et se relever sans s'aider des deux bras. Au point douloureux, ou plutôt au point faible, car il n'y a pas de douleurs à la partie médiane de la région lombaire inférieure, aucune déformation n'est visible.

Cet homme est rhumatisant, il a eu de l'hydarthrose au genou gauche, il sue beaucoup.

Il y a cinq ans, il a contracté une sciatique gauche qui l'a fait beaucoup souffrir et l'a réduit à l'impotence. A la suite de cette sciatique, il ne pouvait marcher que dans la position suivante : tenant un bâton de chaque main, il portait le thorax en arrière, par suite de l'incapacité pour la colonne vertébrale de soutenir la partie supérieure du corps portée en avant. C'est encore ainsi qu'il marche.

Il y a deux ans, sur le conseil du Dr Charrier, de Niort, il a commencé à faire usage du tricycle.

Ce qui est intéressant, c'est que notre malade, réduit avant l'emploi de cet instrument à faire le tour de son champ avec grand'peine, va au village distant de une lieue avec facilité et, après quelques semaines d'exercices, fait sans peine dix à douze lieues dans sa journée. Sitôt qu'il s'adonne quelques jours au tricycle, la liberté des mouvements de la jambe devient plus grande, la marche est moins difficile. Quand il cesse seulement une quinzaine de jours, les douleurs reprennent et la marche redevient presque impraticable. — Cet homme marche sur son instrument dans une position correcte, presque trop correcte. car il se tient très droit et avec raideur. Il y a lieu de se demander si dans un cas semblable, la ceinture de Terront, qui consiste dans une ceinture large reliée par une corde au guidon de l'instrument, ne serait pas d'une application opportune.

M. Saquet, tout en approuvant ce traitement, parle des déformations du rachis auxquelles l'abus des vélocipèdes peut donner lieu chez l'enfant.

M. Hervouët ne croit pas à ces déformations.

Encéphalopathie saturnine.

M. Ollive rapporte une observation curieuse d'encéphalopathie saturnine. Il fut appelé, il y a trois mois, par un confrère auprès d'une femme d'une trentaine d'années qui éprouvait, depuis six semaines, de très forts maux de tête, des vertiges, des vomissements bilieux, des troubles de la vue avec insomnie complète.

On pensa à une tumeur cérébrale.

Puis l'attention fut éveillée par le liséré gingival chez cette femme; chez son mari, qui avait eu des troubles bizarres peu auparavant : douleurs de tête, douleurs dans les membres.

Quelques faibles doses de potassium eurent raison de ces phénomènes.

L'origine de cette intoxication remonte à l'établissement d'un tuyau horizontal rejoignant un puits voisin à la pompe de la maison. Cette eau contenait du plomb en notable quantité; dans un vase elle laissait bientôt apparaître à la surface une couche crémeuse, bleuâtre. Pas d'albumine dans les urines.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

1er *semestre* 1893.

Epilepsie et trépanation.

M. Gras rapporte l'observation d'un jeune soldat de 21 ans, atteint d'épilepsie à la suite d'une chute sur la tête. Les attaques devenaient de plus en plus fréquentes et le malade fut pris, le 1er décembre, d'une attaque de manie aiguë, qui nécessita l'emploi d'une camisole de force.

La trépanation fut décidée et pratiquée le 5 décembre, par M. Février. Deux larges couronnes de trépan furent appliquées à l'extrémité d'une cicatrice dont le malade était porteur depuis sa chute, sur la région frontale droite.

L'os était épaissi, hyperostosé et était le siège d'une ostéite condensante. La dure-mère était saine.

Le malade succombe le troisième jour au progrès de la manie aiguë. A l'autopsie on ne trouva qu'une légère hyperhémie du cerveau.

Sur le son tympanique dans la pneumonie.

M. Simon. — On sait que dans les pneumonies de la base on observe fréquemment une sonorité tympanique sous la clavicule correspondante, sonorité qui résulte du relâchement du lobe pulmonaire supérieur consécutif à l'augmentation de volume du lobe hépatisé. Dans ces cas, les cloisons pulmonaires n'étant plus tendues ne vibrent plus et l'air seul entrant en vibration donne des vibrations régulières et égales entre elles, d'où résulte une sonorité tympanique. Mais il est des cas où le tympanisme s'observe non plus à distance du foyer pneumonique, mais au niveau même de l'hépatisation ; c'est ce son tympanique du poumon hépatisé qui s'observe non seulement dans les pneumonies de la base, mais encore dans celles du sommet. Williams, qui le premier a signalé ce phénomène, l'explique par la résonnance de l'air contenu dans la trachée et les bronches du lobe hépatisé. Cette explication, peut-être acceptable dans certains cas, est insuffisante pour expliquer la résonnance tympanique de la pneumonie. En effet, très souvent la hauteur de son n'est pas modifiée comme le son trachéal par l'ouverture et la fermeture de la bouche, et, de plus, la résonnance n'est pas toujours plus marquée aux environs même de la trachée que dans des points plus éloignés, fait qui est en désaccord avec l'idée d'une transmission directe de vibrations sonores à l'air contenu dans les divisions bronchiques et dans la trachée. On s'est demandé si le tympanisme ne résultait pas des vibrations du poumon hépatisé lui-même, ou de la résonnance des organes creux de l'abdomen, ou encore de l'air contenu dans les bronches du lobe hépatisé. M. Simon a cherché à résoudre ce problème par l'expérimentation, en solidifiant en tout ou en partie un lobe pulmonaire, de façon à simuler une hépatisation, et ses expériences prouvent que le son tympanique du lobe hépatisé résulte de la transmission des vibrations sonores, soit aux languettes restées saines dans le lobe affecté, soit aux lobes inférieurs respectés par l'hépatisation.

Ulcération tuberculeuse de la lèvre simulant un épithélioma.

M. Adam présente un malade atteint d'une ulcération de la lèvre. Il est âgé de 50 ans, de bonne santé générale, sans antécédents syphilitiques, mais il existe une tare tuberculeuse dans sa famille. L'affection, dont le début remonte à une année, se présentait neuf mois après, à l'entrée du malade à l'hôpital, sous l'aspect d'une ulcération du diamètre d'une pièce de 5 francs, située à la commissure droite des lèvres, à la face interne de la joue droite, et accompagnée d'écoulement sanieux avec tuméfaction de la région. L'affection a récidivé rapidement après une première opération.

M. Th. Weiss, à propos de la communication de M. Adam, se rappelle avoir donné ses soins à un jeune homme chez qui se produisirent, en quinze jours, deux ulcérations tuberculeuses, l'une à la gencive, l'autre à la joue. Ces lésions l'ont surtout frappé par leur rapidité d'évolution.

Syphilis hépatique.

M. Prautois présente un foie recueilli chez une femme de 53 ans. — Ancienne débarrasseuse, vivant misérablement, cette femme s'était adonnée à l'éthylisme ; elle niait tout antécédent spécifique et n'en possédait aucune trace ; elle était entrée à l'hôpital avec des signes de cirrhose atrophique classique.

A l'autopsie, des adhérences anciennes, résistantes, nombreuses, reliaient le foie aux organes voisins (diaphragme, rate, pancréas, etc.). La capsule de Glisson était très épaissie. — Le foie, petit (1,020 gr.), est absolument méconnaissable ; il se compose de deux lobes arrondis, de volumes à peu près égaux, reliés par un petit pont de 2 cent. de large ; le lobule de Spiegel a disparu ; la vésicule biliaire adhère à la face supérieure. De longs tractus fibreux divisent par de profonds sillons chaque lobe en quelques lobes secondaires (foie ficelé), dont la surface est elle-même irrégulière, marronnée. Sur une coupe on retrouve ces mêmes îlots.

Des coupes microscopiques, dont l'interprétation est due à l'obligeance de M. le professeur Baraban, furent pratiquées dans des régions diverses, au milieu des lobes et dans des points voisins des ligaments. Ces dernières montrèrent des cellules hépatiques réduites à des traînées informes, enserrées dans un tissu conjonctif dense, à fibres granuleuses, dégénérées par places ; les coupes pratiquées au milieu des lobes, au contraire, permirent de constater une intégrité relative du tissu hépatique. Pas de productions gommeuses.

M. Prautois, s'appuyant sur la présence des adhérences, la déformation remarquable de l'organe et les considérations histologiques, croit pouvoir conclure à une forme scléreuse pure de syphilis hépatique et se demande si, dans les cas où la vérole ne doit pas être écartée d'une façon absolue, il n'y aurait pas lieu d'appliquer le traitement spécifique aux malades présentant la symptomatologie de la cirrhose atrophique alcoolique, puisque, même appliqué tardivement, il aurait donné parfois (Lancereaux, etc.) de bons résultats.

Observation d'un corps étranger de l'intestin et septicémie consécutive.

M. Bernheim lit l'observation d'un jeune homme de 18 ans qui entra dans son service, se plaignant de douleurs généralisées à tout l'abdomen. Le ventre était rénitent du côté droit, mais ne présentait pas d'autre particularité notable. Il existait de la constipation avec vomissements et fièvre assez intense. — Ces symptômes, joints à l'aspect pâle et terreux du visage et à la constitution débilitée du sujet, firent, dès l'abord, penser à une péritonite tuberculeuse. — Les jours suivants survinrent des frissons irrégulièrement espacés, et, à partir de ce moment, le tracé thermométrique présenta tous les caractères de la septicémie. — Vingt jours après l'entrée, pneumonie double, épanchement pleural à gauche et à droite ; urines albumineuses ; toux coqueluchoïde, puis production d'un pneumothorax avec cyanose, pouls paralytique à 132, déplacement de la pointe du cœur vers la ligne parasternale droite, et mort le 22 janvier, sept semaines après l'entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva les lésions de la septicémie caractérisées par plusieurs abcès pulmonaires disséminés, dont l'un s'était ouvert dans la plèvre et avait produit un pyopneumothorax, et par de nombreux infarctus hémorrhagiques dans la rate. Celle-ci était volumineuse, le cœur mou, le foie volumineux, mais sans lésions appréciables, non plus que les reins. A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouva rien d'anormal dans le péritoine, mais en dévidant les intestins, on constata qu'il existait, au niveau du jéjunum, cinq anses intestinales agglutinées entre elles par des fausses membranes épaissies mélangées de pus. L'intestin ayant été ouvert à ce niveau, on trouva, dans la première partie du jéjunum, trois petits morceaux de bois de la grosseur d'un fétu de paille, mais de plus de 10 centimètres de longueur, dont l'un avait perforé une des anses du jéjunum et faisait saillie dans une anse de l'iléon.

M. Bernheim n'a pu recueillir aucune donnée positive qui lui permette d'expliquer la présence de ces corps étrangers dans cette partie de l'intestin.

M. Th. Weiss, à propos de la communication de M. Bernheim, rappelle un fait curieux de corps étranger de l'intestin qu'il a rapporté il y a une dizaine d'années.

Il concerne un garçon de 8 ans qui présentait les symptômes d'une coxalgie et chez qui se produisit un abcès au-dessus de la crête iliaque, vers la région lombaire. Cet abcès, ayant été ouvert, laissa écouler du pus mélangé de matières fécales, et, après trois années d'écoulement sanieux intermittent, donna issue à une épingle à cheveux qui avait été introduite primitivement par l'anus, 18 mois environ avant l'apparition de l'abcès. Tout récemment, M. Weiss a encore eu l'occasion d'observer un nouveau cas de corps étranger de l'intestin. Il s'agissait d'un entérolithe de la grosseur d'un œuf de poule, qui amena une obstruction brusque et complète de l'intestin, à laquelle le malade succomba avant qu'on eût pu intervenir chirurgicalement.

Recherches sur la valeur antiseptique du formol.

M. Schmitt, après de nombreuses recherches sur ce sujet, est arrivé aux conclusions suivantes : malgré son grand pouvoir infertilisant et son peu de toxicité relative, mais en raison de son faible pouvoir microbicide dans un temps donné, de la causticité des solutions nécessaires pour réaliser rapidement cette action microbicide, et aussi en raison du peu de stabilité de ces solutions, le formol ne paraît avoir aucun avenir chirurgical.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

1er *semestre* 1893.

Folliculite bucco-pharyngée.

M. Davezac rappelle l'histoire d'un employé de commerce de vingt-huit ans, vierge de tout antécédent syphilitique ou tuberculeux, mais vivant dans des conditions peu confortables. Il y a quelque temps, il eut un kyste salivaire de la lèvre que guérit une opération. Peu après il présenta, à la face antérieure du voile du palais, plusieurs ulcérations inégales de largeur, creuses, taillées à pic, indolentes et inodores. Toutes ne présentaient pas absolument le même aspect ; les unes plus anciennes, les autres plus récentes, quelques-unes enfin non encore formées. De là, la possibilité d'étudier sur le malade la filiation des accidents qui, débutant par une vésicule à contenu louche, étaient ensuite caractérisés par une ulcération due à la rupture de la petite poche et qui donnaient lieu à la plaie cratériforme de la lésion confirmée. De petits ganglions engorgés de chaque côté ; pas de fièvre, mais un notable affaiblissement de l'état général. Eliminant sans la moindre arrière-pensée les hypothèses de stomatite ulcéromembraneuse, de syphilis et de tuberculose buccale, comme aussi d'épithélioma, M. Davezac restait fort perplexe sur la dénomination exacte à donner à cette affection dont il ne se rappelait pas avoir rencontré d'exemple. Des lotions pratiquées avec la solution suivante :

Acide borique........ Teinture d'eucalyptus. Chlorate de potasse... Alcool camphré......	āā 10 à 20 grammes.
Eau...........	Un litre.

n'amenèrent aucune modification. Le traitement antisyphilitique essayé par acquit de conscience, sur les conseils d'un chirurgien, ne fut pas plus heureux. De guerre lasse, M. Davezac toucha ces ulcérations au thermocautère et la guérison s'ensuivit immédiatement. Quatre poussées ultérieures, dont une atteignit l'amygdale gauche et une autre la face inférieure de la langue, se présentèrent sous les mêmes apparences, même forme de l'ulcération, même engorgement ganglionnaire, même apyrexie, même indolence, même faiblesse générale. Chaque fois le thermocautère fit merveille.

D'accord avec M. Cassaët, M. Davezac croit qu'il s'agit ici d'une lésion des follicules clos isolés, qui forment devant l'isthme du gosier une guirlande sur laquelle a justement insisté M. Jeanselme.

M. Méneau croit que le mot folliculite est mal trouvé, parce qu'il s'applique plutôt aux follicules pilo-sébacés qu'aux follicules clos.

M. Saint-Philippe est de l'avis de M. Méneau et pense qu'il s'agit dans le cas présent d'un herpès récidivant de la gorge. Il croit qu'il y aurait lieu d'examiner les urines du malade, dont la constitution pourrait peut-être expliquer la persistance et la réapparition des ulcérations.

Présentation d'un malade retour de l'Institut Pasteur.

M. Ch. Dubreuilh présente un malade L..., âgé de 48 ans, employé comme cantonnier sur la ligne du Midi, à l'Isle-de-Noé (Gers), qui s'était, le 10 mars 1890, largement déchiré la main en travaillant. Pour obéir à une stupide croyance répandue dans les campagnes, qui prétend que les plaies se cicatrisent très facilement sous l'influence de la salive du chien, L... rencontra en rentrant chez lui un chien auquel il donna sa main à lécher. Cet animal déposa, paraît-il, sur la plaie une salive baveuse, abondante et s'enfuit. Or, dans cette même journée, après une course folle, ce chien mordit tous les chiens des environs qu'il rencontra et ne fut abattu que le lendemain. La rage fut constatée après l'autopsie, pratiquée par un vétérinaire de l'Isle-de-Noé. Le Dr Magnié, médecin de la Compagnie, à Mirande, appelé à donner ses soins à cet agent, l'envoya à l'Institut Pasteur et, d'après une note qui lui fut communiquée par un des chefs du laboratoire de l'Institut, le cas fut reconnu des plus sérieux ; aussi fit-on suivre à cet agent un traitement des plus énergiques et M. Pasteur

lui-même, qui fut consulté, pensa qu'il fallait forcer la dose des injections et prolonger leur durée pendant quinze jours, alors que la moyenne du traitement est en général beaucoup moins longue.

Des notes qui m'ont été envoyées par le Dr Magnié, il résulte que, pendant trois mois, à la suite de ce traitement, L... fut tourmenté par des cauchemars et des hallucinations nocturnes. Toutefois, ces accidents disparurent spontanément et cet agent jouit pendant assez longtemps d'une bonne santé.

Depuis le mois de septembre 1892, il est survenu des douleurs de tête très vives et continuelles siégeant presque constamment à la région occipitale. De plus, le caractère de L... est devenu bizarre; il est très frappé dans son moral et a maigri beaucoup. Son œil est hagard, il a perdu le sommeil, est affecté d'un ébranlement nerveux considérable. Mon honorable collègue de Mirande me demande quelle est la cause de cet état?

La rage qui, d'après l'appréciation du chef de laboratoire de M. Pasteur, paraissait des plus graves, a-t-elle été seulement atténuée sans que le virus se trouve complètement détruit et existe-t-elle encore en puissance? Ou bien cet ébranlement de l'état physique et psychique est-il dû à un état mental? J'ajouterai: le traitement pastorien y est-il complètement étranger?

M. Dubreuilh rapporte ensuite l'histoire d'un de ses collègues qui, dans des circonstances à peu près analogues à celles de L..., avait eu à peu près les mêmes troubles et était mort dans un violent accès de mal de tête.

M. Régis rappelle les relations de la folie et de la rage.

Il examine d'abord les troubles intellectuels dus à la rage vraie (délire rabique), qui se terminent toujours par la mort avec des phénomènes typhoïdes; puis il étudie les troubles intellectuels non liés à la rage, mais ayant la rage pour objet (délire pseudorabique), qui aboutissaient à la neurasthénie.

Le malade de M. Ch. Dubreuilh est difficile à classer. D'un côté, en effet, ce n'est ni un aliéné ni un neurasthénique obsédé par l'idée de rage; d'un autre côté, ce n'est pas non plus un individu atteint des troubles mentaux de la rage confirmée. Tout au plus pourrait-on se demander si la céphalalgie occipitale et les cauchemars qu'il présente ne sont pas l'indice de la période prodromique d'une infection rabique, demeurée latente et retardée jusqu'à ce jour chez lui par l'effet du traitement pastorien. Mais ce n'est là qu'une pure hypothèse, d'autant que ses cauchemars, formés d'hallucinations terrifiantes et de rêves professionnels, pourraient à la rigueur être mis sur le compte d'une imprégnation alcoolique ancienne.

Luxations de la rotule.

M. Guérin, interne des hôpitaux, lit l'histoire d'une malade de 17 ans du service de M. Dudon.

Elle n'accuse aucun antécédent notable; elle a été réglée à treize ans; son père, sa mère, ses six frères ou sœurs jouissent d'une excellente santé.

Au moment où nous l'avons vue pour la première fois en janvier, son genou gauche était volumineux, la synoviale étant distendue par un liquide abondant. La rotule était située beaucoup plus en dehors que normalement et cette disposition s'accentuait dans la flexion de la jambe, la rotule venant alors se placer en face du condyle externe du fémur.

Si, dans ces mouvements, on laissait son doigt placé sur l'interligne articulaire, dans sa partie externe, on percevait un petit craquement qui ne manquait jamais dans la flexion forcée.

Elle attribue l'origine de son mal à une chute faite sur le genou. Depuis ce moment la malade souffrait de son articulation et tombait souvent.

En novembre 1892 elle entra dans le service de M. Verdalle où elle fut d'abord guérie d'une hydarthrose, puis évacuée en chirurgie.

Le but tout indiqué était de réduire la capsule ligamenteuse à ses dimensions normales, d'explorer l'articulation un peu suspecte à cause des craquements signalés et enfin de ramener la rotule en dedans, à sa place normale.

Le 17 janvier, on donne du chloroforme à la malade, on ne parvient du reste qu'à une demi-anesthésie; malgré la quantité considérable de chloroforme employée, la malade remuait, se plaignait, s'excusait de ne pouvoir dormir; il en fut de même tout le temps de l'opération.

Passant outre, M. Dudon fait une incision de douze centimètres, parallèle à l'axe du membre, en dedans de la rotule et, après l'hémostase soignée de règle en pareil cas, l'articulation est ouverte, explorée et lavée; on n'y trouva du reste aucune lésion.

Cela fait, M. Dudon résèque un lambeau elliptique, aux dépens de la capsule ligamenteuse et de la synoviale, en dedans de la rotule, puis suture les divers plans incisés en laissant un petit drain.

Pansement iodoformé, le membre est placé dans une gouttière.

Les suites de l'opération furent des plus normales. Un mois après la malade était guérie. M. Dudon dit qu'il a fait l'arthrotomie pour modifier la synoviale et rétrécir la capsule articulaire.

M. Villar demande s'il n'y avait pas déchirure de l'aileron rotulien interne.

M. Dudon dit que c'est son avis, mais qu'il n'a pas pu le constater.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Guide de diagnostic gynécologique a l'usage des praticiens, par M. le Dr Berlin (de Nice), avec une préface par M. le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° carré de 224 pages, avec 69 figures, dont une hors texte. Prix, 6 fr. Envoi franco contre un mandat adressé à M. le Directeur de la Société d'Editions Scientifiques.

L'auteur a entrepris de présenter aux praticiens la *Gynécologie moderne* sous une forme très différente de l'ordre suivi dans les Traités classiques. Au lieu de décrire, organe par organe, les maladies de l'appareil génital féminin, il s'est placé au point de vue purement clinique. Il a supposé le médecin mis en présence d'une malade qui vient le consulter pour des accidents génitaux ou présumés tels. Il s'agit d'établir le diagnostic de ces accidents avec toute la précision que comportent les données actuelles de l'anatomie pathologique. Le praticien se trouve guidé, suivant une méthode rigoureuse, vers la solution de ce problème. Le diagnostic est établi de proche en proche, des cas simples aux complexes, dans les trois parties qui composent ce livre et qui représentent les trois étapes successives de l'examen gynécologique: — interrogatoire de la malade; — exploration directe des organes génitaux; — étude des troubles extra-génitaux, de l'état général, des diathèses. Par cette méthode, le lecteur est amené à passer en revue toutes les affections importantes qui se rencontrent dans la pratique; au cours de ces descriptions diverses, il est initié aux détails les plus minutieux des procédés d'exploration; il se familiarise en même temps avec les notions modernes qui ont modifié bien des points de la gynécologie et qui se traduisent en pratique par l'orientation de la thérapeutique dans une voie nouvelle et féconde.

Etude pathogénique des ramollissements du cervelet, par Léon D'Astros. Marseille, 1893 (Barlatier et Barthelet, éditeurs).

L'auteur décrit en premier lieu la circulation normale du cervelet, et relate ensuite les observations de ramollissements du cervelet qui ont été publiées. Il montre que ces lésions sont très rares et qu'il en existe deux variétés: les petits et les grands foyers. Ces ramollissements coexistent le plus souvent avec des altérations analogues du bulbe de la protubérance ou des pédoncules, et il résulte de là que leurs symptômes sont le plus ordinairement masqués par ceux qui relèvent de ces dernières localisations.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Traitement de la blennorrhagie aiguë chez l'homme, par M. le Dr Ch. Audry, chargé de cours à la Faculté de Toulouse (1).

Les remèdes, les méthodes, les procédés, les instruments préconisés pour le traitement de la chaudepisse sont aussi nombreux que les étoiles et un très grand nombre n'ont pas beaucoup plus d'influence sur l'avènement d'une guérison réelle. On ne peut s'empêcher de plaindre le praticien condamné, lors de ses débuts, à choisir ses médicaments dans les énormes listes qui lui sont offertes par les auteurs. Le livre de Neumann, si riche en renseignements de toutes sortes, consacre à ce sujet 75 grandes pages compactes! Mais je crois préférable d'être plus bref et plus critique.

Tout le monde est d'accord sur la nécessité d'une hygiène exacte pour le blennorrhagien. Il évitera la fatigue, les exercices violents, il sera d'une sobriété absolue et s'abstiendra rigoureusement d'alcool, de bière, de champagne, d'asperges, d'épices, etc. Il évitera tout ce qui peut lui procurer des excitations sexuelles. Il fera bien de porter un suspensoir un peu serré. Enfin, quelques grands bains chauds diminueront la douleur de la miction et faciliteront la diapédèse.

On a recommandé beaucoup de remèdes contre les érections douloureuses. Les malades feront bien de dormir sur le côté, en chien de fusil. On fait tomber l'érection avec des affusions froides, en se mettant en position genu pectorale, etc. On évitera bien des phénomènes douloureux, sinon l'érection, en maintenant la verge entre les jambes. M. Jamin (de Lyon) a indiqué, pour y parvenir, un petit appareil auquel il est facile de suppléer en introduisant la verge dans le suspensoir, pendant la nuit, ou par tout autre moyen de ce genre que découvrira facilement l'ingéniosité du patient. Pour ma part, j'évite de donner du bromure ou des calmants quelconques.

Quant au traitement de l'uréthrite même, il doit reposer sur quelques principes bien déterminés. D'abord, la *blennorrhagie est une affection chirurgicale septique et doit être traitée comme telle*, c'est-à-dire par des remèdes externes. Ainsi, le traitement devra être antiseptique. De plus, l'uréthrite blennorrhagique est une uréthrite totale : la médication devra porter sur la totalité du canal. Enfin, le siège du gonocoque dans la profondeur de l'épithélium le mettant hors de la portée directe des antiseptiques, force est d'agir indirectement, c'est-à-dire en favorisant, en exaspérant la diapédèse, qui est le mécanisme physiologique de la guérison.

Je considère comme guérie toute blennorrhagie dont le gonocoque a disparu complètement et d'une façon persistante.

Quelle que soit la méthode à laquelle on a recours, il faut toujours assurer l'asepsie du méat et du gland. On évitera de la sorte les inoculations continues. On fera donc des lavages avec des solutions antiseptiques légères (acide borique, à 4 0/0; bichlorure Hg, à 1/5000, etc.). On poudrera le prépuce avec de l'acide borique mélangé au talc ou au sous-nitrate de bismuth; enfin on mettra devant le méat un peu de coton salicylé, qui servira de pansement et évitera au malade de souiller son linge de produits éminemment virulents.

(1) Extrait d'un *Précis des maladies blennorrhagiques* qui paraîtra incessamment à la librairie G. Steinheil.

Il existe des cas exceptionnels où l'on se trouve en présence d'individus dont l'urèthre antérieur est seul pris et seulement dans les couches épithéliales les plus superficielles. Ce sont, bien entendu, des sujets chez lesquels la blennorrhagie date de peu d'heures. On est alors parfaitement autorisé à tenter un traitement abortif, qui peut réussir et constituer alors un véritable triomphe. Il est évident qu'avant d'y recourir il faut avoir constaté la présence du gonocoque dans l'écoulement séro-purulent de la période du début.

Je rappelle une fois pour toutes que la reconnaissance du gonocoque dans le pus doit précéder toute tentative de traitement quelle qu'elle soit.

On s'est toujours préoccupé de l'abortion de la blennorrhagie. A vrai dire, nos prédécesseurs nous ont laissé des notions pratiques auxquelles nous n'avons guère ajouté. Depuis Debeney, c'est toujours le nitrate d'argent qui est l'agent efficace, bien que l'on puisse arrêter une blennorrhagie au début par l'emploi de la méthode de Janet, régulièrement dirigée et telle que nous la décrirons tout à l'heure.

On a utilisé des solutions de nitrate d'argent à 5/20. Je crois inutile de recourir à de telles doses; je pense que même à 1/20 la solution est trop forte; elle serait trop faible à 1/50, comme le veut Welander. Quant à la technique, elle a été souvent indiquée par Diday; voici, du reste, comment j'ai réussi récemment. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans, atteint de blennorrhagie première avec gonocoques typiques; le coït infectant remontait à sept jours; les premiers symptômes, à quarante-huit heures. Il y avait un suintement muco-purulent abondant, de l'œdème du méat, etc.

Je lui fis faire trois injections de nitrate d'argent à 1/35, à sept heures d'intervalle, en recommandant de garder le liquide (2 à 4 cent. cubes) pendant cinq minutes, le gland et le méat immergés dans la solution. Antisepsie soignée de la région. L'écoulement fut immédiatement remplacé par un suintement rosé peu abondant, entièrement séreux. La coloration sanglante disparut le troisième jour, en même temps que la douleur, qui avait été vive. Jamais on ne revit de pus, malgré une folliculite extra-uréthrale double; la guérison fut définitive et complète, elle se maintenait un mois plus tard.

Du reste, il ne faut pas trop compter sur le succès : l'abortion échoue même dans les premières heures. On a recommandé, à la place du nitrate d'argent, diverses substances. Je n'ai pas grande confiance dans le sublimé, qui aurait réussi en solution forte. Le permanganate de potasse est, au contraire, un excellent agent, mais il faut l'employer d'une façon prolongée et ce procédé ne répond pas exactement à l'idée qu'on se fait de l'abortion. En pareil cas, je crois que l'on pourrait avoir recours à la technique de Reverdin qui lave abondamment l'urèthre antérieur avec des solutions permanganatées au moyen d'une petite sonde de Pezzer, trouée sur les côtés à son extrémité qui s'arrête devant le sphincter uréthral.

Le traitement de la blennorrhagie aiguë prise dans les conditions ordinaires doit se faire en suivant ce qu'il est légitime d'appeler la méthode de Janet. Employé d'après cette règle, le permanganate de potasse est réellement le spécifique de la blennorrhagie et, toutes les fois que cela sera possible, c'est évidemment à lui qu'on devra recourir.

La raison de son efficacité est fournie par ce fait que la méthode remplit parfaitement toutes les conditions exigées : antisepsie; contact prolongé avec la totalité du canal uréthral; exaspération de la diapédèse. Elle est d'une application très simple qui la met à la portée de tous; elle ne nécessite à peu près pas d'instruments; elle réclame seulement un peu de tact et de patience de la

part du médecin, une assiduité absolue et parfois un peu de courage de la part du malade (1).

La méthode de Janet consiste à faire passer à travers l'urèthre et jusque dans la vessie une quantité considérable d'une solution de permanganate de potasse d'un titre variable.

Il suffit, pour la mettre en pratique, d'avoir un récipient en verre gradué, de la contenance de 2 litres, muni à son extrémité inférieure d'une tubulure à laquelle on adapte un tube de caoutchouc, long de 2 mètres environ, qui présente sur son parcours un robinet. A l'extrémité libre du tube, on adapte des canules en verre à extrémité mousse, d'un calibre assez petit pour pénétrer dans l'urèthre à 0 m. 01 environ de profondeur. Le récipient doit pouvoir être accroché à des hauteurs différentes : en effet, c'est la seule pression qui fait pénétrer le liquide jusque dans la vessie, en forçant le sphincter uréthral ; or, si une pression moyenne de 0 m. 80 est d'ordinaire plus que suffisante, il en faut parfois de beaucoup plus considérable.

On fait pisser le malade, puis, avec la solution tiédie autant que possible, on commence par laver le prépuce, le méat, l'urèthre antérieur à méat ouvert. Enfin, on ferme le méat sur la canule et on distend l'urèthre antérieur par saccades en interrompant de temps en temps le courant, et on attend en surveillant la descente du liquide dans le récipient. Au bout d'un temps qui varie, suivant les sujets, de quelques secondes à quatre ou cinq minutes, la colonne passe et le liquide pénètre jusque dans la vessie. C'est un excellent artifice que de conseiller au malade de faire des efforts d'urination pour favoriser le relâchement musculaire. Chez quelques malades, on ne peut pas arriver à passer pendant la première séance, quels que soient le temps et la pression employés ; on y arrive toujours à la deuxième ou troisième tentative. Il faut, autant que possible, faire les lavages au malade couché. Cependant, j'ai vu des étudiants se les faire debout ou assis sans aucune difficulté. En tout cas, je crois qu'il serait peu prudent de laisser un malade inexpérimenté ou incompétent s'administrer des lavages lui-même. On laisse entrer le liquide dans la vessie jusqu'à ce que le patient accuse le besoin d'uriner. On arrête le lavage ; on fait pisser le malade en lui apprenant à fermer de temps en temps le méat, de telle sorte que le liquide, brusquement arrêté dans son expulsion, dilate l'urèthre, et, en particulier, son segment postérieur d'arrière en avant et achève de pénétrer au contact de tous les points. En général, la quantité de liquide injectée ne dépasse pas 200 grammes. On refait un second lavage semblable : on lave le méat et on le couvre d'une lame de coton.

Quelles solutions doit-on employer ? Leur titre varie considérablement d'après la susceptibilité des sujets ; la meilleure règle d'appréciation consiste à choisir en tâtonnant la solution apte à provoquer les phénomènes de réaction locale dont nous parlerons dans un instant.

Chez quelques individus, des solutions à 1/6000 sont parfaitement suffisantes. En général, on peut débuter par la solution à 1/3000 et l'on augmente ou l'on diminue le titre suivant le degré de sensibilité et l'intensité de la réaction. Actuellement, je n'emploie plus de solutions supérieures à 1/800 ; il m'a paru que les solutions à 1/500 pouvaient irriter la vessie.

Quelle fréquence faut-il donner aux lavages ? Si l'on a affaire à une blennorrhagie récente ou en pleine floraison, on en fera deux par vingt-quatre heures. Je ne crois pas qu'il soit jamais nécessaire de les rapprocher davantage. En règle générale, il faut apporter une grande énergie à exiger qu'ils ne soient jamais séparés par un intervalle de plus de vingt-quatre heures. C'est un point sur lequel Janet a justement insisté. Combien faut-il faire de lavages ? Ce nombre ne peut être déterminé à l'avance. J'ai vu des guérisons complètes et stables après deux ou trois lavages ; d'ordinaire six ou sept suffisent ; d'autres cas ont nécessité des lavages pendant quinze, dix-huit, vingt jours consécutifs. Il faut les faire jusqu'à ce que les gonocoques aient disparu de l'écoulement matinal, et cela, pendant deux ou trois jours de suite. Il faut donc tenir le malade en observation avec soin, afin de faire aussitôt reprendre le traitement si les gonocoques reparaissent.

Du reste, l'examen de l'écoulement donne de très bons renseignements : il faut considérer comme probablement virulents tous les écoulements colorés en blanc ou en jaune. Au contraire, les exsudats séreux, même très abondants ou rosés, sont d'un bon pronostic.

Comment se manifeste l'action du permanganate ? Peu d'instants après le lavage, on note une congestion intense de l'organe qui est turgide. Les lèvres du méat présentent un œdème transparent, violacé, énorme. Quelquefois on note un peu de ténesme temporaire. Enfin, il se produit un abondant écoulement de sérosité claire qui tache le coton en brun. Parfois, cet écoulement est teinté d'un peu de sang. La miction est douloureuse. Au bout de quelques heures, tout est rentré dans l'ordre ; il ne reste que l'écoulement et aussi de la douleur en urinant.

Au microscope, cet exsudat séreux contient des globules de pus, des globules rouges, des gonocoques, et surtout de nombreuses cellules épithéliales de toutes formes. Plus ces dernières sont abondantes et plus les leucocytes sont rares, plus le pronostic est satisfaisant.

Quelles sont les indications de la méthode de Janet ? Il en est une seule : la constatation d'une blennorrhagie quelconque, à quelque période qu'on la rencontre.

Ses contre-indications ? J'admets actuellement les suivantes : 1° l'existence d'une cystite ; les lavages perdent alors complètement leur efficacité ; 2° l'existence de folliculites endo-uréthrales. En pareil cas, j'ai échoué comme Janet. Les complications épididymoïdes ne sont pas une contre-indication. J'ajouterai qu'on ne les voit jamais se produire dans le cours du traitement. Un de mes malades a présenté de la cystite après le premier lavage ; mais il portait sur le prépuce un point de suture suppuré après une circoncision ; un étudiant qui absorbait en une seule dose 500 grammes de liquide eut quelques mictions sanglantes, dues probablement à la déchirure d'un capillaire vésical, sans suites sérieuses d'ailleurs.

Actuellement, la méthode a été utilisée à ma clinique sur plus de 100 individus atteints de blennorrhagies graves ou ordinaires, normales ou compliquées. Je pense que, sur 100 malades, 95 peuvent être sûrement guéris par les lavages au permanganate dirigés et pratiqués comme il convient, et cela, dans un délai variant de deux à vingt-quatre jours. Chez un seul malade, je n'ai pas obtenu de résultats. M. Molinié, qui a suivi un assez grand nombre de ces malades, a pu s'assurer de la persistance absolue de ces guérisons ; il en était parmi ces derniers qui étaient atteints depuis trois ou quatre ans.

Le jour où les gonocoques ont disparu définitivement, tous les symptômes ne s'effacent pas instantanément. Il reste l'écoulement séreux et des signes d'uréthrite épithéliale. Cette dernière va en s'améliorant souvent très rapidement ; d'autres fois, elle se retrouve pendant un temps beaucoup plus long ; nous reviendrons tout à l'heure sur ce sujet. Pour ma part, quand trois ou quatre

(1) Janet, *Annales des mal. des organes gén.-urinaires*, 1892 *Semaine médicale*, 1893 ; — Molinié, *Midi médical*, 1893. La méthode de Janet est devenue populaire parmi les étudiants de la région.

examens m'ont prouvé la disparition du gonocoque, je renvoie les patients sans autre recommandation très énergique que d'éviter tout coït non protégé par un condom. Du reste, avant d'en arriver là, j'ai soin de les engager à boire de la bière, de l'alcool, etc., afin de m'assurer de la réalité de la guérison. Au besoin, on injecte quelques gouttes de nitrate d'argent à 1/200 et de sublimé à 1/2000, qui ne manqueront point de faire réapparaître une blennorrhagie tout à fait latente.

Dans tous les cas où on le pourra matériellement (1), il faudra recourir à cette thérapeutique qui nous a paru nettement supérieure à toutes les autres. J'ai fait des lavages semblables avec des solutions de nitrate d'argent à 1/600 sans aucun résultat. Mais il peut exister des circonstances dépendant de la situation du malade ou du médecin qui ne permettent pas d'y avoir recours. Il faut alors se rejeter sur les autres médications.

D'abord, que faut-il penser des injections? Je ne prescris jamais plus d'injections seules, quelles qu'elles soient. Je pars de ce principe qu'elles ne dépassent pas l'urèthre antérieur (Diday) et que la blennorrhagie est une uréthrite totale (Aubert). Elles peuvent cependant rendre des services à la période de déclin et on les combinera avantageusement aux balsamiques. Dans tous les cas, il faut les faire avec toute l'asepsie désirable des instruments et des solutions; les seringues stérilisables, les instruments à poire sont donc préférables. On sait parfaitement que des injections uréthrales faites dans de mauvaises conditions d'asepsie peuvent devenir très dangereuses en infectant tout l'arbre urinaire avec des microbes parfois très redoutables (2). Du reste, l'injection abandonnée aux soins du malade ne doit pas dépasser le sphincter, c'est-à-dire que la quantité de liquide introduite ne s'élèvera pas au-dessus de 3 centimètres cubes et qu'il ne sera poussé qu'avec lenteur et ménagements.

Peut-on faire des injections forcées, précisément dans le but d'atteindre l'urèthre postérieur? Je pense que ce serait là une technique bien inférieure à celle que nous avons décrite et qui est empruntée aux anciens maîtres de Necker (Mercier, etc.). J'ai essayé d'employer de la sorte l'ichthyol, comme l'a fait Jadassohn : je n'ai rien obtenu; du reste, je n'ai pas de ce médicament une expérience assez suffisante pour le juger. En tout cas, les résultats donnés par Jadassohn même sont sensiblement inférieurs à ceux fournis par la méthode de Janet. Je ne crois pas bon d'employer des instruments pour porter directement la substance médicamenteuse sur les points que l'on veut modifier.

Si l'on ne peut utiliser les lavages avec le permanganate, on aura recours à la méthode ancienne et on fera bien de se rappeler les règles indiquées par les vénéréologistes qui nous précédèrent.

Pendant les dix ou quinze premiers jours, on se contentera d'un traitement purement hygiénique : bains, repos, abstinence de liqueurs, etc. Quelques médecins conseillent des boissons abondantes et banales pour diluer l'urine et la rendre moins irritante; nous nous rangeons à l'avis de ceux qui pensent, au contraire, qu'il faut diminuer la quantité d'urine pour raréfier les mictions. Vers la troisième semaine, quand le pus est parvenu à la période de « coction », c'est-à-dire est devenu vert et visqueux, on donne des balsamiques. Le nombre en est grand. Le vieil opiat du Codex est probablement encore le meilleur, à la dose de 10 grammes par jour, en trois fois dans du pain azyme, avant les repas. D'autres préfèrent soit le copahu, soit le cubèbe administrés isolément. Enfin, le santal, à la dose de 10 à 15 capsules par jour, possède une action très rapide et très puissante, mais souvent éphémère. Les uns et les autres provoquent parfois de vives douleurs dans le rein et il est probable qu'ils sont exceptionnellement capables d'en impressionner défavorablement l'épithélium. Le copahu et le cubèbe ont, de plus, l'inconvénient de provoquer la diarrhée et, assez souvent, des éruptions, qui n'ont point d'autres inconvénients que d'étonner le malade et aussi le médecin qui a oublié leur possibilité.

L'écoulement purulent se modifie très vite sous l'action des balsamiques administrés à temps; mais il reprend bientôt ses caractères quand on en abandonne l'usage.

Il est très utile de leur associer les injections. Nous n'avons pas à revenir sur la nécessité de les faire aussi aseptiques que possible. Je rappelle seulement que Guyon a vu des suppurations prostatiques et périprostatiques mortelles succéder à des injections mal faites, que Paillard a décrit des cystites bactériennes tenaces, dues à une telle origine; moi-même en ai rencontré et des plus difficiles à guérir. C'est là une des meilleures raisons qui engagent à les faire avec des substances activement antiseptiques. On a employé le sulfate de zinc, le sulfate de fer, de cuivre, le sulfate de quinine (1 0/0), l'acide picrique (0,05 0/0), l'eau oxygénée, le sublimé (1/10000), l'iodoforme, etc. Nous ne prescrivons plus que le permanganate de potasse à 1/200, ou la résorcine. Cette dernière substance, introduite dans cette thérapeutique par Campana, en 1882, nous a fourni parfois de bons résultats; nous l'associons au sulfate de zinc.

Résorcine....................	1
Sulfate de zinc...............	1
Eau..........................	100 (1)

Je renvoie aux traités divers le lecteur désireux de formules nombreuses et savantes. Je pense que si l'on veut consentir à essayer la méthode de Janet avec exactitude, on aura vite fait d'abandonner toutes les autres.

(1) Je crois bon de faire les solutions au fur et à mesure avec des paquets de permanganate dosés d'avance et dissous dans de l'eau bouillie.

(2) Aubert, *Lyon méd.*, 1885; — Eraud, Thèse, Lyon, *id.*, etc.

(1) La résorcine en grands lavages ne nous a pas donné de résultats.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

61e réunion tenue à Newcastle-sur-Tyne les 1er, 2, 3 et 4 août 1893.

Section de psychologie.

Augmentation de la folie.

M. Tuke. — Si on consulte les statistiques depuis 1870, on voit une grande augmentation du nombre des entrées dans les asiles et les hospices. Mais parmi les entrées aux asiles, il faut déduire les transferts et les réadmissions. L'augmentation des entrées dans les asiles ne prouve pas que la folie soit plus fréquente, mais elle tient à ce qu'on sait que les asiles sont actuellement mieux organisés. Ces augmentations portent bien plus sur les classes pauvres que sur les classes aisées.

Trépanation dans la paralysie générale.

M. Goodall. — La trépanation chez les paralytiques généraux, peu en faveur auprès de beaucoup d'aliénistes, est cependant parfaitement indiquée, surtout si on y ajoute le drainage de l'espace sous-arachnoïdien. Dans la paralysie générale, il y a occlusion des vaisseaux lymphatiques périvasculaires. Si on ne rétablit pas le courant de la lymphe, il

se produit une dégénérescence nerveuse; le meilleur moyen consiste donc à ouvrir et à drainer le courant lymphatique. J'ai déjà opéré de cette façon, mais en plaçant des crins comme drain, ce qui est insuffisant; à l'avenir, je me propose de placer un petit drain tubulaire. Je crois qu'il faut faire de petites ouvertures.

M. Ireland. — M. Macpherson fait au contraire de grandes ouvertures; mais il n'obtient pas plus que M. Goodall de résultats satisfaisants. La paralysie générale est une maladie trop diffuse pour qu'on puisse attendre une amélioration d'une simple ponction.

Claustrophobie.

M. Campbell. — La peur produit quelquefois de la paralysie; mais la claustrophobie produit en général des mouvements fort actifs et même convulsifs. La claustrophobie est plus fréquente qu'on ne le croit généralement; elle est surtout causée par une inhibition des mouvements des membres et de la respiration. Tantôt cette crainte sera éveillée par une sorte de resserrement de l'individu, tantôt par un vêtement trop étroit; il y a quelquefois une sensation de suffocation. Le sujet atteint de claustrophobie est effrayé à l'idée d'être dans une pièce dont la porte est fermée, surtout si cette porte est fermée à clef; il a peur de se trouver dans un train et principalement sous un tunnel; il redoute les foules, les passages étroits, il redoute même quelquefois une rue bordée de maisons élevées. Dans les cas extrêmes, il peut ne se trouver bien qu'à la campagne, loin des arbres. On trouve toujours chez lui des antécédents nerveux et souvent de folie.

Symptômes mentaux du myxœdème.

M. Clouston. — Dans le myxœdème, il y a toujours des troubles mentaux qui peuvent différer grandement. On pourra trouver des mélancoliques à idées de suicide, des mélancoliques simples, des maniaques. Les uns ont simplement de l'exaltation mentale, les autres du délire des grandeurs, d'autres sont atteints de délire et sont incapables de rien comprendre. Toujours au début, il y a de l'affaiblissement de l'intelligence, puis souvent vient de la dépression, puis de l'irritabilité. J'en ai vu s'améliorer dans un asile. Avant la mort, surviennent une hébétude et une torpeur mentale complète. L'extrait de corps thyroïde peut amener la guérison. Cependant, dans un cas, j'ai vu la mort survenir par syncope 10 jours après une guérison apparente. Le plus souvent aussi, dans le myxœdème, la sensibilité est émoussée, la mémoire disparait; il y a des hallucinations des sens de la vue, de l'ouïe et de l'odorat; les sentiments affectueux diminuent et s'effacent. Le traitement par l'extrait de corps thyroïde agit sur tous ces symptômes.

Section de dermatologie.

Traitement de la trichophytie du cuir chevelu.

M. Fox. — Dans la teigne généralisée du cuir chevelu, on peut le plus souvent obtenir une guérison rapide. On trouve souvent des champignons jusque dans la couche interne de la racine des cheveux; d'après certains auteurs, le champignon peut envahir tout le bulbe pileux et même le tissu conjonctif. Cette maladie est fréquente chez les enfants dans certaines régions. Les remèdes sont les uns mécaniques, les autres parasiticides : les premiers consistent dans l'épilation, les vésicatoires. On doit faire l'épilation quand les cheveux ne sont pas encore trop fragiles, ou quand ils sont devenus moins fragiles par suite de la mort du champignon, ou encore quand le cheveu n'est presque plus fixé par suite de la formation de produits inflammatoires autour du follicule. Bazin a cherché à réaliser la 3e condition par l'application de l'huile de cade; le collodion peut servir pour le même usage. La grande difficulté dans l'application des parasiticides est de faire pénétrer ces parasiticides; aussi l'action de ces remèdes est loin d'être constante. On peut recourir au traitement par les irritants : les vésicatoires, l'huile de croton. De plus, il faut de temps en temps raser la tête.

M. Smith. — Pour amener la guérison de la teigne, il faut produire une altération de la peau ; on provoque une alopécie artificielle, de façon à rejeter hors du cuir chevelu les cheveux et en même temps le champignon. L'huile de croton est le meilleur irritant, mais il faut surveiller ce traitement avec le plus grand soin. On emploie ensuite la glycérine phéniquée.

M. Eddowes. — La guérison naturelle qui souvent survient à l'époque de la puberté revêt fréquemment la forme d'un eczéma. Il faut se garder des remèdes trop énergiques qui produisent et entretiennent une dermatite chronique. Une pommade à l'acide salicylique rend des services. Quand les enfants sont bien soignés, on peut leur permettre d'aller à l'école; il faut de temps en temps bien nettoyer le cuir chevelu pour permettre aux remèdes d'agir. L'épilation est inutile et souvent nuisible.

Cultures de M. Sabouraud.

M. Phineas Abraham. — Sabouraud a distingué deux types de trichophyton, un à petites spores et un à grosses spores. Le trichophyton microsporon est le champignon commun de la teigne tondante des enfants ; il siège dans la substance même des cheveux. Un tiers cependant des cas de teigne tondante est due au trichophyton mégalosporon. Le trichophyton megalosporon est essentiellement le champignon de la teigne de la barbe et de la peau. Les spores forment un épais fourreau autour des poils ; ces spores sont toujours contenues dans des filaments mycéliens. Ces deux espèces de champignons ne se trouvent jamais ensemble sur la tête d'un même sujet. Les espèces du trichophyton microsporon se développent toutes sur l'homme, à l'exception de celle qui produit l'herpès contagieux du cheval. Les espèces du trichophyton megalosporon sont nombreuses et il y en a chez divers animaux.

Traitement de la trichophytie.

M. Jamieson. — Mes observations confirment celles de Sabouraud. Le traitement consiste à tenir le cuir chevelu très propre, à agir sur le cuir chevelu pour faire disparaître l'eczéma ou la séborrhée en appliquant une pommade au tannin et à l'acide phénique, à faire disparaître le champignon par l'application du soufre ou du mercure.

Du trichophyton.

M. Roberts. — Le trichophyton a un thalle simple filamenteux se propageant par spores solitaires ou même par un fragment du mycélium. Les spores peuvent conserver leur vitalité pendant quatre ans. Le froid retarde leur développement ; l'eau leur est nécessaire. La vie parasite du trychophyton peut se diviser en trois périodes : 1° une période d'invasion ; 2° la période d'envahissement du poil ou du tissu corné par le parasite ; 3° la période de réaction des tissus. Pour le traitement, il faut adopter les principes suivants : raser tout le cuir chevelu, le désinfecter en totalité ; stimuler les follicules contenant les cheveux malades ; pour le choix des remèdes on ne se bornera pas aux germicides, on prendra aussi l'iode, l'ammoniaque, l'éther, le chloroforme, l'acide acétique.

Emol.

M. Jamieson. — L'émol provient d'une substance qui abonde dans le Perthshire et qui est associée dans cette région à de la serpentine, du marbre, de la chalcédoine, de l'onyx et du cuivre. L'émol contient de la silice, de l'alumine et des traces de chaux ; il contient aussi de la stéatite à laquelle il doit ses propriétés. La teinte rose est due à une petite quantité d'oxyde de fer. Il forme avec de l'eau une sorte de savon naturel et adoucit la peau ; il fait disparaître toutes les callosités ; on peut ainsi faire tomber les masses épidermiques qui se forment dans certains eczémas de la plante des pieds et de la paume des mains.

Une nouvelle maladie de peau.

M. Smith. — Je viens d'avoir l'occasion d'observer depuis trois ans à plusieurs reprises une maladie de peau non encore décrite. Je l'ai observée tout d'abord chez un enfant de six mois : c'était un rash qui tenait à la fois de l'érythème et de l'urticaire, disséminé sur tout le corps, mais surtout abondant à la partie supérieure de l'abdomen. Les taches étaient bien séparées, rarement confluentes ; elles ressemblaient à des piqûres d'insectes. Elles étaient devenues rouges en deux heures ; elles gardèrent cette coloration pendant quatre ou

cinq jours ; elles évoluaient successivement. Quelques-unes devinrent dures, d'autres vésiculaires et crevèrent. Elles provoquèrent de la démangeaison et des troubles généraux. Cette attaque passa, puis revint au bout de quelques semaines. Plus tard la sœur de l'enfant eut la même maladie ; elle était âgée de quatre ans. Les deux enfants eurent ainsi toute une série d'attaques semblables précédées toujours, chez l'un d'eux, par des phénomènes nerveux. J'ai depuis rencontré une cinquantaine de cas semblables, toujours j'ai vu les mêmes symptômes ; cette maladie est épidémique. Je traite cette maladie par l'ichthyol et la lanoline. Il faut aussi donner des purgatifs (calomel), de la quinine, de l'antipyrine.

De la métastase dans les maladies cutanées.

M. Walsh. — Certaines dermatites, en rapport avec des conditions anormales du sang, peuvent être produites directement par l'élimination de substances irritantes. Parmi les substances qui peuvent provoquer l'inflammation des appareils d'élimination, on peut citer l'iode parmi les médicaments, l'acide urique parmi les substances chimiques, le virus de la scarlatine parmi les poisons organiques. L'acide urique en excès produit des lésions de l'épithélium des organes sécrétoires ; c'est par une telle irritation que le poison goutteux produit de la dyspepsie, de la néphrite, de la diarrhée, de la bronchite et certaines formes de dermatoses. La métastase est souvent très nette dans la goutte ; c'est ainsi qu'un eczéma typique peut survenir pendant une attaque aiguë de goutte, puis disparaître sous l'influence du colchique. La maladie cutanée peut alterner avec de la bronchite, de l'asthme ou de la diarrhée. Une médication rationnelle doit, dans ces cas, tenir compte de la métastase, et conserver la maladie de peau ou un flux intestinal pour sauvegarder les organes plus importants. Le virus scarlatineux a, lui aussi, une action très irritante sur l'épithélium sécrétoire, d'où des néphrites, des dermatoses, et des inflammations des conduits respiratoire et alimentaire. L'iodisme peut être considéré comme dû à ce que l'iode, au lieu de s'éliminer par les reins, prend un autre mode d'élimination. Le rash papuleux de l'iodisme est peut-être dû à ce que les glandes cutanées sont enflammées parce qu'elles sont le siège de l'élimination lente de l'iode.

Section de médecine.

Pathologie et distribution des paralysies atrophiques.

M. Ferrier. — Divisons ces paralysies suivant qu'elles ne sont pas accompagnées de dégénérescence musculaire et suivant qu'elles sont accompagnées ou dépendent de dégénérescences musculaires. Je ne m'occuperai que du deuxième groupe. Disons tout d'abord, que d'après les recherches de Golgi, il n'existe entre les fibres nerveuses et les cellules nerveuses que des rapports de contiguïté et non de contact. Théoriquement on peut avoir une dégénérescence ou une atrophie musculaire soit par une lésion des cellules multipolaires de la corne antérieure, soit par une lésion des nerfs moteurs, soit par suite de conditions affectant primitivement les muscles eux-mêmes ; d'où des amyotrophies myopathiques, neuropathiques ou myélopathiques. De plus, il est probable, comme l'avance Schæfer, que la cellule nerveuse avec son noyau est en rapport avec la nutrition du nerf moteur, et par suite du muscle, tandis que le processus dendritique sert à transmettre l'activité fonctionnelle. Par suite les lésions de ce processus dendritique entraînent des paralysies ayant tous les caractères de la paralysie spinale, mais sans produire la dégénérescence musculaire qui succède à la destruction des cellules mêmes. Cela se produit indubitablement dans la syringomyélie ; il est aussi probable, comme le soutient Gowers, que c'est une semblable lésion qui produit la maladie de Landry ou paralysie ascendante aiguë.

Il y a plusieurs types cliniques d'atrophie musculaire myopathique. Erb leur a donné le nom de dystrophie musculaire progressive. Un premier type est réalisé par la paralysie pseudo-hypertrophique bien connue ; un autre type est réalisé par l'atrophie musculaire héréditaire de Leyden et Mœbius, qui commence par les extrémités inférieures et qui n'atteint qu'après plusieurs années les membres supérieurs. Le type juvénile d'Erb affecte surtout l'épaule et le bras. Le type Déjerine-Landouzy débute par la face. Citons encore le type Charcot-Marie ou type péronier, dont la place dans la classification des amyotrophies n'est pas encore définitivement fixée. Il est probable que tous ces types ne sont que différentes formes d'une même maladie. Tous ont une marche lente, ils débutent dans l'enfance, ils sont héréditaires ou familiaux. Le type facial est souvent associé au type scapulo-huméral d'Erb. Du reste ces types peuvent se combiner entre eux de façons diverses. Dans certains cas on ne saurait dire à quel type appartient la maladie ; il y a tantôt une hypertrophie vraie, tantôt une fausse hypertrophie, tantôt une atrophie des régions envahies. On a avancé que la maladie est primitivement interstitielle ; pour Erb, Roth, et autres, la maladie frappe d'emblée la fibre musculaire ; il y a d'abord une hypertrophie vraie indiquée par une prolifération nucléaire active. La lipomatose est alors secondaire. Plus tard le muscle s'atrophie progressivement et disparaît. On pourrait admettre que ces lésions sont dues à des troubles dynamiques des centres médullaires ; toutefois cela paraît difficile à admettre. Le fait que ces affections commencent chez des sujets jeunes et qu'elles sont héréditaires ou familiales permet de penser qu'il s'agit d'un vice de développement.

Passons aux paralysies neuropathiques, celles qui dépendent d'une lésion des nerfs périphériques. Quand le nerf d'un muscle est séparé des centres nerveux, non seulement le muscle est paralysé, mais encore il subit une dégénérescence. La fibre musculaire diminue de volume, perd sa striation transversale, devient granuleuse et vitreuse, tandis que les noyaux du sarcolemme et le tissu interstitiel se multiplient. On peut avoir tous les intermédiaires depuis l'atrophie simple jusqu'à cette dégénérescence complète ; en rapport avec ces lésions on a des variations dans l'état électrique depuis de simples variations quotidiennes jusqu'à la réaction de dégénérescence. Dans le cas de simple compression d'un nerf, toutes ses fonctions se sont pas abolies et tous les muscles qu'il innerve ne sont pas également paralysés ; on sait que dans ces cas les troubles sensitifs sont moins marqués que les troubles moteurs ; on sait aussi que dans la paralysie radiale le long supinateur est généralement indemne.

De même dans les paralysies obstétricales produites par la compression, la paralysie se localise surtout dans le groupe musculaire du tibial antérieur, ou du nerf sciatique poplité externe. Dans les cas de compression du récurrent, les premiers muscles qui sont paralysés et qui dégénèrent sont les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Beaucoup de paralysies atrophiques, autrefois classées parmi les poliomyélites, ne sont que des résultats de polynévrites périphériques dues à des poisons, comme le plomb, l'arsenic ou l'alcool ; ou à des poisons organiques comme ceux de la diphthérie, du béribéri, de certaines formes de maladies.

Un des principaux caractères des névrites multiples consiste dans la symétrie des troubles sensitifs ou moteurs. Les symptômes sensitifs sont très variables ; il s'agit de perversion ou de diminution de la sensibilité cutanée, de douleurs. Pour Erb, ces névrites sont en relation avec des troubles dynamiques des centres nerveux.

Il est possible que ce soit là une cause prédisposante, mais ce n'est pas là la cause unique. Pour moi, j'admets que, dans ces névrites, l'action du poison s'exerce sur tout le nerf, mais les extenseurs sont paralysés les premiers, parce que les fibres nerveuses des extenseurs ont une vitalité moins marquée. Cette vitalité moindre des nerfs des extenseurs est prouvée par des expériences d'Onimus et par bien d'autres faits.

Nous arrivons maintenant aux paralysies atrophiques myélopathiques qu'on peut distinguer suivant qu'elles dépendent de lésions bulbaires supérieures, bulbaires inférieures ou médullaires, constituant les types cliniques de l'ophthalmoplégie, de la paralysie bulbaire et de la paralysie spinale atrophique. Ces lésions peuvent exister isolément et se combiner entre elles et avec d'autres lésions. La cause essentielle consiste dans la destruction des cellules multipolaires des centres correspondants ; au début, la paralysie est très étendue, puis elle se cantonne et se localise dans certains territoires. On trouve dans les muscles les mêmes dégénérescences que dans les névrites périphériques. Dans l'ophthalmoplégie les muscles internes des yeux peuvent être seuls pris ; d'autres fois on a l'ophthalmoplégie externe. Tous les muscles de l'œil peuvent être paralysés et atrophiés. On sait que le noyau de la troisième paire est un agrégat de centres distincts,

dont chacun correspond à certains mouvements oculaires. On a noté dans certains cas l'association de la parésie des muscles oculo-faciaux à l'ophthalmoplégie externe. Il est probable que le centre du facial supérieur est au voisinage de ceux des mouvements des yeux.

L'atrophie des lèvres, de la langue, du voile du palais, constituent les signes principaux de la paralysie bulbaire, ce qui prouve que les différents centres nerveux de ces parties sont au voisinage les uns des autres; les noyaux des hypoglosses sont atrophiés; il est probable que l'orbiculaire des lèvres tire son innervation du même noyau; on a signalé, du reste, des filets allant du noyau de l'hypoglosse au genou du facial.

La distribution de la paralysie spinale amyotrophique est variable. Pour Remak, Yeo et moi, chaque segment médullaire avec sa racine antérieure et sa racine postérieure forme un centre fonctionnel synergique. Pour d'autres, ce groupement est simplement anatomique et morphologique. Il est probable qu'il faudrait combiner ces deux opinions. Il est probable que les plexus ne servent qu'à distribuer les fibres motrices de même ordre dans des nerfs dont les fonctions sont plus ou moins associées; c'est ainsi aussi que plusieurs muscles reçoivent leurs fibres de plusieurs nerfs. Dans les cas de paralysie spinale atrophique, la marche de la maladie ne se fait pas par contiguïté, eu égard aux muscles, mais par contiguïté eu égard à leurs centres d'innervation dans la moelle.

L'atrophie musculaire type Charcot-Marie semble réunir les caractères de toutes les sortes d'amyotrophies; peut-être s'agit-il là de névrites périphériques. Il y a des atrophies musculaires en relation avec des inflammations ou des lésions articulaires; ces amyotrophies affectent surtout les extenseurs. Ce sont des atrophies simples sans dégénérescence. Elles ne sont pas dues uniquement, comme on pourrait le croire, à l'inactivité du membre. Il s'agirait pour Brown-Séquard d'un réflexe spasmodique vaso-moteur. Pour Paget, c'est une tropho-névrose réflexe.

Section d'ophthalmologie.

Ptosis double.

M. Drake-Brockman. — J'ai vu trois cas de double ptosis; dans le premier cas, ce signe était dû à une tumeur ayant eu pour point de départ le corps du sphénoïde; elle était de nature sarcomateuse et amena la mort. Dans le deuxième cas, il s'agissait encore d'une tumeur du corps du sphénoïde; cette tumeur était de nature tuberculeuse. Le troisième cas survint chez un syphilitique.

Amblyopie réflexe pendant la grossesse.

M. Knaggs. — Une femme enceinte, âgée de 40 ans, vint demander des lunettes le 11 avril 1892; l'œil gauche était atteint de cécité complète, la papille était bleuâtre, atrophiée et excavée. L'œil droit ne paraissait le siège d'aucune lésion. La malade se plaignait en outre de céphalées et avait les lèvres un peu cyanosées. Ces troubles de la vision dataient d'une grossesse remontant à huit années. Ce n'est que depuis un mois que la malade s'était aperçue que l'œil gauche était malade. La vision diminua rapidement dans l'œil droit; je fis alors un accouchement prématuré. La vision revint progressivement dans l'œil droit; la malade se plaignit de la voir encore diminuer un peu lors de chaque période menstruelle pour se rétablir aussitôt après. Valude a rapporté un cas semblable.

De l'atrophie du nerf optique dans les affections chroniques du système nerveux.

M. Th. Buzzard (Londres). — On observe l'atrophie du nerf optique dans la sclérose en plaques, dans la sclérose des cordons postérieurs (tabes, paralysie générale) et dans la sclérose des cordons latéraux de la moelle.

On sait que l'amblyopie et l'atrophie optique peuvent survenir dans le cours de la sclérose en plaques, mais on a mal apprécié leur fréquence dans cette maladie. D'après mes observations, c'est dans la sclérose en plaques que l'atrophie optique se rencontre le plus souvent.

Sur 100 cas de sclérose en plaques j'ai noté 43 fois (soit une proportion de 43 0/0) la pâleur de la papille optique caractéristique de l'atrophie, tandis que sur 156 tabétiques, je n'ai trouvé que 24 fois (soit 15.38 0/0) l'atrophie du nerf optique.

Entre l'atrophie optique du tabes et celle de la sclérose en plaques il y a cette différence assez caractéristique que, dans la première, la lésion est presque toujours progressive et amène rapidement la cécité, tandis que dans la sclérose en plaques l'atrophie optique et les troubles de la vision qui en sont la conséquence revêtent d'ordinaire un caractère beaucoup moins grave. Dans cette maladie, la papille optique peut acquérir aussi une blancheur nacrée, mais il est exceptionnel que cette altération s'étende à toute la papille, c'est-à-dire à ses moitiés nasale et temporale à la fois. Je n'ai jamais constaté dans la sclérose en plaques la coloration gris bleuâtre uniforme de la papille, si fréquentes dans le tabes.

Souvent on a confondu la sclérose en plaques avec l'hystérie, surtout dans les cas assez fréquents où les troubles de la vision consistent en un simple rétrécissement concentrique du champ visuel. C'est peut-être aussi à cause de cette erreur de diagnostic que la fréquence de l'atrophie optique dans la sclérose en plaques a été méconnue.

Dans les cas de tabes où l'atrophie du nerf optique survient à titre de phénomène précoce, l'ataxie fait généralement défaut ou n'est que peu accusée (tabes oculaire). Mes observations confirment ce fait déjà maintes fois constaté par d'autres cliniciens.

Section des maladies des enfants

Tuberculose abdominale chez les enfants.

M. Taylor. — Je me restreindrai à quelques points de cette vaste question. L'œsophage et l'estomac sont rarement envahis par la tuberculose; ils peuvent cependant l'être sous l'influence de l'ingestion des crachats ou du lait provenant de vaches tuberculeuses. Barbacci, Beadles, Litten en rapportent des cas. La tuberculose intestinale est fréquente et l'ulcération tuberculeuse peut siéger en un point quelconque du trajet de l'intestin. Des ulcérations très vastes peuvent se rencontrer sur le rectum. Ces ulcérations tuberculeuses peuvent être associées à la péritonite tuberculeuse, à la tuberculisation des ganglions mésentériques, à la tuberculose généralisée, à la tuberculose pulmonaire. La question de l'infection par le lait est fort importante. Quand on nourrit des animaux avec le lait de vaches tuberculeuses, on obtient des résultats variables; l'infection n'a probablement lieu que quand la vache dont provient le lait a des lésions tuberculeuses de la mamelle. L'infection par la viande tuberculeuse est moins à craindre et peut être facilement évitée par une surveillance attentive. On ne sait pourquoi dans le cas d'infection par le lait la tuberculose envahit primitivement l'intestin, le péritoine ou les ganglions mésentériques. De tout cela on devra retenir qu'il faut ordonner de faire bouillir le lait et être très sobre de prescriptions de viande crue.

La caséification des ganglions mésentériques est très fréquente et constitue le tabes mésentérique. Cette affection, bien que commune, l'est moins que l'ulcération intestinale tuberculeuse ou la péritonite tuberculeuse. Souvent cette affection est secondaire à l'envahissement du péritoine.

La péritonite tuberculeuse peut se montrer sous deux formes : dans l'une le péritoine est couvert de tubercules miliaires et il y a de l'ascite; dans l'autre les feuillets péritonéaux sont adhérents, formant une sorte de magma dans les anses intestinales et il y a peu de liquide; il existe alors une véritable tumeur fournie par tous ces organes adhérents. Cette tumeur occupe l'hypogastre et les régions iliaques; quelquefois il se forme des abcès abdominaux, de vastes collections purulentes; il y a quelquefois en même temps de la tuberculose des organes génitaux; il peut se produire de l'œdème des membres inférieurs ou même de l'anasarque. Le traitement que j'emploie consiste en frictions mercurielles sur le ventre, le repos, une bonne nourriture. Dernièrement on a traité la péritonite tuberculeuse par la laparotomie et on paraît en avoir obtenu de bons résultats.

Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse.

M. Marsh. — Au début on peut obtenir la guérison de la péritonite tuberculeuse par des moyens médicaux. Si on se

reporte aux observations de laparotomie pour péritonite tuberculeuse qu'ont publiées les auteurs, on voit qu'elles sont très favorables à cette opération. Il faut diviser ces cas suivant qu'il y a beaucoup de liquide libre ou enfermé entre des adhérences ou qu'il n'y a pas de liquide. Dans ces deux derniers groupes on se contente en général d'une incision exploratrice. Quand il y a beaucoup d'adhérences reliant entre eux les intestins, l'opération n'est pas indiquée.

M. Knaggs. — Je crois que le traitement chirurgical est fort utile. Le danger de la péritonite tuberculeuse réside surtout dans la résorption des poisons produits au niveau du péritoine.

CONGRÈS MÉDICAL PAN-AMÉRICAIN

1re réunion tenue à Washington, les 5, 6, 7 *et* 8 *septembre* 1893.

Le Congrès pan-américain a été tenu pour la première fois cette année à Washington, les 5, 6, 7 et 8 septembre 1893. Il a réuni tous les principaux médecins des deux Amériques. M. Cleveland, président des Etats-Unis, a ouvert la première session et a prononcé une courte allocution.

Simplicité en chirurgie.

M. Johnson. — On doit toujours rechercher la simplicité dans toutes les opérations chirurgicales; trop souvent, au contraire, on s'applique à compliquer les appareils. La propreté est essentielle; on doit faire bouillir les instruments, ce qui est possible partout. Pour les plaies par armes à feu, on devra généralement se garder de chercher la balle; les sutures les plus simples sont les meilleures. La bande d'Esmarch est ce qu'il y a de meilleur contre les hémorrhagies.

Courbure latérale du rachis avec rotation sur son axe.

M. Teschner. — Cette courbure du rachis survient fréquemment entre 7 et 14 ans, plus souvent chez les filles que chez les garçons. Souvent cette affection est héréditaire. En général, les jeunes filles atteintes sont d'un tempérament apathique, à air peu intelligent; le système musculaire est peu développé et l'état général est mauvais; de plus, elles ont généralement des attitudes vicieuses, se tenant sur un pied ou s'asseyant de travers. Pour le traitement, il faut d'abord corriger les attitudes défectueuses, soigner l'état général, donner des bains, des toniques; il faut faire construire une chaise spéciale emboîtant bien le dos; il faut faire coucher l'enfant par terre sur le dos. Dans les cas de scoliose plus avancés, mais qu'on peut encore réduire par la suspension des malades, je fais les mêmes choses que précédemment et je mets en plus un corset en plâtre pendant que la malade est suspendue. Quand les déformations de la scoliose ne peuvent être réduites d'aucune façon, je fais tous les jours une sorte de torsion du rachis en sens opposé à la déviation, à l'aide d'un appareil spécial.

Traitement du mal de Pott.

M. Schapps. — Pour s'opposer aux forces qui tendent à comprimer la vertèbre ramollie, il faut rendre passif le rachis du malade. Les appareils n'ont qu'une action trop limitée. Le décubitus dorsal doit être employé, mais il faut placer le rachis dans la meilleure position possible. Le repos dans la position horizontale fait à peu près disparaître l'influence musculaire; la fièvre et la douleur sont elles-mêmes calmées par cette attitude. Le sommeil et l'appétit reviennent. La durée de la maladie est ainsi considérablement diminuée et on évite des difformités considérables.

Ponction des ventricules latéraux du cerveau.

M. Frank. — Dans la méningite tuberculeuse, c'est l'épanchement et non la présence des tubercules qui cause le danger, d'où l'utilité de la ponction des ventricules; cette ponction est en général facile; le mieux est de la faire à l'aide d'une canule et d'un stylet mousse; le drainage doit être complètement évacuateur, rapide ou lent suivant les cas. Les indications de la ponction consistent en une hémorrhagie des ventricules, un abcès des ventricules, l'hydrocéphalie chronique.

Traitement de l'appendicite.

M. Clarke. — Dans les cas d'appendicite, le plus souvent il faut faire l'incision au niveau du point le plus douloureux, c'est-à-dire au niveau du point de Mc Burney. Une incision largement faite et faite à temps m'a toujours donné une guérison immédiate et permanente; on doit, après l'incision, bien explorer la région; il faut suturer l'appendice; quand l'appendice est retenu par de fortes adhérences, il est mieux de le laisser. Quand on le sectionne, il faut coiffer soigneusement le pédicule avec le péritoine pour l'empêcher d'adhérer aux organes voisins. On ne peut chercher une réunion de la plaie par première intention que dans les cas qui ont été opérés de bonne heure; il ne peut plus en être de même quand l'abcès s'est formé. La position de Trendelenburg est fort utile pour cette opération. Quand on emploie un drain, il faut maintenir pendant quelque temps le malade dans la position horizontale pour éviter une hernie consécutive. Dans les périodes ultimes de la maladie, le chirurgien doit encore conseiller au moins une incision exploratrice. Dans les périodes avancées de la maladie, l'opération est plus dangereuse, mais elle peut encore prévenir la rupture de l'abcès dans le péritoine ou, quand cette rupture est faite, nettoyer le péritoine. Seul un collapsus profond est une contre-indication.

Section de médecine générale

Principes d'immunité et de guérison dans les maladies infectieuses.

M. Vaughan. — L'immunité peut être naturelle ou acquise: ainsi, la poule n'est pas apte à contracter le charbon; cette immunité est naturelle. L'enfant est très sujet à la diphthérie, l'adulte y est bien moins sujet; cette immunité relative est due à l'organisme et non au bacille diphthéritique. Pour Ehrlich, l'immunité est entièrement humorale. Cette conception doit être modifiée, car la transmission de l'immunité par voie héréditaire est forcément cellulaire. L'immunité produite par un germe est plus complète que celle que produit un vaccin. Une culture stérilisée peut donner l'immunité. La théorie des antitoxines est très séduisante. La substance qui confère l'immunité est une partie du germe lui-même. Pour moi, l'immunité est d'origine cellulaire.

Formes de la malaria.

M. Risquez. — A Venezuela, la fièvre intermittente revêt les formes suivantes : 1° formes intermittentes généralement quotidiennes, occasionnellement tierces; 2° formes continues, comprenant les variétés (*a*) bilieuse, (*b*) ictérohématurique; 3° formes pernicieuses comprenant les variétés (*a*) pernicieuse proprement dite, (*b*) compliquée; 4° formes larvées comprenant les variétés (*a*) périodique, (*b*) continue. Celles du premier groupe sont aisées à diagnostiquer. Quand l'accès se prolonge, le diagnostic peut être difficile. Les formes du deuxième groupe se reconnaissent aux symptômes gastro-hépatiques et aux indications de l'urine, on peut les confondre avec la fièvre jaune; les formes du troisième groupe se reconnaissent par la préexistence des paroxysmes de la malaria. Il est quelquefois impossible de faire le diagnostic entre le choléra, la pneumonie, le tétanos et certains cas de fièvre pernicieuse. Les formes du quatrième groupe sont encore plus difficiles à diagnostiquer. Un diagnostic est cependant fort utile, car la quinine indiquée dans le cas de malaria, peut être contre-indiquée dans d'autres affections. Seul, l'examen microscopique du sang permet de faire le diagnostic; la mélanhémie est le seul signe pathognomonique.

Fièvre rémittente.

M. Lobo. — A Caracas, le type normal de la malaria est rare; il y a rarement de la congestion du foie ou de la rate; la fièvre s'allume ou tombe sans aucune régularité. Il y a de l'anorexie, la langue est couverte d'un enduit saburral; il y a quelquefois de la diarrhée ou de la constipation, des vomissements; il y a souvent des incidents graves; la défervescence est graduelle ou brusque. Cette fièvre rémittente peut durer de 10 jours à 3 mois, rarement davantage. On diagnos-

tique cette maladie par l'irrégularité de ses symptômes et de sa température, l'absence de troubles hépatiques et spléniques. Elle ne peut être confondue avec la fièvre typhoïde. Le pronostic n'est pas trop sévère quand il n'y a pas de complications.

Les complications consistent en une inflammation du poumon et quelquefois des plèvres; il y a aussi des complications nerveuses avec convulsions ou coma. L'issue est alors fatale neuf fois sur dix. Cette maladie est lentement influencée par la quinine. Les bains froids sont indiqués.

Ataxie vaso-motrice.

M. Cohen. — J'appelle votre attention sur des troubles vaso-moteurs que j'intitule ataxie vaso-motrice et qui peuvent consister en parésie ou spasme. La cause est centrale. Cette maladie se traduit par une sorte de défaut de fonctionnement de l'appareil circulatoire et caractérisé par une rougeur vive; ces manifestations sont marquées dans les vaisseaux de la périphérie, sous l'influence du froid, des agents toxiques, des émotions. Cette maladie est souvent congénitale et héréditaire. Les troubles peuvent être d'ordre paralytique ou spasmodique. Dans le goître exophthalmique, on trouve le type extrême de la variété paralytique. La maladie de Raynaud constitue un type extrême de la variété spasmodique. Entre ces deux extrêmes on trouve tous les intermédiaires. Il y a souvent une tendance hémorrhagique se traduisant par des pétéchies, des ecchymoses, des épistaxis, des hémoptysies, des hématémèses, des hématuries, des hémorrhagies rétiniennes. Il y a quelquefois une lésion de la glande thyroïde. Le cœur bat rapidement. Quelquefois ces troubles vasculaires conduisent à la tuberculose pulmonaire.

Section de laryngologie et rhinologie.

Epilepsie réflexe d'origine nasale.

M. Roe. — L'épilepsie est souvent due à une irritation réflexe. La sensibilité aux irritations périphériques est très variable suivant les sujets. Le nez est souvent le siège d'une irritation suffisante pour produire des manifestations réflexes d'ordre convulsif. Certaines régions du nez sont particulièrement sensibles à ces irritations; c'est surtout une compression intra-nasale qui peut produire ces troubles.

M. Brown. — Je n'ai jamais vu d'épilepsie d'origine nasale; mais j'ai vu la disparition d'une compression intranasale amener la disparition de la fièvre des foins.

Alumnol.

M. Bleyer. — L'alumnol est antiseptique et astringent. J'ai employé ce remède contre des épistaxis, des hémorrhagies naso-pharyngiennes à la suite de l'ablation de tumeurs adénoïdes; je l'ai aussi employé dans des maladies de la gorge.

Longueur considérable de l'épiglotte.

M. Brown. — Une jeune femme de 23 ans, sujette aux rhumes, avait la voix voilée et était souvent aphone. L'examen du larynx ne révéla rien, si ce n'est une épiglotte longue et étroite, à bout supérieur retourné et appuyant sur la paroi postérieure du pharynx; on cautérisa au thermo-cautère le bout de l'épiglotte; on renouvela cette cautérisation et on raccourcit ainsi l'épiglotte. Les troubles de la voix disparurent complètement.

Des lésions de la gorge chez les arthritiques.

M. Cohen. — Les parties supérieures de l'appareil respiratoire sont souvent malades chez les arthritiques, le plus fréquemment ce sont des lésions chroniques qui présentent de temps en temps des exacerbations. Les symptômes les plus marqués consistent en douleurs; la muqueuse du larynx peut être décolorée; les amygdales sont souvent prises.

Section d'obstétrique.

M. Mitchell. — Ce n'est que depuis peu de temps qu'on a fait des progrès sérieux dans l'art obstétrical. En 1847, Semmelweiss a indiqué la vraie nature de l'infection puerpérale. Après Lister et Pasteur, l'antisepsie a conduit à des abus; Winckel, Breisky, Gusserow ont alors inauguré la méthode aseptique actuelle. L'opération césarienne, la symphyséotomie avec ses merveilleux résultats, ont été perfectionnées. L'asepsie permet d'éviter l'ophthalmie des nouveau-nés et le tétanos.

Hémorrhagies de la grossesse.

M. Polak. — Les hémorrhagies de la grossesse utérine sont dues à une fausse-couche, à un placenta prævia ou à un décollement partiel et accidentel d'un placenta normalement inséré. Les hémorrhagies du post-partum sont dues à une inertie utérine ou à des déchirures du col, du vagin ou de la vulve. L'hémorrhagie de la fausse-couche peut être arrêtée quand elle est très peu abondante, par le repos, des suppositoires de morphine et d'atropine, et ingestion d'extrait de viburnum. Quand la fausse-couche est inévitable, il faut prendre des précautions antiseptiques, ordonner des injections à la créoline et remplir le col et le vagin de gaze iodoformée. Dans le cas de placenta prævia, on doit vider l'utérus dès la première hémorrhagie. Dans le cas d'hémorrhagie par décollement partiel d'un placenta normal, une dilatation manuelle rapidement faite est indiquée. Dans le cas d'hémorrhagie du post-partum par inertie utérine, il faut exprimer le placenta puis les caillots en pressant sur le fond de l'utérus et donner une injection sous-cutanée d'ergot de seigle.

Placenta prævia.

Mme Stevenson. — Les hémorrhagies du placenta prævia sont dues à la pesanteur et à la circulation utérine; la pesanteur, en effet, tend continuellement à entraîner les moyens de fixité de l'utérus et de son contenu; en outre, l'artère utérine pénètre dans l'utérus par en bas et se dirige vers le haut. Or, quand le placenta est inséré en bas, il rompt le vaisseau à sa partie inférieure, d'où une hémorrhagie autrement grave que quand le vaisseau est rompu en haut, auquel cas la pesanteur diminue la force d'écoulement du sang.

M. Hamilton présente un instrument qui permet d'amplifier les bruits du cœur du fœtus et de les enregistrer. Cet instrument constitue le cardiophone.

Pratique générale de l'obstétrique.

Mme Root. — Trop souvent l'accouchement, qui est une fonction physiologique, est suivi de troubles pathologiques, qui sont dus au traumatisme ou à l'inflammation. Cette dernière est la conséquence de l'infection qui est due au manque de soins ou à l'ignorance de l'accoucheur. Trop souvent, en effet, les médecins n'ont pas une éducation obstétricale suffisante. Souvent aussi les malades appellent le médecin trop tard; elles ne font pas attention à la constipation que produit la toxhémie.

Des indications de l'accouchement prématuré.

M. Chestnut. — L'accouchement prématuré est indiqué quand le bassin est rétréci; quand il existe une complication qui menace les jours de la mère; dans les cas rares où, la mère étant atteinte d'une maladie incurable, on espère sauver l'enfant par un accouchement prématuré; quand l'enfant est mort; dans les cas de tumeur rétrécissant la filière génitale. Les rétrécissements du bassin sont rares en Amérique. L'opération césarienne, bien que beaucoup perfectionnée, est encore une terrible opération; la symphyséotomie est trop souvent suivie d'hémorrhagie.

Mécanisme du travail.

M. Rutherford. — Le mécanisme de l'accouchement n'est point tel qu'on le décrit d'ordinaire. La filière génitale n'est point courbée, mais forme un angle. Quand la partie du fœtus qui se présente a atteint le plancher pelvien, la rotation est complète; la flexion et l'extension se font au niveau de l'angle utéro-vaginal.

De l'obstétrique chez les négresses de la Caroline du Sud.

M. de Saussure. — Chez ces négresses la menstruation s'établit vers l'âge de 13 ans, et la ménopause à 48 ans. L'aménorrhée, la dysménorrhée et l'hémorrhagie sont extrêmement rares. Chaque femme a en moyenne six enfants; souvent elles

se font avorter toujours à l'aide de drogues, jamais par des moyens mécaniques. L'éclampsie n'est pas rare. La fièvre puerpérale est très rare. Les négresses sages-femmes font presque tous les accouchements et leurs services sont tout au moins inutiles. Quand la délivrance ne se fait pas, elles ordonnent à la malade de souffler dans une bouteille. La syphilis est très fréquente. Ces femmes vivent dans une saleté repoussante.

Du chloroforme dans le travail.

M. Upshur. — Le chloroforme employé au cours du travail peut devenir une cause de dystocie. De plus le chloroforme offre des dangers en vertu de son action sur les centres nerveux cardiaque et respiratoire. Le chloroforme expose à l'inertie utérine.

Section de chirurgie.

Blessures par armes à feu.

M. Marin. — Un homme fut amené à l'hôpital; il avait reçu une balle de revolver, qui était entrée en avant à la racine du cou; elle s'était dirigée en bas et en arrière et était sortie du corps. L'homme présentait les signes d'une hémorrhagie abondante; on incisa au niveau de la plaie et on trouva que la balle en passant avait fait une fissure dans la paroi du tronc veineux brachio-céphalique. On fit une suture externe de ce vaisseau et le malade guérit.

Traitement de la tumeur blanche du genou.

M. Taylor. — La tumeur blanche du genou est d'ordinaire de nature tuberculeuse; le spasme et l'atrophie musculaire en constituent des symptômes importants; il y a aussi des déformations très accentuées. On doit opposer à cette affection un traitement général reconstituant et un traitement local. Ce dernier doit avoir pour effet de faire cesser le spasme, de rétablir la circulation, de corriger les déformations et en dernier lieu de rétablir les fonctions de l'articulation. Pendant la période d'irritation et de désintégration, il faut maintenir le malade au lit et appliquer un appareil qui immobilise le membre et produise l'extension. Quand la circulation et l'attitude du membre sont améliorées, on permet des mouvements, et le malade ayant toujours son appareil marche avec des béquilles. Puis on fait faire des mouvements à l'articulation malade.

Gastrostomie pour un rétrécissement de l'œsophage.

M. Laplace. — Un homme ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris de troubles de la déglutition, de dysphagie et finalement ne put plus rien avaler. On ne put passer aucune sonde dans son œsophage. J'ai fait la gastrostomie. J'ai d'abord suturé l'estomac à la paroi abdominale et trois jours après je l'ai ouvert au thermocautère. Bientôt le malade prit une nourriture ordinaire qu'il mâcha avant de l'introduire dans son estomac. Au bout de quelque temps le malade put parfaitement avaler sa nourriture de nouveau. J'ai alors refermé la fistule gastrique, mais, en explorant l'intérieur de l'estomac, j'y ai trouvé une masse pédiculée qui était évidemment un polype qui avait dû se pédiculiser progressivement. J'ai fermé l'estomac sans enlever cette masse qui a dû être digérée. Depuis l'opération le malade n'a éprouvé aucun nouveau trouble.

Transplantation sur l'homme de la conjonctive d'un œil de lapin.

M. Wolfe. — Je pratique cette opération de la manière suivante : le lapin étant chloroformé, je passe avec une aiguille droite des fils fins entre la conjonctive et la membrane irritante, puis je dissèque la conjonctive qui est soulevée par ces fils. Je fais sécher cette membrane sur la main ; elle devient comme du parchemin ; je la place alors sur le champ opératoire que j'ai préparé et sur lequel je la suture.

Greffes des paupières.

M. Wolfe. — Je suture ensemble les deux paupières, puis je dissèque la partie externe de la paupière supérieure ou des deux paupières suivant les cas, obtenant ainsi une surface cruentée sur laquelle j'applique une greffe provenant du bras ou d'ailleurs.

Drainage.

M. Marcy. — Dans presque toutes les opérations, si l'opérateur est assez soigneux pour tout stériliser complètement et bien fermer les plaies, le drainage et les antiseptiques sont inutiles. Tous les tissus sains ont un certain pouvoir qui leur permet de résister aux infections. Toutes les plaies aseptiques doivent être bien fermées et couvertes de collodion iodoformé. Quand on saura mieux traiter les plaies, on ne drainera plus que celles qui sont septiques.

M. Quimby. — Les drains constituent des corps étrangers qui peuvent devenir une source de danger.

M. Precot. — Quand il doit se faire une exsudation abondante, le drainage est utile.

M. Mc Cosh. — Je n'approuve pas le fait de couvrir une plaie d'un enduit imperméable, surtout quand on n'est pas sûr d'avoir arrêté l'hémorrhagie.

Chirurgie du cerveau.

M. Mc Cosh. — Je désire vous rapporter quatre observations de chirurgie du cerveau :

1° Un jeune homme de 18 ans tomba sur la tête et resta dans une sorte d'engourdissement, puis alla de mieux en mieux, puis survinrent des convulsions ; on fit une application de trépan sur la scissure de Rolando et on découvrit un caillot qu'on enleva. Le malade guérit.

2° Un enfant de six ans tomba sur la tête et resta à peu près inconscient. Au bout de quatre jours survint une amélioration, mais le septième jour survinrent des convulsions. On trépana sur la scissure de Rolando; on trouva un caillot qu'on enleva et l'enfant guérit.

3° Un homme de 29 ans tomba sur la tête et se releva avec une paralysie partielle du bras gauche, paralysie qui disparut bientôt; puis survinrent des convulsions très fréquentes qui affaiblirent beaucoup le malade. On trépana au niveau du sinus latéral, on ne trouva pas de caillot, mais on vit que la pression intra-cérébrale était augmentée, car la substance cérébrale fit hernie dans la plaie. On fit un drainage du ventricule latéral. Le malade guérit ensuite très bien; il n'est pas douteux que cette opération lui a sauvé la vie.

4° Un enfant de sept ans avait eu à l'âge de dix-huit mois des convulsions avec hémiplégie partielle du côté droit ; puis ces symptômes avaient disparu. A l'âge de quatre ans, il eut encore plusieurs convulsions qui se renouvelèrent, très intenses, quand l'enfant eut cinq ans ; depuis ce temps il a eu une hémiplégie partielle du côté droit. On trépana au niveau de la scissure de Rolando ; on a trouvé en ce point une membrane translucide rougeâtre, reste d'un ancien caillot évidemment formé par une pachyméningite hémorrhagique. Les convulsions n'ont pas été modifiées, mais l'état général de l'enfant est meilleur.

Rétrécissement de l'urèthre.

M. Martinez del Campos. — Dans tous les cas où j'ai employé le drainage uréthral et vésical à la suite de l'uréthrotomie interne et externe, j'ai obtenu des résultats supérieurs à ceux que fournissent les autres méthodes. Ces conclusions sont basées sur un millier de cas.

Traitement chirurgical de l'empyème.

M. Beck. — On peut traiter l'empyème par l'aspiration, l'incision et la résection costale. D'après mon expérience personnelle, c'est la résection qui donne les meilleurs résultats; les chirurgiens, du reste, adoptent de plus en plus cette dernière méthode de traitement. Le plus souvent, l'aspiration ne sert qu'à amener le malade à une période qui ne lui permet plus de supporter la résection. L'incision permet le drainage, mais il y a des adhérences pleurales qui empêchent les désinfectants de pénétrer partout. Seule, la résection costale constitue un excellent traitement; on peut alors rompre les adhérences et nettoyer toute la cavité.

Section des maladies nerveuses et mentales

Railway-spine.

M. Dercum. — J'ai vu chez un individu un coup sur le dos provoquer les signes ordinaires : douleurs, neurasthénie

et symptômes hystériques. Ce cas fut considéré comme un cas typique du railway-spine. Le malade guérit complètement au bout de 4 mois et demi de traitement dans un hôpital spécial.

Doit-on punir de mort les sujets qui commettent des crimes en état d'ébriété?

M. Crothers. — C'est là un sujet dont on ne s'est pas assez occupé. Les ivrognes qui commettent des crimes sont des malades, incapables d'agir en raisonnant leurs actes. L'alcool a paralysé leur cerveau et les a rendus fous. On ne peut donc les rendre responsables des crimes qu'ils commettent. Croire, d'autre part, qu'on pourra par des punitions les arrêter dans leurs crimes ou faire des exemples pour les autres ivrognes, c'est commettre une grosse erreur. Loin d'empêcher de nouveaux crimes, on ne fait qu'en provoquer d'autres en donnant de la publicité aux premiers, les ivrognes obéissant à une sorte de loi d'imitation.

On doit se contenter d'enfermer les ivrognes assassins, sans faire de bruit autour d'eux et en se gardant de publier leurs crimes.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude des névrites infectieuses et toxiques, par Baret (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, juillet 1893, n° 7, p. 49). — L'auteur rapporte trois observations. Dans la première, à la suite d'une fièvre typhoïde, on constate une paralysie atrophique des deux nerfs cubitaux. Le second cas rapporté à la syphilis concerne un sujet qui vient de souffrir d'un érysipèle de la face, et présente une paralysie atrophique douloureuse des membres inférieurs en masse, avec légère parésie des membres supérieurs. Dans le troisième cas, il s'agit d'une paraplégie alcoolique à type de flexion.

Sarcome du poumon (Sarcoma of the right lung diagnosticated during life by the use of the microscope, secondary to sarcoma of the testicle which had been removed four years previously), par Prentin (*Medical News*, 1er juillet 1893, p. 13). — Un homme de 51 ans, sans antécédents héréditaires importants, se porte mal depuis cinq ans. Il a eu un traumatisme du testicule étant enfant et un autre étant jeune homme. Il y a cinq ans il eut un nouveau traumatisme du testicule qui augmenta de volume et il dut rester au lit. Il y a 4 ans on dut lui enlever son testicule atteint de sarcome.

En août 1890 apparurent des symptômes pulmonaires; en janvier 1890 il avait eu une hémorrhagie intestinale abondante. Le malade avait des douleurs dans le côté droit, de la toux et des crachats sanglants. Poumon gauche normal. L'auscultation montra que du côté droit l'air ne pénétrait que dans deux espaces restreints du poumon, au voisinage de son sommet et au voisinage de sa base. Il se développa des eschares au sacrum et au niveau des hanches. Dans les crachats du malade, on trouva quelque substance solide qu'on examina et qu'on trouva être des masses de cellules sarcomateuses. L'autopsie confirma le diagnostic.

Amygdalite aiguë, arthrite secondaire sur un ancien foyer de traumatisme, par Sacaze (*Nouveau Montpellier médical*, 10 juin 1893, p. 445). — Un jeune homme de 21 ans présente tous les signes d'une bronchite aiguë; en même temps il a une amygdalite aiguë et les ganglions sous-maxillaires sont gonflés. Au bout de six ou sept jours le malade commence à se lever; pendant la nuit suivante il a une douleur dans le poignet droit, qui bientôt s'enflamme considérablement; cette arthrite guérit rapidement. A 10 ans le malade ayant fait une chute sur le poignet droit, s'était fracturé l'extrémité inférieure du cubitus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1893.

Présidence de M. Sappey

La correspondance comprend 1° des lettres de candidature de MM. R. Blanchard, Ferrand, Huchard, Laveran et Sevestre, candidats dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale; 2° des lettres de candidature de MM. Cadiot et Henri Benjamin, candidats dans la section de médecine vétérinaire; 3° des lettres de candidature de MM. les Drs Porak et Ribemont-Dessaigne dans la section d'accouchement.

Des erreurs paradoxales auxquelles peuvent donner lieu les observations thermométriques.

M. Onimus. — Les indications thermométriques sont souvent en désaccord avec les sensations de chaleur et de froid que nous éprouvons. Les météorologistes recommandent de ne prendre les températures qu'à l'ombre et au nord pour avoir des résultats comparables; mais ces conditions sont différentes de celles dans lesquelles nous vivons. Les indications de la température sont essentiellement relatives et en particulier M. Onimus signale le fait paradoxal suivant, très net sur le littoral méditerranéen : la température thermométrique étant la même à 11 heures du matin et à 6 heures du soir, on a le matin une impression de chaleur et le soir une impression de fraîcheur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN

1er *semestre* 1893.

Acné hypertrophique du nez.

M. F. Hue rapporte l'observation d'un homme âgé de 68 ans, atteint depuis de longues années d'acné simple, et chez lequel l'affection actuelle a débuté il y a trois ans par de petites grosseurs du volume d'une lentille. Au bout de cette période, il se présente porteur d'une tumeur trilobée de la région nasale, de la grosseur du poing, qui tombe jusque sur la bouche. Les narines, réceptacle habituel d'une forte dose de tabac, ne s'aperçoivent qu'en soulevant cette tumeur, dont la surface est irrégulière, bosselée, criblée de trous (orifices sébacés). Ablation de la tumeur.

La peau qui la recouvre a, par endroits, jusqu'à 4 centim. d'épaisseur : à la pression, de nombreux comédons, longs et volumineux, s'en échappent.

Au microscope, ce qui domine est encore le volume exagéré des glandes sébacées, ce qui s'explique facilement si l'on veut bien penser que certaines avaient jusqu'à un centimètre et demi de long. Au pourtour de cette lésion principale, le tissu lamelleux et élastique du derme normal est considérablement hypertrophié. Beaucoup de fibres lamineuses sont encore près de leur début d'évolution et montrent un corps fusiforme. Les cellules migratrices sont en grand nombre, au point que par places les coupes rappellent vaguement le tissu lymphoïde. L'épiderme est normal. Les glandes sudoriques, très rares, forment des tubes très allongés, ayant suivi la distension de tout le derme. Les vaisseaux sont peu nombreux.

Evidemment l'hypertrophie sébacée est la lésion marquante, mais on serait autorisé à se demander si dans les cas de ce genre elle n'est pas secondaire; si, comme cela a été dit pour la formation des adénomes de la mamelle, par exemple, l'hypertrophie du cul-de-sac glandulaire ne serait pas due à leur dilatation par le tissu lamelleux périphérique hypertrophié. Auquel cas la dénomination *éléphantiasis* conviendrait mieux que la dénomination *hypertrophie sébacée*. Cependant, ce qui paraît devoir faire pencher vers l'explication acné hypertrophique cause première, ainsi que le veulent les dermatologistes, est ce fait de la concomitance, chez ce malade, de lésions sébacées sur les joues et le front, là où le derme paraît sain, sans épaississement notable.

Du signe de Sahli dans le cancer du pancréas.

M. Fr. Hue. — L'on sait que Sahli, après avoir découvert le salol, a démontré que, sous l'influence du suc pancréatique, ce corps se dédouble en phénol et en acide salicylique, que l'on trouve l'un et l'autre dans les urines. De ce fait, l'absence du suc pancréatique dans l'intestin par suite d'altération de la glande qui le sécrète, entraînerait le passage en nature du salol dans les fèces. Or, dans un cas de cancer de la tête du pancréas vérifié à l'autopsie, M. Fr. Hue a en vain recherché ce signe diagnostique.

Des bains froids dans la fièvre typhoïde.

M. Brunon rapporte un cas dans lequel :

1° La ligne thermique matinale est restée à 40° et au-dessus pendant 24 jours.

La ligne thermique vespérale est restée le plus souvent à 39°5 ;

2° Les bains froids n'ont modifié en rien la marche cyclique de la température prise matin et soir, avant le premier bain et après le dernier ;

3° Mais d'un autre côté, en abaissant 4 fois par jour la température à 38° ou à 37°5, ils ont atténué avec une rapidité très remarquable les signes très graves apparus dès le début.

Dès le 2e jour du traitement par les bains, le malade a recouvré sa tranquillité et repris une spontanéité relative. La maladie a continué à évoluer régulièrement, mais on peut dire que les bains ont agi par une sorte d'élection sur les signes graves pour ramener la maladie à un type voisin du type normal et la conduire à la guérison.

Pharyngite des priseurs.

M. Deshayes, après avoir signalé les dangers du tabac sous toutes ses formes, insiste plus particulièrement sur les accidents produits par le tabac à priser.

Le tabac à priser cause la perte de l'odorat, il produit quelquefois l'ulcération des fosses nasales; la poudre, franchissant les fosses nasales postérieures, enflamme le pharynx, le larynx et même l'œsophage et l'estomac.

Il cite le cas d'un curé de 55 ans, robuste, bien constitué, mais priseur émérite, qui se plaignait d'une toux opiniâtre avec une sensation de sécheresse dans la bouche. Une première saison à Enghien n'avait pas amélioré son état. Tous ces troubles disparurent avec la suppression du tabac.

Il cite également le cas d'un autre curé de 35 ans, bien portant aussi, qui était tourmenté d'une toux quinteuse avec sensation de gêne dans le gosier, besoin fréquent d'expuition, etc.

L'examen du pharynx décela chez lui la présence de deux grains de tabac sur la face postérieure des amygdales.

Les priseurs sont aussi prédisposés à l'érysipèle. Les ouvrières des manufactures de tabac sont pour la plupart anémiées, pâles et décolorées et sont aussi atteintes de pharyngite.

M. Giraud croit que les accidents que M. Deshayes considère comme la règle sont au contraire des exceptions.

Goître exophthalmique et régime lacté.

M. Chaboux rapporte en quelques mots l'observation d'une malade de sa clientèle atteinte d'un goître exophthalmique qu'il traite depuis quatre ans par le régime lacté exclusif. Il insiste sur l'intérêt que présente cette observation par la longue tolérance du lait chez cette malade et aussi sur l'amélioration considérable qu'elle en a éprouvée. Actuellement, cette malade, qui était dans un état de cachexie grave au début, a repris des forces et son poids a augmenté de plusieurs kilos ; les signes habituels de la maladie de Basedow se sont amendés à tel point que l'on peut espérer la guérison dans un temps plus ou moins rapproché. Ce résultat semblerait indiquer que cette maladie pourrait avoir pour origine une altération de la nutrition.

SOCIÉTÉ NATIONALE DES MÉDECINS DE LYON

1er *semestre* 1893.

Myxœdème chez une jeune fille.

M. Roque présente à la Société une petite malade de 14 ans qui est porteur d'une lésion trophique curieuse tenant du myxœdème.

L'enfant a quatre frères et sœurs bien portants, ses parents sont en bonne santé. Il n'y a ni syphilis, ni tuberculose. Aucune tare nerveuse d'aucun genre dans la famille.

A l'âge de 6 ans, consécutivement à une chute, au dire des parents, l'enfant a commencé à présenter des troubles du côté du dos des mains. C'étaient des poussées de larges plaques érythémateuses à base indurée, persistant 15 ou 20 jours en provoquant une sensation de chaleur et d'engourdissement, et laissant après elle la persistance d'un œdème dur, blanc et indolent. Les poussées, limitées d'abord aux mains, se généralisèrent l'année suivante à la face. Elles ont apparu il y a quatre ans au niveau des avant-bras et existent encore actuellement aux membres inférieurs, au niveau des pieds et des jambes.

Actuellement, on note aux mains un œdème diffus assez dur, très considérable, nettement pigmenté en circum. Les doigts ont perdu leur forme, il n'y a plus de rides ni plis appréciables. La peau est uniformément distendue. Il n'y a pourtant pas d'adhérence stricte aux souches profondes, et le tégument cutané peut encore glisser sur le tissu cellulaire.

A la face palmaire, qui est le siège d'une sudation constante, on croit toucher une surface cornée; il n'y a pas de pigmentation à ce niveau.

Au niveau des avant-bras, des deux côtés, pigmentation brune et œdème chronique très marqué, avec les mêmes caractères.

Au niveau des mains et des avant-bras, on a de nombreuses cicatrices blanches, qui sont le vestige d'éruptions furonculeuses que la malade a présentées à diverses reprises.

Les ongles sont déformés, fendillés, difformes. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité, ni au contact, ni à la douleur, ni à la température.

La température locale semble normale.

A la face, on note l'effondrement du nez, sans qu'il y ait eu jamais d'ozène ni de suppuration. Les lèvres sont grosses et saillantes, les yeux enfoncés. La peau du visage, fortement pigmentée, est adhérente aux couches profondes. Il y a eu, au début, de l'œdème qui a disparu en laissant cette adhérence du tégument cutané aux couches sous-jacentes, si bien qu'actuellement l'enfant a un masque immobile et ne réussit pas à imprimer le moindre pli ou la plus petite ride à son front, ni à aucune partie de son visage.

Trois larges plaques blanches dépigmentées, adhérentes sur les os du front, sont le vestige d'anciennes éruptions furonculeuses. Aucun trouble de la sensibilité.

Les cuisses et les jambes sont le siège d'un œdème blanc, dur, uniforme; au niveau des pieds et des cous-de-pied, on a de larges plaques d'érythème du volume d'une pièce de cinq francs, chaudes et rouges, à base profonde, indurée, ayant débuté il y a trois semaines.

L'enfant a une taille au-dessous de la moyenne. Elle a 14 ans, et n'est pas plus grande qu'une fillette de 8 ou 9 ans. Elle n'est pas réglée. Elle est bien musclée, très forte, et supporte bien la marche et la fatigue.

Le ventre est gros, un peu météorisé. La rate est normale. Le foie est nettement hypertrophié.

Rien au cœur ni aux poumons.

Il y a de l'incontinence nocturne d'urine. Pas d'albumine. Le taux de l'urée est normal, 18 grammes par jour. Pas d'abaissement de la température. Une seule fois 36°8 au réveil, tout le reste du temps on a eu 37° à 37°5.

Pas de poils au pubis ni aux aisselles. Les cheveux, roux, sont durs et abondants. Les fontanelles sont bien fermées.

La malade, amenée il y a deux mois dans le service, fut présentée comme cas de sclérodermie. Mais la peau n'avait pas d'adhérence absolue et la dureté ligneuse que l'on trouve dans cette affection. Elle était mobile sur les tissus profonds.

En outre, la malade avait des troubles psychiques qu'elle n'avait pas avant l'apparition de son affection cutanée. De douce et tranquille, elle avait acquis des idées de vagabondage et de vol; elle se livrait à la masturbation et avait des instincts sexuels féroces.

Ces troubles psychiques, qui sont surtout l'apanage de la sclérodermie, se rencontrent aussi dans le myxœdème, avec plus de fréquence.

Mais ce que l'on ne rencontre pas ici, et ce qui est presque la règle dans le myxœdème, c'est un état cachectique poussé à un haut degré. L'enfant est en effet bien portante et bien musclée.

En présence d'un pareil cas, M. Roque demande l'avis de la Société, et est décidé à faire chez cette malade des injections de liquide thyroïdien, qui semblent avoir donné quelques résultats dans le myxœdème.

M. Ollier, tout en reconnaissant que le complexus morbide ressort à la fois de la sclérodermie et du myxœdème, penche pour ce dernier diagnostic.

M. Rochet fait remarquer que les lésions siègent uniquement dans le tissu cellulaire, et se range à l'avis de M. Ollier.

Syphilis primitive de la face.

M. Barjon, interne des hôpitaux, présente deux malades du service de M. Cordier.

Le premier malade est un jeune homme de 15 ans venu de Givors, atteint d'un chancre syphilitique de la commissure labiale qui date d'un mois. A côté de ce chancre existent quatre ou cinq tubercules d'un aspect violacé comme lui. Il existe aussi quelques plaques muqueuses et des ganglions cervicaux assez volumineux.

Ce malade est intéressant parce qu'il fait partie d'une série de onze individus qui ont été contagionnés dans la même usine.

Le deuxième malade était atteint de chancre syphilitique de la paupière inférieure avec adénopathie de la région cervicale et préauriculaire. Ce malade avait déjà été soigné à l'Antiquaille pour un bubon suppuré.

Action antipyrétique du gaïacol en badigeonnages sur la peau.

M. Bard. — M. S. Sciolla, de Gênes, a indiqué que le gaïacol, employé en badigeonnages sur la peau, a une action antipyrétique très marquée, non seulement chez les phthisiques, mais dans toutes les maladies pyrétiques. Il ajoute que cette défervescence ne s'accompagne jamais de phénomènes alarmants, tels, par exemple, que la cyanose, ni d'aucun phénomène subjectif désagréable. Tout au contraire l'action antithermique du gaïacol procure un sentiment de bien-être parfait. On peut, dit-il, l'employer sans crainte à la dose de 10 à 30 gr. La gaïacol n'aurait donc par suite aucune contre-indication.

M. Bard fit des expériences avec doses beaucoup plus faibles et constata aussitôt que l'action antipyrétique était très puissante. Il met sous les yeux de la Société cinq feuilles de température, où l'on peut très bien voir cette action; trois des malades étaient tuberculeux, un autre avait de l'érysipèle, la dernière est la femme qu'il présente.

Le premier malade, à qui il fait des badigeonnages de gaïacol, avait de la tuberculose pneumonique du sommet avec gangrène à la base. Un badigeonnage de 2 gr. fut fait entre les deux épaules alors que le malade avait 39°5, et il se produisit progressivement un abaissement qu'on put suivre heure par heure jusqu'à 34°7; la mort survint dans la nuit.

Un autre cas de tuberculose à marche rapide avec température habituelle à 40° a été badigeonné avec 3 gr. pendant quatre jours. Pendant ce temps, la température est restée entre 38° et 39°; le résultat montre la puissance du médicament. Ce malade a succombé.

Un troisième tuberculeux a eu trois badigeonnages, et chaque fois on notait un abaissement de 2° à 3°. Le malade se trouvait mieux et avait plutôt la sensation de froid qui durait quelques heures. Aucune amélioration, même apparente, ne s'est produite.

En somme, de ces trois cas, il résulte que chez les tuberculeux à poussée pneumonique, l'action antipyrétique du gaïacol n'a aucun effet thérapeutique utile.

Dans les deux autres cas, l'utilité a paru évidente.

Le premier était un érysipèle de la face très étendu, avec délire permanent, avec 39°2, alors que les jours précédents, il avait 38°8. Un seul badigeonnage de 2 gr. a fait tomber la température à 36°5, en même temps qu'il se produisait quelques accidents de collapsus. Une injection d'éther les faisait disparaître et la température remontait à la normale.

Le dernier fait, et le plus extraordinaire, est celui de la malade présentée. Celle-ci était alitée et traînait depuis quatre mois. Elle était enceinte de deux à trois mois et la température se maintenait à 40°. Aux poumons, il n'existait pas de localisations tuberculeuses, mais la respiration était rapide. M. Bard fit le diagnostic de granulations tuberculeuses interstitielles; diagnostic probable, mais non mathématiquement certain.

La malade se cachectisait de plus en plus, elle a eu un avortement à deux mois et demi. A l'examen du fœtus, on a trouvé une granulation amniotique.

Le premier badigeonnage se fit à une température de 39°3, qui tomba à 38°4 et persista quelques heures. Le lendemain, même badigeonnage — avant 38°4, après 37°6. Troisième badigeonnage — avant 37°7, après 35°. L'apyrexie dura quatre ou cinq jours, puis la température se mit à remonter. Quatrième badigeonnage de 1 gr. — avant 38°4, après 37°8; le lendemain matin, la température était remontée à 38°4. Actuellement, elle oscille entre 37°8 et 38°4.

A la suite de ces badigeonnages l'amélioration s'est produite. Après le troisième, la température restait à la normale et la malade mangea. C'est donc une médication puissante qui présente aussi des dangers, qui a son utilité pour la fièvre des tuberculeux interstitiels; chez les tuberculeux avec pneumonie elle n'a aucun effet réel.

Quel est le résultat dans les autres hyperpyrexies ? Il ne l'a employé que dans l'érysipèle avec l'effet qui vient d'être indiqué. M. Bard ne l'emploierait pas dans la fièvre typhoïde, parce qu'il croit que cette fièvre veut être exaltée, c'est-à-dire qu'il ne faut pas supprimer la réélévation après l'abaissement que produit l'administration de l'antipyrétique.

M. Guinard demande si le gaïacol est volatil ? Comment il est absorbé ? Si l'on admet l'absorption par la peau, il la trouve vertigineuse. Une injection inter-rectale ou sous-cutanée a moins d'effet. Est-ce qu'il n'y aurait pas une pénétration par les voies respiratoires ? Il est étonné de cette absorption si rapide.

M. Bard est aussi étonné que M. Guinard. Il livre les faits tels qu'il les a observés. Sciola semble admettre l'absorption par la peau.

Il dit, ou du moins on lit dans la *Semaine médicale* sans indication de l'origine : « L'action du gaïacol se produit à la suite de simples applications du médicament sur la peau, mais elle est encore plus énergique lorsque la région sur laquelle le gaïacol est étalé est recouverte d'une couche de tarlatane et enveloppée ensuite d'une toile cirée ou de taffetas gommé. » Un quart d'heure après le badigeonnage, l'odeur se trouve dans l'haleine, et une heure après dans les urines. L'absorption paraît difficile. Le gaïacol a la consistance de la glycérine et ne doit pas être volatil. Il ne cause aucune irritation locale. En lavements ou en injections sous-cutanées, l'action est beaucoup plus faible; ce fait était à prévoir, attendu que les lavements de créosote qui contient 80 0/0 de gaïacol ne produisent pas d'abaissement marqué.

M. Icard ne veut pas prendre parti pour l'absorption cutanée ou respiratoire. Il ne veut que citer un fait : c'est qu'il a été démontré que les frictions mercurielles agissent uniquement par la respiration. Il est probable qu'il en est de même pour le gaïacol.

M. Guinard. — Il est intéressant de faire des expériences chez les animaux; il croirait plutôt à l'absorption respiratoire.

Diagnostic de la diphthérie.

M. Tézenas rapporte un certain nombre de cas de diphthérie et conclut ainsi qu'il suit :

1° L'examen bactériologique peut seul faire faire le diagnostic des cas d'angines douteuses;

2° L'importance de cet examen, au point de vue du pronostic et de la contagion, et par conséquent des règles de l'hospitalisation, est évidente.

La recherche du bacille de Lœffler dans la gorge permet de reconnaître les angines douteuses; et ainsi l'on se met en garde contre la contagiosité des formes frustes. Cependant la valeur du bacille de Lœffler n'est plus aussi absolue, si l'on admet que le bacille n'est que le témoin de la maladie au lieu d'en être l'agent pathogène. Pour que la constatation du bacille de Lœffler, dans la gorge, ait une valeur à la fois positive et négative, il faudrait faire une enquête étiologique, surtout pour le cas qui n'est pas de Lœffler.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Du délire des alcooliques (*Lésions anatomiques et pathogénie*), par le Dr Klippel, chef de laboratoire de la Faculté de médecine.

A l'autopsie des malades ayant présenté l'une quelconque des formes du délire alcoolique, il est constant de trouver dans le cerveau des lésions de deux ordres : les unes sont communes et se rencontrent quelle que soit la forme particulière du délire (delirium tremens, délire subaigu, chronique, démence, etc.) ; les autres sont spéciales à telle ou telle forme clinique et sont surajoutées aux précédentes qui constituent, pour ainsi dire, un fonds commun.

Nous allons étudier séparément ces deux groupes. Mais avant d'aller plus loin, nous remarquerons déjà que cette division implique que les lésions du premier groupe dérivent seules de l'alcool lui-même, que celles du second, essentiellement contingentes, sont surajoutées, à titre d'infection secondaire, par exemple, comme dans le delirium tremens ou la paralysie générale.

I. — Lésions communes a toutes les formes.

Elles sont essentiellement de nature dégénérative. Elles portent sur les vaisseaux (artérioles et capillaires de l'encéphale) et sur les éléments nerveux eux-mêmes.

a. Lésions vasculaires. — Bien rarement les artères de la base sont le siège d'athérome ; l'hexagone de Willis, les carotides, le tronc basilaire, les communicantes sont saines à la vue, à tel point que, dans les cas contraires, il nous a semblé plus logique de faire intervenir d'autres facteurs, tels que l'arthritisme, l'âge des malades, etc. Par contre, même chez les alcooliques jeunes on trouve des dégénérescences accusées des artérioles et des capillaires. Dans les artérioles corticales de gros calibre, la gaine lymphatique est surchargée en amas granuleux. Ceux-ci sont disposés en îlots sur tout le trajet des vaisseaux et ont la forme de plaques irrégulières composées de granulations pigmentaires et graisseuses de volume variable. Ces plaques siègent de préférence au niveau de la bifurcation des vaisseaux dans l'angle formé par les branches de subdivision. Là, la gaine lymphatique est souvent distendue par les produits de dégénérescence. Sur d'autres points, on peut constater des cellules granuleuses isolées, et dont le noyau, souvent visible encore, est toujours plus ou moins masqué par les granulations et en voie d'atrophie. Dans les amas que nous venons de signaler, tout en distinguant encore de nombreux noyaux, il est impossible de reconnaître les éléments auxquels ils appartiennent. La présence de ces noyaux démontre cependant que les placards granuleux sont des amas de cellules, mais fusionnées.

Dans les artérioles de moyen calibre, on retrouve encore çà et là des granulations de même espèce, et de même dans les fins capillaires, dont les cellules et les noyaux sont extrêmement allongés ; ces granulations sont bien visibles par l'écrasement d'une parcelle de substance corticale ramollie par une solution de potasse ou des acides. La coloration de toutes ces granulations est noire ou brunâtre ou ocreuse. Cette dernière teinte se rencontre surtout si la maladie s'est compliquée de congestion chronique et intense. Quelquefois, elle se retrouve seulement sur quelques territoires de vascularisation.

b. — Du côté des éléments nerveux, on rencontre des altérations de même ordre, c'est-à-dire pour les cellules un certain degré de dégénérescence granulo-pigmentaire et graisseuse. Même forme, même couleur, même aspect que pour les granulations qu'on trouve dans les vaisseaux. Ici encore, la coloration ocreuse est en coïncidence avec la congestion chronique ; ici encore les noyaux peuvent présenter un certain degré d'atrophie caractérisée par la diminution de leur volume, l'irrégularité de leur contour et leur pigmentation. Les tubes nerveux corticaux n'offrent, sauf complications, que fort peu de lésions.

Ces lésions, dans leur ensemble, peuvent être différenciées de celles qu'on observe dans d'autres affections avec lesquelles elles ont des traits communs : dans la paralysie générale les lésions inflammatoires, la diapédèse, la multiplication des cellules cérébrales sont des caractères constants qui n'existent pas ici. Dans la démence sénile, les lésions atrophiques et dégénératives sont infiniment plus prononcées. Et le fait est d'autant plus frappant que les sujets alcooliques dont nous parlons avaient de trente à cinquante ans seulement. Les mêmes différences sont applicables à la pseudo-paralysie générale arthritique qui n'est qu'une forme précoce de dégénérescence par athéromasie.

Cependant les lésions que nous venons de décrire ne caractérisent pas l'alcoolisme seul et jusqu'ici nous n'avons pu les différencier de lésions analogues que nous avons trouvées chez des sujets de même âge, ayant succombé après différentes complications dans la convalescence de maladies aiguës graves, ou que nous avons rencontrées dans les états cachectiques ou encore dans le tabes.

D'ailleurs ces lésions ne suffisent ni à créer, ni à expliquer le délire. Tout au plus ont-elles pour résultat immédiat un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Mais ces lésions en favorisent d'autres, telles que des infections secondaires qui viennent s'y greffer comme dans le délire alcoolique suraigu, telle que l'hyperhémie passagère ou durable, telle que la méningo-encéphalite chronique, etc. Ces lésions nouvelles, ainsi que nous l'avons déjà dit, sont variables suivant les cas : c'est d'elles que dérivent les différentes formes suraiguës, délirantes, paralytiques, démentielles, etc.

Nous allons rapidement les passer en revue. Toutefois, remarquons encore, avant d'abandonner les lésions communes qu'elles sont susceptibles de rapidement créer chez les malades, un état d'opportunité morbide que tel autre n'aura acquise que par suite d'une longue hérédité.

De tels malades sont sujets aux rêves et aux cauchemars ; à l'éclosion du moindre trouble digestif, ils sont en proie à des visions et à des allusions ; à la moindre infection qui les touche, ils deviennent délirants ; dans d'autres conditions, ils versent encore facilement dans la démence ou la paralysie générale.

II. — Lésions particulières suivant les formes cliniques.

Ici l'anatomie pathologique et la clinique se lient intimement, et ce sont des lésions tout à fait différentes de formes et de pathogénie qui répondent au délire suraigu, au délire subaigu ou chronique, à la démence ou à la paralysie générale des alcooliques.

1° Dans le delirium tremens on rencontre du côté de l'encéphale deux variétés de lésions, dont la première n'est peut-être que le premier degré de la seconde : ce sont l'hyperhémie exsudative et la diapédèse inflammatoire.

Ces lésions sont trop connues pour que nous y insistions. Souvent on rencontre dans les viscères d'autres lésions : celles d'une pneumonie, d'une broncho-pneumonie, d'une fièvre typhoïde, d'une infection qu'il est possible de déterminer et à laquelle ressortit la ménin-

gite elle-même. Dans d'autres cas les lésions révélatrices d'une infection font défaut, mais la fièvre élevée, la mort dans le collapsus, l'aspect du myocarde qui est celui qu'on voit dans les infections, etc., permettent d'admettre une maladie infectieuse dont les recherches bactériologiques pourraient démontrer la nature.

Mais l'auto-intoxication, elle aussi, paraît intervenir dans la pathogénie de ce délire suraigu. Dans deux cas nous avons, en effet, rencontré une altération profonde et généralisée du parenchyme hépatique (dégénérescence graisseuse avec cirrhose embryonnaire) et cette lésion si généralisée, si intense n'était pas sans entraîner l'insuffisance hépatique. Rappelons en outre que des lésions du foie sont décrites comme appartenant au delirium tremens.

2° Dans le délire alcoolique chronique ou subaigu, l'auto-intoxication paraît jouer un rôle encore bien plus important. Les rêves prolongés, les hallucinations, le délire, se lient souvent à un trouble survenu dans les fonctions gastro-hépatiques. Les autopsies nous ont de plus démontré que chez tout alcoolique ayant présenté du délire, il existe des lésions diverses du foie, mais intéressant toujours la cellule hépatique elle-même avec ou sans cirrhose et, secondement, ainsi que l'a démontré le récent mémoire de Krukenberg, des lésions rénales (1).

Dans ces cas on trouve de la congestion chronique de l'encéphale et de la pigmentation ocreuse des éléments nerveux et des vaisseaux capillaires.

3° Dans la démence alcoolique on trouve, outre les lésions du premier groupe, des dégénérescences beaucoup plus prononcées et portant spécialement sur des tubes nerveux qu'on rencontre sous forme de réseaux dans les centres corticaux et des fibres qui établissent des relations entre les deux hémisphères, entre les lobes et les différentes circonvolutions; ce sont surtout les fibres les plus volumineuses qui disparaissent par atrophie.

Les conditions déterminantes de ces lésions de la démence sont difficiles à préciser. Il paraît probable que la débilité mentale congénitale ou l'involution rapide en sont des facteurs importants.

Cette forme s'accompagne souvent de polynévrite et peut donner le tableau clinique de la paralysie générale, dont les lésions histologiques sont si différentes de cette pseudo-paralysie générale des alcooliques.

4° Les alcooliques peuvent encore, comme on sait, devenir paralytiques généraux. Les lésions qu'on observe alors sont au complet celles de cette dernière affection. Mais à côté des altérations du processus inflammatoire, on trouve en outre ces granulations jaunes et volumineuses, cette dégénérescence graisseuse en placards des artérioles qui prédominent sur la diapédèse et qui appartiennent à l'alcoolisme lui-même. Il y a donc ici comme dans la paralysie générale de certains syphilitiques (lésions gommeuses surajoutées) ou de certains arthritiques (lésions d'athérome, foyers de ramollissement), des lésions combinées (2), celles de l'alcoolisme qui sont dégénératives et celles de la paralysie générale qui sont surtout inflammatoires.

Peut-être cette méningo-encéphalite qui vient se greffer sur un cerveau d'alcoolique est-elle, elle aussi, une infection secondaire mais évoluant, à l'encontre du delirium tremens, sous la forme chronique? Ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'en pareil cas l'examen bactériologique nous a démontré dans l'exsudat méningé la présence de microbes banaux, particulièrement le diplocoque lancéolé avec capsule colorable et l'ensemble de

(1) *Zeitschrift*, 1893.
(2) Klippel. Des paralysies générales associées, *Arch. de méd. expériment. et d'anat. path.*, 1er septembre 1891.

caractères qui le distingue. Ces recherches demanderaient d'ailleurs à être poursuivies dans un grand nombre de cas.

En résumé, on le voit, dans toutes les formes du délire alcoolique (delirium tremens, délire sub-aigu ou chronique, démence, paralysie générale des alcooliques, etc.), on trouve invariablement des lésions cérébrales dégénératives, toujours les mêmes qui constituent, pour ainsi dire, un fonds commun sur lequel vont se développer d'autres lésions qui, elles, sont en rapport avec la forme du délire.

Les lésions constantes dérivent seules de l'action de l'alcool lui-même; les autres sont surajoutées et variables suivant les cas.

Les premières semblent créer rapidement chez le malade un état de réceptivité morbide, de prédisposition au délire que tel autre ne pourra acquérir que par une longue hérédité.

Dans le delirium tremens, les lésions greffées sur les précédentes sont l'hyperhémie ou l'inflammation des méninges et relèvent d'une infection aiguë secondaire.

L'auto-intoxication d'origine hépatique apparaît encore dans cette forme : on sait que le foie s'y rencontre, en général, profondément lésé.

Le délire sous forme de rêve prolongé, d'hallucinations et d'illusions éclate sous l'influence du moindre trouble digestif, d'une auto-intoxication, d'une poussée aiguë de gastrite alcoolique, d'un traumatisme, etc. La congestion partielle de l'encéphale semble être la lésion surajoutée qui commande ces formes. Le foie est toujours altéré dans ces cas.

La paralysie générale des alcooliques vient mêler ses lésions inflammatoires et typiques aux dégénérescences causées par l'alcool lui-même (paralysie générale associée).

Elle semble être le résultat d'une infection secondaire qui, à l'encontre de celle du delirium tremens, est chronique.

La pseudo-paralysie générale des alcooliques est en rapport avec des lésions des nerfs périphériques.

La démence qu'on observe chez eux relève de lésions dégénératives profondes des cellules et des fibres d'associations corticales qui s'ajoutent aux lésions primitives.

CLINIQUE CHIRURGICALE

La hernie ombilicale congénitale de l'adolescent et de l'adulte, par M. Jaboulay, agrégé, chef des travaux anatomiques, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu.

La hernie ombilicale s'observe tantôt au début de l'existence chez les nouveau-nés ou les petits enfants (nous ne parlons pas de la hernie embryonnaire), tantôt à l'âge mûr. Mais il est une période de la vie qui semble ne pas être atteinte par cet accident, c'est la période de l'adolescence et de l'âge adulte, du moins chez l'homme, car la femme peut présenter des hernies ombilicales de faiblesse à la suite des accouchements.

Cette variété de hernies est due en pareil cas à la distension de l'orifice ombilical ou à une éraillure produite dans le voisinage de la cicatrice, à la paroi abdominale, à la suite de l'ampliation exagérée de la cavité. Et comme c'est encore à la trop grande largeur de l'orifice ombilical en retard dans son processus de cicatrisation et de fermeture qu'on peut attribuer la hernie du nouveau-né, on peut dire que la hernie ombilicale est le plus souvent une hernie de faiblesse.

Cependant on peut encore observer, et nous avons pu voir

des cas de ce genre, une hernie ombilicale chez de jeunes hommes qui portent en même temps une hernie inguinale droite péritonéo-vaginale congénitale.

Chez un jeune homme de 19 ans nous opérâmes l'une et l'autre. La hernie ombilicale était survenue à la suite d'efforts, comme d'ailleurs la hernie inguinale, faits pour soulever des fardeaux. La hernie ombilicale était de la grosseur d'un marron, arrondie, dépressible, mollasse comme une épiplocèle. Une incision verticale nous mena directement sur elle, et, après l'ouverture du péritoine, l'épiploon apparut. Avec une sonde cannelée nous explorâmes l'orifice par où il faisait saillie. Cet orifice conduisit dans un trajet obliquement ascendant qui menait dans la grande cavité péritonéale. Ce trajet avait 4 à 5 centimètres de longueur. Mais il était impossible de pénétrer dans la cavité abdominale par des manœuvres antéro-postérieures. C'est dire que la hernie épiploïque s'était faite dans un véritable canal tout à fait analogue au canal inguinal. C'est en effet ce que nous pûmes constater *de visu* en incisant la paroi antérieure, au-dessus de l'ombilic, sur une hauteur correspondant à la longueur du trajet. Après cette incision, l'épiploon était à nu et derrière lui, le séparant encore de la grande cavité péritonéale, une membrane fibreuse verticale réunie en bas au pourtour de l'ombilic, se terminant en haut en un rebord falciforme. Ce rebord limitait la partie inférieure de l'orifice supérieur du trajet. L'épiploon fut réséqué et suturé entre des fils à chaîne, et le canal ombilical, que l'on a reconnu dans cette description, et dont la paroi antérieure avait été incisée, apparut vide, avec le fascia umbilicalis pour paroi postérieure. Nous avions sur le vivant la préparation du canal que Richet a si bien décrit et que souvent d'ailleurs nous avons rencontré dans nos dissections.

Dans le cas que nous étudions, ce canal avec sa doublure péritonéale a eu une importance de premier ordre, et l'on peut dire qu'il a été la raison d'être de la formation de cette hernie, autant que le canal vagino-péritonéal, dans la persistance de son trajet entier ou d'une ou plusieurs de ses parties, est la raison d'être des hernies inguinales congénitales. Notre malade avait d'ailleurs, suivant la règle, ces deux variétés de hernie : à l'ombilic et au canal inguinal droit. Ainsi, l'absence du canal ombilical aurait valu à notre malade de n'être pas atteint de hernie dans cette région, car à son âge on n'a pas de hernie ombilicale.

Il guérit d'ailleurs facilement de sa hernie inguinale que nous opérâmes en même temps que l'autre, par le procédé de Bassini. Il y eut une anicroche pour la hernie ombilicale. En effet, la ligature de l'épiploon et sa résection donnèrent un abcès enkysté du péritoine dû probablement à l'infection des fils de catgut qui nous avaient servi. Trente jours après la kélotomie, le malade avait des frissons, 40°, une douleur vive sous-ombilicale et du gonflement profond à ce niveau, enfin deux cordons de lymphangite qui allaient aux ganglions du pli de l'aine à droite. Une incision faite de front sur la collection fit sortir du pus à odeur infecte, des débris d'épiploon sphacélés et putréfiés, et des fils de catgut qui étaient restés, chose curieuse, intacts et sans trace de résorption, certainement à cause de l'infection des tissus ambiants. La guérison fut rapide après cette seconde intervention.

Pour obtenir la cure radicale de la hernie ombilicale, nous avions simplement suturé le bord supérieur du fascia umbilicalis à la paroi antérieure du canal, qui fut au-dessous reconstituée par des sutures.

Ainsi, un premier point à retenir dans cette observation, c'est la coexistence sur le même individu, un jeune homme de 19 ans, d'un canal péritonéo-vaginal et d'un canal ombilical, devenant l'un et l'autre, simultanément, l'origine d'une hernie. De même que tous les cas où persiste le canal vagino-péritonéal ne s'accompagnent pas de hernie inguinale, de même les cas où se trouve le canal ombilical ne sont pas forcément suivis de hernie ombilicale. Mais pour qu'une hernie ombilicale se produise chez un adolescent, un jeune homme ou un homme mûr, dont les parois abdominales n'ont pas subi les effets de la distension, il est nécessaire que ce trajet, qui est certainement plus fréquent que ne le pensent Richard et Sachs, existe. Il vaut à l'ombilic, le canal vagino-péritonéal à la région inguinale. Et grâce à ces dispositions anatomiques, le nom de hernie ombilicale congénitale paraît convenir à la hernie que nous décrivons, autant que celui de hernie inguinale congénitale convient à la hernie dans le canal vagino-péritonéal, lors même qu'elle n'apparaît que longtemps après la naissance.

Quand on opère ou dissèque de semblables hernies, on trouve en allant d'avant en arrière le tégument et sa doublure et immédiatement dessous l'enveloppe séreuse, il n'y a pas trace de fascia fibreux entre les deux couches, et c'est là d'ailleurs ce qui existe pour les hernies homologues, inguinale, congénitale. Cependant il ne faudrait pas faire de l'absence de membrane fibreuse enveloppante le signe distinctif de la hernie congénitale et de la hernie acquise dans la région ombilicale, signe qui paraît avoir une certaine valeur à la région inguinale où le fascia transversalis entourerait la hernie acquise et manquerait, au contraire, autour des hernies produites dans le canal péritonéo-vaginal. Car les hernies ombilicales acquises résultent d'une éraillure dans la cicatrice ou son pourtour et leur sac séreux est aussi souscutané. La distinction est basée sur la présence du canal ombilical, d'une part, et de l'autre sur les signes subjectifs dont les principaux sont le sexe masculin, l'âge où apparaît la hernie et qui est l'adolescence ou la période adulte de la vie, en dehors de toute distinction d'origine intra-abdominale, enfin la coexistence d'une hernie inguinale droite.

Comme la hernie inguinale congénitale, la hernie du canal ombilical est oblique dans sa direction et non directe et antéro-postérieure comme l'est la hernie ombilicale acquise, et par distension ou éraillure.

Il y a donc une analogie frappante entre les hernies inguinales et les hernies ombilicales : hernies obliques, dans le canal, qui sont dues le plus souvent à l'existence d'une disposition anatomique particulière et non constante, canal vagino-péritonéal ou canal ombilical. Ce sont des hernies de force, et la même division qui a été adoptée pour l'une de ces variétés peut être acceptée pour l'autre.

Reste un point important à discuter. Le canal ombilical fibreux, tel qu'il a été décrit par Richet, suffit-il pour la production de la hernie que nous voudrions voir entrer dans les descriptions didactiques? ou bien doit-il être doublé de la présence, à l'intérieur de ce canal, d'un autre canal ombilical péritonéal? La présence de l'un et de l'autre, l'invagination du second dans le premier, sont les conditions de l'apparition de cette hernie, qui n'est pas une hernie par glissement, et l'origine de la doublure péritonéale dans le canal de Richet est congénitale, comme est congénital le canal péritonéo-vaginal, ou un diverticule pro-péritonéal. A ce propos, je voudrais dire qu'il faudrait peut-être réformer certaines notions classiques sur les relations de cause à effet entre la descente du testicule et la production d'un diverticule péritonéal le long du cordon spermatique, et cela servirait à calmer l'étonnement que va provoquer notre affirmation de l'existence possible d'un canal péritonéal intra-ombilical. Le canal de Nück est-il dû à la migration d'un organe? Et n'observe-t-on pas une hernie inguinale dans le cas d'ectopie testiculaire? La hernie ombilicale vaut ici ce que valent les éléments du cordon. On peut donc dire que les malformations péritonéales consistant en poches ou canaux centrifuges, inguinaux ou pro-péritonéaux sont congénitales, qu'elles ont des lieux d'élection dans les parois abdominales, parmi lesquels se trouve le trajet ombilical, comme sont congénitales les poches rétropéritonéales. S'il est un point de la paroi abdominale où les diverticules congénitaux du péritoine doivent se trouver, n'est-ce pas celui où a existé la communication entre le cœlome externe et le cœlome interne? (1).

Les résultats du traitement conservateur dans les coxites tuberculeuses, par H. Thausing, assistant à la clinique de Billroth (2).

Dans le courant des onze dernières années on a eu à soigner à la clinique, par les méthodes conservatrices, 88 cas de coxite tuberculeuse. Tous ces malades ont été reçus à la clinique avec une coxalgie floride qui avait débuté par les symptômes cliniques — douleur et troubles de la marche — et évolué à la clinique avec le tableau bien connu de coxite tuberculeuse à marche chronique. Comme toujours, les malades reçus et gardés à la clinique étaient, comme on dit, des cas graves.

(1) *Lyon médical*, 8 octobre 1893, p. 181.
(2) *Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 243.

Sur ces 88 malades, 51 appartenaient au sexe masculin et 37 au sexe féminin. Quarante-huit fois l'affection avait débuté à droite, quarante fois à gauche.

Chez 71 malades le début paraissait être spontané, du moins les malades ne savaient rien sur la cause directe de la coxite. Quinze fois l'anamnèse révélait un traumatisme, une fois une fracture antérieure du col du fémur. Dans deux cas seulement la coxite a été précédée d'une maladie infectieuse, varicelle dans un cas, scarlatine dans l'autre. Fait curieux, la gonalgie du début n'a été signalée que trois fois.

Au point de vue de l'âge auquel l'affection avait débuté, les malades se décomposaient comme il suit :

Entre 1 et 5 ans	30 cas
— 6 » 10 —	40 —
— 11 » 15 —	8 —
— 16 » 20 —	3 —
— 21 » 30 —	2 —
— 31 » 40 —	1 —

Chez cinq malades l'époque du début n'a pu être déterminée, et tous les cinq étaient âgés au-dessous de 15 ans.

Trente-sept fois il n'y eut pas de suppuration, d'abcès, pendant que les malades sont restés à la clinique.

La contracture ou même l'ankylose en flexion et adduction existaient au moment de l'entrée des malades dans 51 cas, et 30 fois il existait en même temps de la rotation en dehors. L'abduction a été notée chez 19 malades tous déjà antérieurement traités et présentant en même temps de la flexion et de la rotation en dehors.

Sur ces 88 malades, 66 seulement ont pu être suivis longtemps. Quatre ont guéri complètement, et deux autres, qu'on a pu examiner complètement après leur sortie de l'hôpital, devaient aussi être considérés comme guéris. Chez 28 il est resté un raccourcissement plus ou moins marqué du membre, de la contracture ou de l'ankylose. Vingt et un sont encore en traitement et quatorze sont morts. On a donc eu 48,5 0/0 de guérisons avec une mortalité de 20,9 0/0.

Mais si aux quatorze succombés on ajoute les 22 malades perdus de vue, on obtient une mortalité de 40,4 0/0.

A la clinique même ont été reçus et gardés 54 coxalgiques qui, au point de vue des résultats, se divisent en deux groupes suivant qu'il y avait formation d'abcès ou non.

Sur 22 malades chez lesquels il n'y avait ni abcès ni fistules, 3 ont guéri complètement, 3 peuvent, pour le moment, être considérés comme complètement guéris ; 12 ont gardé après la guérison des troubles fonctionnels (72,8 0/0) et trois sont morts (13 0/0).

On a pu constater ce fait curieux que les malades qui sont entrés à la clinique avant l'âge de six ans ont ou bien guéri ou bien succombé. Dans les autres groupes d'âge on ne trouve que 2 guérisons complètes, mais en revanche pas un seul cas de mort.

Le traitement consistait en redressement du membre qu'on mettait ensuite au repos dans un appareil plâtré. Deux fois seulement on a pratiqué l'extension continue à l'exception de toute autre intervention.

Sur 33 malades chez lesquels on a noté de la suppuration, 14 ont guéri dans des conditions plus ou moins satisfaisantes (42,4 0/0), 13 n'ont pas guéri et 6 sont morts.

Dans 8 cas qui ont donné 6 guérisons, le traitement comprenait l'extension, les appareils plâtrés ou autres et le redressement. Chez un de ces malades, l'abcès avait disparu spontanément, chez les autres il s'est ouvert au dehors en donnant lieu à la formation d'une fistule. Deux fois seulement on avait fait, avec le traitement précédent, la ponction suivie d'injection de glycérine iodoformée, dans les deux cas sans obtenir le moindre résultat.

Dans 11 cas qui ont donné 4 guérisons, l'abcès fut incisé et traité par l'émulsion iodoformée et le tamponnement à la gaze iodoformée (méthode de Billroth). Huit fois on a eu à exciser des fongosités ou à réséquer un foyer osseux.

Les chances de guérison varient avec l'âge, comme on peut s'en convaincre à la lecture du tableau suivant portant sur les 66 malades :

Age auquel la maladie a débuté.	Nombre de malades.	Guérisons.	Morts.	Non guéris.
1 à 5 ans	20	10	4	6
6 à 10 ans	32	16	6	10
11 à 15 ans	9	3	2	4
16 à 20 ans	2	1	0	1
21 à 30 ans	2	1	1	0
31 à 40 ans	1	0	1	0

On voit donc que la catégorie de malades pris avant l'âge de 11 ans donne 50 0/0 de guérisons et une mortalité de 20 0/0. Dans les cas où l'affection débute entre 11 et 20 ans, on n'a que 33 0/0 de guérisons.

Les résultats fonctionnels chez les coxalgiques incomplètement guéris ont pu être étudiés dans 26 cas.

Dix fois il y avait de l'ankylose de l'article malade. Les mouvements étaient satisfaisants chez trois, et quatre pouvaient exécuter des mouvements de flexion. Cinq malades ont déclaré pouvoir marcher longtemps sans se fatiguer.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS MÉDICAL PAN-AMÉRICAIN

1re réunion tenue à Washington, les 5, 6, 7 *et* 8 *septembre* 1893.

SECTION DE MÉDECINE

Filaire du sang de l'homme.

M. de Saussure. — Cette maladie augmente à Charleston. Les nègres y sont plus sujets. Cette affection n'est pas héréditaire, elle est plus commune dans les classes inférieures. Elle ne se traduit par aucun signe pathognomonique, autre que la présence du parasite révélée par l'examen du sang. Elle peut ne donner lieu à aucun symptôme. On ne sait pas comment se fait l'infection. Sur 33 cas, j'ai observé 24 fois de la chylurie ou de l'hémato-chylurie, 14 fois des douleurs lombaires et des coliques abdominales, 13 fois de la dyspepsie intestinale avec de la diarrhée, 10 fois des bruits cardiaques, 7 fois de la lymphangite et des abcès froids, 4 fois de la fièvre et des frissons, 12 fois du chylocèle. Le plus grand danger consiste dans ce fait que le parasite peut se loger dans le cœur. Dans deux cas seulement j'ai vu survenir la mort. On ne trouve les embryons que la nuit. Il n'existe pas de traitement qui puisse guérir la maladie.

Dysenterie due aux amibes.

M. West. — La dysenterie n'est point une entité morbide ; elle est constituée par un groupe d'inflammations du gros intestin, les unes spécifiques, les autres non spécifiques. On peut diviser les dysenteries en aiguës catarrhales, aiguës diphthéritiques, amibiennes, secondaires. La dysenterie due aux amibes est très répandue et plus fréquente qu'on ne le croit. Cette dysenterie se gagne par l'ingestion d'eau impure. Elle se traduit par des symptômes très constants ; elle prend une allure chronique et est difficile à guérir. Il importe de lutter énergiquement contre l'anémie excessive qu'elle entraîne. Il faut prescrire des lavements antiseptiques : le meilleur traitement consiste à donner des lavements au nitrate d'argent, des purgatifs salins, du bismuth et du salol.

Bactériologie de la dengue.

M. Mc-Longhlin. — La dengue est produite par un micro-organisme spécial et qui se caractérise par ses groupements. Ce sont des cocci groupés autour d'un coccus central de plus gros volume et qui est peut-être une arthrospore. Le tout est englobé dans une matière amorphe. Ces cocci ainsi groupés, forment des filaments qui, lors de la reproduction de ces bactéries, se désagrègent. J'ai constamment trouvé ces micro-organismes dans les cas de dengue que j'ai étudiés et je n'ai trouvé un groupement semblable dans aucun autre cas. J'ai préparé sur gélatine des cultures pures de ces micro-organismes et c'est avec le méthyl violet que j'ai obtenu les

meilleures colorations de ces microbes. On trouve ces coccus dans le sang des sujets atteints de la dengue.

Bacille anaérobie de l'œdème malin.

M. Novy. — Chez plusieurs cobayes auxquels j'ai fait une injection de nucléine de lait impur, j'ai vu survenir, avant la mort, un œdème très analogue à l'œdème malin. Dans le tissu sous-cutané, l'exsudat péritonéal, le sang du cœur, de la rate, du foie, j'ai trouvé une grande quantité de bacilles très longs, anaérobies, dont les cultures pures étaient douées de propriétés très virulentes et entraînaient la mort en 36 ou 48 heures après avoir produit de l'œdème. Ce bacille est mobile et doué d'un flagellum; on peut le colorer par la méthode de Gram.

Pour cultiver les bactéries anaérobies, je me suis servi d'un appareil permettant de cultiver ces microbes dans le vide ou dans une atmosphère constituée par un gaz indifférent. L'appareil consiste en un grand récipient organisé de telle manière qu'on peut faire le vide ou placer un gaz indifférent dans les tubes à culture contenus dans le récipient. L'addition du calcium dans les cultures peut rendre des services.

Section d'obstétrique.

Dilatation manuelle du col utérin dans le cas de placenta prævia.

M. Harris. — Le plus souvent, sous l'influence de l'éther, on peut, en introduisant dans le col utérin progressivement le doigt puis la main entière, produire la dilatation complète en vingt minutes. Ceci est indiqué dans le cas de placenta prævia à partir du 7e mois de la grossesse. Dans sept cas j'ai employé ce procédé et toujours les femmes ont guéri. On peut ainsi arriver à vider complètement l'utérus en 25 minutes.

De l'abus du forceps.

M. Holhaulen. — On n'est pas autorisé à appliquer le forceps, uniquement pour gagner du temps. On n'est pas non plus autorisé à appliquer le forceps pour diminuer les douleurs de la femme. Dans ce dernier cas, il vaut mieux recourir au chloroforme. On ne doit pas non plus appliquer le forceps au détroit supérieur; dans ce cas, il vaut mieux faire une version. On ne doit pas non plus appliquer le forceps dans le cas de lenteur très grande du travail. On ne doit pas appliquer le forceps dans les présentations obliques. On peut laisser la tête une heure ou deux appuyée sur le périnée, sans appliquer le forceps.

Section de gynécologie.

Tamponnement intra-utérin.

M. Currier. — La dilatation, le curettage et le drainage sont les trois bases du traitement intra-utérin. De la dilatation de l'utérus à son tamponnement il n'y a qu'un pas. Le tamponnement est trop souvent inutile; le tamponnement intra-utérin agit sur la source même du mal. Le tamponnement peut se faire pendant la grossesse, au moment de la parturition, au moment du post-partum. Il peut être indiqué dans l'utérus gravide quand il y a une exploration à faire, quand il y a des hémorrhagies, de l'endométrite, de la sténose, des collections dans les trompes.

M. Maury. — Le tamponnement rend de grands services dans l'endométrite septique consécutive à l'accouchement.

M. Massey. — Dans le cas d'hémorrhagie et de myome utérin, je préfère l'électricité galvanique.

Traitement de la grossesse extra-utérine quand l'enfant est viable.

M. Johnson. — Dès que le diagnostic est fait, il faut opérer. Il faut enlever le sac avec le fœtus autant que possible. On doit enlever le placenta et bourrer avec de la gaze, pour empêcher l'hémorrhagie. Martin lie les vaisseaux au niveau du placenta et de l'utérus. J'ai eu un premier cas où le sac n'a pu être enlevé et il y a eu de la septicémie. Un diagnostic fait plus tôt eût sauvé la malade. Dans un deuxième cas, l'œuf s'était rompu dans le ligament large, puis la grossesse avait continué jusqu'au neuvième mois. Le placenta n'était pas très adhérent; on put l'enlever, en ne liant qu'un vaisseau. La mère guérit.

M. Massey cite deux cas où l'électricité a été appliquée avec succès. Dans l'un, le fœtus mort a été résorbé. Dans l'autre, il a fallu l'extraire secondairement par une opération. En somme l'électricité employée de bonne heure amène la mort et la résorption de l'embryon; plus tard elle tue le fœtus et on opère ensuite.

M. Carsons, par contre, se déclare opposé à ce mode de traitement.

M. Stone cite un cas où on n'a pas pu extraire le sac ; on s'est borné à le suturer à l'incision, on a laissé le placenta et la femme a guéri.

Section de laryngologie et de rhinologie.

Angiome du septum nasal.

M. Cobb. — Une fille de 15 ans se plaignait d'une obstruction et d'hémorrhagies de la narine droite depuis six mois; il y avait de l'anémie, de la céphalée et un peu d'épuisement. On trouva une petite tumeur fixée par un mince pédicule sur la cloison de la narine droite, au voisinage de l'orifice du nez. On enleva cette tumeur à l'aide de l'écraseur. L'examen de cette tumeur démontra qu'il s'agissait d'un angiome caverneux. Ces angiomes peuvent dégénérer en tumeurs malignes.

Myxo-sarcome de la cavité nasale.

M. Richardson. — J'ai vu chez un enfant de quatre ans un myxo-sarcome de la cavité nasale datant presque de la naissance; cette tumeur remplissait les cavités nasales et pharyngienne. On enleva la tumeur, mais elle récidiva très rapidement. On fit alors l'opération que fait Billroth pour la résection du maxillaire supérieur. La récidive survint de nouveau au bout de 4 mois; l'enfant mourut.

Sarcome du naso-pharynx.

M. Logan. — Peu de temps après avoir eu une fièvre typhoïde, un homme de 40 ans sentit dans la gorge une plénitude spéciale avec une salivation considérable. On trouva une tumeur faisant saillie dans le pharynx; on l'enleva, croyant avoir affaire à un fibrome. Il y eut une amélioration passagère, puis il y eut une récidive, avec amaigrissement, perte d'appétit et douleurs dans l'oreille gauche. On fit alors le diagnostic de sarcome. On dut faire 9 opérations successives en raison des récidives. J'ai pratiqué l'opération en dernier lieu; j'ai fendu le voile du palais et j'ai attaqué la tumeur au thermocautère. Il fallut appliquer du perchlorure de fer pour arrêter l'hémorrhagie. A l'examen microscopique on vit qu'il s'agissait d'un sarcome.

Traitement local de la fièvre des foins.

M. Price-Brown. — J'ai eu moi-même cette affection; j'ai trouvé dans mes narines des aires d'hyperesthésie que j'ai cautérisées. Puis j'ai réséqué une portion de la luette qui paraissait être le point de départ du réflexe. J'ordonne à mes malades des solutions faibles de cocaïne et du menthol.

M. Roe. — Dans tous les cas de fièvre des foins que j'ai vus, j'ai trouvé une lésion intra-nasale. Je ne crois pas à une cause nerveuse générale. Le cautère n'est utile que dans les cas où il y a de la turgescence vasculaire.

65e RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS

tenue à Nurenberg du 11 au 15 septembre 1893.

Embolies de cellules géantes.

M. Archoff a trouvé dans un grand nombre de maladies infectieuses des bouchons hyalins dans les capillaires des poumons. Ces bouchons, dont la longueur variait de 40 à 90 μ, possédaient un noyau et étaient entourés de protoplasma.

Il s'agissait là des cellules géantes qu'on rencontre dans la moelle osseuse et les organes hématopoïétiques. Ces cellules, parties probablement de la moelle osseuse, avaient passé dans le cœur droit et de là dans les capillaires du poumon.

La présence de ces cellules géantes dans les capillaires du poumon était principalement fréquente dans les affections caractérisées par une exagération de leur leucocytose, telles que la pneumonie, le choléra, la diphthérie. Ces cellules ne se rencontrent pas dans des poumons sains.

Erythromélalgie.

M. Eulenburg a observé récemment trois cas de cette affection. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 30 ans, à antécédents héréditaires névropathiques. A côté de l'érythromélalgie, elle présentait en même temps une dystrophie juvénile (Erb) des muscles des épaules et du bras.

Chez le second malade, l'affection est survenue à la suite de chagrins intimes. Il présentait en même temps des accidents apoplectiformes et du rétrécissement du champ visuel.

Le troisième fait se rapporte à un homme de 45 ans dont la mère était aussi érythromélalgique. Dans les antécédents, on nota de l'impaludisme. Pas d'accidents nerveux.

Affections gastro-intestinales et affections utérines.

M. Theilhaber qui a étudié les rapports entre ces deux genres d'affections chez 45 malades, les divise en 3 groupes :

1° L'affection utérine est accidentelle et ne se trouve en aucun rapport avec l'affection gastro-intestinale ;

2° L'affection gastro-intestinale est la cause des troubles génitaux. La coprostase consécutive à l'atonie de l'intestin donne lieu à une stase dans le domaine de la veine cave inférieure, d'où les métrorrhagies, la dysménorrhée, les pertes blanches, etc. ;

3° L'affection utérine est la cause de l'affection gastro-intestinale. Les affections utérines peuvent provoquer toutes les formes de dyspepsies nerveuses.

Contribution à l'étude des fonctions de l'estomac.

M. Moritz (Munich), par ses recherches sur lui-même et sur des chiens, concernant la fonction motrice de l'estomac, confirme ses idées à ce sujet, ainsi que l'opinion de Mehring.

Il pratique chez des chiens des fistules duodénales juste au-dessous du pylore, ce qui permet de voir le passage des aliments à travers le sphincter, et les divers mouvements de l'estomac, dont la force de contractilité était enregistrée à l'aide d'un ballon de caoutchouc placé à son intérieur.

Si l'on donne à boire à un chien ainsi préparé, on observe immédiatement l'écoulement intermittent de l'eau par la fistule : il existe des contractions stomacales propres, rhythmiques, qui chez le chien se répètent 3 fois en moyenne par minute jusqu'à évacuation de l'estomac ; la pression répond à 19-40 cm. d'eau.

Les contractions stomacales ne se réveillent point si le ballon de caoutchouc est placé dans le grand cul-de-sac ; elles ne se produisent que lorsqu'il est situé dans l'antre du pylore. La fonction motrice est donc variable selon ces régions. M. Moritz, par des expériences faites sur lui-même, montre l'influence de la respiration sur la contractilité de l'estomac. L'acte respiratoire détermine des contractions stomacales énergiques, ainsi que le prouvent les courbes manométriques.

Etudiant la motricité de l'estomac après ingestion d'aliments liquides, solides et mixtes, l'auteur arrive aux résultats suivants :

Les contractions faibles ont, en quelque sorte, un rôle d'évacuation, et ont pour but d'amener au pylore les substances molles, en laissant les aliments plus solides. Les contractions en rapport avec la respiration servent à brasser le contenu ; celui-ci est chassé de la partie pylorique dans le duodénum par intervalles, par saccades. Les liquides sont rapidement évacués et ne sont que faiblement absorbés.

La fonction peptique de l'estomac est loin d'être aussi active qu'on le croit. Au point de vue thérapeutique, il est donc, dans certains cas, important d'ordonner une alimentation qui puisse être rapidement évacuée de l'estomac.

Polymyosite.

M. Senator (Berlin) attire l'attention sur deux cas purs de polymyosite aiguë primitive non consécutive à des maladies infectieuses.

1° Un boulanger de 50 ans, atteint de diabète, ressentit subitement des douleurs, d'abord dans une jambe, puis dans l'autre ; celles-ci s'accrurent bientôt, à tel point que le malade ne put plus se lever. Se prirent successivement, la jambe droite, la jambe gauche, les deux cuisses, les avant-bras, le thorax, les bras.

Les parties atteintes étaient non seulement le siège de douleurs, mais encore de tuméfaction marquée. Il y avait de la fièvre allant jusqu'au délire. Pas d'albuminurie, mais sucre dans l'urine. Accès de suffocation. A la fin de la première semaine se montra un exanthème, siégeant particulièrement aux extrémités.

Treize ou quatorze jours après les premiers symptômes, survint une pneumonie mortelle.

Dans la peau existaient plusieurs abcès ; la musculature n'en présentait point.

Des morceaux de muscles frais examinés ne révélèrent rien de particulier ; au microscope il existait des foyers d'inflammation intense interstitielle localisés.

Le deuxième cas se rapporte à un homme de 40 ans, bien portant, attribuant son affection à un cancer ulcéré. Il éprouva tout d'abord des troubles gastriques, puis de la difficulté de la marche.

Le médecin, consulté au bout de deux à trois semaines, constata du gonflement des muscles du côté droit, puis des extrémités gauches.

Troubles de la mastication, érythèmes sur les extrémités. Dans ce cas il existait également de la fièvre, du délire, de la dyspnée, du météorisme. Il y avait des signes de néphrite hémorrhagique. La guérison survint malgré la gravité des symptômes.

Ce sont là deux cas typiques de polymyosite aiguë primitive qu'il faut bien distinguer de ces myosites qui précèdent la polynévrite et qui évoluent ultérieurement dans ce tableau symptomatique. L'auteur les caractérise du nom de neuromyosite.

Dans la polymyosite aiguë, il n'y a pas de paralysies, les troubles de la motilité sont purement mécaniques ; la sensibilité n'est pas altérée ; il n'y a pas d'atrophie, et l'exanthème cutané diffère de celui de la polynévrite.

Dans cette dernière, le gonflement et la dureté des muscles font défaut.

Epilepsie de cause cardiaque.

M. Rosin (Berlin) a observé un cas d'affection cardiaque chez une femme jusqu'alors bien portante, chez laquelle survint, trois ans après le début de la maladie de cœur, une attaque épileptique. Dans les dix années suivantes survinrent sept attaques semblables.

L'auteur a relaté dans la littérature 12 cas semblables ; de leur étude, il tire les conclusions suivantes :

1° Les affections du cœur et des vaisseaux peuvent être cause d'attaques d'épilepsie ;

2° Il faut rapporter l'épilepsie à l'affection du cœur, lorsqu'on peut éliminer les autres causes ;

3° Ces attaques d'épilepsie peuvent être consécutives à n'importe quelle affection du cœur ; le plus souvent, il faut incriminer la dégénérescence du myocarde et l'athéromatose ;

4° Elles résultent d'un trouble de nutrition cérébrale et appartiennent au groupe des épilepsies consécutives aux affections vasculaires ;

5° Une disposition individuelle inexpliquée paraît jouer un certain rôle ;

6° Le sommeil a quelque action sur le développement des attaques.

Maladie de Basedow.

M. L. Rehn (Francfort). — Les recherches de l'auteur remontent jusqu'en 1883, époque à laquelle il démontra le rapport entre cette affection et la glande thyroïde ; il insiste sur la description du stade initial de la maladie, insuffisamment observé jusqu'ici. Au premier plan du complexus symptomatique se placent les palpitations, puis le ralentissement du pouls et le goître ; se basant sur ses données opératoires, M. Rehn fait dériver la maladie d'une perversion de la fonction de la glande thyroïde qui sécréterait alors des produits toxiques. Il recommande comme traitement l'intervention, mais qui ne doit pas être totale, ainsi qu'il résulte des travaux de Kocher. La guérison est longue et progressive et l'opération le plus souvent sans danger.

Traitement de la néphrite parenchymateuse aiguë.

M. Aufrecht (Magdebourg), après quelques considérations d'ordre général, arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans toutes les maladies qui donnent lieu souvent à la néphrite (angine, rhumatisme aigu, fièvre puerpérale), il faut examiner attentivement les urines.

2° Y a-t-il néphrite ? il faut doser l'albumine et mesurer la quantité d'urine émise par 24 heures ; lorsque celle-ci diminue, faire boire « Wildunger Wasser ».

3° Le repos au lit est formel, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'albumine dans l'urine.

4° Le régime consiste en petits pains blancs beurrés, café sans lait, panades, fruits, compotes, légumes sucrés. Les malades doivent se nourrir ainsi pendant trois à quatre semaines, alors seulement ils peuvent prendre du lait et plus tard de la viande.

Dans le cas d'anémie grave concomitante, l'auteur prescrit le fer ; il rejette la pilocarpine dans l'urémie. Dans l'anasarque très marqué, les mouchetures faites antiseptiquement sont sans danger.

Traitement de l'ulcère de l'estomac.

M. Stepp (Nürnberg). — Le traitement de l'ulcère rond par un régime rigoureux et le repos absolu est insupportable et ne peut pas être toujours appliqué dans la pratique. La méthode de Fleiner (bismuth à haute dose) ne peut être utilement suivie qu'à l'hôpital, aussi l'auteur se félicite-t-il de la médication suivante qu'il donne depuis des années : chloroforme, 1 gr., bismuth, 3 gr., eau 150, à prendre un ou plusieurs verres par jour ; il n'est nullement utile de prescrire un régime particulier et le repos au lit. L'auteur rapporte une série d'observations montrant l'excellence de son traitement.

Tissu conjonctif du cordon.

M. Merkel (Gœttingen). — Afin d'étudier utilement la question si controversée du tissu conjonctif du cordon ombilical, l'auteur fit des coupes sur une série de pièces de tout âge, ayant de 6 semaines à 9 mois. Dans les préparations de cordon jeune il trouva un tissu réticulaire de cellules anastomosées inclus au milieu de la substance gélatineuse connue. Des faisceaux traversent plus tard ce réticulum sans contracter de rapport avec la cellule, et se développent au point de remplir les mailles du réseau. Alors il se fait une nouvelle sécrétion de substance gélatineuse et une dissociation des éléments, mais alors il se fait dans la substance néoformée une formation nouvelle de fibrilles. Quand le cordon a une certaine grosseur, au sixième mois de la vie fœtale, fibrilles et cellules sont étroitement serrées entre elles, et dans les faisceaux fibrillaires il existe des espaces clairs rappelant les espaces lymphatiques.

De la pyurie.

M. Posner (Berlin) insiste sur les difficultés qu'il existe parfois à rapporter une pyurie à son véritable siège. D'après Senator, les suppurations de la vessie et du bassinet se caractérisent par l'existence en abondance de grandes cellules polynucléées, tandis que celles des reins se traduisent par de petites cellules mononucléées. L'auteur confirme ces données, et démontre la multiplication des cellules éosinophiles dans les pyélites. A l'aide de l'appareil de Thoma-Weiss, il a cherché le rapport qui existait entre le nombre des globules de pus et la teneur en albumine du liquide purulent.

Dans un pus ordinaire d'un taux d'albumine de un pour mille il y a 100,000 globules de pus par millimètre cube. Dans la cystite aiguë l'urine à 1 p. 1000 d'albumine contient 75,000 à 88,000 globules de pus.

Dans les pyuries où la teneur en albumine n'est pas due seulement au pus, le nombre des globules est bien plus considérable.

Entérite amibienne.

M. Quincke (Kiel) a récemment observé et étudié deux cas d'entérite amibienne.

Le premier malade, âgé de 40 ans, contracta son affection à Palerme en 1890 ; depuis lors, il souffrit d'attaques fréquentes de diarrhée avec ténesme. L'examen des selles révéla l'existence d'amibes d'environ 20 μ de diamètre, très mobiles, présentant un ectoplasme et un endoplasme et contenant à leur intérieur de nombreux globules rouges du sang. Ces organismes, faciles à constater dans les selles fraîches, se coloraient mal ; à un grossissement de 100 diam., ils étaient pourtant faciles à distinguer.

Un traitement au calomel fit disparaître pour un temps ces parasites, mais ils reparurent aussitôt la cessation de la cure sous une forme enkystée (*Encystirten formen*) dans les premiers jours. Il s'agissait d'éléments beaucoup plus petits, 12 μ nettement limités, fortement réfringents, renfermant des hématies.

En infectant avec ces amibes l'intestin des chats, l'auteur détermina une entérite typique mortelle pour 6 animaux sur 8 mis en expérience. Le gros intestin était particulièrement atteint de lésions inflammatoires allant jusqu'à l'ulcération. Les expériences faites sur les organismes de forme encystique furent aussi probantes.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de 44 ans. Les manifestations cliniques furent les mêmes que chez le malade précédent et cédèrent également au calomel pour reparaître dès la cessation du médicament. L'auteur découvrit également un amibe, différent de celui du précédent, et non pathogène pour le chat.

Chez 9 personnes bien portantes sur 24 examinées, il existait des amibes, toutefois pas en abondance suffisante pour faire quelque expérience.

Quoi qu'il en soit, l'amœba coli est commune chez l'homme ; il semble en exister deux espèces qui se distinguent par leur morphologie et leur virulence pour le chat.

Section de chirurgie.

De l'opération du cancer du rectum.

M. Heinecke (Erlangen). — Contrairement à sa pratique antérieure, l'auteur fait actuellement toujours une incision médiane allant du sphincter jusqu'au milieu du sacrum, le malade étant dans le décubitus dorsal, siège élevé, et les membres inférieurs fortement pliés sur le tronc. Tout d'abord il fend le sphincter, et après une désinfection soignée de l'intestin il prolonge son incision et scie le coccyx par son milieu ; puis il libère tous les ligaments du coccyx et du sacrum, et sectionne au ciseau obliquement ce dernier à la hauteur du quatrième trou sacré. A ce moment il résèque l'intestin très au-dessus du sphincter, ligature l'extrémité supérieure, la libère de la façon habituelle jusqu'à ce que les parties saines puissent être abaissées jusqu'à l'anus. — Résection des parties néoplasiques à 1 cent. au delà de leur limite supérieure, et suture de l'intestin sain à l'orifice externe de l'anus. Le sphincter et la plaie sont recousus jusqu'au milieu du coccyx. La partie supérieure de la plaie est tamponnée et reste ouverte. Dans ce nouveau procédé il est important que le rectum ne soit fixé qu'à la surface externe pour éviter les coudures de l'intestin assez fréquentes. Pour la même raison, le péritoine n'est pas suturé.

Chirurgie de l'estomac.

M. Landerer (Leipzig) est intervenu chirurgicalement dans trois cas de troubles stomacaux et de gastralgie graves. La laparotomie permit de constater dans le premier cas l'existence d'une corde épiploïque de 8 centim. de long et 3 de large allant de l'estomac à l'épigastre. Sa résection amena la guérison. Dans le deuxième cas l'estomac adhérait au foie, sa libération fit disparaître tous les troubles. Il s'agissait dans le troisième d'une hernie ombilicale contenant une partie de l'estomac adhérente. L'intervention donna également un plein succès.

Tumeur du mésentère.

M. W. Müller présente un fibrome du mésentère 4 fois gros comme le poing, enlevé par la laparotomie. La tumeur en avait imposé pour une tumeur de l'ovaire. Au cours de l'opération on s'aperçut nettement qu'il s'agissait d'une masse rétro-péritonéale tellement adhérente au jéjunum qu'on dut réséquer 25 centim. d'intestin. L'auteur fit l'entéro-anastomose et fixa dans la plaie abdominale le bout fermé en cul-de-sac. Le résultat fut excellent. Dans la littérature il n'existe qu'un cas semblable.

Castration avec résection du cordon.

M. Büngner (Marbourg) est arrivé à cette méthode radicale à la suite d'une récidive rapide dans le cordon apparemment sain, consécutive à l'ablation typique d'un testicule tuberculeux. Il put isoler environ les 4/5 du conduit quand il se rompit. L'examen microscopique démontra l'existence de lésions tuberculeuses dans la partie testiculaire, alors qu'à l'œil nu on n'observait rien d'anormal.

D'après des recherches cadavériques, M. Büngner estime à 15 centimètres de long le vas deferens chez le nouveau-né, à 25 chez l'enfant de quinze ans, à 50 chez l'adulte. A tout âge on peut en isoler environ les 4/5.

Les observations cliniques de l'auteur reposent sur 7 cas de tuberculose du testicule ou de l'épididyme. Un malade mourut d'érysipèle phlegmoneux. Deux ne présentèrent que de l'amélioration, car chez l'un les deux testicules, chez l'autre la vésicule séminale étaient pris.

Trois opérés ont été guéris radicalement; un n'a pas pu être suivi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *octobre* 1893.

Présidence de M. Le Fort

La correspondance comprend des lettres de candidatures : 1° de MM. Hutinel et Legroux dans la section de thérapeutique ; 2° de MM. Auvard et Bar dans la section d'accouchements ; 3° de M. Fernet dans la section de pathologie médicale; 4° de MM. Barrier et Megnin dans la section de médecine vétérinaire.

Déclaration des maladies infectieuses.

M. Vallin (rapporteur). — La loi sanitaire, dite loi de protection de la santé publique, votée par la Chambre des députés dans la séance du 21 juin 1893, porte dans son article 9 la déclaration obligatoire des maladies épidémiques.

Une famille étrangère vient habiter un appartement sur l'un de nos grands boulevards. Un enfant meurt de diphthérie, la famille part précipitamment, sans qu'aucune mesure de désinfection ait été prise. Une autre famille, quelque temps après, vient habiter le même appartement et perd successivement plusieurs de ses membres. Il est regrettable que le médecin de la famille n'ait pas signalé le premier cas de diphthérie.

Un autre fait du même genre a été rapporté par Trousseau.

Dans un groupe de maisons d'une ville populeuse de l'Ouest, des cas de fièvre typhoïde se manifestaient successivement, jusqu'à ce que le maire, averti, ait fait prendre les mesures nécessaires. Le propriétaire d'une des maisons se servait d'un puisard à fond perdu qui avait infecté toute la nappe souterraine.

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses est donc le seul moyen de faire une économie considérable d'existences humaines, et cette déclaration ne peut être imposée qu'à celui qui peut réellement la faire, c'est-à-dire au médecin. Les cas sont d'ailleurs bien rares dans lesquels notre indiscrétion pourrait réellement porter atteinte à l'honneur d'une famille. La déclaration d'une maladie contagieuse cause bien moins d'ennui à une famille qu'un certificat d'aliénation mentale.

La loi de 1892 a déclaré qu'il y avait certaines maladies dont la déclaration ne violait pas le secret professionnel.

Les maladies dont la déclaration doit être obligatoire sont celles qui sont réellement contagieuses et celles pour lesquelles on peut prendre des mesures de précaution sans intervenir en rien dans le traitement du médecin habituel. La déclaration ne peut donc être exigée que lorsque le danger peut être conjuré par des mesures dont le dommage ne dépasse pas celui que la maladie peut causer elle-même.

Le Comité consultatif d'hygiène, sur le rapport de M. Proust, a déjà dressé une liste des maladies dont la déclaration doit être obligatoire. Cette liste diffère un peu de celle que votre Commission vous propose.

Nous plaçons en première ligne les maladies pestilentielles et d'abord le choléra et les affections cholériformes, non compris le choléra infantile, puis la rougeole, la scarlatine, la variole, la suette miliaire, la diphthérie, la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la dysenterie épidémique.

Pour les maladies qui précèdent, l'accord est facile. D'autres maladies pourraient être rangées dans une certaine catégorie et divisées en deux classes selon qu'elles éclatent dans une agglomération, caserne, hôpital, école, ou chez un individu isolé.

Dans les écoles privées, crèches, ouvroirs, la surveillance est beaucoup moins bien établie que dans les établissements ci-dessus qui peuvent être considérés comme des familles nombreuses.

L'érysipèle ne doit pas rentrer dans les maladies à déclarer.

En ce qui concerne les affections puerpérales, la question est des plus délicates et pourrait suffire à faire échouer la loi, dans les cas d'accouchement clandestin en particulier. D'après la statistique, il n'y aurait qu'une chance sur 25,000 accouchements d'avoir à déclarer une maladie contagieuse chez une parturiente. Les médecins et les sages-femmes auront donc le droit de se retrancher derrière l'article 378 du code pénal.

Pour l'ophthalmie purulente des nouveau-nés qui fait tant d'aveugles, il y a lieu de rendre obligatoire, non pour le médecin, mais pour la sage-femme et la famille la déclaration de toute ophthalmie survenant dans les dix jours qui suivent la naissance.

Les teignes n'offrent qu'un danger de contagion fort limité; d'autre part la déclaration obligatoire dans les familles serait considérée comme très vexatoire par les parents. D'ailleurs, dans quelle mesure pourrait intervenir l'autorité sanitaire?

De même pour la coqueluche, nous ne connaissons ni sa gravité ni son mode de contagion, et nous rejetons pour elle la déclaration obligatoire. On ne peut isoler un enfant atteint de coqueluche, l'empêcher de sortir alors que déjà il s'étiole. La déclaration obligatoire n'entraînerait aucune mesure facilement applicable.

La déclaration obligatoire n'a pas pour but d'ennuyer un chef de famille déjà assez malheureux de la maladie des siens.

La commission propose de considérer comme obligatoire la déclaration des maladies ci-dessous : choléra et affections cholériformes, rougeole, scarlatine, variole, suette miliaire, diphthérie, fièvre typhoïde, typhus exanthématique, dysentérie épidémique, maladies puerpérales dans le cas où le secret n'aura pas été demandé, enfin ophthalmie purulente des nouveau-nés.

(La discussion aura lieu dans la prochaine séance.)

Prophylaxie des accidents infectieux après la cataracte.

M. Panas. — Grâce à l'asepsie parfaite, les accidents dans l'opération de la cataracte ont été réduits au minimum. Cependant les résultats optiques sont parfois mauvais et le malade peut conserver quelques souffrances. Pour éviter ces complications, nous avons proposé, il y a déjà quelques années, le lavage antiseptique de la chambre antérieure. L'infection procède généralement du bord libre des paupières comme me l'ont démontré des recherches de laboratoire; des cultures inoculées à des cornées de lapin, ont toujours provoqué des abcès au point inoculé et même une fois de l'hypopyon qui s'est résorbé sans amener de panophthalmie. Même dans les cas de nettoyage aussi complet que possible des paupières, ces accidents ont pu se montrer. Au contraire, après un brossage aussi consciencieux que possible du bord libre des paupières avec de l'huile biiodurée, les cultures sont généralement restées stériles, surtout lorsque les paupières ont été antérieurement dégraissées avec du carbonate de soude.

Les lavages avec une solution aqueuse ne peuvent remplacer comme prophylaxie les lavages avec l'huile biiodurée qui contient une quantité beaucoup plus considérable de mercure.

M. Guéniot présente un fœtus du sexe féminin né à terme et qui offre une adhérence très étendue et solide de l'amnios avec la partie de la tête fœtale qui correspond à la région fronto-pariétale. Il en résulte de nombreuses difformités.

M. Hérard lit un rapport sur un travail de MM. Labbé et Oudin relatif au traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'air ozonisé.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 octobre 1893.

Espaces intercostaux et abcès froids des parois thoraciques.

M. Souligoux rappelle les descriptions, faites par les différents auteurs d'anatomie, des espaces intercostaux, les insertions des muscles intercostaux internes et externes, tous deux séparés par du tissu cellulaire contenant à la partie supérieure, sous la côte, les vaisseaux et les nerfs. Or, d'après ses recherches, le muscle intercostal interne, plus volumineux, présenterait deux chefs supérieurs, et ce serait entre ces deux insertions supérieures que se trouverait le tissu cellulaire vecteur des vaisseaux sanguins et lymphatiques ainsi que des nerfs. Il s'ensuit que les vaisseaux sont à la fois près du périoste costal et de la plèvre, et on conçoit la facilité avec laquelle les lésions inflammatoires ou tuberculeuses péripleurales suivront les vaisseaux, et envahiront l'espace intercostal, et parmi les abcès froids des parois thoraciques M. Souligoux pense qu'un assez bon nombre sont d'origine pleurale et non osseuse.

M. Broca constate cependant la fréquence tout à fait prépondérante des lésions osseuses comme cause des abcès tuberculeux de la paroi thoracique et fait remarquer que tous les malades qu'il a opérés dans des cas semblables ont guéri radicalement quand on avait trouvé une lésion osseuse, tandis que des fistules ont persisté chez ceux dont les abcès avaient été simplement curetés, l'opérateur n'ayant pas constaté de tuberculose osseuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 octobre 1893.

Corps étranger de la vessie.

M. Chauvel résume une observation de M. Chupin (de Batna) : jeune fille de 17 ans accusant une incontinence d'urine et chez laquelle on trouva un calcul de la vessie ayant pour centre un porte-plume en os. Taille hypogastrique sans suture. Guérison.

Suture tendineuse.

M. Chauvel résume ensuite une observation du même auteur ayant trait à un homme qui, tombant sur un morceau de verre, se sectionna les tendons de la tabatière, l'artère radiale et le grand palmaire. Une heure après l'accident, M. Chupin nettoya la plaie (qui néanmoins a suppuré un peu) et a suturé les tendons. Il n'a pas trouvé le bout périphérique du grand palmaire, dont il a suturé le bout central à un des autres tendons; c'est pour cela, sans doute, que le résultat est bon, mais non parfait, et M. Chauvel croit qu'avec un peu plus de patience la suture aurait pu être plus exacte.

M. Berger est du même avis. Il ajoute que la suture des tendons de la tabatière donne des résultats parfaits — et il cite à cet égard l'observation de son propre domestique — tandis que ceux de la suture des fléchisseurs sont toujours médiocres. Il fait la suture à la soie, deux ou trois points par tendon, après avoir tiré d'abord pendant quelques minutes sur le muscle pour fatiguer sa tonicité. Il répare la gaine avec grand soin.

M. Reclus cite à ce propos un fait de suture du tendon d'Achille pour rupture ancienne.

Appendicite.

M. Chauvel rapporte enfin une troisième observation de M. Chupin. Il s'agit d'un homme de 24 ans qui eut cinq crises successives d'appendicite les 2 août, 16 septembre, 9 octobre, 16 décembre 1892, 14 mars et 26 avril 1893. Les trois dernières furent suivies d'un abcès qu'on laissa s'ouvrir tout seul à l'extérieur. M. Chupin vit le malade en mai, avec trois fistules à droite, fébricitant, ayant la fosse iliaque gauche douloureuse et du pus dans les selles. Le 5 juin, il fit une incision à droite, sans rien trouver que des anses intestinales adhérentes. Le 14 juin il ouvrit un vaste abcès de la fosse iliaque gauche, par incision iliaque et contre-ouverture lombaire. Le 14 août la guérison était obtenue. Après avoir insisté sur cet abcès de la fosse iliaque gauche, M. Chauvel exprime le désir de savoir, ultérieurement, si des éventrations auront lieu au niveau des cicatrices. Il en a vu en effet deux cas très prononcés et se demande quelle est la fréquence de cette complication après les opérations d'appendicite.

M. Berger n'a pas suivi à cet égard ses propres opérés, mais à la consultation des hernies au Bureau central, il a observé que les éventrations sont fréquentes. à droite surtout, après les incisions pour phlegmon iliaque. Il faut les opérer et réunir plan par plan. Pour les éviter il faut, après l'incision, faire une suture exacte, en étages, ne laissant passer que le drain.

M. Reclus constate que dans le cas de M. Chupin l'abcès de la fosse iliaque gauche est très remarquable, mais l'irradiation douloureuse dans cette fosse est très fréquente. Sur quatre de ses opérés qu'il a pu suivre, il n'y a qu'une éventration, et elle est légère. Il pense que si on incise bas on a plus de chances d'éviter cet accident.

M. Tachard adresse une observation de résection heureuse, par la méthode de Polaillon, pour fracture bimalléolaire avec déjettement du pied en dehors. **M. Routier** relate à ce propos une observation analogue.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 4 octobre 1893

Présidence de M. de Beauvais.

Gangrène par pansement phéniqué.

M. L. Monnier rapporte l'observation d'une jeune femme de vingt-sept ans, bien portante et sans tare, chez laquelle se produisit une gangrène des deux premières phalanges de l'index gauche, à la suite d'un pansement phéniqué. Cette jeune femme, à la suite d'une coupure, s'était fait elle-même un pansement avec une solution forte d'acide phénique (probablement au vingtième). Le pansement, d'abord très douloureux, puis indolent au bout de quelques heures, avait été laissé en place vingt-quatre heures. Quand on l'enleva, les téguments étaient devenus absolument insensibles.

Au quatrième jour, le sillon de séparation était évident au niveau de l'articulation phalango-phalangienne. L'amputation dut être faite au dixième jour.

M. Monnier cite également un second cas, chez une jeune jeune fille de dix huit ans, dans lequel les choses se sont passées à peu près de la même manière.

Grippe avec agitation maniaque terminée par la mort.

M. André Martin rapporte l'histoire d'un jeune soldat qui, au cours d'une attaque de grippe, fut pris d'agitation maniaque. Les phénomènes nerveux se terminèrent assez rapidement par la mort.

Il s'agit d'un jeune homme d'une très bonne constitution, sans antécédents nerveux personnels. Comme hérédité, on note seulement que sa mère est morte paralytique.

Il fut atteint de grippe à forme catarrhale qui sembla d'abord légère; mais au bout de deux ou trois jours se produisit du délire nocturne. Après quelques jours, ce délire disparut et le malade parut entrer en convalescence. La température était revenue à la normale.

Cette convalescence fut presque aussitôt interrompue par une céphalée assez vive et une hyperthermie vespérale. En même temps le malade était pris d'un délire lypémaniaque assez prononcé. Il refusait les aliments. Au bout de quelques heures, le délire devint si violent qu'il fallut isoler le sujet et lui mettre la camisole de force. Le lendemain, le délire était moins prononcé dans la journée, mais il reprit le soir avec une grande violence. Il en fut de même les jours suivants.

Le septième jour du délire maniaque, la journée et la soirée sont plus calmes; le malade semble recouvrer quelques notions du monde extérieur et reconnaît la sœur du service.

A partir de minuit, il sommeille par intervalles et, à chaque réveil, il porte la main à la tête qui paraît être le siège d'une

douleur assez vive. Il meurt, sans convulsions et sans agonie, à 4 heures 1/2 du matin.

A l'autopsie, on a trouvé seulement un peu de congestion cérébrale généralisée.

L'auteur pense qu'il s'agit ici d'une infection grave avec prédominance des phénomènes nerveux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

1er *semestre* 1893.

Cure radicale d'une hernie inguinale infantile.

M. Piéchaud présente un petit garçon de cinq ans à qui il a pratiqué, il y a quatorze jours, la cure radicale d'une entérocèle funiculo-testiculaire. L'acte opératoire s'est fait en deux temps. D'abord, dissection minutieuse et complète de la séreuse funiculaire, commencée en bas, un peu au-dessus du testicule, mais poussée aussi haut que possible du côté de l'anneau inguinal; puis section transversale et ligature de cette séreuse dont le pédicule est abandonné dans le ventre. En second lieu, du côté du testicule auquel est restée adhérente la partie inférieure de la séreuse, suture de cette séreuse, de manière à reconstituer à la glande séminale une véritable tunique vaginale. Les suites opératoires ont été, avec l'antisepsie, extrêmement simples et la cicatrisation s'est faite par première intention. Aujourd'hui, l'on peut constater sur cet enfant que le canal inguinal est rempli par un bouchon allongé et solide, constitué par la séreuse funiculaire oblitérée et qui s'oppose à la reproduction de l'entérocèle. Au niveau du testicule existe un peu de liquide contenu dans la séreuse que s'est appliqué à lui refaire l'acte chirurgical. Cet épanchement vaginal, qui n'a d'ailleurs aucune importance, disparaîtra peu à peu.

Tarsectomie pour pied-bot invétéré chez l'adulte.

M. Piéchaud présente un jeune homme de 25 ans qu'il a opéré d'un double pied-bot varus équin. La déformation était telle que la représentent les moules en plâtre mis sous les yeux de la Société. Ce sujet, que plusieurs chirurgiens, tant à Bordeaux qu'à Paris, avaient refusé d'opérer, fut tarsectomisé par M. Piéchaud, le 14 juin 1892. Au pied droit, le chirurgien fit l'opération de Phelps : ténotomie du tendon d'Achille, extirpation de l'astragale et du cuboïde, section de toutes les parties fibreuses plantaires jusqu'aux os. A gauche, même opération, sauf l'ablation du cuboïde qui put être respecté. Antisepsie rigoureuse, attelles plâtrées immobilisant les pieds en bonne position après redressement. La guérison opératoire se fit sans encombre. Actuellement, le malade marche très bien, foulant le sol par toute l'étendue de la surface plantaire et pouvant faire quatre ou cinq kilomètres sans souffrir. Il sent lui-même ses mollets se garnir de *substance contractile* et se fortifier de jour en jour.

M. Ferron demande à M. Piéchaud s'il a essayé la tarsoplastie.

Cette opération, qui a donné tant de succès à Vincent, ne serait-elle pas préférable à la tarsectomie? M. Piéchaud répond qu'il n'a jamais essayé la tarsoplastie, qui lui paraît trop aveugle. Avec le bistouri il tranche tous les obstacles et s'assure ainsi le succès qu'il veut obtenir. D'ailleurs les lésions chez les pieds bots résident souvent dans le squelette, et la tarsoplastie est pour lui dans ce cas une méthode illusoire.

Créosote soluble dans l'eau.

M. Carles dit qu'après plusieurs recherches infructueuses, il est arrivé à rendre la créosote soluble dans l'eau et voici la formule qu'il emploie:

Créosote de hêtre.................	10,00
Teinture de bois de Panama.......	80,00
Eau distillée.....................	60,00

Cette innovation a pour résultats de rendre la créosote facilement assimilable, et de pouvoir la conserver longtemps.

Folliculite bucco-pharyngée.

M. Davezac montre, pour la seconde fois, un malade atteint d'ulcérations buccales (voy. *Mercredi*, p. 475), au sujet duquel le diagnostic folliculite bucco-pharyngée fut d'abord porté par lui-même et celui d'herpès récidivant de la bouche, proposé par plusieurs membres de la Société. Ce malade présente actuellement sur le dos de la langue deux ulcérations allongées, profondes, qui ne rappellent en rien les ulcérations herpétiques. M. Davezac ne peut souscrire au diagnostic d'herpès buccal porté sur ce malade.

M. R. Saint-Philippe rappelle que le mot herpès est très vague et sert à désigner un ensemble fort complexe de lésions. Dans le cas présent, il croit à une ulcération herpétiforme, sans pouvoir préciser davantage son diagnostic. Tandis, en effet, que souvent l'herpès est superficiel, d'autres fois il revêt une allure tout autre et s'étend en largeur et en profondeur. Pourquoi chez ce malade l'affection a-t-elle pris cette tendance exulcérante? Il est difficile de le dire. Peut-être en trouverait-on la raison dans l'examen des urines, dans un état diathésique important à rechercher.

M. Troquart croit qu'il ne s'agit ici ni d'ulcérations herpétiques ni d'ulcérations herpétiformes, qui toutes sont ordinairement superficielles et ne dépassent pas l'épaisseur du derme. Les ulcérations qui nous sont montrées sont très profondes, douloureuses, irrégulières, réfractaires au traitement antisyphilitique; ce sont des ulcérations tuberculeuses. L'efficacité de la cautérisation ignée, à différentes reprises employée par M. Davezac, ne fait que confirmer le diagnostic de tuberculose buccale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES DE MONTPELLIER

Séance du 26 *avril* 1893.

Présidence de M. Espagne.

Rein unique.

M. Houel lit l'observation suivante :

G..., 47 ans, journalier, entre une première fois dans le service de M. le professeur Carrieu, le 8 décembre 1891.

Rien de bien particulier comme antécédents héréditaires. Les antécédents personnels sont plus intéressants. En 1870, il est fait prisonnier et conduit en Allemagne; il contracte une diarrhée dysentériforme qui dure deux mois. Le malade rentre en France l'année suivante et ne tarde pas à s'adonner à la boisson; ce qu'il préfère, c'est l'absinthe, dont il boit un quart de litre par jour, et aussi le rhum, qu'il consomme en assez grande quantité; bientôt cette habitude alcoolique arrive à son maximum, et il avoue avoir bu 15 et même 32 absinthes dans une seule journée.

Quand il entre dans le service, G... se plaint depuis deux ans d'une sensation de brûlure au creux épigastrique; il a une diarrhée abondante, presque dysentérique, depuis longtemps; enfin il dit avoir eu des hématuries; — le malade est amaigri, avec une légère teinte subictérique, surtout prononcée à la face. L'attention est aussitôt attirée sur son abdomen, dont le volume fait contraste avec le reste du corps. Le ventre, en effet, très gros, est étalé sur les parties latérales, sans forme générale bien particulière ; il se divise en bissac par suite d'un étranglement au niveau de la ligne blanche, marqué surtout quand le malade fait un effort.

Le foie est augmenté de volume. Sa limite supérieure est normale ; mais à la palpation on trouve que le bord inférieur descend à deux travers de doigt au-dessous des fausses-côtes.

La surface de l'organe, dans la partie qui peut être atteinte par le palper, est légèrement rugueuse. — Au niveau du bord inférieur, et à deux travers de doigt à droite de la ligne médiane, on provoque une assez vive douleur en comprimant une bosselure qui correspond à la vésicule biliaire. Pas d'ascite; toute la région est le siège d'un tympanisme très net, et le changement de position du malade n'entraîne pas de signes concluants. — La langue est bonne, l'appétit excellent, mais diarrhée intense. Mictions fréquentes et peu abondantes; le malade doit se lever chaque nuit quatre et cinq fois pour uriner.

Au cœur, léger souffle du premier bruit à la pointe. Athérome très marqué des radiales.

On met le malade au régime lacté absolu.

L'analyse des urines, faite le 10 décembre, donne les résultats suivants :

Quantité, 900 cc.; urines couleur vieux cognac, limpides; densité, 1021; réaction acide; urée, 14 gr. 50 par litre; chlorures, 12 gr. 50 au litre, ni sucre, ni albumine. Pas d'acides biliaires. Le rapport des chlorures à l'urée = 1,16.

L'état du malade, dans les semaines qui suivent son entrée, passe par des phases d'amélioration et d'aggravation; les urines deviennent plus abondantes, et dans une analyse faite le 23 décembre on trouve 1900 cc., mais peu d'urée et de chlorures; ces deux corps baissent de telle façon que leur rapport devient égal à 1,94.

Bref, le malade, après un assez long séjour dans le service, sort le 25 avril 1892. Il est très amélioré dans sa santé générale; le ventre a diminué de volume; l'appétit est bon, les douleurs moins vives et les forces sont plus grandes. La teinte subictérique des téguments persiste, ainsi que l'hypertrophie du foie; cet organe toutefois est moins volumineux.

Après une absence assez longue, le malade rentre de nouveau dans le service le 24 janvier 1893. Le ventre est volumineux; la dyspnée occasionnée par le ballonnement de l'abdomen est intense, le malade est très affaibli. Le foie a augmenté de volume; la matité hépatique commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon; elle mesure 24 cent. sur la ligne mamelonnaire, 22 centim. à l'appendice xiphoïde et dépasse l'ombilic de deux travers de doigt.

Il existe des douleurs de périhépatite. On note encore des mictions peu abondantes, mais fréquentes.

Cet état continue jusqu'au mois d'avril, et le malade est rapidement emporté par une broncho-pleuro-pneumonie.

Autopsie. — L'autopsie est faite un peu plus de 24 heures après la mort. — Sujet amaigri; lividités cadavériques nombreuses; tache verte très développée sur la paroi abdominale antérieure.

A l'ouverture du thorax, nous trouvons un épanchement pleurétique occupant tout le côté gauche, avec production assez abondante de fibrine, et adhérences entre la plèvre, le diaphragme et le péricarde.

Rien à droite.

Le poumon gauche présente les lésions de la broncho-pneumonie; la base surtout est dans un état de splénisation rouge; le poumon respirait encore en partie cependant, car un fragment de cet organe plongé dans l'eau ne tombe pas au fond.

Le cœur contient de volumineux caillots de fibrine, de couleur jaunâtre. Ces caillots remplissent surtout les cavités droites et les grosses artères; au bout de quelque temps ils se liquéfient et forment un liquide comparable à de l'huile d'olive comme aspect et comme transparence. — On ne trouve pas de lésions valvulaires, mais on constate la présence de plaques d'athérome très accentuées sur l'aorte.

Le foie, que je regrette de ne pouvoir vous montrer ici, présentait quelque intérêt; mais il m'a totalement été impossible de le conserver. — Cet organe était très volumineux; il remontait jusqu'à la sixième côte et descendait jusqu'à l'épine iliaque. On constatait sur lui la présence de deux lobes bien distincts, grâce à une bride verticale formée par le ligament suspenseur.

La face antérieure présentait des traces de périhépatite; la face inférieure offrait des adhérences du lobe gauche avec l'estomac et l'épiploon. La fossette rénale droite était très accentuée; le poids de cet organe était de 3 k. 850. La coupe en est résistante et les lobules apparaissent très distincts.

La rate présente ce fait particulier qu'elle pèse 900 gr.; elle n'offre pas de lésions macroscopiques.

J'en arrive aux organes urinaires. Me trouvant à la droite du cadavre, j'allai à la recherche du rein droit, et je le trouvai volumineux, mais ayant sa forme normale et sa place habituelle. Je l'enlevai, et quel ne fut pas mon étonnement lorsque, voulant extraire le rein gauche, je ne trouvai rien! Avec M. le professeur Carrieu, nous recherchâmes alors très soigneusement si nous trouvions la trace d'un rein atrophié ou dégénéré, ou encore de quelque cordon descendant jusqu'à la vessie et pouvant représenter l'uretère; mais nous ne trouvâmes rien.

Ce rein présente donc sa forme normale, sauf que chez lui toutes les dimensions sont augmentées.

A la coupe, nous n'avons pu observer de lésions macroscopiques; les pyramides, un peu foncées, se détachent très nettement; elles sont plus grandes que dans le rein normal; la substance corticale est plus épaisse et mesure 12 millimètres d'épaisseur.

La vessie est ensuite extraite, et nous disséquons le seul uretère qui s'y rend; minutieusement nous cherchons deux orifices dans le trigone, mais nous ne trouvons que l'orifice du seul uretère existant.

M. Tédenat croit qu'il devait exister les deux uretères, mais que l'un avait subi un arrêt de développement. Un examen microscopique attentif pourrait seul trancher la question. Quant au volume considérable présenté par le rein en question, il croit que la broncho-pneumonie qui a emporté le malade pourrait bien avoir occasionné cette hypertrophie.

Absence de vagin.

M. Puech communique l'observation d'une femme qu'il a eu l'occasion d'examiner récemment dans le service de M. le professeur Grynfeltt, et chez laquelle il y avait absence du vagin.

La nommée Marie A..., 25 ans, mariée, domiciliée dans un village de l'Hérault, entre dans les premiers jours d'avril 1893 dans le service de la clinique gynécologique, pour se faire débarrasser d'une « bride vaginale », qui gêne les rapports sexuels. Depuis trois ans qu'elle est mariée, ces rapports ont toujours été pénibles et douloureux; l'appétit sexuel est nul.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Elle a onze frères ou sœurs, tous bien portants. Elle est née d'une grossesse gémellaire : sa sœur jouit d'une parfaite santé. Elle n'a jamais entendu dire qu'aucun des membres de sa famille ait été atteint de quelque vice de conformation. Pas de maladies antérieures.

La première menstruation s'est établie à 18 ans. Cette menstruation s'est depuis lors montrée irrégulièrement, manquant parfois deux et trois mois, et chaque fois s'est accompagnée de phénomènes douloureux. Le sang menstruel, au dire de la malade, que nous n'avons pu malheureusement observer au cours d'une de ses époques, ne s'écoulait pas d'une façon continue; c'est seulement sous l'influence des efforts de miction, dont les besoins se répètent alors fréquemment, qu'il est expulsé, mélangé avec de l'urine. En dehors de ces périodes, la miction se fait très normalement; elle n'est pas plus fréquente que chez les autres femmes; les urines sont parfaitement gardées.

L'aspect général n'offre rien de particulier : c'est une femme de petite taille, un peu nerveuse, de complexion moyenne. Les seins sont peu volumineux; le mamelon, bien développé, est très saillant.

A une première inspection, rien ne peut faire songer à l'existence d'un vice de conformation; les organes génitaux ont une apparence tout à fait normale; le pénil est peu proéminent; les poils sont régulièrement disposés; les grandes lèvres ont un développement moyen; les petites lèvres sont normales; le capuchon du clitoris est légèrement exubérant; la fourchette bien marquée.

Si l'on écarte les petites lèvres, on perçoit un orifice rappelant l'orifice hyménéal. Par cet orifice, on introduit aisément le doigt, qui à 4 centimètres perçoit une résistance produite par une sorte de bride semi-lunaire, située à la face postérieure du conduit. Ce point résistant franchi, le doigt se trouve dans une large cavité. En le recourbant en crochet, on sent très nettement en avant la face postérieure de la symphyse du pubis, dont on reconnaît le relief formé par le cartilage interarticulaire. La paroi postérieure paraît tomenteuse, parsemée d'inégalités. En arrière et à droite, le doigt sent à travers la paroi de cette cavité un petit corps mobile que la main appliquée sur la paroi abdominale rapproche du doigt intérieur, et qui nous a paru être un petit utérus ou des annexes. Le doigt, porté à gauche, sent également un second petit corps mobile, dont il est difficile de préciser la nature.

Le toucher pratiqué avec deux doigts montre que la bride semi-lunaire appartient à un orifice circulaire, dont elle représente environ la demi-circonférence inférieure.

Pendant cette opération, il s'écoule une certaine quantité d'urine. L'examen minutieux de la région ne permet pas de découvrir un orifice autre que celui par lequel le doigt a pénétré dans cette grande cavité rétro-pubienne, qui est la vessie.

Nous en concluons donc qu'il y a absence du vagin et que le canal pris d'abord pour cet organe n'est pas autre chose que le canal de l'urèthre, élargi sous l'influence de rapports

sexuels répétés, aboutissant à une éjaculation intra-vésicale. La bride postérieure semi-lunaire appartenait au sphincter vésical.

Le toucher rectal, pratiqué alors que l'index de l'autre main était laissé dans le canal de l'urèthre, permet de se rendre compte de la faible épaisseur de tissu interposée entre la paroi uréthrale et la paroi rectale, qui sont en contact.

Ce cas était au-dessus des ressources de l'art ; malgré notre désir de l'observer encore pendant quelque temps, la malade a quitté le service presque aussitôt, sans que nous ayons pu assister à une de ces hémorrhagies cataméniales dont j'ai rappelé au début les caractères.

Suivant toute probabilité, cet écoulement sanguin est le fait d'une hémorrhagie vésicale complémentaire.

M. Tédenat a eu l'occasion de voir sept ou huit cas d'absence du vagin.

M. Bothézat dit que dans le cas d'absence du vagin la menstruation peut se faire de façons très différentes.

Quand il y a absence complète d'organes génitaux internes, les époques menstruelles ne s'établissent jamais. Quand les organes génitaux internes existent mais sont atrophiés, la menstruation se manifeste par des phénomènes douloureux au niveau des ovaires et de l'utérus ; enfin, quand le développement est complet, il peut y avoir à l'époque de la menstruation ou bien des règles supplémentaires (épistaxis, hémoptysies, etc.), ou bien des règles normales, et alors, le vagin n'existant pas, il se produit une accumulation de sang dans l'utérus.

Il est quelquefois difficile de faire le diagnostic d'absence complète du vagin.

Ainsi il se peut très bien que la descente des canaux de Müller ne se fasse pas complètement, que d'autre part le canal vulvaire ne remonte pas, et alors il y a, en partant des organes génitaux externes, un cul-de-sac plus ou moins profond, fermé de toute part, puis une cloison, et enfin la montée supérieure du vagin. Ici il y a arrêt de développement, mais non pas absence complète du vagin.

Quant à la conduite à tenir devant de pareils cas, elle varie avec chaque individu.

VARIÉTÉS

Faculté de Médecine de Paris.

(1er trimestre de l'année scolaire 1893-1894).

Inscriptions, consignations, travaux pratiques et cours.

I. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 12 octobre. Il sera clos le 18 novembre, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première, de deuxième et de troisième années de doctorat, — de première et de deuxième années d'officiat, les jeudi 12, vendredi 13, samedi 14, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20, samedi 21, mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27, samedi 28 octobre, et les vendredi 3, samedi 4, mercredi 8, jeudi 9, vendredi 10, samedi 11 novembre.

2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, — de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17 et samedi 18 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de quatrième année de doctorat et de troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 14 novembre 1893.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants internes et externes des hôpitaux seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe, pendant le quatrième trimestre 1892-93. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrées, à partir du 9 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures. En ce qui concerne le 1er examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 9 et le mardi 10 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet. Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1893.

III. *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirants au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant 16 inscriptions ; 2° les docteurs français ; 3° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 francs, payables en une fois. (Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. *Cartes d'étudiants.* — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1893 94, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations.

V. *Exercice de dissection* (Sous la direction de M. Poirier). — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef du Matériel, de midi à quatre heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 16 octobre. Les élèves qui prennent part à ces démonstrations sont invités à se faire délivrer la 5e inscription, s'ils veulent conserver leur place et être admis à l'examen d'ostéologie. Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du lundi 6 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures.

A) Les étudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B) Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et de 3e année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2e examen de doctorat (Anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C) Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du Doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e années (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique) ; 2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du Chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 15 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le Secrétariat de la Faculté (5e inscription pour 2e année, 9e inscription pour 3e année, inscriptions prises aux dates indiquées par l'affiche spéciale du 1er trimestre 1893-94) ; 2° La quittance constatant le paiement des droits. Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

SYPHILIGRAPHIE

Syphilides et prurit, par le Dr Coffin.

Les lésions élémentaires de la peau, soit primitives, soit secondaires, provoquées par la syphilis sont extrêmement nombreuses et variées : exanthème roséolique, taches pigmentaires, papules, pustules, croûtes, ulcères, etc.; aussi les syphilides peuvent-elles revêtir l'apparence d'un grand nombre de dermatoses : psoriasis, acné, ecthyma, etc. Leur aspect est par conséquent des plus variables et leur diagnostic souvent des plus délicats à établir. Mais il est cependant un certain nombre de symptômes appelés généraux ou communs qui sont propres aux diverses variétés de syphilides, quelles que soient la forme qu'elles revêtent et l'époque de leur apparition. Ce sont :

Une coloration spéciale, que l'on désigne par l'épithète de cuivrée ou jambonnée.

Une induration bien marquée.

Le groupement cerclé ou hémi-cerclé des éléments éruptifs.

L'indolence, l'absence de prurit.

Ces caractères constituent un ensemble de symptômes à peu près pathognomoniques de la syphilis; on les trouve réunis et constants dans la grande majorité des cas; toutefois, il peut arriver que l'un des termes de la pléiade vienne à faire défaut; c'est ainsi que l'on peut rencontrer des éruptions spécifiques accompagnées de douleur ou de prurit. Mais c'est là un fait d'une extrême rareté et dont on ne trouve que de loin en loin un exemple dans la littérature médicale.

Presque toujours, en effet, les éruptions provoquées par la vérole ne sont ni douloureuses, ni prurigineuses; elles n'ont aucun caractère subjectif, et ce signe tout négatif est un des meilleurs pour poser le diagnostic. En présence d'une efflorescence cutanée quelconque, et surtout lorsque celle-ci est généralisée, si l'on hésite à se prononcer sur la nature de l'affection, on doit toujours interroger le malade sur les sensations qu'il éprouve. L'absence de douleur, de prurit, est alors d'un appoint considérable et doit de suite faire penser à la possibilité de la spécificité. Ce symptôme, déjà remarqué et noté par les syphiligraphes du XVIe siècle, n'a fait que se confirmer par la suite. Et n'est-ce pas là le caractère différentiel principal dont on se sert pour distinguer, par exemple, la roséole syphililique des roséoles saisonnière et médicamenteuse, la syphilide vésiculeuse de l'herpès et de l'eczéma, certaines syphilides papuleuses du lichen plan de Wilson? N'est-ce pas aussi sur ce symptôme, entre autres, que l'on se base pour diagnostiquer la syphilide papulo-squameuse du psoriasis, affection cependant bien peu prurigineuse dans la généralité des cas?

Néanmoins, il y a parfois des dérogations à la règle ordinaire et l'on peut rencontrer des syphilides offrant des symptômes subjectifs : « Par elles-mêmes et en dehors de toute complication, dit M. Fournier, les dermatoses syphilitiques ne s'accompagnent jamais, ou presque jamais, de ce phénomène si fréquent et si essentiel en dermatologie, le prurit, la démangeaison. » Il y a là, comme on le voit, une légère restriction; la loi n'est pas absolue. Nous en avons observé un exemple des plus nets et dont nous donnons plus loin l'observation.

Les auteurs ont recherché quelles étaient les causes qui pouvaient déterminer le prurit; ce sont, de l'avis commun, les suivantes :

1° Une affection cutanée concomitante, telle que gale, urticaire. Mais il y a là simplement coïncidence, réunion sur le même système de deux maladies. On ne peut donner à la syphilide la qualification de prurigineuse. Un peu d'attention dans l'examen permet d'éviter l'erreur.

2° Le siège de l'éruption : « Dans les syphilides des régions velues, dit Bazin, il peut y avoir assez souvent du prurit. » Cette remarque a été faite par la plupart des syphiligraphes.

Notons aussi que les points du tégument où la peau subit des tiraillements répétés, comme aux commissures des lèvres, ou des pressions prolongées comme au pli de ceinture, sont plus prédisposés que d'autres à la douleur et au prurit.

3° L'âge du malade : les cas de syphilides prurigineuses sont ordinairement observés après quarante ans.

4° Les excès et surtout l'alcoolisme : c'est là une cause qui entretient, ou même engendre le prurit dans bien des affections de la peau.

5° Un état constitutionnel particulier : nervosisme ou arthritisme.

6° Enfin on a mis en avant des causes dont la valeur nous paraît beaucoup inférieure aux précédentes, telles que faiblesse de constitution, mauvaise hygiène, etc.

Dans l'observation suivante on voit un cas des plus nets de syphilide prurigineuse.

R..., 22 ans. Fièvre typhoïde à 17 ans; rougeole bénigne à 19 ans. Tempérament sanguin, assez nerveux. A l'âge de 15 ans et demi accidents nerveux indéterminés ayant occasionné du délire pendant trois jours et nécessité le séjour à l'infirmerie du lycée.

Pas d'alcoolisme. Jamais d'éruptions cutanées antérieures.

En novembre 1891, le sujet contracte la syphilis. La maladie débute par un chancre préputial, offrant l'aspect d'un gros bouton acnéique, d'acné tuberculeuse; la consistance est dure avec induration à la base, l'indolence est absolue, la coloration d'un rouge sombre. Engorgement ganglionnaire bilatéral très prononcé, notamment du côté droit.

En même temps que ce chancre survient une éruption offrant les caractères suivants : elle est constituée par des éléments acnéiformes, tous semblables et ne variant un peu entre eux que par leurs dimensions, de couleur rouge foncée, disséminés sur tout le corps, nombreux surtout aux membres supérieurs. Seuls les pieds, les mains et la face sont respectés. Sur le cuir chevelu on trouve également une éruption semblable à celle du corps. Cette poussée est accompagnée d'un prurit des plus intenses principalement pendant la nuit. Les démangeaisons ne sont pas disséminées au hasard sur la surface des téguments : le prurit apparaît avec chaque élément éruptif, disparaît avec lui et n'existe pas aux endroits indemnes d'éruption. En un mot, chaque bouton est nettement prurigineux, à la façon d'un élément urticarien produit par la piqûre d'un parasite. Chose remarquable, les démangeaisons sont notablement moins accentuées au cuir chevelu.

Maux de tête siégeant au niveau des pariétaux, violents surtout la nuit. Le chancre parcourt son évolution en 3 semaines. L'éruption persiste plus longtemps, les boutons qui s'affaissent étant successivement remplacés par d'autres; elle finit enfin par disparaître et avec elle s'éteignent définitivement les démangeaisons. Quelques mois après, survient une nouvelle poussée exactement semblable à la première : le malade était averti de l'éclosion des nouvelles papules par le prurit qui les accompagnait. Depuis lors, aucune autre manifestation de ce genre ne s'est produite. L'état général est toujours resté excellent. Seuls des maux de gorge répétés et des plaques muqueuses rebelles de l'anus tourmentent un peu le malade. Le traitement mis en usage

est celui que M. Fournier a préconisé sous le nom de « méthode des traitements successifs ».

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter en raison du caractère si net des démangeaisons. « La sensation prurigineuse, dit M. Mauriac, est toujours beaucoup moins intense et plus éphémère que dans les mêmes éruptions d'ordre commun ». Or, dans le cas actuel, le prurit a été violent, tenace pendant la durée entière de chacune des deux poussées; enfin, il a eu son maximum d'intensité aux parties glabres.

Depuis, nous avons eu l'occasion d'observer un syphilitique de date déjà ancienne qui, quelques jours après l'apparition d'un chancre avec phimosis, aurait eu une éruption de taches rosées accompagnées de démangeaisons pendant toute sa durée. Un interrogatoire minutieux n'a pu révéler aucune autre cause que la syphilis : il semblerait donc qu'il se soit agi là d'une roséole spécifique prurigineuse.

Comme conclusion, nous pouvons donc dire que l'absence de prurit, quoique à peu près générale, n'est cependant pas absolue, forcée, et qu'il y a des syphilides nettement prurigineuses. Par conséquent, sans retirer à ce symptôme toute son importance majeure au point de vue du diagnostic, il faut se rappeler qu'il n'est pas toujours et forcément pathognomonique.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS MÉDICAL PAN-AMÉRICAIN

1re *réunion tenue à Washington, les* 5, 6, 7 *et* 8 *septembre* 1893.

SECTION DE LARYNGOLOGIE

Hypertrophie adénoïde.

M. Bryson-Delavan. — L'hypertrophie adénoïde abandonnée à elle-même n'aboutit pas toujours à la guérison. Elle peut persister longtemps. Il est probable que la maladie de Thornwaldt n'est qu'une hypertrophie adénoïde négligée. L'hypertrophie peut encore aboutir à une atrophie de la voûte du pharynx. Ces complications peuvent compromettre la santé générale. L'hérédité joue un rôle incontestable dans cette affection.

Surdité et aphonie hystériques.

M. Fletcher Ingalls. — Une femme de 23 ans avait déjà eu à plusieurs reprises de l'aphonie. Il y a deux ans, un rat sauta sur elle et lui causa une telle frayeur qu'elle resta absolument sourde. Cette malade est très nerveuse, elle se plaint de sécheresse de la gorge; elle ne peut parler que très bas. La santé générale est très bonne. La malade ne peut percevoir le son d'une montre appliquée sur ses os frontaux ou temporaux. La maladie marcha rapidement vers la guérison sous l'influence du menthol, de la strychnine, de la valériane et de l'électricité.

Laryngite tuberculeuse.

M. Solly. — Sur 250 cas de phthisie, j'ai trouvé 45 fois de la laryngite tuberculeuse; dans 25 cas il y avait de l'infiltration sans ulcération et chez 20 sujets j'ai trouvé de l'infiltration et des ulcérations. Sur ces 20 derniers j'ai obtenu 10 guérisons permanentes et 3 guérisons temporaires. Je n'ai obtenu aucune amélioration dans le cas où l'ulcération a siégé au niveau des aryténoïdes ou des cordes vocales supérieures. Je n'ai obtenu la guérison que par l'application d'un traitement local.

M. Murray. — Quand on peut appliquer de l'acide lactique sur la surface granuleuse d'un ulcère tuberculeux, on fait disparaître la douleur et l'ulcération guérit.

M. Shurly. — L'acide formique et les formiates rendent aussi de grands services, soit qu'on les applique localement sur les surfaces ulcérées, soit qu'on les prescrive à l'intérieur. Ces sels semblent agir comme des anti-toxines; ils font disparaître le pus et les bacilles des crachats. Les formiates de sodium et de potassium sont les moins toxiques. Le formiate de fer est utile quand il y a un processus septique.

M. Merrick. — L'acide lactique ne m'a jamais donné un seul cas de guérison.

M. Ingalls. — Je n'ai pas obtenu de grands succès de l'usage du formiate du sodium.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Extirpation totale de l'utérus atteint de fibrome.

M. Edebohls. — Pour cette extirpation il faut d'abord désinfecter le vagin et l'utérus par un curettage superficiel et un lavage au sublimé; il faut ensuite bourrer l'utérus et le vagin de gaze sublimée. On place ensuite la malade dans la position de Trendelenburg et on fait la laparotomie; il faut disséquer deux lambeaux péritonéaux suffisants pour recouvrir le plancher pelvien, après l'ablation de l'utérus; on liera les artères utérines de chaque côté par une ligature sous-péritonéale en masse au catgut. On liera aussi les ligaments larges en dehors des trompes et des ovaires. On enlèvera toute la masse de l'utérus et des annexes en coupant de chaque côté entre les deux ligatures. On réunira les lambeaux péritonéaux par une suture de Lembert au catgut. On fermera ensuite la plaie abdominale et on enlèvera la gaze dont le vagin est bourré. Si les ovaires ou les trompes sont malades, on les enlèvera avant l'utérus.

M. Baldy. — L'hystérectomie est indiquée dans les cas de tumeurs malignes, de tumeurs fibreuses, d'inflammations pelviennes, de prolapsus ou d'inversion de l'utérus. On peut pratiquer l'hystérectomie vaginale, abdominale ou ces deux méthodes combinées. Dans tous les cas de prolapsus, d'inversion, de tumeurs malignes petites, de très petites tumeurs fibreuses, la voie vaginale est indiquée.

M. Noble. — Je considère l'amputation sus-vaginale comme préférable à l'extirpation totale. Dans le cas de petits fibromes, l'ablation des ovaires m'a presque toujours donné de bons résultats.

M. Crosedale. — Dans deux occasions j'ai vu l'ablation des annexes dans le cas de fibrome être tout à fait insuffisante.

Hystérectomie vaginale.

M. Mac Cosh. — J'ai pratiqué 13 fois cette opération pour cancer de l'utérus : je n'ai eu aucun cas de mort. Une de ces malades est guérie depuis 5 ans et n'a aucune récidive; une autre est opérée depuis 4 ans, une troisième depuis 2 ans, une quatrième depuis 1 an et demi, deux depuis un an, deux depuis 4 mois; trois malades sont mortes par suite de récidive. Cette opération m'a aussi donné de très bons résultats dans les cas de prolapsus utérin.

Angiome caverneux de l'utérus enlevé par l'hystérectomie vaginale.

M. Boldt. — J'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale chez une malade atteinte d'angiome caverneux de l'utérus; pour cela, j'ai libéré l'utérus en avant et en arrière, puis j'ai suturé le péritoine à la muqueuse vaginale par une suture continue au catgut; j'ai lié et suturé les ligaments larges. Je n'emploie que du catgut pour mes sutures.

M. Montgomery. — L'hystérectomie vaginale est une opération aujourd'hui couramment pratiquée; elle s'accompagne d'une très faible mortalité et elle constitue l'opération de choix dans les cas de tumeurs malignes confinées à l'utérus; elle est encore indiquée dans certains prolapsus utérins, surtout quand il y a une ulcération étendue du col. Elle est plus contestable quand il s'agit d'inflammation pelvienne nécessitant l'ablation des ovaires et des trompes.

Drainage des kystes ovariens adhérents.

M. Van der Veer. — Dans les kystes ovariens les adhérences sont très fréquentes; un examen trop prolongé de la malade peut suffire à provoquer une inflammation qui entraîne

des adhérences. Dans les cas où il y a des adhérences, le plus souvent il est utile d'abréger l'opération, de laisser une partie du kyste, de suturer cette poche à la paroi et de drainer à l'aide d'un tube en verre ou d'une mèche de gaze.

Traitement post-opératoire de la laparotomie.

M. Boite. — Trois accidents consécutifs à cette opération peuvent réclamer une prompte intervention : l'hémorrhagie secondaire, le choc et la péritonite septique. Le choc est dû à la parésie du système nerveux produite par une irritation du système sympathique ; il y a d'abord du spasme cardiaque et artériel, puis survient de l'atonie du cœur ; au début on devra donc donner de la codéine, du nitrite d'amyle, de la nitroglycérine et des injections d'eau chaude dans le gros intestin. A la deuxième période on donnera de la strychnine, de la digitale ; la transfusion veineuse d'une solution salée pourra aussi être indiquée. Contre les complications septiques, on aura recours au drainage.

M. Noble. — Il faut faire la prophylaxie du choc en plaçant les malades dans les meilleures conditions possibles avant l'opération.

Troubles mentaux consécutifs aux opérations sur les organes pelviens.

M. Robé. — Ces troubles mentaux sont dus au choc, aux complications septiques, à l'intoxication provoquée par des médicaments ou des antiseptiques, quelquefois ils sont provoqués par une ménopause artificielle due à l'opération.

M. Price. — Les troubles mentaux sont fréquemment associés à des complications septiques peu marquées de tumeur fibreuse ou de grossesse extra-utérine. Souvent l'hystérectomie agit de même.

Appendicite.

M. Murphy. — L'appendice est généralement situé un peu au-dessous de la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Le plus souvent l'appendicite est causée par une rétention stercorale. Dans 70 0/0 de mes autopsies j'ai trouvé une perforation de l'appendice ; cependant la péritonite suppurative peut survenir sans perforation de l'appendice. La gangrène locale est causée par l'obstruction, l'infection des parois de l'appendice, ou la torsion. Une perforation entraîne généralement des adhérences locales, que rompt ensuite l'accumulation du pus. Un abcès extra-péritonéal est généralement compris entre le péritoine pariétal et les adhérences, qui le séparent de la cavité péritonéale. La mortalité des appendicites est de 27 à 30 0/0. Sur 170 cas que j'ai opérés, j'ai eu une mortalité de 9 à 10 0/0. On doit faire l'incision au niveau du point de Mc-Burney ou de Kraft. Quand l'ablation de l'appendice entraîne la rupture d'adhérences, il vaut mieux le laisser en place.

M. Morris. — L'appendicite est une inflammation infectieuse exsudative ; l'appendice n'est nourri que par une seule artère ; quand celle-ci est atteinte d'endartérite, elle finit par s'oblitérer et l'appendice se nécrose. L'appendicite catarrhale n'existe pas ; cette maladie est toujours infectieuse.

Infection puerpérale.

M. Ayers. — On a usé et abusé de tous les traitements dans les cas d'infection puerpérale. Je suis arrivé aux conclusions suivantes : quand le travail est normal, que le placenta est complètement enlevé, que l'utérus se contracte bien, qu'il n'y a aucune lésion, on se contentera d'une injection au sublimé ; quand la tête du fœtus a exercé une pression prolongée qui peut faire craindre de la gangrène, il faut se servir de la gaze iodoformée. Quand il y a une hémorrhagie du post-partum ou que le placenta est déchiré, on fera un curettage de l'utérus. Quand l'utérus est mou et ne revient pas sur lui-même, qu'il y a de la fièvre, de la prostration, le pus est alors collecté et les injections intra-utérines ne servent à rien.

Section de thérapeutique.

Traitement du goître exophthalmique.

M. Rockwell. — Depuis 1876, j'ai traité 45 cas de goître exophthalmique et je suis arrivé à cette conclusion que le pronostic de cette affection est moins sombre qu'on ne le croit généralement. Cela tient à ce que j'ai employé l'électricité. Les médicaments donnent dans cette maladie des résultats très variables. C'est ainsi que le fer, très généralement utile dans le goître exophthalmique, peut, chez certains malades, provoquer de véritables troubles. Von Græfe, du reste, a montré que le fer n'est utile que quand on a déjà obtenu une certaine amélioration. La quinine, la strychnine et l'arsenic ne m'ont guère donné de résultats. Les iodures sont plus nuisibles qu'utiles. La belladone rend des services ; il en est de même de la digitale, soit qu'elle agisse comme un tonique, un stimulant ou un sédatif. Quand, cependant, il y a une grande excitabilité du cœur sans affaiblissement de ses mouvements, la digitale est contre-indiquée. Il faut alors lui substituer la vératrine. Le strophanthus est théoriquement considéré comme plus utile que la digitale ; en effet, d'une part il ralentit les contractions cardiaques, comme la digitale, et, d'autre part, il fait contracter les artérioles à un moindre degré que la digitale et par conséquent surcharge moins le cœur. L'ergot de seigle et le bromure de zinc employés avec le fer et la digitale peuvent rendre des services dans la majorité des cas. Enfin l'électricité a une grande action ; Gowers en est partisan. Il faut prendre des électrodes de grande dimension, les appliquer sur la face postérieure du cou et au niveau du plexus solaire et faire passer des courants qu'on peut faire monter jusqu'à 60 milliampères. J'attribue à cette méthode les excellents résultats que j'ai obtenus. J'ai eu quelques insuccès complets, mais très peu nombreux.

L'auteur cite ensuite très sommairement quelques observations.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

61e réunion tenue à Newcastle-sur-Tyne les 1er, 2, 3 et 4 août 1893.

Section d'ophthalmologie.

Des troubles de la réfraction chez les épileptiques.

M. Hern. — Dans certains cas, l'effort nécessaire à l'accommodation chez les hypermétropes peut devenir le point de départ de crises épileptiformes. J'ai vu ainsi un cas d'épilepsie où les crises ont disparu quand on fit porter au malade des verres corrigeant son hypermétropie. Depuis j'ai vu trois autres cas semblables.

M. Stephenson. — Il faut soigneusement distinguer l'épilepsie idiopathique et l'hystéro-épilepsie. Quand on soupçonne que l'épilepsie idiopathique est due à une irritation périphérique par effort du muscle ciliaire, il faut aussitôt corriger par des verres l'amétropie.

M. Percival. — Je n'ai jamais vu la correction d'un trouble de la vue amener la moindre amélioration de l'épilepsie. Je crois que les succès de M. Hern sont tout à fait exceptionnels.

Glaucome.

M. Sym. — J'ai vu survenir très rapidement un glaucome simple, sans symptômes inflammatoires ou congestifs, chez une femme de 31 ans ; c'était une femme frappée de misère physiologique ; le seul symptôme qu'elle présenta fut une diminution de l'acuité visuelle.

Section de pédiatrie

Discussion de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant (*Suite*).

M. d'Arcy Power. — Il est fort avantageux dans les cas de péritonite tuberculeuse d'évacuer de bonne heure le liquide ascitique. Chez un enfant de 12 ans, j'ai ainsi retiré par la laparotomie près de trois litres de liquide, qui s'est coagulé cinq minutes après. Le malade a guéri et je crois que je lui ai évité ainsi bien des bandes adhésives.

M. Pridgin Teale. — Quand la péritonite tuberculeuse s'accompagne d'épanchement permanent et que la santé du

malade devient mauvaise, il faut faire la laparotomie. Les lavages du péritoine peuvent aussi peut-être influencer les tubercules.

M. Tyson. — Je crois que les cas les plus favorables sont ceux où il existe de l'épanchement. Dans les cas où il y a du pus, il faut recourir à un traitement chirurgical comme pour les abcès ordinaires.

M. William Thomas. — Le traitement chirurgical est en effet fort utile. Les cas les plus défavorables sont ceux où il y a eu de l'obstruction intestinale ayant entraîné la production d'un ou de plusieurs abcès stercoraux. J'ai vu dans un cas une rechute qui a parfaitement guéri sous l'influence de frictions mercurielles.

M. Barlow. — La laparotomie simple avec évacuation du liquide sans application antiseptique est suffisante dans les cas où il y a de l'ascite. Dans les cas où il y a des adhérences, il vaut mieux ne pas opérer, car on risque de blesser l'intestin. Cependant on opérera néanmoins quand il y aura de l'occlusion intestinale ou une grande tension causant de la souffrance.

M. Colman. — J'ai fait l'autopsie de 60 sujets morts de tuberculose abdominale ; j'ai trouvé 9 fois (15 0/0) des tubercules du péritoine pariétal; ces tubercules n'étaient point entourés d'une zone d'inflammation ; il n'y avait pas d'adhérences; dans 2 cas seulement, il y avait en même temps de la tuberculose de l'intestin et des ganglions lymphatiques. J'ai trouvé 7 cas de tubercules du péritoine viscéral (12 0/0); il y avait en général des adhérences; il y avait aussi des nodules caséifiés; j'ai trouvé des espaces remplis d'épanchement inflammatoire; il y avait généralement une caséification des ganglions mésentériques. La muqueuse intestinale était rarement envahie. Dans deux cas, j'ai trouvé une fistule fécale ombilicale ; dans l'un de ces cas, chez un enfant de 13 mois, l'ouverture ombilicale conduisait directement dans une anse du jéjunum qui adhérait à ce niveau; le deuxième cas était celui d'un enfant de 4 ans, chez lequel l'ouverture ombilicale conduisait dans une grande cavité délimitée par des adhérences et contenant des liquides, des fèces et du liquide de péritonite. Dans 31 cas, j'ai trouvé des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, surtout nombreuses chez l'enfant; dans plusieurs cas, il y avait des marques de réparation des tissus au niveau de ces ulcères. Dans 39 cas, j'ai trouvé de la tuberculose des ganglions mésentériques. Dans tous les cas que j'ai observés, j'ai constaté une tuberculose plus avancée chez les enfants; dans beaucoup de cas, il y avait absence de tous les signes d'inflammation; les ulcérations intestinales sont fréquentes ...

65e RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS

tenue à Nurenberg du 11 au 15 septembre 1893.

Formes de l'infection puerpérale et leur traitement.

M. Bumm fait un rapport sur diverses formes de l'infection puerpérale qu'il a eu l'occasion d'observer. Le traitement doit varier presque avec chaque forme, et il existe des cas où le lavage de l'utérus aggrave la situation et amène la mort. Ce qui réussit souvent, c'est le seigle ergoté.

M. Krœnig a examiné à la clinique de Leipzig les lochies chez les femmes atteintes de fièvre puerpérale, et trouvé l'écoulement stérile dans près de 75 0/0 des cas. Les lochies infectées contenaient 1° des saprophytes, 2° des streptocoques, 3° des staphylocoques, 4° des gonocoques. Quand les lochies renferment des saprophytes, la fièvre tombe presque toujours spontanément. Les lavages intra-utérins sont donc inutiles dans ces cas. En cas d'infection streptococcique, les lavages ne donnent rien en ce sens que le nombre des colonies avant et après le lavage est à peu près le même. Par contre, dans ces cas on obtient de bons résultats en faisant un nettoyage ou plutôt des frictions de la muqueuse avec de la gaze stérilisée dans laquelle les streptocoques paraissent émigrer sous l'influence de la pression. Ce traitement rappelle en somme le traitement sec des abcès.

M. Menge croit qu'il faut se contenter d'enlever les résidus placentaires. Si l'on fait le grattage de l'utérus, il se forme des caillots qui constituent un excellent milieu de culture pour les microbes.

M. Glaevecke ne fait pas de curettage une fois que l'infection a franchi l'endomètre et que l'on se trouve en face d'une para- ou péri-métrite.

M. Strassmann attribue l'efficacité des lavages à ce que le liquide enlève mécaniquement les toxines. Il faut donc faire des lavages abondants.

Traitement de la stérilité chez la femme.

M. Bumm traite avec succès la stérilité de la femme par le massage. Celui-ci est de trois espèces : 1° massage palpatoire de l'utérus et des annexes qui donne de bons résultats chez les femmes devenues stériles après un premier accouchement ; 2° massage des culs-de-sac, indiqué dans les cas où, par le fait de l'étroitesse des culs-de-sac ou du vagin, le sperme s'écoule très rapidement au dehors ; 3° massage de la muqueuse du col, utile dans tous les cas où il existe de ce côté des modifications anatomiques.

M. Kaltenbach admet que, dans la stérilité après un premier accouchement, le massage fait disparaître ou distend les adhérences de la paramétrite postérieure qui existe dans presque tous les cas de cette catégorie. Le massage palpatoire fait disparaître l'anesthésie sexuelle.

Perforation de la tête dans les présentations du siège.

M. Strassmann. — Il existe des cas où, après la version, la tête s'arrête sans qu'il soit possible de lui faire franchir le pelvis. Quelquefois on prévoit cet accident encore avant la version. Que faire dans ces cas?

Pour M. Strarsmann, il faut faire la perforation de la tête, opération qui est moins grave et plus humaine que la symphyséotomie ou l'opération césarienne.

La perforation est pratiquée par M. Strassmann de la façon suivante : Deux doigts de la main gauche sont introduits dans la bouche de l'enfant et fixent la tête. On introduit alors, en se guidant sur les doigts de la main gauche, un céphalotribe en forme de ciseau qui perfore la base du crâne en passant par le plancher de la cavité buccale.

M. Amann préfère faire la perforation au niveau de la fontanelle postérieure, ce qui assure l'écoulement de matière cérébrale.

M. Krœnig se prononce pour la symphyséotomie quand celle-ci est possible.

Choléra des enfants.

M. Hoppe cite un certain nombre de faits tendant à montrer que chez les enfants le choléra est fréquent et grave. Ainsi pendant l'épidémie de Hambourg, il y a eu 4,129 enfants cholériques : 697 au-dessous d'un an avec 626 morts (80 0/0); 1,701 de 1 à 5 ans avec 1,173 morts (75 0/0); 1,731 de 6 à 15 ans avec 776 morts (45 0/0).

Le diagnostic ne peut guère être fait qu'après examen bactériologique des selles. Au point de vue du traitement, les résultats ont été les mêmes que chez les adultes. Les injections parenchymateuses essayées chez 90 enfants ont donné 35 morts et 55 guérisons. Sur 154 enfants traités par les injections intraveineuses, 101 sont morts; le calomel a donné 42 guérisons et 91 morts.

La mortalité était d'autant plus élevée que les enfants étaient plus jeunes ; la durée de la maladie était en moyenne de 5 à 9 jours, un peu plus longue chez les enfants plus âgés.

Personnellement, M. Hoppe a eu de bons résultats avec l'huile de ricin, les injections hypodermiques, les bains chauds.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 octobre 1893.

Présidence de M. Le Fort

Déclaration médicale obligatoire.

La plus grande partie de la séance est occupée par la discussion du rapport de M. Vallin proposant à l'Académie ale

liste des maladies épidémiques pour lesquelles la déclaration sera obligatoire pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme à partir du 1er décembre 1893 aux termes de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Les orateurs acceptent tous cette déclaration et font valoir les résultats obtenus dans un certain nombre de villes, notamment à Paris, par les moyens de désinfection et d'assainissement que l'administration prend à la suite de l'information reçue. L'opinion publique accepte ces mesures avec une faveur de plus en plus marquée.

La discussion porte surtout sur la suppression de la rougeole parmi les maladies pour lesquelles la déclaration serait exigée. M. Grancher argue de la facilité avec laquelle le virus rubéoleux se détruit et de la durée très faible de sa virulence pour en demander la suppression de la liste proposée. MM. Vallin et Kelsch, en raison des résultats constatés dans les milieux militaires, soutiennent une opinion opposée. L'académie, à l'unanimité moins 3 voix, supprime la rougeole de la liste.

Sur l'ensemble de la question, MM. Lereboullet, Brouardel, Le Roy de Méricourt font valoir les arguments qui militent en faveur de la plus grande partie des maladies inscrites. M. Hallopeau voudrait qu'on y ajoutât la lèpre; M. Daremberg souhaiterait que la tuberculose y fût comprise, en raison des mesures que les médecins des stations méditerranéennes cherchent à réaliser dans les hôtels.

Finalement l'Académie dresse ainsi qu'il suit la liste de ces maladies :

Choléra et affections cholériformes, fièvre jaune, peste, variole et varioloïde, scarlatine, suette miliaire, diphthérie (croup et angine couenneuse), fièvre typhoïde, typhus exanthématique, dysenterie, infection puerpérale, et ophthalmie des nouveau-nés.

Mortalité des nouveau-nés en nourrice.

M. F. Ledé. — La mortalité des enfants librement placés en nourrice par leurs parents dans leur premier mois de vie est de 12,81 0/0 dans le premier mois de placement. La mortalité des enfants des nourrices sur lieu, dans les mêmes conditions, s'élève à 18,23 0/0, tandis que la mortalité des enfants assistés de même catégorie n'est que de 3,46 0/0. — La faible mortalité de ces derniers tient à la visite sérieuse faite à l'hospice où sont retenus les enfants les plus débiles dont la mortalité à l'hospice est au minimum de 8,10 0/0 et à de meilleures conditions de transport. Néanmoins en trois années (1890, 1891, 1892) sur 179,029 naissances vivantes à Paris, 55,207 enfants ont été envoyés en nourrice et il n'a été examiné que 32,432 nourrices dites à emporter. 33,046 enfants ont donc été confiés à des nourrices sans certificats et sans aucune garantie.

C'est ce que j'ai vérifié lors de mes visites dans les gares de Paris où une nourrice sur dix a un livret ou a fait ses déclarations, les autres prennent les enfants par connaissance ou par l'intermédiaire d'amis, de sages-femmes et malheureusement d'agences clandestines. Sur les 55,207 enfants, 37,955 devaient être élevés au biberon et combien d'autres destinés à mourir ? Car si en une année il y a 19,300 déclarations de placement, les rapports des inspecteurs départementaux constatent la présence en province de 40,405 enfants parisiens en nourrice. Des mesures spéciales ont été prises dans le département de la Seine, mais elles ne touchent que les bureaux de placement.

L'inspection faite dans les gares montre qu'il faut prendre des mesures efficaces pour améliorer le transport des nourrissons, mesures nécessitées par leur mortalité si élevée et l'utilité de conserver au moins les enfants nés en bonne santé et ne pas laisser partir des enfants moribonds. Je suis opposé, jusqu'alors, à la création d'asiles où seraient élevés en grand nombre les nouveau-nés. La contagion et la contamination rapides dans ces agglomérations d'enfants ne peuvent être que préjudiciables à la santé et à la vie des enfants.

Aussi, outre ces desiderata et malgré une opposition à la création d'asiles d'élevage tels qu'on a proposé d'en établir, doit-on demander la création d'un asile où seraient envoyées, pendant quelques jours, les nourrices ayant des nourrissons trop débiles pour supporter le voyage; si l'enfant mourait, la nourrice pourrait se procurer un autre nourrisson, éviter de nouveaux frais de voyage et être utile à une autre famille.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 13 octobre 1893.

Lipome de la main.

M. Launay présente le moulage d'un lipome de la main opéré par M. Jalaguier. La tumeur débuta il y a 11 ans. Le malade, qui est cultivateur, s'en aperçut à la gêne qu'il éprouvait en maniant sa pioche, laquelle comprimait précisément le point où la tuméfaction commençait à se montrer. La tumeur, du volume d'une petite mandarine, était molle, très nettement fluctuante. Elle était située dans le premier espace intermétacarpien de la main gauche et proéminait sur les faces palmaire et dorsale. Elle maintenait très écartés l'un de l'autre le pouce et l'index.

Une incision dorsale, faite sur le milieu de la tumeur dans toute sa longueur, mit à nu immédiatement un lipome lobulé, enveloppé d'une mince capsule conjonctive. On vit alors que toute la partie inférieure, qui faisait saillie dans l'espace interdigital, était immédiatement sous-cutanée, et que la portion supérieure, aplatie d'avant en arrière, s'enfonçait dans le premier espace inter-osseux, entre le muscle inter-osseux dorsal de l'index en arrière et le muscle adducteur du pouce en avant. La tumeur fut facilement isolée avec la spatule et dégagée de sa loge musculaire.

Les observations de lipome de la main, surtout dans la région de l'éminence thénar, sont rares. M. Launay cite les recherches bibliographiques qu'il a faites à ce sujet et rappelle l'opinion de M. Moulinier, que confirmerait le fait actuel, à savoir que l'étiologie de ces lipomes doit être rapportée à une violence, à une attrition continuelle portant sur la région qui en est le siège.

Gastro-entérostomie.

MM. Jayle et **Desfosses** relatent trois cas de gastro-entérostomie, deux pour des rétrécissements cicatriciels, un pour cancer du pylore. Ce sont les pièces de ce dernier cas qu'ils présentent. Dans les deux autres faits les accidents avaient été les mêmes. On voit que la bouche stomaco-jéjunale fonctionne mal et que les aliments, au lieu de suivre un cours descendant dans l'intestin, remontent en totalité jusqu'au duodénum qu'ils distendent, le bout périphérique ne recevant rien. Dans les trois cas, on voyait, comme ici, le bout périphérique absolument vide, tandis que le bout central, avec le duodénum, était largement dilaté : l'estomac contenait du liquide en abondance. Il est facile de se rendre compte de la cause de cette anomalie, car en pressant avec la main sur l'estomac, le duodénum s'emplit aussitôt et se dilate. Une pression plus grande en amènerait l'éclatement, mais ne ferait pas passer une seule goutte du contenu stomacal dans le bout périphérique. MM. Jayle et Desfosses croient que le seul moyen d'éviter cette complication serait de pratiquer, de propos délibéré, l'entéro-anastomose après la gastro-entérostomie. De la sorte, la bile ne refluerait pas vers l'estomac et les aliments ne pourraient s'accumuler dans le duodénum, dans le cas où le passage se fait en partie par le bout périphérique, en partie par le bout central. Enfin, si, comme dans ces trois observations, le contenu stomacal refluait en totalité vers le duodénum, il trouverait ainsi une nouvelle issue au niveau de l'entéro-anastomose.

M. Guinard fait remarquer que faire une entéro anastomose après une gastro-entérostomie, c'est singulièrement multiplier les dangers opératoires chez des malades déjà fort exposés. D'autre part, il s'agit là d'une série malheureuse, mais il ne faut pas se hâter de généraliser. M. Guinard a vu des cas où la survie eut lieu et où le passage des aliments se faisait sans difficulté, les conditions opératoires ayant été les mêmes.

M. Letulle attire l'attention sur ce fait d'ordre médical des plus intéressants à propos de la pièce présentée. Le malade avait en effet depuis dix ans un ulcère de l'estomac : ce n'est qu'il y a six mois qu'on a pu percevoir la tumeur pylorique.

T. Legry.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie de Paris célèbrera cette année le cinquantenaire de sa fondation. Elle se réunira à cet effet en séance solennelle sous la présidence d'honneur de M. le docteur Marjolin, membre fondateur, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le mercredi 25 octobre, à quatre heures.

Ordre du jour :

Allocution de M. le professeur Verneuil, président.

Notice historique sur la Société de chirurgie, par M. le Dr Charles Monod, secrétaire général.

Allocution de M. le Dr Jacques Reverdin, membre associé étranger.

Allocution de M. le Dr Eugène Bœckel, membre correspondant national.

Séance du 11 *octobre* 1893.

Fibrome utérin avec anurie par compression des uretères; hystérectomie abdominale, guérison.

M. Tuffier a eu l'occasion d'intervenir, il y a dix-huit mois, dans un cas de rétention réno-uretérale par compression des uretères, liée à l'existence d'un énorme fibrome utérin. Il s'agissait d'une femme de 48 ans, entrée, le 5 avril 1892, dans le service de M. Th. Anger, à l'hôpital Beaujon, où elle avait été admise d'urgence pour des accidents graves d'anurie. Elle portait la cicatrice d'une laparotomie, qu'elle avait subie deux ans auparavant, au mois de juin 1890, pour un fibrome utérin dans le service de M. Tillaux à l'Hôtel-Dieu. Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, son ventre avait grossi de nouveau, et peu à peu, la tuméfaction avait augmenté jusqu'à atteindre le volume d'une grossesse à terme. La malade ne s'en était pas autrement préoccupée, n'ayant ni douleurs, ni métrorrhagies. Ce fut seulement vers le milieu de mars 1892 qu'elle commença à ressentir des difficultés de la miction et de vives douleurs abdominales; enfin, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, cette dysurie s'était transformée en anurie complète.

M. Tuffier constata l'existence d'un volumineux fibrome utérin, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et enclavé dans l'excavation pelvienne, entièrement remplie par le prolongement de la tumeur abdominale, jusqu'au voisinage de la vulve.

Les deux régions lombaires étaient douloureuses spontanément et à la pression, sans augmentation appréciable du volume des reins. L'état général était mauvais, le pouls petit, la respiration anxieuse, il y avait des vomissements, du ballonnement du ventre, avec constipation opiniâtre depuis plusieurs jours. M. Tuffier pratiqua le cathétérisme de la vessie, sans voir s'écouler une seule goutte d'urine. Il y avait donc anurie ou plutôt rétention réno-uretérale par compression bilatérale des uretères.

M. Tuffier se décida à pratiquer séance tenante l'hystérectomie abdominale, avec pédicule externe, préférant l'opération radicale à une opération dans laquelle on se serait borné à rétablir le cours de l'urine par la néphrostomie ou l'urétérostomie, qu'il aurait fallu pratiquer des deux côtés, en y ajoutant à brève échéance un anus contre nature, pour parer aux accidents résultant de la compression intestinale.

Les suites opératoires furent excellentes. Dès le lendemain la malade urinait 1,100 grammes, et à partir de ce jour, la miction fut normale; les accidents urémiques persistèrent pendant trois jours, puis disparurent complètement.

M. Tuffier a revu cette femme 10 mois après l'opération, en janvier 1893; elle se portait très bien, et n'avait conservé aucune trace des lésions qui existaient du côté des reins lors de l'intervention.

Laparotomie pour péritonite tuberculeuse.

M. Picqué communique le résultat d'une autopsie faite quelque temps après une laparotomie pour tuberculose du péritoine et des ganglions mésentériques chez une femme de 30 ans opérée dans le service de M. Périer, à l'hôpital Lariboisière. Le début des lésions péritonéales paraissait remonter à l'année 1891, pendant laquelle la malade, après avoir joui jusque-là d'une bonne santé, entra une première fois à l'hôpital pour une tumeur non douloureuse siégeant dans le côté gauche de l'abdomen et qui fit penser à un rein flottant. Elle commença à souffrir du ventre peu de temps après le court séjour qu'elle avait fait à l'hôpital, où elle se décida à rentrer en janvier 1893, en raison de l'aggravation des douleurs et de l'augmentation considérable du volume de sa tumeur, qui avait notablement dépassé la ligne médiane pour envahir le côté droit de l'abdomen. Il y avait alors des signes pulmonaires assez nets, et, par exclusion, on fit le diagnostic de tuberculose du péritoine avec masses ganglionnaires mésentériques.

M. Picqué fit une laparotomie exploratrice le 13 avril; il trouva de nombreux tubercules disséminés sur les deux feuillets du péritoine et une tumeur constituée en partie par des paquets ganglionnaires, avec des anses intestinales agglomérées par des adhérences. Les douleurs disparurent à la suite de cette intervention et la malade sortit de l'hôpital considérablement améliorée. Un mois après, elle revenait à Lariboisière avec un phlegmon gangréneux du cou et succombait le huitième jour aux accidents infectieux.

A l'autopsie, on put constater que les granulations tuberculeuses du péritoine avaient disparu presque entièrement et que la tumeur avait diminué des deux tiers.

M. Berger rappelle que la laparotomie est surtout indiquée, d'après l'opinion généralement admise, dans les formes ascitiques et dans les formes à épanchement circonscrit, séreux ou purulent; les formes adhésives, au contraire, ne bénéficient ordinairement pas de cette intervention.

M. Berger cite quatre cas dans lesquels il a pratiqué la laparotomie exploratrice pour tuberculose du péritoine. Dans deux de ces cas, il y avait un épanchement ascitique considérable, et les deux malades, un garçon de 16 ans et une jeune fille de 14 ans, sont restés dans un état de guérison absolue. Dans le troisième fait, il s'agissait d'une jeune femme qui présentait des phénomènes d'obstruction intestinale, sans épanchement abondant; la malade mourut au dixième jour après avoir présenté une légère amélioration. Dans le dernier cas, chez un adulte, la laparotomie a produit une amélioration sensible pendant un mois environ, puis le malade est mort, cinq mois plus tard; là encore il s'agissait d'une forme adhésive et on n'avait pu évacuer qu'une certaine quantité du liquide épanché.

En ce qui concerne le mécanisme de la guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie, M. Berger cite les deux opinions principales qui ont été émises à ce sujet : celle d'après laquelle les tubercules sont en quelque sorte étouffés par le processus évolutif d'une péritonite adhésive se substituant à la forme ascitique, et celle qui admet que le liquide ascitique renferme des produits toxiques dont la suppression a pour résultat la cessation des phénomènes d'intoxication.

M. Picqué pense que l'on peut obtenir des succès par la laparotomie non seulement dans les formes ascitiques, mais aussi dans les formes sèches. Quant à la théorie de la substitution de la forme adhésive à la forme ascitique pour expliquer la guérison, elle ne s'est pas trouvée vérifiée dans l'observation que M. Picqué vient de communiquer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *octobre* 1893.

Présidence de M. Fernet.

Observations sur 159 cas d'oreillons.

M. Catrin a observé 159 cas de maladie ourlienne dans le service des contagieux du Val-de-Grâce, pendant le cours de l'épidémie qui a sévi sur la garnison de Paris pendant l'hiver de 1892 et le printemps de 1893.

Ses observations l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Les oreillons débutent indifféremment par les côtés droit et gauche; le plus souvent la tuméfaction des deux parotides se fait successivement avec un laps de temps qui varie de quelques heures à 5 jours.

2° Les prodromes sont la règle, ils consistent en frissons, courbature, céphalée, insomnie, sueurs nocturnes, épistaxis, symptômes auriculaires (bourdonnement ou otalgie), dans quelques cas douleurs rhumatoïdes. Soixante-deux fois

sur 100, on constate en même temps une inflammation de l'arrière-gorge à laquelle participent fréquemment les amygdales et peut-être aussi l'orifice du canal de Sténon. Il semble donc que c'est par la cavité buccale que se propage la maladie.

3° Quatre-vingts fois sur 100, on constate une fièvre courte et peu intense; cependant, la température s'élève à 40° et cela pendant 4 jours. Il est même probable que ce pourcentage est trop faible, beaucoup de malades n'ayant été vus qu'au 3e, 4e ou même 5e jour de la maladie.

4° Le pronostic des oreillons, les chances de complications ne peuvent être estimés d'après le développement plus ou moins considérable des tumeurs, ni d'après l'intensité de la douleur. L'hypertrophie des parotides est due tantôt à la tuméfaction de la glande seule, tantôt à celle de la glande et du tissu cellulaire péri-glandulaire.

5° Cinquante fois sur 100, les glandes sous-maxillaires participent au processus.

6° La durée du traitement doit toujours être assez longue, (au moins 15 à 20 jours), on évite ainsi les rechutes, les complications et les chances de contagion.

La base du traitement est le repos.

7° Les oreillons atteignent surtout les jeunes soldats.

8° La contagion est évidente, mais un faible obstacle suffit pour arrêter le germe et il faut un contact intime et prolongé pour que la maladie se propage.

L'incubation paraît toujours assez longue: 15 à 20 jours environ.

9° Les récidives d'oreillons ne paraissent pas aussi exceptionnelles qu'on l'avait cru (environ 6 0/0).

10° Il faut distinguer l'*orchite ourlienne* vraie de la fluxion testiculaire, laquelle ne paraît jamais suivie d'altération de la glande. L'auteur a observé 43 orchites sur 157 cas, dont 13 doubles et 15 fluxions testiculaires.

11° Avant d'admettre l'existence d'une orchite ourlienne d'emblée, il faudra toujours songer à la possibilité d'oreillons frustes antérieurs et ne pas oublier les oreillons sous-maxillaires.

Parmi les autres complications des oreillons, l'auteur a observé: le rhumatisme, les otites, les œdèmes localisés, l'endocardite, l'albuminurie, l'arthrite purulente, etc. Mais il n'y eut aucune complication méningée, aucun trouble de la vision, ni aucun trouble mental.

M. Antony a remarqué souvent, au début de l'apparition des oreillons, des tuméfactions amygdaliennes qui peuvent être considérées comme prodromiques. Il en est de même aussi de certains gonflements des glandes sous-maxillaires. Ces symptômes ont leur intérêt, car ils peuvent permettre, en temps d'épidémie, de faire un diagnostic précoce et d'isoler de suite le malade. La sécheresse de la bouche, plus fréquente encore que ne l'admet M. Catrin, est aussi un symptôme initial qui n'a pas de rapport direct avec l'état fébrile.

La transmission de la maladie se fait de diverses façons; elle peut s'effectuer par l'intermédiaire des vêtements.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 10 *octobre* 1893.

Epithélioma du limbe scléro-cornéen.

M. Valude partage l'opinion émise dans la précédente séance par M. Fage relativement à la bénignité de l'épithélioma du limbe scléro-cornéen. Ce néoplasme n'a pas de tendance à pénétrer dans la coque oculaire et à se généraliser. Il a déjà présenté à la Société une tumeur épithéliomateuse grosse comme une orange et derrière laquelle le globe oculaire adhérent n'était pas altéré. Cette fois il montre un malade qu'il a vu pour la première fois il y a quatre ans; la tumeur masquait la cornée qui, sculptée à coups de ciseaux, se trouvait assez transparente pour que la vision de l'œil redevînt utile. Or, il s'agissait d'une récidive; cet homme avait déjà été opéré dix ans auparavant par Fano, puis Sichel, et plus tard M. Meyer l'avaient soigné. Du reste, cet épithélioma, dont l'examen microscopique a contrôlé la nature, se reproduit en surface, mais il suffit pour l'arrêter du ponçage ou du raclage du tissu morbide.

M. Abadie, voilà deux ans, a été consulté dans le Midi par un homme âgé de 72 ans, porteur d'une tumeur du limbe scléro-cornéen, tumeur de mauvais aspect datant de trois mois. Ne pouvant suivre ce malade, il l'adressa à Toulouse, où l'énucléation de l'œil fut proposée. Sur le refus du malade, on lui donna une solution de chlorate de potasse pour panser son mal. Or, l'an dernier, M. Abadie le retrouva guéri et, cette année encore, il a pu contrôler la persistance de la guérison.

L'an dernier, il fut consulté par un autre vieillard de 60 ans, chez lequel il essaya pour la même affection le chlorate de potasse, mais cela sans résultat. Des attouchements à l'acide acétique, par contre, procurèrent la guérison.

Au prochain cas qu'il lui sera donné de rencontrer, M. Abadie essayera le bleu de méthylène. M. Coppez a, en effet, publié un cas d'épithélioma de la face guéri par cet agent. De son côté, M. Abadie traite une femme chez laquelle le néoplasme intéresse les paupières et déborde jusque la pommette. Des attouchements quotidiens de la surface ulcérée avec une solution au vingtième de bleu de méthylène et des injections de ce même liquide dans les nodules épithéliomateux ont prouvé une amélioration très lente, puisque le traitement a été entrepris il y a trois mois, mais la guérison peut être donnée comme certaine. M. Darier a également obtenu des succès, mais il croit utile d'ajouter à l'action du bleu de méthylène celle de l'acide chromique tous les cinq à six jours. Un point à relever, c'est la lenteur de la guérison et ceci demande à être bien spécifié pour que l'on n'abandonne pas le traitement avant qu'il ait eu le temps de faire ses preuves.

M. Parent rappelle que c'est un fait bien connu que les tumeurs épithéliales n'ont pas de tendance à pénétrer dans le globe oculaire; on en trouverait au besoin des exemples dans les anciens atlas d'ophthalmologie. Ce sont, comme disaient les anciens, des tumeurs exophytiques.

M. Debierre a donné ses soins à un homme âgé de 62 ans à qui on avait proposé l'énucléation de l'œil malgré une acuité visuelle de deux tiers parce qu'il portait sur le limbe scléro-cornéen une tumeur grosse comme un haricot laquelle masquait les deux tiers supérieurs de la cornée. Elle en fut détachée, ses adhérences avec la conjonctive furent sectionnées, la muqueuse fut suturée au devant de la perte de substance préalablement grattée et touchée au thermo-cautère; et, sous un pansement à l'iodoforme, le malade guérit en huit jours. M. Cornil reconnut qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé et lobulé.

Tumeur mixte du nerf optique et de l'orbite.

M. Bourgeois a opéré un solide vieillard de 69 ans, chez lequel la vision de l'œil gauche avait disparu lentement quinze ans auparavant et qui depuis deux mois éprouvait des douleurs orbitaires en même temps que se produisait de l'exophthalmie. Le globe oculaire avait conservé ses dimensions normales, mais en dedans de lui le doigt sentait dans l'orbite une tumeur dure et bosselée. L'œil et la portion antérieure du néoplasme, devenu visible après la section du droit interne, furent d'abord enlevés, puis le reste du néoplasme fut curetté. La guérison fut rapide.

L'examen de la pièce démontra que cette tumeur non encapsulée englobait le nerf optique, et que la rétine était saine ainsi que la choroïde. Il s'agissait d'un sarcome fasciculé avec du myxome dans la portion voisine du globe oculaire (Voyez l'observation complète, p. 510).

M. Parent estime que l'abstention doit être la règle dans les tumeurs du nerf optique, en raison de la lenteur de leur évolution. Il a connaissance de deux cas où l'intervention eut un résultat désastreux.

M. Jocqs appelle l'attention sur trois points: La déviation de l'œil en dehors dans le cas de tumeurs du nerf optique. La perte de la vision précédant les douleurs qui indiquent l'envahissement de l'orbite. Enfin l'absence de traumatisme chez l'opéré de M. Bourgeois, accident trop souvent invoqué à tort par les malades.

M. Meyer signale la rapidité de l'atrophie papillaire et de la perte de la vision, comme caractéristique de la tumeur du nerf optique.

Anophthalmie ou cryptophthalmie.

M. Gillet de Grandmont rappelle que M. Picqué ayant repris dans sa thèse toutes les observations d'anophthalmie, conclut à la rareté des cas qui résistent à la critique; le plus souvent il s'agit non d'anophthalmie, mais de cryptophthalmie. Ayant eu l'occasion d'examiner un poussin de faisan privé de tout vestige d'œil, M. Gillet de Grandmont, après avoir sectionné la peau d'avant en arrière sur la ligne médiane du crâne, rabattit les deux lambeaux latéralement et put se convaincre qu'il n'existait aucune trace de paupières. Il trouva dans le tissu cellulaire sous-cutané un petit point pigmentaire, gros comme une tête d'épingle, et un petit globe d'un millimètre de diamètre auquel adhérait un filament très mince. A ce niveau il n'existait aucune dépression crânienne rappelant un orbite. M. Latteux dans le rudiment de globe oculaire a retrouvé tous les éléments de cet organe. Il ne s'agit donc pas d'un cas d'anophthalmie, mais bien d'un arrêt de développement survenu au moment où les paupières allaient se former. D'autre part, il n'existe pas d'orbite parce que le crâne s'est moulé sur un œil avorté.

Conjonctivites pseudo-membraneuse et diphthéritique.

M. Chevallereau a observé en juin dernier une jeune femme qui eut dans les deux yeux une conjonctivite pseudo-membraneuse très nette.

Elle était tombée malade trois jours après sa petite fille qui avait été prise de l'œil gauche. Le lendemain l'œil gauche du mari et l'œil droit de la mère furent atteints. Tous guérirent très bien, sauf la femme qui conserva un leucome, suite d'ulcère superficiel, sur l'une des cornées.

Dans ces cas la contagion ne peut être révoquée en doute, ce qui constitue un premier fait intéressant, car d'ordinaire on observe plutôt des cas isolés de conjonctivite pseudo-membraneuse. De plus, cette famille habite la rue Gracieuse et, en face de la maison qu'elle y occupe, il y avait eu peu de temps auparavant deux cas de croup mortels.

Chez ces malades M. Chevallereau a utilisé le traitement qui lui a toujours réussi dans les cas analogues : lavages très fréquents des yeux et pommade à l'oxyde jaune de mercure à 1/50.

Il n'a pas fait d'examen bactériologique des fausses membranes.

M. Valude fut appelé un soir à sept heures auprès d'un jeune enfant qui depuis deux ou trois jours était soigné pour une conjonctivite catarrhale. Le cas lui parut bénin, et cependant le lendemain matin il trouva le malade avec des paupières tuméfiées, dures, des conjonctives couvertes de fausses membranes dures, épaisses, ne se détachant pas, enfin des cornées opaques. Ces dernières ne reprirent que partiellement leur transparence après huit jours de traitement par le jus de citron et les lavages très chauds.

A l'hôpital Saint-Louis également, dans le service d'accouchement de M. Bar, M. Valude a pu observer quelques cas analogues au précédent.

Il ne s'agirait pas ici d'une manifestation conjonctivale de la diphthérie, vu l'absence d'autres manifestations de cette affection. Ce serait une conjonctivite spéciale qui devrait être rapprochée de l'angine à streptocoque, laquelle simule l'angine diphthéritique.

M. Abadie croit que les variétés cliniques de conjonctivite dues à la diphthérie s'expliquent par des différences dans la virulence de l'agent infectieux. Il en trouve la preuve dans une épidémie de famille qu'il a observée. La mère perdit un œil, un enfant les deux, et deux autres enfants guérirent complètement. Il préconise le traitement par le jus de citron, mais il faut agir de bonne heure.

M. Vigne a soigné un cocher atteint de conjonctivite croupale peu de jours après la mort par diphthérie de sa petite fille, et, malgré le traitement, en quelques jours cet homme perdit la vue.

M. Despagnet a donné ses soins à un enfant atteint d'ophthalmie croupale ; dans un œil il faisait des cautérisations au jus de citron, dans l'autre il mettait de la pommade à l'iodoforme, dont l'action lui parut supérieure. Or, tout allait bien, lorsque, le trente-deuxième jour de la maladie, l'enfant, qui dépérissait depuis une quinzaine, fut pris d'une angine diphthéritique et enlevé en vingt-quatre heures. Ce cas démontre bien l'identité du croupe et de la conjonctivite.

M. Parent insiste sur la différence de gravité de la conjonctivite diphthéritique qui fait perdre la vue et de la pseudo-membraneuse qui guérit sans laisser de traces. Il rappelle que Fieuzal le premier employa le jus de citron contre cette maladie et que, à une certaine époque, Galezowski préconisait l'huile de cade.

M. Debierre, dans un cas de conjonctivite diphthéritique avec ulcération de la cornée chez un enfant, a obtenu la guérison avec leucome, laissant libre la partie supérieure de la cornée et permettant une iridectomie. Il avait pratiqué toutes les heures des lavages de l'œil avec la liqueur de Labarraque, touché l'ulcère avec le crayon d'aniline et fait des insufflations de pulvérulin de Stilling.

M. Gillet de Grandmont a vu un enfant pris de diphthérie mortelle, son frère atteint de conjonctivite diphthéritique et leur mère d'angine couenneuse.

Dans un autre cas, un enfant nouveau-né fut pris de la même affection et l'enquête démontra qu'elle devait être attribuée à ce qu'il était couché dans un berceau où deux ans auparavant son frère était mort de diphthérie.

M. Belliard admet que, dans les conjonctivites liées à la diphthérie, la gravité dépend, comme pour le croup, des associations microbiennes.

M. Meyer rapporte que pendant ses études en Allemagne il a eu l'occasion de voir des épidémies de conjonctivite diphthéritique dont on ne se fait pas d'idée en France. Chez de Græfe, dans l'espace d'un mois, il a observé 40 à 50 cas, alors que depuis une trentaine d'années à Paris il en a vu six. Il ne sait comment expliquer un pareil fait, étant donnée surtout la fréquence de la diphthérie à Paris.

En sus des deux formes : conjonctivite pseudo-membraneuse et conjonctivite diphthéritique, il faut admettre celle dont M. Valude a rapporté un cas et que l'on observe chez le nouveau-né.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 12 octobre 1893

Présidence de M. de Beauvais.

De l'intoxication par les coquillages.

M. Bardet. — J'ai eu cette année l'occasion d'observer, au bord de la mer, un grand nombre de cas de gastro-entérite de nature toxique occasionnés par l'ingestion d'huîtres, de moules ou de palourdes.

D'après mes observations, il y a deux sortes d'accidents bien distincts dans l'intoxication par les coquillages : — l'une, la plus fréquente, est due à l'intolérance de certains estomacs pour les mollusques, particulièrement pour les moules ; elle est caractérisée par l'indigestion, accompagnée d'urticaire, et l'on peut parfois observer de l'albuminurie, quand l'irritation cutanée a été très intense et surtout très étendue. — Le second mode, qui est beaucoup plus sérieux, prend la forme d'une gastro-entérite toxique grave avec phénomènes généraux et continuation des troubles gastriques pendant la convalescence, qui peut être fort longue ; il doit être attribué, suivant moi, à l'introduction dans le tube digestif et dans la circulation d'une toxine très énergique assez semblable à l'*amanitime* ou *muscarine* des champignons ; c'est la *mytilotoxine* dont l'existence a été chimiquement démontrée dans les moules malades.

Cette seconde forme ne s'observe guère qu'au bord de la mer, qui est le seul endroit où l'on puisse consommer des coquillages pendant l'été. Or, il est certain que pendant l'été tous les coquillages doivent éprouver des accidents qui amènent dans leurs tissus la formation d'un principe toxique. Maintes fois j'ai pu examiner les coquillages qui avaient causé une intoxication. Or, dans ces conditions, j'ai pu isoler des sujets d'aspect laiteux caractéristique. L'animal vit, car il se contracte au toucher, mais son foie est énorme, grisâtre et mou.

La toxicité peut être parfois excessivement grande, car je connais deux cas où l'ingestion d'une seule huître a provoqué

un ensemble de phénomènes si graves que j'ai cru d'abord à une attaque de choléra, et le malade a mis plus de trois mois à guérir.

Dans ces cas graves le tableau symptomatique est généralement le suivant :

Environ dix heures après l'ingestion, douleurs abdominales violentes, évacuations alvines répétées, parfois des vomissements (presque jamais alimentaires), malaise intense, vertiges, pouls faible, tendance au refroidissement. Souvent même la crise est plus violente au point de simuler, comme je l'ai dit, une attaque grave de choléra.

J'ai connu personnellement, cet été, seize empoisonnements par les coquillages, onze dus à des huîtres, deux à des moules de roches, trois à des palourdes ramassées sur la grève. Sur ces seize cas il y en eut quatorze de légers, un très grave et un qui a failli emporter la malade, une paysanne. Ces deux cas graves étaient dus à l'ingestion de palourdes.

Au point de vue du traitement, les deux principales indications sont les suivantes : 1° purgation saline énergique et répétée plusieurs jours de suite pour évacuer les matières suspectes et empêcher les résorptions toxiques ; 2° antisepsie du tube digestif par les moyens appropriés pendant les huit ou dix jours qui suivent.

Pendant la crise, mais après l'administration du purgatif qui est ce qui presse le plus, administrer des cordiaux, du café noir (pour relever le cœur). En cas de phénomènes circulatoires inquiétants, injections de caféine, inhalations de nitrite d'amyle (pour combattre l'anémie cérébrale).

Si la convalescence se prolonge, il est bon d'instituer un régime sévère, diète lactée, puis aliments légers, purgations légères répétées, antisepsie prolongée du tube digestif.

Conclusions. — Je crois qu'en présence de ces faits on ne saurait trop répandre dans le public qui pratique les côtes cette notion d'hygiène, que les coquillages de tout genre sont malades pendant les mois d'été et que leur consommation peut être la cause de troubles très graves. Par conséquent il serait sage de s'abstenir de coquillages pendant la saison chaude.

M. Main. — J'ai observé récemment, dans deux familles, six cas d'intoxications manifestement dues à l'ingestion de marennes blanches présentant, cependant, tous les caractères objectifs de la fraîcheur et de la bonne qualité. Les symptômes ont été constamment les mêmes : coliques, diarrhée séreuse, abondante et fétide.

M. Delthil. — En 1887, j'ai observé un cas très curieux d'intoxication par les moules chez un nourrisson qui était atteint d'urticaire chaque fois que sa nourrice mangeait des moules. Ces faits se sont produits trois fois d'une façon indiscutable et alors surtout que la nourrice n'était elle-même nullement indisposée par l'ingestion des moules.

Il semble donc, dans ce cas, que les accidents sont dus à la transmission de toxines par le lait de la nourrice et non, comme cela est admis, à une dyspepsie préalable. Je ne connais pas de faits semblables signalés par les auteurs.

M. Reliquet pense que l'époque du frai est pour quelque chose dans les intoxications vraies par les huîtres.

M. Garnault. — Etant chef de travaux de la Faculté des sciences de Bordeaux, j'ai eu l'occasion d'étudier à Arcachon, ville ostréicole, l'anatomie et la physiologie de l'huître, et je n'ai jamais constaté qu'il y eut d'accidents par suite d'ingestion d'huîtres parquées, même au moment du frai. Je crois que la formation de la ptomaïne a lieu de la façon suivante :

M. van Hœck a démontré que l'huître, tout en étant hermaphrodite, est mâle dans les deux premières années de son existence et femelle à partir de la fin de la deuxième année. A cette époque, au moment de la ponte, l'huître sécrète une grande quantité de matières albuminoïdes facilement coagulables qui s'accumulent dans l'eau renfermée dans la coquille, servant de cavité incubatrice. Or, ces matières albuminoïdes, surtout au moment de la chaleur de l'été, se gâtent très rapidement et forment des toxines. Dans la troisième année de son existence, l'huître est presque toujours laiteuse de mai à septembre. Elle ne donne lieu, cependant, lorsqu'elle est consommée fraîche et saine, à aucun accident d'empoisonnement.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 4 octobre 1893.

Présidence de M. Cordier

Abcès du cervelet.

M. Repelin, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans le service de M. Teissier. Il s'agit d'un abcès du lobe droit du cervelet survenu chez une jeune fille atteinte depuis cinq ans d'otite moyenne. Hémiplégie, coma, mais aucun symptôme spécial ayant permis de faire le diagnostic de la localisation.

M. Lépine fait remarquer que ce cas vient à l'appui de l'opinion de Nothnagel qui pense qu'il n'y a pas de symptômes cérébelleux lorsque la lésion a pour siège le centre même d'un lobe.

Lipomes diffus.

M. Lépine communique à la Société une observation curieuse de lipomes diffus qu'il a recueillie récemment. Il s'agit d'une femme de 45 ans, ayant une santé générale excellente, qui présente sur les bras et les cuisses d'énormes manchons lipomateux sillonnés de varicosités. Les deux mamelles sont aussi le siège d'une hypertrophie graisseuse considérable. Ces masses, à la palpation, sont infiniment plus molles que le lipome classique. L'affection s'est développée progressivement depuis six ans. A cette époque, la malade était porteur dans la partie supérieure de la région dorsale d'un lipome de volume et de consistance ordinaires.

M. Bard a vu un cas assez analogue à celui de M. Lépine. Il s'agit là en somme d'un phénomène de généralisation dans un tissu du même genre que celui qui a été le point d'origine de la tumeur primitive. C'est là la raison de la demi-malignité de ces productions. M. Bard rappelle que, l'an dernier, il a fait, devant la Société, les mêmes remarques pour des tumeurs du type sébacé.

Syphilis cérébrale et mercure.

M. Lépine relate l'histoire d'un jeune homme, ancien syphilitique, qui a été atteint, il y a quelque temps, d'accidents épileptiformes formidables, suivis de céphalée et de troubles de la parole persistants. Au bout d'un mois, M. Lépine, appelé à lui donner des soins, institua le traitement suivant : pendant 5 jours, frictions quotidiennes avec 4 gr. d'onguent napolitain. Dès le 3e jour, la céphalée augmenta considérablement, comme aussi l'excitation cérébrale. Jugeant que le mercure était mal supporté, M. Lépine supprima les frictions le 4e jour et fit prendre au malade 4 gr. d'iodure de potassium. Très rapidement une amélioration notable se produisit : la céphalée, l'embarras de la parole, l'obnubilation intellectuelle ne tardèrent pas à céder complètement. M. Lépine demande aux m mbres de la Société s'ils ont connaissance de faits semblables.

M. Colrat pense que, dans la syphilis cérébrale, le traitement ne produit souvent ses effets qu'au bout d'un certain laps de temps. Il a présent à l'esprit le cas d'un malade qui, sous l'influence d'une poussée de gommes, avait été atteint d'hémiplégie croisée. On institua le traitement mixte ; après quelques jours, le malade tomba dans le coma. On n'en continua pas moins à administrer iodure et mercure ; une amélioration décisive se produisit bientôt et, au bout de quinze jours, la guérison fut complète.

M. Cordier. — Au moment des accidents secondaires, le mercure n'a aucune action sur la céphalée. L'iodure de potassium, au contraire, la fait disparaître rapidement. A la période tertiaire, le mercure paraît provoquer souvent le ramollissement des gommes.

Un cas de paralysie labio-glosso-cérébrale.

M. Lépine relate une nouvelle observation de paralysie labio-glosso-cérébrale.

Homme de 60 ans ayant eu trois hémiplégies successives. A la suite de la 3e attaque, abolition complète de la parole. Quelques mois après, il présentait le tableau symptomatique classique ; marmottement à peine compréhensible ; impossibilité de sortir la langue, voix basse, flux salivaire, et enfin, fait très intéressant, mouvements réflexes de la face ; à certains

moments, brusquement la face devenait grimaçante. C'est, on le sait, ce dernier symptôme qui distingue la paralyste labio-glosso-cérébrale de la paralysie bulbaire.

A l'autopsie, on a constaté que les noyaux lenticulaires présentaient de nombreux points de ramollissement. Le bulbe semblait intact. L'examen microscopique en sera fait ultérieurement. En somme, observation classique. Le point particulier, c'est le petit volume des lésions.

Traitement de l'érysipèle de la face par les badigeonnages de gaïacol.

M. Bard. — On sait que le gaïacol en badigeonnages sur la peau est un antithermique puissant. Je l'ai expérimenté récemment dans 5 cas d'érysipèle. Chez ces 5 malades, il a été fait en tout 29 badigeonnages; chaque fois, la quantité de gaïacol employée a varié de 1 à 2 grammes; 3 fois le badigeonnage n'a été suivi d'aucun abaissement; 2 fois, il y a eu une élévation insignifiante; 1 fois l'élévation a été de 1°3, mais un empâtement parotidien a donné l'explication de cette anomalie. Dans tous les autres cas, on a observé, au bout d'une heure, un abaissement variant de 1 dixième à 2 degrés et demi et persistant 2 ou 3 heures. Ces 5 érysipèles étaient graves, accompagnés d'hyperthermie, de délire; deux ont été suivis d'abcès. Tous ont guéri. Les badigeonnages ont toujours été faits en dehors de la surface érysipélateuse, ils n'ont déterminé aucune irritation de la peau.

P. Lacour.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS

1er *semestre* 1893.

Variations physiologiques et pathologiques du chiffre de l'urée.

M. Hache récapitule un grand nombre d'observations et fait passer sous les yeux de l'auditoire des courbes comparatives du chiffre de l'urée et de la quantité d'urine. Il arrive à cette conclusion que si les variations du chiffre de l'urée ne peuvent fournir d'indications utiles, il en est tout autrement de l'étude des rapports qui unissent les deux couches d'urée et d'urines.

Les perturbations que l'on observe dans les rapports de ces courbes semblent intimement liées aux modifications fonctionnelles des organes dépurateurs, le foie et les reins, et peuvent ainsi fournir des indications précieuses pour le pronostic et le traitement de certaines affections.

Luxations spontanées du cristallin dans la chambre antérieure.

M. Bagnéris a observé deux fois cette luxation. La première fois, chez une femme d'une quarantaine d'années; la deuxième fois, chez un enfant de quatorze ans. Il attribue la pathogénie de cette affection à la myopie dans le premier cas, et à des altérations congénitales portant sur la zonule et peut-être à une inflammation chronique du corps vitré dans le second cas.

Intervention dans les luxations pathologiques du cristallin.

M. Bourgeois, s'appuyant sur trois observations personnelles, donne la conduite à suivre dans les luxations pathologiques du cristallin.

L'extraction du cristallin doit être pratiquée, dès que la luxation est reconnue, sans attendre les complications.

En effet, celles-ci sont à peu près inévitables: l'extraction du cristallin, devenu corps étranger, les préviendra.

La même règle doit être observée si le malade se présente en pleine période inflammatoire. C'est la présence du cristallin qui entretient les accidents. Son extraction les fait cesser. Si les phénomènes d'irritation datent de quelques mois, les membranes se désorganisent, et il n'est pas douteux que cette altération est amenée par le corps étranger, le cristallin luxé.

Par conséquent, on procédera toujours à l'extraction de la lentille, bien entendu si, au point de vue de la forme, l'œil est en état d'être conservé. Il sera toujours temps de recourir plus tard à l'énucléation, s'il y a lieu.

Le procédé employé sera l'extraction simple, sans iridectomie. La manœuvre de section de l'iris ne pourrait qu'amener une perte de vitreum. Comme il faut absolument chercher le cristallin avec une curette, c'est une perte nouvelle de corps vitré à escompter. Donc, point d'iridectomie; la curette, de la forme que j'ai indiquée, passe très bien à travers la pupille. La section de la cornée sera juste limitée au passage de la curette et du cristallin (celui-ci est toujours réduit). L'asepsie la plus absolue sera observée. Précaution capitale, l'opéré sera maintenu au lit pendant trois jours au moins.

Je vais plus loin. Je conseille d'extraire le cristallin pathologiquement cataracté même avant qu'il ne se luxe, puisque cette luxation est toujours imminente.

Je vais encore plus loin. Tout ce qui précède s'appliquant à l'œil privé de lumière, je me permets d'avancer que, si l'œil est encore vivant, il faut opérer par extraction la luxation pathologique, qu'elle soit complète ou incomplète, dès qu'elle s'est produite.

L'instrumentation parfaite et l'asepsie absolue, dont on dispose aujourd'hui, autorisent cette manière d'intervenir, qui sauvera l'œil et sa fonction visuelle là où elle n'est pas abolie, et qui conservera l'œil dans sa forme extérieure là où la vision n'existe plus.

Tumeur mixte du nerf optique et de l'orbite.

MM. Gaube et **Bourgeois** présentent une pièce pathologique au sujet de laquelle ils rapportent l'observation suivante:

M. G..., âgé de 69 ans, vieillard très valide, a été examiné pour la première fois le 7 avril 1893. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la protrusion du globe oculaire gauche en dehors. Le malade n'a constaté ce symptôme que depuis deux mois, en même temps que se développaient des douleurs orbitaires et péri-orbitaires vives.

Il dit que la vision de son œil gauche a disparu petit à petit il y a quinze ans, sans qu'il en ait été averti par aucune douleur: ceci permet d'éliminer le glaucome. La cécité, n'étant pas survenue brusquement, n'a pas été produite non plus par une hémorrhagie maculaire ni par une embolie de l'artère centrale. La perte de la vision, insistons sur ce point, était absolue, avec sens lumineux aboli; le malade est très explicite sur ce détail, et affirme qu'en fermant bien son œil droit il n'arrivait pas à distinguer le jour de la nuit. Il n'existait donc pas non plus de cataracte.

Ajoutons que cet œil gauche n'a jamais subi aucun traumatisme.

L'œil droit, lui, est absolument sain, avec acuité visuelle normale.

Il est donc infiniment probable que la perte de la vision de l'œil gauche a été amenée par une névrite, suivie de l'atrophie du nerf optique, lésions attribuables à une tumeur de ce nerf, laquelle remontait par conséquent à quinze années.

L'examen actuel montre le globe oculaire déjeté en dehors, ayant conservé ses dimensions. La cornée a perdu sa transparence et sa sensibilité. Les mouvements spontanés de l'œil sont excessivement limités; ils sont nuls en dedans. La palpation de l'œil et de l'orbite est douloureuse. En saisissant toute la masse entre les doigts, on peut lui imprimer des mouvements qui indiquent qu'il n'y a pas d'adhérences étendues avec les parois de l'orbite. Le doigt enfoncé dans l'orbite ne sent bien la tumeur que du côté interne; elle est dure et bosselée.

Impossible de préciser à ce moment si la tumeur a pris naissance dans le globe, ou bien si elle appartient exclusivement à l'orbite ou au nerf optique.

L'opération décidée a été pratiquée le 11 avril, avec l'assistance du Dr Gaube. L'œil a été énucléé selon les règles habituelles; le droit interne était tendu comme une sangle au-dessus de la tumeur, que l'on voyait bien après la section du muscle. Toute la masse enlevée par l'énucléation contenait l'œil et la portion antérieure de la tumeur. En explorant l'orbite avec le doigt, on trouvait encore un bon morceau du néoplasme, dont le doigt pouvait faire le tour, sauf au fond de l'orbite où la tumeur était solidement retenue. Une curette de Volkmann effectua rapidement la séparation de la tumeur, et procéda au grattage du fond de l'orbite. Très peu de tissu adipeux à extraire. Hémostase facile par injection froide de sublimé à 1: 1000.

Les suites de l'opération ont été très simples. La guérison est aujourd'hui complète.

L'examen de la tumeur a montré qu'elle était tout entière extra-oculaire, elle englobe dans sa masse le nerf optique. L'examen histologique a décelé un sarcome.

Un cas de typhus exanthématique.

M. Saurain lit l'observation d'un cas de typhus exanthématique.

Le nommé J..., âgé de 43 ans, trieur de laine à Reims, rue de Belfort, entre à l'Hôtel-Dieu, le 11 avril 1893, salle Saint-Remi, n° 16, dans un état assez marqué de cyanose de la face, de prostration et de délire. Il est à peu près impossible d'en tirer même de vagues renseignements. Il nous apprend cependant qu'il est malade depuis une dizaine de jours : il se plaint particulièrement de la tête; il a eu quelques saignements de nez, peu considérables d'ailleurs. C'est à peu près tout ce qu'on obtient, en fait de commémoratifs. Aux réponses qu'il fait, il mêle des paroles incohérentes, sans rapport avec les questions posées. Plus tard, on apprend de la famille qu'il est en effet malade depuis environ dix jours, qu'il s'est plaint surtout de sa tête et qu'en présence de l'aggravation de son état depuis deux jours, on s'est décidé à le faire admettre à l'Hôtel-Dieu. Il avait d'ailleurs pris avant son entrée un purgatif et un vomitif ordonnés par le médecin traitant.

L'examen du malade n'est pas beaucoup plus instructif : la fièvre est considérable (39°8), il y a des tremblements des membres supérieurs, une surdité assez marquée, du larmoiement et même un peu de conjonctivite. Si on lui fait tirer la langue, on remarque du trismus, le malade a une difficulté extrême à ouvrir même légèrement la bouche et à montrer sa langue. On peut cependant remarquer qu'elle n'est pas fendillée ou rôtie, mais simplement recouverte d'un enduit blanchâtre léger. Pas de sensibilité spéciale du ventre : le malade réagit quand on veut le lui palper, mais cette hyperesthésie existe aussi aux membres. Très léger météorisme, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Il y a par-ci par-là quelques taches sur l'abdomen, mais, de l'avis même de M. le Dr Luton, ces taches n'ont pas l'aspect de taches lenticulaires. Enfin, le pouls est bien frappé, non dicrote : il ne paraît pas y avoir de myocardite, ni à l'auscultation du cœur, ni à l'examen du pouls. La rate est hypertrophiée.

A l'auscultation de la poitrine, on entend des râles sous-crépitants et muqueux dans les poumons, surtout dans le poumon droit.

En présence des phénomènes ataxo-adynamiques et de l'hyperthermie, il était permis de penser à la fièvre typhoïde, mais la constipation, l'absence complète de gargouillements dans la fosse iliaque droite, presque complète de météorisme, l'état de la langue et aussi l'éruption anormale font suspendre le diagnostic. Le malade est soumis à la diète hydrique (12 avril).

Trente-six heures après son arrivée, le 13 avril, en présence de la constipation du malade, on lui administre un lavement purgatif, ce qui lui procure une selle, la première depuis son séjour dans la salle.

Il y a une éruption pétéchiale très marquée de taches variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une petite lentille. Cette éruption ressemble assez à celle de la rougeole : elle est très confluente ; les taches se disposent en arcs de cercle. La coloration lie de vin est absolument caractéristique, surtout pour les plus grosses de ces taches. Elles occupent particulièrement l'abdomen et la poitrine, mais il y en a aussi en grand nombre sur les membres. L'éruption manque totalement sur le visage et le cou.

L'état de prostration est plus marqué qu'à l'arrivée, le malade présente du délire tranquille et de la carphologie. Signalons encore l'état de la courbe thermométrique en plateau et non à oscillations comme dans la typhoïde.

Il ne manquait plus pour établir le diagnostic de typhus exanthématique que l'examen nécropsique de l'intestin : l'individu meurt le 14 avril, à quatre heures et demie du soir, après avoir été cyanosé toute la journée, surtout dans les deux heures précédant la mort.

Le lendemain, l'autopsie est faite et confirme le diagnostic.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

1er *semestre* 1893.

Fœtus appartenant à la famille des pseudencéphaliens.

M. Reibel présente un fœtus appartenant à la famille des pseudencéphaliens et au genre des nosencéphaliens (classification de Isid. Geoffroy Saint-Hilaire). La mère, une femme A..., âgée de 36 ans, ayant déjà accouché quatre fois normalement d'enfants bien constitués, n'avait plus vu ses règles depuis bientôt sept mois, quand le mardi 13 décembre 1892, vers six heures du soir, sans cause connue et sans douleurs, elle perdit une quantité d'eau énorme (environ 10 à 12 litres) par les voies génitales. Le ventre, très gros jusqu'alors, s'affaissa aussitôt.

L'accouchement dont il s'agit a présensé les particularités suivantes :

1° Un hydramnios ;
2° Un placenta prævia;
3° Une chute du cordon;
4° Une présentation de la face en mento-iliaque gauche postérieure;
5° Une expulsion spontanée du fœtus mort.

M. Vallois, à l'occasion de la communication précédente, fait voir un fœtus exencéphale avec spina bifida, provenant d'une femme sourde et muette. Le père du fœtus était également atteint de surdi-mutité. Il existait, comme dans le cas de M. Reibel, un hydramnios considérable, mais le fœtus se présentait par le siège. Après qu'on en eut délivré la mère, apparut un second fœtus en présentation transversale qui put être extrait vivant. — Le premier fœtus seul était monstrueux. Son placenta était plus volumineux que celui du jumeau normal et était parsemé de taches blanchâtres provenant d'anciennes hémorrhagies. Le monstre pesait 480 grammes et mesurait 24 centimètres ; le second enfant, normalement constitué, mesurait 35 centimètres. — M. Vallois fait ressortir la rareté du cas dont il s'agit et dont il n'a retrouvé que deux exemples dus à M. Budin et à M. Bonnaire.

Rétrécissement néoplasique de l'œsophage.

M. Gross présente un homme de 60 ans, chez lequel, il y a un an environ, se sont montrés les premiers symptômes d'un rétrécissement néoplasique de l'œsophage traité d'abord par le cathétérisme. Depuis 5 mois environ, la déglutition des aliments solides est impossible, et le malade dut se nourrir exclusivement de bouillon, lait, vin, œufs; dans ces conditions, M. Gross s'est cru autorisé à proposer l'opération de la gastrostomie.

L'opération fut acceptée par le malade et pratiquée en deux temps : gastropexie le 18 mai et gastrostomie le 20. Les suites opératoires ont été absolument simples, et l'alimentation par la bouche stomacale se fait régulièrement et facilement. Malgré cela le malade n'a pas augmenté de poids, mais celui ci n'a plus diminué.

Fibromyome utérin.

M. Gross montre un fibromyome utérin qu'il a enlevé le matin même, chez une femme de 50 ans, faisant remonter le début de sa tumeur à dix-huit mois seulement, mais atteinte depuis cinq mois de pertes sanguines continuelles ayant déterminé un état d'amaigrissement et d'anémie profonde. La tumeur abdominale a présenté de particulier, à l'examen clinique, une consistance pseudo-fluctuante pouvant faire croire à un kyste ovarique; mais le résultat du toucher vaginal et de l'hystérométrie précisa le diagnostic de fibromyome utérin. On songea à une tumeur fibrocystique. M. Gross pratiqua l'hystérectomie supra-vaginale avec traitement du pédicule par la méthode extra-péritonéale (procédé de Hégar).

L'opération se passa sans accident. Il s'agit d'un volumineux fibromyome interstitiel développé dans la paroi postérieure de la matrice. Au point de vue anatomo-pathologique, la tumeur présenta de particulier qu'elle renfermait un très grand nombre de lacunes et de kystes lymphatiques tapissés d'endothélium (examen histologique pratiqué par M. Baraban); son poids est de 3,600 grammes.

Formol.

M. Schmitt communique à la Société une nouvelle série de recherches sur le formol.

Après avoir présenté des pièces anatomiques conservées depuis plusieurs semaines dans des solutions de formol à 2 et 4 0/00, et montré l'action nécrotisante des solutions fortes de formol sur un cobaye qui, à la suite d'une injection sous-cutanée de cinq gouttes d'une solution à 40 0/0, subit une véritable résection de la cuisse, il passe à l'action antiseptiques des vapeurs de formaldéhyde.

Dans une première série d'expériences, il montre que les vapeurs de formol produites par l'évaporation spontanée d'une solution à 40 0/0, en proportion de 1 c. c. pour 10 litres, dans un espace non hermétiquement clos, empêchent le développement de toutes espèces bactériennes ensemencées sur milieu solide ou liquide.

Dans une seconde série d'expériences, il a vu que les micro-organismes soumis aux vapeurs de formol ne sont pas inoculables.

Enfin, en troisième lieu, M. Schmitt a étudié le formol au point de vue de la désinfection générale.

Bien que cette substance donne dans certains cas d'excellents résultats, l'auteur est d'avis qu'on ne peut encore en généraliser l'usage.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS

1er semestre.

Gastrostomie et pylorectomie.

M. Peugniez fait une communication sur trois gastrostomies et une pylorectomie. Il désire montrer que la chirurgie peut améliorer certaines affections gastriques et soulager certains malades de l'estomac pour lesquels la médecine était demeurée impuissante. Il fait le tableau rapide de ces trois gastrotomisés.

Le premier, un homme de 52 ans, avait cessé de boire depuis 4 à 5 mois. Peu à peu la déglutition des solides était devenue difficile, les aliments étaient vomis peu de temps après leur ingestion; cette dysphagie, passagère d'abord, s'était étendue aux liquides, le malade ne pouvait plus rien avaler. Le cathétérisme œsophagien était possible néanmoins, et une olive de moyen calibre pouvait encore franchir l'obstacle qui siégeait au cardia. Il y a lieu de remarquer ce fait: une olive passait encore et les liquides ne passaient plus, parce qu'il y avait évidemment un certain degré d'œsophagisme.

Le deuxième malade, alcoolique de 55 ans, était un buveur vraiment extraordinaire: 4 bouteilles de vin, 20 litres de bière, du cognac encore, ne lui faisaient pas peur au cours d'une journée. Cependant il n'a pas les signes de l'alcoolisme chronique, c'est un simple artério-scléreux. Pas d'autres antécédents pathologiques qu'un léger ictus apoplectique il y a dix ans.

Il y a six mois, brusquement au milieu du repas, il ne peut plus manger, se met à vomir et reste trois semaines sans pouvoir rien absorber. M. Mollien lui cathétérise son œsophage, il reprend sa nourriture pendant trois semaines. Mais quand il est arrivé dans le service de l'Hôtel-Dieu, il s'est mis à réclamer de suite la gastrotomie à la vue du premier opéré, tant il souffrait de faim et de soif.

Un troisième malade analogue aux deux premiers, a 50 ans; c'est aussi un alcoolique. C'était le moins atteint, c'est maintenant le seul qui soit mort: il a refusé de se faire opérer.

M. Peugniez rapporte ensuite le procédé opératoire auquel il s'est arrêté.

Pour le premier malade il a employé le procédé de Terrier fort peu modifié: incision à gauche dans le creux épigastrique, le long des fausses-côtes gauches, suture de l'estomac à la paroi abdominale; incision très petite de 1 centim. à peine. Le feuillet séreux a été suturé à la paroi abdominale: muscles et péritoine, la muqueuse à la peau. Pour ne pas infecter la muqueuse, les premiers points de suture n'ont compris que la séreuse et la musculeuse de l'estomac. Le lendemain le malade est nourri sans accidents infectieux. Mais le liquide injecté dans l'estomac s'écoule presque aussitôt par la bouche gastrique, bien qu'elle soit petite. Le malade dépérissant, quinze jours après, on lui met un appareil en caoutchouc composé de deux ballons, un dans l'estomac, l'autre extérieur, réunis ensemble par un tube de caoutchouc qui passe par l'orifice stomacal. Les deux ballons sont gonflés et s'appliquent tous deux sur cet orifice pour l'obturer. Par le tube médian on peut introduire les liquides. Malgré cet appareil, qui présente l'inconvénient d'être gênant, le malade va bien et mange maintenant les choses agréables par la bouche, réservant celles qui sont utiles pour l'estomac.

Chez le deuxième malade, M. Peugniez a fait une incision qui lui paraît supprimer cet inconvénient qui a préoccupé tous les chirurgiens qui se sont occupés de la question : la sortie des liquides hors de l'estomac. L'incision de Terrier porte sur la face antérieure de la grande courbure et a l'inconvénient d'être trop déclive, un orifice pratiqué plus haut est préférable. Aussi l'incision cutanée était faite sur la ligne médiane à partir de l'appendice xiphoïde, le foie est mis à découvert, le foie est mis à découvert, le doigt glissé en dessous du lobe gauche du foie est poussé jusqu'à la colonne vertébrale et ce doigt en crochet ramène la petite courbure de l'estomac ; un orifice est pratiqué à ce niveau près du cardia. De la sorte les liquides ne sont plus ressortis après avoir été introduits dans l'estomac.

Le troisième malade était mourant et cachectique. Son cancer ne siégait plus au cardia, mais en haut de l'œsophage, il n'avait plus ni palais, ni pharynx. Il fut gastrotomisé aussitôt son arrivée et alimenté de suite avec 1 litre de lait. Mais comme il asphyxiait, il fut trachéotomisé et rendit par la canule trachéale les liquides injectés dans l'estomac : il y avait communication entre sa trachée et son œsophage et les liquides étaient passés dans son poumon.

Enfin un quatrième malade était distinct du précédent. Il vomissait intégralement les aliments qu'il mangeait de 1 à 2 heures 1/2 après les repas. Il n'avait eu ni hématémèse, ni melœna; aucune tumeur ne pouvait être perçue dans la région stomacale. Mais il maigrissait et avait le teint jaune paille. L'incision cutanée médiane conduisit sur un cancer du pylore descendant de trois travers de doigt sur le duodénum et remontant un peu sur l'estomac. L'estomac fut difficile à attirer au dehors. L'épiploon gastro-hépatique, puis le grand épiploon furent isolés par des sutures, la portion supérieure du duodénum et l'estomac amenés au dehors.

Une pince à ligaments larges fut garnie de drains à ses mors pour que la pression en fût moins dure, puis deux pinces placées l'une au niveau du tissu sain de l'estomac, l'autre sur la tumeur, afin d'éviter l'hémorrhagie toujours si abondante en pareil cas et l'issue des matières stomacales qui seraient tombées dans le péritoine, le duodénum fut pincé de la même façon au-dessous de la tumeur. Section entre les pinces, extirpation du cancer. Puis pour aboucher l'orifice stomacal trop grand avec l'orifice duodénal trop petit, il a fallu d'abord rétrécir l'estomac. Trois plans de suture muqueux et deux séro-séreux ont été faits pour suturer le duodénum à l'estomac, en tout 185 points de suture. L'opération a duré deux heures et demie. Malheureusement il a fallu laisser dans l'épiploon des paquets de ganglions néoplasiés. On a donné toutes les trois heures au malade un lavement de peptones et de poudre de viande. La destinée de cet homme est fatale, car hier même la plaie abdominale était refermée, mais une petite nodosité existe déjà dans la peau. Or il y a vingt jours que l'opération a été faite.

Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Specialærzte), publiée par le professeur Drasche, Vienne, 1893.

Cette publication d'un genre tout à fait nouveau est fort bien comprise pour permettre aux médecins praticiens et aux spécialistes de se tenir au courant du mouvement scientifique. Réunis par ordre alphabétique sous la forme de dictionnaire, les différents articles sont en outre groupés par spécialités (maladies des enfants, gynécologie, pharmacologie et toxicologie, chimie, etc.).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Phlegmon du ligament large, Leçon faite à l'hôpital Lourcine-Pascal, par M. le docteur S. Pozzi, recueillie par M. Albert Martin, interne des hôpitaux.

L'observation de la femme L..., couchée au lit n° 1, vous offre le type du phlegmon du ligament large, tel qu'on l'observe consécutivement à l'accouchement. Si nous nous reportons à l'histoire de sa maladie, nous voyons, en effet, que les accidents ont débuté chez elle, il y a quatre mois, après un accouchement à terme, fait par une sage-femme (notons en passant que cette sage-femme est déjà âgée, ce qui est une raison probable pour qu'elle ignore les principes les plus élémentaires de l'antisepsie). Aucune injection intra-utérine ni même vaginale n'a été faite après l'accouchement. Six jours après, la malade est prise tout à coup de frisson violent et de douleurs dans la fosse iliaque droite. En même temps une fièvre ardente s'allume et persiste pendant plus d'une semaine.

Ce mauvais état s'atténue ensuite graduellement, et quinze jours après son accouchement la malade se lève, ne se plaignant plus que de douleurs à droite, sans pourtant qu'il y ait encore de tuméfaction de ce côté. Mais elle ne reste levée que quelques heures de l'après-midi et ne peut reprendre son travail.

Cette situation se prolonge jusqu'au 20 mars. Ce jour-là, la malade est obligée de garder le lit tout à fait, ses douleurs s'accentuant et une tuméfaction apparaissant au niveau de la fosse iliaque droite.

Son médecin la traite par des injections vaginales chaudes et l'application d'un vésicatoire sur le côté droit ; il lui prescrit le repos le plus absolu. La fièvre et les douleurs continuent.

C'est seulement trois mois après l'accouchement que la malade rend pour la première fois par le vagin environ un verre de pus. Depuis ce temps, cette évacuation spontanée de pus s'est reproduite presque tous les jours jusqu'au moment de l'opération.

La malade n'entre à l'hôpital que le 21 mai.

A l'examen, par le palper abdominal combiné au toucher vaginal, on constate du côté droit une tumeur qui comble le cul-de-sac latéral, occupe toute la fosse iliaque de ce côté et remonte à cinq ou six travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope en formant dans cette région une sorte de plaque ou plastron assez régulièrement quadrilatère. Le doigt a la sensation d'un empâtement résistant et même à certains endroits celle d'une fluctuation nette. D'ailleurs, l'écoulement de pus par le vagin et l'exploration de la tumeur ne laissent aucun doute sur sa nature. Je fais le diagnostic de phlegmon du ligament large du côté droit. Le cul-de-sac gauche est en effet absolument libre, et rien n'est senti ni en arrière, ni en avant de l'utérus.

Durant les trois ou quatre jours qui ont suivi l'entrée de la malade à l'hôpital, son état général s'est un peu amendé ; sa température, en effet, n'a pas dépassé, les 23 et 24 mai, 37° et quelques dizièmes et j'ai été d'avis alors de patienter. Peut-être, en effet, n'aurions-nous pas à intervenir, et cette malade pouvait guérir comme est en train de guérir actuellement une autre malade de la salle, le n° 15, qui est entrée pour la même affection.

Je vous parlerai, du reste, tout à l'heure, des divers modes de terminaison du phlegmon du ligament large et je vous signalerai celui-là.

Revenons maintenant sur l'évolution clinique que notre malade a présentée.

En somme, cette évolution n'a pas été aussi rapide qu'on l'observe communément, et c'est ce qu'elle présente de particulier. Nous y observons aussi deux rémissions bien nettes : la première, probablement due à ce que le pus se collecte en foyer, répond au 10e jour environ de la maladie ; la seconde reconnaît pour cause l'évacuation spontanée d'une partie du pus collecté par une fistule vaginale.

La marche du phlegmon du ligament large ne ressemble donc en rien, comme vous pouvez le constater, à celle du pyosalpinx et des abcès pelviens. Elle est beaucoup plus rapide et s'accompagne de symptômes généraux (fièvre, frissons, sueurs profuses) beaucoup plus graves.

Au point de vue étiologique, l'affection qui nous occupe diffère également des pyosalpinx. La puerpéralité doit être à peu près seule incriminée dans le cas de phlegmon du ligament large, tandis que la blennorrhagie cause en réalité plus de salpingites purulentes que les accouchements n'en occasionnent.

Notons toutefois que certains traumatismes chirurgicaux pratiqués dans de mauvaises conditions antiseptiques ont été suivis quelquefois de phlegmon du ligament large.

Anatomiquement encore, le phlegmon du ligament large diffère du pyosalpinx; le premier étant presque toujours unilatéral, le second bilatéral.

Enfin, la terminaison est tout autre. Il y a ici tendance à une évolution rapide du fait de la tension de la poche soit vers l'extérieur, soit vers quelque organe du petit bassin.

Dans le premier cas, la collection purulente, une fois formée, vient s'ouvrir au dehors, ou bien à la partie interne de l'arcade crurale, immédiatement en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, ou bien à l'entonnoir crural et dans la gaine des vaisseaux fémoraux, après avoir fusé le long du ligament rond. Dans le second cas, le pus tend à passer dans la vessie, le rectum ou bien encore dans le vagin, après avoir perforé le cul-de-sac postérieur. C'est cette dernière ouverture qui est la plus fréquente.

Cette évacuation spontanée peut être complète et la poche se vider complètement; mais il peut se faire aussi qu'il n'y ait qu'une série d'évacuations successives incomplètes et peu abondantes. Elles ne font alors que prolonger la durée de l'affection : la suppuration persiste indéfiniment, la malade s'affaiblit, se cachectise et succombe finalement d'hecticité.

Il peut arriver encore que, la suppuration s'étant tarie, vous croyiez la guérison complète, alors qu'il reste dans le foyer des résidus inflammatoires (sortes de séquestres microbiens) qui ne demandent qu'à donner lieu à une autre poussée aiguë, laquelle surviendra à l'occasion d'un mauvais état général ou d'une infection nouvelle (fausse-couche, fièvre typhoïde, etc.).

L'amélioration que nous avions constatée chez notre malade quelques jours après son entrée à Pascal ne s'étant pas maintenue, mais, au contraire, de nouvelles poussées fébriles se manifestant chez elle avec frissons, sueurs profuses, etc., nous décidons l'opération.

En pareil cas, le début du traitement est évidemment d'évacuer le foyer aussi complètement que possible. Comment le faire ? On a conseillé l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin faite aussi en arrière que possible. Mais nous rejetons cette méthode parce qu'elle offre trop de dangers, parmi lesquels la blessure des uretères.

On fait plus souvent l'incision par l'abdomen; si le pus est sous la peau, l'opération est aisée, elle se borne en somme à une simple ouverture d'abcès. Mais, si l'intervention est plus hâtive, il peut bien se faire que la collection purulente ne vienne pas encore faire saillie sous la paroi et il faut aller à sa recherche. C'est alors le cas de faire ce que j'ai conseillé dans un mémoire à la Société de chirurgie en 1886 : je veux parler de la *laparotomie*

sous-péritonéale. Je repousse comme dangereux le grattage de la poche, qui expose à la lésion des vaisseaux, branches de l'artère hypogastrique lesquelles traversent quelquefois le foyer sous forme de véritables brides. Les grosses veines iliaques peuvent également être ouvertes par le frottement de la curette.

Chez la malade en question, vous m'avez vu prendre une méthode en quelque sorte mixte. Je vous rappelle, du reste, l'opération que j'ai pratiquée le 30 mai. La malade étant chloroformée et toutes les précautions antiseptiques habituelles étant prises (lavage du vagin et de la paroi abdominale), j'ai fait une incision de 7 à 8 cm., parallèle à l'arcade de Fallope et analogue à celle pratiquée pour la ligature de l'artère iliaque externe. Par la plaie ainsi faite il y a eu aussitôt évacuation d'environ un verre de pus et de lambeaux de tissu cellulaire sphacélé. Poussant ensuite par cette plaie l'index de ma main gauche dans la fosse iliaque jusqu'à sentir mon index droit qui presse sur le cul-de-sac postérieur, je me suis servi de ces deux doigts comme guides d'un grand trocart courbe de Chassaignac qu'un aide poussait du vagin vers la plaie abdominale. Ce trocart m'a servi de conducteur pour un gros drain en croix dont une des extrémités est amenée à la vulve, tandis que l'autre avec sa branche horizontale est maintenue dans la fosse iliaque au-dessous de l'incision.

Je peux ainsi laver avec une solution de sublimé faible ou plus simplement avec de l'eau bouillie tout le foyer purulent.

Le drainage est en plus assuré par des lanières de gaze iodoformée enfoncées dans la fosse iliaque. Le vagin est garni également de gaze iodoformée.

Des lavages quotidiens ont été faits,

Vous avez pu voir l'heureux résultat de ce traitement : le 3 juin, en effet, le drain a été enlevé; il n'y a plus de suppuration.

On se borne maintenant à faire des injections vaginales antiseptiques et à panser la plaie.

Dans cet aperçu clinique du phlegmon du ligament large, nous n'avons pas eu l'occasion de passer en revue toutes les opinions qui ont été émises à son sujet; nous allons maintenant les examiner, d'autant mieux qu'elles sont plus à leur place dans l'étude anatomo-pathologique de la question.

L'existence même des phlegmons du ligament large a été mise en doute et on s'est basé pour cela sur ce point que les deux lames du péritoine étaient intimement accolées l'une à l'autre et qu'il n'y avait pas de tissu cellulaire entre elles.

Or, des autopsies ont prouvé le contraire et il est démontré que si le tissu cellulaire est peu abondant entre les deux feuillets, du moins il existe et il y est très lâche.

Il est donc certain que le ligament large est pris; mais il n'est peut-être pas toujours le point de départ et, en tout cas, ce n'est pas toujours le seul lieu de la suppuration.

Rappelons à ce sujet les opinions diverses de quelques auteurs : d'abord, de ceux qui, sous le nom de *paramétrite*, ont décrit l'inflammation de tout le tissu cellulaire péri-utérin, puis celle de Bernutz et Goupil qui donnent le nom de *périmétrite* à une inflammation faisant le tour pour ainsi dire de l'utérus et prenant son point de départ dans le péritoine pelvien.

Plus récemment, Alph. Guérin nie catégoriquement le phlegmon du ligament large ; il en fait un *adéno-phlegmon juxta-pubien*, résultat d'une lymphangite du réseau lymphatique du col de l'utérus qui va dans un ganglion placé près du trou sous-pubien. Mais sa théorie tombe devant les faits anatomiques ; la conception du ligament large n'est pas telle qu'il l'envisage et de plus le ganglion sous-pubien ne reçoit pas de lymphatiques du col utérin.

Lucas-Championnière soutient que le phlegmon du ligament large est dû à une lymphangite, et fait jouer tout le rôle aux vaisseaux lymphatiques,

Enfin, il est une dernière théorie, d'abord émise par Aran, puis rejetée totalement, et à laquelle on tend maintenant à revenir, c'est celle qui admet le rôle de l'inflammation des trompes dans les inflammations péri et para-utérines.

De toutes ces discussions nous concluons qu'il faut admettre une opinion éclectique et considérer non seulement le rôle des trompes, mais encore celui du tissu cellulaire et des lymphatiques dans la production des suppurations pelviennes.

A propos des lymphatiques, reportons-nous d'ailleurs à l'anatomie; nous y verrons qu'on peut considérer deux parties dans le ligament large (elles ont été étudiées surtout par Delbet) : une partie supérieure constituant les ailerons ou partie velamenteuse, et une partie inférieure ou région du pédicule hypogastrique ou base du ligament large. Pour Delbet. La phlegmasie peut siéger dans l'une ou dans l'autre de ces deux parties. A chacune d'elles, en effet, répond un groupe de lymphatiques. Que l'inflammation se propage aux vaisseaux lymphatiques du fond de l'utérus qui, longeant la trompe et les ovaires, vont aboutir aux ganglions situés devant les apophyses transverses des vertèbres lombaires, l'on sera en présence d'une *périlymphangite tronculaire supérieure*. Elle est presque toujours d'origine puerpérale ; que l'inflammation se propage, au contraire, aux vaisseaux lymphatiques qui, venus du col de l'utérus, longent l'artère hypogastrique et la base du ligament large pour aboutir aux ganglions situés sur les parois de l'excavation pelvienne, l'on sera en présence d'une *périlymphangite de la base du ligament large*. Dans quelques cas, le péritoine reste presque indemne ; des fausses membranes se surajoutent à sa surface et forment des poches plus ou moins considérables.

En résumé, nous pouvons dire que les voies de propagation, en cas d'infection de cause puerpérale ou autre, sont : 1° *les lymphatiques,* soit ceux de la partie inférieure, soit ceux de la partie supérieure du ligament large ; 2° *le tissu cellulaire ;* 3° *la muqueuse tubaire.* (Il y a alors salpingite concomitante. Il est, du reste, des phlegmons du ligament large qui ne sont que des pyosalpinx propagés) ; 4° *le péritoine* lui-même.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE NÉVROLOGIE

19e *réunion annuelle tenue à Long-Branch les* 25, 26 *et* 27 *juillet* 1893.

Rhumatisme du système nerveux.

M. Lyman. — Les formes de ce rhumatisme qui affectent surtout la sensibilité ne sont pas souvent diagnostiquées. Elles se rencontrent surtout chez des gens un peu âgés, arthritiques et nerveux ; ce rhumatisme est passager, change de place et a une courte durée. Il se traduit par des picotements à la surface de la peau ; souvent il affecte le cuir chevelu. Rarement la durée d'une attaque dépasse un jour. Il y a souvent des perversions de la sensibilité au niveau des trompes d'Eustache et du pharynx ; le malade perçoit aussi quelquefois dans la langue des sensations désagréables ; il peut aussi y avoir des névralgies ; l'œsophage, les muscles de l'œil peuvent être pris. Il y a une toux paroxystique et de la

céphalée. Le symptôme le plus intolérable est souvent la gastralgie.

De la température dans la paralysie générale.

M. Peterson. — Dans la paralysie générale, il y a, prétend-on, de grandes variations de température; cette température ne serait pas souvent la même dans les deux aisselles. J'ai fait avec M. Langdan des études sur 25 paralytiques généraux et nous sommes arrivés aux conclusions suivantes : 1° En général, la température dans la paralysie générale est normale; 2° les oscillations diurnes de cette température sont les mêmes que les oscillations physiologiques; 3° les différences de température entre les deux aisselles sont si faibles qu'elles n'ont aucune importance; 4° quand il survient une température anormale, on doit en rechercher la cause dans les éléments étrangers à la paralysie générale. C'est ainsi que j'ai vu chez un paralytique général une élévation de la température due à une pneumonie qui ne se révéla qu'au bout de 5 à 6 jours. D'autres fois j'ai vu cette élévation thermique causée par des eschares.

M. Gray. — Le terme de paralysie générale désigne plusieurs états morbides; souvent il s'agit de syphilis cérébrale.

M. Sachs. — Mes observations confirment celles de M. Peterson; souvent la fièvre est due à des complications gastriques.

Atrophie musculaire progressive.

M. Hammond. — Une femme de 46 ans, ne présentant aucun antécédent de goutte, de rhumatisme ou de syphilis, tomba sur une chaise en 1889 et se contusionna la jambe droite. Peu après survint un affaiblissement des fléchisseurs du pied et des extenseurs des orteils. En octobre 1890, il y eut une paralysie complète de toute la jambe droite, il y avait aussi de la réaction de dégénérescence et de la perte de la contractilité électrique du tibial antérieur de la jambe gauche, ainsi que de l'atrophie et de la paralysie des éminences thénar et hypothénar de la main droite.

Rapidement les quatre membres furent pris, puis les muscles abdominaux et intercostaux furent pris à leur tour. La malade mourut subitement. A l'examen de la moelle, on trouva de la sclérose des cordons pyramidaux et une atrophie des cellules des cornes antérieures avec une dégénérescence des faisceaux de Gowers. Cette autopsie a montré, par suite de la disposition des lésions, que les muscles de la main sont innervés par le groupe cellulaire moyen, et les muscles de l'avant-bras par le groupe cellulaire antérieur de la corne antérieure.

En 1882, j'ai observé un second cas que j'ai suivi jusqu'en 1893. Cette seconde malade mourut d'épuisement après avoir présenté des signes de manie. La moelle présentait les mêmes lésions que dans le cas précédent. Ceci montre que l'atrophie musculaire progressive est due à une dégénérescence des cellules des cornes antérieures et des cordons blancs antéro-latéraux. Il est superflu de diviser l'atrophie musculaire progressive en un certain nombre de types, suivant le début de chacun.

M. Sachs. — Il n'y a aucun doute que le type Aran-Duchenne est d'origine spinale; je ne sais trop si le cas décrit par M. Hammond correspond au type péronier décrit par M. Charcot, Tooth, Hoffmann et moi-même.

M. Preston. — Je crois que la première lésion en date consiste dans des lésions vasculaires.

Névrite optique, cécité et réflexe patellaire dans les affections cérébelleuses.

M. Dercum. — Les symptômes des affections du cervelet sont inconstants et variables; ils sont souvent difficiles à expliquer. Je m'occuperai spécialement de la névrite, de la cécité et du réflexe patellaire. On peut trouver une névrite optique avancée sans qu'il y ait de troubles de la vision. La cécité qu'on trouve en outre dans certains cas a donc une signification spéciale. La névrite optique des affections cérébelleuses est généralement intense et, de plus, elle se complique presque toujours plus ou moins tardivement de cécité. La proximité des tubercules quadrijumeaux peut jusqu'à un certain point expliquer cette cécité. L'ataxie et la perte de stabilité qu'on remarque dans ces cas doivent être rapportées à une lésion du vermis. Si une tumeur occupe la partie antérieure du vermis, et si elle grossit, elle finit par comprimer les pédoncules cérébelleux supérieurs et probablement les tubercules quadrijumeaux eux-mêmes; cela explique la névrite et la cécité. Il y a de la surdité dans certains cas de tumeurs du cervelet; elle s'explique de même : en effet Spitzka, Monakow et d'autres ont montré que très probablement les tubercules quadrijumeaux postérieurs ont des relations avec les fibres auditives. La perte du réflexe patellaire est probablement due à une disparition du tonus musculaire. Quand les lésions sont avancées, il y a perte du réflexe à la lumière.

M. Preston. — Dans deux cas, j'ai trouvé une perte du sens musculaire.

M. Knapp. — Dans tous les cas que j'ai observés il y avait de la névrite optique, la cécité a été moins constante. Je n'ai jamais vu la surdité.

M. Leszynski. — Je crois que la méningite basale concomitante est souvent la cause de la névrite optique. Souvent la névrite est un symptôme tardif.

Réduction des luxations des vertèbres cervicales.

M. Walton. — La luxation des vertèbres cervicales est plus fréquente qu'on ne le croit et est souvent méconnue. La réduction par l'extension telle qu'on la pratique d'ordinaire est un mauvais moyen. Il existe des cas de réduction spontanée, ce qui prouve que la notion de direction prime celle de force.

Ces considérations nous ont conduits, M. Richardson et moi, à la découverte de la méthode suivante : Supposons, pour fixer les idées, que l'apophyse articulaire gauche d'une vertèbre ait glissé en avant de celle qui est située en-dessous. Cette luxation a pour effet d'incliner la tête vers la gauche et de tourner la face vers la droite. On obtient la réduction en reportant la tête vers la droite pour enlever l'apophyse articulaire; celle-ci étant ainsi soulevée, si on imprime à la tête un mouvement de rotation portant la face à gauche, on remet la vertèbre en place. Dans le cas de luxation bilatérale, il faut cette série de manœuvres d'abord d'un côté, puis de l'autre. J'ai pratiqué cette opération pour une luxation datant de 10 jours. Je crois qu'on réussirait encore, même au bout de plusieurs mois.

Acromégalie, hémi-hypertrophie faciale.

M. Dana. — J'ai vu un homme de 30 ans qui était un véritable géant, puisque sa taille atteignait 1 m. 97. Ses os malaires et frontaux présentaient un développement énorme. Il est mort subitement. Il avait présenté de l'acromégalie et de l'hypertrophie unilatérale de la face. A l'autopsie on trouva un cerveau normal, mais la glande pituitaire était très hypertrophiée. La glande thyroïde pesait 124 grammes. Les pieds et les mains avaient augmenté de volume. Chez un autre sujet, ayant une taille de 2 m. 30 et âgé de 19 ans, j'ai constaté, avec un faible développement musculaire, des symptômes d'acromégalie. Il présentait une hypertrophie faciale unilatérale due principalement à des formations osseuses. L'acromégalie est quelquefois associée avec les tailles géantes. Je crois que les géants représentent plus souvent des cas pathologiques que des développements physiologiques excessifs. La glande pituitaire ne paraît pas étrangère à ces troubles. Sur 12 autopsies on a trouvé 10 fois cette glande hypertrophiée.

M. Dercum. — L'acromégalie ne consiste pas dans un allongement des os, mais dans une augmentation de leur diamètre.

M. Collins. — L'augmentation de la taille chez les géants d'une part et l'acromégalie d'autre part constituent deux maladies bien distinctes. Dans la première, les lésions portent principalement sur les diaphyses et accessoirement sur les épiphyses. Dans l'acromégalie les lésions sont localisées dans les épiphyses. Les lésions de la pituitaire semblent être en rapport avec l'acromégalie. J'ai essayé de détruire la glande pituitaire chez des animaux, mais tous sont morts.

M. Putnam. — J'ai vu des injections d'extrait thyroïdien améliorer un acromégalique.

M. Dana. — Nous ne savons pas encore quel est le rapport qui existe entre la glande pituitaire et l'acromégalie, mais ce rapport existe.

Thyroïdectomie dans la maladie de Graves.

M. Putnam. — Cette opération a été pratiquée une quarantaine de fois; elle n'a donné que deux morts et produit un grand nombre d'améliorations. J'ai eu moi-même à soigner une jeune femme atteinte d'une forme typique de maladie de Graves depuis 9 mois; elle présentait un goître assez volumineux. J'ai enlevé le lobe droit et la plus grande partie de l'isthme. Pendant plusieurs jours la malade fut dans un état de prostration considérable; puis elle alla mieux et actuellement elle va mieux qu'avant l'opération, mais elle est loin d'être guérie.

Tabes et syphilis.

M. Sachs. — Les récentes statistiques d'Erb et d'autres auteurs prouvent qu'il y a des relations entre la syphilis et le tabes. Cette relation est en outre établie par les faits suivants : 1° La paralysie générale survient fréquemment au cours du tabes et réciproquement; 2° au cours du tabes on note souvent l'apparition de symptômes syphilitiques, tels que paralysies oculaires, perte du réflexe pupillaire, douleurs fulgurantes; 3° le mercure et l'iodure de potassium ne sont pas sans effet sur certains symptômes du tabes. Dans un cas typique de tabes j'ai trouvé, à l'autopsie, une lésion syphilitique récente superposée à une vieille sclérose caractéristique. Beaucoup de raisons permettent de croire que la sclérose spinale que cause la syphilis est due en grande partie à une dégénérescence des vaisseaux sanguins médullaires sous l'influence du virus syphilitique. La lésion tout à fait primordiale consiste peut-être dans une modification du liquide sanguin.

M. Seguin. — Je considère la syphilis comme produisant uniquement un terrain favorable au développement du tabes; mais il y a incontestablement des tabétiques qui ne sont pas syphilitiques.

M. Knapp. — J'ai vu un sujet atteint de tabes depuis deux ou trois ans et qui présenta des signes non douteux de syphilis primaire.

Endocardite infectieuse avec septicémie généralisée compliquée de polynévrite.

MM. Lloyd et Riesman. — Un homme entra à l'hôpital pour une fièvre à aspect typhoïde qui durait depuis trois mois et qui était compliquée de polynévrites. Les névrites étaient irrégulièrement distribuées. Plus tard l'auscultation du cœur révéla un souffle aortique, puis apparut une éruption de purpura. On fit le diagnostic d'endocardite infectieuse avec névrite septique secondaire. A l'autopsie on trouva de grosses végétations sur les valvules aortiques, on trouva des infarctus dans la rate et dans un rein. Il y avait un peu de sclérose des cordons postérieurs de la moelle. Nous avons observé un autre cas analogue simulant aussi une fièvre typhoïde. A l'autopsie nous avons trouvé des abcès multiples du cerveau, une grosse embolie dans l'artère humérale gauche et un infarctus dans un rein. Il y avait de grosses végétations dans l'aorte.

M. Dana. — Fréquemment l'origine des névrites est septique. J'ai vu un jeune homme qui présentait des signes de rhumatisme et chez lequel la médication antirhumatismale demeurait sans action. Au bout de deux ou trois semaines il y eut de la pyélo-néphrite, puis survint de la polynévrite. La polynévrite alcoolique a une marche spéciale qui la différencie de la polynévrite alcoolique.

Tumeur du gyrus angulaire.

M. Walton. — J'ai observé un cas de tumeur du gyrus angulaire et s'étendant dans les régions temporale, occipitale et pariétale. Il y avait de la céphalée, des vomissements, de la paralysie par compression du moteur oculaire externe gauche, de la névrite optique double, de l'hémianopsie, de la cécité verbale, de l'aphasie et de la surdité verbale. On tenta inutilement l'opération, la tumeur étant trop volumineuse. Vers la fin de la vie, il y eut de la parésie du bras droit. A l'autopsie on vit que cette tumeur était un gliome.

M. Seguin. — Il est probable que les symptômes oculaires ne relevaient pas tant de la lésion du gyrus angulaire que de l'envahissement des fibres du faisceau optique qui est situé immédiatement au-dessous.

Lésions du thalamus et de la capsule interne.

M. Mills. — Un malade eut en 1877 une attaque apoplectique et mourut en 1892. Il avait présenté pendant sa vie de l'hémianesthésie, de la parésie et des contractures peu marquées ; il ne savait pas déterminer la position de ses membres. Il n'y eut ni lésions des organes des sens, ni mouvement d'athétose ou de chorée. A l'autopsie on trouva un kyste hémorrhagique qui avait détruit les deux tiers du thalamus ; la lésion avait envahi une petite portion de la branche postérieure de la capsule interne.

Tumeur du thalamus optique.

M. Sinkler. — Une femme de 46 ans, d'une excellente santé, fut prise en janvier 1893 de somnolence et d'affaiblissement mental. En avril survint de l'aphasie, puis il y eut de la parésie faciale droite, du vertige et de la maladresse de la main droite. Il y avait aussi de l'hémianesthésie faciale droite. Les réflexes patellaires étaient exagérés; il n'y avait ni nystagmus, ni hémianopsie, ni lésion du fond de l'œil. Les symptômes s'accentuèrent rapidement, la température s'éleva et la malade mourut le 25 mai, sans avoir présenté de convulsions. A l'autopsie on trouva dans le thalamus optique gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur paraît être un fibrome.

Myxœdème.

M. Krauss. — J'ai observé un cas de myxœdème chez une femme de 53 ans, dont la mère était atteinte de la même affection. Cette femme s'était toujours bien portée jusqu'à l'âge de 46 ans; elle n'avait présenté qu'une particularité : elle n'avait jamais transpiré et chez elle toutes les sécrétions étaient très peu abondantes. Peu à peu, elle présenta tous les signes du myxœdème. Le seul médicament qui amena quelque amélioration fut le perchlorure de fer. L'extrait thyroïdien n'a amené chez elle aucune amélioration. J'ai eu un autre cas semblable chez lequel l'extrait de corps thyroïde n'a amené aucun résultat.

Origine microbienne de la chorée.

M. Dana. — J'ai étudié le cas d'un homme de 26 ans, ayant de la chorée depuis l'âge de 15 ans. Au début, le sujet fut pris de la chorée ordinaire de Sydenham, plus tard cette affection devint chronique. Il n'y avait ni rhumatisme, ni maladie de cœur. Le malade mourut par épuisement. A l'autopsie, on trouva une lepto-méningite de la voûte crânienne; on trouva dans cette région un diplococcus.

CONGRÈS MÉDICAL PAN-AMÉRICAIN

Tenu pour la 1re fois à Washington, le 5 septembre 1893.

Syphilis de l'oreille.

M. Tœplitz. — La syphilis de l'oreille peut appartenir à la deuxième ou à la troisième période et exceptionnellement à la première période de l'affection. Les accidents secondaires sont dus en général à une propagation de l'affection du pharynx à la trompe d'Eustache et à l'oreille moyenne. D'autres fois ils se montrent dans le conduit auditif externe, comme les condylomes ou les ulcérations. La syphilis tertiaire est caractérisée par une inflammation chronique du périoste du labyrinthe avec hyperostose ou exostose consécutives du rocher ou des cavités du labyrinthe amenant une sténose ou une occlusion de ce dernier. Tous les cas de syphilis du labyrinthe sont dus à une syphilis héréditaire ou de vieille date.

J'ai cependant observé un cas curieux précisément en ce que le labyrinthe a été affecté primitivement au cours d'une syphilis récemment acquise; cet accident otique a été contemporain de la roséole. Le malade dont il s'agit est un médecin âgé de 41 ans, qui, le 1er août 1892, se plaignit d'une surdité de l'oreille gauche. A l'otoscope on constata une inflammation modérée de la membrane de Shrapnell; cette inflammation disparut, mais la surdité ne fit qu'augmenter. Le quatorzième

jour l'oreille droite se prit à son tour. On fit alors le diagnostic d'otite interne. On découvrit à ce moment que le malade était porteur, au niveau du doigt médian de la main gauche, d'un chancre qu'il avait contracté dans des examens gynécologiques. Bientôt, la roséole apparut. On institua le traitement antisyphilitique et on fit des injections de pilocarpine. Le malade eut ensuite un peu de vertige. Puis, progressivement, l'ouïe redevint normale sous l'influence du traitement.

65e RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS

tenue à Nurenberg du 11 *au* 15 *septembre* 1893.

Section de chirurgie

Kystes dans l'œdème lymphatique.

M. Ledderhose a observé quatre cas de fracture avec œdème persistant des parties intéressées. Les parties qui restaient œdématiées encore quatre et six mois après l'accident, renfermaient des kystes. L'examen microscopique de ces kystes montra qu'il s'agissait de la dégénérescence colloïde du tissu conjonctif.

Les kystes en question ne donnaient lieu à aucun trouble fonctionnel ni ne provoquaient de la douleur. A la palpation ils donnaient l'impression de ganglions.

Pour M. Ledderhose les kystes en question sont des kystes lymphatiques présentant certains rapports avec l'éléphantiasis et le lymphangiome.

Résection ostéoplastique du cou-de-pied.

M. Kummel a essayé d'améliorer les résultats fonctionnels que donne la résection de l'articulation tibio-tarsienne.

Pour conserver au pied une forme plus convenable, M. Kummel fixe le pied séparé aux surfaces avivées du tibia et du péroné, et obtient ainsi des résultats très satisfaisants. Un des opérés de M. Kummel pouvait même exécuter avec son pied les mouvements de flexion et d'extension.

L'actinomycose à Nurenberg.

M. K. Koch a observé à Nurenberg et dans ses environs sept cas d'actinomycose. Dans un cas l'affection avait simulé un carcinome de la lèvre inférieure. Dans un autre cas l'actinomycose, développée à la base du poumon gauche, avait perforé le diaphragme et la cage thoracique et envahi la rate. Trois de ces malades ont guéri, deux sont morts et deux sont encore en traitement.

Traumatismes comme cause des inflammations et des tumeurs.

M. Graser attire l'attention sur le développement des phlegmons consécutivement à des traumatismes sans que, pourtant, les téguments externes présentent une solution de continuité. Dans un grand nombre de cas observés à la clinique d'Erlangen, les rapports entre les traumatismes et les phlegmons furent des plus manifestes. Pour les expliquer, M. Graser adopte la théorie du microbisme latent d'après laquelle les micro-organismes pyogènes peuvent rester longtemps à l'état latent dans l'organisme et ne se manifester que dans certaines conditions données. C'est ainsi que peuvent s'expliquer aussi certains cas d'ostéomyélite.

En se basant sur un cas de carcinome primitif du tibia observé à la clinique d'Erlangen, M. Graser admet les mêmes rapports de causalité entre le traumatisme et les tumeurs.

M. Bergmann ne croit pas aux rapports étiologiques entre les traumatismes et le développement des tumeurs. Pour ce qui est des carcinomes des os et des tumeurs malignes en général, le foyer primitif peut être minime et les métastases considérables.

Narcose par l'éther.

M. Garré fait une communication dans laquelle il se prononce très chaudement en faveur de la narcose par l'éther qui, pour lui, doit presque toujours être préféré au chloroforme. Ce qui est indispensable et n'est pas à craindre, c'est de donner de fortes quantités d'éther. Il ne pense pas que l'éther soit contre-indiqué chez les enfants et les vieillards et en tous cas ce n'est pas l'âge, mais la bronchite, si fréquente chez les enfants et les vieillards, qui est la contre-indication. Comme appareil, M. Garré préfère le masque de Guillard.

MM. Bergmann, Lauenstein, Landerer, Krœnlein, Kummel, Rehn, qui interviennent dans la discussion, se prononcent pour le chloroforme.

Parotidite tuberculeuse.

M. Stubenrauch rapporte un cas de tuberculose primitive de la parotide qui, cliniquement, s'est présentée sous l'aspect d'un kyste salivaire de la parotide. Le diagnostic de tuberculose n'a été fait qu'après l'examen microscopique de la tumeur.

Intervention précoce dans l'iléus.

M. Dorffler fait une communication tendant à montrer que le médecin de campagne doit savoir opérer. Personnellement, M. Dœrffler est intervenu par la laparotomie précoce, après échec de la médication interne, dans 4 cas d'iléus, et a pu ainsi sauver trois de ses malades.

Section d'ophthalmologie

Ophthalmie purulente métastatique.

M. Axenfeld. — Le pronostic de l'ophthalmie métastatique double est plus grave que celui de la pyhémie en général. L'affection en question doit être considérée comme une embolie capillaire. Il est probable que les matières virulentes ou septiques sont retenues par les capillaires très étroits de l'œil.

Propriétés bactéricides des larmes.

M. Buch a pu établir expérimentalement que les larmes possèdent des propriétés bactéricides, principalement envers le staphylocoque. Ces propriétés ne tiennent pas au sérum-albumine, car :

1° Les larmes conservent leurs propriétés bactéricides après avoir été chauffées à 58°;

2° Le staphylocoque succombe dans un liquide salé qui contient la même proportion de chlorure de sodium que les larmes;

3° Les solutions fraîches de sérum-albumine, loin d'exercer une action bactéricide sur le staphylocoque, favorisent le développement de ce micro-organisme.

D'après M. Buch, le rôle des larmes consiste moins à tuer qu'à entraîner les micro-organismes qui viennent infecter les voies lacrymales.

Dégénérescence du nerf optique et structure du chiasma optique.

M. Michel a fait des expériences sur des animaux auxquels il extirpait un œil pour étudier la disposition des fibres du chiasma d'après la dégénérescence du nerf optique.

Après l'énucléation d'un œil, il ne survient pas une dégénérescence complète du nerf optique; toujours on retrouve des fibres à myéline, et comme Singer et Wurzel, M. Michel a pu établir qu'il n'existe pas dans le chiasma de faisceau temporal complet.

Pemphigus de la conjonctive.

M. Uhthoff a montré les préparations d'un cas récent de pemphigus de la conjonctive.

La conjonctive est rétrécie par un processus de rétraction, principalement la conjonctive palpébrale qui est devenue excavée et présente son fond rempli de granulations. Par places, on trouve une infiltration inflammatoire, principalement manifeste au niveau du cul-de-sac supérieur où l'on trouve les signes d'une prolifération pupillaire. Nulle part on ne trouve de formation de vésicules proprement dites, mais les cellules épithéliales sont dans certains endroits soulevées et atteintes de dégénérescence muqueuse.

REVUE DES JOURNAUX

Hémorrhagie sous-crânienne ou intra-méningée (Extra-meningeal or subcranial hœmorrhage), par Collum (*Lancet*, 16 septembre 1893, p. 684). — Un homme de 37 ans entra à l'hôpital pour une fracture du crâne avec enfoncement, produite par un instrument contondant et ayant plongé le malade dans le coma; mais il reprit rapidement ses sens. La plaie était oblique et occupait la partie postérieure droite de la tête; un fragment osseux avait été enfoncé. Pansement antiseptique. Le malade allait alors très bien, mais dans la journée, il vomit plusieurs fois, puis il devint endormi et tomba dans un demi-coma avec ralentissement du pouls; il se produisit une hémiplégie gauche; la pupille droite était plus petite que la gauche. On défit le pansement et on trépana; on trouva un caillot qu'on enleva; on trouva 2 vaisseaux donnant du sang et on les lia. Guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 *octobre* 1893.

M. le président annonce la mort de M. le vice-président Le Fort. La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *octobre* 1893.

Péritonite tuberculeuse.

M. Routier, après avoir résumé une revue critique qu'il a publiée sur ce sujet en 1890, cite la statistique récente de Roersch qui porte sur 358 cas avec 253 guérisons. Il en résulte que, quoique ces faits restent inexpliqués malgré les explications proposées, il est indiqué d'opérer. Il est prouvé par des examens histologiques de Bum que la séreuse peut reprendre ses caractères normaux. M. Routier relate enfin des expériences intéressantes de Kirchenski. Cet auteur a laparotomisé des lapins auxquels il avait préalablement inoculé le péritoine, et il a constaté qu'au bout de cinq à six jours les bacilles sont inclus dans les cellules, puis sont détruits; rien de semblable n'a lieu chez les animaux témoins.

M. Bouilly. — Si l'on ignore encore le mécanisme d'après lequel a lieu la guérison des péritonites tuberculeuses après la laparotomie, l'on ne peut mettre en doute la réalité du fait, qu'il s'agisse de la forme ascitique ou de la forme sèche de la maladie.

Avant de vous en communiquer quelques cas, je m'occuperai un instant de deux points de pathologie qui se rattachent à de tels faits. De temps en temps on observe chez les jeunes filles une variété d'ascite, que déjà Cruveilhier avait remarquée et décrite sous le nom d'ascite des jeunes filles. Les deux premiers exemples que j'ai rencontrés, à cet âge, chez deux fillettes d'une douzaine d'années, s'étaient développés sournoisement et avaient disparu sous l'influence d'un simple traitement médical; malgré cette guérison, j'étais resté persuadé que cette ascite devait être en rapport avec une affection tuberculeuse des trompes et des ovaires. Depuis lors j'ai eu l'occasion de voir deux autres malades semblables et la laparotomie est venue confirmer mes prévisions, en me faisant découvrir deux salpingites tuberculeuses. Il ressort donc de ces constatations qu'il existe une ascite liée à la tuberculose des annexes de l'utérus et du petit bassin.

Quant à l'autre point auquel j'ai fait tout à l'heure allusion, il a rapport à la guérison spontanée de la péritonite chronique tuberculeuse, accompagnée, ou non, de liquide ascitique. J'en ai suivi assez longtemps un exemple qui mérite que j'en donne un résumé :

Au commencement de l'année dernière une femme de vingt-huit ans venait me trouver en se plaignant de douleurs abdominales. Le ventre était gros et avait perdu sa souplesse; il contenait un peu d'ascite et offrait un empâtement diffus autour de l'utérus; l'état général de la malade avait faibli de telle sorte que, pensant à l'existence de kystes végétants inopérables, je ne lui prescrivis qu'un traitement médical.

Pendant quelque temps peu de changements survinrent; toutefois, l'état général semblait s'être un peu amélioré. C'est ce que je constatai encore d'une façon plus manifeste au bout de cinq mois, en même temps qu'il était aisé de voir que la tuméfaction avait beaucoup diminué. Actuellement, cette jeune femme semble guérie.

Quant aux faits de péritonite tuberculeuse que j'ai laparotomisés, deux d'entre eux appartenaient à la forme ascitique. Le premier concernait une jeune fille de dix-huit ans, dont la tumeur liquide présentait les apparences d'un kyste de l'ovaire. Le ventre ouvert, j'ai trouvé dix à douze litres d'un liquide d'apparence chyleuse, un épaississement du péritoine, et sur la séreuse qui tapisse le petit bassin de nombreuses granulations. De plus, les trompes, dont l'une contenait des produits caséeux suppurés, étaient recouvertes des mêmes granulations. J'ai fait l'ablation des annexes et nettoyé le péritoine et depuis plus d'un an la malade est restée guérie.

Un second fait, présentant à peu près les mêmes symptômes, a été recueilli, cette année, sur une fille de vingt-deux ans. J'ai pratiqué la même opération avec le même succès.

La troisième observation que je possède est celle d'une femme dont la tuméfaction abdominale douloureuse et bosselée m'avait encore fait songer à un kyste proliférant. La laparotomie a rectifié cette erreur en me mettant sous les yeux les mêmes lésions tuberculeuses, sans accompagnement de liquide en quantité notable. Chez cette malade, j'ai cru devoir pratiquer un drainage, et pour le moment tous les accidents ont disparu.

De ces faits on peut conclure : 1° que les annexes de l'utérus sont souvent le point de départ de la forme ascitique de la tuberculose péritonéale du petit bassin; dans ces cas, la laparotomie est suivie d'amélioration; 2° que dans la forme sèche, l'indication de l'opération est d'autant moins formelle que la guérison spontanée est possible. Toutefois, on sera autorisé à opérer si les poumons sont intacts, si l'état général est satisfaisant et si l'affection s'accompagne d'accidents.

M. Bazy confirme, d'après quatre opérations, l'opinion de M. Bouilly sur l'origine tubaire fréquente. Chez ses malades la guérison a été obtenue et se maintient, la nature tuberculeuse ayant été bien démontrée par l'examen histologique et l'inoculation. Sur la possibilité de la cure spontanée, M. Bazy cite l'histoire d'une jeune fille de 22 ans ayant eu à 10 ans du carreau et restée ascitique depuis; il a suffi d'une ponction pour amener la guérison, et il est probable dès lors que la lésion crurale de l'ascite était spontanément guérie.

Thrombose variqueuse avec embolies pulmonaires. Résection veineuse.

M. Reynier lit un rapport sur une observation de M. Isch-Wall. C'est celle d'un homme atteint de phlébite variqueuse grave, remontant à la cuisse et compliquée d'embolies pulmonaires successives et menaçantes. Après résection de la saphène entre deux ligatures, les accidents ne se sont plus reproduits, et en outre le paquet variqueux s'est rapidement solidifié. Ni l'auteur ni le rapporteur ne connaissent de faits analogues.

M. Quénu croit toutefois qu'on a depuis longtemps excisé des veines enflammées; pour les phlébites hémorrhoïdaires aiguës, par exemple, c'est la pratique courante en Angleterre et elle est bonne. D'autre part, M. Raymond a conseillé et pratiqué la ligature de la veine fémorale pour arrêter l'infection purulente, ce en quoi il a échoué, d'ailleurs, car il ne connaissait pas l'antisepsie.

M. Terrier, lorsqu'il était élève vétérinaire, a vu plusieurs fois Boulay réséquer avec succès, chez le cheval, la jugulaire atteinte de phlébite à la suite de saignée. C'est une pratique très rationnelle.

M. Reclus. — Si l'on se place au point de vue spécial de l'indication opératoire fournie par les embolies pulmonaires, il y a une observation semblable à celle de M. Isch-Wall publiée par Rigaud (de Nancy) en 1877 à la Société de chi-

rurgie. Et on peut établir une comparaison entre ces faits et ceux où on cherche à arrêter la pyohémie par ligature de la jugulaire en cas de thrombose des sinus d'origine auriculaire.

M. Chauvel insiste sur les faits de ce dernier ordre.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 20 *octobre* 1893.

Lithiase biliaire. Fistule hépatico-bronchique.

M. Jayle rapporte l'histoire d'un malade du service de M. Letulle, âgé de 32 ans, mort par urémie, mais ayant présenté dans les quatre dernières années des phénomènes dus à de la lithiase biliaire (ictère, vomissements, etc.).

Cet homme eut, au début de sa maladie, une pleurésie diaphragmatique purulente qui se termina par une vomique de trois litres de pus contenant des fragments noirâtres, un peu durs, mais s'effritant par la pression digitale. Il s'agissait de petits calculs biliaires. Le malade eut ainsi plusieurs vomiques précédées des symptômes de rétention biliaire.

L'autopsie des voies bronchiques montra qu'il existait de nombreux petits calculs dans la trachée et les bronches, et l'on était amené en suivant la bronche la plus malade à une loge communiquant d'une part avec cette bronche, d'autre part avec une branche du canal hépatique fortement dilaté et rempli de calculs. La pathogénie de la vomique est donc facilement expliquée.

M. Jayle attribue à la malformation du foie la cause de cet accident. Le viscère qu'il présente possédait un troisième lobe médian qui avait refoulé, par son développement, la vésicule biliaire en arrière vers les piliers du diaphragme. Les voies biliaires enflammées avaient produit, par voisinage, une pleurésie diaphragmatique, et l'abcès pleural s'ouvrit dans les bronches. Les deux reins atteints de dégénérescence graisseuse expliquent l'urémie qui emporta le malade.

Phlegmon du ligament large.

MM. Raffrey et **Jayle** présentent les organes génitaux internes d'une femme qui était entrée à Saint-Antoine, dans le service de M. Monod, avec des douleurs abdominales. Les symptômes physiques démontrèrent qu'il existait une collection purulente dans le petit bassin, et comme on sentait un plastron abdominal avec fluctuation au-dessus de la branche du pubis, on fit une incision de la paroi abdominale antérieure. Il y eut amélioration dans l'état général le soir même de l'opération, mais la malade fut prise d'une diarrhée abondante, puriforme, qui semblait indiquer qu'il existait une communication entre l'abcès et le rectum. La malade mourut épuisée par la suppuration continuelle.

L'autopsie démontra que cet abcès péri-utérin communiquait avec l'S iliaque. La trompe droite contenue pour ainsi dire dans l'abcès était saine. L'utérus encore gros indiquait un accouchement récent (un mois) : la zone utéro-placentaire est en rapport avec la collection purulente et on peut penser qu'elle a été l'origine de la suppuration pelvienne. On a trouvé encore beaucoup de pus autour de l'utérus, dans les régions les plus déclives, malgré les deux orifices cutané et intestinal de l'abcès. C'est la troisième malade chez laquelle MM. Raffrey et Jayle ont constaté l'insuffisance de l'ouverture abdominale et ils conseillent d'ouvrir d'emblée du côté du vagin.

Muqueuse gastrique en évolution nodulaire.

M. Pilliet a fait l'autopsie d'un cardiaque mort à la suite d'un érysipèle. Il a surtout étudié la muqueuse gastrique qui présentait des lésions particulières, analogues à de la sclérose. Il ne s'agit pourtant ni d'adénome, ni de sclérose, mais d'une évolution rétrograde, les noyaux observés sont des groupes glandulaires s'ouvrant dans un seul tube, tout à fait semblables à ceux de la muqueuse gastrique du turbot, analogues aux glandes à cul-de-sac multiples trouvés par Sappey, après putréfaction de la muqueuse chez plusieurs mammifères.

Tumeur du corps pituitaire.

M. Reymond présente le cerveau d'une femme de 35 ans qui entra à l'hôpital six jours avant sa mort. On ne remarquait aucun symptôme et on pensait la renvoyer lorsqu'on eut l'idée de prendre sa température : le thermomètre marqua 38°5. Ce léger état fébrile joint à une certaine hébétude fit poser le diagnostic de méningite tuberculeuse. Le 4e jour les pupilles se dilatèrent, le 6e jour la malade eut 40°, puis mourut dans le coma.

L'autopsie révéla d'abord une petite tumeur du corps pituitaire, de consistance molle, du volume d'une noix : son examen histologique sera fait ultérieurement. Enfin il existait une hémorrhagie sous la pie-mère qui inondait la partie inférieure de la scissure de Sylvius ; il semble que c'est la cérébrale antérieure qui a été ulcérée par la compression de la tumeur pituitaire.

Angiome caverneux du foie.

M. Bezançon a observé un malade du service de M. Bucquoy à l'Hôtel-Dieu, qui présentait des douleurs abdominales vagues, dont le foie était forcément augmenté de volume, mais sans ascite ni ictère : cet homme est mort dans le service d'insuffisance hépatique. A l'autopsie, on trouva plusieurs poches variables de volume, formées de tissu scléreux et contenant des caillots sanguins.

Cysticerques du cerveau.

M. Landowski présente le cerveau d'un homme âgé de 32 ans, entré à l'Hôtel-Dieu pour désordres gastriques et lassitude extrême. Comme la paroi abdominale était hyperesthésiée, on conclut de ces quelques symptômes vagues qu'il s'agissait d'un alcoolique. Mais bientôt le malade eut 39°, de la raideur de la nuque, puis mourut dans le coma. *A priori* on pensait à de la méningite tuberculeuse, mais l'autopsie démontra sur l'écorce du cerveau plusieurs petites masses bulleuses : trois dans l'hémisphère droit, deux à gauche ; à la dissection et à l'examen, on vit qu'il s'agissait de cysticerques qui ont déterminé de la méningite.

Tuberculose de l'utérus.

M. Péron a fait l'autopsie détaillée d'une petite fille âgée de 7 ans, morte de granulie dans le service de M. Sévestre à l'hôpital Trousseau : elle avait présenté des symptômes de mal de Pott compliqués de pleurésie diaphragmatique. En outre de ces lésions et de tubercules pulmonaires, on trouva de la péritonite adhésive entre le foie et le diaphragme, puis des poches caséeuses dans la trompe et dans l'utérus : le péritoine du petit bassin était normal.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 *octobre* 1893.

Présidence de M. Fernet.

Un cas de foie flottant.

M. Mathieu. — La mobilité du foie est assez exceptionnelle. Elle a été étudiée dans la thèse de M. Faure qui n'a pu en réunir que 52 observations. Cet auteur en ayant rencontré un cas sur le cadavre a tenté de se rendre compte de son mécanisme. Pour lui cette laxité serait due à une fixation insuffisante de la veine cave inférieure.

Une femme âgée de 53 ans, porteur d'un ictère intense, entra, au mois de juin dernier, à l'hôpital Lariboisière, dans le service du Dr Troisier. Cet ictère était survenu à la suite de coliques vives siégeant dans l'hypochondre droit. Ces symptômes avaient fait penser à l'existence de la lithiase biliaire. L'idée d'un néoplasme ne pouvait pas non plus être exclue d'emblée à cause de l'état cachectique de la malade.

Cependant l'examen du ventre permit de constater la présence dans l'hypochondre droit d'une tumeur mobile dont le volume, la forme montraient l'origine. Il s'agissait à coup sûr du foie et non du rein. On pouvait d'ailleurs être convaincu que ce dernier organe n'était nullement mobile. L'estomac était distendu.

La femme avait eu neuf enfants, ce qui expliquait bien la laxité des parois abdominales. L'intestin était également

déplacé et l'on peut se demander si une coudure de cet organe n'a pas déterminé une compression et une obstruction momentanées du canal cholédoque et provoqué ainsi un ictère par rétention. L'hépatopexie peut être indiquée dans les cas où les autres moyens de contention médicale ont échoué.

M. Le Gendre a vu une femme qui présentait une chute du foie analogue. Mais il y avait dans ce cas coïncidence de lithiase biliaire et de ptase rénale. On avait pensé à faire l'hépatopexie, mais elle ne fut pas faite. Elle pourrait d'ailleurs être indiquée dans des cas semblables.

M. Rendu. — Dans un certain nombre de cas il semble que la simple compression par un bandage approprié puisse suffire à supprimer les symptômes douloureux qui accompagnent l'hépatoptase. C'est ainsi que cela s'est passé chez une malade atteinte de cette affection.

Dans ce cas il n'y avait pas eu d'ictère; d'ailleurs le mémoire de Cantani, dans lequel l'affection a été bien étudiée, ne fait pas mention de ce symptôme.

M. Siredey. — Une femme opérée d'une tumeur abdominale en 1890 par Ledentu, présenta deux ans après une nouvelle tumeur que l'on pouvait prendre pour une récidive de celle qu'on avait précédemment opérée. La percussion et la palpation combinées permettaient d'exclure cette idée et de conclure à l'existence d'une hépatoptase. Ce qui fortifiait cette hypothèse, c'était la présence d'une double ptase rénale, laquelle avait précédé la mobilité du foie.

M. Le Gendre. — L'influence du foie sur la ptase rénale a été indiquée d'une façon très précise par M. Bouchard. La chute du rein droit est presque toujours due aux gonflements répétés du foie chez les dyspeptiques, surtout chez les sujets qui compriment leur thorax d'une façon excessive. Cette compression forçant le foie à se déplacer par en bas, le rein se trouve de la sorte refoulé.

Diagnostic des kystes hydatiques du lobe droit du foie.

M. L. Galliard. — Il serait avantageux de pouvoir diagnostiquer de bonne heure les kystes hydatiques du foie. Ceux qui, émanant de la convexité de l'organe, s'élèvent lentement dans la poitrine, échappent pendant une période fort longue à nos investigations. Il importe d'abord, pour aider au diagnostic de ces kystes, de connaître la loi de leur évolution. Théoriquement, les kystes devraient se porter, sans choisir et arbitrairement, vers toutes les régions de la cavité thoracique; pratiquement et en fait, ils suivent deux directions principales et, d'après cela, ils peuvent être divisés en deux groupes : 1° kystes intra-thoraciques antérieurs; 2° kystes intra-thoraciques dorso-axillaires (ou postéro-latéraux). On peut, en effet, noter, relativement à ce dernier groupe, que les kystes de la face dorsale atteignent presque toujours à un certain moment la région axillaire.

Les kystes antérieurs sont assez faciles à reconnaître. Il s'accompagnent, en avant, d'une voussure avec matité, perte des vibrations et silence respiratoire, tandis que, dans la région dorsale, on entend la respiration jusqu'en bas. Tous les observateurs ont insisté sur ce fait.

Les kystes dorso-axillaires sont d'un diagnostic habituellement plus délicat. Ce qu'ils simulent plus ordinairement, c'est la pleurésie de la base droite. Ce qui explique que souvent les kystes gagnent la face postérieure du thorax, c'est qu'il n'est pas rare que des adhérences pleurales aient fixé le poumon au plastron costal antérieur.

Dans ces conditions, le poumon résiste à l'envahissement et force peu à peu le kyste à gagner la région axillaire et le dos.

Rhumatisme blennorrhagique dans l'enfance.

M. Richardière. — Une petite fille de 7 ans entra le 1er septembre à l'hôpital Trousseau, atteinte de douleurs articulaires. Le poignet gauche et le genou droit étaient le siège d'une vive sensibilité. Cette dernière articulation était tuméfiée. La température atteignait 39°2, mais il ne semblait pas y avoir de complications viscérales.

Les parents racontaient que leur enfant s'était tout d'abord plainte de douleurs dans le bas-ventre.

En examinant les organes génitaux on constatait l'existence d'une vulvite intense qui paraissait être d'ancienne date et remonter au moins à une quinzaine de jours. Le pus de la vulve, examiné par M. Péron, interne du service, renfermait des gonocoques.

Il s'agissait donc d'une arthrite blennorrhagique. Le cou-de-pied droit fut pris à son tour au bout de quelques jours. Le salicylate de soude, qui avait paru d'abord bien agir, ne produisait plus aucun effet et l'immobilisation des jointures malades vint seule à bout des arthrites.

Les faits de rhumatisme blennorrhagique de l'enfance sont encore peu nombreux. Dans son étude très complète de la question, notre collègue Beclère n'a pu en réunir que six observations. Toutes avaient trait à des filles et on n'a pas constaté encore de pareille complication dans la blennorrhagie des jeunes garçons. Celle-ci est-elle encore à vrai dire exceptionnelle.

D'après les cas observés, on peut dire que le rhumatisme blennorrhagique de l'enfance est semblable à celui de l'âge adulte. Il en diffère cependant par la rapidité plus grande de son évolution. Son pronostic est donc en somme plus favorable.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 octobre 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Infections et épilepsie.

M. Féré. — L'attention a été attirée dans ces dernières années sur l'influence que des maladies infectieuses seraient susceptibles d'exercer sur l'épilepsie. On a cité l'érysipèle, en particulier, et dans une observation récente de Lemoine, il est question d'une atténuation de la maladie épileptique sous l'influence de cette infection streptococcique, alors qu'au contraire, le bacille d'Eberth aurait pu réveiller plus activement les crises. Or, l'interprétation ne me paraît pas très solide. J'ai eu l'occasion d'observer deux épileptiques dont la maladie était suivie dès longtemps, et dont les crises se reproduisaient à intervalles assez réguliers pour constituer un type défini. Or, au cours d'un érysipèle intercurrent, le retour des crises et le type morbide n'ont nullement été influencés.

Paralysie faciale.

M. Féré. — J'ai depuis longtemps cherché à préciser quel était l'état de certains muscles de la face au cours de l'hémiplégie ordinaire, et dans quelle limite leur énergie pouvait être influencée. Or, on trouve sur ce point des différences considérables d'un muscle à l'autre. Il est remarquable, par exemple, que l'orbiculaire des lèvres, muscle double dont l'innervation est de provenance bilatérale, perd beaucoup moins de son énergie ou même peut rester complètement intact. D'ailleurs, il n'y a pas là de règle fixe, et l'inverse peut s'observer.

Physiologie de l'étrier.

M. Gellé. — Voici un dispositif qui montre par quel jeu de leviers l'impression auditive et l'ébranlement du tympan accroît l'application de la platine de l'étrier à la membrane sous-jacente. La direction de ce mouvement est normale. Toutefois, mes observations et expériences m'ont démontré que le sens de ces mouvements importe moins que la charge même produite par l'application de la platine et l'immobilisation de l'osselet en cause.

Diabète expérimental.

MM. Charrin et Gley. — Nous avons cherché à préciser les lésions produites chez les chiens au cours du diabète expérimental. L'intestin est communément le siège d'une inflammation avec infiltration lymphatique du chorion de la muqueuse. Dans le rein, on ne trouve pas la lésion décrite chez l'homme par Armanni, Ebstein et Ehrlich. Mais il existe une néphrite parenchymateuse bien caractérisée. Enfin le foie présente une lésion systématisée des plus considérables. Il s'agit d'une double zone de dégénérescence graisseuse

centro-lobulaire et péri-lobulaire, avec conservation relative de l'îlot hépatique par le reste. Ces lésions, s'ajoutant à la réceptivité spéciale pour un grand nombre d'infections, donnent une physionomie particulière à l'anatomie du diabète expérimental.

Tétanos de la poule.

MM. Courmont et **Doyon**. — La poule est généralement considérée comme absolument réfractaire au tétanos. Divers observateurs ont essayé de l'infecter avec le bacille de Nicolaier, mais sans succès; il est cependant remarquable que Kitasato, Rouve et Vaillard ont obtenu dans ces conditions une immunité bien caractérisée.

Or, en en opérant avec le filtrat de cultures très virulentes du bacille de Nicolaier, nous avons pu provoquer chez la poule un tétanos régulier. Trois animaux ont réagi positivement. Après une incubation de 4 à 6 jours, on voyait, les injections ayant été faites dans la patte, des contractures se manifester dans la patte correspondante, puis s'étendre, se généraliser et immobiliser les ailes au point que l'animal malade jeté en l'air retombait comme une masse inerte. La maladie évoluait fatalement en 4 à 7 jours. A noter que d'autres animaux ont résisté à des inoculations faites apparemment dans des conditions absolument identiques. De plus, tous les animaux tétanisés ou non possédaient une immunité ou des humeurs vaccinantes.

Tétanos inoculé chez l'homme.

M. Chauveau. — A l'occasion des recherches dont il vient d'être fait mention, le préparateur de M. Arloing, occupé à nettoyer une seringue qui venait de servir à une inoculation, s'est enfoncé accidentellement dans le doigt l'aiguille de l'instrument. Il restait à coup sûr une bien petite quantité de la substance nocive; et cependant le blessé, M. Nicolas, a présenté une évolution tétanique bien caractérisée. Les quatre premiers jours après l'accident, rien ne se produisait d'anormal. Mais le 5e jour, 31 juillet, le blessé éprouvait tout d'un coup, en plongeant les mains dans l'eau froide, une crise de contracture dans la main inoculée. Les phénomènes augmentent les jours suivants, et évoluent à froid; il y a du trismus, de l'opisthotonos. Ces symptômes, à peine influencés par la chloralisation à haute dose, commencent à entrer en régression à partir du 18 août; le 22, on note quelques phénomènes ataxiformes. Dès le 15 septembre la guérison pouvait être considérée comme complète et définitive.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance 11 *octobre* 1893.

Présidence de M. Hallopeau.

Du « moyrapuama » au point de vue pharmacologique.

M. Rebourgeon. — La flore des forêts de l'Amazone comprend un grand nombre de plantes qui jouissent auprès des indigènes de vertus médicinales. Parmi ces plantes existe un arbuste, de la famille des acanthacées, désigné sous le nom de *moyrapuama*, dont la racine est réputée pour son action tonique et aphrodisiaque. Je viens présenter à la Société les résultats de l'analyse chimique et de l'étude expérimentale de cette racine, entreprises au laboratoire de M. le professeur Fournier.

Les procédés classiques m'ont permis d'isoler, sans compter un certain nombre de matières peptiques et organiques, un glucoside qui constitue la partie active de l'extrait.

Cinq grammes de la substance finement pulvérisée se décomposent ainsi : eau, 0 gr. 26 centigr.; sels (parmi lesquels glucoside), 2 gr. 01 centigr.; matières organiques, 2 gr. 73 centigr.

J'ai expérimenté sur des chiens, des lapins et des grenouilles, les effets de l'extrait de *moyrapuama*. J'ai constaté, à l'autopsie d'animaux soumis à des doses variables de cette substance, des hémorrhagies abondantes, localisées surtout au tube digestif. Chez la grenouille, après la mort, une injection de un gramme a permis de prolonger notablement au delà de la limite normale les mouvements respiratoires et cardiaques.

Avantages de la substitution de l'oxyde jaune à l'oxyde rouge de mercure dans les préparations médicinales.

M. Patein. — Un certain nombre de raisons plaident en faveur du remplacement de l'oxyde rouge de mercure par l'oxyde jaune dans les préparations médicinales; tous deux jouissent, il est vrai, des mêmes propriétés, mais l'oxyde jaune s'obtient plus simplement, et sa composition est parfaitement définie. Son état moléculaire permet d'assurer très facilement sa porphyrisation. Il n'en est pas de même de l'oxyde rouge qui, préparé à la chaleur, obtenu à l'état aggloméré, offre une composition moins stable. En effet, cet oxyde, après trituration, devient souvent noirâtre par suite de la décomposition d'un sous-oxyde de mercure. De cette façon, le pharmacien est exposé à avoir un produit d'autant plus défectueux qu'il aura mis plus de temps à le préparer.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 *octobre* 1893.

Glycogénie dans l'infection charbonneuse.

M. Roger. — On connaît les modifications que subit la glycogénie hépatique dans un grand nombre de circonstances, mais on n'a pas encore étudié celles qui se produisent au cours des infections. C'est ce qui m'a engagé à entreprendre quelques recherches avec la bactéridie charbonneuse.

Ce microbe a la propriété de consommer le glycogène qu'on ajoute aux bouillons de culture; au bout de vingt-quatre heures cette substance a disparu et sa transformation a été complète, car on ne trouve pas trace de sucre. Ces mêmes phénomènes se passent-ils dans l'organisme vivant? On serait tenté de le croire tout d'abord, car chez les animaux qui succombent au charbon, le foie ne contient plus de glycogène; mais, contrairement à ce qui se passe dans les bouillons de culture, la transformation n'est pas complète : le sang et le foie renferment encore de la glycose.

On est donc conduit à étudier simultanément les variations de la glycogénie hépatique et de la glycohémie.

Dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'inoculation du charbon, les animaux semblent bien portants; si on les sacrifie, on constate que le foie contient beaucoup de glycogène; le sang renferme de 0,714 à 1 pour 1000 de sucre, c'est-à-dire des doses égales ou légèrement inférieures aux doses normales. Plus tard, apparaissent les symptômes graves de l'infection; la température centrale s'abaisse : le sang contient de nombreuses bactéridies; à ce moment le foie ne renferme plus de glycogène, mais le sang est plus riche en sucre qu'à l'état normal; il renferme de 2,24 à 2,97 pour 1000 de cette substance. Il semble donc qu'à la fin de la maladie charbonneuse, le glycogène hépatique soit rapidement transformé en glycose et que les tissus soient devenus incapables de consommer l'excès de sucre fourni par le foie. Mais ce qu'on comprend moins bien, c'est que les bactéridies, si nombreuses dans les organes et dans le sang, ne transforment pas ce sucre. Il faut donc admettre qu'elles ne se comportent pas de la même façon dans les bouillons de culture et dans l'organisme vivant.

Un autre résultat confirme cette manière de voir : dans la sérosité qui s'accumule parfois au point d'inoculation, on trouve toujours de grandes quantités de sucre malgré la présence des bactéridies.

En résumé, la fonction glycogénique demeure intacte pendant les premiers temps de l'infection charbonneuse; à ce moment, la quantité de sucre contenue dans le sang est normale ou légèrement diminuée. A la fin de l'infection charbonneuse, le glycogène hépatique disparaît rapidement; il se produit alors une notable hyperglycémie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 19 octobre 1893

Grangrène des doigts due à l'acide phénique.

M. Bardet signale un nouveau cas de gangrène des doigts survenue chez un enfant de trois ans à la suite de l'application d'une compresse imbibée d'acide phénique sur la petite plaie d'une piqûre de guêpe. De l'avis de plusieurs chirurgiens, l'amputation du doigt est formellement indiquée.

M. Ollivier. — Je connais le cas d'un jeune homme qui, à la suite d'un coït suspect, s'appliqua sur le gland une compresse trempée dans une solution d'acide phénique fournie sans ordonnance par un pharmacien. Quatre ou cinq jours plus tard, il y avait une mortification du prépuce, et il s'est ainsi produit une véritable circoncision.

M. Duchesne. — Les pharmaciens — tout le monde le sait — font volontiers de la chirurgie. Récemment, l'un d'eux, après avoir ouvert le doigt à deux personnes, fit tremper la plaie dans une solution phéniquée. Il se produisit chez l'une des personnes une nécrose du doigt qui faillit entraîner l'amputation.

M. Courtade. — J'ai tiré le meilleur parti de l'emploi de solutions glycérinées de phénol, et je crois qu'avec ce mélange il y a peu de risques d'accidents, parce que la glycérine diminue le pouvoir caustique de l'acide phénique.

M. Jolly. — Quand on ajoute ensemble parties égales de glycérine et d'acide phénique, il n'y a pas simple mélange, mais bien une véritable combinaison dans laquelle la propriété caustique de l'acide phénique est considérablement atténuée, tandis que son action antiseptique est conservée dans des proportions égales à celles de l'acide phénique employé seul. En outre de cette propriété, la glycérine facilite admirablement la solubilité de l'acide phénique, résultat que l'on n'obtient pas d'une façon aussi parfaite avec l'alcool.

Pour **M. Guelpa**, si on emploie la glycérine comme excipient de l'acide phénique, on diminue le pouvoir antiseptique de l'acide phénique qui est parallèle au pouvoir caustique.

M. Bardet dit que des expériences qu'il a faites sur le pouvoir antiseptique des phénols vont contre l'opinion de M. Guelpa. Il a constaté que les solutions glycérinées ou alcooliques d'acide phénique avaient le même titre antiseptique.

M. Tison dit que le lysol prouve très bien, comme le pense M. Bardet, que le pouvoir antiseptique, le pouvoir caustique et le pouvoir toxique ne marchent pas parallèlement.

M. de Beauvais exprime la même opinion.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

1er *semestre* 1893.

Arthrite tabétique.

M. Doumer présente un malade tabétique, depuis 7 ans atteint d'une très remarquable arthrite sèche coxo-fémorale, présentant des accès de toux coqueluchoïde et ayant été atteint de troubles trophiques du côté des pieds (chute des ongles). — Ce sujet a été très amélioré, au point de vue de l'incoordination de ses mouvements, par le traitement suspensif, mais depuis les phénomènes bulbaires et cérébraux ont continué à marcher.

M. Combemale retient deux points de l'observation: la forme insolite de l'arthrite et la toux coqueluchoïde. L'arthrite ne présente pas en effet la forme ordinaire de tumeur blanche que l'on rencontre chez les tabétiques; quant à la toux, elle doit être rapportée à du tabès cervical.

M. Lemoine insiste sur les effets du traitement du tube par la suspension. Il a vu, dans deux cas notamment, amélioration des phénomènes d'origine médullaire et aggravation des symptômes bulbaires et cérébraux.

M. Delezenne parle de la courbe thermique dans les maladies fébriles infectieuses et y signale un V caractéristique. Il présente une série de ces courbes prises dans le service de M. le professeur Lemoine et se rapportant pour la plupart à la grippe à forme typhoïde.

M. Combemale a remarqué que cette encoche s'observait aussi dans la couche thermométrique du typhus survenant du neuvième au dixième jour, elle ne dure que peu et est suivie d'une recrudescence de deux jours de durée de l'hyperthermie. Il explique cette reprise de fièvre par la résorption du sang de l'éruption, que celle-ci soit cutanée ou qu'elle soit viscérale. C'est pour lui quelque chose d'analogue à ce qu'on observe en chirurgie, lors de la résorption de vastes épanchements sanguins.

M. Combemale parle de l'état du cœur dans le typhus. La gravité du mal dans le typhus dépend de sa localisation sur tel ou tel organe (cerveau, moelle, cœur). Souvent la myocardite s'installe rapidement; le pouls devient petit dès le troisième ou quatrième jour et la myocardite tue parfois le malade avant l'évolution complète de la maladie. La myocardite est pour ainsi dire constante, il n'est pas d'autopsie où l'on n'en ait pas rencontré. Parfois au dixième jour, lorsque le typhus a évolué, le pouls est à 110 ou 120, petit, faible, défaillant, le cœur trémulant. Après le second septenaire, ou bien les troubles circulatoires tournent court et le pouls redevient normal en cinq ou six jours, ou bien la tachycardie persiste et le convalescent peut en mourir.

M. Combemale a employé avec succès la caféine dans la myocardite du typhus et la digitaline dans la convalescence.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 16 octobre 1893.

Aspergillus dans les poumons.

M. Cohn fait voir ses préparations provenant d'un homme de 48 ans qui entra à l'hôpital trois semaines après le début brusque d'une maladie caractérisée par un point de côté bilatéral et une expectoration brunâtre. Depuis des années il souffrait de catarrhe nasal, d'expectoration purulente et de dyspnée; en janvier 1893 il avait eu une forte hémoptysie. On constate un emphysème intense, du catarrhe diffus des deux poumons et de la matité aux deux sommets. Le sujet mourut huit jours après son admission. A l'autopsie on trouva au sommet gauche un foyer spongieux, entouré d'induration. Le microscope y révéla de l'emphysème; la paroi, jaunâtre, était infiltrée de leucocytes. Dans le foyer lui-même, outre un petit nombre de leucocytes polynucléés, il y avait une invasion de filaments parasitaires qui tapissaient les alvéoles et par places pénétraient dans les vaisseaux sanguins.

Contrairement à l'opinion de Virchow, pour qui l'aspergillus doit toujours être précédé d'une maladie pulmonaire, les auteurs français ont montré qu'elle se produit dans des conditions spéciales chez les gaveurs de pigeons. Il y a un fait où la maladie a duré plus de 12 ans, ce qui est contre l'idée d'une maladie secondaire. Le malade de M. Cohn a rendu par le nez une fausse membrane qui pour l'auteur est, elle aussi, de nature aspergillaire.

Anémie des tuberculeux et des cancéreux.

M. E. Grawitz. — Les signes extérieurs de l'anémie sont parmi les plus ordinaires chez les cancéreux et chez les tuberculeux, et avec l'amaigrissement ils donnent à ces malades une certaine analogie d'aspect. Mais au point de vue de l'examen du sang, il y a des différences notables, soit parmi les tuberculeux entre eux, soit entre eux et les cancéreux. M. Grawitz a entrepris ses recherches en examinant sur chaque sujet les globules rouges et blancs, le résidu sec de tout le sang et du sérum et enfin le poids spécifique sur un échantillon de 1 gr. 1/2 à 2 gr. obtenu par ponction aspiratrice dans une veine de l'avant-bras. On a ainsi du sang non mélangé de lymphe.

Chez les malades dont le sang se rapprochait le plus de la normale, le résidu sec total était de 21.5 0/0, celui du sérum, 10.7 0/0.

Sur 32 tuberculeux, l'auteur a obtenu les résultats suivants : au début, il y a anémie évidente, avec diminution des globules, du résidu sec et du poids spécifique ; à la période confirmée, arc caverneux, mais sans complications, le nombre des globules est normal ; résidu sec et poids spécifique sont à peine diminués, ou même normaux ; enfin, chez les phthisiques cachectiques, avec fièvre hectique et infection secondaire par les cavernes, il y a anémie, s'aggravant avec la fièvre. De même lorsque la phthisie se complique de processus inflammatoires, d'hémoptysies, de dégénérescence amyloïde. Lorsqu'il y a sténose du larynx, il y a épaississement du sang.

Au premier abord, on pourrait croire que l'état du sang chez les phthisiques au deuxième degré est en relation avec une concentration liée aux sueurs profuses. Mais l'étude de sujets divers observés et des cures par sudation démontre qu'il n'en est rien. D'après M. Grawitz, il faut plutôt invoquer les expériences par lesquelles Gærtner et Rœmer (de Vienne) ont montré que la tuberculine a pour effet de faire passer en grande quantité du sérum dans les espaces lymphatiques, d'où un épaississement du sang. Or, M. Grawitz, ayant injecté à des lapins un extrait obtenu à l'aide de fragments de pneumonie caséeuse traités par l'alcool, séchés, pulvérisés et cuits, a constaté des résultats semblables. Chez les phthisiques au début, ces produits n'existent pas, et à la période terminale, l'anémie rapidement croissante l'emporte, la résorption des produits septiques dominant alors.

Chez les cancéreux, les conditions sont bien plus simples, et les résultats obtenus par M. Grawitz sur 13 malades concordent avec ceux qu'on a déjà publiés.

Chez les cancéreux cachectiques, il y a à peu près toujours de l'anémie, sauf quand l'absence d'eau amène une concentration du sang. Cela tient, sans doute, à l'action de substances toxiques produites dans les masses cancéreuses et agissant sur le protoplasma cellulaire.

Peut-être aussi y a-t-il des phénomènes nerveux du côté du système lymphatique. M. Grawitz a injecté à des lapins un extrait de tumeur cancéreuse et a constaté que le résidu sec total et celui du sérum diminuaient.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 13 *octobre* 1893.

Dilatation de l'estomac.

M. Mayo Robson. — Je viens de traiter chirurgicalement deux cas de dilatation de l'estomac avec douleurs violentes dépendant d'adhérences pyloriques : j'ai rompu les adhérences qui étaient dues dans un cas à des calculs biliaires et dans l'autre à des ulcérations de l'estomac. Bien souvent dans les cas de douleurs abdominales qu'on considère comme dues à des névroses, on trouve l'appendice vermiforme tordu et fixé dans une position anormale ; les ovaires et les trompes sont déplacés ; il y a des adhérences épiploïques maintenant les organes dans une position anormale. Tous ces troubles disparaissent si on fait la laparotomie permettant de détruire ces adhérences. Je crois donc que dans les cas de douleurs abdominales on doit toujours recourir à ce traitement quand le traitement médical a échoué.

M. Hulke. — Dans le cas d'ulcérations de l'estomac, les adhérences sont souvent les seules barrières qui s'opposent à la perforation.

M. White. — Dans un cas j'ai vu une dilatation de l'estomac qu'on a trouvée, à l'autopsie, être produite par des adhérences entre la vésicule biliaire et le pylore. Bien qu'il n'y ait pas eu de jaunisse, on peut admettre que l'adhérence a été produite par un calcul biliaire qui s'est frayé une route à travers le pylore.

Cancer du gros intestin.

M. Edmunds. — Un homme de 50 ans entra à l'hôpital pour une tumeur de la région hypogastrique ; il avait une hémorrhagie intestinale abondante, mais il n'avait présenté aucun signe d'occlusion intestinale. On fit la laparotomie et on trouva une tumeur du cæcum ; on dut faire une résection de cet organe et un anus artificiel. Il y a 4 ans de cela et le patient va bien. Un autre malade âgé de 54 ans présentait une occlusion intestinale incomplète. Une laparotomie permit de découvrir une tumeur maligne de l'S iliaque qu'on enleva et on fit une suture intestinale. Il se forma une fistule stercorale qu'on ferma plus tard. Cet homme, opéré depuis 15 mois, va très bien. Dans les cas de cancer de l'intestin, il faut enlever la tumeur et ne pas se contenter de moyens palliatifs.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 16 *octobre* 1893.

Maladie de Graves.

M. Maude. — Je crois que si l'on observe très attentivement les sujets atteints de maladie de Graves, on trouve toujours des variations de volume de la glande thyroïde dès le début. Je crois que c'est à tort qu'on soutient que la maladie de Graves est rare dans les pays où les goîtres sont fréquents. J'ai réuni sept cas de cette maladie chez des sujets primitivement atteints de goître. Il y a aussi une relation entre la maladie de Graves et le myxœdème. Enfin la maladie de Graves présente bien des symptômes qui ne sont pas dus à de simples troubles vaso-moteurs ; tels sont notamment les troubles psychiques qui sont de deux ordres : 1° une notion exagérée du devoir, 2° une incohérence dans les idées. Le tremblement est le symptôme le plus constant ; il y a des symptômes biliaires, des ophthalmoplégies. Beaucoup des signes de cette affection sont dus à des névrites périphériques, ce sont les crampes, l'hypéresthésie, la parésie symétrique des deux jambes, les douleurs, la diminution des réflexes patellaires. Aucune lésion en foyer du sympathique ou de la moelle ne peut rendre compte de ces troubles divers. Il s'agit probablement d'un poison nerveux général, ayant son origine dans la glande thyroïde.

M. Havillard. — On ne doit pas oublier que dans certains cas la maladie de Graves a été guérie par un traitement intra-nasal, ce qui permet de croire pour ces cas au moins à une origine sympathique de la maladie.

M. Pasteur. — Une autorité compétente m'a affirmé que la maladie de Graves est rare en Suisse où les goîtres sont fréquents.

M. Bowles. — J'ai observé deux malades qui ont eu dans leur jeunesse une maladie de Graves et qui plus tard ont été atteints de myxœdème.

M. Savage. — Je crois qu'il est rare de voir survenir en même temps le goître ordinaire et le goître exophthalmique. Je ne crois pas que la maladie de Graves soit due à des névrites périphériques. Cette affection est rarement associée à de la folie.

M. Murray. — Dans cette maladie le corps thyroïde est presque toujours malade ; il s'agit là non d'une atrophie qui donne le myxœdème, mais d'une hypertrophie. L'iodure de mercure, qui tend à diminuer le volume de la glande thyroïde, la belladone, qui diminue les sécrétions, rendent des services dans la maladie de Graves. De même, dans le myxœdème, la pilocarpine, qui active les sécrétions, donne de bons résultats. Les symptômes de la maladie de Graves sont du reste l'inverse de ceux du myxœdème.

M. Mackensie. — Je ne suis pas convaincu que la maladie de Graves soit due à des lésions du corps thyroïde.

VARIÉTÉS

Réorganisation des infirmiers et des brancardiers dans les régiments et les ambulances.

Le dernier numéro du *Bulletin officiel du ministère de la guerre* publie une circulaire qui modifie l'organisation des infirmiers et des brancardiers régimentaires et des brancardiers d'ambulance.

Il y aura dorénavant deux catégories d'infirmiers régi-

mentaires : les titulaires et les auxiliaires. Ces derniers seront choisis parmi les hommes ayant trois ans de service à faire et comptant déjà une année de présence sous les drapeaux ; ils feront leur deuxième année de service comme infirmiers auxiliaires et leur troisième année comme infirmiers titulaires. Sur le pied de paix, chaque bataillon d'infanterie, d'artillerie et du génie aura un infirmier titulaire et un auxiliaire, chaque régiment de cavalerie et d'artillerie en aura deux ; sur le pied de guerre, il n'y aura que des infirmiers titulaires, à raison d'un par compagnie d'infanterie et du génie, par escadron de cavalerie et par batterie d'artillerie.

Après un cours suivi au régiment, les infirmiers auxiliaires feront un stage de deux mois dans un hôpital avant de passer titulaires.

Recevront, en temps de paix, l'instruction du brancardier régimentaire : les étudiants en médecine ou en pharmacie, les élèves ecclésiastiques, les musiciens et les ouvriers tailleurs et cordonniers. En temps de guerre, on choisira parmi les réservistes de ces catégories : un brigadier brancardier par groupe de batteries montées ou à pied et par bataillon d'infanterie, un sous-officier brancardier par régiment d'infanterie, quatre brancardiers par compagnie d'infanterie ou du génie et par batterie montée ou à pied. La cavalerie et l'artillerie à cheval n'ont pas de brancardiers régimentaires.

Les brancardiers d'ambulance, dont le nombre est déterminé par les tableaux d'effectifs de guerre, seront pris, au moment de la mobilisation, parmi les réservistes des sections d'infirmiers, les élèves ecclésiastiques, les musiciens et ouvriers réservistes en excédent dans les corps de troupe et ayant reçu l'instruction du brancardier. Ils sont désignés dès le temps de paix et suivent, pendant leurs périodes de convocation, des cours spéciaux.

Faculté de médecine de Paris.

ANNÉE SCOLAIRE DE 1893-1894.

Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre 1893.

COURS

PHYSIQUE MÉDICALE

M. Gariel. — La méthode graphique. — Théorie physique de la vision. — Chaleur animale. — Mardi, jeudi, samedi, à midi (Petit Amphithéâtre).

CHIMIE MÉDICALE

M. Gautier. — Chimie organique médicale. — Chimie biologique. — Mécanisme de la nutrition générale et de la désassimilation. — Sources de l'énergie. — Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre).

ANATOMIE

M. Farabeuf. — Les artères, les veines et les nerfs. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

HISTOLOGIE

M. Mathias-Duval. — La cellule en général. — L'ovule et le spermatozoïde en particulier. — Le système glandulaire; les glandes vasculaires sanguines. — Le foie. — Le rein. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

PHYSIOLOGIE

M. Richet. — Système nerveux. — Muscles. — Chaleur animale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'École pratique).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

M. Lannelongue (*M. Ricard*, agrégé, suppléant). — Pathologie chirurgicale générale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

OPÉRATIONS ET APPAREILS

M. Terrier. — Méthodes de pansement. — Opérations qui se pratiquent sur le crâne et sur la face. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

PATHOLOGIE MÉDICALE

M. Dieulafoy. — Suite des maladies des organes respiratoires. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE

M. Strauss. — La bactériologie dans ses applications à la médecine. — Principaux microbes pathogènes. — Maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale de l'École pratique).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. Cornil. — Anatomie pathologique générale. — Inflammations et dégénérescences. — Rôle des parasites. — Tumeurs. — Lundi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — Mercredi, à 2 heures (École pratique).

PHARMACOLOGIE

M. Pouchet. — Antiseptiques. — Anesthésiques et hypnotiques (tous les samedis, exercices et démonstrations pratiques au laboratoire). — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre).

HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE

M. Laboulbène. — Histoire des découvertes en médecine et en chirurgie. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre). — Biographie et bibliographie médicales. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

CONFÉRENCES DE MÉDECINE LÉGALE

M. Brouardel. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (Morgue).

CLINIQUES

CLINIQUES MÉDICALES

M. G. Sée. — Lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — *M. Potain.* — Mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité). — *M. Jaccoud.* — Mardi, samedi, à 9 heures 1/2 (à la Pitié). — *M. Hayem.* — Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures 1/2 (à l'Hôpital Necker).

CLINIQUES CHIRURGICALES

M. L. Le Fort. — Mercredi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — *M. Duplay.* — Mardi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à la Charité). — *M. Le Dentu.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôpital Necker). — *M. Tillaux.* — Lundi, mercredi, à 9 heures 1/2 (à la Pitié).

CLINIQUE DE PATHOLOGIE MENTALE ET DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE

M. Joffroy. — Mercredi, samedi, à 9 heures 1/2 (Asile Sainte-Anne).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

M. Grancher. — Mardi, samedi, à 9 heures 1/2 (à l'Hôpital des Enfants-Malades).

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

M. Fournier. — Mardi, vendredi, à 9 heures 1/2 (à l'Hôpital Saint-Louis).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

M. Brissaud, agrégé, chargé de cours. — Mardi, vendredi, à 10 heures (à la Salpêtrière).

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

M. Panas. — Lundi, vendredi, à 9 heures (Hôtel-Dieu).

CLINIQUES D'ACCOUCHEMENTS

M. Tarnier. — Mardi, samedi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas). — *M. Pinard.* Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, Clinique Baudeloque, 125, boulevard de Port-Royal).

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

M. Guyon. — Mercredi, samedi, à 9 heures (Hôpital Necker).

CONFÉRENCES

HISTOIRE NATURELLE

M. Heim, agrégé. — Zoologie appliquée à la médecine. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre).

PATHOLOGIE INTERNE

M. Charrin, agrégé. — Maladies de l'appareil urinaire. — Lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre).

PATHOLOGIE EXTERNE

M. Schwartz, agrégé. — Maladies chirurgicales de la tête, y compris les yeux, les oreilles et la bouche. — Maladies du cou et du rachis. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

OBSTÉTRIQUE

M. Maygrier, agrégé. — La grossesse. — Accouchement normal. — Suites des couches normales et pathologiques. — Soins à donner aux nouveau-nés. — Pathologie de la grossesse. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

ANATOMIE (Cours du chef des Travaux anatomiques)

M. Poirier. — Anatomie topographique. — Mardi, jeudi, samedi à 5 heures (Grand Amphithéâtre, Ecole pratique).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Adénome inopérable de la vessie. — Cystostomie sus-pubienne, par le Dr Ch. Audry, chargé de cours à la Faculté de Médecine.

On sait que Poncet et Mac-Guire ont vivement préconisé l'établissement d'un méat vésical sus-pubien chez les prostatiques et que cette intervention a généralement été acceptée dans des conditions données. Poncet a depuis lors singulièrement étendu les indications du méat sus-pubien (cystite tuberculeuse, hémorrhagie vésicale, etc.). Je me borne à rappeler que Legueu a eu recours à la cystostomie sus-pubienne chez un individu atteint de carcinose prostatique et qu'il s'en est félicité. Pour ma part, les circonstances m'ont amené à recourir à cette intervention chez un malade intéressant à plusieurs points de vue. Les résultats ont été jusqu'à présent très supérieurs à ce que je pouvais espérer.

Voici l'observation du malade en question, rédigée avec l'aide des notes de M. Bize, interne du service :

Un serrurier, âgé de 56 ans, se présente à la policlinique de l'Hôtel-Dieu, le 3 septembre 1893. Sa mère est morte à 66 ans, après avoir été longtemps malade; le père est mort à 82 ans, enflé. Le malade avait un frère qui mourut en Crimée.

Il accuse une pneumonie à l'âge de 18 ans; une première attaque de rhumatisme en 1875; il a eu depuis lors deux nouvelles attaques, mais peu intenses.

Les accidents qui l'amènent à la consultation ont commencé à se manifester il y a trois ans et demi; le malade éprouva alors quelques douleurs de reins, des besoins fréquents d'uriner, et il se mit à pisser du sang d'une manière intermittente. Les phénomènes devinrent progressivement plus intenses, les mictions sanglantes plus nombreuses et plus abondantes. Le malade s'affaiblit, pâlit. Depuis un an, il se plaint d'une constipation opiniâtre. Jamais, du reste, il n'a eu de selles sanglantes. Enfin, il y a peu de jours, le malade a expulsé péniblement par l'urèthre un corps dur qu'il a pris pour une moitié de noyau de cerise.

A l'examen on constate l'intégrité du canal. La sonde de Guyon-Thompson introduite facilement pénètre dans une vessie irrégulière, vallonnée, semée de saillies. On a une sensation fugitive de gravier. Le malade expulse une certaine quantité d'urine sanglante en totalité (l'urine, en cas d'hématurie, est toujours souillée de la sorte). Enfin l'œil de la sonde ramène quelques débris de tissus. Ces débris, examinés immédiatement, sont constitués par du tissu conjonctif d'apparence un peu embryonnaire, revêtu par endroits d'une couche d'épithélium nettement cylindrique en revêtement régulier.

Les douleurs sont violentes pendant la miction et l'exploration; la vessie n'accepte pas plus de 150 à 200 gr. de liquide. Outre le sang, l'urine contient du pus en abondance.

L'exploration du rectum révèle une prostate bourrée de noyaux durs; aucun point ramolli; peu ou pas de douleurs au toucher; la prostate paraît mobile.

Le malade n'a jamais eu de selles sanglantes. La langue est sale et humide. L'exploration des fosses lombaires est négative.

L'état général est assez misérable.

Nous décidons le malade à entrer dans le service, et le 6 décembre une exploration est pratiquée sous le chloroforme; elle permet de sentir distinctement un gravier occupant la moitié gauche de la vessie, rugueux et vraisemblablement peu volumineux; les autres résultats de l'exploration sont confirmés. De telle sorte que nous étant primitivement arrêté à l'hypothèse d'un néoplasme vésical, nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'un calcul enchâtonné chez un prostatique; enfin, il se peut simplement que nous ayons affaire à un calcul apparu chez un homme atteint d'un néoplasme vésical de date ancienne et manifestement infecté. Dans tous les cas, nous considérons que l'indication est formelle d'ouvrir la vessie, ce que nous exécutons aussitôt, le malade ayant été prévenu d'avance et ayant accepté l'intervention.

Nous faisons donc la taille hypogastrique sans ballon de Petersen. Après avoir lavé la vessie de notre mieux, et y avoir injecté 200 grammes de liquide à peine, nous trouvons le péritoine descendu jusqu'à 2 centimètres du pubis et nous devons le décoller délicatement; puis nous pénétrons dans la profondeur, vers la face postéro-supérieure du pubis. Nous arrivons ainsi à une profondeur de 7 centimètres sans rien découvrir qui pût être la vessie. Nous coupons les pyramidaux et la partie interne des tendons d'insertion des droits pour nous faire un peu de jour. Enfin nous arrivons sur une petite masse du volume d'une orange, ronde, fixe et dure, adhérente en avant au pubis, en arrière à des masses intra-abdominales, complètement immobile. Il faut la constatation de la sonde introduite préalablement pour reconnaître la vessie avec certitude; nous l'incisons sur une longueur de 2 centimètres et nous introduisons l'index qui nous montre la cavité vésicale presque complètement remplie par des masses molles, court pédiculées, qui siègent surtout au niveau du segment postéro-supérieur et du segment latéral. Le trigone est relativement respecté, et cette intégrité est confirmée par le palper bimanuel qui ne peut pas percevoir de rapport assuré entre la prostate et les bourgeons néoplasiques intravésicaux. Nous ne retrouvons plus de calcul. Cependant un lavage abondant amène du pus, du sang, de nombreux et assez gros débris de tumeurs et enfin une masse pierreuse, phosphatique, grosse comme une petite noisette et encore adhérente à la végétation sur laquelle elle s'est formée. L'hémorrhagie est très légère. On ne peut même pas songer à une ablation totale du néoplasme à cause des adhérences et de l'extrême étendue des lésions. D'autre part, il y a évidemment lieu d'espérer une détente en assurant le drainage de la vessie vésicale : on sait depuis longtemps que le drainage de la vessie améliore les symptômes qu'entraînent les tumeurs de l'organe. Nous nous décidons donc à établir un méat sus-pubien. Mais nous n'essayons même pas de suturer la peau à la muqueuse vésicale; cette dernière était complètement immobile à 8 centimètres de profondeur. Nous mettons simplement un drain au milieu d'un tampon de gaze iodoformée. Une sonde à pavillon de Pezzer est introduite dans l'urèthre par un cathétérisme rétrograde.

On verra plus loin les résultats qu'a donnés l'étude histologique des fragments.

Les suites opératoires furent très simples; mais jamais l'urine ne voulut sortir par l'urèthre normal dont le méat était probablement bouché par les tumeurs. Au bout de sept jours, nous prîmes le parti d'enlever la sonde de Pezzer, et de l'introduire au contraire par le méat sus-pubien où elle était maintenue par son pavillon évasé et où elle est encore. Malgré une phlébite légère de quelques veines superficielles de la jambe gauche, malgré une constipation opiniâtre et douloureuse, la cicatrisation s'est faite admirablement, et six semaines plus tard, le malade est dans l'état suivant :

Localement, la plaie sus-pubienne est cicatrisée, sauf un orifice qui laisse passer la sonde de Pezzer qu'on introduit sans aucune difficulté dans la vessie où son pavillon se développe et la maintient d'une manière irré-

prochable. Le malade ne perd absolument plus une goutte d'urine, tout sort par la sonde qu'on peut elle-même fermer facilement; mais si on l'oblitère, le malade se remet à souffrir, et il la garde ouverte et plongeant dans une petite bouteille, appareil primitif qu'on modifiera comme l'on voudra. Les urines sont d'ailleurs parfaitement contenues aussi bien pendant la station debout que dans le décubitus.

Les mictions sanglantes ont à peu près complètement disparu; il n'y a plus aucune douleur. Le sommeil qui était nul est tout à fait retrouvé. L'état général s'est considérablement amélioré. Le malade se lève, marche; il mange; sa phlébite a laissé un peu d'œdème et de douleur du pied; l'urine émise est toujours trouble. La langue est bonne; rien ne laisse prévoir une lésion ascendante. Il est seulement évident que la capacité vésicale doit être actuellement réduite à très peu de chose; l'urèthre normal ne laisse rien passer, et nous avons dit qu'au bout de peu de temps, l'oblitération de la sonde, de la bouche sus-pubienne amenait la réapparition des accidents.

On ne note pas de modifications du côté de la prostate. La constipation persiste; mais elle est moindre, et les débâcles ne sont plus douloureuses comme autrefois.

Pour le moment, le malade est à peine reconnaissable; du reste cette amélioration s'explique par la malignité relativement légère du néoplasme au point de vue histologique. Certain nombre de coupes de plusieurs fragments ont été colorées par le picrocarmin, le carmin aluné, le bleu de méthyle, le Weigert, etc. Elles montrent ce qui suit : La tumeur est constituée par de superbes tubes d'épithélium cylindrique. Cet épithélium est formé de belles cellules, hautes, régulières, avec un noyau volumineux; les cellules sont quelquefois sur une seule couche, dans les points où la coupe s'est trouvée bien perpendiculaire; d'autres fois, on en trouve trois ou quatre épaisseurs. Un assez grand nombre de noyaux sont en karyokinèse sur beaucoups de points; on trouve des cellules claires, rondes, possédant un seul noyau rond, central, fortement coloré par les réactifs et d'un aspect tout à fait particulier, mais qui ne paraissent pas être autre chose que le résultat de processus de segmentation. Nulle part on ne voit de cellules à mucus. Les rangées d'épithélium cylindrique plongent en tube dans une atmosphère de tissu conjonctif jeune, mais qu'on ne peut pas considérer comme sarcomateux; ce tissu contient des vaisseaux, mais pas dans la proportion offerte par les papillomes vasculaires; quelques-uns de ces vaisseaux sont fortement dilatés, presque lacunaires. Les rangées épithéliales sont insérées sur quelques travées conjonctives délicates, à direction perpendiculaire aux cellules cylindriques; d'autre part, il semble bien que l'ensemble de celles-ci soient le plus souvent limitées par un plateau du côté de la lumière des tubes, plateau sur lequel nous ne voyons aucune trace de cils. En plusieurs points, la végétation d'épithélium cylindrique est extrêmement riche; mais nulle part, elle ne nous a paru constituer une infiltration intra-conjonctive. Enfin, dans la lumière de quelques tubes, on trouve un coagulum amorphe, quelquefois semé de débris de chromatine fortement colorés.

Sur une coupe colorée au bleu de Boeck, lavé dans le tannin (Nicolle), puis dans l'alcool, nous avons retrouvé dans les couches épithéliales une quantité extraordinaire de microbes de toute espèce, cocci et bacilles, parmi lesquels on notait surtout de très belles chaînettes de cocci.

Cette forme anatomique de néoplasme vésical est si rare que son existence est presque douteuse. Albarran ne connaît que le cas de Kaltenbach et celui qui lui est propre; peut-être faut-il y joindre une observation d'Alexander (1). D'où peut naître cet adénome cylindrique? En dépit des adhérences dues à la péricystite, nous ne pensons pas qu'il puisse provenir de l'intestin. Les troubles de la défécation sont beaucoup plus récents que ceux de la miction; jamais il n'y a eu de selles sanglantes; jamais nous n'avons pu constater un signe d'une communication vésico-intestinale. Enfin, j'ajoute que j'ai eu autrefois l'occasion d'examiner des fragments d'une tumeur d'origine intestinale opérée par Maurice Pollosson, et la texture était entièrement différente.

Je n'ose pas affirmer qu'il s'agisse certainement d'une tumeur exclusivement vésicale. Cependant, l'intégrité du trigone nous paraît bien en faveur d'une origine autochtone. Il faut pourtant tenir compte des bosselures de la prostate, c'est du reste la seule raison qui nous fasse hésiter; en effet, on se souvient que le palper fait avec un doigt dans le rectum et un autre dans la vessie n'a pas permis de constater une participation de la prostate. Je crois donc qu'on doit ici porter le diagnostic d'*adénome malin de la vessie* (*adénome cylindrique*); mais il ne m'est pas possible d'exclure catégoriquement l'origine prostatique. Je rappelle le cas de Marchand où un seul tube glandulaire reliait le néoplasme à la prostate; il est vrai qu'il s'agissait alors d'une tumeur du bas-fond. Je ne pense pas que nous puissions être tout à fait fixé sur ce point avant l'autopsie du malade, — autopsie qu'il ne paraît nullement être disposé à nous procurer avant un assez long temps.

Quant aux incrustations calcaires telles que celles que nous avons rencontrées, elles ne sont pas fréquentes; il est évident qu'on a eu affaire ici à un calcul phosphatique secondaire, *infectieux* (Guyon). L'état de l'urine, l'infiltration bactérienne des tissus du néoplasme expliquent suffisamment sa formation.

Le principe des interventions de ce genre est posé depuis longtemps; c'est là simplement la taille hypogastrique palliative, avec cette modification que nous avons maintenu perméable le méat sus-pubien; nous nous sommes dispensé d'agir directement sur la tumeur; en effet, je n'aime pas à gratter des néoplasmes dont on peut très bien exaspérer ainsi la malignité. Quant au fonctionnement de ce méat sus-pubien, on a vu qu'il était irréprochable; le malade garde parfaitement ses urines, et il ne faut pas pour cela d'autre appareil qu'une sonde de Pezzer; elle tient fort bien toute seule et m'a rendu ici un excellent service.

On voit aussi qu'il n'est pas toujours nécessaire de suturer la muqueuse vésicale à la peau. Je me demande même s'il n'est pas d'ordinaire préférable d'avoir une manière de canal uréthral aussi long que possible à travers l'épaisseur de la paroi.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE D'OPHTHALMOLOGIE

29e réunion annuelle tenue à New London, les 19 et 20 juillet 1893.

Réflexe patellaire et réflexes oculaires dans la paralysie générale.

M. Oliver. — Chez certains malades, surtout dans le 2e stade de l'affection, et principalement chez ceux donc les réflexes patellaires sont inégalement exagérés, on observe

(1) Albarran. Tumeurs de la vessie. Steinheil, 1892. — Le cas de Kaltenbach est d'autant plus intéressant qu'il s'agit d'une femme.

une contraction irrégulière des iris, de sorte que les pupilles sont à la fois irrégulières et punctiformes. Dans quelques cas, et surtout dans la 3e période, quand les réflexes patellaires sont inégalement diminués, les pupilles, bien que petites et irrégulières, sont cependant peu modifiées par la mydriase. Souvent, surtout chez des sujets jeunes, à la 3e période de la maladie, les réflexes patellaires étant inégalement diminués, il y a une paralysie inégale des deux iris. Dans des cas assez rares, surtout chez des sujets qui ont dépassé la moyenne de la vie, à la 3e période de la maladie, les réflexes patellaires étant notablement diminués et l'ataxie étant assez prononcée, il y a une asymétrie marquée des pupilles, l'une étant souvent très petite et irrégulière, l'autre étant au contraire dilatée et ovale. Dans beaucoup de cas, à une période avancée de la maladie, les réflexes patellaires étant inégalement augmentés ou diminués, les iris ne répondent plus aux excitations lumineuses. Souvent, à une période avancée, les réflexes patellaires étant très amoindris, ou même ayant disparu, l'iris ne répond ni à l'accommodation, ni à l'excitation lumineuse.

Il arrive fréquemment, quand il y a une inégalité pupillaire marquée, que le réflexe patellaire le plus diminué est du même côté que la pupille la plus dilatée. Au début de la maladie, quand les réflexes patellaires commencent à être inégalement diminués, il y a souvent une dilatation ataxique secondaire et momentanée sous l'influence d'une forte excitation lumineuse. Pendant la 2e période de la maladie, quand les réflexes patellaires commencent à devenir irréguliers et inconstants, les inégalités pupillaires deviennent de plus en plus accentuées.

Sarcome de la choroïde.

M. Oliver. — Il y a 5 ans, un homme s'aperçut que lorsqu'il regardait avec l'œil gauche, il n'apercevait plus que dans un brouillard les objets situés à droite du champ visuel. Sans que le malade éprouvât aucune douleur, l'œil gauche fut progressivement atteint de cécité complète. En juin 1890, on découvrit une tumeur de la choroïde, on prescrivit en vain le traitement antisyphilitique et on fit le diagnostic de sarcome de la choroïde. Le malade refusa toute opération. En juin 1892, la tumeur consistait en une production vasculaire volumineuse située à la partie supérieure du globe oculaire; on fit alors l'énucléation de l'œil malade. Le malade a très bien guéri. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes.

M. Gruening. — J'ai vu une femme de 30 ans qui se plaignait d'une diminution de la vue de l'œil droit. A l'ophthalmoscope on voyait que la rétine, au niveau de la macula, était repoussée en avant; le seul symptôme auquel avait donné lieu cette lésion était un scotome. On fit le diagnostic de sarcome et on énucléa l'œil. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome.

Sarcome de la paupière.

M. Gruening. — Le sarcome de la paupière est très rare; je n'en ai vu qu'un cas chez un jeune homme de 23 ans; il y a 5 ans ce jeune homme remarqua sur la paupière inférieure de son œil droit une petite tumeur qui saignait facilement et qu'on opéra; mais elle récidiva très vite. En janvier 1893 elle avait le volume d'une noisette et avait envahi les deux tiers de la paupière inférieure. Un petit fragment de la tumeur fut examiné, ce qui permit de porter le diagnostic de sarcome. On enleva toute la paupière et on fit une opération autoplastique.

Tumeurs tuberculeuses de l'iris.

M. Harlan. — Un enfant de 3 ans présentait de la photophobie et du larmoiement; il y avait de la conjonctivite; il n'y avait pas de chémosis. Il y avait une petite synéchie postérieure. A la périphérie de l'iris on voyait de petits nodules jaunâtres; ces nodules augmentèrent rapidement et bientôt remplirent le tiers supérieur de la chambre antérieure, recouvrant complètement la pupille. De la photophobie se déclara du côté de l'œil sain. On fit l'énucléation de l'œil malade. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses.

Troubles de la réfraction et de la musculature.

M. Milliken. — Dans les cas d'astigmatisme très intense, l'ophthalmoscope est le meilleur instrument pour l'étude de la réfraction. Dans 6 cas où les moyens ordinairement employés avaient échoué, j'ai vu l'ophthalmoscope permettre une correction complète. On peut corriger une insuffisance musculaire par des verres.

Rétinite, choro-rétinite et neuro-rétinite goutteuses.

M. Stedman. — Les lésions du fond de l'œil sont toujours bilatérales, mais rarement symétriques dans les deux yeux. La dégénérescence des parois des vaisseaux sanguins et de la rétine cause un trouble marqué de la vision centrale, un trouble faible ou nul de la vision périphérique et n'aboutit jamais à la cécité. La perte de la vision centrale est toujours progressive jusqu'à un certain point, à moins que la cause de cette affection soit reconnue de bonne heure et qu'un traitement approprié soit établi. On ne peut obtenir aucune amélioration, quand on a laissé la maladie s'établir. Les hémorrhagies de la rétine sont rares et ne s'observent qu'au début; plus tard, bien que les vaisseaux perdent leur élasticité, ils gagnent en résistance par suite des dépôts qui se forment. Les lésions les plus marquées consistent dans le développement de l'artério-sclérose et de la phlébo-sclérose, qu'on trouve non seulement dans la rétine, mais encore dans la choroïde et le nerf optique. De plus il se fait dans la rétine, au niveau du pôle postérieur de l'œil, un exsudat granuleux jaunâtre, qui généralement n'envahit pas la macula. Les lésions du nerf optique semblent être entièrement intra-oculaires et ne peuvent être retrouvées à une certaine distance en arrière de l'œil.

Maturation artificielle de la cataracte.

M. Jackson. — J'ai traité un certain nombre de cas de cataracte par la ponction de la chambre antérieure, l'évacuation de l'humeur aqueuse, et le massage du cristallin à travers la cornée. Cette opération était suivie d'une réaction très faible, car il n'y eut dans aucun cas ni iritis, ni synéchie postérieure. Chez les sujets de plus de 50 ans cette opération était rapidement suivie d'une opacité du cristallin; chez les sujets de moins de 35 ans la maturation de la cataracte n'était aucunement accélérée. Cette méthode est bien plus efficace que celle de Forster qui consiste dans l'iridectomie et le massage.

Luxation traumatique de l'iris.

M. Knapp. — M. M..., âgé de 45 ans, reçut un coup sur l'œil gauche; cet œil devint noir, non douloureux, et la vue s'affaiblit. A la partie interne de la cornée, la conjonctive était soulevée par une masse noire, qui n'était autre que l'iris. La conjonctive ne présentait ni plaie ni cicatrice, l'iris n'était plus dans sa situation normale; le cristallin était en place; il n'y avait ni rétinite, ni rupture de la choroïde. L'œil droit ne présentait aucune trace d'irritation. Vingt-neuf jours après l'accident, survinrent des symptômes d'inflammation sympathique de l'œil droit. Le traitement amena de l'amélioration, mais il y eut plusieurs rechutes et finalement la vision de l'œil droit fut complètement perdue.

Ablation d'un fragment d'acier du corps vitré à l'aide d'un électro-aimant.

M. Holt. — J'ai déjà rapporté six cas que j'ai traités par cette méthode. Je viens dernièrement d'en avoir trois nouveaux cas. Dans tous ces cas les fragments d'acier avaient pénétré à travers la chambre antérieure, déchirant le cristallin. L'électro-aimant fut introduit par la déchirure faite à la cornée par le corps étranger.

Autoplastie de la paupière supérieure.

M. St-John. — Je désire indiquer une méthode d'autoplastie très utile quand la paupière supérieure a été détruite; il faut disséquer un lambeau au niveau de la joue; on doit commencer l'incision à 1 cm. en avant de l'oreille et la mener transversalement au-dessous de la paupière inférieure jusqu'au nez; on tourne alors pour continuer l'incision vers le bas. On relève le lambeau ainsi mobilisé et on en fait une paupière inférieure.

Suppression de l'image visuelle.

M. Johnson. — Dans le strabisme convergent, il y a de l'amblyopie de l'œil qui converge. Donders et d'autres considèrent que c'est l'hypermétropie qui est la cause la plus ordinaire du strabisme convergent, par suite des efforts excessifs d'accommodation amenant une convergence, une confusion des images et consécutivement une suppression mentale de l'image visuelle d'un œil, d'où finalement une amblyopie de ce côté. Schweigger, Alfred Graefe et d'autres ont prétendu que l'amblyopie n'est pas la cause du strabisme, mais existe primitivement et congénitalement. C'est cette amblyopie qui amène la convergence par suite de la confusion des images. L'amblyopie en question ne peut être qu'un trouble physiologique, car le fond de l'œil est normal. L'amblyopie disparaît quelquefois par la correction du défaut visuel, mais il est rare que la vision de l'œil atteint d'amblyopie acquière la même acuité que celle de l'autre œil. J'ai observé le cas suivant : T. K., âgé de 19 ans, était atteint de strabisme depuis l'âge de 3 ans ; il n'a jamais pu rien distinguer avec l'œil gauche ; il y avait de l'hypermétropie du côté droit. Le 13 juin, à la suite d'un accident, il fallut faire l'énucléation de l'œil droit ; le 18 juin l'acuité visuelle de l'œil gauche avait déjà notablement augmenté ; un examen de cet œil montra qu'il était hypermétrope. La vision de l'œil gauche augmenta rapidement. Il est donc probable qu'il n'y avait aucune lésion organique de cet œil, mais qu'il y avait eu seulement pendant longtemps une suppression de la vision mentale.

Kyste de l'orbite.

M. Harlan. — Un enfant de 5 mois, bien développé, ayant un œil gauche absolument normal, présentait une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule et remplissant l'orbite droit, qui avait les dimensions de celui d'un adulte ; les paupières étaient très distendues par la tumeur. Il n'y avait aucune trace de cornée, mais la conjonctive était à peu près normale ; la tumeur était fluctuante. On incisa la conjonctive et il s'écoula un liquide clair comme de l'eau ; c'était un kyste simple à enveloppe fibreuse et épaisse. L'enfant mourut 24 heures après l'opération. A l'autopsie on ne trouva aucune communication entre le kyste et la cavité intra-crânienne. La tumeur était probablement formée par les tissus embryonnaires de l'œil ; il s'agissait ou d'un hydrophthame exagéré ou d'un coloboma enkysté ayant empêché la formation de l'œil.

65e RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS

tenue à Nurenberg du 11 au 15 septembre

Malformations des organes génitaux chez la femme.

M. Simon rapporte plusieurs cas de malformation des organes génitaux qu'il a eu l'occasion d'observer.

1° La première observation se rapporte à une jeune fille qui n'a jamais eu de règles et qui voulait se marier. A l'autopsie on trouva une atrésie du vagin avec hématocolpos et hématomètre formant tumeur arrivant jusqu'à l'ombilic. L'incision donna issue à un litre et demi de sang épais. L'exploration faite après l'opération ne permit d'établir les limites respectives du vagin et de l'utérus.

Dix-huit mois après, la femme revenait pour un avortement de trois mois.

2° Femme de 20 ans, sujette depuis l'âge de 13 ans à des hémorrhagies menstruelles très abondantes. A l'examen on trouva un double vagin et un double utérus. La cloison vaginale descendait jusqu'au vestibule du vagin. Le vagin droit était plus large que le gauche ; les deux utérus ne communiquaient pas entre eux. L'utérus droit était plus volumineux que le gauche, atteint d'endométrite gonorrhéique ; de plus, pyosalpinx à droite.

L'écoulement menstruel commençait par l'utérus droit, durait cinq jours, puis passait dans l'utérus gauche et durait encore quelques jours.

3° Fille de 16 ans. Vagin double et deux utérus rudimentaires. Les deux vagins se terminaient par l'urèthre considérablement dilaté et accolé directement au rectum. L'opération qu'on fit pour remédier à l'incontinence partielle de l'urine dont le malade souffrait depuis son enfance, comprenait le décollement du vagin et de la vessie du rectum, l'ouverture des deux vagins et le rétrécissement de l'urèthre par excision cunéiforme.

4° Femme venue consulter pour la stérilité. A l'examen, on trouva une atrophie de la lèvre antérieure du col, une hypertrophie colossale de la lèvre postérieure qui remplissait presque entièrement les culs-de-sacs, un orifice du col caché dans le cul-de-sac antérieur.

Excision de la lèvre postérieure. Peu de temps après, la malade devenait enceinte.

5° Femme avec malformation du rectum, avec anus vestibulaire et anus normal. Passage presque constant des matières fécales par le vagin. Le coït semblait être pratiqué par le rectum. L'anus vestibulaire n'avait pas de sphincter.

M. Amann ne pense pas que dans le dernier cas de M. Simon il s'agisse de malformation congénitale. L'embryologie n'explique pas l'ouverture du rectum dans le vagin en présence d'un anus normalement conformé. Il a dû exister auparavant un processus ulcéreux de ce côté.

M. Simon. — Il n'existait pas de cicatrices et l'orifice de communication était recouvert par une muqueuse normale.

M. Kaltenbach a remarqué depuis longtemps que les malformations génitales se compliquent souvent de dysménorrhée. Dans deux cas où il existait dans ces conditions un utérus rudimentaire, M. Kaltenbach fit la castration.

D'un autre côté, M. Kaltenbach cite trois cas d'atrésie de l'anus vaginal. Dans un de ces cas avec tumeur abdominale considérable, il existait une communication étroite entre le rectum et le vagin. La défécation était toujours très peu abondante et la tumeur en question était formée par des masses fécales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1893.

Tuberculose.

M. Bucquoy présente, au nom de M. le Dr Marquez (d'Hyères), un vœu tendant à inviter l'administration à obliger les hôteliers à prendre des moyens concernant la prophylaxie de la tuberculose.

Mondeville et le traitement des plaies au XIVe siècle.

M. Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel, a écrit, au commencement du XIVe siècle, un traité de chirurgie qui est une œuvre remarquable, méritant encore d'être lue aujourd'hui ; c'est pour les étudiants un livre d'instruction et d'éducation. Ce livre de chirurgie est le premier de notre littérature chirurgicale, il n'y en a pas de plus ancien, et il n'a jamais été imprimé, malgré sa valeur et les objurgations de Malgaigne, Littré et Chereau. Comme il a été écrit en latin, M. Nicaise pour le vulgariser vient d'en publier une traduction.

Pour donner une idée de cet auteur, de ses opinions avancées, il suffit de rapporter ce qu'il dit de la suppuration et du traitement des plaies. Le premier, il soutient que la suppuration est une complication et qu'il faut l'éviter ; c'est la doctrine d'aujourd'hui. Il en déduit un traitement des plaies : on ne les sondera pas, on pratiquera la réunion immédiate, on fera un pansement avec le vin chaud ou salé, on protègera les plaies contre l'air, car, ainsi que nous le croyions il y a quelques années, il considérait l'air comme l'agent de la suppuration ; il avait aussi inventé un emplâtre antiseptique pour appliquer sur les plaies.

Son traitement des plaies du gros intestin donne une idée de la valeur de ce chirurgien précurseur ; il suture la plaie de l'intestin par une suture des pelletiers, rentre l'intestin, suture la paroi abdominale, et si, dit-il, l'opération est faite immédiatement après la blessure, la guérison est rapide ; il l'a obtenue avec un seul pansement.

En résumé il a existé au XIVe siècle une période de la chirurgie dans laquelle on cherchait à combattre la suppuration, on réunissait immédiatement les plaies, on les pansait avec du vin chaud ou un emplâtre antiseptique. Cette période est restée inconnue jusqu'à notre époque, le livre de Mondeville étant resté lui-même inédit.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
Séance du 27 octobre 1893.

Plexus nerveux dans l'aryténoïdite tuberculeuse et dans l'amygdalite.

M. Michel-Dansac présente des coupes d'aryténoïdite tuberculeuse. Les préparations faites avec le chlorure d'or et le vert de malachite et quelques autres réactifs montrent des réseaux anastomosés très abondants formant un véritable feutrage; M. Michel-Dansac croit qu'il s'agit là d'une véritable prolifération de nerfs. Il a trouvé des lésions semblables dans des amygdales atteintes d'inflammation.

Epithélioma intra-canaliculaire du sein.

M. Launay montre une tumeur du sein opérée par M. Tillaux. L'évolution clinique spéciale a permis de faire le diagnostic de la variété d'épithélioma du sein décrite par MM. Labbé et Coyne sous le nom d'épithélioma intra-canaliculaire de la glande mammaire, diagnostic qu'a vérifié l'examen histologique fait par M. Pilliet.

Epithélioma tubulé de la peau.

M. Launay montre aussi les coupes d'une tumeur de l'avant-bras qui s'était développée sur un nævus : on avait cru à un sarcome. L'examen histologique pratiqué par M. Pilliet a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

M. Cornil rappelle à ce propos deux cas qu'il a présentés cette année d'épithéliomes de la peau développés sur des nævi. Dans un cas, bien que le nævus sous-jacent fût pigmenté, l'épithélioma ne l'était pas.

Sarcome du sein.

M. Mouchet rapporte l'observation d'une femme qui présentait une tumeur du sein dont le début remontait à 10 ans. Il résulte de l'examen histologique que cette tumeur est un sarcome pur fasciculé. Dans l'aisselle il y avait deux ou trois ganglions hypertrophiés qu'on enleva : on ne peut voir sur les coupes s'ils sont sarcomateux ou simplement enflammés.

Fibrome de l'utérus.

M. Mouchet présente ensuite l'utérus d'une femme qui est arrivée à l'hôpital, après d'abondantes hémorrhagies, dans un état si grave qu'on renonça à toute intervention. La situation relative du corps fibreux et de l'utérus, constatée à l'autopsie, est intéressante à mentionner. Le fibrome, enclavé dans le petit bassin, siégeait dans la paroi postérieure de l'utérus, faisant une énorme saillie dans le cul-de-sac de Douglas et dans le vagin sans pédiculisation. Il s'y était développé en arrière du col, complètement effacé. Pendant la vie, on avait senti par la palpation une grosse bosselure, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, au niveau de la partie supérieure et droite de la tumeur. Or, cette bosselure n'était autre que l'utérus entouré de ses annexes. Si l'on était intervenu, il eût fallu recourir à l'hystérectomie vaginale par morcellement.

Anévrysme artérioso-veineux de l'aorte et de la veine cave supérieure.

M. Jayle relate l'observation d'un homme à l'autopsie duquel on a trouvé un anévrysme artérioso-veineux de l'aorte et de la veine cave supérieure. La crosse de l'aorte était dilatée jusqu'à la naissance de l'aorte thoracique. En ouvrant la veine cave supérieure, on vit, un peu au-dessous de son origine, la perforation qui faisait communiquer les deux vaisseaux.

Anévrysme de l'artère sylvienne.

M. Jayle présente en outre un anévrysme de l'artère sylvienne provenant d'un malade alcoolique et syphilitique, qui, depuis 10 ans, avait des attaques épileptiformes. Il y avait, au niveau du bec antérieur de la circonvolution de l'hippocampe, un anévrysme situé sur le trajet de l'artère cérébrale moyenne et se présentant sous forme d'une tumeur allongée offrant neuf centimètres dans son plus grand diamètre. Simple fait à noter, ce malade avait été opéré, il y a quelque temps, pour une cataracte du côté correspondant au nerf optique qui pouvait être comprimé par la tumeur anévrysmale.

T. Legry.

ACADÉMIE DES SCIENCES
Séance du 23 octobre 1893.

Sur les mouvements de la surface du cœur.

M. Potain. — L'étude des mouvements de la surface du cœur n'avait plus d'intérêt depuis que les méthodes de Chauveau et Marey avaient permis d'explorer les fonctions de cet organe dans sa cavité même. J'ai été conduit à reprendre cette étude pour en obtenir l'interprétation des bruits cardio-pulmonaires que la clinique m'avait fait connaître, bruits qui résultent des mouvements communiqués au poumon par le cœur, et des phénomènes inspiratoires localisés qui s'ensuivent.

Les mouvements de la surface du cœur ont été explorés sur un animal à poitrine ouverte, à l'aide d'un dispositif instrumental particulier que j'ai imaginé et qui m'a permis de recueillir simultanément dans chacun des points de la surface le déplacement suivant chacune des directions de l'espace.

Les éléments ainsi obtenus ont servi à déterminer, à l'aide d'une construction spéciale, la trajectoire exacte du mouvement pour chacun des points explorés. Ces trajectoires, divisées en dixièmes de révolution et reportées sur une coupe de la surface du cœur suivant un plan perpendiculaire à l'axe de cet organe, montrent non seulement l'amplitude et la direction du mouvement, mais aussi sa vitesse à chacun des moments de la course, par l'écart variable des points qui marquent les dixièmes.

Le mouvement longitudinal qui se produit suivant le plan parallèle à la surface a été négligé pour cette double raison : qu'il a relativement très peu d'amplitude et que, étant parallèle à la surface, il ne produit qu'une sorte de glissement sans influence possible sur les bruits anormaux dont l'interprétation a été le sujet principal de ces recherches.

Ces trajectoires ont été déterminées en trois points différents de la surface accessible des ventricules : au niveau de la partie la plus élevée de l'infundibulum du ventricule droit, à la partie moyenne de la face antérieure du ventricule gauche, à la pointe.

Le mouvement général qu'elles indiquent est, pendant la systole, un retrait rapide de la surface, et une translation non moins rapide vers la droite, c'est-à-dire le mouvement de torsion tant de fois indiqué. La pointe fait exception en ce sens que le retrait se produit seulement à la fin de la systole. Elle n'éprouve pas de projection, comme on l'a dit, mais elle garde son niveau pendant que le reste de la paroi se déprime. Au début de la diastole, toute la paroi s'affaisse soudain, en raison de sa flaccidité subite; puis elle se relève, lentement d'abord sous l'influence de l'afflux progressif du sang dans les cavités, rapidement ensuite, quand vient la systole de l'oreillette.

Si l'on compare le caractère de ces trajectoires avec ceux des souffles anorganiques que l'on entend chez l'homme et souvent chez les animaux, on trouve : 1° que leur amplitude est prédominante là précisément où ces bruits se font le plus souvent entendre et avec le plus d'intensité, c'est-à dire au devant de l'infundibulum et de la face antérieure du ventricule gauche; 2° que leur direction est dans ces points-là particulièrement apte à produire sur le poumon une aspiration vive pendant la systole, attendu qu'elle est exactement normale au plan de sa face profonde; tandis que dans des points où des bruits de ce genre ne se produisent habituellement pas, elle lui est presque parallèle et ne détermine guère qu'une sorte de glissement; 3° que le rhythme du bruit est lui-même en rapport avec les variations de la vitesse du mouvement. Car, là où le souffle est sensiblement continu, le mouvement systolique est de vitesse égale; au devant du ventricule gauche, au contraire, où il est presque toujours méso-systolique, c'est-à-dire où il n'occupe que la partie moyenne de la systole, la partie moyenne du mouvement seule est rapide et capable de produire le bruit anormal, la première et la dernière sont lentes et aphones. Enfin, à la pointe où l'on entend surtout deux sortes de souffles, les uns en dedans, les autres en dehors d'elle, les premiers qu'on perçoit en général à la fin de la systole sont en rapport avec le retrait rapide qui s'effectue à ce niveau en ce moment-là; les autres, exactement systoliques, résultent d'un mouvement de translation rapide vers la droite, mouvement qui fait

le vide à gauche et qui est lui-même exactement synchrone à la systole.

L'accord précis et rigoureux jusque dans ses moindres détails, que ces recherches établissent entre les mouvements extérieurs du cœur et les bruits anorganiques qui les accompagnent, ne laisse plus subsister aucun doute sur le mécanisme de ces derniers. L'application à la clinique de la merveilleuse méthode de Marey donne ainsi la solution d'un problème sans doute fort obscur et difficile, puisqu'il avait provoqué les interprétations les plus discordantes, après avoir désespéré l'illustre auteur de l'auscultation.

Séance du 30 *octobre* 1893.

Election.

M. le professeur Potain a été élu, en remplacement de M. Charcot, par 48 voix sur 53 votants.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 *octobre* 1893.

Présidence de M. Galippe.

Incubation des œufs.

M. Féré. — J'ai poursuivi mes recherches sur ce point et étudié l'action de l'éther, du chloroforme et de l'essence de térébenthine. Comme l'avait vu Cl. Bernard, les vapeurs d'éther et de chloroforme tuent le germe et arrêtent tout développement; mais il faut pour cela une action prolongée. Si les substances n'agissent que quelques heures, il y a seulement retard de développement et malformation. On observe les mêmes effets avec l'essence de térébenthine.

Absorption des virus par les muqueuses.

M. Conte. — J'ai expérimenté surtout sur la conjonctive. Si l'on met en contact avec cette muqueuse une dilution de bulbe rachidien de lapin mort de la rage, l'absorption et l'infection sont posssibles après un contact dépassant une heure. Galtier avait fait déjà les mêmes constatations. A la fin de l'expérience, la muqueuse était soigneusement lavée avec un filet d'eau. Pour la morve, les observations sont également positives et l'inoculation est effectuée après 30 minutes. Le virus du choléra des poules est absorbé encore plus rapidement et presque à coup sûr. L'inoculation conjonctivale peut donc être affirmée sous la réserve d'une migration possible des produits virulents vers les voies lacrymales et la muqueuse pituitaire.

Physiologie nerveuse du lézard.

M. Martin. — J'ai été amené à constater sur le lézard un fait physiologique nerveux et qui met bien en évidence l'influence inhibitoire que les centres encéphaliques ou supérieurs exercent sur l'axe médullaire et ses émanations nerveuses. Si l'on tue un lézard et qu'au moment où l'animal ne donne plus signe de vie on lui coupe la queue, on assiste au développement d'une auto-motricité des plus singulières. Le segment caudal se déplace, sautille et décrit des mouvements d'inflexion en arc de cercle d'une grande énergie et d'une durée prolongée. Il est assez remarquable que sur des lézards anesthésiés par l'alcool ou le chloroforme et amenés à résolution et immobilité complètes, on observe des faits identiques. Il s'en déduit quelques remarques sur le mécanisme d'action des anesthésiques et la gradation suivant laquelle ils influencent et annihilent momentanément les différentes opérations nerveuses.

Foie infectieux.

M. Hanot. — J'ai attiré à plusieurs reprises l'attention sur les lésions infectieuses du foie, lésions en quelque sorte communes et pouvant être observées dans toutes les infections. Aujourd'hui, je voudrais indiquer un processus qu'on observe plus spécialement dans la fièvre typhoïde et la tuberculose accompagnée d'ulcérations intestinales. C'est le nodule infectieux, altération caractérisée d'une part par une accumulation de cellules lymphatiques en petits foyers, et d'autre part par des altérations cellulaires, fragmentation, atrophie, etc. Il est remarquable que dans les nodules infectieux typhiques, le bacille d'Eberth manque : au contraire, il est présent dans les nodules hépatiques de la tuberculose. Il n'y a pourtant pas de tubercule proprement dit, pas de cellule géante, de caséification centrale. Il semble qu'on ait affaire à une tuberculose atténuée, l'atténuation pouvant tenir par exemple aux conditions de l'inoculation à partir de l'intestin ulcéré. Quoi qu'il en soit, on peut rapprocher cette constatation des faits formant la base de l'ensemble appelé septicémie bacillaire sans tuberculose. De par les examens précédents, il faudra y regarder à deux fois avant de classer un foie hors la tuberculose, et ne pas chercher quand même des tubercules typiques pour affirmer la tuberculose hépatique.

Infection staphylococcique chez le poisson.

M. Charrin. — Voici un spécimen de goujon trouvé dans une eau remplie d'éléments d'un staphylocoque analogue à l'aureus de l'homme. L'animal est malade, enflé, presque immobile : il est infecté par l'organisme précité. Je me propose de chercher comment un goujon sain se comportera dans une eau artificiellement polluée, et de poursuivre la comparaison avec l'infection staphylococcique humaine ou expérimentale.

Hématozoaires des oiseaux.

M. Labbé. — Les formes flagellées m'ont paru très répandues, plus faciles à observer après un certain temps et surtout après l'action du froid. Mes observations m'amènent à penser que cette forme constitue une évolution anormale, qu'elle diffère des autres aspects du parasite, et ne peut être considérée comme correspondant à une phase du développement du parasite décrit par les auteurs.

M. Laveran. — Je pense que le travail précédent conclut trop des oiseaux à l'homme paludique. Ici les corps flagellés sont rares, visibles immédiatement après la présence du sang, et mieux observables avec une haute température. Je persiste à affirmer que les corps flagellés représentent bien une phase de l'évolution de l'hématozoaire.

Chauffage par les braseros.

M. Gréhant. — J'ai renouvelé mes recherches sur cette question, et trouvé que ce mode de chauffage était moins inoffensif et que la proportion d'oxyde de carbone dégagé pouvait finalement prendre une importance notable. On parera à tous inconvénients en munissant l'appareil d'une cheminée conique, entraînant assez haut ou à l'extérieur les produits de la combustion.

Lavage du sang.

M. Dastre. — Un récent travail de M. Guinard me donne l'occasion de revenir sur les recherches que j'ai faites avec Loye sur les injections intra-veineuses et en particulier les injections de solution saline physiologique visant le lavage du sang et l'élimination des poisons. Je ne saurais insister trop sur la légitimité d'un principe que nous avions déjà posé, celui de la vitesse. Cette dernière joue un rôle si considérable qu'il serait presque plus juste de prendre comme point de repère la vitesse toxique que la toxicité même. L'injection à un centimètre cube par 20 secondes, que j'avais considérée comme formule optima, est également adoptée par M. Guinard. En ce qui concerne le lavage du sang, je dois noter qu'on ne saurait espérer d'effets constants ni mathématiques. On arrive souvent à obtenir une élimination du liquide seul sans le poison. Cependant le principe n'est pas moins à poursuivre. Sur ce point, il y a peut-être lieu de reviser la composition du liquide : c'est une question que j'étudie actuellement et qui me paraît promettre d'utiles déductions pour l'avenir.

M. Hayem. — Je m'associe aux remarques de M. Dastre et j'ai dès 1884 mis en pratique la méthode des injections salines dans le traitement du choléra. Les effets sont considérables et connus de tous; réveil des grandes fonctions, retour de la connaissance, reprise de l'élimination urinaire. Quel que doive être le pourcentage des cas heureux, le principe n'en est pas moins posé, et les dernières observations n'ont fait que le confirmer.

M. Dastre. — Ce que j'ai tenu à faire remarquer, c'est que dans nos recherches expérimentales nous avions visé particulièrement le lavage du sang et l'entraînement des poisons.

Séance du 21 *octobre* 1893 (*fin*).

Sur un cas de tétanos chez l'homme par inoculation accidentelle des produits solubles du bacille de Nicolaïer.

M. Nicolas (Lyon) relate un cas de tétanos typique dont il a failli être victime à la suite de l'injection accidentelle d'une très faible dose de culture *filtrée* du bacille de Nicolaïer. Cette culture, extrêmement active, n'était autre que celle employée par MM. Courmont et Doyon pour tétaniser la poule.

L'accident consista en une simple piqûre faite à la main gauche avec une aiguille de Pravaz stérilisée au préalable et seulement humectée avec un peu de la culture filtrée qu'il venait d'injecter à des poules.

De son observation, il résulte qu'un tétanos général a été au bout de quatre jours la conséquence de l'introduction sous-cutanée de cette dose infime de culture filtrée du bacille de Nicolaïer. L'homme se trouve ainsi placé au premier rang des espèces animales par ordre de sensibilité aux produits solubles de ce bacille.

Les seules particularités cliniques à signaler sont : l'absence constante d'une élévation de la température, des symptômes très nets de congestion spinale, une sensibilité extrême au froid, et enfin, le début des contractures au niveau de la région inoculée où elles ont persisté également en dernier lieu.

Au point de vue expérimental, la *période silencieuse d'incubation* de quatre jours, bien que l'injection ait contenu les substances solubles toutes formées, tend à confirmer la théorie de MM. Courmont et Doyon, à savoir que ce poison n'est pas toxique par lui-même, mais fabrique aux dépens de l'organisme la substance strychnisante. Cette phase indispensable de fermentation constitue la période d'*incubation*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 *octobre* 1893.

Présidence de M. Fernet.

Sur un cas de péritonite tuberculeuse avec ascite guérie par une injection de naphtol camphré.

M. Rendu présente à la Société une femme entrée dans son service de l'hôpital Necker au mois de mai dernier. La malade était maigre, avec le ventre distendu par une grande quantité de liquide ; l'affection avait débuté par des troubles digestifs, des alternatives de diarrhée et de constipation. Le liquide ascitique était libre dans la cavité abdominale et vers la région gastrique on constatait un empâtement assez net; en outre, il existait un double épanchement pleural, et les lésions pulmonaires ne laissaient aucun doute sur la nature tuberculeuse de l'affection. Après 8 ou 10 jours d'observation, M. Rendu retira environ 7 litres de liquide de l'abdomen et de suite il injecta 8 à 10 grammes de naphtol camphré qu'il laissa dans la cavité abdominale. Une légère réaction fébrile se produisit, qui disparut très vite; l'ascite ne se reforma pas, mais on put percevoir un gâteau péritonéal indiquant la présence d'une péritonite adhésive. Cette masse indurée ne persista pas longtemps, elle diminua peu à peu et disparut complètement.

Depuis lors, la malade a augmenté de poids d'une façon notable; les épanchements des plèvres ont disparu, et la guérison est parfaite.

M. Fernet. — J'ai publié il y a quelques années un mémoire sur la tuberculose péritonéo-pleurale, et j'ai insisté sur la bénignité relative de cette manifestation et sur la disparition spontanée possible du liquide péritonéal. De plus, j'ai injecté le naphtol dans de nombreuses manifestations tuberculeuses, mais j'avoue que je n'oserais pas injecter le naphtol camphré dans le péritoine, ainsi que M. Rendu l'a fait avec succès d'ailleurs chez ses malades. Je crois que ces injections sont douloureuses et peuvent être dangereuses.

M. Le Gendre. — Quelques expériences me permettent de m'associer à l'objection que vient de faire M. Fernet. J'ai injecté le naphtol dans la plèvre et le péritoine d'animaux, et je les ai vus succomber avec des accidents convulsifs, sans que l'autopsie permette de trouver la moindre lésion.

Une épidémie de rubéole.

M. Sevestre. — La rubéole est une maladie spéciale ayant son autonomie propre et qui doit être distinguée de la rougeole et de la scarlatine aussi bien que de la roséole. Elle a été jusqu'ici en France considérée comme une rareté, mais cette rareté n'est peut-être qu'apparente et il serait plus juste de dire que la maladie est méconnue.

Les épidémies de rubéole procèdent par poussées successives, séparées par des intervalles correspondant à la période d'incubation, qui pour cette maladie est de 15 jours en moyenne. Les premiers cas peuvent passer inaperçus en raison même des caractères de bénignité que présentent le plus souvent les signes généraux.

La rubéole est contagieuse dès le début aussi bien que la rougeole, et lorsqu'on isole les malades, il est trop tard, ils ont déjà semé la maladie autour d'eux. Ce qu'il faut chercher à réaliser, c'est l'isolement de ceux que j'ai appelés les suspects, c'est-à-dire des enfants qui ont été en contact avec ces malades; ceux-ci doivent être surveillés surtout à partir du 12e jour après le contact pour qu'on puisse les isoler dès l'apparition des premiers symptômes. Malheureusement, il n'existe pas de prodromes dans le plus grand nombre des cas et l'isolement préventif est par suite très difficile.

Une fois la maladie terminée, ce qui ne demande guère plus de 8 jours, le rubéoleux n'est plus contagieux et peut d'emblée être admis au milieu d'autres enfants. Quant à la désinfection, ce ne peut être qu'une très bonne chose, mais je ne la crois pas indispensable, le microbe de la rubéole (d'ailleurs encore inconnu) devant avoir, comme celui de la rougeole, une vitalité très limitée.

M. Juhel-Rénoy. — Il importe de se souvenir de l'apyrexie si fréquente dans la rubéole; ce peut être un bon signe de diagnostic avec la rougeole.

M. Galliard. — On a donné comme un très bon signe de diagnostic la tuméfaction des ganglions du cou; or, je l'ai très souvent recherchée sans la trouver toujours; il ne faut peut-être pas en exagérer l'importance.

M. Comby. — L'apyrexie n'est pas constante. J'ai observé un cas de rubéole où la température dépassa 40° pendant 2 ou 3 jours.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

1er *semestre* 1893.

Kyste tubo-ovarien.

M. Desbonnets présente une tumeur kystique du ligament large, enlevée par M. Delassus, chez une femme de 43 ans. Des signes physiques perçus, on avait conclu à un kyste inclus dans le ligament large; la fièvre assez intense que présentait la malade avait fait penser que le kyste était suppuré. L'opération a démontré que le diagnostic était exact ; la tumeur était tout entière comprise dans le ligament large droit; la ponction a permis d'en retirer un liquide purulent.

L'énucléation en fut très laborieuse, à cause des nombreuses adhérences de la poche avec le péritoine et les anses intestinales. A un moment donné, la rupture du kyste ne put être évitée et son contenu fit irruption dans la cavité abdominale. L'extirpation put néanmoins être complétée. Malgré toutes les mesures prises pour obtenir la désinfection du péritoine : lavage copieux, pansement de Mickulicz, la malade mourut au 6e jour d'une péritonite septique sans suppuration.

L'intérêt de ce cas réside dans le diagnostic anatomo-pathologique de la tumeur. Elle était incluse totalement dans le ligament large. Elle communique à sa partie supéro-externe

avec un diverticulum qui se continue lui-même insensiblement avec la trompe. Celle-ci longe la partie antéro-supérieure de la tumeur de telle sorte que le tout rappelle assez bien l'aspect d'une cornue dont le ventre serait formé par le kyste et le col par la trompe. Nulle part on ne trouve de traces de l'ovaire.

Est-on en présence d'un pyo-salpinx ou d'un kyste tubo-ovarien? M. Desbonnets se rallie à cette dernière hypothèse.

M. Camelot admet que les deux opinions peuvent être soutenues, et M. Duret dit que l'examen histologique seul peut trancher la question.

Un cas d'appendicite suppurée, traitée par l'ouverture précoce, suivie de rapide guérison.

M. Monestié, interne des hôpitaux, lit l'observation d'un cas d'appendicite suppurée.

Le nommé Alphonse C..., âgé de quinze ans, sellier de son état, est pris, le 8 avril 1893, à 8 heures du matin, d'une douleur subite, aiguë, dans le flanc droit. En même temps, il a une abondante épistaxis : jamais pareil accident ne lui était arrivé. Il se couche aussitôt, souffre plus ou moins toute la journée et ne sent que du dégoût pour les aliments. Il n'est pas ordinairement constipé. La nuit du 8 au 9 est relativement bonne; mais l'insomnie est complète dans les nuits du 9 au 10 et du 10 au 11. M. Augier voit le malade dans la journée du 10, diagnostique une appendicite, prescrit du laudanum pour calmer les douleurs et fait porter l'enfant à l'hôpital, le 11 avril vers 10 heures du matin, dans le service de M. Duret, pour y être opéré.

A ce moment le malade présente un état général peu satisfaisant: facies abdominal, état saburral prononcé, ventre ballonné. Un peu au-dessus de la fosse iliaque droite, on constate une douleur exquise à la pression et une résistance profonde qui, jointes aux autres symptômes, sont, pour M. Duret, les signes certains d'appendicite, probablement déjà suppurée.

Le malade est aussitôt endormi. Le chirurgien fait une incision de 10 centimètres, un peu oblique en bas et en dedans, juste au niveau de l'empâtement. Il incise, couche par couche, la peau, l'aponévrose, les muscles et arrive sur une membrane entre les mailles de laquelle on voit, par transparence, une substance d'aspect jaunâtre : ce doit être du pus. En effet, une ponction faite très délicatement au bistouri, donne issue à un pus crémeux, très épais; on élargit un peu l'ouverture avec la sonde cannelée et il en sort environ deux cuillerées à café de pus. La cavité purulente nettoyée représente à peu près le volume d'une petite pomme et résulte d'une péritonite enkystée. On place un drain, puis deux points de suture à chaque extrémité, on panse à l'iodoforme et le malade est porté sur son lit où il garde une immobilité complète. Le soir, sa température monte à 38°4. Le lendemain, 12 avril, on lui administre deux cuillerées à café d'huile de ricin qui le font aller à la selle. Les matières rendues sont dures. C'est la première fois qu'il va à la selle depuis le commencement de sa maladie. On le nourrit avec du lait et des œufs, car l'appétit revient le 13 avril avec la chute de la fièvre. On lui administre aussi du bon vin. Plus de douleurs, les nuits sont bonnes, le succès semble assuré. On continue le même régime jusqu'au 25. Tous les deux jours on a soin d'administrer de l'huile de ricin. Le pansement est quotidien; il s'écoule un peu de pus, le drain est graduellement raccourci et définitivement enlevé le 23. Un seul jour, la température est montée à 38°: le ventre était sensible à la pression. On applique des cataplasmes phéniqués par-dessus la gaze iodoformée pendant trois jours, on donne un purgatif et tout rentre dans l'ordre. Le 27 avril, il n'y a plus aucun symptôme morbide. Le 30, le sujet sort de l'hôpital définitivement guéri. On lui recommande un régime sévère : lait, potages, viande hachée, encore pendant huit jours, afin d'éviter toute récidive. Le 15 mai nous avons de ses nouvelles : sa guérison est parfaite.

Sarcome mélanique des ganglions sous-maxillaires.

M. Monestié rapporte l'observation d'un homme de 66 ans, entré à l'hôpital le 28 mars 1893; il est porteur d'une grosseur située au niveau de la glande sous-maxillaire droite, non adhérente à la peau et paraissant mobile dans tous les sens. Elle est du volume du poing, arrondie, dure, résistante. Elle a mis quatre ans à atteindre ce volume ; deux ans auparavant cet homme avait été opéré d'une tumeur mélanique développée sur la conjonctive droite. L'état général est bon, quelques ganglions à gauche au même niveau. Le diagnostic reste en suspens entre une récidive de la tumeur oculaire, ou bien une tumeur développée aux dépens de la glande sous-maxillaire.

Bref, l'opération est résolue et pratiquée le 31 mars. Une incision elliptique permet de disséquer la peau sous la tumeur et celle-ci est enlevée après des efforts assez modérés, mais non sans avoir été obligé de couper la jugulaire interne. Elle est entourée de sept ou huit petits ganglions qu'on n'avait pas sentis avant l'opération, le tout est extirpé, la glande sous-maxillaire aussi quoique saine. Une coupe faite sur la tumeur nous montre une superbe mélanose. On énuclée aussi les ganglions de gauche.

La plaie est suturée, pansée à l'iodoforme. La température ne dépasse pas 38°, les fils sont en grande partie enlevés le cinquième jour et le malade sort guéri au bout de trois semaines.

L'analyse histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome mélanique développé dans les ganglions de la loge sous-maxillaire. Or, nous savons, d'après Sappey, que certains lymphatiques conjonctivaux aboutissent à ces ganglions; c'est donc une récidive qui pour n'être pas fréquente est du moins expliquée par l'anatomie.

Chondrome récidivé de la parotide.

M. Monestié rapporte l'observation d'un homme de 60 ans, célibataire, ouvrier agricole, entré à l'hôpital le 27 mars 1893. Il est porteur d'une tumeur formée de trois parties distinctes. Au niveau de la loge parotidienne gauche, on sent deux grosseurs du volume d'une aveline. Elles sont dures, immobiles, à contour anguleux, et se rattachent à une tumeur aplatie, très dure, qui recouvre la branche montante dans toute son étendue, sauf un centimètre à la partie inférieure, et qui y adhère fortement. Plus en avant encore dans la joue, au niveau du canal de Sténon, on trouve trois grosseurs parfaitement mobiles entre la peau et la muqueuse, ressemblant à des ganglions, avec cette différence que leur contour n'est pas si arrondi et que leur consistance est légèrement plus dure. La peau est partout saine.

L'évolution de ces tumeurs remonte à trente ans et elles sont une récidive d'une tumeur parotidienne enlevée cinq ans auparavant. L'incision faite alors au niveau de la branche montante a laissé une cicatrice linéaire parfaitement visible.

Après être restées stationnaires et indolores jusque il y a six mois, elles ont pris un développement plus rapide et il est survenu des douleurs qui causent des insomnies et en même temps de la gêne pour la mastication. De plus, cet homme a de la paralysie faciale, caractérisée par l'ectropion de la paupière inférieure, l'abaissement et la déviation à droite de la commissure labiale gauche et enfin la déformation des traits qui indique la perte à peu près complète de la tonicité musculaire. La parotide du côté opposé semble un peu dure ; rien ailleurs ; appétit bon, état général assez peu satisfaisant. Le diagnostic est chondrome de la parotide et des lobes aberrants de cette glande en train de dégénérer et de se ramollir.

L'ablation est pratiquée le 30 mars par M. le prof. Duret. Les suites de l'opération furent normales. Le malade était guéri au bout d'un mois.

Erythème polymorphe. Polyarthrite, endocardite et néphrite consécutives.

M. Camelot lit l'observation d'une jeune fille de 17 ans, entrée à la Charité le 11 mai 1893, avec le diagnostic de variole. Au premier abord, ce fut également notre diagnostic.

Depuis deux jours, en effet, la malade portait sur la face des papules absolument typiques ; seule, leur évolution insolite ne concordait pas avec l'idée de variole, car le 13 mars, c'est-à-dire quatre jours entiers après leur apparition, aucune d'elles ne tendait à devenir vésiculeuse. — C'est alors qu'un examen plus approfondi de l'éruption, une étude plus attentive des commémoratifs, permirent de rectifier le diagnostic.

Cette jeune fille avait été physiquement surmenée durant les quelques semaines qui précédèrent son entrée à l'hôpital. — Depuis un peu plus de quinze jours, elle ressentait une courbature générale, des douleurs dans les reins, les jambes et les bras, sans localisation spéciale au niveau des articulations. Elle n'avait pas eu de frissons, ne toussait pas; mais elle était très abattue et avait complètement perdu l'appétit. Elle n'avait pas pour cela cessé de travailler.

Le jeudi 9 mars apparut une éruption sur le front; le 11, elle s'étendit aux bras et aux jambes. En même temps, la malade contractait une angine très douloureuse, qui rendait la déglutition pénible.

Le 13 mars, l'éruption présente les caractères suivants: sur le front existent un grand nombre de papules, la plupart confluentes, formant des plaques plus ou moins larges et irrégulières, à côté desquelles on trouve quelques papules isolées. — Leur nombre diminue sur la face; on n'en trouve plus au cou, sauf au niveau et un peu au-dessous de la région mastoïdienne de chaque côté. — Ces papules sont d'un rouge vif, entourées d'une auréole rosée; elles sont très rares sur le tronc.

Sur l'avant-bras droit, à côté de quelques papules très nettes, on trouve, échelonnées le long de la face postérieure du cubitus, des nodosités ovalaires légèrement surélevées dont la coloration est moins franchement rosée que celle des papules. C'est, à n'en pas douter, de l'*érythème noueux*. Rien sur le bras gauche.

Aux membres inférieurs existent quelques papules; nous constatons, en outre, la présence de plaques érythémateuses qui disparaissent par la pression, et qui sont surtout nombreuses sur les deux faces antérieures des tibias. Sur le reste de la jambe, sur les cuisses, quelques rares papules.

En présence de ces caractères de l'éruption : taches, papules, nodosités, le diagnostic d'*érythème polymorphe* s'impose.

Les amygdales sont enflammées, hypertrophiées, recouvertes d'un enduit pultacé. La déglutition est très douloureuse. La malade tousse, mais elle ne présente pas de signes de bronchite. Rien au cœur, pas d'albuminurie.

La température s'élève à 39°.

On prescrit, pour le moment, un gargarisme et une potion calmante.

Les jours suivants, la polyarthrite s'amende, mais la malade présente les signes d'une endocardite. Le souffle systolique ne va qu'en augmentant.

Enfin, le 5 avril, la malade, qui a quitté l'hôpital le 3, est atteinte d'albuminurie très marquée, dont elle n'est pas encore guérie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANTES

1er *semestre de* 1893.

Epilepsie jacksonienne.

M. Hervouët communique quelques notes sur ce sujet, à propos d'un malade qu'il a eu dans son service à l'hospice général.

Le bras droit est atrophié, il y a de la paralysie; seuls, deux doigts de la main peuvent exécuter les mouvements : le pouce et l'auriculaire. Cet homme prétend que la paralysie remonte à treize mois.

A son entrée dans le service, il a des secousses convulsives sans interruption dans le bras gauche et la jambe gauche. Convulsions toniques. C'est un véritable mal jacksonien. Du côté opposé il y a bien quelques convulsions, mais elles sont probablement communiquées. Elles durent 24 et même 36 heures.

Les accès d'épilepsie jacksonienne correspondaient à chaque excès de boisson.

Diagnostic : Lésion dans la région rolandique.

Du côté convulsé, à gauche, il y a de l'hémianesthésie, sauf à la tête. La vue et l'ouïe paraissent intactes.

La température, qui jusque-là avait été normale, monte quelques jours après. L'état général devient mauvais. M. Hervouët pense à une pneumonie ultime. Le malade succombe. A l'autopsie on trouve, au niveau de la partie postérieure des circonvolutions frontale et pariétale, de l'épaississement des méninges, qui cependant n'adhèrent pas à la substance corticale. En somme ce sont des lésions de méningite chronique symétrique.

La pariétale ascendante du côté gauche est divisée par un sillon en deux parties, dont l'inférieure est très grêle.

En faisant des coupes, on rencontre un petit foyer de ramollissement à droite, à la pointe du lobe occipital, qui pouvait produire l'hémianesthésie.

La valvule mitrale et les valvules sigmoïdes de l'aorte sont épaissies. Les reins sont atrophiés et les capsules adhérentes. Le foie présente de la sclérose graisseuse.

En définitive, c'est un artério-scléreux avec méningite chronique, qui a eu un foyer de ramollissement récent ayant occasionné de l'anesthésie.

M. Hervouët fait remarquer combien il est rare d'observer l'épilepsie jacksonienne avec l'anesthésie.

Influenza.

M. Simoneau parle d'un malade qu'il a vu avec M. Pérochaud. C'est un alcoolique souffrant depuis longtemps de l'estomac. On lui donne des gouttes noires anglaises et, le 19 avril, il tombe dans le coma. Les pupilles sont dilatées et restent insensibles sous l'action de la lumière.

Le lendemain, les pupilles redeviennent normales, un peu de fièvre se déclare et le malade est pris d'un tremblement généralisé. M. Pérochaud émet l'idée de grippe. Les convulsions augmentent et le malade succombe. M. Simoneau se demande s'il a été en présence d'une forme de l'influenza.

Sur la sclérose en plaques et l'hérédité.

M. Hervouët fait quelques remarques à propos d'un malade qu'il a observé dans son service. La marche de ce malade n'est pas assurée, il appuie fortement sur le talon. S'il s'arrête et qu'on lui ferme les yeux, il oscille et est sur le point de tomber. Couché, il exécute assez bien les mouvements qu'on lui ordonne, cependant il y a un peu d'oscillation. L'expérience du verre d'eau n'est pas très démonstrative. Aucun trouble de la sensibilité. Rien du côté de la vessie. Les réflexes sont très exagérés aux genoux, tandis qu'aux pieds ils sont presque normaux. On n'observe pas de trépidation épileptoïde.

Il éprouve quelquefois des démangeaisons nocturnes.

Ce malade, qui n'a jamais eu la syphilis, n'a jamais éprouvé de douleurs fulgurantes.

En dernier lieu on observe du nystagmus.

Il n'y avait pas lieu de diagnostiquer de la myélite transverse, ni de l'ataxie locomotrice. Le nystagmus seul suffit à faire admettre de la sclérose en plaques. A la Salpêtrière, nystagmus, démarche titubante, oscillation dans les mouvements voulus et absence des troubles de la sensibilité sont des signes suffisants pour faire le diagnostic de sclérose en plaques.

Au point de vue de l'hérédité chez ce malade, il y a des remarques intéressantes à faire. M. Laënnec, qui a eu l'occasion d'observer un de ses frères, diagnostiqua de la sclérose en plaques. Cet homme dit que beaucoup de membres de sa famille ont eu la même affection que lui avec issue fatal. M. Hervouët en a relevé neuf cas dans la même génération.

Cette observation est intéressante au point de vue de l'hérédité de la sclérose en plaques. Déjerine ne l'admet pas et cela se comprend, puisque cette affection est d'origine vasculaire.

Un cas de phlébite traité par le massage.

M. Saquet rapporte l'observation suivante : Mme T....., âgée de 34 ans, a été atteinte six mois auparavant de phlegmatia aux deux cuisses.

Cette malade nous a été envoyée par notre excellent ami le docteur Guillou.

Au moment où nous la voyons pour la première fois, le 20 février 1893, elle se plaint de marcher difficilement et lentement, d'être obligée d'avoir des chaussures larges et d'avoir les jambes et les pieds encore plus enflés le soir.

Nous prenons la mensuration des membres et voici ce que nous obtenons :

Cuisse droite : 0m,48 à cinq travers de doigt au-dessous de la rotule ; — 0m,42 à deux travers de doigt au-dessus de la rotule.

Mollet droit : 0m,35 à cinq travers de doigt au-dessous de la rotule.

Cuisse gauche : 0m,425, à cinq travers de doigt au-dessus de la rotule ; — 0m,425 à deux doigts au-dessus de la rotule.

Mollet gauche : 0m,35 à cinq doigts au-dessous.

Les chevilles sont enflées des deux côtés, mais le mollet droit présente peu d'œdème.

Cette dame a été atteinte dans son jeune âge d'une paralysie infantile du côté gauche et a dû marcher plusieurs années avec un appareil prothétique.

Actuellement, le membre gauche est de 2 centimètres plus court que l'autre et le pied équin légèrement varus est également raccourci ; les réflexes sont normaux.

Après trois séances de massage, la malade se sentit notablement soulagée ; après la quatrième, nous reprîmes les mesures et voici ce qui a été trouvé :

Un centimètre de diminution aux deux niveaux mesurés ; pour la cuisse droite, le mollet droit est stationnaire.

La cuisse gauche a diminué de deux centimètres 1/2 et le mollet gauche de quatre centimètres.

A partir de ce moment, nous prescrivons des exercices des jambes correspondant aux mouvements physiologiques des membres.

Le 6 mars suivant, c'est-à-dire huit jours après, nous fûmes tout surpris en mesurant la cuisse gauche de retrouver 0m,425 sans trace d'œdème. Le mollet avait également augmenté d'un centimètre ; c'était bien du muscle qui s'était refait et ce n'était pas l'état antérieur à la phlébite qui était revenu, car notre malade et son mari nous affirmèrent que le mollet n'avait jamais été accentué de cette façon, la jambe avait la forme d'un fuseau, nous dirent-ils.

Le 8 mars, la jambe droite peut être considérée comme guérie, la cheville enfle à peine le soir, la malade peut courir maintenant et même sauter à pieds joints sans douleur, elle ne souffre désormais qu'en s'accroupissant ; six séances plus tard, la douleur avait disparu dans ce dernier mouvement et la malade pouvait faire de longues courses et faire marcher une machine à coudre comme autrefois ; le traitement fut alors cessé.

Nous la revîmes un mois plus tard, le résultat s'était maintenu.

Myringite traumatique.

M. Gouraud rapporte un cas de cette maladie occasionnée par l'éclatement d'un pois fulminant dans l'oreille. Sitôt après l'accident, le docteur Brindejonc fit des injections chaudes qui ne purent pas être tolérées. Le conduit auditif interne était rouge et le tympan était criblé par les petits graviers du pois. Il avait l'aspect d'une écumoire. Les injections furent remplacées par des bains antiseptiques.

Quelques jours après, du pus coula et on vit deux ruptures du tympan.

Au bout de cinq ou six semaines d'un pansement sec à l'acide borique, les déchirures étaient guéries ; mais la surdité persista, et ce n'est qu'après deux mois et demi de cathétérisme de la trompe que ces phénomènes du côté de la caisse disparurent.

Diagnostic des souffles extra-cardiaques.

M. Hervouët appelle l'attention et le contrôle sur ce sujet. Ces bruits sont quelquefois très difficiles à différencier malgré le changement de position du malade. Ils ont aussi une délimitation spéciale. On les entend mieux à la fin de l'expiration et au commencement de l'inspiration.

Mais ces différents caractères ne sont pas toujours très nets. M. Hervouët a remarqué qu'à la suite d'efforts, ces bruits sont plus intenses par suite du choc du cœur sur les poumons. Si on a soi-même un bruit de souffle extra-cardiaque, on peut l'entendre à chaque systole. Il semble qu'il vous sorte de la bouche et on le perçoit d'autant mieux qu'on se trouve devant un mur ou une petite planche.

En fermant la glotte, M. Hervouët a mis plusieurs fois ce moyen à profit, mais beaucoup de malades ne comprennent pas bien ce qu'on leur demande en leur disant de fermer la glotte. Ensuite, il va falloir s'assurer si ce phénomène est constant. Le cœur est capable de comprimer des lames énormes de poumon et même des conduits aériens assez gros, des petites et des grosses bronches. Si on ferme l'arbre respiratoire, l'air ne chemine plus, il est intercepté et alors on n'entend plus le bruit du souffle.

Origine nasale des affections oculaires.

M. Couétoux dans une communication énumère les théories de l'action nasale sur les lésions oculaires. — Ces lésions ont été expliquées par la propagation suivant le trajet du canal naso-lacrymal. — Cette propagation ne semble convenir qu'aux lésions diphthéritiques. La diphthérie oculaire d'origine nasale est rare après l'âge de dix à douze ans, suivant Ruault ; elle est précédée de larmoiement.

Mais il n'y a pas d'autres affections conjonctivales d'origine nasale : tout au plus de petites congestions de la muqueuse oculaire se montrant parallèlement aux irritations nasales et probablement d'origine réflexe.

Pour discuter la théorie trophique de Berger, il faudrait d'abord que son auteur la rendît intelligible.

Reste la théorie de Ziem par congestion vasculaire, engorgement des veines ethmoïdales se déversant dans les fosses nasales. Cette théorie semble d'autant plus rationnelle qu'elle explique l'action, difficile à interpréter autrement, de la paracentèse dans les affections cornéennes. Cette paracentèse, suivant cette théorie, et conformément aux faits, semble pouvoir être souvent remplacée avec avantage par une action chirurgicale sur le rhinopharynx.

De plus, cette théorie de Ziem explique l'aggravation matinale des lésions oculaires sur lesquelles agit la congestion nasale, et les désigne comme pouvant être modifiées par le traitement rhino-pharyngien. C'est ainsi que les kérato-conjonctivites, sur lesquelles semblent toujours retentir les lésions nasales, quand elles ne les provoquent pas, présentent une aggravation de leurs symptômes le matin, après le décubitus nocturne si manifestement favorable à la congestion nasale. Ainsi s'explique cette opposition entre les symptômes périkératiques, plus aigus le matin, et les symptômes des affections conjonctivales à rémission matinale. Cette opposition semble n'avoir pas assez attiré l'attention, et l'explication de Panas, qui attribue la décongestion vespérale dans les périkératites à la station diurne, semble vraiment trop banale.

Nous pensons, au contraire, que ce symptôme ne doit pas être négligé et que le seul fait de l'aggravation matinale des douleurs oculaires dans les conjonctivites graves doit faire craindre un retentissement vers la cornée, la région ciliaire, et provoquer un examen attentif de cette région.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 18 *octobre* 1893.

Traitement de l'avortement.

M. Czempin. — Malgré la fréquence des avortements, on en connaît fort peu les causes dans un grand nombre de cas.

Pour ce qui est des primipares, la grossesse est souvent interrompue avant terme, principalement dans les classes aisées, sans qu'on trouve, comme explication, de syphilis, ni de métrite, ni d'annexite. Peut-être la cause de ces avortements réside-t-elle dans un développement défectueux des organes génitaux internes, marchant de pair avec un développement défectueux de tout l'organisme. C'est justement dans les classes aisées qu'on trouve à l'époque de la puberté, chez des jeunes filles de 12 à 16 ans, des troubles de santé générale, de la chlorose, du rachitisme dus au surmenage intellectuel, à l'absence de tout travail physique, aux mauvaises conditions hygiéniques inhérentes au séjour dans les grandes villes, etc. Dans ces conditions, le développement

des organes génitaux souffre plus que le développement physique général : la paroi antérieure du vagin est courte, l'utérus petit, l'orifice du col étroit, le col lui-même allongé, etc. Dans certains cas, on trouve en même temps de l'aménorrhée, de la dysménorrhée, etc.

En cas de grossesse, l'utérus peu développé réagit dans un certain sens contre l'œuf qui le distend et tend à le chasser. Si dans ces conditions s'ajoutent encore la fatigue, les imprudences des nouveau-mariés, les voyages de noces, les plaisirs de société, l'abus de coït, on a toutes les conditions désirables pour mettre l'utérus dans un état d'excitabilité extrême et favoriser l'avortement.

Dans tous ces cas, le traitement doit être prophylactique et comprendre autant que possible le repos, le séjour au lit pendant les époques correspondant aux périodes menstruelles.

Une cause fréquente de l'avortement ce sont les adhérences entre l'utérus et les organes voisins après un premier accouchement. Tel est le cas des déchirures profondes du col, des exsudats péri- et para-utérins, des adhérences cicatricielles avec le tissu cellulaire du bassin. Quand l'utérus au 5e mois de la grossesse commence à sortir du petit bassin, les adhérences se tendent, les douleurs apparaissent, l'utérus se contracte, des hémorrhagies surviennent et l'avortement ne tarde pas à se déclarer. Ici encore, le repos est de rigueur à l'époque critique, c'est-à-dire entre le 3e et le 4e mois.

Le traitement de l'avortement doit avoir en vue de mettre la malade à l'abri des complications. On distingue trois groupes d'avortements :

1° L'avortement au début. L'œuf et le placenta sont encore dans l'utérus malgré les douleurs et l'hémorrhagie parfois violentes.

2° L'avortement non-achevé ou traînant en longueur. L'œuf est sorti, mais le placenta ou ses débris restent encore dans l'utérus. L'hémorrhagie est violente ; quelquefois écoulement fétide et fièvre.

3° Avortement terminé avec hémorrhagies de la muqueuse. L'œuf avec le placenta sont sortis, l'utérus est peu augmenté de volume. Il existe des hémorrhagies légères mais continues ou un écoulement sanguinolent consécutivement à la rétention des membranes.

Dans l'avortement au début l'expectation est la règle. Si l'hémorrhagie est violente et que les douleurs fassent défaut, il faut terminer l'accouchement. Le mieux, c'est de faire le tamponnement du canal cervical avec de la gaze iodoformée afin d'obtenir la dilatation convenable de l'orifice interne. Dans d'autres cas, on peut avoir recours à la dilatation forcée.

Dans l'avortement de la seconde catégorie, il faut faire le curettage de la cavité utérine avec le doigt, et pour cela, au besoin, dilater le canal. Le doigt vaut mieux que la cuillère mousse ou tranchante. Si l'hémorrhagie est violente, que la fièvre n'existe pas, on peut obtenir la dilatation en tamponnant la cavité du col avec de la gaze iodoformée. Au bout de 12 heures, si la dilatation n'est pas complète, on peut avoir recours aux bougies d'Hegar.

Dans l'avortement du troisième groupe où il s'agit de rétention des membranes, on peut quelquefois attendre leur expulsion spontanée. Dans d'autres cas on peut avoir recours au curettage sans dilatation préalable du col. Dans d'autres cas encore on obtient l'expulsion des membranes par l'administration de seigle ergoté.

Nouvel appareil pour scoliose.

M. Bidder présente un appareil pour scoliose qui se compose : 1° d'une pelote qui s'appuie sur l'épaule droite, 2° d'une seconde pelote qui s'applique sous le sein gauche, 3° d'une courroie qui réunit les deux pelotes à un anneau qui embrasse la cuisse gauche. Les deux pelotes sont, de plus, réunies par deux bandes élastiques qui sans toucher au thorax exercent ainsi une compression de ce dernier dans la direction du plus grand diamètre vertical (du côté droit) de la cage thoracique.

Cet appareil a été construit par l'auteur dans l'idée que les corsets et les ceintures doivent être bannis du traitement de la scoliose et que dans ces cas il faut rechercher exclusivement une compression du thorax dans le sens de son plus grand diamètre vertical. De plus, d'après M. Bidder, l'appareil ne doit pas gêner les mouvements du thorax et de la colonne vertébrale.

M. Joachimsthal trouve que l'appareil de M. Bidder, comme du reste tous les appareils, n'agit que contre les scolioses qui ne sont pas encore fixes. De plus, l'appareil de M. Bidder ne combat qu'un symptôme de la scoliose, la déformation des côtes.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 24 *octobre* 1893.

Arthrites multiples.

M. Bowlby. — J'ai eu dans mon service un malade de 20 ans qui avait joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 13 ans ; il eut alors une synovite du genou droit. Un an après, des tumeurs apparurent sur ses jambes et au bout de quelques mois l'une d'entre elles suppura et avec le pus s'échappa un fragment d'os. Le malade entra à l'hôpital à l'âge de 16 ans avec cette plaie de la jambe et un épaississement du tibia. Quelques mois après la plaie se guérit et le malade sortit de l'hôpital. Un an après il revint encore avec un ulcère et bientôt survinrent des hydarthroses des genoux et des coudes ; ces arthrites persistèrent jusqu'à la mort ; il se forma des gommes de l'avant-bras et de l'ostéite chronique de l'humérus. La mort survint comme conséquence d'une dégénérescence amyloïde viscérale. A l'autopsie on trouva d'anciennes gommes, de vieilles cicatrices du pharynx. Dans les articulations malades, la synoviale était épaissie, ses franges étaient hypertrophiées ; la synovie était épaisse et abondante ; les cartilages étaient épaissis, déformés, en partie détruits ; les surfaces articulaires étaient par suite irrégulières ; les os sous-jacents étaient cariés et atteints d'ostéite raréfiante ; il n'y avait ni ankylose, ni lésions des ligaments. Ces lésions, en général, paraissaient bien de nature syphilitique, sauf celles des cartilages qui ne répondent pas à la description qu'on en donne d'ordinaire.

M. Hutchinson. — De ce que le traitement antisyphilitique n'a pas d'influence sur une arthrite, on ne peut en conclure que cette arthrite n'est pas syphilitique. Ces lésions des cartilages, corrodés comme si on en avait enlevé des parcelles à la gouge, ont été déjà décrites par Virchow. Je ne crois pas qu'il y ait de différence entre les arthrites de la syphilis congénitale et celles de la syphilis acquise ; la synovite symétrique des genoux survenant vers l'âge de la puberté est peut-être spéciale à la forme congénitale.

M. Sheild. — Tous les chirurgiens rencontrent de temps en temps des formes graves de syphilis congénitale qui répondent à ce type. J'ai vu dernièrement un enfant de 7 ans chez lequel le plateau du tibia était énormément épaissi et qui présentait une ulcération à ce niveau. Il a fallu faire l'amputation du membre inférieur. Bientôt survinrent des exostoses crâniennes, qui s'ulcérèrent et laissèrent la dure-mère à nu. Ces cas ne sont pas toujours aisés à distinguer de la tuberculose. Du reste, tuberculose congénitale et syphilis congénitale peuvent coexister.

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE DU ROYAUME-UNI

Séance du 19 *octobre* 1893.

Epilepsie due aux troubles de réfraction.

M. Dodd. — J'ai observé 75 épileptiques atteints de troubles de la réfraction et auxquels on a fait porter des lunettes ; 23 n'ont pu être suivis. Sur les 52 autres cas, 13 n'ont plus eu d'attaques, 3 sont restés dans le *statu quo* et 36 ont été assez notablement améliorés. On peut conclure de là que : *a*) les troubles de la réfraction peuvent causer l'épilepsie ; *b*) la correction de ces troubles de réfraction peut, en combinaison avec le traitement ordinaire, amener la guérison ; *c*) dans certains cas, quand ces troubles sont corrigés, l'épilepsie continue, mais d'une façon atténuée, entretenue qu'elle est par une autre cause.

Sarcome des deux orbites.

M. Snell. — Un enfant de 4 ans, s'étant bien porté jusqu'en 1892, eut à cette époque les oreillons; au mois de juillet précédent, il avait reçu un coup sur le sourcil gauche. En janvier 1893, l'œil gauche commença à faire saillie hors de l'orbite et cette exophthalmie débuta à droite en février; l'exophthalmie gauche fut toujours plus marquée que la droite; l'enfant était très amaigri. On découvrit bientôt la présence d'une tumeur en arrière de l'œil gauche. Il y avait des ecchymoses des deux paupières supérieures et le malade eut des épistaxis. Le fond des deux yeux était normal; bientôt apparut une grosse tumeur de la région temporale gauche allant de l'orbite à l'oreille et parcourue par de grosses veines. La cornée s'ulcéra et les ganglions cervicaux et préauriculaires furent envahis; plus tard, une tumeur apparut aussi dans la région temporale droite et on en vit une autre au niveau de la suture coronale. L'enfant mourut le 19 mars. A l'autopsie, on trouva quatre tumeurs sous-périostées de la voûte du crâne et remplissant les deux orbites. Il y avait des dépôts sarcomateux secondaires dans les ganglions abdominaux.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 18 *octobre* 1893.

Ostéomalacie.

M. v. Weismayr présente un homme de 52 ans qui, il y a trois ans, commença à éprouver des douleurs dans les cuisses, les côtes, la colonne vertébrale et le bassin. Les troubles allèrent en augmentant jusqu'au mois d'août de cette année quand le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A l'examen on trouva un léger enfoncement du thorax au niveau des deuxième, troisième et quatrième côtes. Le squelette n'était pas déformé, mais il existait une sensibilité extrême à la pression du bassin, de la colonne vertébrale et des côtes. Les os iliaques cédaient manifestement à la pression latérale.

Comme la douleur était nettement limitée aux os et qu'il n'existait pas de leucémie, ni d'ostéomyélite, ni de carcinomatose, ni de myélome multiple, on fit, par exclusion, le diagnostic d'ostéomalacie.

En conséquence, on administra le phosphore à la dose journalière de 1, puis de 2 et enfin de 3 milligrammes. Le malade, qui auparavant ne bougeait plus de son lit, peut aujourd'hui se lever et passer quelques heures, sans fatigue, dans une chaise.

M. Schlesinger est à même de confirmer les bons résultats que donne le phosphore dans le traitement de l'ostéomalacie. Les résultats furent vraiment remarquables dans deux cas d'ostéomalacie non puerpérale; les malades, condamnés au lit depuis plusieurs années, ont pu se lever au bout de deux mois et furent complètement guéris après quatre mois de traitement.

M. Sternberg donne le phosphore d'après le procédé de Kassowitz, dans de l'huile de foie de morue suivant la formule suivante :

Phosphore	0.05
Huile de foie de morue	0.50

Une cuillerée à café par jour.

Il a pu continuer ainsi l'administration de phosphore pendant 10 et 12 mois sans observer de complications, si ce n'est un peu de diarrhée pendant laquelle on interrompait le phosphore. Mais jamais il n'a observé de nécrose phosphorée ni d'intoxication aiguë par le phosphore.

D'un autre côté, on n'a pas encore observé ni signalé, jusqu'à présent, d'intoxication subaiguë, chronique par le phosphore, avec troubles digestifs, tuméfaction du foie, etc.

M. Schlesinger tient encore à faire observer que les doses élevées de phosphore sont tout à fait inutiles et qu'on obtient des résultats satisfaisants avec de petites doses. Dans un cas où on donna une dose un peu forte, M. Schlesinger a observé de véritables phénomènes d'intoxication tels que le collapsus, les vomissements, la faiblesse du cœur, etc.

RUSSIE

SOCIÉTÉ CHIRURGICALE DE PIRAGOFF, DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 22 *septembre* 1893.

Plaies du foie.

M. Zeidler a communiqué trois cas de lésions traumatiques du foie qu'il a eu récemment l'occasion d'observer.

Le premier cas se rapporte à un garçon de 16 ans qui était tombé sous une voiture dont les roues lui passèrent sur le ventre.

A l'examen du malade apporté à l'hôpital peu de temps après l'accident, on ne trouva pas de lésions de la paroi abdominale; le ventre, sans être tympanisé, était tendu et douloureux à la pression. Pas de nausées ni de vomissements. Face tirée, pâle, pouls à 96.

Une heure après, la situation s'aggrava : les douleurs devinrent plus fortes, la pâleur de la face plus marquée, puis apparurent les nausées. Dans ces conditions on n'hésita pas à faire la laparotomie exploratrice, qui fut faite sur la ligne médiane environ quatre heures après l'accident.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouva la cavité remplie de sang et de caillots. L'intestin n'était pas blessé, et l'hémorrhagie venait d'une déchirure de la face inférieure du lobe droit du foie, déchirure qui mesurait 4 centim. de longueur sur 0,5 centim. de profondeur. Tamponnement de la plaie du foie avec de la gaze iodoformée dont les bouts sont passés dans le bout supérieur de la plaie abdominale qu'on suture dans tout le reste de son étendue.

L'opération a duré une heure. Les suites opératoires furent des plus simples. Les douleurs disparurent progressivement pendant les trois premiers jours. Au cinquième jour on enleva le tampon et on sutura la partie supérieure de la plaie abdominale. Au huitième jour on enleva les sutures : la plaie était réunie par première intention. Quinze jours après, le malade quittait l'hôpital, complètement guéri.

A cette occasion, M. Zeidler fait observer que dans ce cas rien n'indiquait d'une façon nette une rupture du foie. On ne pouvait s'en assurer que par la laparotomie exploratrice.

Dans le second cas il s'agit d'un garçon de 13 ans qui s'est porté un coup de couteau dans l'hypochondre droit. L'enfant fut amené à l'hôpital une heure après l'accident et présentait à ce moment tous les signes d'une hémorrhagie interne. La plaie fut agrandie, et on trouva alors que le couteau, après avoir traversé le péritoine, avait sectionné le bord antérieur du lobe droit du foie sur une profondeur de un centimètre. Comme il n'y avait pas d'autres lésions des viscères, on débarrassa le péritoine du sang qu'il contenait, et on cautérisa au fer rouge la plaie du foie jusqu'à l'arrêt complet de l'hémorrhagie. Suture du péritoine, suture de la plaie abdominale. Guérison sans complication.

La troisième observation a rapport à un homme de 28 ans qui dans une rixe reçut un coup de couteau dans le ventre. Le malade vint de lui-même à l'hôpital, après avoir entouré avec quelques chiffons l'épiploon qui sortait de la plaie.

A l'examen on trouva dans l'épigastre, à 1 centim. 1/2 des fausses-côtes, une plaie pénétrante de 5 centim. de longueur. Malgré le bon état général, en l'absence des phénomènes péritonéaux, on fit la laparotomie. La cavité abdominale était remplie de sang qui venait d'une plaie de la face antérieure du lobe gauche du foie.

Cautérisation au fer rouge de la plaie du foie, suivie de tamponnement à la gaze iodoformée. Suture de la plaie abdominale jusqu'à l'angle supérieur par où on a fait sortir un bout du tampon. Guérison sans complication.

En terminant, M. Zeidler insiste sur ce fait que les plaies du foie ne se manifestent que par une hémorrhagie intense. Pour l'arrêter on peut avoir recours à la suture, à la cautérisation ou au tamponnement.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

OPHTHALMOLOGIE

Phlegmon des deux orbites, par le Dr Gallemaerts. Communication faite, le 2 octobre, à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Parmi les causes multiples qui peuvent donner naissance au phlegmon de l'orbite, il faut ranger en premier lieu les maladies infectieuses telles que la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la méningite purulente, la pyémie. Aucun des auteurs que nous avons consultés ne signale la rougeole comme pouvant produire la cellulite orbitaire, et pourtant chacun sait que la rougeole peut entraîner la suppuration dans les organes les plus divers. Le cas suivant, que nous avons observé à la clinique ophthalmologique de l'hôpital Saint-Jean, nous montre l'évolution d'un phlegmon des deux orbites, survenu à la suite de rougeole chez un enfant de deux ans.

Lorsqu'on nous apporte l'enfant le 22 septembre, il est malade depuis huit jours; au moment où nous l'examinons, il est dans un état de prostration complet, et pousse des cris lorsqu'on le touche; la peau est brûlante et sèche, le pouls très accéléré; les paupières sont fermées, tendues; à la paupière supérieure gauche les vaisseaux veineux sont gonflés, tortueux, annonçant une grande gêne de circulation du côté de l'orbite; à droite, on voit le pus sourdre aux deux paupières vers l'angle externe. Lorsqu'on ouvre les yeux, on trouve les deux globes oculaires complètement immobilisés; l'œil droit seul est en légère exophthalmie, le globe étant projeté directement en avant. L'examen ophthalmoscopique est impossible.

Nous endormons l'enfant afin de pouvoir l'examiner plus facilement, et avec l'intention de faire une ponction dans les deux cavités orbitaires, pour aller à la recherche du pus qui doit s'y trouver. D'abord nous explorons les abcès palpébraux qui existent du côté droit; ils présentent dans la peau de la paupière un trajet de quelques centimètres que nous débridons. Puis nous faisons une ponction de l'orbite gauche, en dedans du globe, avec un bistouri fin; il est nécessaire de l'enfoncer assez profondément avant d'avoir du pus; lavage de la cavité à l'eau boriquée tiède et introduction d'un drain. A droite, nous enfonçons le bistouri le long de la paroi externe de l'orbite; le pus s'écoule plus abondamment; la cavité est également lavée et drainée. Enfin, nous plaçons un troisième drain dans le trajet situé à la paupière inférieure droite. A l'examen microscopique du pus, nous ne trouvons que des staphylocoques.

Le lendemain, 23 septembre, la fièvre est moins vive, le thermomètre ne marque plus que 37°,5; l'enfant ne demande pas à manger, il est couché dans son berceau, sans faire le moindre mouvement. Les drains ont bien fonctionné; ils sont retirés et les cavités sont de nouveau irriguées; l'exophthalmie n'a pas augmenté; la cornée gauche est infiltrée au centre.

Le 24 septembre, l'état général n'a pas changé; la respiration paraît embarrassée; nous ne trouvons cependant rien du côté de la poitrine, ni à la percussion, ni à l'auscultation. Le pus s'écoule toujours par les drains; la cornée gauche, directement en contact avec le pansement, est plus ulcérée que la veille; la conjonctive présente de chaque côté un chemosis séreux qui fait saillie à travers la fente palpébrale. Un petit abcès s'est formé au niveau de la région pariéto-temporale droite; nous l'incisons. Le lendemain, cet abcès est reformé, il est nécessaire de débrider largement.

Le 26 septembre, l'état général s'est aggravé, bien que du côté des orbites la situation paraisse meilleure. L'enfant tombe même dans un état syncopal, pendant que nous procédons au pansement. Le lendemain, il est tout cyanosé, et il meurt pendant la nuit.

Voici maintenant le protocole de l'autopsie faite par M. le Dr Stocquart :

« Léger amaigrissement.

La paupière supérieure droite présente une incision par laquelle on pénètre dans l'orbite. En incisant la peau au-dessus de la fosse temporale droite, on constate des foyers purulents sous-cutanés avec décollement et destruction du périoste dans une étendue de 1 à 2 centimètres; en ce point l'os est mis à nu. Dans la fosse temporale, sous le muscle et autour de lui se trouve du pus.

Les méninges sont troubles et congestionnées; le long des vaisseaux on constate des traînées de matière purulente, à la convexité et à la base où la matière purulente enveloppe les nerfs optiques jusqu'à l'orbite.

Les ventricules latéraux sont remplis de sérosité claire, en grande quantité.

On constate dans la cavité thoracique un exsudat purulent et un épanchement modéré d'un liquide louche, trouble, renfermant des flocons de fibrine.

A la surface du poumon on constate des noyaux jaunâtres, mesurant de 3 à 5 millimètres, à l'incision desquels apparaît de la matière purulente en foyers arrondis.

Poumon droit. — Le lobe supérieur présente à son sommet une caverne de 1 millimètre de diamètre, au pourtour de laquelle le parenchyme grisâtre est moins crépitant que normalement et flotte encore sur l'eau.

Tout le reste du lobe supérieur et le lobe moyen sont parsemés de foyers purulents du même aspect et en correspondance avec les petites bronches. Le lobe inférieur présente les mêmes lésions; on y constate en plus une nuance rouge violacé.

Le parenchyme est hépatisé et va au fond de l'eau.

Poumon gauche. — Mêmes lésions de pleurésie fibrineuse et mêmes altérations dans le parenchyme pulmonaire.

Tuyaux bronchiques. — Muqueuse congestionnée, renfermant du liquide purulent.

Cœur. — 90 grammes. Epanchement séreux assez abondant dans le péricarde. Cœur à dimensions normales, peu chargé de graisse. Le myocarde est pâle, résistant. Les valvules sont normales ainsi que les orifices.

Caillots fibrineux dans le ventricule droit.

Oblitération du trou de Botal.

Rate. — 37 grammes. Volume normal, sans altérations.

Rein droit. — 43 grammes. Anémie; en voie de décomposition.

Rein gauche. — 47 grammes. Anémie; en voie de décomposition.

Estomac. — Muqueuse mamelonnée, congestionnée, de même pour le duodénum.

Intestin grêle. — Muqueuse pâle.

Gros intestin. — Muqueuse épaissie et congestionnée par places. »

Nous attirons donc votre attention sur l'absence de lésion dans les organes thoraciques ou abdominaux, à l'exception des poumons. Ceux-ci présentent une série de petits abcès variant de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'un pois.

Du côté du crâne, les lésions sont plus importantes; le lobe sphénoïdal gauche du cerveau est en suppuration à son extrémité antérieure; l'espace situé entre le chiasma des nerfs optiques et la selle turcique est rempli de pus. Par l'incision du sinus caverneux des deux côtés, nous donnons issue à du pus; les sinus pétreux sont intacts.

Sous la dure-mère, dans l'étage supérieur de la base du crâne, nous trouvons du côté droit, au-dessus de la petite aile du sphénoïde, un clapier purulent en communication, à travers l'écaille du temporal, avec le trajet purulent situé sous le muscle temporal et se rendant à l'abcès périosté de la région temporo-pariétale droite.

Nous avons enlevé les parois de l'orbite à droite et à gauche; les os sont intacts. Des deux côtés, le tissu cellulaire de l'orbite est en suppuration, et le nerf optique baigne dans le pus; cependant, le pus ne fuse pas le long des gaines du nerf; car au passage du trou optique, le nerf et ses enveloppes sont intacts. Au contraire, le pus passe de l'orbite dans le sinus caverneux, à travers la fente sphénoïdale et par l'intermédiaire de la veine ophthalmique, remplie elle-même de pus.

Depuis que nous avons fait cette communication, nous avons terminé l'analyse bactériologique du pus recueilli dans différents endroits, dans les poumons, dans l'orbite et sur le chiasma des nerfs optiques; nous n'y avons pas trouvé de bacilles de Koch; les cultures comme les préparations n'ont décelé la présence que du *staphylococcus pyogenes aureus*.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre; d'abord un plegmon des deux orbites s'observe très rarement. Ensuite, ce cas nous démontre qu'une cellulite de l'orbite est toujours une affection grave; nous voyons comment le pus peut se propager à travers la fente sphénoïdale jusqu'à la cavité crânienne, et de là être distribué dans d'autres organes, le plus souvent les poumons; la mort est donc toujours à craindre lorsqu'on se trouve en présence d'une suppuration de l'orbite. Nous ne sommes pas renseigné, il est vrai, sur le point de départ de cette cellulite orbitaire double; mais on peut sans conteste considérer la rougeole comme étant la cause du mal.

Ce cas nous prouve une fois de plus que la rougeole n'est pas une affection aussi bénigne qu'on veut bien le dire. Si l'on devait ouvrir un débat, au sein de cette société, sur le point de savoir si la rougeole doit être rangée parmi les maladies légères, nous sommes persuadé que nous ne serions pas seul à défendre l'opinion contraire. En tout cas, nous ne pourrions nous ranger à l'avis de Strümpell qui, dans son traité, commence ainsi le chapitre sur la rougeole : « A l'encontre de la perfide scarlatine, la rougeole constitue une maladie d'enfants beaucoup plus bénigne et d'ordinaire aussi très peu redoutée des mères. La diffusion de cette maladie et la réceptivité qui existe à son endroit sont si universelles qu'elle passe pour un fléau presque inévitable, mais aussi très facile à traverser. » Nous croyons que cette opinion est beaucoup trop optimiste, et que la rougeole doit être considérée comme une des affections les plus graves qui puissent atteindre l'enfance.

MÉDECINE PRATIQUE

Les dangers de la suralimentation chez les enfants.

M. le Dr Paul Bellot attire l'attention, dans sa thèse, sur la fréquence des accidents causés par la suralimentation, non seulement chez les enfants à la mamelle, mais aussi chez ceux qui sont plus grands et reçoivent des aliments ordinaires. Il étudie les inconvénients que peut avoir ce défaut d'hygiène sur le tube digestif, le foie et les reins, l'appareil locomoteur, la peau et le système nerveux.

On ne sait pas assez par exemple que la colique hépatique peut s'observer chez les enfants suralimentés, surtout chez les enfants qui habitent les villes et qui mènent ainsi une existence sédentaire peu favorable à la combustion des graisses. Bien moins fréquente qu'à l'âge adulte, la colique hépatique n'est cependant pas absolument rare chez l'enfant; Rouisson a trouvé des calculs dans les voies biliaires de nouveau-nés, et Hein a observé la colique hépatique chez un enfant de vingt-cinq jours. Sans doute, l'hérédité et l'existence sédentaire peuvent à elles seules jouer un rôle important dans l'étiologie de ce syndrome morbide, mais il n'en est pas moins vrai qu'on doit aussi incriminer la suralimentation. Celle-ci, en effet, congestionnant le foie, détermine l'inflammation des voies biliaires; il en résulte que le mucus sécrété par les glandes de ces canaux offre une réaction acide et décompose les acides de la bile qui perdent alors leur pouvoir dissolvant (en raison de l'acidité) et laissent déposer le pigment et la cholestérine sous forme de petites concrétions, de sable biliaire, origine première des calculs.

Les observations à cet égard ne sont pas très rares, et M. Bellot en cite une très probante.

Ainsi que les coliques hépatiques, les coliques néphrétiques ne sont pas très rares non plus chez l'enfant, et non seulement pendant la seconde enfance, mais encore pendant l'allaitement. Parfois, les nouveau-nés présentent des infarctus uriques dans les canaux de Bellini, les calices et le bassinet; l'origine de cette lithiase rénale pendant la vie intra-utérine est assez obscure, le régime alimentaire de la gestante et l'hérédité doivent néanmoins être considérés comme la cause la plus importante. Pendant l'allaitement, la suralimentation doit être incriminée. Dans la seconde enfance, les auteurs s'accordent à reconnaître l'influence des abus alimentaires et d'un régime trop animalisé.

Des accidents analogues se retrouvent d'ailleurs, ainsi que l'a démontré Bouley, chez les jeunes animaux qui reçoivent une alimentation trop forte.

Pour la peau, la corrélation qui existe entre les diverses dermatoses et les troubles gastro-intestinaux chez l'enfant est incontestable. Or, ces troubles gastro-intestinaux sont dus bien fréquemment à la suralimentation. Celle-ci doit donc en conséquence être souvent considérée comme la cause première de ces différentes affections cutanées, si fréquentes et si rebelles à tout traitement; cette notion du rôle de la suralimentation, en pareil cas, offre une grande importance thérapeutique, car la première indication à remplir sera naturellement de restreindre l'alimentation et de reléguer au second plan le traitement local.

On sait que, d'après M. Brocq, les dermatoses symptomatiques, celles dont il s'agit ici, peuvent être le résultat : 1° d'une intoxication accidentelle de l'économie par les aliments ou les médications; 2° de l'introduction accidentelle dans l'économie d'une toxine morbide; 3° d'une lésion d'organe agissant par voie réflexe ou par viciation progressive de l'état général; 4° de l'imperfection des échanges nutritifs.

Dans le cas de nourrissons suralimentés, les deux premiers de ces facteurs étiologiques ne doivent pas être généralement invoqués, à moins que le lait ingéré par les enfants ne soit d'une qualité extrêmement mauvaise. Mais il n'en est pas de même d'une lésion d'organes agissant par voie réflexe (c'est ainsi qu'agissent les lésions du tube digestif) et de l'imperfection des échanges nutritifs qui met l'organe de l'enfant dans un état de déchéance vitale et de vulnérabilité morbide.

Chez les enfants soumis à un régime mixte ou à un régime non lacté, les quatre causes indiquées par M. Brocq peuven être incriminées. Pour ce qui est de la genèse de certaines dermatoses, telles que l'urticaire consécutif à l'abus des boissons, et qu'on observe souvent chez les dilatés de l'estomac, on doit admettre une impression des vasomoteurs cutanés par réflexe, ou encore, chez l'enfant sevré, par l'action directe des ptomaïnes introduites en excès dans l'organisme par les aliments. Dans d'autres cas, au contraire, et ce sont peut-être les plus fréquents, lorsqu'il s'agit par exemple d'eczéma impétigineux ou séborrhéique, d'ecthyma, de différentes formes d'acné, de strophulus, etc., la pathogénie est probablement différente, on doit alors incriminer l'élimination directe par la sueur des acides gras volatils qui, s'éliminant par la peau, principal émonctoire de ces substances toxiques, viennent ainsi altérer les éléments anatomiques de ce tégument.

Parmi ces différentes dermatoses, il en est une : l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu et de la face, que l'on observe chez l'enfant gros et gras qui assimile la grande quantité

d'aliments qu'il ingère, c'est-à-dire qui supporte la suralimentation sans troubles gastro-intestinaux.

Il est, en effet, un point très important à connaître, c'est que les troubles digestifs ne sont nullement nécessaires pour que ces affections se produisent chez un enfant polysarcique ou suralimenté. M. Bellot en cite plusieurs cas, et dans ces conditions, la première nécessité du traitement est de diminuer la quantité d'aliments ingérés.

REVUE DES CONGRÈS

65° RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS

tenue à Nurenberg du 11 au 15 septembre

Section de gynécologie et d'accouchements.

Sarcome de l'ovaire.

M. Amann a eu l'occasion d'examiner histologiquement cinq sarcomes des ovaires enlevés par la laparotomie. Une seule de ces malades, une femme de 67 ans, a succombé au shock opératoire une heure après l'opération ; toutes les autres ont guéri.

Le point de départ de ces tumeurs a été deux fois le périthélium des vaisseaux et des capillaires des ovaires, une fois l'endothélium des vaisseaux sanguins et deux fois l'endothélium des lymphatiques.

En se basant sur ces faits personnels et sur les observations publiées dans la littérature, M. Amann propose de diviser les sarcomes des ovaires en trois groupes :

1° Les périthéliomes vasculaires (2 cas de l'auteur et 1 de Rosthorn).

2° Les endothéliomes (intra-)vasculaires (2 cas de l'auteur et un cas d'Ackermann-Olshausen, Eckardt, Marchand).

3° Les endothéliomes lymphatiques (1 cas de l'auteur, cas de Léopold, Marchand, Freaischeln, Pomorcki, Vélits).

Déchirures du col.

M. Kaltenbach distingue les ruptures pénétrantes de l'utérus et les déchirures profondes.

Dans le premier cas la déchirure est verticale et consécutive à une distension considérable du col. Elle s'observe principalement dans les rétrécissements du bassin, la disproportion entre les parties fœtales et l'utérus, quelquefois dans certaines modifications pathologiques de l'utérus (dégénérescence cancéreuse, myomes, etc.).

Par contre, dans les déchirures profondes du col, la cause se trouve toujours dans l'utérus même, étroitesse ou dilatation insuffisante du col, terminaison brusque d'un accouchement, etc.

Quand on a affaire à une rupture pénétrante de l'utérus avec péritoine déchiré, il faut appliquer un bandage compressif et pratiquer le drainage ou bien faire la laparotomie pour pratiquer la suture des parties déchirées. Dans les déchirures cervicales profondes ayant ouvert les artères utérines, il faut avant tout arrêter l'hémorrhagie.

La péritonite et le drainage.

M. Frank. — Les auteurs ne sont pas encore d'accord sur la valeur du drainage de la péritonite, et le désaccord vient de ce que le drainage n'est pas fait d'après les mêmes principes. Pourtant, le drainage, nuisible et même mortel dans certains cas, peut être très utile dans d'autres.

Pour M. Frank, les principes du drainage sont les suivants : il ne faut jamais drainer la cavité abdominale libre, et ne drainer que ce qui est malade. Par conséquent, il faut fermer les parties saines de la cavité abdominale, et laisser ouvertes les parties malades. En résumé : 1° le drainage est inutile dans la grande majorité des cas ; 2° si l'on est obligé de laisser des matières septiques dans la cavité abdominale ou si l'on n'est pas maître de l'hémorrhagie, il vaut mieux laisser des pinces à demeure et de façon à isoler les parties malades des parties saines de la cavité abdominale.

En repoussant un peu le rectum à droite, on arrive à former très facilement une cloison entre la cavité abdominale et le petit bassin, car ce déplacement a pour résultat la formation des adhérences entre la partie supérieure du rectum et l'S iliaque d'un côté et le péritoine pariétal de l'autre.

M. Kaltenbach demande si cette suture du rectum à la paroi antérieure de l'abdomen ne provoque pas de rétrécissement du rectum ?

M. Frank pense que le déplissement du rectum est, au contraire, une garantie contre la coprostase.

Action sur l'utérus et le fœtus de l'urée du sang de la mère.

M. Flis a fait des expériences pour voir si l'urée formée par le fœtus et qui passe par diffusion dans le sang de la mère n'est pas la cause du travail.

Les expériences faites sur des lapines, pleines ou non, ont été conduites de la façon suivante : Après laparotomie et éviscération des animaux non endormis, on observait l'utérus pour voir s'il entrait ou non en contraction. On leur faisait ensuite une injection intra-veineuse de 6 à 12 grammes d'urée dissoute dans l'eau. Dans toutes ces expériences on n'a pu constater la moindre contraction utérine avant ou après l'injection d'urée.

Dans une autre série d'expériences, M. Flis injectait sous la peau de lapines pleines des quantités considérables (15 gr.) d'urée. Dans tous ces cas, les petits expulsés spontanément ou retirés après laparotomie étaient trouvés morts. Pour M. Flis, la mort des fœtus est due à la surcharge de leur sang par l'urée. Ainsi la proportion d'urée dans le tissu d'un lapin nouveau-né est de 0,01 en moyenne ; dans les expériences en question, cette proportion était de 0,859 en moyenne.

Section de chirurgie.

Névrothripsie et résection du plexus brachial.

M. Heinlein. — Il s'agit d'un homme de 28 ans, alcoolique, qui, il y a neuf mois, avait subi la désarticulation du membre supérieur gauche pour un traumatisme grave. Depuis quelque temps, il éprouvait des douleurs intolérables dans l'épaule gauche, dont les muscles se trouvaient à l'état des convulsions classiques. L'examen clinique du malade faisait penser à une névrite du plexus brachial et peut-être cervical. En conséquence, après l'échec de la médication interne et des applications externes, on fit la résection du plexus brachial et la névrothripsie du bout central. L'incision a été faite comme pour la ligature de la sous-clavière. Guérison parfaite et disparition des douleurs et des accidents convulsifs.

Traitement des fractures de l'humérus.

M. Heussner a adopté la méthode d'Hamilton et en cas de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, il laisse pendre le bras pendant le jour, et le pose à côté du malade pendant la nuit. Comme dans ce cas, la fracture se trouve près du point d'appui du bras long du levier, les excursions à ce niveau sont minimes.

En cas de fracture de la diaphyse à sa partie moyenne, M. Heussner applique un appareil en carton. Enfin, dans les fractures de l'extrémité inférieure, il fait de l'extension, le coude fléchi à angle droit.

Suppuration de l'oreille.

M. Grunert. — Depuis quelque temps, les dangers auxquels exposent les suppurations de l'oreille sont entrés dans le domaine public.

On sait maintenant que toute otite moyenne suppurée peut conduire à la méningite suppurée, aux abcès du cerveau, à la thrombose du sinus transverse ou des sinus voisins avec pyhémie secondaire.

Mais quelles sont les causes qui rendent l'otite suppurée si grave ?

En premier lieu c'est la proximité du cerveau, et en second lieu la fréquence de la rétention du pus dans l'oreille.

La disposition anatomique de l'oreille, les canaux et petits espaces tapissés d'une muqueuse, prédisposent considérablement à la rétention du pus. En cas d'otite moyenne suppurée, le liquide collecté peut s'écouler naturellement soit par le

conduit auditif externe après perforation de la membrane du tympan, soit par les trompes d'Eustache.

Mais si l'on envisage la disposition de ces deux canaux d'écoulement par rapport à la caisse du tympan, on trouve de suite que leur niveau est plus élevé que celui du plancher de la caisse. Par conséquent le drainage naturel ne pourra se faire que lorsqu'il existera une certaine quantité de pus, et par conséquent une certaine quantité de pus restera toujours dans l'oreille.

Mais l'espace où la rétention du pus se fait le plus facilement est la voûte (Kuppelraum) de la caisse du tympan.

Quand la suppuration a envahi la voûte, le dôme de la caisse, l'orifice qui fait communiquer cet espace avec le reste de la caisse, s'obstrue. Le pus se porte alors là où il rencontre le moins de résistance dans les cellules mastoïdiennes. Il se fait avec un empyème de l'apophyse mastoïde, empyème qui, dans les cas favorables, s'ouvre sous le périoste, mais quelquefois aussi en dedans des attaches du sterno-mastoïdien, et le pus fuse alors entre les muscles du cou et pénètre même quelquefois dans le thorax.

Une seconde voie que peut se frayer le pus retenu dans la voûte de la caisse du tympan, est à travers la membrane flasque de Schrapnel, et pénétrer latéralement dans le conduit auditif externe. Enfin le pus peut perforer le tympan et pénétrer dans le crâne.

Toutes choses égales, il est évident que le drainage naturel dépendra encore de l'étroitesse ou de la largeur de la perforation de la membrane du tympan ou du conduit auditif externe souvent obstrué et rétréci par des cicatrices, des furoncles, des polypes, etc.; de l'étroitesse ou de la largeur des trompes d'Eustache, de la résistance de la membrane, etc.

Il existe encore une cause qui favorise la rétention du pus dans l'oreille, cause tout *artificielle*, — c'est le traitement de l'otite par l'insufflation des poudres antiseptiques. Toutes ces poudres, et l'acide borique en premier lieu, forment avec le pus des croûtes qui obstruent souvent les orifices d'écoulement.

Section de chirurgie.

Chirurgie de l'oreille.

M. Scheibe a communiqué un certain nombre de cas relatifs à la chirurgie de l'oreille.

1° Homme de 56 ans. *Fibrome* des dimensions d'une noix au méat auditif externe empiétant sur le tragus. Développement rapide depuis quelque temps. Ablation. Pas de récidive depuis 6 ans.

2° Homme de 17 ans. *Ostéosarcome de la paroi osseuse antérieure du conduit auditif externe*, avec pédicule osseux très mince. Le seul symptôme était une dureté de l'ouïe par obstruction du conduit. Extirpation et pas de récidive depuis 4 ans.

L'oreille n'était pas encore atteinte au moment de l'opération.

3° *Deux cas de granulome de l'oreille moyenne avec cholestéatome au début.*

Le premier cas se rapporte à un homme de 41 ans. La tumeur couverte de poils récidiva peu de temps après l'extirpation et s'accompagna alors de suppuration. L'otorrhée cessa après l'extirpation de la tumeur.

Dans le second cas, cliniquement identique au premier, la tumeur extirpée depuis un an n'avait pas encore récidivé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 novembre 1893.

Maladie de Cornelius Herz.

M. Dieulafoy commence, au nom de **M. Brouardel** et au sien, la lecture du rapport officiel sur la mission que lui a confiée le Gouvernement français afin de constater l'état actuel de santé de Cornelius Herz.

Devant les protestations de l'Académie, formulées par MM. Larrey, Besnier et Guéniot et après avoir fait connaître les conditions dans lesquelles le Gouvernement transmettait ce document à l'Académie, M. Brouardel annonce que ses auteurs le retirent.

Tractions rhythmées de la langue.

M. Laborde communique douze nouvelles observations, dont deux insuccès et dix guérisons obtenues par le procédé des tractions rhythmées de la langue dans des cas de submersion, d'asphyxie des nouveau-nés et d'asphyxie à la suite d'inhalation chloroformique.

M. Guéniot estime que, pour les nouveau-nés, l'emploi du tube laryngien est préférable, pourvu qu'il soit bien appliqué.

De l'urétéro-cystonéostomie.

M. Bazy. — Je désigne sous ce nom l'abouchement artificiel de l'uretère dans la vessie dans le cas de fistule urétéro-vaginale avec oblitération de l'uretère; c'est encore un moyen de traitement de l'*hydronéphrose* causée par le rétrécissement de l'extrémité vésicale de l'uretère.

Les fistules urétéro-vaginales consécutives au pincement de l'uretère et à son oblitération ont été traitées jusqu'ici par la néphrectomie.

M. Chaput a pu réussir une greffe de l'uretère dans le côlon, mais c'est substituer à une infirmité une autre infirmité, moins pénible néanmoins; c'est en outre faire un abouchement antiphysiologique et peut-être dangereux pour l'avenir.

Il était indiqué de faire un abouchement physiologique, c'est-à-dire de tenter d'aboucher de nouveau l'uretère à la vessie en imitant ce que la nature a fait. C'est ce que j'ai réalisé au moyen d'une opération nouvelle qu'on pourrait appeler l'urétéro-cystonéostomie, pour se conformer aux habitudes du jour.

J'ai été amené à voir et à soigner une malade à laquelle on avait fait trois mois auparavant (en avril) une hystérectomie vaginale pour fibrome. A la suite de l'opération elle a perdu de l'urine par le vagin. Le diagnostic de fistule urétéro-vaginale s'imposait.

Passant sur les détails de l'opération, je dirai simplement que je lui ai fait la laparotomie, ai cherché l'extrémité inférieure de l'uretère que j'ai trouvé distendu; elle était séparée de la vessie par un tissu cicatriciel de 1 cent. 1/2 à 2 cent. de long.

Après ponction de l'uretère, je l'ai sectionné, j'ai incisé la vessie au voisinage et j'ai réuni les lèvres de l'incision urétérale à celles de l'incision vésicale par des sutures à la soie, j'ai suturé le péritoine par-dessus, j'ai refermé le ventre après avoir mis une mèche aseptique.

A partir de l'opération la malade n'a pas perdu une goutte d'urine par le vagin.

L'uretère et la vessie ont reçu chacun une sonde à demeure en caoutchouc rouge qui est restée en place 5 jours.

L'examen cystoscopique pratiqué un mois après nous a fait voir l'orifice urétéral sous la forme d'une fente dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors (en sens inverse de l'orifice normal) d'une longueur de 1 centim. environ, et ayant la forme d'un fuseau, c'est-à-dire renflé au milieu.

En outre, le rein qui était manifestement augmenté de volume, c'est-à-dire hydronéphrotique avant l'opération, avait repris son volume normal au moment où cet examen a été fait.

Il est donc possible, en présence d'une infirmité aussi dégoûtante qu'une fistule urinaire, de faire de la chirurgie réparatrice et conservatrice à la fois.

On peut fermer la fistule et conserver le rein.

Donc on peut: 1° guérir une infirmité sans lui en substituer une autre; 2° conserver le rein, et tout en le conservant, rétablir son fonctionnement physiologique.

L'opération convient aux cas où ni l'uretère, ni le bassinet ni les reins ne sont infectés; elle pourrait convenir aux cas où ces conduits seraient infectés, car il serait peut-être possible de les désinfecter au moyen de la sonde urétérale. On restreindrait ainsi les indications de la néphrectomie dans ces cas.

Cette opération peut convenir à tous les cas d'hydronéphrose causée par une lésion accidentelle, chirurgicale ou primitive ayant amené l'oblitération avec fistule urétéro-muqueuse ou urétéro-cutanée ou bien le rétrécissement de l'extrémité vésicale de l'uretère.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 novembre 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Causes de la dysenterie.

M. Laveran. — J'ai eu l'occasion d'examiner un certain nombre de faits de dysenterie sporadique ou saisonnière, et j'ai voulu fixer la cause animée éventuelle de cette maladie. Naturellement mon attention a porté surtout sur la recherche des amibes. Or, sur 10 cas examinés, je n'ai trouvé ces parasites qu'une seule fois et en petit nombre. J'ai examiné cependant les selles, le contenu intestinal et des coupes de la muqueuse. On voit bien, au cours de ces recherches, des formations particulières qui pourraient en imposer pour des amibes au point de vue morphologique; mais il est indispensable, pour affirmer les parasites amibiens, de les observer vivants, et cette constatation a manqué neuf fois sur dix.

Dans un cas de dysenterie d'importation tonkinoise, au contraire, il existait un grand nombre d'amibes de forme variée, et observées en parfaite activité.

Je conclus donc que la dysenterie saisonnière n'est point de provenance amibienne. Je n'ai pas constaté davantage qu'elle correspondît au bacille décrit par Klebs et retrouvé plus tard par Chantemesse et Widal. Jamais mes examens ne m'ont montré de forme microbienne spéciale. Il me paraît vraisemblable que la dysenterie sporadique est causée par une activité et une virulence anormales, d'espèces bactériennes contenues dans le tube digestif, habituellement inoffensives, et contre lesquelles la paroi intestinale serait protégée par différentes conditions, en particulier par la valeur bactéricide de sa sécrétion muqueuse, en conformité avec ce qui se passe pour la muqueuse nasale, d'après Wurtz et Lermoyez.

M. Hayem. — J'ai observé que l'acide lactique donné à haute dose est très utile dans toutes les diarrhées saisonnières; mais il ne m'a pas donné de bons résultats dans la dysenterie. Les diarrhées simples paraissant se rapporter à une virulence anormale du coli-bacille, j'en inférerais volontiers que la dysenterie est due à une autre cause. D'ailleurs, on observe la même différence d'action de l'acide lactique dans le choléra nostras et le choléra épidémique à bacilles virgules.

Cellules nerveuses en activité.

M. Lambert. — Pour en apprécier les modifications, j'ai pratiqué pendant un quart d'heure l'excitation électrique du sympathique cervical chez le lapin. Après ce temps, le ganglion nerveux était rapidement enlevé, placé dans un liquide fixateur, paraffiné, coupé et soumis à l'examen. Dans le ganglion au repos, les cellules montrent une atmosphère granuleuse protoplasmique centrale dans laquelle se voient habituellement deux noyaux contigus : dans le ganglion pris en activité, l'atmosphère granuleuse s'est rétractée pour former une couronne avec espace central clair, aux deux extrémités duquel sont groupés les noyaux précédemment contigus. Je me propose de chercher si les réactions colorantes ont éprouvé quelque changement analogue.

Estomac des pleuronectes.

M. Pilliet. — Chez les poissons, l'appareil glandulaire de l'estomac est parfois à peine dessiné. A mesure qu'on s'élève vers des espèces plus complexes, on voit apparaître des glandes d'abord espacées, puis formant peu à peu une couche plus régulière. Chez les pleuronectes, il existe des glandes en tubes composées, non contiguës, mais assez espacées, de sorte que chacune d'elles forme une sorte de nodule et un territoire anatomique particulier. Il faut ajouter que le corps des glandes est situé profondément et que leur goulot est enserré dans un chorion épais et fibreux. Or, il est assez remarquable que certains cas de gastrite chronique chez l'homme avec évolution nodulaire, adénomateuse reproduisent assez nettement l'aspect qui vient d'être décrit. L'étude des estomacs atteints de cette altération est intéressante à faire pour remonter à la notion des glandes normales multilobulées qu'avait bien décrites M. Sappey, mais qui échappent aisément sur les coupes trop grises de l'histologie moderne.

M. Hayem. — J'ai observé souvent cette disposition ainsi que la tendance hypertrophique et bourgeonnante des tubes glandulaires dans les gastrites chroniques. Il faut noter, de plus, que les tubes centraux dans ces glandes malades subissent la dégénération muqueuse, de telle sorte qu'on peut considérer les cas pathologiques correspondants comme une véritable gastrite muqueuse, variété à part.

Hérédité pathologique.

MM. Charrin et Gley. — Nous avons montré, en parlant des animaux de laboratoire, comment la gestation pouvait être influencée par la maladie expérimentale communiquée aux deux géniteurs ou à la femelle seule; on observe la stérilité, l'avortement, la naissance de petits mourant vite de faiblesse congénitale, ou se développant incomplètement, ou enfin exceptionnellement un développement régulier.

Dans nos nouvelles recherches, nous avons cherché à fixer l'influence du mâle seul malade. Les effets sont assez analogues. Mais il est à remarquer que si le mâle a reçu une dose de culture filtrée immunisante, l'immunité peut être transmise au petit qui a survécu et, chose curieuse, la femelle a acquis l'immunité conceptionnelle. D'autre part, le développement de certains sujets est influencé, le poids est faible, la taille courte; les os sont malades, épaissis, mais fragiles et déformés. Il s'est produit une véritable dégénérescence bien distincte des faits d'hérédité vraie, mais qui n'en met pas moins en relief le rôle dysgénésique de la toxi-infection du mâle. Nous chercherons si ces tares natives sont susceptibles de se transmettre.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 3 novembre 1893.

Tumeur primitive du corps thyroïde.

M. Jayle présente le corps thyroïde d'un homme mort à l'âge de 76 ans dans le service de M. Letulle, deux jours après son entrée à l'hôpital. Ce malade ressentait de vives douleurs dans la région mastoïdienne, la face était tuméfiée; il y avait de la gêne de la respiration et de la déglutition. Il s'agissait d'un homme robuste, gras, dont l'examen du cou était difficile; cependant, on pouvait sentir une masse dure du côté du lobe droit du corps thyroïde; les veines tégumenteuses du cou et des parois thoraciques étaient dilatées. La mort survint subitement par dyspnée.

L'autopsie révéla la présence d'une tumeur dure, encapsulée, du volume d'une mandarine, comprimant légèrement la trachée et surtout l'œsophage; il existait un paquet ganglionnaire à droite sous le corps thyroïde. L'examen histologique n'a pas encore été fait. M. Jayle fait remarquer que s'il s'agit de goître fibreux, on ne peut expliquer la présence des ganglions malades; s'il s'agit d'une tumeur épithéliale, celle-ci serait primitive; enfin, il pense que la tumeur aurait pu être enlevée chirurgicalement, car elle était facilement énucléable.

M. Delbet se rallie aussi à une des deux hypothèses cancer ou goître : mais il n'y a pas d'exemple de goître de ce petit volume ayant causé la mort. Les douleurs irradiées sont plutôt la conséquence du cancer. Mais ce dernier est très rare primitivement, il se développe cependant sur des goîtres anciens. Quant à l'intervention, elle est toujours possible, mais elle n'amène jamais de survie, il est donc préférable de ne pas toucher à de semblables tumeurs malignes, mais de pallier à la dyspnée par la trachéotomie.

Anévrysme de la crosse de l'aorte.

M. Tollemer a observé un malade du service de M. Brissaud à Saint-Antoine. Il s'agissait d'un palefrenier âgé de 61 ans qui était entré à l'hôpital pour hémoptysies. C'était la seconde fois qu'il en avait eu de semblables. Comme l'examen clinique révélait la présence de lésions tuberculeuses des deux côtés du poumon, on mit sur le compte d'emphysème coexistant la présence d'une voussure précordiale très manifeste. Depuis son entrée, cet homme crachait le sang de temps en temps et en quantité variable : il mourut d'hémoptysie foudroyante.

On trouva à l'autopsie un anévrysme de la première portion de la crosse de l'aorte, du volume d'une tête d'enfant, contenant des caillots cruoriques et fibrineux et correspondant par plusieurs orifices avec la bronche gauche. Il y avait menace de perforation du côté de la plèvre et du médiastin. On put constater la présence des altérations tuberculeuses du poumon et on trouva une lame assez épaisse de tissu pulmonaire dont la sonorité avait induit en erreur, lors de la percussion du thorax. Les reins présentaient des infarctus multiples.

Etat vacuolaire des fibres myocardiques.

M. Dufour présente les préparations histologiques des fibres du myocarde d'une petite fille de trois ans morte subitement à l'hôpital des Enfants-Malades. Cette enfant était entrée pour être traitée au sujet de lombrics intestinaux : on lui fit prendre de la santonine, puis une purgation ; le soir elle était morte dans une syncope. L'autopsie de l'intestin révéla la présence d'altération des plaques de Peyer. M. Dufour pensa qu'il s'agissait peut-être d'une lésion infectieuse méconnue et fit des coupes du myocarde, dans la paraffine ; il remarqua que le protoplasma de la fibre s'était rapproché de la périphérie de la fibre, le noyau était boursouflé, et il existait un état vacuolaire entre le noyau et le protoplasma.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 novembre 1893.

Présidence de M. Fernet.

Guérison de la péritonite tuberculeuse.

M. Millard présente une malade âgée de 19 ans qui a été soignée dans le courant de cette année, à l'hôpital de la Charité, dans le service du professeur Potain. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse avait été porté d'une façon formelle et le traitement avait simplement consisté dans l'application, souvent réitérée, de couches de collodion. La malade, venue ultérieurement à l'hôpital Beaujon, était porteur de masses intra-abdominales étendues, reliquats de l'affection ancienne. Le ventre est aujourd'hui souple, non tendu, absolument indolore. L'état général paraît excellent.

M. Comby rapporte, à ce même sujet, deux cas de péritonite tuberculeuse guérie spontanément ou par des moyens anodins. L'un de ces cas concernait une enfant de 9 ans ; il y avait tuberculose péritonéale simple, avec ascite considérable. L'autre cas, qui avait trait à une femme de 21 ans, appartenait à la forme de tuberculose étudiée par M. Fernet sous le nom de tuberculose pleuro-péritonéale.

Actinomycose thoracique.

M. Netter. — L'actinomycose humaine est chose encore assez exceptionnelle, surtout en France. Il est donc intéressant d'étudier de près tous les cas qui peuvent en être observés :

Une jeune malade entra, il y a quelques mois, à l'hôpital Lariboisière, dans le service du docteur Raymond. L'affection dont elle était atteinte paraissait être une affection aiguë de poitrine : début assez brusque par de la toux, avec point de côté et élévation de température. Les signes d'auscultation semblaient confirmer cette première hypothèse et on paraissait en présence d'une pleurésie aiguë. Cependant deux ponctions, nécessitées par la persistance de l'épanchement, n'avaient amené aucune amélioration notable dans l'état local; le liquide se reproduisait rapidement, la malade se cachectisait et l'on voyait apparaître sur la paroi thoracique un œdème qui pouvait contribuer à faire craindre la transformation purulente de l'épanchement. En y regardant cependant de près, on voyait que l'œdème se comportait différemment à la périphérie et au centre. A la périphérie il s'agissait bien d'un œdème mou, d'infiltration, mais au centre il paraissait y avoir une tuméfaction véritable, de dureté plus grande et qui semblait bien en rapport avec quelque lésion plus circonscrite des parties profondes. Je pensai dès lors à la possibilité de l'actinomycose dont j'avais vu des exemples analogues et la marche ultérieure de l'affection prouva que j'étais dans le vrai.

En effet, une nouvelle ponction, faite en plein centre de la tumeur, permit de donner issue à quelques gouttes de pus ; le trajet resta fistuleux, quelques bourgeons suspects apparurent et, au bout de quelques jours, je vis apparaître, avec le liquide, des grains d'actinomycètes, dont le microscope permit de contrôler exactement la nature.

La voie d'introduction pouvait être l'œsophage ou l'appareil respiratoire. Mais on était en droit d'éliminer le poumon, car l'affection aurait dû, dès le début, simuler soit une tumeur de l'organe, soit une pneumonie. D'autres considérations permettaient d'affirmer que l'inoculation s'était faite par la voie digestive. Il restait, en tout cas, à intervenir d'une façon définitive.

M. Peyrot, consulté sur la possibilité d'une action chirurgicale, ne crut pas devoir intervenir. J'étais très enclin à partager son avis, tant les interventions sont habituellement illusoires, ou tout au moins insuffisantes, dans les cas semblables.

Il restait dès lors la médication interne, telle qu'elle a été recommandée par les vétérinaires, et je soumis la malade au traitement par l'iodure de potassium. Après quelques semaines de ce traitement, l'affection rétrocéda d'une manière surprenante; aujourd'hui il ne subsiste plus qu'une petite fistule avec les traces de l'ancienne pleurésie.

Ce cas n'est pas le seul qu'il m'ait été donné d'observer. J'ai constaté, il y a quelques années, la présence des filaments de l'actinomycose dans le pus provenant de la poitrine d'un malade soigné dans le service du professeur Debove, mais je ne sais ce qu'est devenu ce malade.

D'autre part, j'ai vu, en 1891, évoluer une affection presque en tous points semblable à celle dont je rapporte aujourd'hui l'histoire. Le malade, non traité à temps, succomba, et on peut voir, sur les pièces conservées, que l'actinomycose avait envahi déjà plusieurs vertèbres. On comprend que toute tentative chirurgicale aurait été vaine.

Il n'y a en France que 12 observations connues d'actinomycose humaine. Cette rareté coïncide avec celle également signalée chez les animaux. Aucun de ces cas ne concerne la région thoracique, et presque tous ont trait aux maxillaires. Les trois cas que je rapporte constituent donc une série curieuse.

Le traitement par l'iodure de potassium a été préconisé tout d'abord, en 1885, par M. Thomassen (d'Utrecht). Les essais sur les animaux ont de suite été favorables et M. Nocard a lui-même appuyé de sa haute compétence ce mode thérapeutique. En Amérique, les résultats ont également été excellents.

L'application de ce traitement à l'homme a aussi été tentée par les médecins hollandais. Dans 4 cas, 4 fois la guérison fut obtenue complète. En France et en Italie, 3 observations analogues ont été rapportées. Ma tentative est donc la huitième, et aussi heureuse que les précédentes. L'iodure de potassium ne paraît pas agir directement sur le parasite ; il n'enraye pas du moins les cultures faites *in vitro*. Il paraît plutôt modifier le terrain et déterminer des modifications cellulaires qui empêchent la repullulation de l'actinomycose.

La dose prescrite en Amérique atteint journellement 8 à 10 grammes et on ne craint pas, au contraire, les accidents d'iodisme. Je ne pense pas, pour ma part, qu'ils soient nécessaires. On peut ne pas dépasser 4 à 6 grammes et obtenir cependant une guérison rapide.

M. Rendu. — La médication interne ne pourrait-elle pas être hâtée par un traitement topique local : des applications d'iode ou de solutions iodurées par exemple ?

M. Netter. — Les tentatives faites dans ce sens ont été suivies de résultats négatifs. Parfois, d'ailleurs, l'application de ces topiques peut être impossible ; lorsqu'elle a été praticable, elle n'a pas contribué à activer la guérison. Aussi y a-t-on généralement renoncé.

Syphilis tardive.

M. Thibierge. — Un homme âgé de 70 ans se présenta dernièrement à l'hôpital Saint-Louis, porteur de gommes syphilitiques de la cuisse. L'accident initial, suivi d'accidents secondaires non douteux, remontait à l'âge de 18 ans. 52 années s'étaient donc écoulées entre ces diverses manifestations.

Le professeur Fournier, dans une statistique personnelle de

2,395 cas, ne cite que 5 cas où les accidents tertiaires se sont produits au delà de la quarantième année. Les dates précises sont 41, 43, 52, 54, 56 ans. Le cas présent constitue donc encore une exception intéressante.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 27 *octobre* 1893.

Pustule maligne.

M. Davezac rapporte l'observation d'un jeune malade atteint de pustule maligne de la région temporale gauche ayant déterminé un œdème considérable de la région temporale, des paupières, des joues; mais ne s'étant accompagné ni de retentissement ganglionnaire considérable, ni de fièvre très intense et chez lequel il a fait, aux quatre points cardinaux de la pustule, des injections d'eau phéniquée, d'une solution à un gramme et demi pour 100 grammes d'eau distillée. Il a obtenu une rétrocession des accidents locaux et une guérison définitive de la pustule. M. Davezac a employé la même méthode thérapeutique dans deux cas d'anthrax, et il reste convaincu que ces injections interstitielles peuvent rendre les plus grands services dans ces deux genres d'affection en opposant une barrière à l'empoisonnement septique qui en est la conséquence.

M. Troquart fait observer que le traitement par les injections sous-cutanées d'acide phénique ne peut suffire pour arrêter les progrès d'une pustule maligne, il faut encore cautériser profondément le champ de la pustule, soit au fer rouge, soit au sublimé; cette dernière pratique lui paraît d'une incontestable utilité, celle à laquelle il subordonne sa pratique.

M. Courtin. — Il y a dans l'observation de M. Davezac un point de diagnostic qu'il est bon de mettre en discussion. Notre collègue nous fait observer que les phénomènes généraux ont été très bénins; ce n'est pas habituellement le cas dans la pustule maligne.

On observe un état général grave, frissons, élévation de température, douleurs et gonflements ganglionnaires, surtout au moment où l'eschare apparaît, environnée de sa couronne de vésicules; d'autre part, il faut se rappeler ce qui se produit dans le public après la piqûre d'une mouche. La première occupation, c'est de cautériser la plaie, et alors on a recours à tous les caustiques, à tous les topiques, applications de fer rouge, d'ammoniaque liquide, d'acide azotique, de nitrate d'argent, ce qui fait que, lorsque le chirurgien est appelé à donner ses soins, il se trouve en présence d'une affection singulièrement complexe, et dans laquelle il est très difficile de rétablir les symptômes primordiaux. Je crois que l'état général est ici d'une grande importance diagnostique et, qu'en l'examinant, on peut seulement établir la bénignité ou la malignité de l'accident. J'ai eu l'occasion cette semaine de me trouver en présence de deux malades qui avaient été piqués par des insectes sur l'espèce desquels je n'ai pu être renseigné. Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune enfant de cinq ans qui, ayant été piqué le matin sur un balcon à la région frontale gauche, a rapidement présenté de l'œdème du front, des paupières et de la joue; je vois le malade le soir même, et je constate un point rouge accompagné d'une plaque rouge indurée de la grandeur d'une lentille avec œdème considérable, l'œil absolument recouvert par les paupières œdématiées. Mais on m'apprend que l'enfant a fort bien déjeuné et dîné, qu'il s'est amusé tout le jour; mes préoccupations cessent aussitôt et je conseille l'application sur la face de compresses chaudes; le lendemain soir tout était terminé.

En même temps j'étais appelé auprès d'une dame de soixante ans qui avait été piquée dans sa cave au niveau de la région épitrochléenne du bras gauche : point rouge, punctiforme, léger épanchement sanguin autour de ce point rouge et œdème assez considérable de la région. Pas d'état général, je conseille le même traitement et j'obtiens une résolution rapide.

Le diagnostic différentiel est donc assez difficile, et il faut tenir grand compte dans la vraie pustule maligne des accidents graves qui l'accompagnent.

M. Demons. — Ces accidents sérieux du côté de l'état général n'existent que tardivement dans l'évolution de l'affection, aussi est-ce pour ce motif que l'on a le temps d'agir. Le diagnostic est quelquefois fort difficile; j'ai eu dernièrement dans mon service un homme piqué par une mouche qui fut examiné à la Société anatomique; mes collègues conclurent qu'il ne s'agissait pas d'une pustule maligne; malgré leur affirmation, je fus hésitant, la suite heureuse de l'observation démontra que cette piqûre n'avait aucune gravité.

M. Dudon. — Je partage la manière de voir de M. Courtin au point de vue de la difficulté apportée dans le diagnostic, par les soins préalables que reçoit le malade soupçonné atteint de piqûre maligne, et dans ces cas, je tiens le plus grand compte de l'état général. Je serais peu disposé à diriger des traitements aussi énergiques et aussi douloureux que les cautérisations et les injections d'acide phénique chez des malades dont le diagnostic serait hésitant, et cependant, il est bon de marcher vite lorsque le diagnostic est certain. J'ai présente à l'esprit l'observation d'une malade qui, entrant à l'hôpital un soir, ne put recevoir que le lendemain les soins chirurgicaux que réclamait sa pustule maligne, et qui succomba.

M. Martin. — Supposez que vous vous trouviez dans un de ces cas douteux ou de pustule maligne de la paupière, n'y aurait-il pas danger à diriger dans cette région des traitements aussi énergiques que ceux dont on vient de parler, ne pourrait-on pas recourir à la bactériologie pour faire rapidement un diagnostic ferme?

M. Dubreuilh. — Les souris inoculées meurent au bout de 24 heures, les cobayes après 36 heures s'il s'agit d'une pustule vraie. Quant au microscope, il peut rarement donner des renseignements précis.

M. Lugeol. — J'ai été atteint de pustule maligne; piqué le matin, je fus pris de frissons et de fièvre à neuf heures du soir, eschare, couronne et œdème au niveau de la partie externe du pouce où j'avais été piqué, puis rapidement œdème de l'avant-bras et du bras; j'ai subi des cautérisations au fer rouge et des injections d'eau phéniquée, mon état général ne s'est amélioré que 24 heures après et à ce moment les phénomènes locaux ont rétrocédé.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX

Séance du 10 *octobre* 1893.

Deux cas d'hystérectomie abdominale à ligature élastique perdue.

M. Monod. — Les récents débats du Congrès de chirurgie de Paris ne me paraissent pas avoir jeté un jour suffisant sur l'importante question du traitement des fibromes utérins. Des affirmations trop absolues, peut-être hâtives, basées sur des documents que nous ne trouvons pas assez explicites, ne permettent pas au public médical de se faire une idée nette et personnelle de la conduite à tenir en présence d'un fibroïde. La question nous semble encore largement ouverte, par son côté pratique. D'une part, si les progrès de l'antisepsie facilitent et légitiment la hardiesse des interventions, il ne faut pas oublier qu'il est toute une classe de fibromes que guérissent ou améliorent les injections d'ergotine, les cures thermales et l'électricité. Ces succès-là devraient être publiés avec détails. D'autre part, l'indication opératoire existant et trouvant sa source dans la rapidité d'évolution de la tumeur, son enclavement, les hémorrhagies, etc., quel procédé choisir? L'intervention par la voie abdominale ou par la voie vaginale? C'est donc ici qu'il faudrait voir tous les gynécologistes contribuer à éclairer ce débat, encore un peu confus, en apportant des faits aussi nombreux et aussi détaillés que possible plutôt que des statistiques en bloc. C'est pour obéir à ces considérations que je communique aujourd'hui deux observations ayant trait au point spécial et encore discuté du traitement intra-péritonéal du pédicule après l'hystérectomie supra-vaginale, au moyen de la ligature élastique perdue.

Obs. I. — Mme X..., trente-six ans. Tumeur régulière, arrondie, à surface lisse, rénitente, mate à la percussion,

mobile latéralement, plus saillante à gauche qu'à droite. Nous pensons à un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, sans adhérences, à poche distendue. Presque pas de signes fonctionnels; règles un peu plus abondantes; gêne causée par l'augmentation du volume du ventre; constipation habituelle; troubles dyspeptiques; la malade a maigri de 20 livres depuis un an.

Opération: incision de dix centimètres entre la symphyse et l'ombilic, ouverture du péritoine; on voit une masse arrondie, rougeâtre, parsemée de veines. Une ponction au troquart, en un point rénitent, amène un jet de sang rutilant aussitôt arrêté par la forcipressure. L'incision est agrandie largement et la main peut contourner alors la masse morbide que j'arrive, par un mouvement de bascule de haut en bas, à extraire de l'abdomen. Saisie des deux ligaments larges avec de longues pinces à hystérectomie en dehors des annexes : ligature de soie en chaîne à trois chefs autour de chaque ligament. Un lien de caoutchouc plein est enroulé deux fois autour du tissu utérin, exactement au niveau de la naissance du col, et maintenu par une ligature. L'utérus est sectionné immédiatement au-dessus. Fixation définitive de la ligature élastique au moyen d'un cordonnet de soie passé en arrière du ligateur et lié solidement autour des deux chefs du caoutchouc qui sont réséqués à un centimètre du fil, et d'un double fil de soie placé autour du lien élastique pour assujettir ce dernier dans le sillon de pédiculisation. Réunion des deux feuillets péritonéaux du pédicule au catgut au-dessus de la surface de section. Sutures profondes au fil d'argent, superficielles au crin de Florence. Ablation des sutures dix jours après, réunion parfaite, guérison complète de la malade. Soixante jours après, léger écoulement vaginal teinté de sang, indolore, suivi de l'expulsion, par le vagin, du caoutchouc qui pédiculisait la tumeur et de plusieurs ligatures en cordonnet de soie qui avaient été placées autour des ligaments larges.

L'état de la malade est actuellement florissant. La tumeur, fibro-myome interstiel développé dans la paroi postérieure de l'utérus, pesait 1,800 grammes. Elle a été présentée à la Société d'anatomie en juin 1890.

Obs. II. — Mme L..., quarante-deux ans, a senti depuis quatre ou cinq ans se développer dans la fosse iliaque gauche une tumeur arrondie, indolore, qui a augmenté de volume, causant une gêne croissante; au palper, on sent une tumeur bilobée, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, uniformément dure, mobile latéralement, mate à la percussion. Elle obstrue le cul-de-sac postérieur et les mouvements qui lui sont imprimés par l'abdomen se transmettent à la masse qui remplit le vagin. Aucun trouble fonctionnel. Fibrome utérin multilobé avec prolongement pelvien à évolution rapide, ce qui décide notre intervention. Dissection laborieuse de nombreuses adhérences péritonéales; la tumeur présente trois lobes distincts, dont l'un plonge dans le petit bassin. Saisie, au moyen d'une longue pince, des ligaments larges sectionnés et étreints dans une double ligature en chaîne à la soie. Un lien en caoutchouc embrasse la partie inférieure de l'utérus. La masse morbide est sectionnée à trois centimètres au-dessus; énucléation d'un petit fibrome inclus dans l'épaisseur du pédicule; hémostase parfaite de ce dernier et réunion de ses deux lèvres péritonéales. Suture des lèvres du péritoine, sauf à l'angle inférieur pour le passage d'une bandelette de gaze iodoformée; suture des couches musculo-aponévrotiques, suture de la peau par points profonds et superficiels. Suites opératoires à peu près normales, élimination de la bandelette de gaze neuf jours après; guérison complète. Le lien de caoutchouc a été expulsé par le vagin, plus de vingt-quatre heures après l'opération.

M. W. Binaud. — Si le traitement intra-péritonéal du pédicule avec ligature élastique perdue est un progrès considérable sur la méthode extra-péritonéale (et les deux observations que vient de rapporter M. Monod en sont une nouvelle et heureuse confirmation), l'avenir ne doit peut-être pas s'engager dans cette voie. Aujourd'hui, les chirurgiens, frappés des dangers inhérents au pédicule, proposent d'enlever tout le corps du délit. De là, deux méthodes nouvelles ont pris naissance : 1° l'hystérectomie abdominale et vaginale ; 2° l'hystérectomie abdominale totale. Ne serait-il pas intéressant pour la Société d'étudier ces différents modes d'intervention ?

M. Monod demande de mettre à l'ordre du jour d'une prochaine séance l'étude du traitement des fibromes utérins.

Cette motion est adoptée.

Abcès du foie et grossesse.

M. Chambrelent rapporte une observation qui peut contribuer à l'étude peu fixée encore de l'influence réciproque de la grossesse et de l'hépatite suppurée. Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans qui, on l'a vu depuis, avait accouché à la Maternité de Pellegrin une première fois en 1889 (accouchement dystocique par insertion centrale du placenta ; extraction manuelle d'un fœtus de sept mois), où elle eut des suites de couches pathologiques, caractérisées par un grand frisson initial, de grandes oscillations thermiques entrecoupées de rémissions, phénomènes qui permettent de penser à de l'infection puerpérale à forme phlébitique, ainsi qu'il est fréquent dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. Dix-sept jours après, elle quitta la Maternité. Le 14 décembre 1892, elle se présente à la Clinique obstétricale, enceinte, à terme, et se plaignant d'une violente douleur du côté droit. Température, 39°8. Voussure manifeste du thorax en arrière et à droite. Submatité marquée de la région. On porte le diagnostic de pneumonie. Le 15, accouchement spontané d'un enfant pesant 4,025 grammes, et qui depuis s'est toujours bien porté. L'accouchée a une fièvre intense, délire, matité thoracique en arrière et à droite, pas de souffle ; rien du côté des organes abdominaux. L'ensemencement du sang sur gélatine et sur gélose est négatif. Teinte subictérique ; mort le 17 au soir.

Autopsie : Adhérences pleurales dans toute l'étendue du poumon droit, atteint d'hépatisation grise au niveau du diaphragme. Le foie est à l'état de bouillie noirâtre, semi-liquide, purulente. Rien du côté des organes génitaux, intégrité absolue des voies biliaires et de l'intestin en tous points. Si l'on se demande l'origine de cet énorme abcès du foie, on en est réduit à admettre à titre d'hypothèse que les accidents puerpéraux de forme phlébitique présentés par cette malade après son accouchement antérieur ont été la cause première de ces lésions hépatiques, qui ont pu sommeiller pendant trois ans et recevoir un coup de fouet à l'occasion de l'accouchement suivant. Il faut remarquer, d'autre part, l'influence nulle de ces accidents sur l'enfant qui a pu arriver au terme de sa vie intra-utérine, pesant plus de 4,000 grammes et qui, à l'heure actuelle, est en excellente santé.

M. Chambrelent rapporte deux observations à peu près analogues, inédites, qu'il doit à M. Queirel (de Marseille).

Ces trois observations montrent la gravité exceptionnelle que prend l'hépatite suppurée pendant les suites de couches. D'autre part, aucune des malades auxquelles elles ont trait n'a présenté d'accidents de nature éclamptique ou urémique malgré la destruction presque absolue du foie, constatation importante si l'on songe au rôle primordial que certains auteurs attribuent aux modifications gravidiques du foie dans la production de l'éclampsie.

M. Coyne. — J'ai souvenir d'un blessé que j'ai vu dans le service de M. Le Fort. Il s'agissait d'une fracture du bras compliquée de plaie. Le malade eut des frissons à diverses reprises, un peu de matité à droite, un ictère léger ; il guérit. Trois ans après, je le retrouvai à l'amphithéâtre d'autopsie de la Pitié ; il avait présenté les symptômes d'une hépatite suppurée ; on trouva quatre abcès du foie, entourés de membranes fibreuses ; au niveau du poumon, existait un foyer d'abcès ancien et de la pneumonie récente. C'est un exemple du sommeil prolongé de phénomènes suppuratifs et de leur réveil par une cause secondaire. D'autre part, M. Chambrelent s'étonne de l'absence d'urémie. Il semble démontré que le foie joue un rôle actif dans la production de l'urée. Des recherches, que j'ai faites à Lille au cours d'une épidémie d'ictère grave, m'ont permis de constater au début une exagération dans la dose de l'urée, allant quelquefois à 50 gr., et une diminution extrême à la fin de l'affection pouvant faire tomber le chiffre jusqu'à 50 centigrammes. Mais il n'est pas prouvé que l'urée produise l'urémie, il s'agit plutôt de produits secondaires, de toxines en somme, qui procèdent par auto-intoxication.

M. Hirigoyen ne trouve, dans la courbe thermique et dans les accidents présentés par la malade lors de son premier accouchement, rien qui légitime l'hypothèse d'une phlébite utérine. Les phénomènes ont été très bénins et d'ailleurs la

courbe n'offre pas un plateau assez prolongé pour être caractéristique de la phlébite.

M. Lugeol fait les mêmes réflexions relativement à la courbe et aux accidents présentés par la malade.

M. Coyne. — Mon cas me paraît juger ces questions de septicémie et montre qu'après un traumatisme il peut se produire, par infection purulente, des abcès du foie et du poumon par exemple, dont on retrouvera la trace à l'autopsie très longtemps après.

M. Lefour. — On peut admettre à la rigueur que le foie ait été atteint par la première grossesse d'accidents qui ont sommeillé dans l'intervalle et qui ont reçu un coup de fouet dans la seconde grossesse. Je ne peux croire, en effet, au séjour prolongé de cet énorme abcès.

M. Rivière. — La courbe thermométrique s'éloigne trop du type classique de la phlébite pour qu'on puisse admettre l'hypothèse pathogénique adoptée par M. Chambrelent.

M. Lannelongue. — Au point de vue anatomo-pathologique, les cas de M. Chambrelent et de M. Coyne sont différents. M. Coyne a trouvé ces petits abcès multiples, ces infarctus pulmonaires typiques propres aux infections purulentes refroidies; chez M. Chambrelent, au contraire, c'est un volumineux abcès unique. Je ne saurais me rallier à son interprétation.

M. Chambrelent. — On trouve dans le livre de Siredey des courbes phlébitiques analogues à la mienne. D'ailleurs, je n'ai admis cette interprétation qu'à titre d'hypothèse et jusqu'à présent je n'en vois pas d'autre possible.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 25 *octobre* 1893.

Le rôle des reins dans l'infection.

M. Ponfick a fait une communication sur certains faits d'anatomie pathologique relativement au rôle des reins dans l'infection.

D'une façon générale, l'organisme se défend contre l'infection par son rein et son appareil digestif. Ce sont les reins en premier lieu qui sont chargés d'éliminer non seulement les substances solubles, mais encore les éléments figurés et les micro-organismes. Pourtant, quand on examine l'urine, on trouve, dans certaines infections bactériennes, que l'élimination des micro-organismes par le rein n'est pas complète ou plutôt est très limitée. Que deviennent donc les micro-organismes qui restent dans les tissus?

Quand il existe une suppuration locale, avec métastases évidentes, les bactéries se retrouvent dans l'urine. D'un autre côté, quand il n'existe pas de métastases rénales, on ne trouve pas de bactéries dans l'urine, et on en a conclu que pour l'apparition des bactéries dans l'urine, l'existence d'un foyer rénal est nécessaire. M. Ponfick ne le croit pas. D'abord il se peut que nos moyens d'investigation ne soient pas assez perfectionnés pour nous permettre de constater l'existence des bactéries dans tous les cas. D'un autre côté, il connaît des cas où une suppuration locale en somme insignifiante, un panaris, a été accompagné d'albuminurie avec hématies dans les urines. Dans ce cas l'examen des urines a donné des résultats négatifs, et pourtant l'albuminurie était là pour témoigner de la participation du rein. Cela fait encore preuve que certaines néphrites à étiologie obscure relèvent peut-être d'une suppuration ou d'une infection passée inaperçue.

Les microbes qui ne passent pas avec l'urine exercent une certaine action sur les tissus de l'organisme. Ainsi, dans la fièvre typhoïde il existe certainement des phénomènes du côté du système osseux attribuables aux micro-organismes en question. Dans ces cas il existe notamment des phénomènes de destruction osseuse, de l'usure de la substance corticale et, comme dernier terme, de l'ostéo-myélite. Les mêmes phénomènes s'observent encore dans d'autres infections, dans d'autres suppurations, dans la tuberculose par exemple, qui en dernier lieu est une infection mixte. Dans tous ces cas, les états irritatifs du côté du système osseux aboutissent à la guérison tout comme les périostites très légères.

Déformation du crâne.

M. Rindfleisch a présenté le crâne très déformé d'une fille de onze ans dont le cerveau fut trouvé, à l'autopsie, tout à fait normal.

Ce fait confirmerait donc la théorie de Virchow d'après laquelle la conformation extérieure du crâne n'exerce aucune influence sur le développement du cerveau.

Le crâne en question avait la plupart des sutures ossifiées et appartenait au type dolichocéphale avec forme en selle. Les deux tables étaient intimement soudées l'une à l'autre, de sorte que le diploï faisait complètement défaut.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 27 *octobre* 1893.

Résection de la symphyse du menton.

M. Boyd. — Voici une femme de 61 ans, à laquelle j'ai enlevé deux épithéliomas, l'un siégeant sur la langue, l'autre sur le frein et le plancher de la bouche. J'ai réséqué la symphyse de la mâchoire inférieure et j'ai enlevé la tumeur; puis j'ai réuni les deux extrémités osseuses à l'aide d'un fil d'argent. La muqueuse s'est réunie au-dessus du fil.

Exstrophie vésicale.

M. Symonds. — Dans un cas d'exstrophie vésicale, j'ai fait une incision tout autour de la muqueuse et j'ai séparé la vessie de la paroi abdominale; j'ai alors réuni les deux bords de la plaie. Pour couvrir la vessie, j'ai ensuite ramené le scrotum et la peau du pénis; j'ai fait d'autre part dans le prépuce une boutonnière par laquelle j'ai fait passer le gland. Malheureusement, la vessie s'est herniée par le petit orifice que j'avais laissé en bas.

Gastro-jéjunostomie.

M. Bidwell. — Un homme de 69 ans était atteint d'un cancer du pylore; on décida de faire la gastro-jéjunostomie pour faire disparaître les vomissements. On fit une incision à gauche et on réunit le jéjunum à la face antérieure de l'estomac par la méthode de Halstead. Le malade guérit rapidement; il ne vomit plus après l'opération; mais il mourut cinq semaines après par épuisement et généralisation du cancer. Depuis l'étude que M. Jessett a faite de la gastrostomie, on a pratiqué 15 fois cette opération en Angleterre. Onze malades guérirent de l'opération; les 4 autres sont morts de shock ou d'épuisement. Si on ajoute à cette liste les 17 cas de M. Jessett, on a un total de 32 cas avec 9 morts. La mortalité est finalement de 28 1/4 0/0.

M. Ballance. — Dans plusieurs cas de gastro-entérostomie, j'ai vu l'ouverture gastro-intestinale se refermer progressivement. Aussi ai-je entrepris des expériences qui m'ont montré que la meilleure méthode est celle de Paul: il faut se servir d'un anneau osseux pour réunir le jéjunum à la face postérieure de l'estomac; on peut obtenir par cette méthode une grande ouverture qui dans la suite ne se contracte pas.

M. Symonds. — J'ai pratiqué cette opération trois fois: deux fois pour des carcinomes et une fois pour une sténose consécutive à une ancienne ulcération. Dans le dernier cas les symptômes avaient duré 25 ans. J'ai d'abord uni l'intestin à l'estomac par les plaques de Senn; au bout de cinq semaines l'état du malade était de nouveau comme avant et à l'ouverture de l'estomac je trouvai la première ouverture presque complètement fermée. J'élargis cette ouverture, mais elle se referma encore. Je pratiquai alors une troisième laparotomie et je découpai un morceau de la paroi de l'estomac; je sectionnai ensuite le jéjunum, je fixai le bout inférieur dans

l'ouverture gastrique et je fis une ouverture plus bas dans le jéjunum, dans lequel j'insérai le bout inférieur du duodénum. Le malade guérit. J'ai depuis abandonné la méthode de Senn pour l'anastomose latérale de Halstead.

M. Batlle. — La méthode de Senn m'a donné de bons résultats.

M. Havard. — Je crois aussi que la méthode de Senn ne doit pas être trop hâtivement condamnée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 30 *octobre* 1893.

Troubles mentaux de la ménopause.

M. Savage. — En règle générale, au moment de la ménopause, il y a plutôt une tendance à la dépression qu'à l'excitation mentale. Les symptômes de la ménopause peuvent dans certains cas s'exagérer au point de prendre l'aspect de l'aliénation mentale. Il y a quelquefois une hypochondrie spéciale qui est en rapport avec des troubles de la circulation, de la tête, de la peau ou des viscères. Les sensations anormales éprouvées par les malades et ayant pour point de départ la peau ou tout autre point du corps peuvent provoquer des hallucinations. Les malades chez lesquelles le système pileux de la face se développe, peuvent arriver à croire qu'elles ne sont plus des femmes. La surdité peut se produire et peut amener un délire de persécution. Cette surdité progressive s'accompagnant de la manie de la persécution est très fréquente. C'est là un trouble incurable et qu'on peut comparer à la paralysie générale. Souvent apparaissent des troubles des organes génitaux et surtout des sensations associées à leurs fonctions; c'est ainsi que souvent le caractère devient jaloux, irritable; souvent aussi il y a des troubles hystériques. Les malades ont des idées de mariage et il y a une réapparition des désirs sexuels; elles ont une tendance à rechercher des stimulants comme la morphine. Le pronostic est souvent bénin, mais il n'est pas rare, d'un autre côté, que la maladie soit incurable. Il est rare que la ménopause amène la guérison de troubles intellectuels déjà existants. Je crois qu'il faut recourir à un traitement général et ne pas abuser des bromures.

M. Richards. — Je ne crois pas que la ménopause joue dans la production des troubles intellectuels un rôle aussi considérable que le croit M. Savage. La majorité des femmes qui entrent dans les asiles d'aliénés ne sont pas encore arrivées à l'époque de la ménopause. De plus, les symptômes signalés par M. Savage se retrouvent dans toutes les formes de folie qui frappent les femmes.

M. Althaus. — Il est certain qu'il y a une relation entre la ménopause et l'apparition de certains troubles intellectuels. J'ai vu, chez certaines femmes qui avaient toujours été saines d'esprit, survenir des troubles intellectuels à l'époque de la ménopause, surtout lorsque cette dernière s'établit brusquement. Il existe également une folie qui survient après les opérations gynécologiques; elle revêt deux formes : tantôt c'est un délire qui ne dure que quelques jours, tantôt c'est une mélancolie profonde.

M. Griffith. — On ne peut établir une comparaison entre l'oophorectomie et la ménopause naturelle. Dans la première, la faculté d'avoir des enfants et les règles cessent en même temps; dans la ménopause naturelle, la faculté d'avoir des enfants disparaît en général dix ans avant l'arrêt des règles.

M. Cullingworth. — Il est évident que certaines femmes présentent à l'époque de la ménopause des troubles intellectuels très marqués; je crois que la dépression arrive encore beaucoup plus souvent que ne le dit M. Savage. Je n'ai jamais vu apparaître de troubles mentaux à la suite de l'ablation des ovaires.

M. Richards. — J'ai vu récemment une femme à laquelle on a enlevé les deux ovaires, il y a dix-huit mois, pour une affection bilatérale et qui, quelques semaines après, présenta un brusque changement de caractère.

M. Routh. — Il est certain qu'après l'ablation des ovaires, les femmes éprouvent une notable dépression mentale.

SOCIÉTÉ HARVEYENNE DE LONDRES

Séance du 19 *octobre* 1893.

Hypnotisme.

M. Bramwell. — J'ai réussi à provoquer l'hypnotisme chez 88 0/0 des sujets sur lesquels j'ai opéré. M. Schrenck-Notzing (de Munich) a publié une statistique portant sur 8705 cas et qui donne 6 0/0 d'échecs. M. Wetterstrand de Stockholm a opéré sur 6500 sujets et n'a échoué que 105 fois; parmi ces 105 sujets il y en a 75 sur lesquels on n'a fait des essais qu'une ou deux fois. Forel de Zurich considère que tout homme sain d'esprit est hypnotisable naturellement. Les sujets avec lesquels on éprouve le plus de difficultés sont des hystériques et des neurasthéniques. Le second Congrès international de psychologie expérimentale a montré qu'on peut tirer de grands avantages thérapeutiques de la suggestion hypnotique et il a établi que la sensibilité à l'hypnotisme ne constitue point un symptôme de l'hystérie ou d'un état morbide quelconque. Chez les sujets réfractaires, il y a en général un rapport entre la durée des troubles mentaux et la difficulté qu'on éprouve à hypnotiser le malade. La méthode de Nancy (suggestion verbale) est la plus employée. Max Dessoir divise en deux périodes l'état hypnotique. Dans une première période les mouvements volontaires sont seuls influencés; dans une deuxième période surviennent des troubles dans les fonctions des organes des sens. L'hypnotisme, employé dans un but uniquement curatif et non en vue d'expériences, ne produit jamais aucun effet funeste. J'endors devant vous deux sujets et vous pouvez remarquer qu'ils passent tranquillement et sans aucune excitation à l'état hypnotique; cet état varie du reste depuis une simple somnolence sans perte de conscience jusqu'à un sommeil profond avec oubli de tout ce qui a précédé lors du réveil. Sous cette influence les sujets sont plus ou moins anesthésiés; mais il ne se produit aucun autre phénomène si on n'a pas recours à la suggestion. Lorsqu'on agit par suggestion sur un malade pour le guérir d'une affection quelconque, il faut ne chercher en rien à détruire chez lui la volonté. Quand j'hypnotise un malade, je commence toujours par lui suggérer trois choses: 1° que personne autre que moi ne pourra hypnotiser le sujet sans demander au préalable le consentement de ce dernier; 2° qu'on ne pourra de nouveau endormir le sujet, sans son consentement; 3° que le sujet, une fois endormi, conservera le pouvoir de repousser toutes les suggestions qui n'auront pas été, au préalable, consenties par lui à l'état de veille et par l'opérateur. On peut ainsi, par l'hypnotisme, obtenir un sommeil qui entraîne une anesthésie moins profonde que celle du chloroforme ou de l'éther, mais suffisante pour beaucoup d'opérations.

Schrenck-Notzing et d'autres ont signalé des accouchements heureusement terminés sous l'influence de ce sommeil hypnotique. J'ai vu dans ma pratique et Liébeault, Bernheim, Schrenck-Notzing, Grossmann, Forel, Gerster, Kingsbury, Lloyd, Tuckey, Freud, Fraipont, Tyko Bramberg, de Jong citent des guérisons par l'hypnotisme d'épilepsie, de mélancolie, d'hystérie, de neurasthénie, de dipsomanie, de névralgie, d'insomnie, de surdité, d'incontinence nocturne d'urine, de mal de mer, d'hystéro-épilepsie, d'hyperhidrose, de timidité avec rougeur excessive de la face, d'aphémie hystérique, de certaines maladies de peau. Wetterstrand trouve qu'on accorde trop d'importance à la suggestion et qu'on néglige trop le sommeil hypnotique. Il plonge certains de ces malades dans ce sommeil pendant une période d'un mois à 6 semaines. Il croit qu'outre l'épilepsie, l'hystéro-épilepsie et l'hystérie, on peut guérir, par le sommeil prolongé, plusieurs autres maladies comme l'anémie, la chlorose. Le sommeil ainsi prolongé n'offre aucun danger; le malade éprouve seulement au réveil une sensation de fatigue qui se dissipe au bout de quelques heures. Il faut seulement avoir soin de nourrir régulièrement ces malades sans les réveiller. En résumé, je ne considère pas l'hypnotisme comme une panacée universelle devant guérir tous les maux, mais je crois que dans nombre de circonstances, il est utile et peut amener la guérison.

M. Yeo. — Il existe entre l'opérateur et l'hypnotisé une relation mystique qu'il serait fort utile de bien analyser. On peut obtenir d'excellents effets de la suggestion d'une façon tout à fait indépendante de l'hypnotisme. C'est ainsi que j'ai pu, par la simple suggestion et sans recourir à l'hypnotisme,

rendre le sommeil à un convalescent de fièvre, atteint d'insomnie. Il est donc nécessaire de ne pas confondre l'hypnotisme et la suggestion, comme on le fait trop souvent. Je crois qu'on ne peut guère compter sur l'hypnotisme pour les opérations chirurgicales. Chez des malades atteints d'asthme, de névralgie ou d'insomnie, j'ai vu l'hypnotisme échouer.

M. Tuckey. — Je me sers de l'hypnotisme qui me rend surtout des services chez les malades atteints de troubles du système nerveux, tels que la crampe des écrivains, l'hystéro-épilepsie, la chorée. On peut aussi par cette méthode rendre le sommeil et supprimer la douleur chez des malades atteints d'affections incurables comme le cancer et l'ataxie locomotrice. J'ai vu l'hypnotisme produire une amélioration dans l'épilepsie vraie, dans l'alcoolisme chronique; on en obtient de bons effets chez les enfants contre la masturbation.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 3 novembre 1893.

Opérations sur les annexes.

M. Chrobak a exposé le résultat de ses opérations sur les annexes.

Du mois d'octobre 1888 au mois de juillet 1892 il a opéré 146 malades sur 8,398 venues à la policlinique, et 45 sur 12,000 de sa clientèle privée. Dans tous ces cas, l'opération n'a été faite qu'après l'échec des méthodes conservatrices.

D'une façon générale, les dimensions des salpingites, leur consistance et l'épaisseur de leurs parois ne permettent guère de dire si dans tel ou tel cas le traitement conservateur réussira ou non. Il en est de même du massage qui s'est montré assez utile dans certains cas non accompagnés de phénomènes aigus.

Les résultats éloignés de l'opération ont pu être jugés sur la réponse qu'ont donnée les femmes opérées depuis trois à sept ans. Sur 100 femmes auxquelles on a envoyé un questionnaire, 48 seulement ont répondu. Sur ces 48, 8 se sont déclarées guéries, 34 améliorées ; 3 n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération, chez 3 l'état a empiré.

Au point de vue de la capacité au travail, on a eu les réponses suivantes :

26 peuvent travailler fort bien, 16 travaillent mieux qu'avant l'opération, 6 sont incapables de travailler.

Enfin, 29 ont augmenté de poids, les autres sont restées stationnaires ou devenues plus maigres.

En admettant que la proportion de guérisons soit la même chez les femmes qui n'ont pas répondu, on trouve que l'opération donne environ 50 0/0 de guérisons.

M. Schauta ne peut que confirmer ce que vient de dire M. Chrobak. Seulement il croit que le pyosalpinx comporte un grand danger pour la vie. La terminaison par la péritonite consécutivement à la perforation est assez fréquente, et on ne peut guère juger d'après les chiffres tirés des autopsies seules.

L'indication opératoire ne peut être tirée exclusivement des modifications anatomiques des annexes. Il faut encore prendre en considération la gravité d'autres symptômes, en particulier des symptômes du côté du système nerveux. Des troubles nerveux graves disparaissent quelquefois après une opération snr les annexes malades.

Le massage est bon, et on peut dire que 30 0/0 des cas de salpingite sont passibles de ce traitement.

Au point de vue des résultats éloignés de l'opération, M. Schauta a pu suivre 121 malades sur 213 opérées. Sur ces 121, 100 sont guéries, 17 améliorées; chez 4 la situation est restée la même qu'avant l'opération.

Excision d'un ulcère syphilitique.

M. Lang présente un homme de 26 ans, syphilitique depuis 2 ans, auquel il avait excisé un ulcère profond de la jambe. La perte de substance, après l'extirpation de l'ulcère qui pénétrait jusqu'aux muscles du mollet, mesurait 6 centim. de largeur sur 8 de longueur et 3 de profondeur. On eut alors recours à la greffe de Thiersch qui réussit fort bien. Aujourd'hui, cinq mois après l'opération, l'ulcération est remplacée par une fort belle cicatrice, lisse et résistante.

Kystome du maxillaire inférieur.

M. Weinlechner présente une fille de 8 ans à laquelle il a enlevé une tumeur du maxillaire inférieur, des dimensions d'une bille de billard. La tumeur qui, dernièrement, avait pris un développement rapide, était un kyste multiloculaire dont les loges étaient formées par des bourgeons dentaires dégénérés. La perte de substance du maxillaire inférieur a été comblée par une plaque d'ivoire.

Un homme de 52 ans opéré d'un *épithélioma de la paroi postérieure du pharynx* ayant envahi le larynx. On fit la laryngotomie après pharyngotomie préalable par le procédé de Langenbeck. Il y a un an, nouvelle opération pour une récidive. Aujourd'hui on trouve chez le malade, sur la paroi postérieure du larynx, une plaque couverte de poils. Il s'agit probablement d'une implantation accidentelle faite pendant l'opération.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 25 octobre 1893.

Pseudo-hypertrophie musculaire.

M. Fischer présente un garçon de huit ans qui offre certains symptômes de paralysie pseudo-hypertrophique.

Les phénomènes en question se déclarèrent brusquement. L'enfant, qui n'a pas d'antécédents nerveux héréditaires, fut pris un jour de fièvre et présenta à la suite une lordose lombaire considérable qui ne disparaît ni dans la position assise ni dans la position horizontale. La colonne vertébrale n'est pas sensible à la pression ; toutes les apophyses épineuses sont à leur place. Pas de symptômes spinaux ni méningés. Quand le malade est couché par terre, il est obligé, pour se lever, de s'aider de ses mains, grimper pour ainsi dire sur soi-même. Nulle part trace d'hypertrophie ni d'atrophie musculaire.

M. Rie fait observer que l'absence d'une cyphose n'exclut pas l'existence d'une spondylite. Toutefois il n'a observé, dans la spondylite, de lordose qu'après l'apparition de la cyphose. Le cas de M. Fischer reste donc très obscur.

Simulation dans la névrose traumatique.

M. Schlesinger présente un malade intéressant au point de vue de la simulation parfaite de la névrose traumatique.

Le malade en question, un homme de 52 ans, arriva à la clinique après un accident de chemin de fer, avec tous les signes de la névrose traumatique. Ce qu'il y avait de particulièrement intéressant chez lui, c'était la marche. Le malade disait ne pouvoir plus marcher comme tout le monde. En effet, quand on lui disait de marcher, il faisait d'abord dix à quinze pas en jetant ses jambes latéralement ; puis survenait un moment où le malade, au lieu d'avancer, reculait en entrecroisant les jambes à chaque pas. Ce n'est qu'après une observation rigoureuse du malade qu'on arriva à découvrir la supercherie au bout d'un certain temps.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PEST

Séance du 21 octobre 1893.

Cholécystotomie pour calculs biliaires.

M. Herczel. — Il s'agit d'une couturière de 26 ans qui, il y a neuf ans, eut pour la première fois une attaque de coliques hépatiques devenues particulièrement fréquentes depuis dix-huit mois, sans toutefois s'accompagner d'ictère ni de sortie de calculs.

A l'examen de la malade, on pouvait facilement sentir la vésicule au-dessous des fausses côtes et percevoir même un bruit de frottement à la palpation un peu profonde. En l'absence des phénomènes de cholémie, on pensa, vu l'hypertrophie de la vésicule, à l'enclavement d'un calcul dans le canal cystique.

Le 7 août 1893, on fit la laparotomie sur la ligne médiane. Comme la vésicule était difficile à atteindre par l'incision longitudinale, on en fit une seconde horizontale, perpendiculaire à la première. La vésicule une fois mise à nu, on trouva dans le canal cystique quatre calculs ; puis, par une incision faite sur la vésicule, on retira 54 petits calculs des dimensions d'une lentille. Lavage de la vésicule et suture à trois étages. Suture de la plaie abdominale. Guérison en trois semaines sans complications, à part une légère suppuration d'un des angles de la plaie.

Intubation dans le croup.

M. Bokaï a eu l'occasion de pratiquer cette opération chez 491 malades. En se basant sur son expérience personnelle, comme on le voit, assez étendue, M. Bokaï se déclare partisan de la méthode d'O'Dwyer.

Le décollement des fausses membranes, qui sont alors repoussées par le tube dans la trachée, est un accident rare et une complication, en somme, peu grave. Il suffit simplement de retirer le tube pour voir les fausses membranes expulsées dans un effort de toux. Mais si l'expectoration des fausses membranes repoussées dans la trachée n'a pas lieu, il faut pratiquer la respiration artificielle, et, au besoin, la trachéotomie.

L'obstruction du tube par des fausses membranes est plus fréquente. Le plus souvent, tube et fausses membranes sont alors expulsés ensemble ; au besoin on n'a qu'à tirer sur le fil fixé à la nuque pour extraire le tube et cette opération peut être faite par la première personne de l'entourage du malade. Toutefois il est à désirer que les intubés se trouvent sous la surveillance continue d'un garde-malade expérimenté.

Tel est le côté noir du tubage ; mais les avantages de cette opération comparée à la trachéotomie sont tellement manifestes que le remplacement de la trachéotomie par le tubage n'est qu'une question de temps.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

L'angiokératome (Télangiectasie verruqueuse), par PIFFAULT (Thèse de doctorat, Paris, 1892-93). — L'angiokératome est une tumeur mixte assez rare de la peau, bien décrite par Mibelli.

Il n'est pas congénital, se rencontre surtout dans l'adolescence et en hiver, siège aux extrémités des membres et à la face, coïncide avec les engelures et l'asphyxie locale des extrémités.

Il est constitué par un angiome qui se développe primitivement dans le derme papillaire et qui, par compression de l'épiderme, détermine la formation d'un kératome. Pour Mibelli, ce serait un lympho-hématangiome variqueux.

Il se présente cliniquement sous la forme de petites tumeurs verruqueuses et de petites taches rouges angiectasiques, disséminées sans ordre ou groupées. La formation des tumeurs verruqueuses est toujours secondaire aux taches planes qui, à elles seules, peuvent constituer toute l'affection.

Il n'y a pas de phénomènes généraux.

Le diagnostic est facile, le pronostic bénin.

Le traitement de choix est l'électrolyse.

Les bains froids dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses, par FAURE-MILLER (Thèse de doctorat, Paris, 1892-93. — Dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses les bains froids constituent la thérapeutique de choix.

En principe, on doit donner un nouveau bain dès que les effets utiles du bain précédent n'existent plus.

La formule de Brand répond à la majorité des cas ; cependant il faut savoir la modifier selon les circonstances.

La cause de la supériorité du traitement par les bains froids réside dans ce fait qu'elle s'oppose à la désintégration cellulaire et empêche la rétention des produits toxiques, en favorisant la diurèse. Le bain froid est en outre un tonique du cœur et des vaisseaux, un antithermique et un névrosthénique.

La médication réfrigérante est une médication prophylactique ; elle prévient les complications et empêche les dégénérescences. La thérapeutique des bains froids est inoffensive. Les contre-indications sont très rares.

Pendant toute la durée du traitement le malade devra être alimenté.

La méthode des bains froids n'est plus empirique, elle a une valeur scientifique incontestable.

L'albuminurie dans le diabète, par SALLÈS (Thèse de doctorat, Lyon, 1892-93). — La fréquence de l'albuminurie dans le diabète oscille entre 50 et 65 0/0.

On peut distinguer trois variétés cliniques : *a.* albuminurie alternante ; *b.* albuminurie concomitante ; *c.* albuminurie substitutive.

L'albuminurie alternante représente 20 0/0 des cas ; elle est peu abondante et appartient à des diabètes légers. C'est la plus bénigne des trois.

L'albuminurie concomitante, plus commune, est passagère ou continue, elle est d'origine dyscrasique et accompagne les diabètes moyens. Son pronostic immédiat est bon, mais à la longue elle évolue vers la néphrite.

L'albuminurie substitutive est une véritable néphrite : c'est la plus rare des trois. Son pronostic est très grave.

Le diagnostic est surtout une question de sagacité.

Dans l'albuminurie alternante le traitement sera surtout dirigé contre l'état constitutionnel (goutte). Il en sera de même dans la forme concomitante sans lésion rénale. Il faut proscrire le régime carné exclusif, qui favorise la néphrite.

Recherches anatomiques sur la veine porte et particulièrement sur ses anastomoses avec le système veineux général, par MARIAU (Thèse de doctorat, Lyon, 1892-93). — La veine porte, outre ses branches d'origine ordinairement décrites, a encore des radicules péritonéales fort importantes.

La circulation appendiculaire est autonome.

Les veinules des ligaments hépatiques ne se plient à aucune systématisation rigoureuse. Seules celles qui se rendent au foie méritent le nom de *portes accessoires*. A côté des cinq groupes de Sappey, les veinules des ligaments coronaires et latéraux du foie orientées vers cet organe, forment un 6e groupe de veines portes accessoires.

Le mésentère et le péritoine pariétal ont des veinules qui vont les unes vers la veine porte, les autres à la veine cave inférieure. De ces dernières, celles qui desservent le péritoine viscéral méritent seules le nom de *veines de Retzius*. Elles existent même au niveau du côlon pelvien et du rectum et elles ont été observées deux fois au niveau de la face postérieure de l'estomac.

En outre des veines décrites par Duret au niveau du rectum, il faut décrire des anastomoses cavo-portales trans-sphinctériennes et des anastomoses sous-sphinctériennes.

Au centre de la veine ombilicale, il y a souvent une veinule pleine de sang, susceptible d'être dilatée par une circulation collatérale.

Les anastomoses anormales du système porte sont assez rares.

Recherches anthropologiques sur le plan horizontal de la tête. Méthode pour le déterminer, par HIRTZ (Thèse de doctorat. Lyon, 1892-93). — Il existe, sur l'homme vivant, une position normale de l'œil, régie par des dispositions anatomiques et réalisée lors de l'inactivité des muscles moteurs.

La situation du globe oculaire sur le cadavre est exactement celle qui convient à l'équilibre naturel ; c'est la position normale.

Les axes visuels après la mort sont les droites directrices, facilement définissables, du plan horizontal de la tête.

L'axe orbitaire de Broca est presque parallèle à ce plan, avec une approximation très grande pour une moyenne, largement suffisante en pratique pour tel crâne particulier.

On peut déterminer dans l'orbite un axe qui satisfait mieux l'esprit que l'axe classique, et qui représente très bien la direction générale de la cavité, en projection horizontale. Nous proposons pour lui le nom d'axe rationnel. L'axe orbitaire de Broca indique avec une précision plus que suffisante son orientation.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

STOMATOLOGIE

Accidents de la dent de sagesse, communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, dans la séance du 20 août 1893, par le Dr Dunogier.

Dans le courant de l'année, notre excellent collègue M. Davezac nous communiquait une observation fort intéressante d'ulcérations récidivantes de la bouche. A cette lecture, le spécialiste se révéla et je demandai s'il n'y avait point là-dessous quelque dent de sagesse en voie d'évolution. Il n'en était rien! Cependant, cette observation me suggéra l'idée, que je mets un peu tardivement à exécution, de vous présenter quelques-unes de ces affections récidivantes dues à l'éruption de ces dents. Pour le moment, je me bornerai à une seule, ce qui me permettra du reste de parler un peu des autres.

Amygdalite récidivante et alternante occasionnée par l'évolution des dents de sagesse inférieures.

Il y a quelque temps de cela, je fus consulté par une dame pour une de ses demoiselles, âgée de vingt ans, sous-maîtresse dans une institution. Cette dame me raconta que, depuis un an, sa fille était sujette à de violents maux de gorge, se renouvelant fréquemment, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et l'obligeant chaque fois à garder le lit ou la chambre pendant plusieurs jours. Le médecin qui la soignait habituellement avait à plusieurs reprises « parlé de lui couper les amygdales », mais la malade s'y était absolument refusée.

Mlle N.... habitant la même maison que moi, je montai la voir et la trouvai couchée, la tête et le cou entourés d'ouate et de foulards.

A l'examen de la gorge, je constatai, en effet, à gauche une violente amygdalite, mais en même temps j'aperçus du même côté une dent de sagesse en voie d'évolution et encore recouverte d'un lambeau de gencive violacé, sous lequel on voyait sourdre du pus ou plutôt une espèce de sanie muco-purulente; il y avait en outre une inflammation très vive et très étendue des gencives avec ulcération de leur bord libre jusqu'au niveau des dents antérieures; enfin, *signe caractéristique*, l'haleine était excessivement fétide, bien plus fétide que dans une simple amygdalite.

Le diagnostic était dès lors des plus faciles; il était évident que nous avions affaire à des accidents muqueux de la dent de sagesse, ainsi que je l'avais pressenti, du reste, avant même d'avoir examiné la malade.

Comme je ne pouvais songer à l'excision de cette gencive, vu la difficulté de faire ouvrir assez largement la bouche, j'envoyai prendre de l'acide chromique, dont je chargeai un peu d'ouate enroulée autour d'une tige de bois, suivant le procédé que j'avais vu employer maintes fois par M. Magitot. Les parties enflammées, moins l'amygdale, dont je ne me préoccupai même pas, furent cautérisées aussi énergiquement que possible et, ainsi que cela se passe ordinairement, au bout de quelques minutes, la patiente ouvrait un peu plus aisément la bouche.

Je prescrivis à Mlle N... des gargarismes fréquents avec une solution de chlorate de potasse et d'acide thymique; puis, après son déjeuner, une promenade au Jardin des Plantes.

Bien que peu habituée à voir traiter ainsi ses maux de gorge, la malade exécuta fidèlement le programme et s'en trouva on ne peut mieux.

Le lendemain, ayant voulu faire l'excision de la gencive, la malade s'y refusa énergiquement; il me fallut donc plusieurs fois encore, jusqu'à destruction complète du capuchon, continuer les cautérisations non seulement du côté malade, mais aussi du côté opposé qui, naturellement, n'aurait pas tardé à s'enflammer de nouveau comme par le passé, la dent de sagesse droite étant, elle aussi, en grande partie recouverte.

Je restai environ une année le voisin de la famille N...; les maux de gorge ne se reproduisirent plus.

Les cas de ce genre sont fréquents et j'en pourrais rapporter de nombreux exemples; cependant, en parcourant les divers auteurs qui se sont occupés des accidents muqueux de la dent de sagesse, j'en ai trouvé un seul, reproduit un peu partout, le seul apparemment qui ait été publié jusqu'ici. Je vous demande la permission de vous le résumer en quelques mots.

Amygdalite chronique entretenue par la difficulté de la sortie d'une dent de sagesse (1).

Le Dr Fiard fut pris, pendant ses études médicales, de maux de gorge qui durèrent près de dix-huit mois. Dans l'été de 1821, il fut atteint d'une légère douleur dans la gorge. En novembre, l'amygdale droite devint le noyau d'une inflammation violente; vingt-cinq sangsues au col, des sinapismes, etc. Tous les moyens furent vainement mis en usage jusqu'au commencement de 1823. Le docteur pensait à se faire exciser l'amygdale, quand il s'aperçut que la dent de sagesse inférieure gauche manquait. Cependant, en soulevant les chairs recouvrant la partie postérieure de la deuxième molaire, il y sentit un corps dur et, surmontant la douleur, s'assura de la présence d'une large et très grosse dent gisant profondément dans les chairs.

Il incisa largement la gencive, ce qui amena un soulagement subit; mais les deux lambeaux s'enflammèrent et végétèrent. On excisa les chairs avec d'assez grandes difficultés et il fallut faire plusieurs cautérisations avec la pierre infernale.

Ainsi, tandis que dans la première enfance on attribue à la dentition une multitude d'affections dont elle est plutôt la victime que la cause, à plus de soixante ans de distance, quand le nombre des travaux sur les accidents liés à l'évolution des dents en général et des dents de sagesse en particulier est déjà considérable, nous voyons encore ces accidents méconnus.

Un phlegmon ou même une simple tuméfaction du maxillaire font tout de suite songer à une dent, mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de simples accidents muqueux, si fréquents cependant que d'une statistique dressée par le Dr David « il résulte que, sur 100 observations prises parmi les étudiants assistant à la clinique de Magitot, il s'en était trouvé 75 présentant ou ayant présenté des accidents au moment de la sortie des troisièmes molaires. »

Sans doute, la plupart de ces accidents sont le plus souvent sans gravité, tels une gingivite ou une stomatite simple; mais, en dehors des amygdalites, il en est d'autres qui méritent quelque attention, comme les stomatites ulcéreuses et ulcéro-membraneuses, les engorgements ganglionnaires, etc.

A propos de ces derniers, quelques-uns d'entre vous, peut-être, se rappellent les graves préoccupations dont, à une époque déjà lointaine, fut assiégé le corps du Service de Santé militaire, au sujet des cols de tuniques.

Dès 1841, Piorry avait bien signalé ces engorgements ganglionnaires au moment de l'éruption des dents de sagesse, mais on n'y avait pris garde et c'est, je crois, le Dr Magitot qui, à la suite d'une enquête personnelle dans les casernes de Paris, lava les cols de tuniques... des graves accusations dont elles étaient l'objet.

(1) Toirac, Mémoire sur les diverses espèces de déviations de la dernière molaire. (*Rev. méd.*, 1828, t. I, p. 396.)

C'est le même auteur qui établit la véritable origine et la nature des stomatites ulcéreuses et ulcéro-membraneuse des jeunes soldats, origine entrevue, du reste, dès l'année 1832, par Caffart et formulée par un médecin de la marine, le Dr Catelan, en 1877 (1).

Je n'insiste pas davantage ; ce que j'ai dit suffit pour expliquer les échecs si fréquents dans le traitement d'affections très simples en général, et aussi le succès de certains médicaments qui n'ont eu d'autre mérite que d'arriver les derniers, alors que la maladie était sur le point de disparaître toute seule, le combat finissant faute de combattants.

Avant d'aborder le traitement des accidents muqueux des dents de sagesse, il est bon d'en rappeler en quelques mots le mécanisme.

L'éruption de ces dents a lieu ordinairement de la dix-huitième à la vingt-cinquième année; cependant, elle survient souvent beaucoup plus tard; j'en ai observé plusieurs cas aux environs de la soixantaine et les auteurs en ont rapporté un nombre assez considérable. Ce sont ces cas d'apparition tardive qui ont fait croire à une troisième dentition.

Si l'éruption de la dent de sagesse supérieure, à moins de déviation trop prononcée du côté de la joue, donne rarement lieu à des accidents, il n'en est pas de même pour la dent de sagesse inférieure. Celle-ci, en effet, évolue entre la deuxième grosse molaire et la branche montante du maxillaire, c'est-à-dire dans un espace souvent trop étroit pour la contenir.

Hâtons-nous de le dire cependant, ce n'est point tant ce défaut d'espace qui doit être incriminé, comme on le croit généralement, que la gencive. Celle-ci, en effet, en raison de son peu d'adhérence au périoste, au niveau de la base de l'apophyse, au lieu de se rompre, comme elle le fait en avant, se laisse soulever par la dent qu'elle recouvre à la manière d'un capuchon. C'est ce capuchon, incessamment comprimé et trituré par la dent opposée, qui va devenir le point de départ d'accidents inflammatoires plus ou moins étendus, plus ou moins graves, plus ou moins tenaces.

Si, comme cela se présente assez fréquemment, les deux dents de sagesse font leur éruption en même temps, les deux côtés pourront se prendre à la fois ou alternativement, le patient triturant d'un côté pendant qu'il laisse reposer l'autre et ainsi de suite, jusqu'à ce que la gencive, suffisamment triturée et ulcérée, ait disparu complètement, ce qui parfois pourra être fort long, comme on vient de le voir.

Le diagnostic est facile; il suffit seulement que l'attention soit portée de ce côté, et c'est là le but de ma communication; car, ainsi que le faisait remarquer récemment notre collègue M. le Dr Davezac, ce que nous disons ici a une portée plus étendue que la salle de nos séances et, si je n'apprends rien de nouveau à mes collègues, peut-être quelques-uns des praticiens qui nous lisent y trouveront-ils un enseignement.

Je viens de dire que le diagnostic était facile; il est cependant des cas, beaucoup de cas, où il sera peu commode, voire même presque impossible, de découvrir la dent, surtout s'il y a de la constriction des mâchoires; mais, en appliquant le doigt à son niveau, on provoquera toujours une douleur caractéristique.

Traitement. — Il est de deux sortes : préventif et curatif.

Dans le but de remédier à l'atrésie des mâchoires, si fréquente dans nos races supérieures, le Dr Andrieu, considérant la première grosse molaire ou dent de six ans comme une dent de transition, avait proposé son

(1) *Archives de Médecine navale.*

extraction vers la onzième année, c'est-à-dire quelque temps avant l'apparition de la deuxième.

Cette opération avait un double but : 1° au point de vue esthétique, intégrité et régularité absolue de toute la partie antérieure de l'arcade dentaire; 2° suppression des accidents de dent de sagesse.

Cette pratique, adoptée par les Drs Pietkiewicz et Cruet (1), a dans ces derniers temps fort occupé la Société des Dentistes « de la Grande-Bretagne ».

Pour ma part, sans partager les appréhensions de quelques-uns de mes confrères d'outre-Manche, soit au point de vue de l'intégrité des arcades dentaires, que je n'ai jamais vue troublée de ce fait, soit au point de vue de la possibilité de transmission héréditaire, j'avoue que je ne saurais accepter cette méthode, malgré tout ce qu'elle peut avoir de séduisant.

Si je n'hésite pas à sacrifier ces dents quand elles sont atteintes de carie ou d'érosion et qu'on veut bien suivre mes conseils, ce qui n'arrive pas toujours, je n'oserai jamais proposer et faire pareille hécatombe pour remédier à des accidents de dent de sagesse qui ne se produiront peut-être pas ou régulariser les arcades dentaires, alors qu'on peut y arriver par des moyens moins radicaux.

Traitement curatif : Il consiste tout naturellement à supprimer la cause, je ne veux pas dire la dent (à moins cependant que les accidents n'aient été occasionnés par une déviation de celle-ci), mais la gencive.

Bien que l'acide chromique m'ait suffi dans quelques cas, je ne saurais conseiller ce moyen, efficace sans doute, mais beaucoup trop lent.

Les anciens chirurgiens préconisaient le cautère actuel, que Lisfranc regardait comme une hérésie chirurgicale en raison de la douleur et des brûlures qu'on pouvait produire dans le voisinage.

De nos jours, le Paquelin et le galvano sont bien un peu plus faciles à manier que les vieux cautères d'autrefois; cependant, je leur préfère l'excision.

Au début de ma carrière, je la pratiquais à l'aide du bistouri et des ciseaux courbes, mais c'était fort incommode; aussi, avais-je songé, il y a environ six ans, à faire fabriquer un instrument spécial.

M'en étant ouvert à un de mes fournisseurs, celui-ci se dirigea vers sa vitrine et m'en rapporta l'emporte-pièce que je vous présente, dont je n'ai cessé de me servir depuis lors et qui fonctionne à souhait.

Après insensibilisation de la gencive à l'aide de tampons d'ouate trempés dans une solution de cocaïne que, soit dit en passant, nous avons été le premier à employer en chirurgie dentaire (2), on glisse la lame sous le capuchon aussi loin que possible; comme cette petite manœuvre ne détermine aucune douleur, lorsque cette lame est bien en place, il n'y a plus qu'à serrer.

Quelques gargarismes antiseptiques et des cautérisations d'acide chromique sur les parties voisines ulcérées ou simplement enflammées achèvent la guérison.

Une recommandation en terminant. Plusieurs de nos collègues paraissant redouter cet agent, je dois les rassurer à cet égard; les cautérisations à l'acide chromique sont peu ou pas douloureuses, même sans anesthésie préalable, ainsi qu'ont pu s'en convaincre ceux d'entre eux auxquels j'ai eu l'occasion d'en faire, mais à la condition expresse de n'employer qu'un produit chimiquement pur.

Cet acide a, en outre, l'avantage de n'altérer en rien ni la couleur ni la composition des dents.

(1) *Comptes rendus de la Société de Stomatologie de Paris*, t. III, p. 74 et suivantes.
(2) *Semaine médicale*, mars 1884.

CLINIQUE CHIRURGICALE

A propos de la péritonite tuberculeuse d'origine annexielle.

Dans la récente discussion qui eut lieu à la *Société de Chirurgie* (séance du 20 octobre) sur le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, M. Bouilly a essayé d'esquisser la physionomie d'une forme particulière de péritonite tuberculeuse, forme qui, d'après lui, serait identique à l'*ascite des jeunes filles de Cruveilhier*. Cliniquement, cette forme serait caractérisée par le développement lent, insidieux chez des jeunes filles d'une ascite très souvent enkystée de façon à simuler un kyste de l'ovaire; anatomiquement on trouverait — M. Bouilly a pu le constater dans deux cas où il est intervenu par la laparotomie — une tuberculose des annexes, ovaires et trompes, et une tuberculose péritonéale limitée presque exclusivement au péritoine du petit bassin, avec tubercules allant en diminuant de bas en haut.

Cette forme n'est pas très rare, puisque M. Bouilly, M. Bazy ont pu en observer chacun plusieurs cas, et il serait intéressant de préciser davantage le type nosologique en question.

M. Vierordt (1) vient justement de publier un travail fort intéressant sur la péritonite chronique et tuberculeuse, et sur les cinq observations qu'il publie, il y en a une (observ. IV) qui, croyons-nous, rappelle exactement le type de M. Bouilly. Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est que la malade, une fillette de 6 ans 1/2, présentait un *écoulement vaginal dans lequel l'examen bactériologique fait à plusieurs reprises a révélé l'existence de nombreux bacilles de Koch* (1 fois par la méthode d'Ehrlich, 2 fois par celle de Gabbet).

Voici l'observation brièvement résumée :

Il s'agit d'une fillette sans antécédents héréditaires, qui pendant un an est prise toutes les deux ou trois semaines de douleurs de ventre accompagnées de tuméfaction de l'abdomen et quelquefois de vomissements. Un jour apparaît un écoulement vaginal dans lequel l'examen bactériologique fait voir des bacilles tuberculeux. L'écoulement disparaît très rapidement. Sous l'influence d'un traitement approprié, les douleurs disparaissent pour reparaître au bout de neuf mois, et cette fois à l'examen on trouve une péritonite enkystée à gauche. On reprend le traitement médical, et l'enfant finit par guérir.

Vierordt insiste beaucoup sur cet écoulement vaginal à bacilles tuberculeux, phénomène bien connu dans la tuberculose génitale de la femme. Le même écoulement est signalé dans l'observation I (tuberculose péritonéale à forme ascitique guérie par la laparotomie, chez une fillette de 3 ans et demi), seulement dans ce cas l'examen bactériologique n'a malheureusement pas été fait. Vierordt dit, du reste, avoir observé cet écoulement encore dans deux autres cas de tuberculose péritonéale chez des petites filles, seulement « ces deux derniers cas ne sont pas assez nets pour pouvoir être publiés ».

En absence de symptômes permettant de faire dès le début le diagnostic de péritonite tuberculeuse, l'écoulement vaginal de nature tuberculeuse sur lequel M. Vierordt vient d'attirer l'attention, acquiert une importance considérable. Tout porte à croire — et l'observation que nous venons de résumer en est une preuve — que ce nouveau symptôme doit faire partie de la forme de péritonite tuberculeuse décrite par M. Bouilly. En tous les cas, il serait intéressant de voir ce point confirmé — ou infirmé — par des recherches dirigées de ce côté.

R. R.

REVUE DES CONGRÈS

65e RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS

tenue à Nurenberg du 11 *au* 15 *septembre*

Valeur diagnostique de l'acide lactique dans le suc gastrique.

M. Boas a entrepris de nouvelles recherches sur l'apparition de l'acide lactique dans le contenu stomacal. Seulement, comme, d'après ses recherches, le pain ordinaire renferme une certaine quantité d'acide lactique, M. Boas donnait à ces malades comme repas d'épreuve une décoction de farine.

Les recherches faites ensuite avec les méthodes de coloration et les précautions usuelles ont donné des résultats assez curieux.

Ainsi, M. Boas a tout d'abord constaté que, chez les individus bien portants, il ne se forme à aucune période de la digestion, de l'acide lactique, que le HCl libre soit présent ou absent.

Les recherches faites ensuite sur des individus atteints d'une affection gastrique, gastrite chronique, atonie intestinale, neurose, etc., ont donné les mêmes résultats négatifs. L'acide lactique est encore absent du contenu stomacal dans les cas de sténose pylorique de bonne nature, bien que dans ces cas, il existe rétention alimentaire dans l'estomac, et par conséquent fermentations secondaires.

Par contre, dans tous les cas de sténose pylorique par cancer ou simplement de cancer — cas au nombre de 18, dont 3 sans tumeur appréciable — il y avait formation d'acide lactique en quantités pouvant être rigoureusement déterminées.

M. Boas en conclut que l'apparition d'acide lactique après un repas d'épreuve composé de décoction de farine peut être considérée comme un signe certain de carcinome de l'estomac, même en absence de tumeur appréciable à l'extérieur.

(1) *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1893, Bd LII, Hft 1 et 2, p. 144.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 *novembre* 1893.

Choléra en 1892.

M. H. Monod rend compte des mesures prises par l'administration pendant l'épidémie cholérique en 1892. Ces mesures avaient été préparées par l'existence en 1891 d'une épidémie des plus meurtrières dans l'Inde anglaise où elle avait causé plus de 600,000 décès. Elles ont servi de modèle pour les règlements adoptés depuis par la conférence sanitaire internationale de Dresde.

C'est surtout aux frontières que l'administration, se basant sur la loi du 3 mars 1822, put de suite organiser des services d'isolement et de désinfection, aux divers passages par voie de mer, par voie de terre et par voie fluviale. On s'efforça, à l'aide de délégués sanitaires, d'obtenir que ces services fussent promptement organisés, et que le temps pendant lequel les voyageurs étaient retenus pour la désinfection fût aussi court que possible.

Les dépenses des exercices furent en personnel de 19,256 fr.; le nombre des étuves expédiées de Paris a été en tout de 83; la plupart constituent aujourd'hui l'arsenal sanitaire organisé aux environs de Paris par le ministère de l'intérieur pour être expédié sur les divers points du territoire où des mesures devront être prises.

Après avoir énuméré les précautions prises, passeports sanitaires, informations officielles, isolement, désinfection, etc., M. H. Monod montre comment on a pu ainsi localiser les manifestations du choléra et accoutumer les populations aux mesures de désinfection, dont l'efficacité se démontre par les résultats déjà publiés.

Ainsi l'administration sanitaire française a dû, en 1892, faire face à deux épidémies de choléra, l'une qui a éclaté à l'intérieur et dont il n'a pas été possible jusqu'ici de déterminer l'origine, l'autre qui menaçait nos frontières. Le choléra du dehors n'a pas pénétré en France, le choléra du dedans a été rapidement étouffé.

Deux leçons principales ressortent des résultats obtenus :

1° Toutes les fois que les médecins et que les autorités locales font leur devoir, c'est-à-dire toutes les fois que l'administration sanitaire est avisée des premières manifestations du choléra, la maladie peut être utilement combattue et rapidement vaincue.

C'est donc un intérêt public de premier ordre que l'administration soit armée de manière à obtenir soit des médecins, soit des autorités locales, des dénonciations immédiates;

2° Dans les ports, la visite médicale et la désinfection sont appelées à remplacer les quarantaines. Il est à désirer que ces opérations soient faites en tout temps à bord des navires.

M. J. Rochard est élu vice-président pour 1893, en remplacement de M. Léon Le Fort, décédé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 *novembre* 1893.

Présidence de M. Fernet.

Traitement antiseptique des maladies infectieuses des cavités séreuses.

M. Fernet. — Les maladies infectieuses des cavités séreuses relèvent toutes d'une même méthode thérapeutique et ce n'est pas par une simple vue de l'esprit qu'on sera tenté d'appliquer au péritoine ou aux articulations ce qui aura été jugé bon pour la plèvre. Jusqu'à présent, il semble que l'on en soit réduit, soit à l'expectative, soit à l'intervention chirurgicale. Il y a entre ces deux alternatives une méthode qui consiste à modifier l'état des séreuses, grâce à des injections antiseptiques appropriées, et cette méthode compte déjà de nombreux succès.

Le traitement des inflammations infectieuses des cavités séreuses (pleurésies, péritonites, arthrites, etc.), par le moyen des ponctions suivies d'injections antiseptiques est rationnel, puisqu'il satisfait à la double indication d'évacuer le liquide épanché et de combattre l'infection dans son foyer. Ce traitement est particulièrement applicable aux cas de moyenne gravité sous le rapport de la nature et sous le rapport de l'étendue de l'infection. Il semble devoir céder le pas au traitement chirurgical, c'est-à-dire à la large ouverture du foyer morbide, lorsque, après quelques essais répétés dans un court espace de temps, le procédé des ponctions et des injections s'est montré insuffisant.

Des deux modes d'application des injections antiseptiques, à savoir les injections simples dans le foyer infectieux sans évacuation du liquide épanché et, d'autre part, les injections précédées d'une ponction évacuatrice et d'un lavage de la cavité séreuse, chacun paraît avoir ses indications particulières : le premier convient surtout à titre préventif, pour arrêter le développement d'une infection commençante; le second est curatif, il prétend détruire l'infection dans son foyer et conduire ainsi à la guérison.

M. Catrin. — Les conclusions de M. Fernet répondent à une des plus graves objections faites aux études de MM. Kelsch et Vaillard. On a, en effet, insisté sur ce fait que ces auteurs n'avaient en vue que les formes vraiment tuberculeuses des pleurésies, et que les autres n'en faisaient point partie, puisque justement elles guérissent.

Les observations de M. Fernet montrent que les inflammations chroniques des séreuses peuvent bien être aussi tuberculeuses, quoiqu'elles guérissent.

M. Debove. — Il semble que l'on soit trop enclin à calquer le pronostic des lésions tuberculeuses en général sur celui de la tuberculose du poumon. A coup sûr, ce pronostic doit être souvent atténué quand il s'agit d'affections de la plèvre, du péritoine et des séreuses articulaires et ce serait un tort de considérer celles-ci comme infailliblement mortelles.

M. Fernet. — Les restrictions de M. Debove sont vraies, mais elles ne doivent pas nous conduire à trop de confiance. La tuberculose des séreuses est souvent infectieuse au plus haut degré et cette éventualité nous autorise à toutes les interventions.

Pleurésie hémorrhagique tuberculeuse.

M. Hanot. — On sait déjà que la pleurésie hémorrhagique est très souvent de nature tuberculeuse. Voici une nouvelle observation qui confirme le fait.

Il s'agit d'un homme robuste jusque-là très bien constitué qui, à la suite de quelques fatigues et à l'occasion d'un refroidissement, présenta une pleurésie gauche. On ne relevait comme antécédent qu'une fluxion de poitrine, neuf ans auparavant.

La pleurésie présenta des particularités spéciales. Elle ne débuta pas brusquement, franchement, comme le font d'ordinaire les pleurésies *a frigore*. Le point de côté et la dyspnée n'apparurent que huit jours après le coup de froid. Dans l'intervalle, il y eut du simple malaise et de la courbature. Les frissons ne se manifestèrent qu'avec le point de côté.

La ponction étant devenue nécessaire, ce fut avec surprise que l'on constata la présence d'un liquide hémorrhagique.

Les auteurs et, en particulier, MM. Moutard-Martin, Gran' cher, Kelsch et Vaillard, Dieulafoy, Netter, ont montré que plus encore que la pleurésie sérofibrineuse, la pleurésie hémorrhagique qui ne relève pas d'un cancer pleuro-pulmonaire, est fonction de tuberculose.

Chez notre malade il était difficile d'admettre qu'il en fût ainsi, tant les conditions paraissaient d'ailleurs satisfaisantes. Il restait donc à chercher la preuve expérimentale. Celle-ci fut décisive et elle nous montra que le bacille de Koch était bien la cause de cette pleurésie. Elle devait aussi amener à cette conclusion que la tuberculose peut, comme manifestation première de son évolution, déterminer l'apparition d'une pleurésie hémorrhagique.

Mais une autre particularité curieuse demande à être relevée dans cette observation : c'est que la ponction qui fit constater la nature de la pleurésie permit du même coup d'en avancer la guérison. On sait, et M. Netter a récemment encore insisté sur ce fait, que les pleurésies hémorrhagiques ont une fâcheuse tendance à se reproduire et que l'épanchement regagne son niveau huit à dix jours après la ponction. Ici il n'en fut pas ainsi et la pleurésie, bien qu'hémorrhagique, ressembla de bien près à celles dont Wintrich a rapporté des exemples. Peut-être ces dernières étaient-elles aussi tuberculeuses et dans ces cas l'inoculation expérimentale aurait permis de déterminer la nature de l'épanchement.

M. Netter. — J'ai fait des tentatives d'inoculation avec le produit de ponctions de pleurésies et de péricardites hémorrhagiques. Les résultats sont ordinairement positifs et je crois qu'ils sont même plus concluants que pour les pleurésies séro-fibrineuses.

M. Fernet. — Il semble bien en effet que la carcinose et la tuberculose soient les causes les plus fréquentes de la pleurésie hémorrhagique. Mais elles ne sont pas à coup sûr les causes uniques et certainement le mal de Bright peut déterminer des lésions chroniques, parfois même de nature hémorrhagique des organes séreux, qui n'ont rien à voir avec la tuberculose.

M. Hanot. — J'ai vu jadis, quand j'étais médecin des prisons de la Seine, des cas de pleurésies hémorrhagiques chez des individus cachectiques, présentant cet état pseudo-scorbutique des prisonniers et qui n'avaient aucune relation avec la tuberculose. Mais, bien que dans tous ces cas la conviction pût paraître légitime, l'inoculation expérimentale eût été d'une tout autre certitude.

Sur un cas de filariose.

M. Laveran. — Un officier, venant du Soudan où il avait été déjà plusieurs fois traité pour des accidents palustres, entra dans le courant de l'année à l'hôpital du Val-de-Grâce. Il était pâle, avait la teinte terreuse des cachectiques palustres. Ce malade avait la fièvre au moment où je l'examinai ; il accusait un malaise général très prononcé, une céphalalgie intense et des nausées. La rate était augmentée de volume.

Je procédai à l'examen du sang, comme je fais dans tous les cas de paludisme et, à mon grand étonnement, au lieu de l'hématozoaire du paludisme, je trouvai des embryons de filaires.

On s'accorde à reconnaître aujourd'hui que l'hémato-chylurie, les varices lymphatiques et l'éléphantiasis des Arabes relèvent de la filariose, mais, bien que Manson l'ait déjà signalée, l'évolution de cette dernière affection sous le masque palustre est chose toute nouvelle.

Ce fait montre que les filaires peuvent donner lieu à des accidents généraux comparables à ceux du paludisme sans trace d'accidents locaux et l'examen du sang seul peut permettre d'arriver à un diagnostic exact.

Le développement de la colonisation sur la côte ouest d'Afrique, où la filariose est si fréquente, les expéditions et les voyages d'exploration entrepris dans ces régions donnent à ces recherches un intérêt tout nouveau.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 *novembre* 1893.

Cancer primitif de la vésicule biliaire.

M. Meunier relate l'histoire d'une malade qui présenta de la pleurésie droite, de l'ascite et qui succomba avec des phénomènes de cachexie rapide. En raison des symptômes physiques constatés au niveau du foie, on avait fait le diagnostic de cancer du foie, probablement secondaire à un cancer de l'estomac. La malade avait eu il y a trois ans un accès de colique hépatique. A l'autopsie, on a trouvé un cancer primitif de la vésicule biliaire, avec noyaux secondaires dans le foie. L'examen histologique montre la structure de l'épithélioma tubulé.

Infiltration gazeuse du foie trouvée à l'autopsie d'une femme morte d'infection puerpérale.

MM. Demelin et **Létienne** présentent le foie d'une femme qui est morte d'infection puerpérale à la suite d'un avortement. L'autopsie a été faite 33 heures après la mort et il n'y avait aucun indice de putréfaction cadavérique. Or, sous la capsule de Glisson on voyait des alvéoles remplis de gaz et sur la surface de coupe on retrouvait le même aspect. La rate offrait la même apparence que le foie; il s'échappait une mousse sanglante de la surface de coupe pressée entre les doigts. Cet état particulier du foie a été décrit par Frerichs, sous le nom d'emphysème du foie. S'agit-il là d'un état pathologique réel ou d'altérations cadavériques qui se sont produites assez rapidement, en l'absence de tout autre signe de putréfaction? C'est plutôt à cette dernière hypothèse qu'il faut se rallier, d'après l'opinion de M. Cornil.

Myome de l'utérus.

M. Cornil rapporte l'examen histologique d'une tumeur de l'utérus que M. Péan a enlevée par la voie abdominale. Cette tumeur ponctionnée pendant l'opération donna issue à six litres d'un liquide sanguinolent et clair. Il s'agissait d'un myome de l'utérus dont les parties centrales avaient été dissociées par des hémorrhagies. On voit en effet au microscope que les portions périphériques sont constituées par du tissu musculaire lisse normal, et que les parties internes, disséquées en quelque sorte par le liquide épanché, sont composées des mêmes éléments, mais en voie de mortification.

Gastrites toxiques expérimentales.

M. Pilliet montre comparativement des coupes provenant d'estomacs de lapins auxquels il a fait ingérer : 1° de l'acide sulfurique; 2° de l'essence de reine des prés. Les lésions, qui consistent essentiellement en un soulèvement de la muqueuse par le sang, sont semblables dans les deux cas. Les essences exercent donc une action escharifiante propre sur l'estomac : c'est une action élective, car elle ne s'exerce pas sur la peau, même après un contact de longue durée.

Cancer de l'utérus avec noyau hépatique ramolli.

M. Gouget présente des pièces provenant de l'autopsie d'une femme morte d'un cancer de l'utérus. Toute la moitié inférieure de l'utérus est envahie par la production épithéliomateuse qui s'étend de plus au vagin, presque jusqu'à la vulve. Il y avait hydronéphrose du côté gauche. On voit deux noyaux cancéreux du foie avec leur aspect habituel et de plus sous la face inférieure de cet organe une poche du volume d'un œuf limitée par une paroi flasque, affaissée et contenant un magma en apparence purulent. Ce magma n'a montré au microscope ni globules de pus, ni microbes : il n'y avait que des cellules épithéliales polymorphes plus ou moins altérées.

Grossesse tubaire.

M. Mouchet relate l'observation d'une femme opérée par M. Delbet. Il n'y avait pas de signes physiques de la grossesse : mais la malade avait eu plusieurs écoulements sanguins assez considérables. On sentait sur la partie latérale gauche de l'utérus et séparée de lui par un sillon une tumeur très nette. On voit sur la pièce apportée par M. Mouchet la trompe dilatée dans sa partie moyenne et dans son intérieur un gros coagulum sanguin à la surface duquel on retrouve l'embryon.

MM. Souligoux et **Besançon** présentent une pièce provenant d'un malade mort de tuberculose pulmonaire avec pleurésie, pièce sur laquelle on voit qu'un abcès de la paroi thoracique s'est développé par extension de la lésion pleurale. M. Souligoux revient à ce propos sur la présentation qu'il a faite dernièrement au sujet de la pathogénie des abcès froids de la paroi thoracique.

M. Orillard montre un enchondrome ossifié ou calcifié qui s'était développé, chez une ancienne rachitique, au niveau de la première phalange du troisième doigt du pied gauche.

M. Reymond a fait récemment l'autopsie d'une femme à qui on avait fait il y a 4 ans une néphropexie, et qui est morte de tuberculose pulmonaire. On voit que les trois points de suture tenaient solidement.

M. Reymond présente en outre le cerveau d'un homme entré à l'hôpital il y a 15 jours et dont on n'avait pu obtenir de renseignements. On l'avait cru atteint de delirium tremens. On a trouvé à l'autopsie une tumeur cérébrale du lobe antérieur droit adhérente à la dure-mère.

T. Legry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 *novembre* 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Nutrition chez les épileptiques.

M. Féré. — On peut observer, chez des sujets atteints d'épilepsie vraie, des troubles de la nutrition vraiment singuliers, survenant en dehors de tout accès ou de tout épisode nerveux spécial. Voici par exemple un malade que je connais depuis 7 ans, et dont le poids, noté habituellement à 53 kg., s'est mis tout d'un coup à augmenter sans que rien ait été changé à son régime. Pendant une période de 27 jours, il a augmenté quotidiennement de 611 grammes, sans qu'il fût possible d'expliquer par aucune particularité cet accroissement de poids si considérable.

Embryons de filaire.

M. Laveran. — Les préparations que je présente figurent des embryons de filaire observés dans le sang d'un malade ayant fait un séjour au Soudan. Ce malade ne souffrait ni d'hémato-chylurie, ni de gonflement scrotal, ni d'hypertrophie des vaisseaux et ganglions lymphatiques. Il avait seulement des accès fébriles irréguliers dont la cause n'était pas apparente, et qui m'engagèrent à faire l'examen du sang. Fait important, le parasite fut constaté dans une prise de sang faite pendant le jour. Un des embryons a été coloré au bleu de méthylène et se montre plus net : il paraît offrir une cavité centrale. Ce type de filaire diffère des formes habituellement rencontrées. Peut-être est-il à rapprocher de la *filaria diurna* récemment décrite par Manson. Cependant, celle-ci est plus grêle et son flagellum moins développé ; de plus, elle se colore difficilement par le bleu de méthylène, contrairement au parasite que j'ai observé.

Pseudo-tuberculose du mouton.

MM. Guinard et **Moret** ont étudié chez le mouton une variété de pseudo-tuberculose bacillaire, dont le parasite a été isolé, cultivé et transporté avec résultats positifs sur des animaux de la même espèce.

M. Chauveau. — La constatation précédente est d'autant plus intéressante que le mouton est généralement réfractaire au développement ou à l'inoculation de la tuberculose. Sans doute son immunité n'est pas parfaite, l'immunité absolue n'existant pas en biologie microbienne. Il n'en est pas moins intéressant de voir cette espèce animale accessible au développement d'une variété classée de pseudo-tuberculose.

Ulcérations gastriques.

M. Pilliet. — J'ai expérimenté l'action des essences sur l'estomac des animaux, spécialement de l'essence de reine des prés qui est maniable et non caustique pour la peau. Or,

ingérée à la dose de 3 grammes, cette essence provoque une gastrite toxique violente, caractérisée par une nécrose blanche de la couche superficielle de la muqueuse ; au-dessous, il existe une inondation sanguine importante ; la zone vascularisée peut se trouver à nu après la chute de la partie escharifiée. Ces effets sont tout à fait semblables à ceux que produit l'acide sulfurique ordinaire expérimenté dans les mêmes conditions.

Urologie des animaux refroidis.

MM. Chabrié et **Dissart.** — Nous avons soumis des cobayes à un refroidissement intense dans l'appareil kryogène de Cailletet. Les animaux étaient rapidement introduits dans l'appareil réfrigéré à — 73° et laissés en place pendant 8 minutes. Or les animaux soumis ensuite à l'observation pendant 24 heures présentaient une polyurie intense (48 c.m. c. au lieu de 17). Il se produisait en même temps une azoturie et une phosphaturie considérables. Toutes ces modifications et surtout la dernière étaient encore plus accusées lorsque les animaux avaient été préalablement anesthésiés par le chloroforme avant d'être introduits dans l'appareil. Nous avons toujours observé chez les animaux un refroidissement initial considérable pouvant atteindre 10° et suivi d'une phase d'hyperthermie.

Action du chloroforme sur le système nerveux.

M. Laborde. — Dans les faits qui ont été précédemment rapportés par M. Martin, je ne saurais voir une action de l'anesthésique sur le cerveau avec simple suspension du pouvoir inhibiteur de ce centre sur la moelle, suspension dont la conséquence serait la production des contractions en apparence indépendantes du segment caudal coupé chez le lézard. Or ces contractions me paraissent dues à la section même et résultant de l'irritation provoquée dans la moelle par la section. Naturellement, ceci suppose la persistance de l'excitabilité dans l'axe spinal : ce qui est vrai et d'observation déjà ancienne.

M. Phisalix. — J'ai vu des faits analogues chez des lézards chloroformisés jusqu'à la mort définitive. Il y a conservation de l'excitabilité médullaire, que la section met en jeu.

Arthrites déformantes infectieuses.

M. Dor. — Dans une forme de ces arthrites correspondant au lipome arborescent et occupant l'épaule, la synovie était stérile, mais les végétations contenaient de l'albus très atténué. Avec un autre type d'albus virulent, des lésions analogues ont pu être observées expérimentalement.

M. Charrin. — Il y a longtemps que le même microbe a été vu dans diverses arthrites, en particulier par M. Bouchard dans 11 cas d'arthrites rhumatismales. Reste à savoir s'il ne s'agit pas d'une infection secondaire greffée sur la propathie, car l'albus ne fait guère de lésions semblables.

G. Girode.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance 8 novembre 1893.

Présidence de M. Hallopeau.

De la médication hypnotique et des médicaments hypnotiques nouveaux.

M. Jasiewicz lit une étude sur les substances recommandées comme somnifères et fait l'exposé des idées courantes sur ce point. Il conclut ainsi : je ne pense pas, sauf des cas exceptionnels, que les nouvelles découvertes chimiques aient réussi à fournir des substances capables de remplacer l'opium et ses alcaloïdes, les bromures et même l'hydrate de chloral, médicaments qui présentent du moins cet avantage que, tous, nous en connaissons les propriétés, les indications et les contre-indications. De tous ces remèdes nouveaux, seul, le sulfonal, malgré les accidents nombreux qu'il a déjà occasionnés, semblent mériter vraiment une place à côté de ses aînés. Quant aux autres, ils répondent plutôt à des indications très spéciales, ce qui explique jusqu'à un certain point leur abandon.

Quoi qu'il en soit, les médicaments hypnotiques, suivant les expressions de M. Lépine, ne sont pas des agents inoffensifs ; s'ils servent souvent, ils nuisent parfois, surtout quand leur administration est longtemps prolongée. Il y a une pathologie médicamenteuse toxique qui, chaque année, se complète, à mesure qu'entrent dans la pratique de nouveaux agents. On en use parfois d'une manière un peu inconsidérée, et, on ne saurait trop le répéter, avant d'y recourir, il est de notre devoir de nous enquérir des causes de l'insomnie et de chercher à la guérir tout d'abord par une bonne hygiène, par quelques remèdes simples, et, suivant les cas, par une thérapeutique dirigée contre les causes mêmes du mal que nous sommes appelés à combattre.

M. Constantin Paul. — C'est à tort, en effet, et sans succès, du reste, que les malades qui veulent agir d'eux-mêmes, sans prendre l'avis d'un médecin qui leur indiquerait la cause à viser, essaient tous les médicaments hypnotiques vantés outre mesure dans les journaux et les prospectus. Quand on ne dort pas parce qu'on a une dent gâtée, il s'agit d'en faire l'avulsion ; quand l'insomnie est occasionnée par un abcès, il faut l'ouvrir. On aurait beau faire appel à l'arsenal fastueux des hypnotiques, rien ne saurait alors remplacer le bistouri ou la clef de Garengeot. Après l'excellent rapport de M. Jasiewicz, il nous reste à bien établir les indications et les contre-indications de chaque hypnotique. C'est ainsi que la codéine agit bien sur la muqueuse bronchique et fait disparaître les quintes de toux, tandis que le sulfonal, par exemple, n'a aucune efficacité en pareil cas. Que chacun de vous nous apporte le résultat de son expérience personnelle ; ce sera matière à des discussions aussi intéressantes que profitables.

Sur le di-iodoforme.

M. Adrian, au nom de **MM. Maquenne** et **Taine**, lit un mémoire sur ce nouvel antiseptique à base d'iode, qui paraît destiné à servir de succédané à l'iodoforme et dont l'intérêt réside surtout dans l'absence à peu près complète d'odeur.

C'est un iodure de carbone défini, qui répond à la formule C^2I^4 et représente par conséquent l'éthylène periodé. Les meilleurs dissolvants sont le chloroforme, le sulfure de carbone, la benzine et surtout le toluène chaud, d'où il cristallise en belles aiguilles prismatiques, absolument différentes des lamelles hexagonales que fournit l'iodoforme.

Le di-iodoforme se prépare en traitant l'acétylène periodé C^2I^2 par l'iode en excès ; il prend naissance également dans l'action de la potasse aqueuse et de l'iode sur le carbure de baryum, en suspension dans la benzine ou le chloroforme.

M. Bocquillon. — Une préparation tout aussi simple consiste à dissoudre le bi-iodure de carbone dans le sulfure de carbone, d'une part, et, de l'autre, à dissoudre de l'iode en quantité voulue dans le sulfure de carbone. En réunissant les deux mélanges, on obtient un produit très pur par évaporation convenable du sulfure de carbone.

M. Constantin Paul. — Selon la règle invariable adoptée par la Société, il sera maintenant nécessaire de déterminer sur quels microbes pathogènes cet antiseptique possède une action manifeste.

M. Hallopeau. — J'ai déjà entrepris des expériences sur l'emploi du di-iodoforme contre le chancre simple ; j'en ferai connaître plus tard les résultats. Comme il est plus discret que l'iodoforme et ne se trahit pas par son odeur, il y aura probablement lieu de lui donner la préférence.

Formules pour l'emploi du muguet et du phosphate de soude.

M. Constantin Paul. — I. Le muguet est un excellent tonique du myocarde ; seulement, il faut lui accorder un certain crédit et lui laisser le temps d'agir. L'amélioration ne se produit généralement pas avant dix ou douze jours. Après divers tâtonnements, je me suis arrêté à la formule suivante, qui est facile à administrer :

Potion :

Extrait aqueux de muguet	10	gr.
Infusion de thym	200	—
Sirop d'écorces d'oranges amères	80	—

50 grammes par jour — un verre à liqueur. Si le goût paraît amer, on peut étendre d'eau.

II. Voici un autre point de pratique, qui m'a paru digne de vous être signalé. Comme l'a conseillé jadis Trousseau, j'ai substitué, depuis six à sept ans, le phosphate au sulfate de soude, et je ne puis que m'en féliciter. Voici les deux mélanges prescrits couramment dans mon service :

Potion purgative :

Phosphate de soude	25	gr.
Eau distillée	200	—
Sirop de sucre	60	—
Alcoolature de citrons	XX	goutt.

Limonade purgative légèrement gazéifiée :

Phosphate de soude	25	gr.
Eau distillée	250	—
Sirop de sucre	60	—
Alcoolature de citrons	XX	goutt.
Acide citrique } Bicarbonate de soude }	ââ 2	gr.

Au bout de deux heures au plus, une première garde-robe, suivie à distance de deux ou trois autres, se produit. C'est une action sûre, commode et même agréable, car cette limonade se boit facilement.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 7 novembre 1893.

Cellulite orbitaire et abcès palpébral d'origine dentaire.

M. Fage a été appelé auprès d'un homme de 29 ans qui présentait de l'exophthalmie de l'œil gauche sans altération de la cornée, des milieux et des membranes profondes ; mais la joue du même côté était très empâtée et la sensibilité cutanée dans la région innervée par le sous-orbitaire était abolie. La première molaire supérieure gauche cariée avait été extraite quelques jours auparavant, la gencive correspondante était enflammée. Des onctions mercurielles sur la joue, l'antisepsie de la bouche, le sulfate de quinine à l'intérieur furent prescrits. Le lendemain, les symptômes s'étaient accentués, il existait un chémosis total, la paupière inférieure luisante était le siège de douleurs lancinantes. Le thermomètre marquait 39°. L'abcès palpébral fut vidé, une petite incision au niveau de l'angle externe ouvrit la capsule de Tenon, et en effondrant l'alvéole on donna issue au pus contenu dans le sinus maxillaire. Au bout de trois jours l'exophthalmie avait complètement disparu et la guérison complète fut rapide

M. Galezowski insiste sur la nécessité de l'examen de la dentition dans les cas analogues à celui du malade de M. Fage. Depuis deux ans, parmi plus de 17,000 malades, il a rencontré 9 cas d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire avec accidents du côté de l'orbite. Dans un cas il s'agissait d'une inflammation de la glande lacrymale.

Capsulotomie.

M. Vacher a adopté pour l'ouverture de la capsule dans l'opération de la cataracte l'emploi des pinces-ciseaux, qui, une fois la capsulotomie pratiquée, peuvent par une légère inclinaison du manche exécuter une iritomie ou une iridectomie. Il a été amené à cette façon de faire, en opérant un cataracté chez lequel le kystotome n'avait pu parvenir à entamer la capsule.

M. de Wecker estime que la capsulotomie avec les pinces-ciseaux est exécutable dans les seules cataractes molles, car dans le cas de cataracte dure on doit craindre de provoquer par cette manœuvre la luxation de la lentille. Quant à l'iridectomie, M. Chibret a déjà recommandé le *modus faciendi* de M. Vacher.

M. Kalt croit qu'il est impossible d'enlever avec les pinces-ciseaux un morceau de capsule adhérente ; de plus, une brèche serait-elle ainsi produite, que le cristallin ne pourrait sortir du sac cristalloïdien auquel il adhère. Il utilise, par contre, cet instrument dans les cataractes secondaires.

M. Galezowski préfère enlever avec une pince à griffe le cristallin avec sa capsule adhérente et indurée; on a ainsi l'avantage de ne rien laisser qui puisse obstruer la pupille.

M. Gillet de Grandmont craint qu'avec les pinces-ciseaux on ne crée un lambeau capsulaire qui persiste après la sortie du cristallin. Il trouve plus simple, dans les cas de cataracte siliqueuse, de se servir du kystotome à crochet qui, glissé sous la lentille, la soulève en l'appliquant contre la cornée et la fait sortir avec sa capsule. Dans les cataractes ordinaires il fait la kystitectomie.

M. Parent, lui aussi, craint que la manœuvre préconisée par M. Vacher ne provoque la luxation du cristallin. Du reste, il n'existe pas encore d'instrument qui permette d'exciser facilement le centre de la capsule. Quant à la section de l'iris, M. Chibret, lui-même, a reconnu que les pinces-ciseaux laissaient parfois tomber le lambeau irien dans la chambre antérieure.

M. Gorecki a pu, avec le crochet de de Wecker, enlever des cataractes dures.

Ulcérations de la conjonctive.

M. Vigne présente un malade, âgé d'une trentaine d'années, qui est porteur sur l'œil gauche d'un chémosis considérable sur lequel se voient deux petites ulcérations à fond sanieux et grisâtre, à base indurée, dont l'une intéresse la caroncule. Il y a peu de sécrétion conjonctivale. L'affection date de trente-quatre jours. Il s'agit de chancres indurés de la conjonctive. Le ganglion préauriculaire et le ganglion sous-maxillaire sont pris.

Injections séquardiennes.

M. de Wecker fait connaître les résultats que lui ont donnés, dans sa pratique, les injections séquardiennes dont il étudie les effets depuis quatre ans. Il n'a rien obtenu dans les cas d'atrophie grise et de névrite rétro-bulbaire. Chez un seul malade atteint de cette dernière affection, il a vu une très grande amélioration de l'acuité visuelle. Avant le traitement, elle permettait tout au plus de compter les doigts à trois mètres, et après elle était remontée à 1 d'un œil et à 2/3 de l'autre, mais il s'agissait d'une névrite liée à l'influenza, et outre le liquide de Brown-Séquard, on avait utilisé la strychnine, la quinine, les courants continus.

Chez les ataxiques, il a vu les phénomènes oculaires rester stationnaires pendant des mois, mais, comme le fait s'observe en l'absence de tout traitement, il n'a donc aucune valeur.

Malgré tout, il croit devoir continuer ces injections, car il leur reconnaît, outre une complète innocuité, le double avantage de relever les forces et le moral des malades.

M. Valude, aux Quinze-Vingts, n'a obtenu quelques résultats que chez les neurasthéniques.

M. Gillet de Grandmont dénie toute valeur aux injections séquardiennes. Pour éviter les erreurs qui résultent de la suggestion, il a commencé par faire à ses malades, à leur insu, des injections avec un liquide inerte, puis sans les prévenir il leur a administré la liqueur de Brown-Séquard ; or il n'a rien observé qui permît de constater dans l'état et les dire des malades un changement en rapport avec la modification du traitement.

M. Kœnig, chez une femme de 62 ans, avait refusé d'opérer une cataracte en raison de la débilité extrême de la malade, et de la faible quantité d'urée contenue dans les urines, lesquelles de plus étaient fortement alcalines Pendant 15 jours, on fit des injections séquardiennes, et non seulement la malade reprit des forces, mais encore ses urines redevinrent acides et la quantité d'urée normale.

Chez un homme atteint d'iritis hémorrhagique à récidives fréquentes, le même traitement combiné avec un régime lacté mixte a eu une heureuse influence et en particulier a fait disparaître l'albuminurie.

M. Galezowski estime que non seulement les injections de Brown-Séquard sont inutiles chez les ataxiques, mais encore

elles sont nuisibles parce qu'elles font négliger le traitement antisyphilitique dans le cas où il peut être utile. Il en a eu la preuve chez un homme atteint d'atrophie papillaire qui, incomplètement mercurialisé et par suite nullement amélioré, eut recours à ces injections sans résultat, tandis qu'un traitement spécifique sévère lui releva l'acuité visuelle au point de lui rendre possible la lecture.

M. Darier donne actuellement ses soins au malade dont M. Galtier publia naguère l'observation comme un succès des injections séquardiennes. Son état est redevenu ce qu'il était avant le traitement. Il croit ces injections utiles chez les gens atteints d'amblyopie nicotinique ou alcoolique et chez les malades débilités.

Astigmatisme.

M. Javal lit un rapport sur le modèle stéréotomique de la surface de Sturm pour l'étude de l'astigmatisme présenté à la Société par M. G. Poullain.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 18 *octobre* 1893.

Présidence de M. Colrat

Abcès du cervelet chez un lapin.

M. Lannois, à propos d'une communication faite à la dernière séance, relate l'histoire d'un lapin atteint d'abcès du cervelet et dont il a pratiqué l'autopsie hier. Cet animal avait subi, il y a deux ans, une inoculation de produits solubles du strepto-bacille de la grippe dans le laboratoire de M. Roux. Tout d'abord, il n'avait présenté aucun symptôme morbide, mais au bout de six mois, il fut pris d'accidents vertigineux très accusés avec mouvements giratoires. A ce moment il existait de l'otorrhée; M. Launois, qui vit alors l'animal, émit l'opinion qa'il s'agissait là d'un vertige auriculaire produit par une otite d'origine acarienne. L'autopsie a pleinement confirmé cette hypothèse. Dans le conduit auditif, on trouva une masse caséeuse contenant une grande quantité d'acariens. Le tympan était perforé; il y avait de l'otite moyenne et enfin un point de carie sur le rocher et un abcès occupant tout le lobe droit du cervelet.

Kyste du cerveau.

M. Siraud, interne des hôpitaux, rapporte l'histoire pathologique d'un malade mort dans le service de M. Mouisset. Voici l'observation résumée : Homme de 60 ans, dans les anamnestiques duquel on relève une otite suppurée. A son entrée à l'hôpital, signes d'hémiplégie incomplète; au bout de sept jours, état comateux durant 48 heures, puis amélioration persistant un mois, enfin mort brusque ces jours derniers. A l'autopsie, adhérences de l'hémisphère droit aux méninges; le lobe temporo-occipital du même côté présente une cavité ovoïde, kystique, contenant 80 gr. de pus verdâtre de consistance huileuse. Rien dans les autres viscères.

M. Mouisset fait remarquer la singularité du tableau clinique présenté par ce malade : l'hémiplégie a été variable, incomplète; il y eut du coma, mais pas d'ictus apoplectique; la température prise régulièrement n'a jamais fourni un tracé qui pût faire penser à la formation d'un abcès. Comme le malade avait parlé d'otite, ses oreilles ont été examinées avec le plus grand soin et l'examen a toujours été négatif. M. Mouisset pense qu'il s'agit là d'un kyste hydatique unique, sans homologues dans les autres viscères. Malheureusement la sanction microscopique fait défaut. M. le Dr Drivon a fait plusieurs préparations soit avec du pus provenant de l'intérieur de la poche, soit avec des débris de la paroi kystique enlevés par raclage, et dans aucun cas, il n'a pu découvrir les crochets caractéristiques. M. Mouisset n'a pas été plus heureux.

Ablation de l'omoplate.

M. Villars, interne des hôpitaux, présente à la Société une omoplate enlevée par M. Jaboulay. L'opération a été pratiquée sur un malade âgé de 52 ans, cultivateur, n'ayant aucun antécédent tuberculeux. Cet homme subit un traumatisme il y a quatre ans (chute de cheval, forte contusion de l'épaule, pas de fracture). Deux ans après, toute la région devint très douloureuse, des abcès multiples apparurent au creux axillaire. Au mois de février dernier, M. Albertin fit la résection de l'épaule. Au commencement d'octobre 1893, le malade revint à l'Hôtel-Dieu avec de nombreux trajets fistuleux ; à deux reprises, on fit du grattage, mais l'état général s'altérait, le malade devenait cachectique. M. Jaboulay lui proposa alors l'ablation totale de l'omoplate, qui fut pratiquée il y a deux jours. Actuellement le malade va bien, la température n'a pas dépassé 38°. La pièce présente les particularités suivantes : le bord axillaire est épaissi et creusé d'anfractuosités; sur l'acromion, altérations analogues mais moins accusées.

L'ablation totale de l'omoplate, du moins à la connaissance de M. Villars, n'a été pratiquée que quatre fois à Lyon : deux fois par M. Ollier en 1887 et 1888; deux fois par M. Jaboulay en 1891 et 1893.

Diabète pancréatique expérimental.

M. Lépine rappelle que les auteurs allemands et M. Hédon soutiennent que l'ablation dn pancréas chez le chien est *toujours* suivie de diabète, tandis que les expérimentateurs italiens admettent qu'il y a des exceptions. Sur 120 extirpations complètes du pancréas que M. Lépine a faites en l'espace de quatre ans, il a vu trois fois le diabète manquer; mais les animaux en expérience n'ayant pas été suivis assez longtemps, il ne put rien conclure de ces trois cas. Récemment M. Lépine, ayant eu la pensée que l'absence du diabète pouvait tenir à un mauvais état de nutrition de l'animal, a fait jeûner un chien pendant huit jours et lui a enlevé le pancréas au bout de ce temps. L'animal a survécu 36 heures, c'est-à-dire un temps bien suffisant pour la production du diabète, s'il avait dû apparaître; or il n'y a pas eu trace de sucre dans l'urine. Cette expérience prouve que l'ablation du pancréas, s'il n'y a pas une quantité suffisante de glucose dans le foie, n'amène pas le diabète.

Ainsi est trouvée la cause du dissentiment existant entre les expérimentateurs allemands et italiens.

Dr P. Lacour.

Séance du 8 *novembre* 1893.

Favus de la paupière supérieure.

M. Dor présente une petite fille atteinte de favus de la paupière supérieure. Le cas est rare en oculistique. L'enfant n'a pas de godets au cuir chevelu et a pris la contagion de sa sœur favique du cuir chevelu. M. Dor craint qu'après opération, il n'y ait une rétraction cicatricielle qui amène de l'ectropion.

M. Augagneur. — Le favus de la peau n'est pas rare et le cas présent n'est qu'un chapitre du favus cutané. Il est avéré aujourd'hui que le favus ne peut se développer primitivement sur les parties glabres. L'inoculation se fait toujours sur un bulbe pileux. On a cité des cas de favus du gland; il peut y avoir et il y a des petits poils sur le gland. A part la plante des pieds et la paume des mains, le favus peut se développer sur toute la surface cutanée. Quant au danger d'ectropion, il n'estime pas qu'il soit à craindre, les lésions faviques étant peu profondes.

Abcès du cerveau.

M. Lathuraz présente le cerveau d'un malade mort dans le service de M. Vallas. A la suite d'une chute sur la tête, un maçon âgé de 51 ans était resté dans le coma pendant quarante-huit heures, puis n'avait présenté ni paralysie, ni anesthésie, rien autre qu'une amaurose complète du côté droit. Une tumeur pulsatile à ce niveau avait fait croire à une section de l'artère ophthalmique. Trois semaines après l'accident, il fut pris d'un violent frisson avec température à 41° et succomba rapidement dans le coma. L'autopsie a révélé une fracture esquilleuse de la voûte orbitaire et un vaste abcès de la partie inférieure du lobe frontal droit, communiquant avec l'extrémité antérieure du ventricule latéral droit. Pas de lésions des vaisseaux ophthalmiques, mais le nerf était sec-

tionné. L'échéance lointaine des accidents cérébraux méritait d'être signalée.

Fibrome du col de l'utérus.

M. Tellier présente un fibrome enlevé dans le service de M. Fochier. Cette tumeur, de la grosseur d'une tête d'adulte, s'était développée aux dépens du col ou mieux de la lèvre antérieure, sur une femme de 43 ans, multipare, 16 ans après la dernière couche. L'opération a été rapide, comme elle doit l'être, et n'a pas été retardée par la recherche de l'uretère. C'est, avec la difficulté de l'hémostase, le danger de l'hystérectomie totale. Si l'on ne trouvait pas l'uretère, on ne devrait pas hésiter à le disséquer du rein à la tumeur.

Abcès du foie latent pendant la vie.

M. P. Regaud met sous les yeux de la Société un foie énorme qui contenait deux litres de pus dans son lobe droit et qui pèse encore, après évacuation, trois kilogs. Le diagnostic n'avait pas été posé et l'on avait hésité entre une fièvre typhoïde et une tuberculose pulmonaire aiguë. A part une fièvre rémittente à exaspération vespérale, le malade n'avait présenté du côté droit d'autres symptômes que ceux d'un épanchement pleurétique citrin qui avait donné lieu à deux ponctions. L'autopsie n'a révélé aucune lésion intestinale, ni traces anciennes ou récentes de dysenterie. Le liquide non purulent contenu dans la plèvre a fourni des cultures de staphylocoques.

M. Couette lit un mémoire sur l'action et les indications de la température en hydrothérapie.

P. Just Navarre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 20 *octobre* 1893.

Des accidents muqueux consécutifs à l'éruption de la dent de sagesse.

M. Dunogier. – (V. p. 549).

M. Davezac rapporte le fait d'une jeune fille atteinte à chaque époque menstruelle d'une adénite sous-maxillaire assez grave pour empêcher l'écartement des mâchoires. Ces accidents à répétition tenaient à l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse. Ils disparurent sous l'influence de quelques cautérisations faites à petits intervalles et dans lesquelles M. Davezac s'appliquait à détruire les capuchons muqueux qui empêchaient la dent de sortir.

M. Demons constate avec tous ses collègues que les accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse sont très nombreux et souvent très sérieux; parmi ces accidents, il en est même qui peuvent revêtir une gravité exceptionnelle et, à ce sujet, il croit devoir faire connaître à la Société la curieuse observation que voici :

Un jeune homme de vingt-six ans se présente à M. Demons avec une constriction très serrée des mâchoires et une tuméfaction très accusée de la région maxillaire gauche. Sous le chloroforme, on écarta les mâchoires pour atteindre la dent de sagesse; celle-ci, incluse profondément à l'origine de la branche montante, ne put être extraite qu'à l'aide d'une ouverture faite à la gouge. Les accidents, loin de s'atténuer, s'aggravèrent; il survint sous le muscle temporal un abcès profond qui, malgré un traitement approprié, ne guérit qu'au bout de plusieurs mois.

Mais la constriction des mâchoires durait toujours; la mastication était impossible; il y avait encore de la tuméfaction, particulièrement dans les saisons humides, si bien que le malade en fut réduit à passer plusieurs hivers à Cannes, ce qui compliquait vraiment beaucoup son traitement.

Cependant, il ne paraissait pas se former de nouveaux abcès et il devenait très difficile de reconnaître la cause de ce resserrement permanent.

M. Demons pensa qu'il s'agissait d'une lésion inflammatoire de l'apophyse coracoïde et d'un abcès intra-osseux. M. Lannelongue (de Paris), consulté par le malade, fit le même diagnostic.

En prenant toutes les précautions utiles pour ménager le nerf facial, M. Demons alla à la recherche de l'abcès. Il dut se contenter d'une étroite ouverture faite au niveau de l'angle du maxillaire pour décoller le périoste de bas en haut. Il découvrit et supprima un foyer purulent dans l'épaisseur même de l'apophyse. La guérison fut bientôt complète.

M. Vergely a observé des phénomènes graves, à forme typhoïde, chez une jeune Anglaise de douze ans, dont une deuxième molaire se développait vicieusement. Il y avait au niveau du maxillaire une énorme tuméfaction et, dans la région, une adénite très accusée. Quelques incisions sur la gencive suffirent à faire sortir la dent, mais il se forma un abcès volumineux que M. Demons, appelé en consultation, ouvrit largement. Malgré tout, deux ans après, outre de fâcheuses cicatrices, il y avait encore un peu de suppuration au niveau des trajets fistuleux.

M. Dunogier. — Les deux faits de MM. Demons et Vergely sont très intéressants; les accidents signalés par M. Vergely sont particulièrement rares en dehors de l'éruption de la dent de sagesse. Mais à propos de l'éruption de cette dernière dent, on a signalé dans beaucoup de travaux des phénomènes septiques simulant la fièvre typhoïde.

M. Demons. — Les accidents primitivement développés au niveau des dents peuvent prendre une extension bien plus grave encore. La carie dentaire peut entraîner de la périostite phlegmoneuse diffuse, de la phlébite des sinus et la mort. Dans un mémoire communiqué à la Société de chirurgie, M. Demons a rapporté trois faits de ce genre: un fait personnel et deux autres appartenant à Vigla et à Guyon.

Le malade de M. Demons, dont M. Chabrely doit avoir gardé le souvenir, présentait tous les symptômes de la phlébite de la veine faciale.

M. Vergely a vu un malade ayant subi la résection de la mâchoire pour remédier à des accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX

Présidence de M. Arnozan.

Séance du 18 *septembre* 1893.

Glaucome hémorrhagique.

M. Viguier présente à la Société un globe oculaire atteint de glaucome hémorrhagique, affection qui a nécessité l'énucléation.

Il s'agit d'un vieillard de soixante-dix-huit ans, venant de la Charente-Inférieure, qui se présente à la consultation, se plaignant de douleurs névralgiques insupportables dans l'œil gauche. On constate une injection très marquée de la conjonctive, une cornée dépolie et trouble, de l'hypohéma et un trouble des milieux qui rendent impossible l'examen ophthalmoscopique. Acuité visuelle $= 0$, et tension intra-oculaire $= T. + 2$. L'œil droit a été énucléé, il y a quatre ans, pour la même affection.

Devant un état si grave, tout espoir de recouvrer la vision étant perdu à cause de l'ancienneté du glaucome et sur l'insistance du malade à être débarrassé de ses douleurs, l'énucléation est pratiquée par M. le Dr Fromaget, chef de clinique; la guérison est rapide et sans complications.

L'intérêt de cette observation repose sur l'examen anatomique du globe oculaire. Celui-ci a été sectionné en deux calottes, antérieure et postérieure, et à la section il s'est écoulé un corps vitré très fluide.

A l'inspection du segment postérieur, on est frappé par l'excavation de la papille très marquée à l'œil nu et qui, à l'aide d'une forte loupe, nous apparaît en ampoule. Sur son bord nasal, montent vers la rétine les vaisseaux centraux, tandis que le côté temporal est surtout déprimé. Tout autour, on aperçoit des hémorrhagies rétiniennes disséminées irrégulièrement, de volume et de forme variables; l'attention se porte sur un groupe qui occupe la région de la macula.

A l'aide d'une très forte loupe, on aperçoit les veines gonflées de sang, mais ne présentant ni dilatations ni anévrysmes miliaires; ce fait est en opposition avec l'opinion d'Interlano qui regarde comme lésion essentielle du glaucome hémorrha-

gique les anévrysmes miliaires avec artério-sclérose des ramifications de l'artère centrale de la rétine et l'état variqueux des veines.

Cette observation peut être rapprochée des quatre cas relatés dans un travail de MM. Valude et Dubief, paru dans les *Annales d'Oculistique* (août 1892). Ces auteurs regardent le glaucome hémorrhagique comme une variété à part qui n'est pas susceptible d'être améliorée par l'iridectomie et comme une complication oculaire de l'artério-sclérose.

M. Arnozan. — Quel est le traitement qui a été institué?

M. Viguier. — On a fait des injections de pilocarpine.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 30 *octobre* 1893.

Epilepsie consécutive aux affections du cœur.

M. Rosin rapporte l'histoire d'une malade succombée à l'âge de 52 ans, après une maladie qui a duré 13 ans.

La malade, jusqu'alors bien portante, n'avait aucun antécédent héréditaire ni personnel, n'était ni syphilitique ni alcoolique. L'affection débuta sous forme d'arhythmie cardiaque paroxystique considérée tout d'abord comme une névrose du cœur en rapport avec la ménopause. Les accès survenaient brusquement, duraient 2 à 3 heures et disparaissaient de même. Objectivement, on trouvait de la pâleur de la face et, quand la malade urinait, une urine claire. Subjectivement, la malade se plaignait d'un sentiment de malaise. Les battements du cœur étaient normaux en ce sens qu'ils n'étaient pas soufflants, et l'urine ne contenait pas d'albumine.

Malgré l'emploi de tous les traitements usités en pareil cas, la tachycardie ne s'améliora pas. On fut ainsi amené à penser à une myocardite d'autant plus que la tachycardie et l'arhythmie s'établirent d'une façon définitive et que, vers la même époque, les artères devinrent tortueuses, le cœur se dilata et le second bruit aortique fut accentué.

L'état restait le même, lorsque, 3 ans après le début de l'affection, la malade présenta pour la première fois une attaque d'épilepsie vraie avec suffusions sanguines sous la peau de la face, du cou et du thorax.

Les attaques se produisirent à des intervalles très éloignés, de sorte qu'en 10 ans la malade n'eut que 7 attaques vraies, la seconde seulement 5 ans après la première. A côté de ces grandes attaques, la malade avait 4 à 6 fois par an des attaques larvées avec aura dans la région du cœur, syncopes, pâleur, hallucinations, etc. Elle mourut pendant la dernière attaque d'épilepsie.

Revenant sur les suffusions sanguines, M. Rosin admet qu'elles sont produites par un trouble circulatoire de la veine cave inférieure, tenant à la contraction spasmodique du diaphragme pendant l'attaque. D'un autre côté, M. Rosin admet une relation étroite entre l'affection cardiaque et l'épilepsie, relation sur laquelle les auteurs français, et Lemoine en particulier, ont attiré l'attention depuis quelque temps.

M. Mendel soutient que l'épilepsie tardive n'est pas aussi rare qu'on l'admet généralement. Dans une communication faite à la dernière réunion des naturalistes allemands, il cite sa statistique d'après laquelle, sur 304 épileptiques, l'épilepsie a débuté chez 53 après 40 ans, et, sur ces 53, trois présentaient une affection du cœur. Mais comme l'épilepsie et les affections cardiaques sont très fréquentes, il n'est pas étonnant de trouver les deux à la fois chez le même individu, et comme cette coïncidence n'est pas encore très fréquente, il est difficile d'affirmer dans ces cas un rapport étiologique entre les deux.

Quant aux rapports entre la chorée et les affections du cœur, il faut admettre que le virus qui produit l'affection du cœur provoque en même temps la chorée.

Comme traitement, M. Mendel donne à ces malades, cardiaques et épileptiques ou cardiaques et choréiques, du bromure et de la digitale.

M. Leyden croit au rapport intime entre l'épilepsie et les affections du cœur. Stoker du reste a signalé la fréquence de l'épilepsie dans la bradycardie. Seulement il est difficile de dire si dans ces cas il s'agit d'épilepsie vraie ou fausse. On peut supposer que la diastole prolongée provoque dans ces cas de bradycardie une anémie cérébrale suivie de syncope qui se termine par une attaque épileptiforme.

Quoi qu'il en soit, M. Leyden a souvent trouvé la coexistence d'épilepsie avec une affection cardiaque. Dans un cas de ce genre où l'autopsie a pu être faite, on ne trouva rien d'anormal dans le cerveau.

M. Baginsky n'admet pas, pour ce qui est plus particulièrement des enfants, un rapport étiologique entre l'épilepsie et les affections cardiaques. Du moins jusqu'à présent il n'a pas eu l'occasion de constater la coexistence de ces deux affections chez l'enfant. Par contre, la coexistence de la chorée avec une affection cardiaque est fréquente; d'où il résulte qu'aucune analogie n'est à établir entre la chorée et l'épilepsie.

M. Leyden fait encore observer qu'il a remarqué des attaques épileptiques dans le rétrécissement de l'orifice aortique.

M. Jastrowitz, qui il y a déjà quelque temps a présenté à la Société plusieurs épileptiques offrant en même temps une affection cardiaque, trouve que chez les épileptiques, même les jeunes, le cœur est souvent hypertrophié. Seulement il est difficile de dire laquelle des deux affections est la primitive.

M. Jolly ne trouve pas que la coexistence de l'épilepsie avec une affection cardiaque soit très fréquente, du moins il n'en a observé qu'un fort petit nombre de cas. Dans quelques cas pourtant il lui a semblé que les accès épileptiformes étaient provoqués par des embolies. D'autre part, il admet encore que les lésions cicatricielles trouvées par lui un certain nombre de fois dans le cerveau des épileptiques étaient peut-être consécutives à d'anciennes affections contagieuses.

En résumé, il pense qu'il existe quelquefois une relation entre l'épilepsie et les maladies de cœur, mais ces cas sont rares.

M. Gerhardt en se basant sur la coexistence de l'épilepsie avec une maladie du cœur, admet qu'il existe un rapport étiologique entre les deux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 1er *novembre* 1893.

Destruction des balayures par le feu.

M. Weyl présente une statistique montrant les progrès accomplis en Angleterre par la destruction des balayures par le feu.

En 1876, 3,700,000 habitants faisaient brûler les balayures; en 1893 le nombre d'habitants ayant adopté ce système est monté à 7 millions, répartis dans 55 villes.

En 1876 le nombre de fours était de 14, aujourd'hui il est de 570.

A Berlin il existe aujourd'hui 6 fours qui brûlent 200 tonnes environ de balayures par semaine.

Tuberculose des capsules surrénales.

M. Ewald présente des pièces anatomiques provenant d'une femme de 38 ans, entrée à l'hôpital avec les signes d'une péritonite par perforation de l'appendice. L'état de la malade paraissait en voie d'amélioration, lorsqu'elle mourut brusquement dans la nuit.

A l'autopsie on ne trouva pas de péritonite. L'appendice n'était pas perforé, mais simplement tuméfié. En même temps il existait une dégénérescence caséeuse complète des capsules surrénales.

Ce fait est fort curieux, car la malade n'avait pas le teint bronzé comme on en observe dans la maladie d'Addison.

M. Lewin demande si le plexus cœliaque a été examiné.

M. Ewald. — L'examen du plexus cœliaque n'est pas encore terminé.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 7 novembre 1893.

Plaie du cœur par arme à feu.

M. Berry. — Un homme de 23 ans se tira un coup de revolver dans la région du cœur; la balle pénétra à travers le quatrième cartilage costal, entra dans la plèvre gauche, traversa la cavité du ventricule droit et le septum interventriculaire, sortant au niveau de l'orifice auriculo ventriculaire, au voisinage de la veine cave inférieure; la balle pénétra alors dans la plèvre droite, rencontra la onzième côte au voisinage de son angle et retomba dans la cavité pleurale. L'homme eut une survie d'une heure; vingt minutes avant sa mort, il eut une agitation considérable, se traduisant par des cris et des mouvements convulsifs des membres inférieurs. A l'autopsie, on trouva près d un litre de sang dans le péricarde, un litre et demi dans la plévre droite et un demi-litre dans la plèvre gauche. Le côté médico-légal de cette observation se trouve dans le trajet de la balle dirigé de gauche à droite à travers la poitrine, bien que le blessé ne fût pas gaucher.

Plaie de la carotide.

M. Berry. — Un homme de 54 ans entra à l'hôpital pour un coup de couteau qu'il avait reçu dans la région du cou. Le couteau avait pénétré dans le triangle sus-claviculaire du côté gauche, immédiatement au-dessus de la clavicule, et il avait coupé le tronc veineux innominé gauche; il avait aussi presque complètement tranché la carotide gauche à 7 ou 8 mm. au-dessus de l'aorte; un lambeau de la tunique artérielle était renversé en dedans et formait valvule sur le vaisseau sectionné. Il y eut une hémorrhagie veineuse fort abondante; l'hémorrhagie artérielle fut presque nulle, à cause de la valvule formée par le lambeau refoulé; mais le sang artériel, ne pouvant s'écouler au dehors, s'épancha dans le médiastin et entraîna la mort par compression du cœur. Le blessé eut une survie de quatre heures.

Coccidium oviforme.

M. Clarke. — Actuellement, on ne connaît que deux modes de reproduction du coccidium oviforme: la première a été décrite par Leuckart et elle n'existe qu'en dehors du corps de l'hôte; la deuxième a été décrite par Pfeiffer, et elle consiste en la formation de groupes de spores en croissant.

Ce dernier mode de reproduction paraît n'exister que dans l'affection coccidienne aiguë telle qu'on la connaît chez le lapin. Dans les lésions du foie d'un lapin adulte, j'ai trouvé une modification de parasites, consistant en une absence de la capsule épaisse et la présence de petits bâtonnets parallèles de chromatine. Les parasites, à cette phase, présentent des signes évidents de division; ils finissent par donner des agglomérations de petites cellules qui ont quelquefois les dimensions des hématies. Ces groupes de cellules diffèrent beaucoup des agrégats de coccidies. On peut regarder cette phase comme représentant un processus abortif (les corps en croissant manquant toujours dans ce cas) ou comme un processus de reproduction aboutissant à la formation de groupes de spores. D'après cette dernière hypothèse, le résultat de cette division serait homologue aux groupes de spores que j'ai observés dans les psorospermies de l'uretère et dans les parasites du cancer.

Invagination intestinale.

M. Turner. — Je viens de voir deux cas d'invagination, l'un iléo-cæcal, l'autre iléo-colique, tous deux chez des petits garçons entrés à l'hôpital le 3e jour de la maladie et morts peu de temps après. Dans le premier cas, l'invagination se prolongeait presque jusqu'à l'S iliaque, et formait pendant la vie une grosse tumeur dans la partie droite de l'abdomen. Dans le deuxième cas, il y avait un faible degré de prolapsus de la muqueuse de l'iléon à travers la valvule iléo-cæcale; on trouva en outre à l'autopsie une invagination iléo-cæcale peu étendue.

Angiome de la région scapulaire gauche.

M. Wallis. — Un homme de 44 ans était porteur d'un angiome de la région scapulaire gauche; il l'avait remarqué depuis 4 mois, pendant lesquels cet angiome s'accrut très rapidement et présenta tous les signes d'un sarcome à marche rapide. J'enlevai la tumeur et le microscope m'en révéla la véritable nature. Il n'y avait chez ce malade aucune histoire de traumatisme.

Syphilis du tibia.

M. Clutton. — J'ai vu un malade dont les os des deux jambes étaient considérablement hypertrophiés et couverts de stalactites osseuses de nouvelle formation qui avaient envahi la membrane interosseuse, réunissant ainsi les deux os de chaque jambe. Bien qu'augmentés de volume, ces os étaient remarquablement légers, par suite d'une atrophie secondaire. Dans bien des points le tibia était réduit à une mince couche de tissu compact. Les deux os étaient incurvés et le pied ne pouvait reposer à plat sur le sol. Le sujet se rappelait avoir toujours eu les jambes en mauvais état. Il présentait des signes d'ancienne kératite interstitielle. Cette ostéite semblait être héréditaire.

M. Bowlby. — Chez un syphilitique que j'ai récemment observé, il existait de l'arthrite syphilitique des genoux et les tibias étaient très hypertrophiés, mais le tissu osseux néoformé n'était pas dur.

M. Clutton. — Mon malade ne présentait aucun antécédent syphilitique.

Lymphadénomes du cœur.

M. Beadles. — J'ai fait l'autopsie d'un homme de 40 ans présentant des lymphadénomes du cœur. Pendant 2 ans, il avait présenté des hypertrophies ganglionnaires au niveau du cou et pendant 6 mois il avait eu de la dyspnée. A l'autopsie j'ai trouvé une grosse tumeur du médiastin comprimant la trachée et ayant envahi les deux poumons. Cette tumeur du médiastin n'avait pas envahi le péricarde et les lymphadénomes du cœur étaient secondaires.

Cristaux de bilirubine dans un kyste hydatique.

M. Dickinson. — J'ai trouvé des cristaux de bilirubine dans un kyste hydatique du foie. On a déjà signalé d'autres cas semblables. Ces cristaux sont semblables à ceux décrits par Virchow comme étant de l'hématoïdine. Actuellement, on admet en général qu'il y a identité entre l'hématoïdine et la bilirubine. On peut se demander si, dans les kystes hydatiques, cette substance provient d'un ancien extravasat de bile ou de sang. Elle a probablement une origine biliaire, pour les raisons suivantes : 1° cette substance n'existe guère que dans les kystes hydatiques du foie; 2° les kystes où on la trouve sont généralement morts, or, la pénétration de la bile dans un kyste en amène la mort; 3° les kystes hydatiques ont de la tendance à ouvrir les conduits biliaires et non les vaisseaux sanguins.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 10 *novembre* 1893.

Anévrysmes du cou et des membres inférieurs.

M. Billroth, sur 23,000 affections chirurgicales qu'il a eu l'occasion de voir de 1860 à 1892, aux cliniques de Zurich et Vienne, a observé 26 anévrysmes du cou et des membres, dont 15 d'origine traumatique et 11 spontanés. Ceci montre déjà que les anévrysmes chirurgicaux proprement dits sont rares.

Pour ce qui est des anévrysmes spontanés, on admet généralement une affection primitive de la paroi artérielle. M. Billroth, qui a examiné histologiquement 8 artères poplitées, 2 carotides et 1 sous-clavière atteintes d'anévrysmes, n'a pas pu confirmer ce point. Il lui semble plutôt qu'il s'agit dans ces cas d'une faiblesse ou d'une finesse congénitale des tuniques artérielles, ce qui fait que le vaisseau résiste peu même aux traumatismes insignifiants, mais qui par leur répétition distendent la paroi et finissent par provoquer la formation d'un sac. Pour ce qui est de l'artère poplitée, l'extension forcée du genou joue un rôle comme cause traumatique, et l'anévrysme de cette artère a été observé par Billroth principalement chez des frotteurs, des garçons de café, des cochers.

Les symptômes provoqués par l'anévrysme spontané consistent au début en douleurs, engourdissement, battements. Les malades s'aperçoivent ordinairement eux-mêmes de la présence d'une tumeur pulsatile. La rapidité avec laquelle la tumeur s'accroît est très variable. Dans certains cas la tumeur est volumineuse un à deux mois après la constatation des premiers symptômes. D'autres malades ne viennent que deux à quatre ans après le début.

Comme traitement, M. Billroth rejette les injections sous-cutanées d'ergotine, d'alcool, d'acide phénique, l'électrolyse et l'application externe du froid. La compression réussit rarement, et dans les cas où la guérison survient, il se forme à côté des caillots ou entre eux un canal par lequel circule le sang. Dans les cas où la compression échoue, il est indiqué de faire, quand c'est possible, la ligature.

En résumant toutes ses observations, M. Billroth formule les propositions suivantes :

1° L'anévrysme de la poplitée se comporte dans la majorité de cas comme un hématome artériel;

2° Quand cet anévrysme n'est pas trop volumineux, il est passible de la méthode d'Antyllus.

3° L'opération n'est pas contre-indiquée par l'athérome de la paroi artérielle au voisinage de l'anévrysme;

4° La paroi du sac anévrysmal est ramollie, friable. Aussi l'artère doit-elle être liée à une certaine distance du sac;

5° L'accolement des parois du sac n'a pas lieu; elles sont éliminées par nécrose. Par conséquent, la plaie ne sera pas suturée, mais bourrée de gaze iodoformée.

Douleurs dans les vaisseaux.

M. Nothnagel a observé toute une série de cas où les douleurs étaient exactement localisées aux parois des artères. En premier lieu, il s'agit, dans ces cas, des anévrysmes, des anévrysmes de l'aorte en particulier. Il ne faut pas confondre ces douleurs avec celles qui résultent de la compression des nerfs voisins. Ainsi, dans l'anévrysme de l'aorte, les malades accusent souvent une douleur à droite du sternum, et, comme M. Nothnagel a pu s'en convaincre, cette douleur est un des signes précoces de l'anévrysme de l'aorte.

Avec Thoma, M. Nothnagel admet qu'une affection de la paroi artérielle, l'artério-sclérose le plus souvent, débute par des douleurs localisées aux vaisseaux envahis. Souvent, les malades se plaignent de douleurs thoraciques ou abdominales qu'on a une tendance à considérer comme une manifestation de la diathèse rhumatismale ou d'une névralgie. Or, très souvent, il s'agit dans ces cas de douleurs localisées à l'aorte thoracique ou abdominale.

Très intéressants sont également les cas d'apoplexie cérébrale foudroyante dans lesquels il existait des maux de tête pendant plusieurs jours avant l'attaque. Dans ces cas, on trouve une trombose dans des artères cérébrales. Or la céphalalgie est très probablement due, dans ces cas, à l'artério-sclérose des vaisseaux. On sait d'un autre côté que les embolies artérielles s'accompagnent souvent de douleurs locales et que Dubois-Raymond a signalé une forme de migraine due à l'angiospasme des vaisseaux du cerveau.

L'existence des nerfs sensibles dans les parois des vaisseaux n'a pas encore été démontrée jusqu'à présent. Thoma a pourtant signalé dans l'adventice des gros vaisseaux des corpuscules de Pacini qui très probablement fonctionnent comme éléments sensibles.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séances du 20 et du 27 octobre 1893.

Otite moyenne.

M. Zaufal présente les préparations venant d'un enfant amené à la clinique avec des phénomènes cérébraux survenus dans le cours d'une otite moyenne suppurée et faisant penser à l'existence d'un abcès cérébral dans le lobe temporal droit. A l'opération, l'abcès fut trouvé non pas dans le lobe temporal, mais dans le cervelet.

L'opération a consisté à enlever la moitié antérieure de l'apophyse mastoïde, la paroi postérieure du conduit auditif osseux, la portion épitympanique et la paroi postérieure du conduit auditif membraneux. De cette façon, les trois cavités communiquaient largement entre elles, et les granulations de la caisse du tympan, de même que le marteau, ont pu être enlevés à la cuiller tranchante. On réséqua ensuite le bord et la paroi supérieurs du conduit auditif osseux, on enleva avec la pince de Luer la voûte (tegmen) du tympan, la paroi antérieure des cavités mastoïdiennes et la partie inférieure de l'écaille du temporal sur une étendue de 2 cent. 1/2 de hauteur sur 2 cent. 1/2 de largeur. La dure-mère ainsi à nu fut crucialement incisée et le cerveau ponctionné avec le bistouri dans trois endroits différents sans trouver de pus.

A l'autopsie, on trouva un abcès dans le cervelet, qui présentait en même temps des signes d'encéphalite.

Ankylostome dans le jéjunum.

M. Chiari. — Il s'agit d'un homme de 24 ans, nègre, né à Cameroun, venu en 1892 comme domestique à Prague. En avril il entra dans le service du professeur Pribram pour une diarrhée sanguinolente avec tuméfaction du foie et de la rate et des signes d'induration du côté des deux sommets. Il n'y avait pas de fièvre ; les selles examinées microscopiquement renfermaient des œufs d'ascarides.

Le malade resta à l'hôpital deux mois. Son état fut considérablement amélioré et en quittant l'hôpital il n'avait plus de diarrhée.

En mars 1893 il entra de nouveau à l'hôpital pour une récidive de sa diarrhée. En même temps il avait une fièvre élevée, des palpitations avec souffle systolique, frottement et dilatation du cœur. La région iléo-cæcale était douloureuse à la pression, la rate et le foie augmentés de volume.

Pendant son séjour à l'hôpital, tous ces phénomènes s'aggravèrent. L'examen des crachats au point de vue du bacille tuberculeux, fut négatif ; pourtant le malade avait eu à deux reprises des hémoptysies. Deux autres fois, le 7 et le 23 mars, le malade eut des syncopes, et l'examen des selles fait le 24 et le 27 mars montra la présence de l'ankylostome duodénal. Il s'agissait, en somme, d'un cas de tuberculose pulmonaire et péricardique avec ankylostomie duodénale.

Le malade mourut le 5 avril, et l'autopsie confirma le diagnostic clinique. La tuberculose était pour ainsi dire généralisée : larynx, poumons, péricarde, foie, rate, reins, étaient pris. Dans le jéjunum, on trouva, baignant dans du sang, douze ankylostomes qu'on put ranimer en les mettant dans une solution tiède de NaCl à 0.5 0/0.

Pour M. Chiari, la présence des parasites et l'anémie qu'on doit leur attribuer n'étaient pas la cause de mort, due presque exclusivement à la tuberculose.

L'examen des parties auxquelles étaient attachés les ankylostomes montra au centre de chaque nodule un orifice, un trou dans la muqueuse allant jusqu'à la sous-muqueuse. Les parois du canal ainsi creusé étaient irrégulières et déchirées ; les parties voisines infiltrées de leucocytes.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Laboulbène commencera ce cours le samedi 18 novembre 1893, à 5 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur résumera l'histoire de la période hippocratique.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la transformation caverneuse de la muqueuse utérine dans certaines formes de métrites, Communication à la Société de chirurgie, par E. Quénu.

La lecture d'une observation présentée tout dernièrement, en septembre 1893, par Boldt, de New-York, au congrès américain de Washington et intitulée « angiome caverneux de l'utérus enlevé par hystérectomie vaginale » m'engage à ne pas différer la communication dont j'ai donné plus haut le titre et qui est relative à une malade que je suis depuis 1891. Voici l'observation telle qu'elle m'a été résumée par la malade elle-même.

Cette dame était âgée de 34 ans, lorsque je lui ai donné mes premiers soins; réglée à 15 ans et demi, elle a eu son premier enfant à l'âge de 27 ans, son second enfant avant terme, deux ans et demi après. Jusque-là, la santé avait été parfaite, la menstruation normale et régulière. En 1889, des pertes blanches survinrent, puis à la fin de l'année, en novembre et décembre, quelques pertes rosées entre les époques. Aucun autre phénomène douloureux qu'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et dans les reins.

De mars à juin 1890, des pertes sanguines incessantes, avec un seul répit de quelques jours, occupèrent l'intervalle des règles. Un chirurgien de province, ancien interne des hôpitaux, alors consulté, diagnostiqua une métrite et pratiqua le brossage et la cautérisation avec une solution de chlorure de zinc.

Les pertes s'arrêtèrent 2 mois, mais en septembre elles reparurent très abondantes et presque continuelles.

Trouvant la matrice épaissie et augmentée de volume, le médecin fit, d'octobre 1890 à avril 1891, 30 séances d'électrolyse.

L'amélioration fut minime, et le 25 mai, c'est-à-dire un mois après, un curettage avec attouchement à la créosote était exécuté. Le mois de juin se passa sans pertes.

En juillet et août, il y eut suppression des règles. En septembre les pertes reparurent, et c'est alors qu'au commencement d'octobre 1891, la malade vint à Paris me consulter. Je constatai que l'utérus était seul en cause, les annexes étaient sains, non douloureux à la pression. L'utérus était augmenté de volume avec une direction à peu près normale. Aucun corps fibreux. Je pratiquai le curettage suivi d'une cautérisation avec une solution de chlorure de zinc au 10me. La malade eut l'espoir d'être guérie. Les mois de novembre, décembre 1891 et janvier 1892 se passèrent en effet sans métrorrhagie, la pesanteur avait diminué, la marche était devenue facile.

Mais en mars, les époques se rapprochèrent, revinrent toutes les trois semaines. A partir de juin, hémorrhagies légères mais continuelles jusqu'au mois d'août. Au mois d'août, les métrorrhagies augmentèrent d'importance, et la malade revint notablement anémiée et très découragée me consulter au commencement d'octobre 1892, c'est-à-dire il y a un peu plus d'un an.

Je soumis le col à une dilatation très complète, afin d'explorer minutieusement la cavité utérine et de m'assurer qu'aucun corps fibreux n'y faisait saillie. Cette exploration demeura absolument négative. Nous restions donc en présence de ce même diagnostic métrite hémorrhagique, car ni l'état des annexes, ni l'état général ne pouvaient nous rendre compte de la persistance des pertes. Mme X... est une femme pondérée, nullement hystérique. Le foie, le cœur, les reins n'offraient rien d'anormal, pas de sucre dans les urines, aucune disposition hémophilique.

Dans les premiers jours de novembre je pratiquai l'opération suivante : je fis sur le col une incision circulaire, décollai la vessie en avant, défonçai le cul-de-sac postérieur; j'excisai le col comme pour une hystérectomie vaginale, puis j'incisai l'utérus sur la ligne médiane.

Je pratiquai au fur et à mesure de l'abaissement l'excision de la muqueuse utérine dont il ne resta que deux petits entonnoirs répondant chacun à l'orifice de la trompe. Le fond de l'utérus et la muqueuse qui le revêt furent ainsi entièrement respectés; perte de sang minime; 5 ou 6 pinces de Kocher appliquées sur les surfaces saignantes, et quelques tampons suffirent à assurer l'hémostase. La malade quitta la maison de santé à la fin de novembre, elle eut au milieu de décembre, pendant 3 jours, de très petites pertes provenant vraisemblablement du fond et des angles de l'utérus. J'ai reçu tout dernièrement de ses nouvelles : les règles n'ont fait que manquer en mars, avril, mai et juin; depuis aucune espèce de perte, la sensation de pesanteur a disparu, la marche est devenue facile, la guérison semble enfin définitivement acquise. Les fragments de muqueuse excisés ont été examinés au laboratoire de M. Cornil au point de vue bactériologique par mon ancien interne M. Carrel : aucune des diverses méthodes employées ne permit de découvrir dans la trame de la muqueuse ni dans les tissus sous-jacents la moindre trace de micro-organisme; la muqueuse n'offrait, du reste, à sa surface, aucune fongosité, aucune granulation, ni même aucune sécrétion pathologique. Nous n'avions certainement pas affaire à une métrite réinoculée dans l'intervalle des opérations successives; les soins les plus minutieux avaient été continués après les curettages et je n'avais, pour ma part, jamais constaté de suppuration de l'utérus; l'examen histologique de la pièce nous permit de nous rendre compte de l'opiniâtre persistance des hémorrhagies. Tout d'abord, le tissu utérin n'est le siège d'aucune dégénérescence néoplasique : les glandes sont plutôt atrophiées, le chorion, sur la plupart des coupes, est transformé en un tissu caverneux très rapproché de la surface et rappelant celui qu'on observe dans certaines structures hémorrhoïdaires, ou encore dans la muqueuse uréthrale de certaines femmes.

La transformation caverneuse de la muqueuse utérine intervenant à la suite de l'inflammation chronique, ou en dehors d'elle, est une altération qui ne me paraît pas avoir beaucoup attiré l'attention des gynécologistes

J'ai eu soin de parcourir les traités classiques récents de Schrœder, Schulze, Martin, etc., le livre pourtant si complet de Pozzi, le mémoire de Cornil sur l'anatomie pathologique des métrites, les *Annales de gynécologie* depuis 1887, etc. Je n'ai rien trouvé qui s'y rapportât. En 1891, Wild a publié dans le *Medical Chronicle* de Manchester deux observations de polypes utérins ayant subi la transformation angiomateuse, et noté que Barnes avait signalé des faits analogues.

Dans les deux cas de Wild, il s'agit de femmes jeunes, sans enfants, souffrant de métrorrhagie depuis plusieurs années : les règles, très abondantes, duraient de 7 à 10 jours et augmentaient l'intensité des douleurs dorsales d'ailleurs constantes.

En juin 1892, Cornil a présenté à la Société anatomique deux petites tumeurs utérines qui étaient de véritables angiomes superficiels. Enfin, tout dernièrement, a paru le trop court résumé du cas de Boldt, de New-York : les journaux nous disent seulement que Boldt enleva par hystérectomie vaginale un angiome caverneux de l'utérus à cause des hémorrhagies persistantes qui avaient résisté à toute une série de curettages utérins.

L'auteur note que c'est là un spécimen unique, à distinguer des angiomes caverneux. C'est là, en effet, une

première distinction qu'il importe de faire. Je n'envisage que les transformations caverneuses de la muqueuse survenant en dehors de toute espèce de néoplasme.

La structure angiomateuse n'est pas très rare, spécialement dans les tumeurs conjonctives, fibromes, myxomes et sarcomes; elle est plus exceptionnelle dans les épithéliomes. Néanmoins j'ai eu l'occasion d'assister M. Terrier dans une hystérectomie pour cancer de l'utérus pour ainsi dire transformé en tissu vasculaire. Mais, encore une fois, ce n'est pas de cette catégorie de faits que je veux m'occuper. Ceux de Wild et de Cornil rentrent plus dans mon sujet, car il paraît bien être question non de polypes néoplasiques, mais de polypes muqueux, liés à une endométrite et par suite d'origine inflammatoire.

Je rapproche enfin de mon observation la courte description anatomique que donne Delbet au chapitre Endométrite hémorrhagique du Traité de Chirurgie. Delbet signale que des vaisseaux de nouvelle formation et de forme très irrégulière prédominent au voisinage de la surface libre de la muqueuse; sa description est renforcée d'une figure d'après une préparation de Cazin.

Il est difficile d'être affirmatif sur la question de formations vasculaires nouvelles; la dilatation des vaisseaux normalement existants suffit bien à expliquer ce qu'on voit dans les préparations, mais ceci n'a qu'un intérêt théorique. La question pratiquement intéressante est celle-ci : à la suite de la métrite et peut-être même, dans certains cas sans l'intervention de celle-ci, la muqueuse utérine est susceptible d'acquérir une structure caverneuse. Cette transformation n'est pas un fait isolé en pathologie générale; nous avons déjà cité les angiectasies caverneuses de la muqueuse anorectale, celles des faux papillomes vasculaires de l'urèthre de la femme ou de la muqueuse uréthrale sans productions papillomateuses, nous pouvons en rapprocher les angiomes caverneux du foie, faux angiomes dont Hanot et Gilbert ont montré les relations étiologiques avec la congestion du parenchyme hépatique et les maladies du cœur.

A envisager tous ces faits en commun, on pourrait peut-être supposer que la transformation caverneuse est liée à la réunion de deux conditions essentielles : une modification de la paroi des vaisseaux, ordinairement de nature inflammatoire et toute une série d'augmentations brusques et répétées de la tension vasculaire dont, pour la localisation utérine, il faudrait peut-être chercher le réflexe dans les organes ovario-salpingiens.

Il y aurait là primitivement une sorte d'exagération de la vaso-dilatation réflexe qui constitue la menstruation, portant sur une muqueuse malade à capillaires et veines altérés et entraînant la dilatation définitive des vaisseaux.

Quoi que vaille cette pathogénie, le fait d'une dégénérescence caverneuse de la muqueuse utérine ne saurait être indifférent. Les parois des vaisseaux sont minces, purement fibreuses, sans élasticité, incapables par suite de réagir contre une augmentation brusque de la pression sanguine; elles sont vouées à d'incessantes ruptures.

De pareilles altérations ne doivent pas être aussi rares que pourrait le faire supposer la lecture des traités. Chaque chirurgien a observé des cas où, malgré un curettage bien fait pour une forme de métrite qui est le triomphe de la méthode, à savoir l'endométrite hémorrhagique, la guérison n'est que temporaire, les ménorrhagies reparaissent, puis les métrorrhagies.

On suppose alors, si l'on s'est assuré qu'il n'est pas question d'une dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse utérine, que la malade n'a pas suivi avec assez de précautions le traitement post-opératoire, qu'elle s'est laissé réinoculer et le curettage recommence. On est surpris, comme je l'ai été plusieurs fois, de ne ramener avec la curette aucune fongosité, aucune granulation ; on obtient un certain sursis, puis les hémorrhagies se renouvellent.

C'est dans de telles circonstances qu'on a proposé la ligature des artères utérines, la castration et enfin l'hystérectomie vaginale.

L'électrolyse n'a donné aucun bon résultat chez notre malade, mais nous ne savons pas quelles intensités ont été employées. Je rejette bien loin la castration, tant qu'il ne s'agit pas de métrorrhagies engendrées par une lésion matérielle des annexes; la suppression de la muqueuse angiomateuse me paraît la méthode la plus logique ; cette suppression peut être réalisée par l'hystérectomie vaginale ou par l'excision.

Dans l'excision simple, on laisse un peu de la muqueuse du fond de l'utérus, ce qui ne me semble avoir aucun inconvénient. Je ne sais pas si, chez mon opérée, la communication des deux entonnoirs utérins avec le vagin, qui existait encore sept mois après l'opération, a persisté et si par suite une fécondation serait à la rigueur possible. Je ne prétends pas sur un seul cas établir la supériorité d'un procédé, ni faire l'histoire clinique de l'endométrite caverneuse. Je fais appel à de nouvelles recherches, comme aussi j'invite mes collègues à faire examiner histologiquement la muqueuse utérine, chaque fois que des curettages bien faits n'auront pas réussi à supprimer les pertes d'anciennes métrites et que l'ovaire et la trompe auront été mis hors de cause.

REVUE DES JOURNAUX

Pyosalpinx volumineux radicalement guéri par la ponction (Ueber einen Fall von dauernder Heilung einer doppelt-mannfaust-grossen Pyosalpinx), par Frankel (*Wien. med. Presse*, 1893, n° 44). — Il s'agit d'une femme de 45 ans, qui, dix ans auparavant, avait fait une fausse-couche et souffrait depuis d'une métrite. Depuis quelque temps, métrorrhagies fréquentes.

La malade vint à la consultation de l'auteur qui, à l'examen, trouva un pyo-salpinx caractéristique avec tumeur faisant saillie dans le cul-de-sac droit. Quinze jours après, quand la tumeur eût doublé de volume, on fit par le vagin une ponction qui donna issue à un litre de pus reconnu bactériologiquement pour stérile. Ponction et lavage furent ensuite refaits encore deux fois, à 10 jours d'intervalle. Après la troisième ponction, formation d'un abcès périrectal qui s'ouvre dans le rectum. Mais aussitôt la fistule rectale fermée, deux autres s'ouvrirent dans la paroi postérieure du vagin, fistules conduisant dans le pyo-salpinx et donnant lieu à un écoulement abondant de pus. A cause des adhérences avec les organes voisins, on ne pouvait guère songer à extirper la tumeur. Guérison par le repos et le traitement hygiénique.

Dégénérescence hyaline et myxomateuse des sarcomes utérins (Hyaline und myxomatœse Degeneration in Uterussarkomen), par Franqué (*Centralb. f. Gynækologie*). — L'auteur, après avoir rapporté un cas de dégénérescence hyaline et un de dégénérescence myxomateuse de sarcomes utérins, arrive à conclure que : 1° il existe un rapport assez proche entre la dégénérescence hyaline et la dégénérescence myxomateuse des sarcomes utérins; 2° les recherches de Kahlden sur la nature myxomateuse du sarcome en grappe de raisin (Pfannenstiel) sont exactes; 3° la tumeur en question n'est pas limitée au col, mais provient d'un sarcome développé probablement sur le fond d'un myxome interstitiel.

Traitement de l'hydrocèle (Zur Behandlung der Hydrocele), par Neumann (*Fortschr. der Med.*, 1893, vol. II, n° 20, p. 818). — Le traitement que l'auteur a essayé avec succès dans 6 cas d'hydrocèle consiste à laisser en place pour deux jours la canule du trocart après l'écoulement du liquide. La canule est fixée pendant ce temps par un pansement ouaté.

Quand on la retire après 48 heures, le scrotum est un peu rouge, mais l'inflammation cède à l'application locale d'eau blanche. Le malade garde le lit encore 5 ou 6 jours et tout est fini.

D'après l'auteur, la canule provoquerait l'obturation de la cavité par accolement des deux feuillets de la vaginale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 *novembre* 1893.

Présidence de M. Laboulbène

Angine causée par une larve d'insecte.

M. Moura-Bourrouillon. — J'ai observé chez une jeune fille de 12 ans une angine provoquée par une larve d'insecte indéterminé qui s'était introduite pendant l'acte de la respiration probablement et s'était fixée dans le côté gauche de la caisse rétro-nasale sous la base du crâne. L'origine et la nature de cette larve sont des plus intéressantes à discuter; comment a-t-elle pu parvenir dans l'organisme et comment en cheminant sur la muqueuse nasale ou pharyngée n'a-t-elle pas, avec ses huit pinceaux de longs poils, ses fortes mandibules et ses six pattes, excité la sensibilité de cette membrane ou l'éternûment? Etait-elle dans un fruit, sur une fleur, etc.?

Quoi qu'il en soit, on peut inférer de cette observation qu'il faut, avant tout traitement, déblayer les cavités du nez et de la gorge des produits inflammatoires et des corps étrangers que l'air y accumule; il faut, en outre, examiner ces produits au microscope, dans tous les cas des maladies aiguës et chroniques des cavités pharyngiennes et nasales.

Bichlorure de mercure et éléments figurés du sang.

M. Maurel (Toulouse). — Les leucocytes du lapin, comme ceux de l'homme, sont beaucoup plus sensibles au bichlorure de mercure que les globules rouges.

Dans tous les tissus de l'organisme du lapin dont l'intégrité est indispensable au maintien de la vie (éléments nerveux, musculaires, etc.), il n'en est pas qui soient plus sensibles au bichlorure de mercure que ses leucocytes, puisque, pour tuer l'animal, il faut donner la dose de ce sel qui est nécessaire pour tuer ces éléments.

Il ressort de ces faits que l'action du bichlorure de mercure sur le leucocyte du lapin doit jouer un rôle important dans les différentes actions que ce sel exerce sur cet animal et il est très probable qu'il en est de même chez l'homme.

Anthracose pulmonaire chez les polisseurs de charbon pour l'électricité.

M. Lancereaux. — Depuis vingt ans, je n'avais plus rencontré un seul cas d'anthracose pulmonaire, lorsqu'il y a 3 ans, je soignai un homme atteint d'influenza dont la couleur des crachats, semblables à la suie, me frappa. Ce malade était occupé à polir les cônes de charbon destinés à l'éclairage électrique.

A l'autopsie, les poumons indurés et noirs ont leur section lisse et brillante, creusée çà et là de cavités tapissées d'une pellicule blanchâtre de nature tuberculeuse, de sorte que, bien qu'on n'eût trouvé qu'une seule fois des bacilles dans les crachats, l'existence d'une tuberculose ajoutée à la sclérose charbonneuse des poumons était certaine.

Si on remarque que des scléroses pulmonaires autres que l'anthracose aboutissent quelquefois à des foyers de nécrose et à la formation de cavités pulmonaires, il y a lieu de croire qu'il peut en être de même dans cette dernière affection et que les cavernes rencontrées au sein des poumons atteints d'anthracose ne sont pas forcément liées à la tuberculose. Cliniquement les signes de cette dernière affection ne paraissent pas douteux.

Reconnaissons néanmoins que si les poussières de charbon, de même que les poussières siliceuses, ont la propriété, lorsqu'elles pénètrent dans les poumons, de produire la sclérose de ces organes, elles ont aussi celle de les prédisposer à la tuberculose. Cette prédisposition est surtout manifeste parmi ceux qui font abus de boissons alcooliques, ainsi que Peacock (de Londres) l'a montré pour les tailleurs de meules.

L'absorption des poussières insolubles, celles du charbon en particulier, détermine donc une imperméabilité plus ou moins considérable des poumons et la prédisposition locale à la tuberculose.

Au point de vue prophylactique, le moyen le plus sûr consiste à substituer, toutes les fois que cela est possible, des poussières solubles aux poussières insolubles, ainsi qu'il est arrivé pour les fondeurs et les mouleurs au charbon. Lorsque ce moyen n'est pas applicable, il reste à l'Administration le devoir de veiller à ce que les ateliers soient vastes, largement aérés et bien ventilés.

M. Gariel. — Cette maladie doit être bien rare aujourd'hui; on remplace en effet partout dans ces industries le charbon de cornue usée par le charbon aggloméré dont les poussières sont incomparablement moins nombreuses au polissage.

M. Lancereaux. — D'accord, mais les ateliers où se fait ce polissage manquent de ventilation suffisante.

M. Proust. — J'ai communiqué autrefois à l'Académie un cas de phthisie charbonneuse chez un mouleur en cuivre; les lésions étaient semblables à celles du malade de M. Lancereaux.

Les poussières charbonneuses pénètrent dans ces cas dans le poumon par les voies respiratoires et y agissent comme corps étrangers. Les lésions produites n'ont aucun rapport avec la tuberculose pulmonaire.

M. Chauveau. — Dans les grandes agglomérations minières les cas d'anthracosis se présentent presque exclusivement chez des phthisiques, pour lesquels la lésion tuberculeuse constitue la porte d'entrée par laquelle la poussière charbonneuse pénètre dans les poumons.

M. Lancereaux. — On a constaté chez les tailleurs de meules, comme chez toutes les personnes qui respirent des poussières insolubles, que la pénétration de ces poussières produit rarement à elle seule des lésions pulmonaires, pourvu que les ouvriers soient sobres. Les intempérants seuls sont généralements atteints.

M. Proust. — Il n'y a aucun rapport direct entre les tuberculoses pulmonaires et les pneumoconioses. Celles-ci sont toujours dues à l'introduction de corps étrangers quelconques, pénétrant par voie mécanique chez des personnes tuberculeuses ou non. Elles ne sont pas la cause de la phthisie tuberculeuse et peuvent être seulement dans certains cas influencées par celle-ci.

M. Cornil. — Il faut établir à cet égard deux catégories. La première est celle dans laquelle, sans qu'il y ait de bacilles tuberculeux, on trouve des poumons noirs, quelquefois même avec des cavernes dans le tissu scléreux; c'est le type spécial de la phthisie charbonneuse. Dans la seconde catégorie, on peut ranger la forme de phthisie granuleuse avec complications pneumoconiques ou non, chez lesquelles les tubercules sont masqués par du tissu noirâtre.

Quant aux relations entre la tuberculose bacillaire et la pneumoconiose, si celle-ci est primitive, il peut y avoir une tendance plus marquée à contracter la phthisie; et si la tuberculose préexiste, ses lésions peuvent assurément prédisposer à la pneumoconiose. Témoin cette épidémie de tuberculose observée à Berlin chez des vaches séjournant au milieu de fabriques nombreuses.

La phthisie charbonneuse n'est d'ailleurs pas très rare à Paris; j'en observe 4 ou 5 cas dans mes autopsies de l'Hôtel-Dieu, et à la Société anatomique on en présente presque autant de cas chaque année.

M. Lancereaux. — Lorsqu'on trouve une infiltration noire dans les poumons, très souvent elle est due non à du charbon, mais à une extravasation sanguine, principalement chez les alcooliques.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 16 novembre 1893.

Présidence de M. E. Besnier.

Xeroderma pigmentosum.

MM. Tenneson et **Danseux** présentent un enfant de 10 ans, atteint de xeroderma pigmentosum, qui a débuté vers l'âge de 9 mois. Actuellement, il y a sur la lèvre supérieure un épithélioma en récidive. Le sujet, issu de parents nerveux et alcooliques, a eu un frère plus âgé que lui, chez lequel l'affection s'est montrée également vers l'âge de 9 mois et qui a succombé.

L'examen histologique a montré que l'épithélioma affecte le type lobulé avec des papilles très effilés renfermant des vaisseaux dilatés et renferme des cellules épithéliales avec dégénérescence vacuolaire très accusée.

Lupus érythémateux disséminé à aspect un peu insolite.

M. Brocq présente une jeune femme de 30 ans, atteinte depuis 5 mois environ, à la suite d'émotions violentes, d'une dermatose symétrique érythémateuse à tendances atrophiques occupant la face, le cou, la poitrine, les avant-bras et les mains, et qu'après discussion il croit être un lupus érythémateux disséminé. Les points remarquables de cette observation sont : 1° la présence d'éléments éruptifs nombreux siégeant surtout au cou et aux avant-bras qui simulent à s'y méprendre des papules de lichen ruber planus, fait rare, quoiqu'il ait été déjà signalé par Radcliffe Crocker ;

2° L'existence d'indurations symétriques de la partie inférieure des deux biceps.

La malade est soumise à la médication phosphorée préconisée par Duncan Bulkley. L'auteur estime, en effet, qu'il y a lieu d'expérimenter cette méthode qui lui a parfois donné quelques résultats dans des cas analogues en calmant les troubles nerveux généraux et en favorisant, ce lui semble, la régression des accidents cutanés.

MM. Hallopeau et **Quinquaud** n'ont pas obtenu de résultats favorables de l'emploi du phosphore dans le lupus érythémateux.

M. Besnier a essayé le phosphore dans plusieurs dermatoses : dans le psoriasis, il n'a obtenu aucune modification des lésions cutanées et a vu survenir des phénomènes toxiques qui l'ont forcé à en suspendre l'emploi ; dans deux cas de xanthome, il a eu des apparences de succès, mais les malades lui ont échappé.

Purpura récidivant.

M. Gaston présente une malade qui a été atteinte de purpura il y a 4 ans, à la suite d'une impression morale assez vive ; à la suite de ce purpura, elle eut une pleurésie, puis une pleurésie interlobaire gauche, sans bacilles dans l'expectoration. Il y a 15 jours, elle a été reprise de purpura ; au niveau des lésions, on trouve les vaisseaux dilatés, mais aucune espèce de microbes. La mère de la malade a eu des hématémèses ; il y a donc une tendance héréditaire hémorrhagique, mais non hémophilique. Peut-être la lésion pulmonaire a-t-elle joué un rôle dans la production du purpura.

M. Mathieu croit plutôt qu'il s'agit d'un type de purpura nerveux que l'on voit dans certains cas succéder à des émotions.

M. Fournier fait remarquer que, lors de son entrée, cette malade présentait sur la muqueuse buccale des lésions purpuriques constituées non par des taches, mais par des saillies rouges ayant véritablement l'aspect de tumeurs érectiles.

Pityriasis rubra pilaire et lichen ruber.

MM. Hallopeau et **Brodier**, à propos d'un cas anormal de pityriasis rubra pilaire, étudient comparativement cette affection et le lichen de Wilson et arrivent aux conclusions suivantes : 1° en dehors des éléments acuminés, il peut se développer dans le pityriasis rubra pilaire des papules identiques à celles du lichen de Wilson ; elles peuvent être disposées en séries linéaires ; 2° le pityriasis rubra pilaire offre alors une incontestable ressemblance avec le lichen de Wilson, mais cette ressemblance n'implique pas une identité de nature : la couleur rouge jaunâtre des éléments, l'aspect des placards qu'il constitue, leurs localisations au visage, aux coudes et aux genoux, la modération et l'intermittence du prurit, et l'intégrité de la muqueuse buccale sont des caractères qui, réunis, permettent de différencier du lichen de Wilson ces formes anormales de pityriasis rubra pilaire ; 3° la production de ces papules lichénoïdes est vraisemblablement due au grattage en même temps qu'à un mode de réaction spécial du tégument ; 4° la maladie de Devergie-Besnier conserve son individualité ; elle demeure essentiellement distincte du lichen de Wilson.

Dermatite herpétiforme simulant les prurigos diathésiques.

M. Audry communique une observation qui a trait à un malade dont M. Brocq a communiqué l'observation en 1890 à la Société de dermatologie comme une variété fruste de dermatite herpétiforme caractérisée par une éruption urticarienne d'aspect, à extension centrifuge avec pigmentations consécutives évoluant par poussées successives. Depuis cette époque, la maladie a toujours continué son cours avec des alternatives diverses. Actuellement, l'éruption est constituée par de petites papules isolées et irrégulièrement disséminées, identiques à celles que l'on observe dans les formes moyennes et légères du prurigo des adolescents ; elles s'accompagnent d'un prurit extrêmement intense et sont toutes excoriées au sommet. On n'aurait pu penser à la possibilité d'une dermatite herpétiforme si les antécédents n'avaient pas été connus.

M. Brocq insiste sur l'importance de ce fait au point de vue de la conception générale de la dermatite herpétiforme : c'est un fait de passage des plus intéressants entre les dermatites herpétiformes papulo-vésiculeuses et les prurigos diathésiques.

M. Besnier a déjà vu plusieurs faits semblables.

M. Wickham présente deux malades dont l'une est atteinte indubitablement de dermatite herpétiforme de Duhring et l'autre d'une dermatose tenant le milieu entre cette affection et le pemphigus vrai moderne.

Dermatite herpétiforme.

M. Jullien rapporte deux cas de dermatite herpétiforme. Dans l'un, il s'agit d'un jeune homme de 27 ans, présentant sur le tronc et la racine des membres une éruption caractéristique de gros nodules et de macules violacées et en même temps des lésions des muqueuses qui avaient été considérées par plusieurs médecins comme de nature syphilitique.

Gland et prépuce gonflés présentaient une vaste surface uniformément ulcérée, d'un rouge vif et saignant au moindre contact ; on eût dit ces organes pelés, et le décalottage amena une véritable hémorrhagie. Le mal avait commencé là par un soulèvement bulleux, hydroïque de toute la muqueuse. Même chose à la face, où les lèvres et les paupières étaient soulignées d'une bande marginale de couleur bistre, à contour irrégulièrement festonné, luisante et comme vernissée. Enfin, à la langue un élément érosif allongeait sur la face dorsale son centre jaunâtre et ses bords indécis.

Deux poussées similaires s'étaient produites antérieurement.

Le second cas a trait à un jeune homme qui avait eu un chancre syphilitique et qui présentait une dizaine de larges éléments de teinte bronzée, maculeux, quelquefois humides, atteignant pour la plupart le volume d'un écu. Ces éléments parurent sur le tégument par poussées successives, à intervalles variables. Le diagnostic ne pouvait offrir aucun doute.

Eruption de psoriasis prédominante sur plusieurs territoires nerveux.

M. G. Thibierge présente un homme de 46 ans, ayant eu depuis 23 ans des récidives multiples de névralgie sciatique gauche ; depuis 18 mois ce malade est atteint de psoriasis. L'éruption s'est montrée d'abord sous forme de bandes occupant le territoire du nerf saphène interne gauche, puis le territoire des nerfs musculo-cutanés du plexus brachial, elle s'est développée ensuite sur la partie postérieure des coudes

et des fesses, respectant toujours le membre inférieur droit. Ce fait vient à l'appui de l'origine nerveuse du psoriasis, qu'on admette qu'une lésion nerveuse suffit à elle seule à provoquer le psoriasis ou, suivant la théorie de Crocker, que la lésion nerveuse intervienne seulement pour modifier la nutrition du tégument et faciliter l'action d'un agent pathogène parasitaire.

M. Du Castel présente une malade atteinte d'eczéma lichénoïde en placard sur le bord externe de l'avant-bras, consécutivement à une plaie du bras.

M. Fournier est d'avis que le psoriasis est localisé sur les territoires correspondant à des nerfs plus ou moins altérés, sans qu'il y ait à conclure à l'origine nerveuse du psoriasis; il a vu des syphilides se développer sur un membre antérieurement atteint de phlébite : ce qu'une veine malade fait pour la syphilis, les altérations nerveuses peuvent le faire pour le psoriasis.

Psoriasis atypique prurigineux.

M. L. Wickham présente un cas anormal de psoriasis. Il s'agit d'une poussée aiguë simulant des placards d'eczéma sec prurigineux (névrodermite circonscrite) au cours d'un psoriasis ancien prurigineux.

Le malade (obèse, âgé de 65 ans, ne présentant aucune cause d'éréthisme nerveux) a eu en 1871 une première poussée de psoriasis prurigineux localisé au cuir chevelu. En 1880, deuxième poussée identique; il y a deux mois, troisième poussée toujours prurigineuse avec extension aux coudes et aux ongles. Puis brusquement, il y a six semaines, apparition à tous les plis articulaires, au scrotum et à la verge, de placards rouges, à desquamation fine extrêmement prurigineuse, reproduisant assez bien le tableau de l'eczéma sec prurigineux en placards ou lichen simplex chronique circonscrit (névrodermite circonscrite).

De la méthode graphique en dermatologie.

M. Brocq. — A l'heure actuelle il est impossible de formuler une classification rationnelle des maladies de la peau. En effet, la plupart des grandes dermatoses non parasitaires décrites jusqu'ici comme étant des entités morbides distinctes ne sont très probablement que des aspects objectifs spéciaux pouvant être communs à divers états pathologiques, que des modes de réaction de l'organisme affecté par telle ou telle cause morbide et qui réagit de telle ou telle manière au point de vue objectif suivant ses idiosyncrasies particulières.

Cependant l'analyse minutieuse des faits a déjà permis de déterminer quelques groupes morbides ayant le cachet de maladies réelles et non plus de simples expressions objectives à pathogénie multiple : tels sont par exemple la dermatite herpétiforme, le prurigo de Hebra, etc. Or, quand on étudie ces types, on ne tarde pas à reconnaître qu'il est impossible de faire rentrer tous les faits cliniques se rapportant à un groupe dans un cadre morbide nettement défini et délimité : dans tous les groupes morbides on trouve en effet des cas qui, tout en présentant un ensemble de caractères les rattachant surtout à un type, offrent d'autre part des particularités qui les rapprochent d'autres types voisins. En somme, ce sont des hybrides, des faits de passage.

Pour rendre en quelque sorte tangible la constitution des groupes dermatologiques et leurs relations avec les groupes voisins, M. Brocq a songé à utiliser la méthode graphique. Mais les graphiques qu'il propose ne doivent être regardés que comme la projection sur le papier de constructions dans l'espace ; chaque groupe morbide doit être considéré comme constituant une sorte de sphère de laquelle partent divers rayons qui la relient aux sphères voisines représentant d'autres types morbides purs. La grosseur des sphères devrait être proportionnelle à la plus ou moins grande importance des groupes ; mais cela est fort difficile à réaliser par le dessin.

Les groupes complexes, comprenant des variétés étroitement unies entre elles, forment des groupes de sphères très voisines les unes des autres ou tangentes, ou se pénétrant réciproquement suivant les affinités des faits.

Les sphères figurant les groupes divers doivent se trouver à des distances proportionnelles à leur degré d'affinité.

Sur les rayons qui les unissent doivent se placer les faits de passage à des distances de chaque groupe proportionnelles à leur degré de ressemblance avec chacun d'eux.

Tous les faits ne peuvent pas se classer soit dans les sphères typiques, soit sur les lignes qui les relient entre elles. Il en est en effet dont la complexité est telle qu'ils participent de trois ou quatre types morbides purs. D'après les règles posées par l'auteur, ils doivent être placés entre ces types divers à des distances de chacun d'eux proportionnellement à leur degré d'affinité : ils seront donc en dehors des réseaux principaux, sur des réseaux secondaires.

L'auteur s'efforce par cette méthode de classement des faits de laisser chaque cas à la place réelle que lui assignent l'analyse minutieuse et l'application exacte de tous ses éléments constitutifs. Il trouve anticlinique et peu naturel de fausser les observations pour les ranger dans des cadres théoriquement constitués, ayant des contours nettement tracés pour la plus grande commodité de la description. Il veut mouler les conceptions pathologiques sur les faits et non les faits sur les conceptions pathologiques.

M. Moty présente des préparations de filaire humaine nocturne.

Georges Thibierge.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 *novembre* 1893.

Suture tendineuse.

M. Félizet a eu l'occasion d'observer vingt cas de sections tendineuses, dont 10 par chute une bouteille à la main et six par fragments de verre variés. Dans ces cas, la suture s'impose, en débridant aussi largement qu'il est nécessaire, le long du tendon. La bande d'Esmarch rend de grands services. Le bout inférieur est toujours facile à trouver, mais il n'en est pas de même du bout supérieur. Or pour cette recherche, M. Félizet recommande un procédé des plus simples : que l'on étende fortement les doigts restés intacts, et le tendon coupé va se trouver attiré en bas par les petits mésos qui l'unissent à ses voisins. La suture une fois faite, il est bon de la soulager autant que possible des tractions qu'exerce le bout supérieur. Pour cela, M. Félizet fixe ce bout, près de la section, au tendon voisin intact, par un point de soie sur lequel va s'exercer cette traction. En outre, flexion du doigt opéré et extension des doigts voisins.

Transformation caverneuse de la muqueuse utérine.

M. Quénu. — Voy. p. 561.

M. Reynier. — Quelquefois ces métrorrhagies rebelles au curettage sont justiciables de la castration. J'ai observé une femme, chez laquelle la guérison se maintient, à qui j'ai enlevé dans un cas de ce genre les deux ovaires très durs et très volumineux, probablement sous l'influence de la syphilis. Dans ces cas n'y a-t-il pas des lésions analogues à celles que vient de signaler M. Quénu ?

M. Quénu. — Je ne prétends pas expliquer toutes les métrorrhagies récidivantes ; je relate simplement un fait que je crois probant, et je pense qu'on fera bien de poursuivre les recherches dans ce sens. Je ne tiens pas à la pathogénie que j'ai esquissée. Mais je crois intéressant de montrer que parfois l'infection initiale de la métrite peut s'effacer, et laisser derrière elle des lésions anatomiques capables de causer par elles-mêmes des symptômes. J'ajouterai que j'ai fait l'hystérectomie à une femme de 60 ans prise de métrorrhagies dix ans après sa ménopause. Je me méfiais, naturellement, d'un cancer. Or j'ai trouvé seulement de la métrite.

Cancer du maxillaire inférieur dans une récidive d'un épithélioma de la lèvre; hémi-résection du maxillaire suivie de la prothèse immédiate.

M. Michaux présente un malade qu'il a opéré, douze jours auparavant, pour une récidive d'un cancer de la lèvre dans la moitié droite du maxillaire inférieur, trois mois après l'ablation du néoplasme primitif. Après avoir fait confectionner un appareil en caoutchouc durci conforme aux indications données par M. Claude Martin (de Lyon), M. Michaux a fait

la résection complète de la moitié droite du maxillaire inférieur à laquelle il a substitué l'appareil prothétique creusé dans toute son étendue d'un système de canalisation qui permet des lavages complets, et muni en avant de plaques vissées sur l'autre moitié du maxillaire. Le malade remue très bien son maxillaire et l'alimentation se fait très facilement; les résultats sont donc extrêmement satisfaisants.

M. Prengrueber a employé la prothèse immédiate dans un cas de cancer du plancher de la bouche, étendu au maxillaire inférieur et à la moitié antérieure de la langue; le résultat a été très bon au début, mais la récidive s'est produite un mois après l'intervention.

Grossesse extra-utérine.

M. Michaux présente des pièces relatives à un cas de grossesse extra-utérine qu'il a opéré dans les conditions suivantes: Il fut appelé, dans le service de M. Schwartz, auprès d'une femme pour laquelle on avait pensé à des accidents d'étranglement ombilical. Il y avait, en effet, une petite hernie ombilicale, mais, en opérant, M. Michaux rencontra un épanchement considérable de sang dans le péritoine, et trouva le point de départ de cette hémorrhagie au niveau d'une trompe qui renfermait un embryon de 3 à 4 semaines.

M. Marchand montre également des pièces se rapportant à un cas de grossesse tubaire de 2 mois environ.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Routier montre un kyste dermoïde de l'ovaire, développé chez une petite fille de 9 ans, qui présentait des accidents de cystite pour lesquels on fit une taille hypogastrique; les faces antérieure et postérieure de la vessie, étroitement accolées l'une à l'autre par la tumeur, furent sectionnées simultanément, et l'enfant succomba, deux jours après, à une péritonite généralisée.

M. Richelot présente un cæcum tuberculeux qu'il a enlevé chez une femme de 25 ans.

M. Routier montre une pièce analogue aux lipomes aborescents des articulations, développée aux dépens d'une synoviale de la face dorsale du carpe, chez un homme de 37 ans.

M. Galvagni (Athènes) présente des photographies :

1° D'une hypertrophie congénitale du membre supérieur traitée par l'amputation ;

2° D'un molluscum fibreux volumineux de la face.

M. Schwartz présente un malade auquel, pour paralysie infantile, il a fait avec succès en deux séances l'arthrodèse tibio-tarsienne et la résection orthopédique du genou.

M. A. Guérin a fait une lecture que nous publierons *in extenso* dans la *Gazette*.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 17 *novembre* 1893.

Kystes hydatiques du thorax et de l'abdomen,

M. Pauchet présente les viscères du thorax et de l'abdomen d'un homme entré dans le service de M. Labbé à l'hôpital Beaujon. Il y a six ans, ce malade était atteint de douleurs de l'épaule; deux ans après il y eut en plus augmentation de volume de la région de l'hypochondre droit, ce qui fit poser le diagnostic de kyste hydatique du foie. On fit à ce moment une ponction et on retira du liquide clair et transparent. Il y eut amélioration d'abord, puis peu à peu l'abdomen augmenta de volume au point de gêner la respiration du malade qui accepta une intervention chirurgicale.

La laparotomie faite par M. Michaux permit d'extraire de la cavité péritonéale plusieurs vésicules qui s'étaient développées sur la surface des viscères et des épiploons; mais la durée de l'opération obligeait à laisser la plus grande partie des tumeurs hydatiques. Le malade mourut d'ailleurs du choc opératoire dans la journée. A l'autopsie on vit que le diaphragme était refoulé en haut jusqu'au niveau du premier espace intercostal à droite, moins haut à gauche à cause du développement d'un kyste dans la base du poumon correspondant. Chaque viscère abdominal contenait dans son parenchyme plusieurs cavités kystiques : au foie, l'une d'elles contenait environ deux litres de liquide. La rate était remplacée par trois gros kystes qui étaient en rapport en bas avec la fosse iliaque gauche.

M. Létienne a observé un cas analogue dans le service de M. Hanot qui ponctionna un kyste kydatique du lobe gauche du foie et vit, 18 mois après, se développer des kystes nombreux dans les viscères de l'abdomen.

Rétention placentaire.

M. Mayet présente l'utérus et les annexes d'une femme, accouchée de trois semaines, entrée dans le service de M. Campenon, et morte le jour même de septicémie suraiguë. A la partie supérieure de l'utérus, on voit un débris de placenta qui a dû être l'origine de l'infection générale. Toutefois il n'existait aucune lésion de l'utérus ni des annexes. La vessie était remplie d'urine purulente : il y avait de la pyélonéphrite.

Sarcome primitif de la plèvre.

M. Bernard rapporte l'histoire clinique d'un homme de 24 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Lancereaux. On assista à un affaissement de la région thoracique gauche; on pensa à une ancienne pleurésie, car il n'existait aucun trouble fonctionnel du côté du poumon. Mais en quelques jours on assista à l'ampliation du côté gauche du thorax ; on songea à un nouvel épanchement, et on ponctionna à la région moyenne, on retira du liquide sanguinolent sans prédominance de globules blancs. Le malade mourut peu de temps après, et à l'autopsie on constata l'existence d'une tumeur molle, blanchâtre, ayant envahi la plèvre gauche, rejetant le poumon en dedans et en haut; celui-ci paraît normal ; le médiastin postérieur est entièrement envahi; mais la consistance très molle du néoplasme explique l'absence des troubles de compression. Il n'y avait aucune trace de sarcome dans les autres viscères : le microscope démontra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes.

Fracture du crâne.

M. Souligoux présente un type rare de fracture du crâne après chute sur la partie postérieure de la tête : il y a eu disjonction de la suture occipito-pariétale, puis à droite la disjonction se termine par un trait de fracture rejoignant la partie externe du trou déchiré postérieur. Il n'y a que quatre cas semblables dont les pièces sont déposées au Musée Dupuytren.

Kyste hydatique solitaire du canal rachidien.

M. Souques a observé une jeune fille qui, après deux traumatismes dorso-lombaires, présenta des douleurs pseudo-névralgiques de cette région.

Les douleurs augmentèrent progressivement d'intensité, puis il y eut gêne de la marche et paraplégie spasmodique. On la traita pour mal de Pott. La paralysie devint flasque, il y eut absence des réflexes moteurs et cutanés, incontinence d'urine et des matières fécales, puis apparurent des eschares, enfin la mort survint par néphrite infectieuse.

L'autopsie révéla la cause de ces troubles fonctionnels. Il existait dans le rachis un kyste hydatique comprimant la moelle à l'origine de la queue de cheval : le kyste présentait trois prolongements, un supérieur remontant à la première vertèbre lombaire, et deux latéraux correspondant aux trous de conjugaison; la substance compacte osseuse du voisinage était détruite. Ce kyste ne présentait aucun point adhérent à l'os, ni à la dure-mère.

M. Souques a recherché les divers cas de tumeurs parasitaires du canal rachidien. Il y a quatre observations de cysticerques de la cavité rachidienne. Les kystes hydatiques sont plus nombreux (25 cas environ); parmi ceux-ci, les uns sont primitivement intra-rachidiens, les autres sont extra-rachidiens, puis envahissent le canal médullaire. Tous ces kystes n'ont jamais été diagnostiqués, et se sont terminés par la mort.

Perforation traumatique du rectum.

M. Tariel présente les pièces anatomiques d'un enfant de onze ans qui, en s'asseyant brusquement sur une règle

fixée en terre, ressentit soudain une vive douleur dans le bas-ventre. Le soir il fut pris de vomissements, et entra dans le service de M. Broca avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. La mort survint dans la nuit. A l'autopsie, on trouva une perforation du rectum à 1 centimètre et demi de l'anus; cette perforation, qui est de la dimension d'une pièce de 50 centimes, a permis à la règle de cheminer en avant du rectum jusqu'au cul-de-sac vésico-rectal qu'elle perfora.

Disposition anormale du péritoine.

M. Jayle, en faisant l'autopsie d'un homme du service de M. Letulle mort cirrhotique, découvrit une disposition anormale du péritoine. Le petit intestin est contenu tout entier dans un sac membraneux dépendant de la cavité péritonéale. L'estomac et la fin du gros intestin sont en situation normale, ainsi que les gros viscères de l'abdomen. L'insertion du mésentère se fait à la partie profonde de la poche. Il y avait de l'ascite dans la grande cavité de la séreuse.

Abcès du poumon.

M. Jayle présente le poumon d'un malade qui avait eu des vomiques pendant sa vie. Croyant à l'existence d'un abcès pleural ouvert dans les bronches, on avait fait une ponction et l'on avait injecté du liquide qui ressortait par les bronches. A l'autopsie, on reconnut que l'abcès était intrapulmonaire et consécutif à une broncho-pneumonie ancienne.

Lympho-sarcome du poumon.

M. Ranglaret a soigné dans le service de M. Ferrand une femme qui fut traitée pour pleurésie il y a un an à l'hôpital Pascal, puis accoucha dans l'intervalle à l'hôpital de la Charité et y resta pendant sept mois pour lésions pleuro-pulmonaires. En plus des symptômes de ses lésions intra-thoraciques, on trouva des ganglions tuméfiés dans l'aisselle. Elle mourut rapidement par cachexie. L'autopsie montra qu'il existait un néoplasme péri- et intra-pulmonaire ayant envahi le médiastin. La rate était hypertrophiée. Il s'agit de sarcome globo-cellulaire.

Cancer primitif du foie avec cirrhose hypertrophique.

M. Bezançon présente le foie d'un homme mort dans le service de M. Cornil avec des symptômes de cirrhose hypertrophique biliaire. On trouva à l'autopsie, en outre d'un foie cirrhosé, un noyau de cancer alvéolaire.

Occlusion biliaire par bride cicatricielle.

M. Bezançon a observé dans le service de M. Cornil un malade ictérique, chez lequel on diagnostiqua une cirrhose hypertrophique, malgré la décoloration des matières fécales. L'autopsie montra qu'on s'était trompé, car on trouva de la dilatation des conduits biliaires au-dessus d'un rétrécissement du canal hépatique occasionné par une bride fibreuse située au niveau du hile et étranglant ce canal. Cette bride, comme le montre l'examen histologique, est de nature fibreuse.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 novembre 1893.

Présidence de M. Fernet.

De la basophobie.

M. Debove en son nom et en celui de M. Boulloche rapporte un cas de trouble peu commun de la marche, rentrant dans la description d'une forme assez exceptionnelle de neurasthénie.

La malade dont il est question ne peut quitter le lit, et au premier abord on pourrait croire qu'elle est atteinte de paralysie. Mais à un examen un peu approfondi on s'aperçoit que cette paralysie est toute d'apparence. Lorsque la malade est dans le décubitus dorsal, tous les mouvements qu'on lui demande sont assez facilement exécutés, mais si l'on veut la faire lever, immédiatement elle s'affaisse sur elle-même, ses jambes refusant de la porter. Cependant une aide légère, illusoire même, change de suite l'aspect des accidents et il est possible, en soutenant fort peu la malade, de la faire tenir debout. Cette malade ne présentait aucun affaiblissement de la sensibilité générale ou spéciale ou de la motilité, mais elle n'avait pas de réflexes tendineux, sans présenter d'ailleurs aucun autre signe tabétique.

Peu à peu, sous l'influence de l'entraînement progressif, la marche redevint possible et, à la sortie de l'hôpital, la malade était presque complètement guérie.

Il est certain que ce syndrome a une certaine ressemblance avec l'agoraphobie. Cependant la malade n'éprouvait pas ce sentiment d'angoisse si fréquent dans l'agoraphobie. La malade était surtout atteinte de basophobie.

On ne saurait non plus faire rentrer l'histoire de cette malade dans celle des astasies-abasies, lesquelles relèvent d'habitude d'une sorte d'amnésie. C'est pourquoi la dénomination de staso-basophobie paraît bien justifiée.

Binswanger a rapporté trois cas à peu près analogues. M. Séglas a communiqué, sous le nom d'astasie-abasie émotive, une observation plus semblable encore.

M. Séglas. — La communication de M. Debove fait allusion à des cas encore fort rares, par conséquent elle mérite toute notre attention. Elle montre que, contrairement à ce que prétendent certains auteurs, ces troubles de la marche ont leur entité propre, mais il faut savoir en distinguer les formes.

Les cas d'astasie-abasie décrits par Charcot répondent à une variété bien définie; d'autres plus rares déjà, coïncident avec des troubles psychiques nettement caractérisés et les stigmates habituels. La malade de M. Debove n'avait pas la sensation d'angoisse, mais il semble, et justement la dénomination proposée le prouve, qu'elle appartienne à la classe des neurasthéniques, mais de ces neurasthéniques qui ne présentent qu'une modalité isolée des accidents.

M. Debove. — Il est certain qu'il y a toujours dans ces cas un sentiment de crainte, puisque le malade est saisi par cette idée qu'il ne pourra se tenir debout; mais il n'y a pas ici le rapport que l'on constate d'habitude entre le trouble psychique et la paralysie. Le sentiment de l'angoisse est ici au minimum et peut être considéré comme une cause bien éloignée de la basophobie.

M. Rendu a observé une malade semblable. Chez elle la sensation d'angoisse paraissait tout à fait nette.

M. Ballet. — Les cas sur lequels on discute actuellement ne sont que des formes particulières d'un trouble plus général de la station ou de l'action musculaire. On peut le voir chez les adultes avec les enfants étendu à de plus nombreux groupes, de telle façon que les jambes, les bras, la tête elle-même sont dans un état d'inaptitude musculaire complète.

Sur la localisation des lésions médullaires dans la sclérose latérale amyotrophique.

M. Pierre Marie a, dans ses leçons sur les maladies de la moelle, en 1891, insisté sur ce fait que, dans la sclérose latérale myotrophique, les lésions ne siègent pas seulement sur les cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, mais occupent toute l'étendue de ces cornes et s'étendent en arrière au moins jusqu'au col de la corne postérieure. Cette manière de voir était uniquement basée sur les résultats de l'examen anatomo-pathologique.

Les découvertes récentes d'ordre anatomique dues à l'emploi de la coloration de Golgi permettent d'interpréter actuellement d'une façon plus précise cette manière de voir assez éloignée des opinions classiques.

Les récents travaux de Golgi, Ramon y Cajal, Lenhossek, etc., ont en effet prouvé que dans toute la substance grise qui forme la corne antérieure et son col, et même dans le col de la corne postérieure, il existe des cellules dont le prolongement cylindre-axile se rend aux diverses régions du cordon antéro-latéral, ce sont les « cellules des cordons ».

Par suite de l'extension des lésions dans la sclérose latérale amyotrophique à la plus grande partie de la substance grise, ces cellules des cordons se trouvent atteintes, et leur altération produit la dégénération d'un assez grand nombre de fibres dans les cordons antéro-latéraux; c'est à la dégénération de ces fibres qu'est dû ce fait, remarqué par tous les auteurs,

que les lésions du cordon antéro-latéral dépassent de beaucoup, dans la sclérose latérale amyotrophique, le territoire des faisceaux pyramidaux proprement dits.

Il reste encore une question, fort importante, à l'explication de laquelle pourrait conduire la notion des lésions de ces « cellules des cordons ». Cette question a trait à l'origine même du processus morbide qui siège dans le faisceau pyramidal proprement dit.

Si, en effet, on veut bien remarquer :

1° Que les lésions du faisceau pyramidal proprement dit ne remontent pas, dans un certain nombre de cas, au-dessus du bulbe ou de la protubérance ;

2° Que le maximum des lésions du faisceau pyramidal proprement dit siège très nettement au niveau du renflement cervical ou de la moelle dorsale supérieure, et qu'au-dessus de ces régions au contraire les lésions sont considérablement moins prononcées, on en arrive à se demander si les altérations des cordons pyramidaux ne reconnaîtraient pas pour cause, du moins pour une certaine part, les lésions signalées plus haut dans les « cellules des cordons » qui, dans une mesure que nous ne pouvons encore indiquer, tiendraient ainsi sous leur dépendance la nutrition des cordons pyramidaux.

Le rôle de la poliomyélite dans la sclérose latérale amyotrophique se trouverait donc ainsi considérablement élargi, puisque ce n'est plus seulement l'atrophie des muscles, c'est aussi la sclérose des faisceaux blancs qui se trouverait, pour une certaine part, déterminée par cette poliomyélite. L'auteur se propose d'appliquer d'ici peu la notion des lésions des « cellules des cordons » à l'explication d'un certain nombre de scléroses combinées.

Exanthèmes scarlatiniformes épidémiques.

M. Le Gendre a observé récemment, en l'espace de quatre mois et dans une même salle, quatre cas d'exanthèmes scarlatiniformes. Les quatre malades ont succombé entre dix jours et deux mois, trois par les progrès de la cachexie, le quatrième avec des accidents épileptiformes, rappelant l'urémie. L'albuminurie a existé dans la moitié des cas.

Des recherches bactériologiques n'ont donné aucun résultat positif.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 novembre 1893.

Présidence de M. Dareste.

Action du gaïacol.

MM. Gilbert et **Maurot**. — Le gaïacol est l'un des composants de la créosote, le plus important, celui qui posséderait l'action anti-bacillaire. Toutefois sa préparation à l'état pur est difficile et nous avons préféré nous adresser au gaïacol obtenu par synthèse en partant de la pyrocatéchine, par MM. Béhal et Choray. La substance a été introduite dans l'organisme animal par injection sous-cutanée ou ingestion ; pour produire des accidents toxiques, il faut par la voie gastrique employer de plus fortes doses. Du reste, les effets observés sont les mêmes : ralentissement respiratoire, abaissement thermique, augmentation des sécrétions. Les animaux meurent avec une hypothermie considérable, vers 20°. A l'autopsie, les viscères, surtout les poumons, sont fortement congestionnés.

Le gaïacol liquide de provenance allemande, qui contient du crésylol, du gaïacol et surtout du créosol, produit des effets parallèles mais beaucoup moins accusés, surtout les phénomènes hypersécrétoires.

Le gaïacol synthétique a été administré à des malades en dissolution dans l'huile par la voie gastrique, à la dose quotidienne de 0,20 à 1 gr. 20. Les prises étaient données avant le repas. Le médicament est bien supporté ; mais il est encore impossible de dire si les résultats sont uniformément satisfaisants.

Poisons microbiens chez les vaccinés.

MM. Charrin et **Gley**. — Nous avons montré antérieurement que l'injection aux animaux de certains poisons microbiens pouvait supprimer les actions vaso-dilatatrices, explorées par exemple sur le nerf auriculo-cervical du lapin par la méthode Snellen-Schiff. Aujourd'hui nous reprenons cette étude chez les animaux sains et vaccinés comparativement, pour voir si les vaccinés restent sensibles à ces injections. Les lapins sont curarisés ; on fait la respiration artificielle. Or, l'injection d'une même dose de poison chez les témoins et les vaccinés provoque des effets identiques dans le même temps. Les animaux conservent donc la sensibilité aux produits toxiques. L'état réfractaire est donc une résistance à la maladie, mais seulement en tant que le microbe inoculé ne peut se développer et ne peut, par conséquent, développer le poison qui lui garderait son efficacité.

Liquides orchitiques et microbes.

MM. Sabrazès et **Rivière**. — L'action antiseptique des liquides orchitiques a été constatée par M. Brown-Séquard et M. Laveran. Nous avons nous-mêmes constaté la réalité de cette action, par exemple, sur la bactéridie charbonneuse non sporulée, l'aureus, le coli-bacille, etc... Mais cette action tient, suivant nous, à une altération du liquide avec apparition d'une réaction acide qui reste à fixer.

M. Phisalix. — Suivant M. d'Arsonval, les liquides organiques neutres préparés à la glycérine à 20° exercent une action dépréciante nette sur les microbes.

MM. Sabrazès et **Bazin** ont tenté de vérifier l'action antiseptique de l'acide carbonique sous pression. Suivant eux, cette action ne pourrait être mise en évidence. **M. d'Arsonval** a cependant obtenu des résultats positifs en faisant agir l'acide carbonique sur un milieu glycériné.

G. Girode.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 15 novembre 1893.

Prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur.

M. Cl. Martin. — Dans l'opération classique de la résection du maxillaire inférieur, on incise sur le bord inférieur ; mais c'est sur cette ligne que vient porter l'appareil prothétique et, par là, compromet la réunion et peut donner lieu à une fistule. J'avais proposé, dans un premier travail, de reporter l'incision plus haut ou plus bas.

M. Vallas, suppléant M. Pollosson, a bien voulu appliquer ces vues, jusque-là théoriques. Une malade, âgée de 31 ans, était porteur d'un sarcome limité de la branche gauche du maxillaire inférieur. L'incision fut faite sensiblement au-dessous du bord inférieur de la mâchoire et la résection porta en avant au niveau de l'incision centrale gauche, et en arrière au niveau du milieu de la branche montante. Les suites furent simples et la réunion, non gênée par le bord inférieur de la pièce prothétique, se fit par première intention.

M. Vallas présente la tumeur myélogène qu'il a extirpée. Elle est du volume d'une petite mandarine et s'est développée dans le centre du maxillaire. La lenteur du développement, six années, fait espérer que la malignité est locale et que la malade n'a pas à craindre de récidive. Il n'y avait pas à hésiter dans le choix du lieu de l'incision et elle ne pouvait être reportée que plus bas. La partie postérieure de l'incision approche de très près les vaisseaux carotidiens.

Gynécomastie. — Mastite chronique.

M. Hassler, répétiteur à l'école de santé militaire, présente un jeune soldat qui porte une tuméfaction de la mamelle gauche de la grosseur d'un sein de fille pubère. Dans ses antécédents on relève une forte atteinte d'oreillons à l'âge de 7 ans et le testicule gauche est un peu moins développé que le droit. Il y a encore un an, le malade s'est aperçu de la présence dans le sein gauche d'un noyau dur et douloureux au niveau du mamelon. Peu de temps après il a constaté la présence de trois ganglions dans l'aisselle correspondante. La tumeur est mobile sur le grand pectoral contracté. Ce n'est pas là un cas de gynécomastie primitive, qui apparaît peu de temps après la puberté. Malgré les ganglions dans l'aisselle,

l'idée d'un néoplasme malin doit être écartée. C'est très probablement de la matité chronique à évolution lente et susceptible de résolution. Malgré le désir manifesté par le malade d'être délivré de sa tumeur, M. Hassler attendra; il essayera de l'iodure de potassium et de la compression.

M. Vallas. — Le diagnostic fait hésiter entre la mastite chronique et la maladie kystique de Reclus.

Hémorrhagie bulbo protubérantielle. — Hémorrhagies rénales multiples.

M. Regaud présente les pièces anatomiques d'un malade du service de M. Mollière. Il s'agit d'un homme de 42 ans, très gros, alcoolique, qui est mort foudroyé par une hémorrhagie cérébrale après quelques heures de coma. L'autopsie a révélé une hémorrhagie bulbo-protubérantielle, ayant dilacéré les éléments du bulbe et particulièrement les faisceaux moteurs et envahi le quatrième ventricule. Les reins présentaient des foyers hémorrhagiques nombreux et quelques-uns considérables. Le cœur était friable et dilaté; le sang fluide et noir; l'hémoglobine teignait l'endocarde et l'endartère. Les viscères présentaient cet état savonneux, signalé par Perroud, caractéristique de l'alcoolisme. Brown-Séquard a signalé ces hémorrhagies rénales et en a expliqué le mécanisme par l'excès de tension bulbaire.

M. Bard fait remarquer que ce cœur lui paraît manifestement hypertrophié et les reins, quoique dans un mauvais état de conservation, lui paraissent brightiques. Dans ces conditions, les hémorrhagies semblent très explicables.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 6 novembre 1893.

Diverticule par traction de l'œsophage.

M. Frænkel. — Ce qui caractérise les diverticules par traction, c'est qu'ils se trouvent toujours à la hauteur de la bifurcation de la trachée et présentent des dimensions minimes, 2 cm. de longueur au plus. Ils se forment consécutivement à la traction exercée sur la paroi antérieure de l'œsophage par des ganglions bronchiques ou médiastinaux suppurés ou rétractés. Ils ne sont pas sacciformes comme les diverticules pulsatiles, mais se présentent sous forme d'un entonnoir. Tant qu'ils ne sont pas ulcérés, ils évoluent sans provoquer des phénomènes bien marqués. Mais une fois ulcérés, ils peuvent s'ouvrir dans le poumon, la plèvre, le péricarde, et donner lieu à une pneumonie ou à une pleurésie d'allures bizarres.

Ainsi, dans un cas observé par M. Frænkel, il s'agit d'une femme de 51 ans, arrivée avec de la fièvre, de la toux et une matité du sommet droit. Les crachats ne contenaient pas de bacilles, ni de parenchyme gangréné, ni de fibres élastiques. En quelques jours, la matité s'étendit à tout le poumon droit, la fièvre devint hectique et la malade mourut 15 jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva une pneumonie de forme tout à fait singulière et un diverticule par traction de l'œsophage ulcéré et ouvert dans le poumon.

Larynx pulsatile par anomalie des vaisseaux.

M. Litten rapporte l'observation d'une femme venue le consulter pour des troubles nerveux du côté du cœur, se manifestant sous forme de palpitations, de tachycardie et de battements extrêmement violents dans les vaisseaux du cou. A l'examen du cou, on voyait nettement le larynx et la trachée violemment soulevés à chaque systole du cœur. Il n'y avait pourtant ni affection cardiaque, ni anévrysme de l'aorte. On fit alors le diagnostic d'anévrysme des vaisseaux partant de la crosse de l'aorte.

A l'autopsie de la malade, morte peu de temps après, on trouva les anomalies vasculaires suivantes: De la crosse de l'aorte partaient non pas trois, mais quatre vaisseaux. Le quatrième, situé entre la carotide et la sous-clavière gauche, était plus gros qu'une radiale, se dirigeait verticalement en haut où il se divisait en trois branches dont les ramifications innombrables recouvraient la glande thyroïde à la manière d'un pinceau. De plus, le tronc innominé était très dilaté et allongé et recouvrait presque entièrement le larynx et la trachée. Il était de 3 cm. plus long et de 2 cm. 5 plus plus large qu'à l'état normal.

M. Heymann a observé, en 1890, un cas de larynx pulsatile qu'il avait présenté à ce moment à la Société laryngologique.

Cécité subite chez les diabétiques jeunes.

M. Litten. — La lésion de l'œil la plus fréquente dans le diabète est un état trouble du cristallin, dont l'origine est encore fort peu connue. Pour ce qui est des diabétiques jeunes, Seegen insistait sur le marasme, la glycosurie intense et la bilatéralité de la lésion.

Ce qui caractérise la cataracte diabétique chez les jeunes sujets, c'est la rapidité de son évolution. Ainsi M. Litten a observé un cas de cécité complète en quelques heures chez une jeune couturière de 17 ans qui émettait 6 à 7 litres d'urine contenant 6 0/0 de sucre. La lésion ne céda pas à un régime rigoureux, et il a fallu faire l'opération de la cataracte.

Dans un second cas où la malade refusa de se faire opérer, la cécité fut définitive.

Pseudo-insuffisance aortique.

M. Litten désigne sous ce nom un complexus symptomatique où l'on trouve tous les signes d'une insuffisance aortique (pouls rapide, pouls capillaire, thrill des artères, soulèvement de la cage thoracique au niveau de la pointe), mais où le souffle diastolique fait entièrement défaut.

Tous les symptômes en question coexistent chez le même individu et sont très accusés. A l'autopsie on trouve une hypertrophie du cœur gauche, mais peu d'insuffisance aortique. Peut-être tout le complexus symptomatique en question est-il dû à un trouble d'innervation du cœur et des gros vaisseaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 8 novembre 1893.

Sarcome mélanique de l'œil.

M. Hirschberg présente une femme de 39 ans atteinte de cécité presque complète à gauche. L'œil gauche est rouge et présente en bas, à l'examen ophthalmoscopique, un sarcome mélanique du corps ciliaire avec dissémination dans la cornée transparente.

Luxation de l'épaule après paralysie infantile.

M. Remak présente un enfant atteint de paralysie cérébrale sous forme d'hémiplégie spasmodique infantile. L'enfant a été vu pour la première fois en 1886. D'après la mère, qui reconnaît être syphilitique, l'affection a débuté il y a un an sous forme de phénomènes cérébraux graves avec convulsions qui ont continué pendant 4 jours, en laissant comme trace de leur passage une hémiplégie.

La lésion a dû être fort grave, car, dans le courant de l'année, la paralysie s'est aggravée encore davantage. Le membre supérieur s'est considérablement atrophié et est devenu tout à fait impotent. Il existe une contracture du grand pectoral, une contracture des fléchisseurs qui fait que la main fait un angle droit avec l'avant-bras. La contracture a également envahi le biceps et le brachial interne.

En même temps on a constaté un arrêt dans le développement intellectuel de l'enfant, ce qui paraîtrait indiquer une lésion de l'écorce cérébrale.

En septembre de cette année, M. Remak constata, en examinant l'enfant, une luxation spontanée de l'épaule, luxation rétro-glénoïdienne et sous-acromiale. Probablement il est survenu, après la paralysie, un arrêt de développement de la cavité glénoïde et une laxité particulière des ligaments et de la capsule. Quand on pose le bras de l'enfant sur son dos, la tête humérale réintègre aussitôt la cavité articulaire.

Sarcome primitif de la capsule surrénale.

M. Mich. Cohn. — Il s'agit d'un enfant de 9 mois qui il y a 8 jours fut pris de vomissements et d'exophthalmie à droite. A l'examen de l'enfant on trouva une tumeur molle, non adhérente à la peau, mais insérée sur l'os et s'étendant derrière l'oreille. D'autres tumeurs analogues mais de dimensions moins grandes étaient disséminées sous le cuir chevelu. Le foie dépassait de 5 cm. le rebord des fausses côtes, la rate pouvait être sentie sous les côtes. De plus, dans le côté droit de l'abdomen on trouvait une tumeur assez volumineuse, indépendante du foie. Urine normale.

On fit le diagnostic de cancer du rein droit avec métastases multiples. Pendant le temps que l'enfant resta à l'hôpital, on assista à l'aggravation de tous les symptômes : la tumeur envahit le maxillaire inférieur, puis la voûte palatine, l'exophthalmie s'accentua encore davantage, et l'enfant mourut dans le marasme un mois après son entrée.

A l'autopsie on trouva un sarcome et la capsule surrénale droite avec métastases dans la plupart des organes, entre autres dans le crâne et les côtes.

M. Virchow. — Il s'agissait dans ce cas d'un sarcome médullaire de forme irrégulière et ayant subi par places la dégénérescence graisseuse.

Extirpation unilatérale du larynx.

M. Gluck présente un homme de 68 ans auquel il a extirpé il y a quinze mois une moitié du larynx pour carcinome. La guérison se fit sans complications et jusqu'à présent il n'y a pas encore de récidive. La voix est assez nette. A la place de la corde vocale gauche se trouve une membrane solide qui fonctionne comme corde vocale.

Intervention précoce dans l'ostéomyélite aiguë.

M. Karewski présente trois enfants chez lesquels il a obtenu de bons résultats dans l'ostéomyélite, par une intervention précoce et radicale.

Depuis la publication de Tscherning, M. Karewski enlève systématiquement toute la moelle suppurée.

Il met l'os pris à nu, ouvre sa cavité et enlève à la cuiller tranchante toute la moelle qui paraît en train de suppurer. Dans ces conditions les malades guérissent sans nécrose ni troubles moteurs, sans déformation ni arrêt de développement des membres.

Il y a un signe qui permet d'affirmer l'existence d'une ostéo-myélite, c'est la tuméfaction aux points douloureux. Chez un enfant pris de fièvre, de douleur et de tuméfaction des membres, il ne faut pas, en l'absence d'une affection interne, hésiter à faire le diagnostic d'ostéo-myélite, pour intervenir ensuite le plus tôt possible.

Paralysie spinale infantile.

M. Joachimsthal présente un enfant de 6 ans atteint de paralysie spinale qui, malgré une atrophie considérable du tronc et des membres inférieurs, marche, il est vrai d'une façon très bizarre, en se servant des muscles très développés de ses bras et de ses épaules. Voici comment il procède. Il plie horizontalement son dos, applique sa cuisse droite contre l'abdomen, met son genou gauche derrière et sous le genou droit et pose ses pieds progressivement en avant en se servant de ses mains. Ce mode de progression n'est possible que grâce à l'existence concomitante d'un genu valgum à gauche.

Les ptomaïnes de l'urine dans les maladies chroniques.

M. Ewald. — Nous savons qu'il se forme dans notre corps des substances capables d'exercer une action toxique sur l'organisme. Leur lieu de formation est le plus souvent le tube digestif, où dans certaines conditions se développent des produits de décomposition comme l'acide butyrique, l'acétone, l'hydrogène sulfuré, etc., et d'un côté des produits bactériens, toxines ou ptomaïnes, comme la névrine, la cadavérine, la putrecine, etc. Tous ces corps ont pu être isolés dans certaines maladies infectieuses, comme le choléra, le typhus, la tétanie, etc.

Quand ces substances sont éliminées avec l'urine, celle-ci acquiert une toxicité toute particulière. Dans le tube digestif, ces substances toxiques peuvent former des combinaisons non toxiques ; elles peuvent encore être prises par le foie qui les décompose ou les arrête, ou éliminées par le rein. Quand le rein fonctionne normalement et qu'il existe tout de même des phénomènes d'intoxication, on est amené à admettre soit une production très abondante de ces toxines, soit une insuffisance du foie.

Les cas d'auto-intoxication aiguë sont assez fréquents. C'est ainsi que M. Ewald a observé un homme de 49 ans, sujet à de la constipation, qui un jour après avoir bu un verre d'eau de Sedlitz, fut pris de vomissements, de vertiges, d'obnubilation de la connaissance, de pâleur de la face, etc. Tout indiquait un empoisonnement de par le tube digestif, et le malade ne se rétablit qu'après des lavages répétés de l'estomac. Le contenu stomacal évacué à plusieurs reprises était extrêmement fétide et ne contenait pas d'acide chlorhydrique libre. Dans un autre cas, M. Ewald a observé des accès de tétanie chaque fois que le malade était constipé.

Les mêmes phénomènes d'intoxication s'observent dans certaines maladies chroniques où la mort est précédée de coma (cancer de l'estomac, cirrhose du foie, néphrite chronique, maladie d'Addison, leucémie). L'examen des urines au point de vue de la présence des ptomaïnes a donné à M. Ewald des résultats positifs dans deux cas (sur trois examinés) de cancer de l'estomac, un cas d'urémie, un cas de maladie bronzée très accusée. Dans tous ces cas, M. Ewald a isolé une ptomaïne qu'il a pu combiner avec l'acide picrique. La formule de cette substance est $C^5 H^7 NO^6$.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 13 *novembre* 1893.

Etranglement du cordon spermatique.

M. Owen. — Un enfant de 13 ans entra à l'hôpital le 16 juin pour une tumeur de la région inguinale gauche. Le testicule n'était jamais descendu de ce côté ; l'existence de la tumeur datait de deux jours ; l'enfant se trouva brusquement très mal et vomit. On crut à une hernie étranglée. Je trouvai immédiatement en dehors de l'anneau inguinal gauche une tuméfaction douloureuse du volume d'un œuf de poule. En attirant un peu la tumeur en bas, je m'assurai que le cordon spermatique et l'anneau externe étaient libres; il ne pouvait donc être question d'une hernie. Je ne pensai ni à une hématocèle, ni à un testicule enflammé, en raison de l'absence de traumatisme antérieur ; je songeai alors à un testicule engorgé par suite de la rotation sur son axe du cordon. J'opérai et le cordon me parut normal ; j'ouvris alors la tunique vaginale distendue et une grande quantité de sérum teinté en rouge s'écoula. Au fond de la cavité, je trouvai le testicule augmenté de volume et d'apparence gangréneuse. Je liai le cordon et j'enlevai le testicule; je pus constater alors que la partie supérieure de la tunique vaginale contenait encore du liquide et était séparée du reste de la cavité séreuse, primitivement évacuée, par un sillon profond. Ce sillon répondait à une torsion du cordon sur son axe ; dès que j'eus fait cesser cette torsion du cordon, la cavité supérieure de la tunique vaginale s'est vidée et entra en continuité parfaite avec le reste de la cavité séreuse. La tunique vaginale était très vaste, ce qui est fréquent dans les cas de testicules non descendus. L'enfant guérit au bout de 15 jours.

Il n'y a pas très longtemps que l'attention a été attirée sur la gangrène du testicule consécutive à la rotation du cordon sur son axe. Whipple, un des premiers, en a publié une observation chez un garçon de 16 ans ayant un testicule non descendu du côté gauche ; dans ce cas le sac contenait en outre un liquide teinté de sang de l'épiploon. On fit une cure radicale. L'enfant quitta l'hôpital guéri au bout de 3 semaines. Bryant en a rapporté un cas analogue le 23 février 1892 chez un garçon de 15 ans; on put, chez ce malade, ne pas enlever le testicule, mais ce dernier s'atrophia dans la suite. Bryant rapporta à la même époque une autre observation chez un homme de 23 ans qui était depuis sa naissance porteur d'une hernie réductible et d'un testicule non descendu du côté droit ; il se

fit également dans ce cas une torsion du cordon ; on fit la cure radicale et on enleva le testicule. Les vaisseaux nourriciers du testicule étaient thrombosés. Davies-Colley a cité une observation analogue avec gangrène de la plus grande partie du testicule. Herbert Page, Nash, Barker en ont encore publié des observations plus ou moins complètes. A l'avenir les observateurs devront porter leur attention sur les points suivants : 1° situation relative du testicule et de l'épididyme; 2° le développement et le degré de descente du testicule; 3° l'association d'une hernie congénitale ; 4° la nature exacte du méso séreux.

M. Bryant. — Cet accident se rencontre surtout chez les jeunes gens atteints de malformation des organes génitaux. La plupart du temps le diagnostic est possible. Les symptômes généraux sont jusqu'à un certain point les mêmes que ceux des hernies; mais les vomissements ne persistent pas et il n'y a pas de distension abdominale ; l'abdomen est au contraire plutôt concave et la douleur est localisée à la région malade. Les symptômes locaux sont plus marqués que dans la hernie étranglée et ne sont pas en proportion avec les symptômes généraux. Quelquefois, on peut isoler la tuméfaction de l'anneau et exclure ainsi nettement la hernie. Il n'y a pas d'impulsion et la tumeur est plus tendue et plus douloureuse que dans la hernie. Je crois qu'il n'est pas toujours utile d'enlever le testicule. Quand il y a hernie concomitante, il faut incontestablement enlever le testicule et pratiquer la cure radicale de la hernie.

Néphrectomie pour hydronéphrose.

M. Bland Sutton. — Le plus souvent, les hydronéphroses sont dues à une occlusion de l'urèthre, de la vessie, de l'uretère ou du bassinet, cette occlusion étant complète et temporaire ou incomplète. Dans certains cas, il est impossible de trouver une occlusion quelconque. Je crois qu'il est bon de réserver le nom d'hydronéphroses temporaires aux cas dans lesquels la tumeur diminue considérablement ou disparaît complètement de temps en temps. Un des plus grands dangers de l'hydronéphrose est la suppuration, qu'il importe de distinguer de la pyélo-néphrite. Dans beaucoup de cas, c'est par l'uretère que l'hydronéphrose s'infecte ; le côlon contracte des rapports intimes avec les tumeurs d'hydronéphrose et est encore une source d'infection; dans ces cas l'infection peut simuler une fièvre typhoïde. On ne doit pas ponctionner les hydronéphroses. Quand l'hydronéphrose est unilatérale, il faut pratiquer la néphrectomie, surtout s'il y a de la suppuration. Quand l'hydronéphrose est double, il faut recourir à l'incision et au drainage. Quand je fais la néphrectomie, j'ouvre d'abord la cavité péritonéale par une incision sur la ligne médiane ; je m'assure de l'état de la tumeur et du rein du côté opposé. Je clos alors la plaie abdominale et j'enlève le rein par une incision faite dans l'espace iléo-costal.

M. Doran. — Dans le cas d'hydronéphrose avec rein flottant, il ne faut pas trop se presser de pratiquer la néphrectomie, car souvent la tumeur disparaît dans la suite.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 14 *novembre* 1893.

Opérations à pratiquer sans anesthésie.

M. Keetley. — Dans beaucoup d'opérations on peut se dispenser de recourir à l'anesthésie générale et on peut se contenter de l'anesthésie locale. Toutefois on doit prendre des précautions, surtout depuis qu'on connaît bien les dangers que peut entraîner la cocaïne. D'une façon générale on n'aura pas recours à l'anesthésie générale dans les cas de hernie étranglée chez les sujets vieux et épuisés ; dans la kélotomie, quand on en peut bien régler le plan à l'avance ; dans les ponctions, aspirations, sondages ou même dans les laparotomies exploratrices. Au contraire, l'anesthésie générale est indiquée dans les opérations qui portent sur le tronc où la tête et qu'on ne peut exactement régler à l'avance, dans les amputations, les résections, les ostéotomies, l'application du trépan. L'anesthésie par le protoxyde d'azote est utile dans bien des cas, par exemple dans les incisions simples, les tumeurs encapsulées. L'emploi de la cocaïne est limité par suite de la susceptibilité très grande de certains sujets à son égard.

M. Power. — La cocaïne est fort utile en ophthalmologie ; elle permet de faire une iridectomie sans que le malade éprouve la moindre douleur.

M. Hewitt. — Il est certain que dans bien des cas une anesthésie locale suffit. Dans les hernies étranglées chez des sujets fatigués, je préfère l'anesthésie locale à l'anesthésie générale. L'anesthésie locale peut encore être utile dans les cas de trachéotomie pour diphthérie ou pour des dyspnées dues à la compression de la trachée par un anévrysme, un goître. Quoi qu'il en soit, les opérations qui ne demandent qu'une anesthésie locale constituent l'infime minorité.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 10 *novembre* 1893.

Hémorrhagie méningée.

M. Moullin. — Un homme de 43 ans entra à l'hôpital de Londres le 30 mai 1893 dans un coma presque complet, à la suite d'un violent traumatisme du côté droit de la tête. Les muscles de la face du côté droit étaient paralysés, le bras et la jambe du même côté étaient paralysés. Il n'y avait pas de fracture. Le lendemain le coma était moins marqué, mais la paralysie des membres et de la face était augmentée. Cet état continua jusqu'au huitième jour; le coma devint alors beaucoup plus prononcé et fut coupé par du délire. On explora l'aire cérébrale motrice du côté gauche et on la trouva absolument saine. Le lendemain le malade mourut. A l'autopsie on trouva, du côté droit, l'espace arachnoïdien rempli de caillots qui provenaient d'une rupture d'une branche de la méningée moyenne. Le cerveau n'était ni contusionné, ni déchiré.

M. Hulke. — Il y a plusieurs années, j'ai soigné un homme ayant reçu un traumatisme du côté droit de la tête ; l'homme continua à travailler pendant quelques instants et tomba dans le coma. Au bout de dix jours, il eut une hémiplégie droite. On trépana du côté droit et on trouva un épanchement de sérum en ce point.

M. Dauber. — J'ai vu une hémiplégie droite consécutive à une fracture du pariétal droit; cependant le malade put continuer son travail pendant un mois. Ce malade mourut.

M. Beevor. — Presque tous les cas d'hémiplégie droite associés à des lésions cérébrales droites sont d'origine traumatique, aussi ne peut-on affirmer que dans ces cas le côté opposé du cerveau était complètement sain.

Lésion des tubercules quadrijumeaux.

M. Taylor. — Un enfant de 4 ans entra à l'hôpital ; il était malade depuis quatre mois, il avait perdu l'appétit ; il présentait de la chute des paupières et il perdit graduellement ses forces; quatorze jours avant son entrée à l'hôpital, il commença à chanceler et à présenter de l'incoordination des mouvements, en même temps que la chute des paupières devenait plus considérable. Le petit malade, lors de son entrée à l'hôpital, était endormi et parlait lentement, sa démarche était nettement ataxique ; il y avait de l'ataxie des membres supérieurs et des oscillations de la tête et du cou. Il y avait une ophthalmoplégie double presque complète avec ptosis double plus marqué à droite. Il y avait du nystagmus latéral. Les pupilles étaient inégalement et légèrement dilatées et réagissaient à la lumière. Il n'y avait ni névrite optique, ni choroïdite ; l'enfant était atteint de cécité.

Un mois plus tard, l'enfant était dans le collapsus et il y avait de la dysphagie; le coma augmenta; la respiration prit le type Cheyne-Stokes ; la déglutition devint impossible et l'enfant mourut deux mois après son admission à l'hôpital, six mois après le début des symptômes. A l'autopsie on trouva le cervelet sain ; les tubercules quadrijumeaux étaient aplatis, élargis, gris et gélatineux. On trouvait une substance grise et gélatineuse entre les pédoncules cérébraux et envahissant leur moitié interne. Dans l'orbite, du côté droit, tous les muscles innervés par la troisième paire étaient atrophiés et on ne put trouver ni le nerf, ni ses branches ; du côté gauche, le nerf et ses branches existaient encore et les muscles étaient à

peu près sains. Les tubercules quadrijumeaux étaient envahis par une tumeur de nature probablement glio-sarcomateuse.

Nothnagel a déjà noté, comme signes de la lésion des tubercules quadrijumeaux, l'instabilité de la marche, l'ophthalmoplégie des deux yeux.

Tumeurs syphilitiques de la moelle.

M. Beevor. — Un homme de 50 ans fut exposé à la pluie pendant une journée; deux jours après il traîna la jambe gauche; au bout de quelques heures survint une faiblesse du bras gauche et un engourdissement du genou droit; l'engourdissement envahit peu à peu le côté droit. Au bout d'une semaine survinrent des douleurs dans l'épaule gauche, le coude, le poignet. Les sphincters étaient intacts. Le malade n'avait aucun antécédent blennorrhagique ou syphilitique. Les deux membres supérieurs étaient amaigris. Au niveau de la jambe droite la sensibilité tactile était conservée, mais les sensibilités à la douleur, à la chaleur et au froid étaient perdues. Le réflexe patellaire gauche était très augmenté. Le malade finit par présenter de la paralysie de la sixième paire du côté droit et il mourut. A l'autopsie on trouva deux tumeurs syphilitiques situées de part et d'autre du renflement brachial.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 17 novembre 1893.

Traitement des anévrysmes chirurgicaux.

M. Czokor a observé chez les animaux des anévrysmes. Chez les chevaux notamment, on rencontre fréquemment l'anévrysme de l'artère mésentérique produit par un parasite de la famille des strongyles. Dans ces cas, on observe la thrombose du sac dans les cas où celui-ci est soumis à la pression.

M. Albert a opéré avec succès, suivant la méthode d'Antyllus, trois cas d'anévrysme; dans un quatrième cas, anévrysme de la poplitée, la moindre pression, après l'opération, suffisait pour provoquer la gangrène.

M. v. Schrotter cite deux cas d'anévrysmes de l'aorte, guéris par l'introduction des fils de Florence. Ce traitement n'est indiqué que dans les cas où l'on est sûr que l'anévrysme ne porte que sur une paroi de l'aorte.

Modifications du sang sous l'influence des actions thermiques.

M. Winternitz a fait l'examen du sang dans un grand nombre de cas pour étudier l'influence sur le sang de l'eau froide ou chaude dans ses diverses applications hydrothérapeutiques, des frictions sèches ou humides. Il a constaté dans ces conditions les faits suivants :

A la suite des applications d'eau froide ou des frictions, le nombre d'hématies augmente, celui des leucocytes aussi, mais dans une proportion moindre; enfin, on constate un accroissement de la proportion d'hémoglobine du sang. Quand, après l'application d'eau froide, l'individu se soumettait à des exercices physiques, l'augmentation du nombre d'hématies était encore plus considérable. Du reste, l'exercice physique exerce la même action que l'eau froide, mais d'une façon moins accusée.

Les bains chauds, les bains de vapeur, les douches chaudes provoquent au contraire une diminution du nombre de leucocytes.

Les applications locales d'eau froide donnent lieu à une augmentation du nombre d'hématies dans le sang pris au niveau de l'application locale du froid, et à une diminution dans le sang pris dans une autre partie du corps.

D'après M. Winternitz, une application générale d'eau froide élève le tonus de tout le système circulatoire, central et périphérique. Les stases sanguines disparaissent et une nouvelle quantité de sang se trouve jetée dans la circulation. D'où augmentation des hématies dans le sang pris aux parties périphériques, après une application générale. Quant aux résultats hématologiques, après une application locale du froid, ils s'expliquent par une modification dans la distribution des éléments cellulaires du sang.

L'effet des applications générales du froid sur les échanges nutritifs est donc le même que s'il existait une augmentation réelle du nombre d'hématies, en ce sens que les hématies lancées dans la circulation n'existaient pas pour ainsi dire au point de vue fonctionnel, avant l'application du froid.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 8 novembre 1893.

Chancre syphilitique du pénis chez un nourrisson.

M. Schiff présente un garçon de 14 mois atteint de chancre du pénis. Au niveau du méat urinaire existe notamment une ulcération humide à bords indurés. Les ganglions inguinaux sont infiltrés; de plus, deux papules se trouvent dans la région péri-anale.

Il s'agit donc là d'un chancre syphilitique acquis dont l'origine reste obscure. Les parents sont bien portants.

Méningo-myélite syphilitique.

M. Bauer. — Il s'agit d'un syphilitique dont l'accident initial remonte à 12 ans. Il présente depuis quelque temps une parésie des membres inférieurs avec contraction et exagération des réflexes. La sensibilité est normale. Pas de troubles du côté de la vessie ou du rectum. Il existe un certain degré de polyurie.

Les membres supérieurs droits, surtout le bras, présentent également un léger état parétique avec rigidité des muscles et exagération des réflexes du tendon du triceps.

Il est probable qu'il s'agit là d'une méningo-myélite syphilitique avec lésion primitive des méninges et dégénérescences secondaires des cordons latéraux.

A noter encore que bien qu'actuellement on ne trouve pas de troubles de la sensibilité, l'affection avait débuté par des douleurs lancinantes, des anesthésies partielles et par des troubles de la miction.

M. Nobel a observé des cas de ce genre dans la syphilis récente. Les phénomènes du côté de la vessie et du rectum, de même que les parésies, cédèrent rapidement au traitement syphilitique.

M. Erben pense qu'en l'absence des troubles de la sensibilité, le diagnostic de méningo-myélite n'est pas très certain. Pour assurer le diagnostic, il aurait fallu faire l'examen du fond de l'œil et étudier l'état de la conductibilité corticale. Suivant les données de cet examen, on pourrait se prononcer ou pour une sclérose en plaques à forme fruste, ou pour le début d'une paralysie générale.

Hémato-myélie.

M. Bikeles a observé un malade qui s'est présenté à lui avec les symptômes suivants :

Le malade, un homme d'apparence vigoureuse, présente du côté du membre supérieur droit une paralysie complète des interosseux et du muscle thénar. Le poignet droit peut être étendu, mais non pas mis en flexion dorsale. A gauche, on trouve les mêmes parésies mais moins accentuées. L'excitabilité électrique est normale. Du côté des membres inférieurs, on note une diminution de la force musculaire, une exagération des réflexes rotuliens. La sensibilité tactile est normale, mais à partir de l'ombilic jusqu'en bas, analgésie à gauche, hypalgésie à droite. La partie gauche du tronc et le membre inférieur gauche sont insensibles aux excitations thermiques. A droite, la sensibilité thermique est abolie dans le domaine du nerf intercostal supérieur.

Le tableau rappelle donc celui de syringomyélie. L'affection a débuté à la suite d'une chute sur la tête, le cou et les épaules. Immédiatement après l'accident, le malade fut pris de paralysie des membres supérieurs et de la partie inférieure du tronc. Au bout de quelques jours, les phénomènes se sont améliorés, mais aujourd'hui, un mois après l'accident, il existe une tendance manifeste à l'aggravation.

On peut supposer que la paraplégie survenue immédiatement après l'accident doit être mise sur le compte du shock. Le substratum anatomique réel de l'affection doit être une lésion de la moelle cervicale avec myélite descendante frappant d'une façon particulière les cordons latéraux pyramidaux et cérébelleux. Très probablement il s'agit d'hématomyélies multiples.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE MÉDICALE

Des suppurations froides, consécutives à la fièvre typhoïde. Spécificité clinique et bactériologique de l'ostéo-myélite typhique, communication à la *Société médicale des hôpitaux*, par MM. Chantemesse et Widal.

La pathogénie des suppurations observées au cours, au déclin et dans la convalescence de la fièvre typhoïde s'est élucidée, en ces dernières années, grâce aux recherches bactériologiques. Il est déjà de notion courante que ces suppurations sont tantôt banales et occasionnées par les microbes pyogènes vulgaires, tantôt véritablement spécifiques et dues à la seule action du bacille typhique.

Les staphylocoques, le streptocoque, le coli-bacille, sont jusqu'à présent les seuls microbes décrits dans les suppurations secondaires. Au staphylocoque doré, sont dues la plupart des suppurations dites critiques des anciens, les pustules d'ecthyma, les furoncles, les abcès sous-cutanés de la convalescence. Ces suppurations n'ont pas la signification qu'on leur prêtait jadis; elles ne servent pas d'émonctoire à l'élément pathogène, puisqu'elles représentent des infections surajoutées. Le staphylocoque peut occasionner encore, dans la convalescence de la dothiénentérie, une sorte de pyohémie lente, à localisations superficielles, procédant par poussées aiguës avec rémissions dans l'intervalle, bien différente, par sa marche, des pyohémies à streptocoques. Nous avons observé, dans le service de M. Rendu, une jeune fille de seize ans qui, au déclin d'une fièvre typhoïde, vit se développer, à la surface du tronc et des membres, des abcès qui se succédèrent, au nombre de quinze, pendant six semaines. Chaque nouvel abcès était annoncé par un frisson, une fièvre vive, les phénomènes locaux de la suppuration, tous symptômes qui disparaissaient après l'incision. La malade finit par guérir. Le pus des abcès, examiné à plusieurs reprises, contenait toujours le staphylocoque doré.

Le streptocoque ne détermine pas, en général, les suppurations étendues et multiples qu'il occasionne dans les pyohémies puerpérales ou chirurgicales. On l'a retrouvé dans le pus des parotidites ou des otites, mais il agit surtout par septicémie, se généralisant sans produire de lésions propres et déterminant, par son association au bacille d'Eberth, les formes les plus graves de la fièvre typhoïde. Ces faits sont établis sur les observations cliniques de Vincent, ainsi que sur ses expériences et les nôtres.

Le coli-bacille est la cause de la suppuration des péritonites par perforation. Il est encore responsable de certains faits d'angiocholite purulente (Dupré) et de néphrite suppurée.

Les suppurations spécifiques sont celles dues au bacille d'Eberth. Il en existe actuellement une quarantaine d'observations, résumées pour la plupart dans la thèse récente de notre élève M. Dehu. Ces suppurations ne surviennent que par exception dans les premiers temps de la maladie, elles paraissent, en général, à son déclin ou pendant la convalescence. Leur apparition tardive ne doit pas nous surprendre. En restant pendant la convalescence localisé à certains organes pour y déterminer des foyers de suppuration, le bacille d'Eberth ne manque pas aux lois de la pathologie générale infectieuse. Le microbe, chez un sujet jusque-là indemne, produit l'infection en se généralisant, mais, chez un sujet à moitié immunisé par une attaque antérieure, il se multiplie localement au point où le hasard l'a abandonné, parce que les tissus résistent et que de leur réaction résulte l'inflammation locale phagocytaire. L'immunité du convalescent peut être moins solide encore et le microbe trouvant moins de résistance peut se généraliser à nouveau pour amener la rechute. Il n'y a là qu'une question de degré, et le fait nous donne l'explication de la coïncidence fréquente des rechutes et des suppurations par bacilles d'Eberth.

L'expérimentation est en rapport avec les données de la clinique. Nous avons démontré (1) que lorsqu'on inocule dans le tissu cellulaire, avec un virus typhique actif, un cobaye insuffisamment vacciné par des substances solubles, on obtient parfois, au point d'inoculation, une lésion locale avec suppuration. Cette infection purement locale est capable, dans certaines conditions, de se généraliser après un temps variable.

Les suppurations à bacilles d'Eberth ont leur histoire, en dehors des suppurations vulgaires, comme les suppurations à pneumocoque ont la leur. Variables dans leurs localisations, elles ont tout d'abord une prédilection marquée pour le tissu osseux, ensuite pour les séreuses et par ordre de fréquence pour les méninges, la plèvre, le péritoine, les gaines synoviales. Le corps thyroïde et le testicule sont deux glandes où elles se localisent assez fréquemment. La rate est le seul parenchyme où elles aient été signalées. Elles peuvent occuper les voies biliaires, infiltrer un ganglion mésentérique ou débuter exceptionnellement par un muscle. Un traumatisme, une lésion antérieure, telle qu'un goître (2) ou un angiome (3), peuvent leur servir de point d'appel, mais, le plus souvent, la raison de leur localisation nous échappe.

La symptomatologie est parfois commandée par le siège de la lésion; c'est le cas pour la méningite. Si la suppuration peut s'établir à grand fracas, avec fièvre vive et symptômes réactionnels intenses, on voit, en examinant avec attention les observations jusqu'ici publiées, que les symptômes sont le plus souvent atténués, et la température plutôt subfébrile, oscillant entre 38 et 39 degrés. Il est des cas enfin où, la suppuration débutant par les os, la fièvre peut faire totalement défaut, les symptômes généraux manquer, et la lésion évoluer pendant des mois ou même plus d'une année, sous le masque d'une ostéopathie syphilitique ou d'abcès froids de la tuberculose.

C'est sur cette forme de suppuration froide, apyrétique due au bacille d'Eberth, que nous voulons aujourd'hui attirer l'attention. Les deux observations qui suivent en sont des exemples frappants. La première est un type de suppuration froide et prolongée localisée au périoste du tibia.

G... (Eugène), âgé de 29 ans, a perdu son frère de tuberculose pulmonaire. Il n'a jamais souffert d'aucune manifestation tuberculeuse et n'a jamais eu la syphilis.

En 1885, il a séjourné six mois au Tonkin où il a souffert pendant quatre mois de fièvre intermittente. Les accès sont revenus lors de son retour en France et ont disparu depuis plus d'un an.

En août 1890, il entre dans le service de M. le professeur Dieulafoy pour une fièvre typhoïde, de moyenne intensité. Lors de son entrée, il était malade depuis trois jours et ne séjourna que vingt-trois jours dans le service. Une dizaine de jours après être sorti, il revint de nou-

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892, p. 763.
(2) Kummer et Tavel, Deux cas de strumite hématogène, *Revue de chirurgie*, juin.
(3) Panas, Angiome orbitaire suppuré, *Congrès français de chirurgie*, 5e session 1891, p. 63.

veau à l'hôpital pour une douleur violente, occupant le milieu de la diaphyse tibiale du côté droit. La région douloureuse était le siège d'un simple œdème rose. Le malade était apyrétique et son état général, nous dit-il, était excellent. Il resta seize jours au repos, à l'hôpital, ne recevant d'autre traitement que de simples frictions avec un liniment. Au bout de ce temps, la douleur ayant presque disparu, il quitta l'hôpital et reprit son travail. A partir de ce moment il ne vit plus la douleur apparaître qu'après la fatigue et la marche. Bientôt au niveau de la région douloureuse du tibia commença à s'élever une petite tumeur dont le volume fut bientôt celui d'une noix. Malgré l'existence de cette tumeur, la douleur disparut peu à peu, le malade n'éprouvait plus aucune gêne et c'était pour être débarrassé d'un tænia et être soigné d'une chaude-pisse qu'il entra le 21 juillet 1891 à l'hôpital Necker dans le service de M. Rigal que l'un de nous avait l'honneur de remplacer. Cet homme présentait une bonne santé générale; tous ses organes étaient en parfait état et c'est à peine s'il attirait l'attention sur la petite tumeur qu'il portait encore à la partie moyenne de sa diaphyse tibiale du côté droit. Cette tumeur, grosse comme une petite noix, était longue de 5 à 6 centimètres et large de 3 à 4 centimètres. Elle était nettement limitée, fluctuante, nullement douloureuse à la pression. La peau avait conservé son aspect normal et glissait parfaitement au-dessus de cet abcès sous-périosté.

Le 25 juillet, nous faisons une ponction de l'abcès avec une seringue de Pravaz stérilisée et nous en retirons un pus jaunâtre.

Examen bactériologique. — Le pus de la prise faite par nous contenait en culture pure un bacille arrondi à ses extrémités, mobile, se décolorant par la méthode de Gram, ne liquéfiant pas la gélatine. Il présentait toutes les réactions des cultures du bacille d'Eberth. Sa culture sur pomme de terre était à peine appréciable à l'œil nu, et avait l'aspect d'une traînée humide, semblable à celle que pourrait laisser le passage d'une limace. Les cultures sur bouillon étaient détruites après cinq minutes d'exposition entre 56 et 57 degrés. Les ballons de lait ensemencés et laissés à l'étuve à 37 degrés même pendant quatre mois, ne se coagulaient pas. Les bouillons additionnés de lactose à 2 p. 100 et de carbonate de chaux, mis à l'étuve, ne produisaient aucune bulle de fermentation.

Il s'agissait donc bien dans ce cas d'une suppuration due au bacille d'Eberth, dont l'évolution froide s'était faite durant onze mois, sans réaction générale et sans fièvre.

Voici maintenant l'observation bien plus intéressante d'un malade dont l'histoire est suivie depuis quatre ans. Chez lui des suppurations osseuses généralisées ont apparu sur divers points du corps et ont évolué chroniquement pendant près de dix-huit mois, de façon à simuler des supurations tuberculeuses.

M. G..., âgé de 28 ans, qui n'a aucun antécédent morbide personnel, n'a que les antécédents héréditaires suivants : Mère morte de l'estomac, quatre sœurs mortes en bas âge. Il lui reste quatre frères ou sœurs bien portants.

En novembre 1889, M. G... contracte une fièvre typhoïde. Au bout de trois septénaires, la défervescence se fait, mais le 10 décembre survient une rechute de longue durée, si bien que l'apyrexie n'est complète que le 15 janvier.

Au moment de la convalescence, survient une périostite de la partie moyenne de la table antérieure du tibia du côté droit. On incise le 25 janvier 1890, on retire du pus en assez grande quantité.

On applique un drain, la suppuration persiste abondante pendant deux mois, puis elle se tarit peu à peu, la cicatrice se ferme, mais pendant deux ans, tous les quatre ou cinq jours, s'écoula par la fistule une goutte de pus. Nous avons revu le malade, il y a quelques jours, et actuellement encore, c'est-à-dire quatre ans après le début de la fièvre typhoïde, le fond de l'ancienne fistule est recouvert par une petite croûtelle et laisse écouler, toutes les trois semaines, une gouttelette de liquide séro-purulent.

A la fin de janvier 1890, apparaissent les premières douleurs à la partie postérieure et inférieure de la cuisse du côté gauche. La région se tuméfie peu à peu et reste très douloureuse, jusque vers le 15 mai de la même année. Les douleurs, extrêmement intenses, revenaient surtout la nuit. A partir du 15 mai, les douleurs diminuèrent en même temps que la tumeur s'affaissait, mais, au commencement de juillet, il y eut recrudescence de la tumeur et surtout de la douleur, si bien que le malade, alors en voyage, dut se faire inciser par un chirurgien de province. La tumeur à cette époque était rouge, circulaire, d'un diamètre de 8 centimètres environ et s'élevait de 2 centimètres au-dessus de la surface du membre, au dire du malade. L'incision donna issue à une grande quantité de pus brunâtre. La plaie resta fistulaire et suppurante jusqu'à la fin d'octobre. Elle se cicatrisa à cette époque, mais pour s'ouvrir de nouveau de temps à autre. La cicatrisation complète paraît actuellement définitive, mais une petite fistule s'était encore ouverte il y a trois mois.

Un troisième foyer avait commencé à se développer à la fin de la rechute, sur la face dorsale de la première phalange du médius gauche. Le malade avait d'abord éprouvé des douleurs, puis s'était développée une petite tumeur qui fut incisée dans les premiers jours d'avril 1890. Il s'écoula un pus jaune, épais et la suppuration persista jusqu'au 10 février 1891, époque à laquelle le malade extirpa lui-même un petit séquestre osseux, de quelques millimètres de longueur. La cicatrisation s'opéra dès lors en quelques jours.

Le 8 avril 1891, l'un de nous fut apppelé par M. le Dr Emmanuel Lévy qui avait soigné le malade depuis le début de sa fièvre typhoïde, pour examiner, au point de vue bactériologique, le liquide qu'il se proposait de retirer par ponction d'un abcès qui s'était développé à l'avant-bras gauche, au niveau de l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du cubitus. Notre confrère se demandait si ces dernières manifestations étaient de nature tuberculeuse ou typhique. Déjà, vers la fin de sa rechute, le malade avait ressenti des douleurs intenses en ce point précis du cubitus. Elles avaient sommeillé pendant près d'une année, pour se réveiller en décembre 1890. En même temps que ces douleurs apparaissaient se développait une tumeur, qui, au bout d'une semaine, s'affaissa brusquement. Elle se développa à nouveau fin mars 1891, et lorsque nous fûmes appelés pour en examiner le pus, elle se présentait au point indiqué sous forme d'une masse fluctuante, grosse comme une demi-mandarine.

Nous retirâmes par la ponction un demi-verre de pus jaunâtre, bien lié, qui fut soumis à l'examen bactériologique. Huit jours après, on retira à nouveau par ponction au trocart une assez grande quantité de pus et la cicatrisation fut complète vers la fin de mai.

Pendant toute la longue durée de cette série de foyers ostéo-myélitiques, le malade ne se rappelle avoir souffert, *à aucun moment, de frissons ou de fièvre*. Son état général n'a pas été atteint et il a pu presque tout le temps vaquer à ses occupations.

Actuellement, son état de santé est parfait, toutes ses plaies sont cicatrisées. Seule la cicatrice du tibia laisse,

nous l'avons vu, écouler de loin en loin une gouttelette de liquide séro-purulent.

Examen bactériologique. — Le pus de la prise faite par nous le 18 avril 1891 contenait, en culture pure et en grande quantité, le bacille d'Eberth. Le microbe trouvé présentait tous les caractères signalés dans l'observation précédente. Le pus ne contenait pas de bacilles de la tuberculose.

Cette observation nous montre le bacille d'Eberth séjournant dans le pus dix-huit mois après le début de la fièvre typhoïde et plus de quinze mois après le début des abcès qui le recèlent. Dans aucun cas, jusqu'à présent, on n'a démontré une persistance aussi longue du bacille d'Eberth dans l'économie. Il peut y vivre sans nul doute plus longtemps encore.

Le bacille typhique, après s'être généralisé pour donner une maladie aiguë, peut donc se localiser pour donner une maladie chronique, froide, apyrétique et sans réactions, évoluant par poussées de façon à simuler pendant des années la tuberculose osseuse.

Depuis deux ans, dans divers travaux, nous avons soutenu cette thèse (1), et si nous nous décidons aujourd'hui à publier tout au long nos deux observations, c'est qu'elles ne sont plus isolées dans la science.

L'an passé, un auteur danois, Melchior (2), a publié un cas dont les analogies avec notre seconde observation sont frappantes. Chez son malade, durant plusieurs mois se sont développés, à la suite de la fièvre typhoïde, de véritables abcès froids, osseux et musculaires, dont le pus contenait le bacille d'Eberth à l'état de pureté. Voici la traduction résumée de cette observation :

Chez un jeune garçon de onze ans, pendant la première semaine de la convalescence d'une fièvre typhoïde s'étaient développés, sans cause connue, trois abcès du fémur et de l'humérus ; la cicatrisation mit plus de trois mois à se faire, en dépit de nombreuses interventions. Sept mois environ après le début de la fièvre typhoïde, se formait encore un abcès à la jambe gauche, puis un autre à la face interne du tibia droit ; le premier était un abcès purement musculaire, tandis qu'au fond de l'autre, on sentait l'os dénudé. L'enfant entra à l'hôpital le mois suivant et pendant son séjour se développa un nouvel abcès, qui s'accrut très lentement, comme les précédents, sans symptômes morbides accentués, sans fièvre ni retentissement sur l'état général, sans traumatisme préalable, *pareil en tout à un abcès froid.* Au bout de quatre mois passés à l'hôpital et pendant lesquels il subit plusieurs interventions chirurgicales, le malade sortit. L'un des abcès persistait toujours, les autres paraissaient guéris, mais, au bout de quelques jours, l'un d'eux reparaissait à la jambe gauche et il était encore ouvert au moment de la publication de l'observation, c'est-à-dire six mois après son début. Dans le pus des abcès, on constata le bacille d'Eberth, dont on contrôla toutes les réactions, y compris celle de la lactose.

Le bacille typhique n'est pas, il est vrai, le seul microbe qui, en dehors du bacille de la tuberculose, puisse occasionner des suppurations froides. Dans certains cas exceptionnels, les staphylocoques pyogènes peuvent aboutir au même processus. Déjà, dans sa thèse de 1885, Jaboulay avait trouvé le staphylocoque doré dans les ostéomyélites prolongées et, l'an passé, Walther (3) a publié une observation d'ostéomyélite avec abcès multiples du tissu cellulaire, ayant évolué pendant deux ans sans provoquer aucune réaction. Berger (1), Broca (2), ont publié chacun un cas à peu près semblable et Roger (3) a observé chez un enfant, à l'état de pureté, le staphylocoque doré dans des abcès sous-cutanés, tous ayant évolué sans réaction inflammatoire à la façon d'abcès froids. On peut cependant poser en règle générale que le staphylocoque, en se développant dans le tissu osseux, y détermine des suppurations aiguës. Les cas sont déjà incalculables d'ostéomyélites aiguës, fébriles, dans lesquelles on a trouvé le staphylocoque, et, à notre connaissance, il n'existe encore que quelques rares observations d'ostéomyélite chronique et froide dans lesquelles ce microbe ait été constaté. Le bacille typhique, au contraire, en se localisant sur les os, a une tendance marquée à déterminer des processus chroniques, torpides et froids ou à réactions subaiguës avec température subfébrile. Il n'évolue que rarement avec une température élevée et des phénomènes réactionnels intenses.

Le fait ressort de la statistique des quatorze cas authentiques d'ostéomyélite typhique, avec constatation du bacille d'Eberth, publiés en ces quatre dernières années (4). Dans trois observations (deux observations personne les et observation de Melchior), l'analogie avec les abcès froids de la tuberculose, est nettement indiquée.

Dans le cas récent de Hintze, le malade, quatre mois après le début de sa fièvre typhoïde, voyait se développer un abcès au niveau de la paroi antérieure de la poitrine et un autre au niveau de la table antérieure du tibia droit. L'auteur ne dit rien de la température de son malade, mais la lecture de l'observation prouve une marche chronique et torpide, puisque le malade put reprendre son travail, et ne vint se faire opérer que six mois après le début de ses abcès devenus trop gros et trop douloureux. Dans le pus, Hintze trouva le bacille d'Eberth qui avait vécu dix mois dans le corps de cet ancien typhique.

Chez les malades d'Orloff et de Péan et Cornil, l'ostéite dure des mois, évoluant froidement et par poussées.

Les renseignements manquent sur la température des malades d'Achalme, de Mouisset, de Dupraz. La maladie dans ces cas a été de courte durée et a cédé à une rapide intervention chirurgicale.

Dans les observations de Colzi, de Barbacci, et dans les deux d'Ebermaier, la température n'est que subfébrile et varie entre 38 degrés et 38°,6.

(1) F. Widal. *Exposé des travaux scientifiques.* Steinheil, édit., janvier 1892, p. 9. — P. Dehu, *Rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde.* Th. Paris, 1893, p. 101 et 103.
(2) Melchior, *Tyfus bacillus som Aarsag til Suppuration. Hospitals-Ti dende,* 12 octobre 1892. Copenhague.
(3) Walther, *Soc. anatom.*, 1892, p. 206 et 692.

(1) Berger, Abcès central de la diaphyse du fémur chez un adulte, *Gaz. des Hôpit.*, 5 août 1890.
(2) Broca, *Soc. anatom.*, 1892, p. 209.
(3) Roger, *Gaz. hebdomad.*, 1892, p. 373.
(4) Voici l'indication bibliographique de ces quatorze cas :
Valentini. Beitrag zür Pathogenese des typhus bacillus. *Berlin. klin. Woch.*, 1889, n° 17 (Périostite suppurée du tibia).
Colzi. Suppuration due au bacille d'Eberth (périostite suppurée du tibia). *Lo Sperimentale*, 1892, p. 623.
Achalme. Périostite suppurée du tibia. *Société de biologie*, juin 1890.
Mouisset. Périostite suppurée du tibia. *Lyon médical*, 1891, t. LXVII, p. 326.
Dupraz, *Archives de médecine expérimentale*, 1er janvier 1892, p. 76.
Ebermaier. Ueber Knochenerkrangun bei Typhus. *Deutches Archiv f. klin. Medicin*, 1888-1889, p. 140 (Deux cas : un cas de périostite suppurée du tibia ; un cas de périostite d'un métatarsien).
Barbacci. Périostite suppurée costale. *Lo Sperimenlale*, 1891, p. 356.
Orloff. Exostoses du tibia. *Wratch*, 1889, n° 49.
Péan et Cornil. Exostoses du tibia. *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1891, p. 59.
Melchior. *Loc. cit.*
Ces onze observations sont analysées dans la thèse de Dehu.
Hintze. Ueber die Lebensdauer und die eiterregende Wirkung des Typhus bacillus in Menschlichen Kœrper. *Centralbl. für Bakteriologie*, 10 octobre 1893, p. 445.
Nos deux observations personnelles.

Dans un seul cas, celui de Valentini, la réaction générale est intense, la température s'élève à 40 degrés et encore l'ostéo-myélite coïncide-t-elle avec une rechute.

A la suite de la fièvre typhoïde, on peut donc voir se développer une ostéo-myélite, produite par le bacille d'Eberth, et à évolution spéciale. Si elle est parfois caractérisée par une fièvre vive et des symptômes généraux intenses, le plus souvent elle suit un processus subaigu ou prend l'allure chronique et froide des manifestations tuberculeuses.

Spécificité de l'ostéo-myélite typhique. — L'action du bacille d'Eberth sur le système osseux ne se manifeste donc pas seulement par des phénomènes de croissance et l'apparition de vergetures dont l'apparition est si fréquente chez les adolescents à la suite de la dothiénentérie. Signalées déjà par Chassaignac, les lésions ostéo-périostées de la fièvre typhoïde ont été étudiées depuis une quinzaine d'années dans les mémoires ou les thèses de Keen, de Mercier, d'Hutinel, de Fürbringer, de Wintzel, de Bourgeois, de Bonnières, mais jusqu'ici jamais on n'a fait ressortir la spécificité de l'ostéo-myélite typhique. Comment aurait-on pu le faire avant les recherches bactériologiques ?

La microbiologie a démontré, en effet, en ces dernières années, qu'à la suite de la fièvre typhoïde pouvaient se développer des ostéo-myélites de nature différente, les unes apparaissant à titre d'infection secondaire, relevant des staphylocoques, comme en font foi les observations de Schede et une toute récente de M. Moizard, les autres réellement spécifiques et relevant du bacille d'Eberth. Il y a donc de vraies et de fausses ostéo-myélites typhiques. Si les observations cliniques anciennes ont pu servir de guide pour dégager le type morbide, les seules observations rigoureusement et scientifiquement établies sont celles fournies par les quatorze cas où le bacille d'Eberth a été reconnu. Ces cas seuls peuvent, à l'heure actuelle, servir à établir l'histoire de l'ostéo-myélite typhique. Leur étude clinique, que nous reprendrons dans un mémoire prochain, permet d'assigner à cette ostéite, en raison de ses localisations, de ses signes objectifs, de sa marche, une place à part dans le groupe général des ostéo-myélites.

Voici d'ailleurs, résumés, les traits principaux de l'ostéo-myélite typhique d'après les quatorze observations déjà citées.

La maladie est à peu près aussi fréquente chez l'homme que chez la femme (huit cas chez l'homme, six chez la femme).

En général, on ne signale aucune prédisposition locale des os atteints. Dans trois cas seulement, les auteurs invoquent une cause prédisposante : cal d'une fracture ancienne (Mouisset), choc du tibia sur le fer du lit (Valentini), douleurs antérieures, au niveau du point lésé (Dupraz).

L'âge du sujet et la forme de la fièvre typhoïde dont il a souffert sont les facteurs étiologiques les plus importants.

Si nous défalquons un cas dans lequel l'âge n'est pas noté, nous trouvons que dans 9 observations les malades étaient jeunes, leur âge étant compris entre 11 et 22 ans. Dans les quatre autres cas, les sujets étaient âgés de 28, 29, 38 et 50 ans. Si l'on songe que la fièvre typhoïde est plus rare de 10 à 20 ans qu'elle ne l'est de 20 à 30, on voit, d'après cette statistique, que l'ostéo-myélite typhique affecte une prédilection pour l'adolescence, mais ce n'est là qu'une prédilection, puisque, dans une proportion notable, elle s'observe à un âge relativement avancé, contrairement à ce que l'on observe dans les ostéites dites de croissance dues aux microbes pyogènes, vulgaires.

C'est surtout à la suite des formes à rechute et des formes prolongées que s'observe l'ostéo-myélite typhique.

Elle peut, par exception, apparaître pendant l'évolution de la maladie, au treizième jour par exemple, comme dans une des observations d'Ebermaier, mais, en général, elle est un accident de convalescence. Le plus souvent, elle débute pendant le mois qui suit la défervescence, avec une prédilection pour la première semaine. Tantôt les premiers symptômes se manifestent au moment où le malade met pour la première fois pied à terre, tantôt lorsqu'il se levait déjà depuis plusieurs jours. L'apparition peut être retardée jusqu'au troisième et quatrième mois de la convalescence. Les signes objectifs de certains foyers ont pu se manifester plus d'un an après la fin de la dothiénentérie, mais, en remontant dans les souvenirs du malade, on apprend que, pendant la convalescence, il avait déjà ressenti des douleurs au point lésé et que sa localisation osseuse était ainsi restée sommeillante pendant de longs mois (foyer de l'avant-bras de notre deuxième malade). L'abcès sous-cutané d'origine osseuse peut s'affaisser spontanément sans s'ouvrir, pour s'élever à nouveau au bout de quelques mois (deuxième observation personnelle). L'ostéite peut procéder par poussées et passer d'un os à l'autre, à quelques mois de distance. (observations de Cornil et Péan et de Melchior.)

L'ostéo-myélite typhique a une localisation particulière. Les os longs seuls ont été frappés dans quatorze cas et presque toujours au niveau de leur diaphyse. *Le tibia est l'os de choix* ; il était touché douze fois sur quatorze, ce qui donne une proportion de 86 p. 100. Sept fois un tibia seul était atteint ; dans le cas d'Achalme, le second tibia fut atteint légèrement ; dans les autres cas, différents os du squelette présentaient des altérations en même temps que le tibia.

Les côtes ou leurs cartilages furent deux fois le siège de la lésion. Remarquons à ce sujet que, dans un mémoire récent, Helferich a insisté sur la fréquence des périostites et des périchondrites costales consécutives à la fièvre typhoïde. Il en rapporte huit cas, mais sans examen bactériologique et, d'après lui, cette localisation s'observerait surtout à un âge relativement avancé, de trente et un ans à soixante-trois ans. De fait, un des malades de notre statistique (observation de Hintze) avait trente-huit ans. Enfin le cubitus a été lésé deux fois et le fémur, l'humérus, le métatarsien et les phalanges une seule fois.

La lésion est presque toujours localisée dans les parties superficielles de l'os. Elle a été bien étudiée sur le vivant par MM. Cornil et Péan. Les deux foyers d'élection sont l'épaisseur du périoste et le tissu compact de la diaphyse. Le *périoste* enflammé est infiltré de petites cellules rondes. Dans son épaisseur peut se former un petit foyer en élévation, qui contient de petites cellules rondes libres dans un plasma liquide. Ce petit foyer peut se transformer en un véritable abcès renfermant des globules de pus. Au même niveau, le *tissu compact de la diaphyse* peut être creusé lui-même d'une cavité contenant de la moelle embryonnaire et limitée par des parois éburnées. Cette cavité n'intéresse nullement le canal médullaire. Dans le cas de MM. Cornil et Péan, ces deux foyers, l'un périostique, l'autre osseux, remplis de tissu embryonnaire et de granulations analogues aux bourgeons charnus, communiquaient l'un avec l'autre par une perte de substance de la surface de l'os, comme une inflammation ou abcès en bouton de chemise. Il en était de même dans le cas d'Orloff.

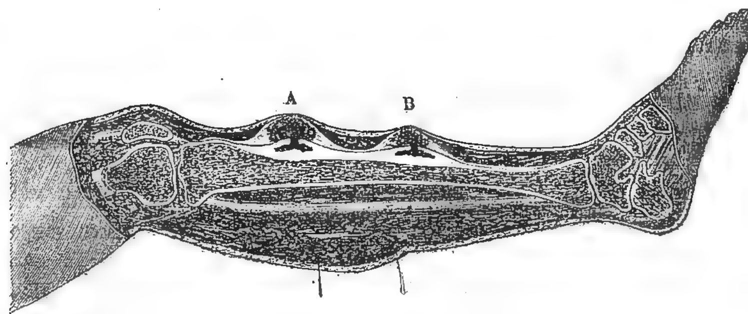
Ces exostoses sous-périostées, au début, ne contiennent donc pas de pus, et leur incision ne laisse écouler que du

sang. Elles peuvent rester ainsi sans suppurer pendant des mois et peut-être des années, mais elles peuvent s'infiltrer de quelques gouttes de pus. Si l'on n'intervient pas à temps, le pus va se collecter pour former un abcès sous-périosté. La collection purulente peut devenir si abondante que le périoste est rompu et qu'un abcès souscutané se forme à distance plus ou moins grande de l'os.

Ainsi se succèdent les altérations de l'ostéomyélite typhique qui commence par une inflammation simple du périoste et de son tissu compact de la diaphyse pour finir par une suppuration sous-cutanée. La lésion peut s'arrêter dans une de ses étapes et se présenter, cliniquement, sous la forme d'une simple exostose ou d'une périostite suppurée aussi bien que sous la forme d'un abcès sous-cutané.

Les exostoses se présentent sous la forme de saillies de quelques centimètres de diamètre. Tantôt elles ont une consistance osseuse, tantôt elles donnent une sensation de fluctuation sans que l'on trouve de pus à l'incision, qui ne laisse écouler que du sang. Elles sont douloureuses spontanément et à la pression, elles s'accompagnent parfois d'un œdème plus ou moins considérable du membre atteint. Leur durée est souvent éphémère, et leur guérison rend inutile toute intervention, ce qui empêche l'examen bactériologique. Au bout de quelques semaines (observations de Dupraz et d'Obermaier), et même de huit et neuf mois (observations d'Orloff et de Cornil et Péan), elles contiennent encore le bacille d'Eberth. L'un de nous (1) a vu ces exostoses durer pendant trois ans et finir par déterminer de véritables déformations d'un membre.

Lorsque la suppuration reste sous-périostée, l'abcès



A et B. Deux foyers ostéo-périostiques du tibia d'origine typhique (Cornil et Péan).

fait corps avec l'os malade. Ses dimensions peuvent être celles d'une pièce de 2 à 5 francs. Il peut évoluer à la façon d'une inflammation aiguë et la peau être chaude et rouge à la surface. Dans ces conditions, il commande une intervention opératoire. Il peut évoluer d'une façon lente et froide et après onze mois de durée ne pas préoccuper le malade qui entre à l'hôpital pour une tout autre cause (première observation personnelle).

La suppuration peut être entretenue par la présence d'un petit séquestre dont l'extirpation suffit à amener la guérison (suppuration du médius gauche de notre second malade).

Les suppurations sous-cutanées peuvent être situées à une distance plus ou moins grande de la lésion osseuse. Lorsque l'os est superficiel, le rapport entre l'abcès et le foyer osseux est facile à saisir. Lorsque l'os est plus profondément caché et placé dans les parties molles, l'origine osseuse peut être plus difficile à dépister. Le diagnostic peut être éclairé si, au fond de l'abcès, on sent l'os dénudé, sinon le doute persiste et l'on peut se demander, comme dans le cas de Rosin et Hirschel, si l'on n'est pas en présence d'un abcès purement musculaire.

La quantité de pus collectée peut varier de quelques gouttes à un quart de litre. Il est, en général, crémeux, bien lié, de coloration blanche ou jaune et sans odeur. Il peut être épais, brunâtre, coloré par des globules rouges. Il contient en plus ou moins grande abondance des bacilles qui peuvent avoir conservé toute leur virulence (observation d'Orloff). Vingt jours après l'incision, alors même que la plaie marche vers la guérison, on peut trouver le bacille typhique à l'état de pureté dans les sécrétions qui imbibent les pansements (observation de Colzi). Enfin, nous avons démontré que le bacille typhique peut se retrouver dans le pus des abcès dix-huit mois après le début de la fièvre typhoïde.

La douleur n'a manqué dans aucune des observations Elle marque le début de la complication. En général elle est d'emblée localisée au point où la lésion osseuse va se développer, mais il se peut par exception, comme dans l'observation de Barbacci, que des douleurs disséminées éclatent tout d'abord pour disparaître au bout de quelques jours et rester purement localisées au point qui dès le début avait été le plus violemment atteint. Ces douleurs sont en général très violentes; elles peuvent être véritablement ostéocopes comme dans la syphilis et le plus souvent elles procèdent par paroxysmes; elles sont soumises parfois à des exacerbations nocturnes. En dehors de toute intervention, elles peuvent disparaître pendant des semaines ou des mois pour reparaître ensuite.

Nous avons suffisamment insisté, dans la première partie de ce travail, sur l'évolution (générale) particulière de cette forme d'ostéo-myélite, pour qu'il soit inutile d'y revenir.

Il est des cas où la simple incision de la tumeur suffit pour amener une guérison rapide; il s'agit sans doute, dans ces conditions, de simples périostites superficielles, souvent la simple incision ne suffit pas à déterminer la guérison, la suppuration se forme à nouveau, pendant des mois, ou la cicatrice reste fistuleuse pendant des années. Dans ces cas, on se trouve en présence d'une lésion osseuse plus profonde, et l'extirpation du foyer nécrosé avec la gouge et le maillet, ou par une couronne de trépan, devient nécessaire pour tarir la sécrétion fistulaire.

Les manifestations osseuses de la fièvre typhoïde sont bénignes, alors même qu'elles déterminent des lésions multiples et des suppurations abondantes, en divers points du corps. Les quatorze cas de notre statistique peuvent être considérés comme pris parmi les plus graves; or, tous ont guéri sans déformations plus ou moins de temps après l'intervention chirurgicale.

De cette étude, il résulte qu'il existe une ostéomyélite

(1) Chantemesse, *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux*, 1890.

typhique, ayant une anatomie pathologique particulière, des localisations spéciales, une symptomatologie, une marche, une évolution qu'on ne retrouve dans aucune autre maladie osseuse. Manifestation véritablement spécifique de la dothiénentérie, cette ostéomyélite dans certaines de ses formes peut simuler les exostoses de la syphilis ou les suppurations froides de la tuberculose. Les antécédents du malade, ou l'examen bactériologique (2e observation personnelle) peuvent dans certains cas être les seuls guides du diagnostic, mais au point de vue nosographique, il suffit d'embrasser d'un coup d'œil l'histoire générale des ostéopathies syphilitiques et tuberculeuses, pour juger des dissemblances profondes qui les séparent des ostéopathies typhiques.

La dissemblance est peut être aussi grande avec les autres ostéomyélites bactériologiquement classées.

Les ostéomyélites aiguës à staphylocoques et à streptocoques ont, d'une façon générale, une étiologie, des lésions, des localisations, une marche, une évolution, des conséquences différentes.

L'ostéomyélite aiguë à pneumocoques est une rareté; elle n'est connue que par les faits récents de Lannelongue et Achard. Cette ostéomyélite a également sa spécificité anatomique et clinique. Anatomiquement, elle est caractérisée par la prédominance de l'arthrite, l'absence d'abcès sous-périostés et de séquestres, cliniquement par une évolution très rapide causant des désordres étendus, par sa tendance marquée à la cicatrisation et à la réparation prompte.

Les ostéites consécutives à la variole ne sont pas connues bactériologiquement. Le travail le plus documenté sur la question est celui de Barrié (1). Dans les quatre cas observés par lui, il s'agissait d'exostoses éphémères.

La clinique nous démontre donc que seule l'ostéomyélite consécutive à la fièvre typhoïde a l'allure spéciale dont nous avons donné la description. La bactériologie vient sanctionner sa spécificité, puisque dans les 14 cas qui nous ont servi à ébaucher son histoire, on a retrouvé le bacille d'Eberth, microbe qui n'a jamais été retrouvé dans une ostéomyélite étrangère à la fièvre typhoïde. Ce fait est en même temps une nouvelle preuve de la spécificité pathogène du bacille d'Eberth pour l'homme.

S'il était besoin d'un nouvel argument pour montrer les différences qui séparent, au point de vue des qualités pathogènes, le bacille typhique du coli bacille, nous dirions, en terminant, que l'observation clinique ne révèle pas l'existence d'ostéite, consécutive à l'évolution des infections coliennes déjà si variées, et dont le cadre s'est singulièrement élargi depuis que MM. Achard et Renault ont montré que ce microbe était une cause fréquente de l'infection urineuse. Si ces ostéites existent, elles doivent être au moins tout à fait exceptionnelles. La bactériologie est d'accord avec ce fait d'observation : à notre connaissance, il n'a pas encore été publié de cas d'ostéomyélite produite par le coli bacille.

(1) Barrié (*Soc. médic. des hôpit.*, 1888).

REVUE DES JOURNAUX

Extraction d'une dent avec déchirure de l'artère et du nerf maxillaires (Ueber einen Fall von Zerreissung der Arteria und des Nervus mandibularis infolge einer Zahnextraction), par Rose (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 44, p. 820). — L'auteur rapporte un cas d'avulsion de la seconde molaire suivie d'une hémorrhagie alvéolaire violente et à caractères artériels. Pour arrêter l'hémorrhagie, on fut obligé de faire le tamponnement de l'alvéole avec de la gaze iodoformée. Lorsqu'au bout de trois jours le tampon fut enlevé, l'hémorrhagie reparut et on fut obligé de placer un second tampon qui ne fut retiré qu'au bout de 8 jours.

L'extraction de la dent fut encore suivie d'une anesthésie complète occupant la gencive, la lèvre inférieure et le menton. La zone d'anesthésie, qui s'arrêtait juste sur la ligne médiane, ne disparut qu'au bout de plusieurs mois.

Ulcère de l'estomac (The treatment of perforated gastric ulcer, with report of successful drainage in a case), par Barling (*British med. Journ.*, 17 juin 1893, p. 1258). — Observation I. — Une fille de 22 ans est prise de douleur abdominale et de faiblesse. Vomissements, hoquet, abdomen distendu. Laparotomie : écoulement de liquide séro-purulent. On ne trouve rien. Mort 24 heures après l'opération. A l'autopsie on trouve un ulcère perforé de l'estomac.

Obs. II. — Une fille de 20 ans, ayant été traitée pour un ulcère de l'estomac, présente des signes de perforation intestinale. Laparotomie : écoulement de liquide séro-purulent; on trouve un ulcère de la paroi antérieure de l'estomac et on le ferme avec des sutures de Lembert. Mort 30 heures après l'opération.

Obs. III. — Une fille de 29 ans fut prise de douleurs abdominales, vomissements et faiblesse. Laparotomie. On trouve un abcès derrière l'estomac. Guérison. Convalescence retardée par une phlébite de chaque jambe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *novembre* 1893.

Présidence de M. Laboulbène

Abcès sous-méningé, ouverture du crâne, guérison.

M. Péan présente une enfant de quatre ans et demi qui reçut au mois de juillet dernier une balle de revolver qui traversa le globe de l'œil droit et pénétra dans le crâne. A la suite de cet accident, la vision de l'œil droit fut complètement abolie et on nota en outre de la céphalalgie, de la fièvre, et plus tard une parésie faciale gauche et une paralysie flasque absolue du membre supérieur gauche ; le membre inférieur correspondant était également parésié.

Le 24 septembre, la petite malade présenta en outre un accès d'épilepsie jacksonienne. L'ouverture du crâne fut alors décidée au niveau de la partie supérieure de la région rolandique ; la pie-mère incisée, il s'écoula environ 200 grammes de pus. Lavage de la cavité purulente, suture de la dure-mère par un surjet de catgut et les parties molles par du crin de Florence; tube de caoutchouc laissé à demeure. Quelques jours après, le rétablissement des mouvements dans les membres fut complet ; plus d'accès épileptique ; la guérison est aujourd'hui bien complète.

Asymétrie.

M. Clozier (Beauvais) signale l'existence très fréquente d'une asymétrie acquise entre les deux moitiés latérales du corps humain. Cette asymétrie est caractérisée : 1° par un abaissement de l'épaule droite ; 2° par des déformations concordantes de la cage thoracique; 3° par des déviations de la colonne vertébrale ; 4° par des déformations du bassin et 5° par le raccourcissement et l'abaissement du membre inférieur droit.

M. Laborde communique trois nouveaux cas de rappel à la vie par les tractions rhythmées de la langue, après trachéotomie.

M. le Dr Larat lit, au nom de M. Gautier et au sien, une note sur la méthode hydro-électrique.

Comité secret.

L'Académie entend en comité secret un rapport de M. Weber sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire. La liste de présentation est fixée ainsi qu'il suit : 1° M. Raillet; 2° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Barrier, Benjamin, Cadiot, Kaufmann et Mégnin.

L'Académie tiendra sa séance publique annuelle pour la distribution des récompenses le 12 décembre 1893.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 *novembre* 1893.

De l'absorption par les voies urinaires.

M. Bazy. — Des faits cliniques observés depuis longtemps m'ont conduit à supposer, malgré l'opinion classique, que la vessie devait être douée du pouvoir absorbant. Des faits expérimentaux poursuivis depuis plusieurs mois m'ont démontré le fait d'une façon péremptoire.

En injectant un poison dans une vessie saine, on peut tuer un animal aussi sûrement qu'en injectant ce poison sous la peau, dans le rectum.

L'erreur dans laquelle on a vécu jusqu'ici reconnaît plusieurs causes, dont les principales me paraissent les suivantes :

1° On a confondu imbibition avec absorption;

2° On n'a pas employé le poison suffisamment actif pour que l'action en fût indiscutable;

3° On a employé des poisons inactifs par rapport aux animaux en expérience.

Je me suis servi pour mes expériences d'une sonde en caoutchouc rouge n° 8 : je n'ai jamais distendu la vessie, de façon à éviter l'intervention de la pression, de façon aussi à éviter de provoquer le besoin d'uriner et à faire passer ainsi l'urine dans l'urèthre ; je n'ai jamais lié l'urèthre pour éviter l'absorption par la muqueuse uréthrale.

Je me suis servi de poisons chimiques et de poisons microbiens.

Dans ce dernier cas, tantôt j'ai injecté le poison microbien pur, tantôt j'ai injecté une culture de microbes.

Les poisons chimiques, pourvu qu'ils fussent violents, m'ont toujours donné des résultats immédiats : quand ils n'ont pas agi immédiatement, ils paraissent avoir eu sur l'organisme une action telle que la mort a pu s'ensuivre à des intervalles plus ou moins éloignés.

La cocaïne, la strychnine, l'acide cyanhydrique médicinal tuent les animaux dans l'espace de quelques minutes ; la cocaïne mise en contact avec une large surface cutanée dépourvue d'épithélium n'a aucune action ; la belladone, le curare, la pilocarpine ne produisent leurs effets que beaucoup plus lentement et ne paraissent agir qu'en imprimant des troubles lents dans la nutrition des cellules.

L'eau paraît absorbée par la vessie : je dis paraît, parce que la démonstration absolument rigoureuse de cette absorption, en se plaçant dans des conditions normales ou très voisines de la normale, ne me paraît pas possible.

L'absorption des poisons chimiques par la vessie me paraît jeter un certain jour sur la pathologie urinaire et fournir l'explication des différences énormes qui existent au point de vue de l'évolution entre les rétentions vésicales et les rétentions rénales, ces dernières permettant la conservation de l'état général et la survie pendant un temps infiniment plus long que les autres.

L'injection vésicale de poisons microbiens produit des effets non moins remarquables.

En prenant un microbe auquel le lapin est très sensible, je veux parler du pneumocoque. j'ai, sur six lapins injectés, eu cinq morts, dont trois sont morts dans l'espace de 5 à 6 jours, avec des exsudats pleuraux et péritonéaux sans lésions rénales, fait très important pour l'histoire des infections urinaires.

Une macération de muscles gangrénés par le vibrion septique a été injectée à deux reprises dans la vessie après avoir été filtrée au filtre Chamberland et a tué le lapin après 20 jours.

Sur quatre lapins auxquels j'ai injecté la substance-pyrétogène de Charrin, deux sont morts, l'un après 7 jours, l'autre après 14 jours.

Les conséquences de ces faits au point de vue de la pathologie humaine sont faciles à déduire et la clarté qu'elles jettent sur la pathogénie des infections urinaires saute aux yeux ; c'est un point sur lequel je me propose de revenir et que je développerai.

J'ai étudié l'absorption au niveau de l'urèthre et au niveau de l'uretère : l'absorption uréthrale m'a paru très active ; l'absorption urétérale beaucoup moins active. Mais quand le liquide toxique arrive au niveau des calices, la mort est foudroyante avec les doses que j'ai employées.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 24 *novembre* 1893.

Hydronéphrose expérimentale.

M. Tuffier présente des pièces d'hydronéphroses expérimentalement provoquées dans le but d'éclaircir certains faits relatifs à la coudure de l'uretère. Ces pièces sont au nombre de quatre :

1° Hydronéphrose obtenue par fixation du rein à la paroi abdominale antérieure ;

2° Hydronéphrose réalisée par mobilisation du rein dans la cavité abdominale et fixation ultérieure à la paroi ;

3° Hydronéphrose avec congestion intense du rein. Le rein avait été mobilisé dans l'abdomen ; l'animal fut sacrifié six jours après l'opération. Cette pièce fournit la démonstration du mécanisme de l'hydronéphrose intermittente ;

4° Hydronéphrose par simple mobilisation d'un rein ; l'autre uretère a été lié. On voit ici la différence des coudures obtenues par la mobilisation et par la ligature.

M. Navarro montre aussi un rein avec hydronéphrose expérimentale par coudure de l'uretère obtenue en mobilisant le rein. Quelque temps après la première opération, faite pour libérer le rein, il rouvrit le ventre et mesura le rein dont le volume, très augmenté, diminua, tout en restant hypertrophié, dès qu'on fit disparaître la courbure. Au cours de cette deuxième laparotomie, l'uretère du côté opposé fut lié : l'animal continua à vivre.

Kyste mixte de l'ovaire.

M. Orillard montre un kyste mixte de l'ovaire qui offre deux larges perforations. Le péritoine contenait 40 litres de liquide.

M. Cornil fait quelques remarques au sujet de la pathogénie des perforations de ces parois kystiques.

Cancer du sein avec généralisation au fémur et à la dure-mère.

M. Dupasquier relate l'histoire d'une femme atteinte de cancer du sein et chez qui se produisit, il y a quelques mois, une fracture spontanée de la partie supérieure du fémur, laquelle ne se consolida pas. Cette femme avait depuis trois semaines des attaques d'épilepsie jacksonienne. A l'autopsie on a trouvé, outre le cancer du sein, les deux fragments de l'os envahis par la néoplasie et entourés d'une coque fibreuse. Il y avait, de plus, généralisation à la face interne de la dure-mère. Une des nodosités cancéreuses de cette méninge avait déterminé une empreinte assez profonde en un point des circonvolutions.

M. Cornil a vu généralement, en même temps que ces lésions de la dure-mère, les os du crâne envahis également avec nodules cancéreux disséminés dans le diploë.

Lipome de la queue du sourcil.

MM. Orillard et **Guépin** présentent un lipome de la queue du sourcil qu'on aurait pu prendre pour un kyste dermoïde. C'était une tumeur du volume d'une petite noix, mobile sous la peau, ferme, à surface irrégulière, mais sans lobulation appréciable, adhérente profondément au périoste du frontal, lequel semblait à son niveau offrir une dépression. Le malade, âgé de 40 ans, disait avoir cette tumeur depuis son enfance. On a vu qu'il s'agissait d'un lipome périostique, vraisemblablement congénital.

Lymphangiome kystique.

M. Delbet a opéré, à la Charité, un enfant de trois mois et demi pour une tumeur congénitale siégeant au niveau de l'apophyse orbitaire externe droite. Cette tumeur avait le volume d'une orange ; elle était mal circonscrite, diffuse, non adhérente profondément. La peau, à son niveau, était œdémateuse. Pendant l'opération, on vit que la peau était envahie et qu'il n'y avait pas d'adhérences aux parties profondes. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un lymphangiome kystique. Cette observation est curieuse à cause de l'anomalie du siège. M. Delbet a pourtant, dans les recherches qu'il a faites, déjà trouvé trois cas de ce genre.

Tumeur du bassin et de la fosse iliaque.

M. Cazenave présente une tumeur très volumineuse enlevée à une femme par M. Picqué. Cette tumeur siégeait sous le péritoine et occupait la cavité pelvienne et la fosse iliaque. Elle fut décortiquée très facilement après incision du péritoine. Il y avait un point adhérent à l'utérus. Il est difficile de préciser l'origine de cette tumeur polykystique. Un examen histologique ultérieur sera communiqué à la Société.

Ictère grave.

M. Durante montre un foie provenant d'une malade qui succomba en six jours à un ictère grave apyrétique. L'examen du sang pendant la vie, l'examen du foie et du sang à l'autopsie ont donné des résultats négatifs au point de vue bactériologique. De même sur les coupes du foie, on ne voit aucun micro-organisme. On n'a pu, d'autre part, relever chez cette femme aucune cause d'intoxication.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 *novembre* 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Action du sang artériel sur la température.

M. Roger. — Lorsqu'on introduit, dans les veines d'un lapin, 8 ou 10 cc. de sang artériel, provenant d'un lapin ou d'un chien, on détermine constamment une *hypothermie* qui dure de 30 m. à 2 ou 3 heures. Puis la température remonte au chiffre initial et s'y maintient exactement.

Si l'on répète l'expérience, en employant non plus le sang total, c'est-à-dire le sang tel qu'il est dans les vaisseaux, mais du sang défibriné ou du sérum, on observe un résultat bien différent : la température, après s'être parfois abaissée légèrement, s'élève au-dessus du chiffre initial : il se produit une *hypothermie* qui se prolonge pendant plusieurs heures.

Cette hyperthermie n'est pas due au ferment de la fibrine, car le chauffage, qui détruit ce ferment, ne modifie pas les effets. Il faut l'attribuer à des substances qui n'existent pas toutes formées dans le sang, mais prennent naissance avec la plus grande facilité. Il existe de même dans les tissus une substance, qui se transforme en corps thermogène, mais ne préexiste pas sous cet état.

La substance hypothermisante du sang s'élimine par les urines. Ce liquide contient de plus une substance thermogène. On peut facilement séparer ces deux corps à action antagoniste : il suffit de précipiter l'urine par l'alcool : les matières insolubles dans ce milieu abaissent la température, les matières solubles l'élèvent.

Le rein joue donc le rôle d'un filtre pour les matières hypothermisantes ; mais il met en liberté la matière thermogène, qui se trouve dans le sang total, sous un autre état.

Ces résultats comportent certaines déductions touchant le mécanisme de la régulation thermique et de la fièvre : ils expliquent pourquoi l'urémie s'accompagne tantôt d'un abaissement, tantôt d'une élévation de la température.

Gastrectomie chez le chien.

MM. Carvallo et **Pachon.** — Voici un chien qui est privé de son estomac depuis cinq mois et qui est en bon état. Il a présenté au commencement un fort amaigrissement : mais actuellement il engraisse de nouveau. Au début on lui donnait du lait qui était assez mal digéré, puis du pain dont l'ingestion provoquait toujours des vomissements d'ailleurs faciles. Dès que le chien a pu accepter des bouillies analogues à celles qu'on donne aux nourrissons, l'état a été meilleur. Il faut remarquer que ces bouillies étaient prises par petites lapées : l'animal mit 14 heures et davantage à ingérer la valeur d'un repas, c'est-à-dire ce qu'un chien bien portant déglutit en quelques instants. La viande cuite est beaucoup mieux digérée que la crue. Sa digestion au moins au début se fait dans un milieu privé d'acide. Nous avons fait ingérer à l'animal 100 gr. de viande faisandée ; il ne s'est produit aucun phénomène d'intoxication.

Dégénérescence rétrograde du faisceau pyramidal.

M. J. Sottas. — Dans quatre cas de lésion transverse de la moelle épinière, d'origine syphilitique, observés dans le service de M. Déjerine, j'ai vu, outre la dégénérescence classique secondaire, une lésion ascendante du faisceau pyramidal.

Emanée de la région dorsale, la sclérose se propage dans la région cervicale en s'atténuant progressivement, en sorte qu'elle disparaît à la partie supérieure de la moelle. A ce niveau, il ne reste que la dégénérescence deuxième du cordon de Goll et de la zone marginale du cordon latéral. Cette dégénérescence ascendante ne semble pas devoir être rattachée ici à destruction de cellules funiculaires (cellules des cordons) de la substance grise ; car si ces cellules fournissent des fibres ascendantes au cordon latéral, ces fibres sont répandues dans toute l'épaisseur du cordon latéral, tandis que la sclérose que j'ai observée était limitée au faisceau pyramidal.

Il s'agit d'une sclérose ou dégénérescence rétrograde qui est à rapprocher des faits étudiés par Gudden, Forel, van Monakow. Ces auteurs ont vu que dans les systèmes de fibres séparés de leurs centres trophiques, outre la dégénérescence wallérienne périphérique, on observe une dégénérescence centripète qui se développe tardivement. Nos malades étaient de très anciens paraplégiques.

Des malformations dentaires chez le singe.

M. Regnault. — On s'est beaucoup occupé des déformations dentaires de l'homme, et plusieurs auteurs les ont regardées comme constituant un signe de syphilis héréditaire. Or elles existent chez les animaux. On a noté des sillons sur les dents des bœufs et des chiens ; et des érosions fréquentes chez ces derniers. Mais elles nous ont paru très communes sur les crânes de singes conservés au Muséum. Nous avons relevé des cas nombreux : d'atrophie dentaire portant surtout sur les incisives latérales, — des intervalles entre les dents, des chevauchements, des dentelures du bord libre ; des irrégularités de surface de la dent formant des facettes multiples ; une barre verticale divisant l'incisive qui n'aurait pas été signalée chez l'homme ; des érosions dentaires ; des sillons. Enfin, on observe des dents s'usant plus à la partie médiane que sur les parties latérales, offrant par suite un bord concave tel que le présente la dent d'Hutchinson. Ce bord concave ne correspond pas toujours à une convexité de la dent opposée : toutes deux peuvent parfois offrir deux concavités qui se font face. Cette altération nous semble constituer le premier degré de la dent d'Hutchinson. Si les dents ne sont pas aussi altérées qu'il arrive chez l'homme, c'est qu'alors l'animal ne pourrait plus subsister.

MM. Richet et **Langlois** ont rasé il y a huit jours un lapin blanc-jaune pour étudier les phénomènes du refroidissement. Or actuellement la repousse des parties blanches est presque insignifiante, alors que celle des parties jaunes dépasse deux centimètres.

M. Frenkel, après avoir constaté comme MM. Bouchard et Charrin que l'urine contient des substances diurétiques et surtout l'urée comme agent de la diurèse, a vu que certaines urines hypotoxiques peuvent contenir des corps anti-diurétiques susceptibles d'être mis en évidence par injection au lapin.

M. de Nabias étudie les cellules nerveuses des gastéropodes et leur continuité avec les cylindres-axes.

M. Rémy Saint-Loup décrit la morphologie composée de l'os carré.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 *novembre* 1893.

Grossesse extra-utérine.

M. Tuffier, venant ajouter un fait nouveau à ceux qui ont été présentés dans la séance précédente, relate une observation de grossesse extra-utérine, dans laquelle il a trouvé un fœtus de 2 mois et demi environ, dans une hématocèle rétro-utérine, en faisant une laparotomie suivie de lavage et de drainage.

M. Reynier ne croit pas qu'il soit utile de drainer ces épanchements qui sont aseptiques, tant qu'ils ne sont pas compliqués de suppuration.

M. Quénu considère au contraire ces épanchements comme étant pour la plupart excessivement septiques, puisqu'ils s'enkystent le plus souvent, alors que le sang aseptique ne s'enkyste pas, ainsi que Vulpian l'avait démontré bien avant que l'on ne connût les réactions inflammatoires des tissus vis-à-vis des agents microbiens.

M. Lucas Championnière ne draine jamais, que l'épanchement soit septique ou aseptique, et se préoccupe seulement de faire un nettoyage suffisant.

Hydronéphrose intermittente.

M. Reynier lit un rapport sur un cas où M. Fr. Hue (Rouen) a guéri par la ponction simple une hydronéphrose intermittente, dont était atteint un officier de cavalerie. Déjà, à plusieurs reprises, la tumeur s'était formée, mais s'était vite évacuée d'elle-même. Après la ponction, qui fut transpéritonéale, elle ne se reproduisit plus : il y a de cela 7 ans. C'est un fait à retenir, car sur 8 cas Terrier et Baudouin n'ont trouvé que deux ponctions utiles, aussi rejettent-ils même la ponction exploratrice. C'est peut-être exagéré, et on est en droit de tenter, sans grand espoir il est vrai, une ponction aseptique. M. Reynier termine par quelques considérations de physiologie pathologique déduites des expériences d'Albarran et Legueu (Voyez *Mercredi*, 1892, p. 195.)

M. Bazy rappelle qu'il s'est élevé contre ces expériences (Voyez *Mercredi*, 1893, p. 137). Il ajoute qu'il vient de faire une seconde uretéro-cystonéostomie (Voyez *Mercredi*, 1893, p.540), chez une femme atteinte d'une fistule uretéro-vaginale qui ne laissait pas passer l'urine lorsque la femme était debout, comme si le poids du rein coudait l'uretère.

M. Reynier ne prend pas parti entre les expériences contradictoires. Il montre seulement que celles d'Albarran et Legueu confirment la loi générale de Cl. Bernard, d'après laquelle l'oblitération complète d'un canal excréteur amène l'atrophie de la glande correspondante.

Lipomes du cordon spermatique.

M. Reynier rapporte une seconde observation de M. Hue relative à un lipome du cordon, pesant 11 livres, chez un homme de 64 ans. La tumeur était hors de la gaine du cordon. Elle s'engageait dans le canal inguinal, et, sans ouvrir ce canal, M. Hue mit une ligature sur un pédicule qui avait encore 3 cm. de diamètre. Malgré une évolution très lente, depuis 1878, le diagnostic avait été sarcome du testicule.

Après avoir rappelé le travail de M. A. Broca sur ce sujet en 1888, M. Reynier relate une vingtaine d'observations analogues, et en particulier, une toute récente de W. Anderson. Il montre les difficultés du diagnostic, surtout avec les épiplocèles. Un point important de l'histoire de ces tumeurs est leur adhérence possible au péritoine, niée par A. Broca, admise par Delbet, par W. Anderson. Il faut retenir, en tout cas que parfois une hernie surmonte le lipome, et M. Hue eût bien fait de pousser la dissection jusque dans le ventre. M. Reynier croit, contrairement à Monod et Terrillon, que ces tumeurs viennent du tissu sous-péritonéal et non du tissu adipeux du cordon.

M. Reclus rappelle qu'il a publié un cas où la tumeur, prise pour un myxome du testicule, et cette fois intra-funiculaire, avait 59 centimètres de tour.

M. Schwarz a opéré un homme chez lequel il y avait coexistence d'un lipome extrafuniculaire du cordon et d'un sarcome du testicule.

Cancer du cæcum.

M. Th. Anger relate l'histoire d'une femme à laquelle il a enlevé avec succès un cancer de la région iléo-cæcale. Il a trouvé, ce à quoi il ne s'attendait pas, la paroi abdominale envahie. Malgré la disproportion considérable des deux bouts intestinaux, il a fait la suture bout à bout et n'a pas eu à s'en repentir, puisque la malade a guéri après une fistulette stercorale temporaire. Mais l'opération fut très difficile et à l'avenir M. Anger fera l'abouchement latéral.

Typhlo-appendicite.

M. Delorme présente des pièces provenant d'un cas d'appendicite dans lequel il a fait la laparotomie et cherché sans succès l'appendice ; le malade a succombé au choc opératoire.

M. Delorme montre ensuite un malade qu'il a opéré il y a 20 mois, pour une typhlo-appendicite tuberculeuse, et qui conserve une fistule rebelle à tous les moyens de traitement ; M. Delorme a proposé la résection du cæcum, mais le malade s'est refusé à une nouvelle intervention.

M. Delbet a opéré dans le service de M. Duplay un cas de hernie crurale, avec sphacèle de l'intestin ; il a réséqué 8 centimètres d'intestin et fait une entérorrhaphie complète suivie de réduction et de guérison sans incidents. La malade ayant succombé trois mois plus tard à un carcinome du pylore, M. Delbet a pu constater le parfait état de la suture intestinale.

M. Tuffier montre un malade qui a subi, 20 jours auparavant, une néphrolithotomie pour calculs rénaux multiples.

M. Mignon présente un malade porteur d'une tumeur veineuse de la région sus-claviculaire.

M. Berger montre une malade atteinte d'un lymphadénome de l'amygdale et des ganglions du cou.

M. Richelot fait un rapport sur plusieurs observations de M. Millot-Carpentier, entre autres une suture du nerf radial au 80e jour chez une enfant de 13 ans. Guérison progressive.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1893.

Présidence de M. Fernet.

Des tractions rhythmées de la langue contre l'asphyxie consécutive à la trachéotomie.

M. Moizard. — Le procédé recommandé par M. Laborde peut être l'occasion de nombreuses applications. Il a donné de très bons résultats dans l'asphyxie par submersion, par inhalation de gaz, etc. M. Laborde a lui-même indiqué les bons effets de la traction de la langue dans les accidents de la chloroformisation.

En appliquant le procédé à l'asphyxie qui peut suivre la trachéotomie, on peut conjurer des dangers contre lesquels on resterait impuissant avec les moyens habituellement employés.

Paralysie motrice, dysphasie et dysgraphie de nature fonctionnelle.

M. Séglas. — Un malade âgé de 20 ans, n'ayant aucun antécédent nerveux, fut pris subitement à son réveil d'incapacité de parler avec symptômes paralytiques du côté droit, sans perte de connaissance. La paralysie n'intéressait que les membres et était systématisée à certains mouvements : préhension et soulèvement des objets pour le bras, station debout et marche pour la jambe ; aucun trouble de la sensibilité. Du côté de la parole les troubles consistaient en aphasie motrice, sans surdité ou cécité verbales, suivies plus tard de troubles de l'articulation. L'intelligence était conservée. Deux ans plus tard, nouvelle attaque, mais les troubles paralytiques ne frappaient que le bras droit et ne durèrent que quinze jours. En même temps on constatait une aphasie motrice avec troubles de l'articulation et de l'écriture qui persistent encore aujourd'hui.

Cet ensemble évolutif et symptomatique doit faire rejeter l'hypothèse d'une lésion cérébrale organique ; l'âge du malade, le mode de début, l'évolution ne justifieraient pas cette manière de voir.

Par contre, les symptômes de paralysie systématisée observés dans ce cas ressemblent beaucoup aux faits d'astasie-abasie et de paralysies de même aspect survenant chez des hystériques. Les troubles de la parole et de l'écriture, par l'aspect qu'ils ont présenté, offrent bien des points communs avec ceux qu'on a décrits chez ces mêmes malades sous le nom de mutisme et de bégaiement.

On ne constatait, à vrai dire, dans l'observation précédente, aucun des stigmates habituels de l'hystérie. Cela n'importe que médiocrement, car les symptômes observés ne peuvent avoir de rapport qu'avec des troubles fonctionnels et c'est ce qui est le plus intéressant à retenir. Cette considération mérite d'être mise en relief quand il s'agit du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde.

MM. Chantemesse et **Widal**. — (V. page 573).

M. Achard. — Je puis confirmer ce que vient de dire M. Widal sur la rareté relative de l'ostéomyélite typhique chez l'enfant. J'ai examiné, en effet, une cinquantaine de cas d'ostéomyélite chez l'enfant, dans le service de M. Lannelongue, et je n'ai jamais rencontré d'ostéomyélite à bacille d'Eberth. Une seule fois j'ai trouvé ce bacille à l'état de pureté dans du pus d'ostéite, mais il s'agissait alors de lésion des côtes. Je n'ai pas trouvé non plus de cas d'ostéite à bacterium-coli; une fois j'ai rencontré ce bacille, mais associé au staphylococcus aureus; dans ce cas le foyer était ouvert et il est possible que le bacterium-coli ait pénétré du dehors et non par voie sanguine.

H. VAQUEZ.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 22 *novembre* 1893.

Gangrène par arrachement de l'artère poplitée.

M. Lagoutte présente l'articulation fémoro-tibiale d'un homme amputé dans le service de M. Poncet pour une gangrène du membre inférieur, développée à la suite d'un violent traumatisme sur le genou. Amputation au tiers inférieur de la cuisse. Une luxation s'était produite, mais incomplète; seul le condyle externe avait été déplacé et le plateau tibial correspondant écrasé. La gangrène avait eu sa cause dans l'arrachement de l'artère poplitée au niveau de l'interligne, sans qu'il se fût produit ni hémorrhagie, ni anévrysme.

Atrophie du côté et du membre supérieur à la suite d'une pleurésie ancienne.

M. Thévenet présente, au nom de M. Lépine, un homme de 59 ans, ex-cuisinier à bord des paquebots, n'ayant jamais eu ni atteinte de malaria, ni de syphilis, ni d'accidents saturnins, mais ayant éprouvé quatre atteintes de rhumatisme articulaire aigu, la troisième compliquée d'une pleurésie gauche, la quatrième d'endo-péricardite. L'état actuel permet de constater un aplatissement marqué de la moitié gauche du thorax, l'atrophie des muscles de l'épaule et l'affaiblissement notable de tout le membre supérieur gauche; en outre, une anesthésie évidente dans la moitié gauche du thorax, de l'épaule et du membre supérieur. Pas d'hystérie. La pleurésie n'ayant pas été ponctionnée, bien que le malade ait été traité dans le service de M. Potain, on ne peut soupçonner une lésion des nerfs de la région. Les faits analogues sont rares et leur pathogénie est difficile à comprendre. M. Lépine, dès 1873, en avait signalé deux cas à la Société médicale des Hôpitaux.

De l'emploi du stérésol pour empêcher la liquéfaction de la gélatine.

M. G. Roux a eu l'idée de remédier à la liquéfaction de la gélatine par quelques micro-organismes s'opposant à la numération des colonies, par l'emploi du stérésol de M. Berlioz (de Grenoble). Ce vernis, composé de gomme laque, de baume de Tolu, de benjoin et d'acide phénique avec quelques parties d'essence de cannelle, a la propriété d'immobiliser immédiatement les colonies liquéfiantes et n'empêche pas le développement subséquent des autres colonies. Ces résultats ont une importance considérable pour l'analyse bactériologique de l'eau dans les milieux solides.

Contribution à l'étude du cancer péritonéal.

M. Sallès relate deux observations d'ascite curable au cours d'un cancer du péritoine. Observations du service de M. Colrat.

Un homme de 76 ans présente une ascite manifeste, sans troubles digestifs. Elle disparaît après un mois de traitement, et l'on ne constate ni tumeur, ni hypertrophie du foie ou de la rate. Un an après, le malade revient à l'hôpital pour anorexie absolue, mais sans ascite, et meurt dans la cachexie. A l'autopsie, on trouve une carcinie miliaire du péritoine sans liquide ascitique.

Un homme de 40 ans a présenté de l'ascite sans phénomènes prémonitoires. L'ascite a disparu après deux mois, mais a été remplacée par un épanchement pleural. Le foie était augmenté de volume. Une laparotomie exploratrice a démontré une carcinie du foie et du péritoine, et donné un litre seulement de liquide hématique.

A propos de la sérumthérapie du tétanos.

M. Courmont rappelle la théorie du ferment soluble que MM. Courmont et Doyon ont exposée à l'Académie des sciences et à la Société de biologie: *La substance toxique qui engendre le tétanos résulte de l'action sur l'organisme récepteur d'un ferment soluble fabriqué par le bacille de Nicolaïer.* Les expériences de MM. Roux et Vaillard ont confirmé la première proposition de MM. Behring et Kitasato: Le mélange *in vitro* de sérum antitétanique et de culture filtrée, injecté à l'animal, ne lui donne pas le tétanos; le sérum des animaux rendus réfractaires prévient sûrement le tétanos. Mais la seconde proposition de MM. Behring et Kitasato est infirmée par les expériences de MM. Roux et Vaillard. Dès que les contractures ont apparu, l'injection du sérum antitoxique reste sans effet, et il est impossible d'affirmer que l'on peut guérir le tétanos déclaré chez les animaux. Si le sérum était antitoxique, il devrait non seulement prévenir le tétanos, mais aussi le guérir à toutes ses périodes, et s'il n'en est rien, c'est que le sérum immunisé est incapable de neutraliser le virus. Or, puisqu'il neutralise la culture filtrée, la toxine et cette culture ne peuvent être identiques. Les choses s'expliquent et se comprennent mieux, si l'on admet, avec nous, que la culture filtrée ne contient qu'un ferment capable de fabriquer la toxine et que le sérum immunisé n'agit que par son action antifermentative dans l'organisme.

P. JUST NAVARRE.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 20 *novembre* 1893.

Hématome de la jambe.

M. Binaud présente une malade qui, à la suite d'une chute survenue il y a six ans, offre une tumeur à la partie supérieure de la face antéro-externe de la jambe. Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, est nettement fluctuante, non douloureuse à la pression; elle est irréductible, non animée de battements et parfaitement transparente; enfin, elle est très mobile sur les plans sous-jacents. Le présentateur croit pouvoir conclure à un kyste séreux consécutif à un hématome et situé dans l'épaisseur du derme.

Ostéite typhoïdique des maxillaires.

M. Breffeil présente une malade qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, a été prise d'une ostéo-périostite ayant amené l'élimination d'une partie du maxillaire supérieur gauche et d'une portion considérable du maxillaire inférieur.

Cancer de l'ovaire.

M. Prat (de Royan) montre les coupes et rapporte l'observation d'un cancer primitif de l'ovaire. La malade, une jeune fille de 17 ans, sans antécédents héréditaires, avait été prise, trois ans avant son entrée à l'hôpital, de douleurs peu intenses mais continues siégeant dans la fosse iliaque droite. Bientôt la malade elle-même constatait dans cette région la présence d'une tumeur très dure de la grosseur d'une noix. Depuis, la tumeur a augmenté de volume et des phénomènes généraux graves se sont montrés. La laparotomie est pratiquée le 20 juillet par le professeur Demons. La malade quitte l'hôpital le 13 août; elle a été revue en octobre dernier, l'état général était devenu excellent et il n'y avait point trace de récidive. L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'un carcinome de l'ovaire.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 15 *novembre* 1893.

Syphilis de la moelle épinière.

M. Gerhardt a observé, depuis 8 ans, 39 cas d'affections cérébrales de nature *sûrement* syphilitique, et 9 cas dont la nature syphilitique ne paraissait pas certaine. Sur ce nombre il y eut 9 cas de syphilis certaine de la moelle épinière, et un cas douteux. La syphilis médullaire s'est donc rencontrée dans une proportion de 1 : 4,5. Quant à ses formes, il suffit de se rappeler que d'après Virchow la syphilis cérébrale est aussi variable dans ses manifestations que la syphilis cutanée et que, sous ce rapport, la syphilis médullaire ne cède en rien à la syphilis cérébrale.

Sur les 9 cas de syphilis médullaire, il y en eut deux qui intéressaient la colonne vertébrale, à savoir la 3e vertèbre cervicale dans un cas, la 11e dorsale dans le second. Le premier malade guérit, le second finit par succomber.

L'étiologie de la syphilis de la colonne vertébrale ne relève pas d'une seule cause. Les vertèbres cervicales, par exemple, peuvent être envahies secondairement par une syphilis descendante du crâne. Cette étiologie n'est pas rare, puisque sur 44 cas de syphilis vertébrale, l'origine crânienne est mentionnée 12 fois. — Dans d'autres cas, la colonne vertébrale est envahie secondairement par une lésion syphilitique profonde du pharynx. Enfin dans un grand nombre de cas la localisation de la syphilis sur la colonne vertébrale est provoquée par un traumatisme.

Si de la syphilis vertébrale on passe à la syphilis médullaire, on a à envisager les enveloppes, et les vaisseaux de la moelle épinière, la moelle épinière elle-même et les racines. Toutes ces parties peuvent être prises séparément. La moelle elle-même est rarement atteinte, le plus souvent ce sont les vaisseaux et les méninges qui se prennent et d'où le processus envahit secondairement la moelle. Aussi souvent dans la grande majorité de cas la syphilis de la moelle se présente sous forme d'une méningite syphilitique ou gommeuse, et dans ces cas on trouve en même temps des lésions des vaisseaux, artères et veines.

Sur les 9 cas observés par M. Gerhardt, il y en a eu deux qui étaient certainement des cas de syphilis cérébro-spinale. Comme phénomènes on retrouvait toute la symptomatologie décrite par Oppenheim : douleurs dans le dos, raideur, douleurs en ceinture, états anesthésiques et paraplégiques, état variable des reflexes, analgésie et paralysie unilatérale de Brown-Séquard.

Pour ce qui est des paralysies de Brown-Séquard, M. Gerhardt, qui en a vu un grand nombre de cas, les considère comme une manifestation de la syphilis gommeuse de la moelle. Les gommes sont ordinairement solitaires et peuvent atteindre les dimensions d'une noix, et leur localisation à une moitié de la moelle s'explique suffisamment par l'anatomie de cet organe et les dispositions de ses vaisseaux. Le traitement antisyphilitique guérit du reste parfaitement la paralysie de Brown-Séquard.

La syphilis de la moelle épinière apparaît quelquefois peu de temps après l'infection, au bout de 3 mois comme on en a cité plusieurs cas. M. Gerhardt a observé également un cas de syphilis précoce de la moelle épinière. Le malade guérit très rapidement. Dans d'autres cas, ce n'est qu'au bout de 10 à 20 ans que la moelle épinière se prend. Dans la syphilis cérébro-spinale, on observe ordinairement d'abord des phénomènes du côté des nerfs crâniens, et les phénomènes paraplégiques ne surviennent que plus tard. Mais les exceptions ne sont pas rares. Ainsi, M. Gerhardt a actuellement dans son service un malade dont l'histoire clinique est la suivante : syphilis en 1876; en 1878, troubles du côté de la gorge qui disparaissent après un traitement spécifique. Plus tard, paraplégie, troubles de la vessie, etc., qui cèdent encore une fois au traitement et le malade reprend son service, mais au bout de quelque temps nouvelle rechute sous forme d'affection cérébrale avec hémiplégie.

Le système vasculaire est souvent pris, et quand même la lésion porte le cachet d'une méningite on trouve les vaisseaux pris. C'est à une affection des vaisseaux qu'il faut attribuer les paralysies brusques des syphilitiques. M. Gerhardt a eu à traiter un ataxique niant la syphilis qui, dans l'espace de deux heures, devint paraplégique avec paralysie des sphincters. On institua un traitement spécifique et le malade guérit de ses paralysies tout en conservant son tabes. Et c'est alors seulement qu'il avoua sa syphilis.

Dans la plupart des cas observés par M. Gerhardt on trouvait le tableau de la paralysie spinale syphilitique telle qu'elle a été décrite par Eberth. Chez 4 malades, syphilitiques depuis 1 à 6 ans, la symptomatologie était celle de la paraplégie spasmodique (Erb) avec paralysie de la vessie. Ces cas se sont développés lentement; n'ont pas eu d'allures graves et ont été améliorés par le traitement.

Le traitement spécifique doit être conduit d'une façon énergique, et il peut réussir. Mais il est des cas où il est impossible de faire disparaître la lésion : tels le ramollissement vertébral ou la sclérose médullaire descendante.

En terminant, M. Gerhardt tient à dire deux mots sur les rapports entre le tabes et la syphilis. Sur les 102 cas de tabes qu'il a eu l'occasion d'observer depuis 8 ans, 51, c'est-à-dire juste 50 0/0, sont survenus chez d'anciens syphilitiques. Le traitement spécifique n'a pourtant pas donné dans ces cas de résultats bien brillants : 6 améliorations et 2 améliorations considérables. M. Gerhardt croit qu'on réussira le mieux avec le traitement spécifique dans les cas tout récents et à forme atyphique.

M. A. Fraenkel a pu faire l'autopsie d'un individu syphilitique depuis 1861, présentant à son entrée à l'hôpital, avec une paraplégie, une paralysie des sphincters et une anesthésie qui remontait jusqu'à la partie supérieure du tronc. A l'autopsie on trouva une pachyméningite spinale.

Quant aux rapports entre le tabes et la syphilis, sur 65 tabétiques observés par M. Fraenkel, un peu plus que la moitié étaient d'anciens syphilitiques.

M. Mendel a observé un cas de paralysie spasmodique à type d'Erb chez un syphilitique héréditaire. L'affection avait débuté à l'âge de 6 ans, et actuellement, le malade en a 32.

D'après M. Mendel, le rapport des tabétiques syphilitiques serait de 70 0/0.

M. Senator admet aussi un rapport entre la syphilis et le tabes et croit que 70 à 75 0/0 des tabétiques sont des syphilitiques.

M. Guttmann a observé plusieurs tabétiques avec atrophie du nerf optique chez lesquels l'administration de mercure a arrêté le processus.

M. Lewin croit que la syphilis prédispose simplement au tabes, mais ne le provoque pas, car autrement il serait difficile d'expliquer l'insuccès du traitement spécifique.

M. Virchow soutient que la question du tabes dans ses rapports avec la syphilis ne peut être tranchée par la clinique, et que, d'un autre côté, il n'existe pas de tabes syphilitique au point de vue d'anatomie pathologique pure. Il faut encore savoir que chez les tabétiques syphilitiques qui se rapprochent des syphilitiques viscéraux, on n'observe pas de phénomènes de syphilis viscérale, et qu'inversement chez les syphilitiques viscéraux on ne trouve pas de phénomènes tabétiques.

M. Gerhardt trouve que les rapports entre la syphilis et le tabes ressortent assez nettement de la clinique.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 21 *novembre* 1893.

Hydrocèle enkystée du ligament rond.

M. Clutton. — J'ai opéré une femme de 39 ans pour une hydrocèle enkystée du ligament rond ; à l'âge de 18 ans cette tumeur s'était formée, on avait cru à une hernie et la malade portait un bandage. Sept jours avant son opération, la tumeur

était devenue irréductible, mais sans entraîner de symptômes d'étranglement. Le sac fut ouvert et je le trouvai complètement indépendant de la cavité péritonéale. J'enlevai ce kyste qui présentait à sa face postérieure une sorte de crête que je considérai comme étant le ligament rond. La malade guérit complètement.

M. Lockwood. — C'est peut-être le bandage qui a interrompu la communication avec l'abdomen. J'ai opéré récemment un sujet atteint de hernie congénitale et chez lequel j'ai dû ouvrir deux sacs accessoires produits par un bandage.

Kyste du canal de Nuck.

M. Wainwright. — J'ai enlevé un kyste du canal de Nuck chez une malade âgée de 16 ans. Ce kyste était situé dans la partie antérieure de la grande lèvre droite, immédiatement au-dessus de l'anneau inguinal externe; il faisait saillie à l'extérieur, tendait la peau, et était à peine mobile. Il était très tendu et était transparent; une bande fibreuse le comprimait en forme de sablier.

Fièvre scarlatine.

M. Dowson. — La scarlatine est endémique dans certaines régions; elle n'y frappe cependant que 5 0/0 de la population. Elle n'atteint guère les sujets ayant dépassé 16 ans. Je crois que la première lésion de cette affection porte sur les amygdales et les ganglions cervicaux; ensuite surviennent des symptômes généraux dus à l'absorption, à ce niveau, de toxines. L'inflammation des amygdales est en effet un des premiers symptômes de la scarlatine. L'examen de 500 malades m'a montré la constance de cette lésion primitive. L'établissement de la puberté paraît diminuer l'aptitude du sujet à contracter cette affection. Quelquefois la scarlatine se réduit à une simple angine; quand il y a des rechutes, elles s'annoncent par une nouvelle angine. Quand la scarlatine a pour porte d'entrée un autre point de l'organisme, l'angine manque. Dans la scarlatine puerpérale, l'angine est à peine marquée. L'immunité acquise n'est en réalité qu'une immunité locale; la première angine entraîne des formations fibreuses dans les amygdales qui sont ainsi protégées contre des attaques ultérieures. L'angine et l'adénite cervicale de la scarlatine sont analogues au chancre et au bubon de la syphilis, à l'ulcération intestinale et à l'hypertrophie ganglionnaire de la fièvre typhoïde.

M. Cayley. — On peut objecter à cette théorie que le malade est encore une source de contagion six ou huit semaines après le début de la maladie, c'est-à-dire à une époque où l'angine a depuis longtemps disparu. Le poison est sans aucun doute contenu dans la peau; j'ai vu bien des cas de contagion ordinaire amenant des scarlatines sans angine. Les scarlatines bénignes intéressant peu la gorge confèrent aussi bien l'immunité que les scarlatines intenses qui amènent une violente inflammation des amygdales.

Méningite à pneumocoques.

M. Kanthack. — J'ai vu récemment un cas de méningite à pneumocoques, sans pneumonie. A l'autopsie on trouva du pus sur toute la surface du cerveau et dans la pie-mère spinale. L'examen microscopique montra des pneumocoques typiques. On fit des cultures sur la glycérine et l'agar; on tua des souris par des inoculations de ces cultures; en prenant le sang du cœur de souris ainsi tuées on obtint des cultures à croissance plus rapide et qui avaient perdu leur virulence vis-à-vis des souris et des lapins. Ces pneumocoques se rapprochaient un peu du streptococcus pyogenes.

Fièvre toxique.

M. Gaster. — J'ai vu un homme qui fut atteint de fièvre intense et qui présenta des taches rouges au niveau des genoux et des coudes. A l'autopsie on trouva une méningo-encéphalite et dans le pus on rencontra le streptococcus pyogenes albus et aureus. Sur 6 cas de pneumonie que j'ai étudiés récemment, j'ai trouvé trois fois de la méningite avec du délire et de la fièvre. Cette méningite n'était pas purulente, mais s'accompagnait d'un exsudat séreux jaunâtre, qui donna des cultures pures de diplocoque de la pneumonie.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séance du 9 novembre 1893.

Carcinome de l'ovaire chez une fillette de 8 ans.

M. Gussenbauer rapporte l'observation d'une fillette de huit ans amenée à la clinique pour une tumeur grosse comme deux poings d'adulte. Cette tumeur, qui occupait le côté droit de l'abdomen et envoyait des prolongements dans le petit bassin, était immobile, molle, résistante, mais non fluctuante et s'était développée très rapidement en l'espace de 2 à 3 mois.

On fit après l'exploration le diagnostic de sarcome. Mais comme la malade présentait en même temps un nævus pigmentaire pileux de la cuisse droite et, au même endroit, une tumeur vasculaire, M. Gussenbauer admit qu'il pouvait encore s'agir d'un tératome.

La laparotomie montra que la tumeur adhérait au grand épiploon et aux parois du bassin. On fut obligé de réséquer la corne utérine droite qui était fusionnée avec la tumeur.

Le soir même de l'opération la malade fut prise de vomissements couleur chocolat où l'examen microscopique permit de découvrir une certaine quantité de sang. Ces vomissements sans autres phénomènes péritoniques cessèrent au bout de 2 jours et demi. La température tomba de 38°5 à 37°, et la malade se rétablit rapidement. Actuellement, un an après l'opération, il n'existe pas encore trace de récidive. La tumeur examinée par le professeur Chiari fut reconnue pour un carcinome médullaire de l'ovaire droit.

Quant aux vomissements, M. Gussenbauer n'est pas loin de penser qu'il faut les mettre sur le compte d'une intoxication par le sublimé. Pourtant l'examen chimique des matières vomies fut négatif au point de vue de la présence du mercure.

Salpingite tuberculeuse et tuberculose péritonéale.

M. Fischel. — Il s'agit d'une fille de 22 ans souffrant, depuis quelque temps, d'une dysménorrhée grave. A l'examen, on trouvait dans l'abdomen, au-dessus de la symphyse, une tumeur allongée tendue, non fluctuante et paraissant dépendre de l'utérus. On fit le diagnostic d'annexite sans trop savoir si l'affection était localisée aux trompes ou aux ovaires.

La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une salpingite tuberculeuse double avec tuberculose généralisée du péritoine. Guérison en 12 jours.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 8 novembre 1893.

Albuminurie intermittente.

M. Weidenfeld pense que les différentes formes d'albuminurie dite physiologique (albuminurie après les marches forcées), l'albuminurie transitoire et l'albuminurie intermittente simple forment un seul groupe dans lequel on trouve des formes de transition servant de trait d'union aux trois groupes en question. Une forme qu'il faut mettre à part est l'albuminurie intermittente revenant à des intervalles réguliers.

M. Weidenfeld a justement eu l'occasion d'étudier cette forme d'albuminurie chez une hystérique asthmatique. Son urine de la nuit et du matin ne contenait pas d'albumine, mais l'urine de l'après-midi renfermait toujours de l'albumine en proportion de 0,4 p. 1000. Jamais on n'a trouvé dans l'urine de cylindres hyalins, ni d'hématies, ni de leucocytes, et depuis 6 mois que la malade est en observation, elle n'a pas présenté une seule fois d'œdème.

L'albuminurie ne s'explique donc pas chez cette malade, ni par des troubles de circulation ou de respiration, puisque son urine du matin ne renferme pas d'albumine.

Le repos absolu au lit fait disparaître l'albuminurie, mais il suffit du moindre travail musculaire pour la faire reparaître, et les exercices forcés ne l'augmentent pas d'une façon bien notable. D'un autre côté, quand la malade, étant couchée dans le lit, fait des exercices avec des poids, l'albuminurie ne reparaît pas.

La seule explication possible pour cette albuminurie est de faire intervenir une action réflexe du système nerveux, action que M. Weidenfeld se reconnaît dans l'impossibilité de préciser de plus près.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE MÉDICALE

La valeur du traitement « successif ou intermittent chronique » de la syphilis, Communication faite au Collège des docteurs de Vienne, le 5 novembre 1893, par le professeur E. Lang, de Vienne.

Les traitements de la syphilis sont très nombreux. Il aurait été intéressant de les comparer entre eux, afin de pouvoir tirer une conclusion pratique, des résultats qu'ils fournissent. Aujourd'hui je me contenterai d'étudier devant vous le traitement « successif ou intermittent chronique » inauguré par le professeur Fournier, de Paris.

On sait que sa méthode est généralement adoptée non seulement en France, mais encore dans un grand nombre de pays étrangers où presque tous les jours elle se fait des adhérents. Comme je tiens la méthode de Fournier pour très nuisible, je considère comme de mon devoir de l'analyser de plus près afin de pouvoir déterminer très exactement sa valeur réelle.

La méthode de Fournier est basée sur la nécessité d'opposer un traitement chronique à une maladie chronique. On sait, en effet, que les manifestations syphilitiques surviennent quelquefois des mois et des années après l'infection et qu'elles disparaissent rapidement après l'emploi des médicaments spécifiques, dits antisyphilitiques. Mais, tandis que nous opposons à chaque cas un traitement approprié à son individualité nosologique, Fournier croit mieux faire en opposant le mercure et l'iode à la marche de la syphilis en général. Son traitement est, comme il le dit, « préventif », et les médecins qui adaptent leur traitement aux particularités de chaque malade sont pour lui des « opportunistes ».

Le mobile de Fournier, quand il essaie de prévenir l'éclosion des accidents syphilitiques par un traitement chronique, est tout à fait humanitaire. Seulement le professeur de Paris n'atteint pas toujours son but, puisque dans son récent livre il signale des récidives au bout de 5, 6, 8 ans, sous forme de syphilis palmaire. Et quand à cette récidive il oppose de nouveau le mercure, n'agit-il pas, lui aussi, en « opportuniste » ?

Il est très curieux de noter les étapes que Fournier a fait franchir à son traitement. De 1850 à 1870, il assigne à son traitement une durée de 9 à 12 mois. De 1870 à 1880, la durée d'un an ne lui paraît plus suffisante : il faut deux ans de traitement pour que l'effet soit complet. De 1880 à 1890, Fournier exige un traitement continué pendant quatre ans, et aujourd'hui il lui assigne une durée qui, dans certains cas, doit aller jusqu'à cinq et six ans.

Voici ce que Fournier comprend comme traitement idéal.

Le malade prend pendant deux mois du mercure (par exemple du protoiodure à la dose journalière de 10 centigrammes), et se repose 4 à 6 semaines. Nouvelle période mercurielle de 6 semaines suivie d'un repos de 2 à 3 mois. Le traitement est ensuite repris encore pour 6 semaines, et le malade se repose encore une fois et ainsi de suite. D'une façon générale, le malade fait 4 cures de mercure pendant la première année, 3 pendant la deuxième, 2 pendant la troisième. Le mercure est alors remplacé par l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour, en moyenne. Le malade fait alors 3 ou 4 cures d'iodure de potassium de 4 à 6 semaines pendant les 4e, 5e et 6e années. En somme, le traitement comprend trois ans de mercure et 2 ou 3 ans d'iodure.

Ce traitement est essentiellement irrationnel en ce sens qu'il méconnaît l'histoire naturelle, l'évolution de la syphilis.

S'il y a malheureusement des cas où les manifestations syphilitiques apparaissent à des intervalles éloignés, il y en a d'autres — et Fournier les signale aussi — où la syphilis s'éteint, guérit pour ainsi dire après sa première et unique manifestation. Dans les cas de guérison, tout traitement réussira, celui de Fournier aussi ; mais dans les cas à manifestations multiples et successives, le traitement doit être conformé *à la maladie et au malade*, et non pas rester uniforme, banal.

Laissons de côté ces considérations pour passer aux chiffres.

Fournier rapporte dans son livre une statistique de 1703 cas de syphilis tertiaire prouvant, d'après lui, l'efficacité de sa méthode. Les antécédents thérapeutiques de ces malades étaient les suivants :

Aucun traitement	217	cas
Traitement de courte durée (au-dessous d'un an)	1662	—
Traitement de durée moyenne (1 à 2 ans)	265	—
Traitement de longue durée (plus de 2 ans)	53	—
Traitement au-dessus de 3 ans	6	—

C'est-à-dire 59 cas de syphilis tertiaire chez des malades traités énergiquement contre 1644 cas de traitement nul ou de courte durée.

Mais cette statistique comporte des objections. Nous avons vu, en effet, que le traitement actuel, d'une durée de 4 ans, n'est mis en vigueur, par Fournier, que depuis 1890. Il est donc plus que probable que le nombre des syphilitiques tertiaires ne peut encore être aujourd'hui considérable, et que forcément il augmentera avec le temps. Et si la statistique avait été faite il y a quelques années, Fournier aurait eu à opposer aux 217 cas non traités 324 cas avec traitement prolongé !

Un point sur lequel Fournier insiste, c'est que son traitement met à l'abri de la syphilis cérébrale. Voici, en effet, la statistique personnelle sur laquelle il s'appuie :

Sur 100 cas de syphilis cérébrale, les antécédents thérapeutiques des malades étaient les suivants :

Traitement mercuriel énergique et prolongé	5	cas
Traitement de durée moyenne, mais insuffisante	6	—
Traitement de 7 à 18 mois	10	—
Traitement trop court (1 à 6 mois)	70	—
Pas de traitement	4	—
Traitement par l'iodure de potassium seul	5	—

On comprend que cette statistique est passible des mêmes objections que la précédente. Mais Fournier en tire une tout autre conclusion. « En chiffres ronds, dit-il, nous avons cinq malades sur 100 ayant fait un traitement sérieux, contre 95 n'ayant subi qu'un traitement insuffisant, court, très court, dérisoire ou nul. D'où il suit mathématiquement que la syphilis cérébrale est 19 fois plus rare à la suite d'un traitement sérieux que chez les sujets insuffisamment traités ou non traités.

Donc, de par cette statistique, le mercure exerce une action efficace et puissante pour conjurer l'invasion de la syphilis sur le cerveau : donc nous sommes en droit de le considérer comme *préventif* de la syphilis cérébrale ».

Cette conclusion est fausse. Car en appliquant le raisonnement de Fournier aux 5 malades traités exclusivement par l'iodure de potassium, on peut appliquer au traitement ioduré tout ce que Fournier dit du traitement mercuriel. Plus encore, il y a dans cette statistique 4 individus qui n'avaient subi aucun traitement. Il s'ensuit mathématiquement que la syphilis cérébrale est 24 fois plus fréquente chez les individus traités que chez ceux qui n'ont jamais été traités !

Continuons l'analyse des statistiques de Fournier. Fournier ne méconnaît pas qu'il existe des cas où les manifestations syphilitiques continuent à se faire jour

malgré un traitement actif et prolongé. Pour prouver l'efficacité de sa méthode. Il cite des cas où, après une période de 5 à 26 ans, ses malades ne présentaient que des manifestations extrêmement légères de la syphilis. Mais, d'un autre côté, il donne aussi un tableau d'où il résulte qu'une seule cure suffit pour débarrasser les malades de leur syphilis pour une période de 5 à 20 ans, voire même pour 34 ans ! « N'y a-t-il pas là, pour nous, matière à méditation ? » dirons-nous aussi avec Fournier.

Ceci montre par conséquent qu'une seule cure donne les mêmes résultats que le traitement successif ou intermittent chronique de Fournier.

Je vais plus loin, et je soutiens que le traitement de Fournier est directement nuisible et qu'il rend graves les manifestations syphilitiques. J'ai pu le constater un grand nombre de fois chez des malades traités par la méthode de Fournier. C'est à ce traitement que j'attribue les insomnies et les divers troubles nerveux si fréquents chez ces malades. Et je ne parle pas encore de la dyspepsie et de la dilatation de l'estomac sur lesquelles Jullien a attiré l'attention.

Pour appuyer mon assertion, je vais encore citer les statistiques de Fournier.

D'une statistique que Fournier a présentée au Congrès dermatologique de Paris en 1889, il résulte que sur 2,395 cas de syphilis tertiaire, 106 ont étéo bservés pendant la première année, 227 pendant la seconde, 256 pendant la troisième ; à partir de la quatrième année, les chiffres vont en diminuant.

Ce qui frappe dans ce tableau, c'est la fréquence de la syphilis tertiaire pendant la première année et son accroissement considérable pendant les deux années suivantes : jamais nous n'avons observé cette fréquence, et la stastistique déplorable de Fournier ne s'explique pas autrement que comme effet de son traitement, c'est-à-dire que le traitement dit préventif fait éclore et d'une façon précoce les manifestations syphilitiques qu'il est censé endiguer.

Autre statistique relative à la syphilis tertiaire. Sur 3,429 cas de syphilis tertiaire, Fournier ne compte pas moins de 1,085 cas où le système nerveux a été touché d'une façon ou d'une autre, chiffre énorme, effrayant, surtout quand on le compare à celui que, pour la syphilis cérébrale, donnent les autres traitements. Il est vrai que Fournier a une tendance à considérer le tabes comme d'origine syphilitique. Mais quand même on défalque du nombre des syphilitiques cérébraux les 355 tabétiques que cite Fournier, on trouve encore 3,074 cas de syphilis tertiaire avec 730 cas de syphilis du système nerveux. Autrement dit, sur quatre syphilitiques, on en trouve un atteint du côté du système nerveux. Si l'on songe que ces cas viennent de la clientèle personnelle de Fournier, on est amené à dire avec Watraszewski que « ce triste résultat est loin de répondre aux espérances du promoteur et des partisans de cette méthode. »

Mon expérience personnelle me porte à croire que cette fréquence de la syphilis du système nerveux doit être attribuée en entier au traitement mercuriel tel que le pratique Fournier. Bien des fois j'ai été appelé, comme consultant, auprès de malades qui, après un traitement à la Fournier, souffraient de maux de tête et présentaient des accidents nerveux variables. Je faisais cesser tout traitement et ces malades voyaient tous leurs accidents disparaître sans médication, après un simple séjour à la campagne ou aux bords de la mer.

Ainsi, Fournier, après avoir constaté l'inefficacité de son traitement continué pendant 2, puis pendant 3, puis pendant 4 ans, exige aujourd'hui que le traitement soit continué pendant 5 à 6 ans. Mais quand, dans quelque temps d'ici, il aura constaté le même échec avec sa médication continuée pendant 6 ans, il aura ou à renoncer à sa méthode ou à augmenter encore la durée du traitement.

Le traitement de Fournier peut être comparé à ce qu'on appelle en politique la paix armée. Le peuple gémit sous le poids du budget destiné à faire face à la moindre alarme, mais il peut être épuisé par les impôts préventifs au point de faire défaut au moment du danger réel. Le syphilitique que l'on imprègne, pendant des années, de mercure et d'iodure pour rendre inoffensif l'ennemi présent dans l'organisme, subit des altérations telles que son organisme ne réagit plus contre les médicaments curatifs, le mercure et l'iodure de potassium, indiqués en cas de retour offensif de la diathèse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 décembre 1893.

Action des projectiles de petit calibre sur le corps humain.

M. Chauvel. — M. le Dr Démosthène (de Bucharest) a envoyé à l'Académie un mémoire relatif à l'action des nouveaux projectiles sur le corps humain.

Ces expériences présentent deux points importants : l'emploi de cartouches de guerre, le tir aux distances réelles. Les deux résultats principaux sont : 1° l'abondance et la fréquence des hémorrhagies immédiates, même quand il n'y a pas de lésions des gros vaisseaux, surtout dans les plaies des viscères ; 2° la rareté extrême de la perforation des os spongieux qui sont comme les autres fracassés avec des pertes de substance considérables.

Donc, avec ces balles, augmentation du nombre et peut-être de la gravité des lésions, nécessité de soins plus délicats, telles sont les conclusions de ces expériences. Il y a loin de là aux opinions des chirurgiens allemands sur ces projectiles « humanitaires ».

M. Chauvel fait remarquer que ces expériences concordent avec celles qu'il a faites avec le fusil Lebel au point de vue pratique ; il en résulte la nécessité de constituer plus solidement encore le service de santé au point de vue du personnel médical et subalterne.

Diabète à évolution lente.

M. J. Worms. — Dans les très nombreux cas de diabète à évolution lente que j'ai jusqu'ici observés, j'ai pu distinguer trois formes spéciales, suivant que le diabète est facilement réductible, irréductible, périodique ou intermittent.

Pour arriver à une longévité normale sans trop de péril lorsqu'on est atteint d'une de ces formes de diabète, il est indispensable, en premier lieu, que tout diabétique sache faire l'analyse qualitative et quantitative de son urine au point de vue du sucre qu'elle renferme.

Dans la forme lente, redoutable, en effet, surtout dans la forme intermittente, il n'est pas indifférent de soumettre à un régime rigoureux une personne qui n'a perdu qu'à un faible degré sa faculté de combiner son sucre ou qui, à un moment donné, la retrouve en totalité.

Il y a aussi à cette notion exacte de l'état de l'urine cet avantage de pouvoir étudier l'influence très variable de certains aliments, notamment de certains fruits, nuisibles pour les uns, inoffensifs pour les autres.

En second lieu, il est de toute nécessité que le plus fréquemment possible on pratique la recherche des autres éléments anormaux de l'urine et surtout la détermination du poids de l'urée.

Il faut enfin montrer aux diabétiques le maniement du pèse-urine, afin qu'ils connaissent toujours la densité de leur urine.

Dès que l'on trouve du sucre dans l'urine chez une personne ayant l'apparence d'une bonne santé, il faut la soumettre à un régime alimentaire plus ou moins rigoureux, selon que le sucre disparaît plus ou moins facilement.

Quelquefois, la diète carnée est nécessaire ; d'autres fois, il suffit de réduire l'usage du pain de 50 à 100 grammes dans les

24 heures, et interdire le sucre, les féculents, les fruits, etc.

Rien ne presse pour arriver au résultat désiré ; souvent on obtient la réduction au quatrième ou cinquième jour avec le régime. Si, au bout de 48 heures, la quantité de sucre n'a pas diminué, il faut prescrire la diète carnée et limiter la quantité des aliments.

Au bout de très peu de jours, en tout cas, on saura à laquelle des trois variétés précitées on a affaire. En matière d'alimentation des diabétiques, la condition essentielle c'est que le régime soit tolérable. Il faut laisser à chaque diabétique le soin de déterminer ce qu'il peut manger sans faire de sucre et de lui en laisser faire une petite quantité (8 à 10 gr. par litre quand il n'y a pas de polyurie), si le régime le fatigue et si son poids diminue.

Dans la forme irréductible lente, il faut être déjà plus attentif sur le choix des aliments et revenir au régime plus sévère dès qu'il se manifeste de la soif, de la polyurie et que la quantité de sucre dépasse 20 grammes par litre.

Dans la forme intermittente que j'ai vue se manifester brusquement par l'apparition d'assez grandes quantités de sucre, il faut arriver assez rapidement à la réduction et laisser ensuite le sujet prendre les aliments qui sont en rapport avec les moyens de brûler son sucre.

En dehors du régime alimentaire, j'ai toujours conseillé aux diabétiques de faire de l'exercice et d'être au grand air le plus possible, puis une cure thermale à Vichy ou à la Bourboule et l'usage du sulfate de quinine de 20 à 30 centigrammes par jour, enfin de l'arsenic dans les cas les plus rebelles.

En associant la quinine au régime, la réduction est obtenue dans un temps plus court et la continuation du médicament permet au diabétique de prendre une quantité plus grande d'éléments hydro-carbonés. Je me suis également bien trouvé d'y joindre les lotions froides sur la tête répétées deux fois par jour, et fréquemment les purgatifs salins.

Tic douloureux de la face.

M. Magitot. — M. le Dr Jarre a lu récemment à l'Académie un mémoire sur la « pathogénie et traitement du tic douloureux de la face ».

Cette affection, connue sous les noms de névralgie spasmodique, névralgie épileptiforme, tic douloureux de la face, etc., est due à une lésion périphérique qui occupe les extrémités terminales de la cinquième paire. Le lieu exact et invariable de cette lésion est une région plus ou moins étendue du bord alvéolaire de l'une ou l'autre mâchoire, région qui est le siège d'une cicatrice consécutive à des accidents antérieurs de diverses sortes. Le siège intra-cicatriciel de la lésion originelle rapproche le tic douloureux de la névralgie dite des édentés et de la névralgie des moignons qui sont, elles aussi, d'origine cicatricielle.

Le traitement rationnel du tic douloureux doit consister dans l'ablation pure et simple d'un segment du bord alvéolaire comprenant le foyer d'origine du mal. Cette ablation doit être extemporanée; elle s'effectue, après incision des parties molles au galvanocautère, par la section à la pince de Liston ou à la scie, suivie de la rugination de la plaie. Cette opération est sans gravité; la plaie, pansée antiseptiquement, guérit ordinairement en quelques semaines sans complications.

Les résultats actuels permettent d'espérer qu'aujourd'hui la thérapeutique est en possession d'un moyen chirurgical simple, rapide et inoffensif de guérison du tic douloureux, affection classée jusqu'à présent dans la catégorie des maladies incurables.

Des albuminuries phosphaturiques.

M. Albert Robin. — J'ai découvert une espèce nouvelle d'albuminurie, liée à un trouble de la nutrition, qui demeure fonctionnelle pendant un temps assez long, aboutit probablement à une lésion rénale, mais qui, pendant sa période fonctionnelle, guérit le plus souvent : c'est l'albuminurie phosphaturique.

Le trouble de nutrition qui l'engendre présente l'arthritisme comme cause prédisposante, le surmenage nerveux et la suralimentation comme causes déterminantes principales.

Il est caractérisé par une dénutrition exagérée, surtout dans les organes riches en phosphore, par une incomplète assimilation nerveuse des phosphates alimentaires, par une déperdition urinaire de l'acide phosphorique, par une dénutrition accrue des globules rouges du sang, par une diminution relative des oxydations.

Son syndrome urologique essentiel consiste dans la coexistence de l'albuminurie avec la phosphaturie et l'ensemble des caractères qui traduisent les troubles nutritifs dont l'énumération précède.

Cliniquement, cette nouvelle espèce d'albuminurie comporte quatre variétés :

1° La première, albuminurie phosphaturique simple, a été comprise jusqu'ici parmi les albuminuries dites cycliques, intermittentes ou physiologiques, dont le groupe artificiellement constitué, subit, du fait de cette séparation, une première dissociation ;

2° La deuxième variété a les apparences cliniques de la neurasthénie, d'où le nom que je lui donne d'albuminurie phosphaturique pseudo-neurasthénique. La guérison, ou tout au moins l'amélioration des symptômes nerveux, de par le traitement dirigé contre la viciation causale des échanges, légitime l'individualisation de cette affection et le démembrement qu'elle comporte dans la neurasthénie.

3° La troisième variété a été confondue jusqu'ici avec la néphrite interstitielle ou avec le mal de Bright; je l'appelle albuminurie phosphaturique pseudo-brightique; ou pré-brightique, indiquant par là que l'on doit la séparer du groupe des néphrites primitives auxquelles elle peut aboutir, si elle n'est pas reconnue et traitée en temps opportun. C'est la variété la plus fréquemment rencontrée.

4° La quatrième variété est l'albuminurie brightique d'origine phosphaturique. Tout semble indiquer qu'elle est la période ultime des variétés précédentes. Elle se reconnaît à la concomitance de la lésion brightique et de ses symptômes avec les troubles de nutrition si caractéristiques des autres variétés. La maladie originelle, d'abord et longtemps simplement fonctionnelle, a fini par altérer l'émonctoire qui prend alors la parole pour son propre compte.

Le traitement, souvent suivi de succès dans les trois premières variétés, a pour base la lutte contre l'étiologie par l'hygiène et le régime alimentaire. Le traitement médicamenteux ne vise que les troubles des échanges et comprend trois indications majeures :

1° Diminuer la désintégration générale dans les tissus riches en phosphore ; favoriser l'assimilation des phosphates fournis à l'organisme, activer les oxydations (huile de foie de morue, arséniate de soude, association des phosphates aux préparations strychniques, magnésie, hypophosphites, phosphoglycérates, sulfate de quinine, extrait de quinquina, inhalations d'oxygène).

2° Favoriser la rénovation des globules rouges du sang (médication ferrugineuse, arsenicale, strychnique).

3° Combattre l'albuminurie (acide gallique, préparations iodo-tanniques, régime lacté mixte).

Ces indications doivent être sériées en étapes qu'on ne parcourra que successivement et qui seront complétées par une cure hydro-minérale (Saint-Nectaire, eaux chlorurées sodiques fortes, Brides).

La constitution du groupe des albuminuries phosphaturiques démontre que l'entité morbide décrite sous le nom de maladie de Bright n'est quelquefois que la complication anatomique d'une maladie antérieure purement fonctionnelle. Et l'existence de ce groupe donne à penser que bien des lésions d'organes ne sont que la conséquence d'un trouble chimique fonctionnel antérieur qui est la véritable maladie, et que si l'on veut prévenir la lésion, si souvent incurable, c'est cette maladie du vitalisme qu'il faut chercher à reconnaître, puisqu'elle est encore justiciable de la thérapeutique.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 16 *novembre* 1893.

Action thérapeutique de la théobromine.

M. Hallopeau a expérimenté ce médicament sur une vieille femme de 84 ans qui avait de l'œdème prononcé des membres inférieurs, sans souffle au cœur ; depuis deux ans on l'avait soumise à la digitaline et aux diurétiques. Il ordonna la théobromine à prendre 2 grammes par jour en 4 cachets de 50 centigrammes chaque. Mais la malade en

prit 2 le soir et 4 le lendemain matin, ce qui faisait 3 grammes en 16 heures.

L'œdème disparut presque instantanément et M. Hallopeau n'en retrouva presque plus trace. La diurèse ne fut pas énorme. Mais la malade ressentit un malaise général, des suffocations, des lipothymies et se crut un moment perdue.

L'œdème ne reparut que peu à peu plusieurs semaines après, et il n'est pas encore revenu à l'état antérieur.

Comme phénomène accessoire, il faut noter une desquamation assez abondante, telle qu'il l'avait déjà observée en pareil cas chez un autre malade.

M. Constantin Paul. — Comment se fait-il que la théobromine qui est extraite du chocolat soit un diurétique, alors qu'il n'a jamais été noté que le chocolat en fût un ?

M. Crinon. — Il faudrait comparer la théobromine au cacao, car, pour faire le chocolat, le cacao est torréfié et ne renferme plus alors les mêmes principes. Il en est de même du café torréfié qui n'a pas la même quantité de caféine que le café vert.

M. Jasiewicz. — Le café vert est-il véritablement diurétique en infusion, comme le prescrit le codex ?

M. Constantin Paul. — Le café vert n'est pas diurétique.

M. Crinon. — La cause en est que le grain de café vert est extrêmement dur et se laisse difficilement pénétrer par l'eau en infusion.

M. Constantin Paul. — La caféine est un diurétique douteux ; elle est bien difficile à retirer du café ; la caféine du commerce n'en provient pas. M. Germain Sée a noté que la caféine n'est pas diurétique comme la théobromine. Le café a une action très différente suivant son mode de préparation. La caféine qui s'obtient en torréfiant le café est diurétique et se trouve dans le café préparé par infusion à la vapeur, comme dans les cafetières russes. Au contraire, le café turc qui se fait par décoction laisse évaporer la caféine. On peut en boire impunément, à l'exemple des Turcs, un grand nombre de tasses dans la journée.

M. Main. — L'action de la théobromine n'est pas déterminée. Pour les uns, elle agirait en relevant la tension sanguine ; pour les autres, il ne se produirait aucune modification sur le cœur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 *novembre* 1893.

En ouvrant la séance, M. le président Périer, aux applaudissements unanimes de ses collègues, adresse à M. le professeur Verneuil l'allocution suivante que nous sommes heureux de reproduire textuellement.

« Cher et éminent collègue,

» Vous excuserez mon indiscrétion si je divulgue que, par une heureuse rencontre, c'est aujourd'hui le 70e anniversaire de votre naissance.

» Un anniversaire de naissance se fête toujours en famille ; fêtons le vôtre ici même où vous avez tous les droits d'un chef de famille.

» Je viens donc au nom de nos collègues vous dire que nous saisissons avec bonheur cette occasion de vous témoigner publiquement nos sentiments de reconnaissance et d'affection pour la part si grande que vous avez prise à établir le renom de la Société de chirurgie.

» Vous en êtes membre depuis l'année 1852, et pendant plus de quarante ans vous y avez déployé sans arrêt l'activité la plus féconde.

» Vous en avez fait votre confidente ! Pas un de vos travaux dont elle n'ait eu la primeur ! Que de discussions fructueuses vous y avez soulevées ! Combien où votre intervention a porté la lumière ! En est-il même une seule de quelque importance qui ne vous ait amené à cette tribune ?

» Vous avez cultivé passionnément tout ce qui touchait à notre art et entretenu chez vos collègues comme chez vos élèves une ardeur qui, sous votre aiguillon, ne pouvait se ralentir.

» Vous nous avez fait comprendre quel droit à l'estime et au respect de tous peut acquérir un homme dont la passion dominante est un amour profond de la science et du prochain.

» Vous avez eu la bonne pensée de vouloir nous exposer aujourd'hui quelques-unes de vos idées sur des faits de haute chirurgie ; nous sommes heureux de voir que chez vous la valeur ne s'éteint pas avec le nombre des années, et nous avons hâte de vous entendre. »

Sarcome de l'amygdale.

M. Verneuil vient d'opérer un jeune homme atteint d'un sarcome amygdalien ayant envahi le voile du palais et la base de la langue. Il se résolut à l'extirpation et la fit, selon sa coutume, par la voie géno-sous-maxillaire dont il se sert depuis 1875, qu'il a décrite devant la Société en 1884 et que plusieurs de ses élèves ont adoptée. Il est en effet reconnu aujourd'hui que pour les opérations de ce genre — qu'il faut, quoi qu'on en ait dit autrefois, pratiquer sous le chloroforme — une opération préliminaire pour créer une voie artificielle est indispensable. Il faut avoir beaucoup de jour, et, en outre, combiner les incisions de façon à faire l'hématose par ligature préventive de la carotide externe ou de la linguale et de la faciale et à enlever en même temps les ganglions dégénérés. Suivant les cas, on sectionne ou non le maxillaire inférieur, que la plupart du temps il vaut mieux laisser intact. Pour ce faire, M. Verneuil taille et relève un lambeau trapézoïde adhérent à la joue, longeant en bas la mâchoire inférieure et allant de la commissure labiale à l'angle de la mâchoire.

Dans le cas actuel, l'exérèse de la tumeur, après les temps préliminaires qui viennent d'être mentionnés, fut faite au thermocautère, en partie en passant entre les mâchoires écartées, en partie par la voie sous-maxillaire. Fidèle à ses habitudes pour les plaies externo-cavitaires, M. Verneuil ne réunit pas la plaie. Lavage de la bouche au chloral à 2 0/0. Au 19e jour, le malade quittait la maison de santé, n'ayant jamais eu de fièvre, parlant et déglutissant bien et ayant encore une plaie fort minime à cicatriser.

M. Verneuil termine en insistant sur l'utilité du traitement post-opératoire par l'arsenic (4 gouttes de liqueur de Fowler par jour) pour prévenir les récidives après l'extirpation du cancer.

M. Maunoury a pratiqué sept opérations par la même voie, dont trois, il est vrai, avec résection du maxillaire inférieur, et deux avec section de cet os.

Anévrysme artério-veineux du sinus caverneux.

M. Dieu montre pour la seconde fois le malade qu'il a déjà présenté le 15 juillet 1891 (voyez *Mercredi*, p. 367). Après un vigoureux éternûment, les signes ont cessé, et le sujet reste guéri.

Anévrysme de l'artère iliaque externe.

M. Quénu présente un clown, syphilitique et alcoolique, qui porte un anévrysme menaçant de l'iliaque externe droite et un anévrysme plus petit de la fémorale droite sous l'arcade. Il demande l'avis de ses collègues sur la thérapeutique à suivre. La plupart conseillent la ligature à droite, suivie d'extirpation de la poche, si elle est possible, sans méconnaître la gravité considérable du cas. Mais ils considèrent que c'est à tenter, le malade étant perdu sans cela.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 1er *décembre* 1893.

Mammite chronique.

M. Ravanier présente une tumeur du sein enlevée par M. Nélaton. Il s'agissait d'une femme de 60 ans qui présentait les signes fonctionnels et généraux du carcinome mammaire. La tumeur était arrondie avec des lobules sensibles sous le doigt ; il y avait rétraction du mamelon ; on ne trouvait pas d'adhérence profonde. A la coupe, on reconnaît par places des fusées d'aspect puriforme, mais qui sont formées de lait riche en matières grasses ; le tissu cellulaire péricanaliculaire est fortement épaissi.

Cachexie pachydermique.

M. Guinon a observé un enfant de l'âge de 13 ans, à l'hôpital des Enfants Malades ; il avait une taille au-dessous

de la normale ; sa voix était faible, ses parties génitales non développées, mais l'intelligence était conservée. Il présentait de la dyspnée avec cornage ; il mourut subitement par spasme de la glotte. M. Guinon montre la photographie de cet enfant faite de son vivant. Il existe aux membres et au cou des bourrelets cutanés. On pouvait penser pendant la vie qu'il s'agissait de cachexie myxœdémateuse. Mais l'autopsie révéla qu'il n'y avait sous le derme intact qu'une très forte épaisseur de tissu adipeux. Le corps thyroïde était réduit à 3 ou 4 vésicules à peine visibles à l'œil nu. Le larynx était infiltré de graisse et c'est sans doute ce lipome intra-laryngé qui a causé la mort. Le tissu musculaire des membres était normal, il n'y avait ni mucine, ni graisse dans les viscères, mais au cœur, les cellules musculaires avaient perdu leur striation et étaient dégénérées ; le corps pituitaire était intact.

Anévrysme de l'aorte.

M. Dupasquier a fait l'autopsie d'une femme morte dans le service de M. Dieulafoy — dix heures après son entrée ; elle présentait les symptômes de l'asystolie à sa période terminale, les extrémités étaient froides, le cœur battait faiblement. On ne put poser de diagnostic avant la mort. L'autopsie montra qu'il existait une symphyse cardiaque avec des loges remplies de sérosité. Contre le cœur droit, il existait une poche contenant des caillots cruoriques et fibrineux. Cette poche communiquait avec la portion intra-péricardique de l'aorte.

M. Letulle fait remarquer qu'on ne voit au niveau des valvules sigmoïdes que l'orifice de l'artère coronaire droite. Il en déduit qu'il s'agit d'un anévrysme de l'artère coronaire gauche.

Hydronéphrose expérimentale.

M. Navarro présente des reins de chiens auxquels il a fait absorber de l'oxamide. Il a obtenu ainsi des calculs rénaux qui ont obturé l'uretère et il s'est produit une hydronéphrose consécutive. Ces chiens sont morts d'urémie.

Fibrome utérin avec poches kystiques suppurées.

M. Reymond rapporte l'observation d'une femme qui a présenté pendant sa vie les symptômes de fibromes de l'utérus et qui est morte au milieu de phénomènes infectieux. A l'autopsie, on trouva une masse fibreuse, volumineuse, comblant la cavité de Douglas, avec des adhérences multiples au rectum et à l'intestin grêle. Cette tumeur, qui paraît faire partie de la face postérieure de l'utérus, présente des cavités kystiques multiples, les unes remplies de matière colloïde et les autres de matière puriforme. On a cultivé ce pus et on y a reconnu la présence du bactérium coli. On peut penser *a priori* que la porte d'entrée de l'infection est le tube digestif, bien que la muqueuse ne paraisse pas altérée.

Tumeur de la région parotidienne.

M. Zuber présente une tumeur enlevée par M. Monod à une femme de 59 ans. Il était apparu, il y a 20 ans, un petit nodule en avant de l'oreille. Il augmenta progressivement jusqu'à ces temps derniers, et la tumeur, mobile sous la peau et sur les plans profonds, présentait le volume d'une tête d'enfant. Il n'y avait aucun trouble fonctionnel, pas de ganglions dans le voisinage, pas d'ulcération de la peau. Il s'agit d'une tumeur mixte dont on fera l'examen histologique ultérieurement.

Sarcome tendineux des doigts.

M. Pilliet présente les coupes d'une tumeur, enlevée par M. Tillaux à l'annulaire gauche d'une femme âgée de 28 ans, du volume d'une petite noix. Elle était fluctuante, non adhérente à la peau, fixée aux tendons du fléchisseur. Il s'agit d'une tumeur à myéloplaxes.

M. Heurtaux (Nantes) a décrit trois cas semblables. Les auteurs disent que ces tumeurs sont centrales ou périphériques. Après celles-ci il faut placer les sarcomes parostéaux qui se trouvent sur les aponévroses ; on doit ajouter la variété tendineuse.

G. Dagron.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 *novembre* 1893.

Sur la structure intime des plaques terminales des nerfs moteurs des muscles striés.

M. Charles Rouget. — Lorsque, dans une communication à l'Académie en 1862, je fis connaître l'existence des plaques terminales des nerfs moteurs chez les vertébrés supérieurs, j'affirmais que cette plaque d'apparence granuleuse était la continuation du cylindre-axe, et constituée par la même substance que lui. Une opinion contraire, émise d'abord par Hühne, qui prétendait que la substance granuleuse n'était que le support (*Plattensœhle*, pied de la plaque) de la véritable plaque nerveuse, constituée par des fibres pâles plus ou moins ramifiées (arborisations), ne tarda pas à prévaloir en Allemagne et même en France.

Dès 1866, je présentai à l'Académie, avec des photographies microscopiques à l'appui, une note établissant que « les fibres pâles et sans moelle qui pénètrent dans la plaque, ne sont pas distinctes de la substance granuleuse fondamentale de la plaque et se continuent avec elle comme les nervures d'une feuille avec le limbe... ; que les divisions therminales du cylindre-axe du tube nerveux moteur constituent, en s'anastomosant et se fusionnant, l'expansion terminale de substance finement granuleuse.

Mais comment s'établissent les connexions entre les dernières divisions visibles des fibres pâles et la substance d'apparence granuleuse ? quels sont les éléments qui constituent cette couche de la plaque terminale, la plus importante de toutes, puisque c'est en elle que se fusionnent toutes les divisions du cylindre-axe, et que, de plus, c'est elle qui est en rapport intime, en contact immédiat, avec la substance contractile ? C'est seulement dans l'hiver de 1880 que j'obtins une solution complète de ce problème délicat. Depuis cette époque, j'ai pu, à plusieurs reprises, démontrer aux auditeurs de mes cours au Muséum la véritable structure des plaques terminales motrices, à l'aide de projections de clichés photographiques, images directes de mes préparations microscopiques.

Ce sont les planches phototypiques, reproduction exacte de ces clichés et de mes préparations, sans aucune retouche, et sans autre intermédiaire que la lumière, que je mets sous les yeux de l'Académie. De leur examen on peut, je crois, conclure sans hésitation : 1° que les plaques terminales forment un tout compact et bien limité, ne présentant entre les éléments qui les constituent ni ces lacunes, ni ces intervalles vides que présentent les images des préparations au chlorure d'or (arborisations de Ranvier). Ces ramifications du cylindre-axe sont, jusqu'à leur terminaison ultime, juxtaposées, pressées les unes contre les autres.

Les divisions de premier ordre du cylindre-axe forment déjà, par leurs anastomoses, un plexus rétiforme à grandes mailles, d'où se détachent des ramifications de plus en plus fines qui forment, par leurs anastomoses plus serrées, des arcades (vues de profil) ou un réseau (vues de face) à mailles fermées.

Ce sont les images imparfaites de ces arcades ou de ces réseaux, ou celles de la coupe optique des filaments qui les forment, qui ont donné l'illusion de l'aspect granuleux ou de prétendus cils (*Ciaccio*, *Krause*). C'est, en effet, ce réseau terminus qui, en contact immédiat avec la substance contractile, constitue en réalité la substance granuleuse, la prétendue semelle de la plaque. Il est de tous points semblable à celui que j'ai décrit comme lame nerveuse terminale de la plaque électrique de la torpille ; il est de plus, son équivalent physiologique. Les plaques terminales reproduites par les photographies ci-jointes proviennent, les unes (1880) des muscles costo-peauciers de *Coluber natrix*, les autres des muscles de la cuisse de *Lacerta ocellata* (1866) traités tantôt par l'acide chlorhydrique dilué au 1/1000, tantôt par une solution saturée de sel marin à 25 0/0 et, dans ce dernier cas, soumis à un lavage assez rapide avec la solution au 1/1000 d'acide chlorhydrique. Les muscles étaient pris sur l'animal vivant fortement curarisé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er *novembre* 1893.

Sarcome du poumon.

M. Ferrand montre un dessin représentant la disposition d'une tumeur primitive du poumon. Il s'agissait d'un sarcome du poumon gauche, comme le prouva l'examen histologique. (Voy. *Mercredi*, 1893, p. 567).

M. Bourcy rappelle un cas analogue au point de vue clinique qu'il observa à la maison Dubois. Dans ce cas aussi le

diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre un épanchement et une tumeur du poumon. La présence de ganglions sus-claviculaires permit de trancher la question.

M. Troisier fait remarquer que la présence de ganglions sus-claviculaires peut aider au diagnostic de cancer organique, mais elle n'indique pas le siège du cancer ; elle n'implique surtout pas l'idée d'un cancer pulmonaire.

M. Fernet. — L'existence de ganglions à distance n'a peut-être pas le caractère pathognomonique qu'on voudrait lui attribuer. Les adénopathies n'ont pas toujours une signification en rapport avec la présence d'un cancer. Certaines tuberculoses peuvent provoquer aussi l'apparition d'adénopathies.

M. Troisier. — A coup sûr, toutes les adénopathies ne signifient pas qu'il existe un cancer viscéral, cependant il y a certains ganglions qui paraissent en relation plus directe avec les tumeurs malignes. Notamment, l'hypertrophie du ganglion de la partie interne du ganglion sus-claviculaire paraît signifier le plus souvent qu'il existe un cancer viscéral. L'adhérence de la peau au ganglion enflammé vient encore confirmer le plus souvent cette idée.

M. Catrin a vu chez un malade, atteint probablement de tuberculose, une adénopathie assez généralisée qui a guéri progressivement et qui ne présente plus actuellement que ce ganglion induré de la région sus-claviculaire.

M. Rendu. — Certainement, l'existence d'adénopathies dures dans diverses régions insolites doit faire présumer qu'il y a quelque tumeur maligne viscérale. Mais on peut voir des adénites localisées, persistantes, qui ne s'expliquent pas de cette façon.

M. Troisier. — Certaines adénopathies dont on ignore d'abord la nature sont suivies à longue distance d'un cancer viscéral. Dans un cas, l'adénite a précédé de 20 mois l'apparition de la déchéance organique. On ne peut donc citer comme preuves contraires que les cas qui ont été observés pendant de longues années.

Abcès du foie.

M. Laveran. — La question de la stérilité des abcès du foie reste toujours à l'ordre du jour. J'ai observé récemment deux cas de cette affection, consécutifs à la dysenterie. Le premier de mes malades fut opéré, mais succomba à la dysenterie chronique. Le second était atteint depuis longtemps de dysenterie, d'accès palustres, et on pouvait supposer, à cause de certains symptômes, l'existence d'un abcès du foie.

Une ponction faite le 8 novembre permit de reconnaître la suppuration. Le 10, on retirait un litre de pus.

L'examen histologique ne permit pas de trouver des amibes.

L'examen bactériologique pratiqué avec le plus grand soin montra la stérilité absolue du pus. Kartulis a retrouvé souvent le staphylococcus pyogenes aureus et l'albus ; d'autres auteurs ont fait des constatations analogues. Sur 9 cas, Zancarol aurait rencontré 8 fois le staphylococcus albus, etc. Ces résultats paraissent donc discordants. La contradiction est plus apparente que réelle. Si l'on étudie les observations, on voit que les cas où le pus a été stérile concernaient des abcès à marche lente. C'est ce que j'ai pu constater quatre fois pour ma part. Aussi à Paris rencontre-t-on plus souvent du pus stérile qu'en Algérie et dans les pays chauds où les abcès évoluent avec une plus grande rapidité, et où, tout au moins, on intervient dans la période aiguë. Une recherche intéressante serait de savoir si les micro-organismes peuvent vivre dans ce pus stérile.

Kartulis a retrouvé les amibes dans le pus des abcès du foie consécutifs à la dysenterie. J'ai fait des recherches en ce sens, car il s'agissait chez mes malades d'abcès d'origine dysentérique. Ces recherches ont été négatives ; peut-être une fois ai-je rencontré des amibes mortes, mais dans ce cas leur reconnaissance est fort difficile.

M. Hanot. — Il y a trois ou quatre mois, je fus appelé pour voir une négresse qui, depuis quelque temps, se plaignait de douleurs persistantes sous les fausses-côtes. On finit par trouver, au bout de cinq mois, une tumeur fluctuante qui ponctionnée donna du pus. L'opération confirma le diagnostic, on retira un demi-litre de pus. Ce pus était absolument stérile.

M. Netter. — Nous pouvons assurément dire que nous n'avons rien trouvé dans ces pus stériles. Peut-on dire qu'il n'y a rien ? Ce serait aller trop loin et autoriser une tranquillité qui pourrait être dangereuse.

M. Laveran. — Il est bien évident que la stérilité du pus des abcès du foie ne doit pas nous les faire considérer comme inoffensifs. Les malades sont souvent des fébricitants et leur affection peut se compliquer d'une façon dangereuse si l'on n'intervient pas.

Arthrite scarlatineuse.

M. Richardière. — Deux malades atteints de scarlatine présentèrent dans la convalescence de la maladie des complications rhumatismales à prédominance osseuse. Un cas se termina par ankylose avec un certain degré d'atrophie.

Cette forme de rhumatisme se caractérise par son apparition tardive, par l'élévation vive de température qu'elle détermine. Comme symptômes on constate des douleurs vives, comme dans le rhumatisme noueux, mais il n'y a pas d'ostéophytes ; l'atrophie musculaire est également précoce et marquée. Il faut retenir aussi la terminaison possible par ankylose ; cela rapproche cette forme du rhumatisme blennorrhagique, cela indique également la nécessité d'instituer un traitement méthodique afin de conserver la liberté de la jointure.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 décembre 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Cholécystite typhique purulente.

MM. Gilbert et **Girode**. — Dans un travail antérieur nous avons mis en relief l'infection ascendante des voies biliaires par le bacille typhique, et montré qu'elle constituait une des modalités principales de l'action de la fièvre typhoïde sur le foie. Des faits semblables ont été rapportés par E. Dupré et Chiari.

Voici un nouveau fait qui confirme et complète nos remarques précédentes. Il s'agit d'une femme de 45 ans ayant été atteinte d'une fièvre typhoïde moyennement sévère, au cours de laquelle des manifestations importantes s'étaient produites du côté du foie : on avait trouvé une tuméfaction paraissant bien correspondre à la vésicule biliaire malade et distendue. Or, quoique cette tuméfaction eût diminué pendant la convalescence, la malade, cinq mois après la fièvre typhoïde, était amenée à demander des soins à MM. Terrier et Hartmann, qui trouvaient une cholécystite calculeuse, et pratiquaient une cholécystectomie. La vésicule contenait un gros calcul et de la bile manifestement purulente à l'œil nu et au microscope. La paroi vésiculaire était enflammée et épaissie ; sa surface interne était assez unie et rouge. L'examen bactériologique du pus a montré la présence du bacille typhique en culture pure ; ce microbe a été régulièrement spécifié par l'ensemble de ses réactions habituelles. Sur les coupes microscopiques, la vésicule montre vers la surface une épaisse nappe embryonnaire, et plus profondément des traînées et îlots de cellules lymphatiques infiltrant toute la muqueuse. Les coupes colorées au bleu alcalin montrent des amas de bacilles typhiques au milieu des accumulations lymphatiques précédentes, ou même en plein tissu conjonctif.

Ainsi ce nouveau fait établit la réalité non seulement d'une inflammation suppurative de la vésicule biliaire provoquée par le bacille typhique, mais de l'évolution chronique de cette suppuration trouvée en pleine activité plusieurs mois après la terminaison de la dothiénentérie. D'un autre côté, si la cholélithiase joue le rôle d'une cause prédisposante certaine, il n'est pas impossible qu'elle puisse être retrouvée comme une conséquence de l'infection typhique. Les relations avec l'infection biliaire ou plus exactement avec les catarrhes biliaires microbiens et surtout avec les inflammations catarrhales de la vésicule, développées par le fait d'une infection,

sont aujourd'hui assez connues pour que l'hypothèse précédente puisse paraître rationnelle. Récemment M. Tuffier nous a communiqué un fait de fièvre typhoïde qui s'était accompagné de manifestations douloureuses du côté de la vésicule; un mois après la terminaison de la dothiénentérie, on était appelé à intervenir chirurgicalement, et l'on trouvait un état subinflammatoire de la vésicule avec un petit calcul. Jamais la malade n'avait présenté aucune manifestation du côté du foie, et il n'est pas impossible que le calcul fût de développement tout à fait récent.

Dosage de l'urée dans le sang.

M. Quinquaud. — Dans les procédés habituels, on a besoin d'employer une distillation au bain-marie à 100°. Or, j'ai constaté qu'il se produit dans ces conditions des déperditions considérables pouvant atteindre dans les opérations complexes près de la moitié de la quantité à doser. Voici la photographie d'un appareil avec lequel on peut faire la distillation dans le vide à 30°. Cet appareil est de construction très simple, d'un emploi facile, et il évite les déperditions qui peuvent troubler le résultat des analyses.

Intoxication par le plomb.

M. Peyraud. — J'ai cherché comment on pourrait activer l'élimination du plomb chez les animaux ou chez l'homme intoxiqués par les préparations plombiques. J'avais déjà constaté antérieurement les bons effets du chlorure de sodium. Chez des animaux intoxiqués avec la céruse, j'ai pu confirmer récemment cette action favorable et montrer que le sulfure de sodium activait encore mieux l'élimination.

M. Quinquaud. — Mes observations cliniques confirment pleinement les données précédentes : le mono-sulfure de sodium favorise considérablement l'élimination urinaire du plomb. Il agit de même pour favoriser l'élimination du mercure introduit dans l'organisme accidentellement ou dans un but thérapeutique.

Variations des leucocytes du sang.

M. Richet. — Après avoir fixé chez le chien le rapport général des leucocytes aux hématies, qui est de 1 pour 250 à 500, j'ai cherché à vérifier quelques faits annoncés par Verigo, qui injectant dans les veines des cultures microbiennes ou des particules de carmin remarquait une rapide diminution du nombre des leucocytes. J'ai injecté au lieu de microbes une culture filtrée de tuberculose, ou de l'essence de térébenthine. Or, dans ces conditions on assiste à une diminution considérable des leucocytes, qui se produit rapidement, est suivie dans un court laps de temps d'un retour à l'état normal, puis d'une légère hypercytose. Il est assez curieux de constater que des effets de ce genre puissent être produits par des substances si différentes.

M. Malassez. — Je suis un peu étonné de la proportion de globules blancs qu'annonce M. Richet, car j'ai trouvé communément les rapports 1/700 ou même 1/1000. Je crains qu'il ne se soit glissé quelque erreur dans les numérations où l'on annonce le rapport 1/250. Je tiens à ajouter que j'avais avec Vignal fait des expériences en tout semblables et obtenu des résultats analogues, même en injectant la térébenthine sous la peau.

M. Hayem. — J'ai fait mes numérations sans tenir grand compte des rapports entre les globules rouges et blancs que je considère de provenance et de destination différentes. Or il est remarquable que chez le même animal, dans les mêmes conditions, on obtient, en faisant plusieurs numérations le même jour, des résultats extrêmement différents eu égard à la proportion des leucocytes : le nombre peut varier du simple au double. L'état de la circulation locale influe beaucoup sur ces variations; la vaso-constriction diminue le nombre des leucocytes dans les vaisseaux correspondants, la vaso-dilatation fait l'inverse. Il est bon d'ajouter que dans les vaisseaux, les leucocytes sont roulés et non portés par le courant sanguin, ce qui fait varier la répartition.

M. Georges Pouchet. — D'anciennes observations sur les capillaires m'ont montré des faits de même signification. J'ai vu que les leucocytes non seulement sont lentement roulés, mais peuvent stationner complètement et s'adjoindre même une bordure hématoblastique. Ces phénomènes, qui ont sans doute une relation avec l'altération de l'endothélium vasculaire, doivent naturellement influencer beaucoup la répartition des leucocytes.

M. Richet. — Je ne tiens pas autrement aux chiffres susdits, qu'on pourra cependant contrôler. Mais ce que je maintiens, c'est le sens des résultats obtenus dans les conditions où je me suis placé. L'influence des corps employés est très manifeste.

Préparation des cristaux d'hémoglobine.

M. Arthus. — J'ai déjà montré comment le fluorure de sodium était précieux en chimie biologique, comme agent décalcifiant, comme dissolvant de certains albuminoïdes. Ce corps donne de plus en solution à 1/100 des milieux aseptiques précieux. Je l'ai employé pour préparer les cristaux d'hémoglobine que je présente. On reçoit le sang dans un volume égal d'une solution de fluorure de sodium à 1/100 et on laisse reposer au frais. Il ne se fait pas de coagulation. Les globules gagnent le fond et sont surnagés par un plasma incolore. Or après quelques jours, on voit se former tout au fond, sous la couche des globules, de beaux cristaux d'oxy-hémoglobine, qui sont visibles à l'œil nu et très favorables pour l'étude. La méthode est simple et très nette.

Variations dentaires suivant les races humaines.

M. F. Regnault. — La forme des incisives varie chez le nègre, les bords latéraux divergent, ils sont parallèles chez le blanc. Nous avons mesuré avec M. Azoulay la différence de largeur du bord libre de l'incisive et du collet. Cette différence est chez le nègre double de celle de l'Indou. Elle est encore plus grande chez le singe.

La dent de lait de l'enfant a une forme semblable : le collet est très resserré et s'élargit tout à coup pour former la couronne. La différence du bord libre et du collet est plus grande que dans l'incisive adulte du blanc.

De même, la différence entre la largeur maxima de la couronne de la canine et le collet est plus forte chez le nègre et dans les races inférieures que chez le blanc. Chez le singe, la canine s'amincit à partir du collet pour former une pointe. Elle diffère en cela de la canine humaine. Mais la pointe est très marquée dans les races inférieures, si on observe chez les sujets jeunes avant qu'elle soit usée. Elle l'est bien moins chez le blanc. De plus, la canine de lait humaine est très semblable à celle de lait du singe, ayant un corps très petit et une pointe qui constitue la presque totalité de la couronne. Enfin, la couronne de la molaire est également plus large dans les races inférieures. On a indiqué que chez le Néo-Calédonien, la seconde molaire est souvent aussi grosse que la première. Ce fait tient surtout à l'élargissement de la couronne, caractère qui le rapproche du singe, où la seconde molaire a une couronne plus élargie que la première.

J. Girode.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 30 novembre 1893

Présidence de M. de Beauvais

La Grindelia robusta et ses applications thérapeutiques.

M. Jasiewicz. — La *Grindelia robusta,* dont l'action thérapeutique, depuis longtemps étudiée aux Etats-Unis, commence à être utilisée en France depuis quelques années, est une plante aromatique, à feuilles persistantes, de la famille des *Composées,* tribu des *Astéroïdées.* Les végétaux classés dans ce genre de dicotylédonées sont des espèces herbacées ou sous-frutescentes, croissant en Amérique dans les plaines qui s'étendent à l'ouest du Mississipi jusque vers les côtes de l'océan Pacifique.

On emploie la plante entière de la grindelia robusta, mais la partie active est la résine, recueillie surtout sur les capitules et les involucres. Les préparations en usage sont l'extrait fluide (dose : 0,50 à 3 gr. en potion), la teinture (dose : 15 à 40 gouttes), et l'extrait alcoolique (dose : 3 pilules par jour, de 0,10 à 0,15 centigr.).

Les malades ingèrent volontiers la grindelia, quelle que

soit la préparation. Vu sa faible toxicité on peut en ordonner, si besoin est, des doses assez élevées, mais en ayant soin de les fractionner, attendu que des doses élevées, prises en une fois, pourraient être mortelles (Bardet).

Au point de vue de l'action physiologique, la grindelia, d'après Bartholow — un des auteurs qui l'ont le mieux étudiée — détermine une sensation de légère chaleur à l'estomac, ralentit les mouvements cardiaques et respiratoires, dilate la pupille, provoque le sommeil. Elle a une saveur piquante, un peu âcre. Elle est très peu toxique ; cependant, 7 à 8 grammes d'extrait fluide peuvent tuer un lapin après avoir produit de la parésie du train postérieur et des mucles respiratoires.

Au point ce vue clinique, d'après les médecins américains — dont l'opinion a été ratifiée par la pratique — la grindelia est indiquée dans toutes les névroses respiratoires : asthme (surtout l'asthme spasmodique), coqueluche, toux coqueluchoïdes, toux nerveuse, asthme de foin, emphysème. La plante agit favorablement aussi dans la bronchite aiguë, mais le médicament doit être continué pendant un certain temps. Dans la bronchite chronique les résultats sont moins satisfaisants.

A vrai dire, dans la coqueluche, l'antipyrine paraît avoir une action sédative supérieure à celle de la grindelia. Cette dernière, en revanche, peut être administrée plus longtemps sans danger, chose assez précieuse dans une maladie dont le traitement est toujours fort long, quelle que soit la médication suivie. En fait, si la grindelia diminue la violence des quintes, elle n'abrège pas sensiblement la durée de la coqueluche — qui n'est pas, du reste, une névrose respiratoire, mais une maladie nettement infectieuse contre laquelle on doit employer, avec les antispasmodiques, les toniques et les antiseptiques.

L'action de la grindelia est, au contraire, beaucoup plus efficace contre l'asthme. Elle en calme la dyspnée et empêche, tant que dure son administration, le retour des crises, mais elle ne prévient pas leur retour ultérieur. A ce dernier point de vue, l'iodure de potassium reste donc le médicament indiqué.

En résumé, la grindelia est un eupnéique précieux dont l'indication essentielle se tire du syndrome spasme. C'est dire qu'aux affections précédemment indiquées comme étant de son ressort, il faut ajouter la laryngite striduleuse.

Je n'ai pas d'expérience sur son usage externe, mais M. Bardet indique (1) qu'on la prescrit dans la vaginite, les catarrhes génito-urinaires, les brûlures. D'autre part, M. Bocquillon signale son utilité pour guérir l'irritation causée par les maladies de la peau.

M. Toledano fait remarquer qu'il y a une certaine ressemblance entre l'action physiologique et thérapeutique de la *grindelia robusta* et celle de la belladone.

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

M. Dignat. — C'est à partir de demain, 1er décembre, que la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine entrera en vigueur. Elle comporte, comme on le sait, pour les médecins et quelques autres personnes, l'obligation de déclarer à l'autorité certaines maladies contagieuses.

Or, il n'est pas douteux que cette déclaration constituera, pour toute une classe de particuliers, et notamment pour tous les commerçants tenant boutique ouverte, une source de préjudices matériels souvent considérables. Il importera donc grandement que les médecins usent de la plus grande circonspection et ne fassent qu'à bon escient les diagnostics de maladies contagieuses. Il est extrêmement probable, en effet, qu'un diagnostic de ce genre, trop hâtivement porté, et surtout trop rapidement transmis à l'autorité, exposerait le médecin à se voir réclamer des dommages-intérêts par ceux de ses clients qui auraient pu souffrir des conséquences d'une pareille déclaration, reconnue plus tard dûment injustifiée. Or, comme l'a dit Trousseau, « il n'est pas jusqu'aux maladies les plus vulgaires, celles dont le diagnostic passe pour être très facile, qui ne deviennent parfois une source d'insurmontables difficultés.

(La Société décide qu'elle étudiera cette question dans sa prochaine séance, en comité secret.)

(1) Formulaire des nouveaux remèdes, 1893.

Séance du 23 novembre 1893.

Empoisonnement par les champignons.

M. Poulet signale une série d'empoisonnements qui ont eu lieu dans les Vosges et dus à l'*Ammanita bulbosa*. Ces faits en eux-mêmes n'ont rien de nouveau, mais certaines réflexions peuvent être suggérées par les phénomènes observés. Il est remarquable, en effet, que cette variété de champignons ne produit pas dans toutes les provinces les mêmes accidents : dans les pays du centre, à terrain calcaire, l'empoisonnement est surtout caractérisé par l'apparition tardive des accidents et par leur forme gastro-intestinale ; le plus souvent la mort arrive vers le 2e ou 3e jour, et si le malade survit à la forme grave, il reste assez longtemps malade par gastro-entérite. Au contraire, dans les accidents que j'ai constatés dans la région des Vosges, la scène toxique a toujours présenté une forme très différente. Les phénomènes se sont montrés dès la première ou la seconde heure et la forme cérébrale a toujours prédominé, avec un délire et une excitation intenses, ne rappelant nullement l'aspect cholériforme considéré comme constant dans les cas que j'ai d'abord rappelés. De plus, la guérison s'obtient, dans la région vosgienne, avec une grande rapidité. Il y a donc lieu de se demander si la nature du terrain n'a pas une action sur la production du poison qui existe dans les champignons. Cette opinion concorde avec ce que l'on sait des autres plantes actives qui, selon le terrain de culture, possèdent une activité essentiellement variable. Cette notion a un intérêt pratique considérable, car il est à remarquer que le traitement est différent, suivant l'indication des phénomènes : dans l'empoisonnement à forme rapide et cérébrale, l'intervention du médecin est des plus précieuses, car un vomitif appliqué à propos, un lavage stomacal permettant d'évacuer tout le poison qui n'a pas encore été absorbé et, s'il y a lieu, des injections d'éther, la respiration artificielle pratiquée patiemment, peuvent rétablir le malade. Dans tous ces cas, je me suis bien trouvé de l'*atropine*, qui me paraît un bon antagoniste de la *muscarine*.

Lorsque, au contraire, le champignon agit à longue échéance, il n'y a plus à songer à évacuer le toxique qui a été absorbé en totalité, et le médecin n'a plus à combattre, le plus souvent, que les accidents gastro-intestinaux qui en sont la suite.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 29 novembre 1893.

Névrome plexiforme.

M. Collet présente deux malades du service du professeur Poncet, atteints de malformation congénitale de la face. Le premier a 19 ans. L'affection s'est développée progressivement et sans douleurs peu après la naissance. On constate actuellement deux larges replis cutanés : l'un recouvre complètement l'œil gauche qui est sain ; l'autre part de la commissure des lèvres à l'oreille, dans le conduit auditif qu'il obture complètement, occasionnant ainsi la surdité de ce côté. La moitié gauche de la voûte palatine fait une saillie volumineuse dans la bouche et le maxillaire supérieur est atrophié ; les grosses molaires manquent de ce côté. De petites tumeurs se trouvent sous la peau, dans le conduit auditif, dans le dos et au cou : molluscum fibreux, papillomes et verrues.

M. Jaboulay a pratiqué une première opération sur le repli supérieur pour atténuer la difformité. L'examen microscopique a montré à la périphérie du tissu conjonctif ; au centre, une substance analogue à des cylindres axiles entourés de cellules étoilées rappelant celles de la névroglie.

Le deuxième malade présente des lésions analogues macroscopiquement et microscopiquement ; il n'y a qu'un repli du tragus au menton ; la mère d'un des malades présentait des malformations du même genre.

Bruit bullaire produit par les mouvements cardio-aortiques chez un vieillard atteint de dilatation de l'aorte thoracique.

M. Regaud présente un malade du professeur Renaut, âgé de 80 ans, à antécédents rhumatismaux, qui se plaint de

dyspnée, de vertiges et de douleurs précordiales pseudo-angineuses. La matité aortique mesure 10 centimètres. L'auscultation révèle un souffle systolique de la pointe et un souffle systolique, rude, de la base ; le diagnostic est : athérome, aortite chronique avec dilatation considérable de la crosse de l'aorte, affaiblissement du myocarde. Mais, à partir du bord gauche du sternum, ayant son maximum à droite de cet os, et s'affaiblissant vers l'aisselle droite, on entend un bruit singulier comparable à un fort râle crépitant. Ce bruit, intra-thoracique, est indépendant de la respiration et manifestement en rapport avec les mouvements cardiaques. On ne l'entend pas dans la position verticale. Il s'exagère après les efforts physiques et dans les rhumes contractés par le malade. Il s'agit là d'un bruit occasionné par les mouvements de frottement de l'aorte thoracique considérablement dilatée. Mais il est plus difficile d'expliquer son caractère bullaire. Ce phénomène paraît être jusqu'ici unique en son genre.

Granulie guérie par les badigeonnages de gaïacol.

M. Courmont présente un malade atteint de tuberculose aiguë péricardique, pulmonaire et méningée à forme aiguë, guéri par trois badigeonnages de gaïacol. C'est la quatrième observation semblable personnelle à M. Courmont. Il s'agit d'un jeune homme entré le 13 octobre dernier à l'Hôtel-Dieu et fébricitant depuis le 5 octobre. Du 13 au 23 octobre fièvre vive avec température de 38° à 39°8, frottement péricardique, amaigrissement rapide et considérable. Du 23 au 28, la température s'abaisse légèrement, mais l'état général s'aggrave ; le malade tousse et présente des signes d'induration du sommet droit ; nombreuses petites hémoptysies. Du 29 octobre au 9 novembre la température remonte à 39° et les symptômes de tuberculose aiguë du poumon s'accentuent ; les crachats renferment des bacilles, les urines sont albumineuses. En même temps apparaissent des phénomènes méningés : strabisme, inégalité pupillaire, vomissements. C'est à ce moment qu'interviennent les badigeonnages gaïacolés, avec 0,50 centigrammes seulement. L'effet est merveilleux. Après le troisième badigeonnage la température tombe pour ne plus remonter. On a fait encore par précaution trois autres badigeonnages et depuis le malade s'est amélioré tous les jours ; il a repris trois kilogrammes depuis le 9 novembre ; sa température n'a jamais dépassé 37°4 ; les phénomènes morbides du péricarde, des méninges et des sommets pulmonaires ont disparu ; les bacilles n'existent plus dans les crachats ; en somme, c'est une véritable résurrection.

P. Just Navarre.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 21 *novembre* 1893.

Trépanation pour abcès du cerveau,

MM. Sænger et **Wiesinger**. — Il s'agit d'une fille de 22 ans amenée à l'hôpital dans un état semi-comateux. On trouvait chez elle de l'inégalité des pupilles, du ralentissement du pouls et une otorrhée ancienne datant de trois ans. Ces faits et l'examen détaillé de la malade permirent de faire le diagnostic d'abcès cérébral de la fosse moyenne, abcès d'origine auriculaire.

Opération : Résection ostéo-plastique (Wagner) du temporal droit. A l'ouverture du crâne, on trouve la dure-mère saillante, anémiée et sans pulsations. La dure-mère fut incisée ; et aussitôt la substance cérébrale fit saillie au dehors et s'ouvrit spontanément en laissant s'écouler par l'orifice deux cuillerées à bouche de pus fétide. Comme le prolapsus du cerveau se réduisit, on appliqua par-dessus le lambeau ostéoplastique au centre duquel on pratiqua un orifice pour le drainage.

Le coma et les symptômes cérébraux ne disparurent qu'au bout de six jours, le lambeau ostéo-plastique se gangrena et se détacha spontanément. Le drainage fut supprimé au bout de 15 jours.

Aujourd'hui la malade est guérie, mais sa plaie n'est pas encore complètement cicatrisée.

Les reins dans la pneumonie.

M. Reiche a eu l'occasion de faire l'examen microscopique des reins chez 40 individus (36 hommes et 4 femmes) ayant succombé à la pneumonie. Les lésions rénales qui existaient dans tous ces cas étaient caractérisées par trois faits : 1° elles étaient localisées à la substance corticale ; 2° elles n'avaient frappé que le parenchyme sécréteur en laissant intact le tissu interstitiel ; 3° il existait un exsudat dans la capsule des glomérules.

Dans cinq cas il s'agissait d'un processus karyolytique et de nécrobiose ; dans les autres le processus avait frappé le protoplasma qui était tuméfié et en voie de dégénération. Les processus n'étaient pas inflammatoires, mais d'origine nettement dégénérative, et pouvaient être produits par les poisons bactériens, comme cela a déjà été constaté pour certaines maladies infectieuses et intoxications d'ordre chronique. L'albuminurie dite fébrile qu'on observe dans la pneumonie n'est que la manifestation clinique des modifications rénales en question, qui toutefois furent trouvées aussi dans le cas où l'albuminurie avait fait défaut pendant la vie.

Ce qui vient encore à l'appui de cette conception, c'est que le parenchyme rénal contenait des pneumocoques qu'on a pu cultiver.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 20 *novembre* 1893.

Pleurésie tuberculeuse chez un syphilitique carcinomateux.

M. Jurgens présente les pièces provenant d'un individu de 53 ans, ayant succombé au cours d'une pleurésie tuberculeuse. A l'autopsie, on trouva dans l'intestin des ulcérations syphilitiques et carcinomateuses à côté d'un grand nombre de polypes.

Ce fait est intéressant à plusieurs égards. Entre autres, il montre qu'il peut exister des modifications graves des organes sans que le fonctionnement normal de l'organisme soit pour cela menacé.

Epilepsie et affections cardiaques.

M. Klemperer présente un malade qui peut servir de preuve à l'appui de l'opinion défendue par M. Leyden, à savoir que chez les cardiaques, l'épilepsie est due à l'anémie cérébrale par sténose des vaisseaux.

Le malade en question est atteint de rétrécissement de l'orifice aortique. Depuis longtemps, il est sujet à de véritables accès d'épilepsie, mais depuis son entrée à l'hôpital, on n'a constaté chez lui que des syncopes fréquentes et quelquefois prolongées, mais sans phénomènes convulsifs proprement dits.

M. Jastrowitz ne comprend pas comment une lésion permanente peut provoquer des accidents intermittents comme le sont les accès d'épilepsie.

M. Klemperer. — On peut admettre que, chez ces malades, une émotion suffit pour empêcher la pénétration du sang dans le cerveau.

Maladie d'Addison.

M Neumann rapporte un cas de guérison de la maladie d'Addison.

Il s'agit d'un individu de 59 ans, qui, en 1885, se présenta avec tous les phénomènes de la maladie d'Addison. La coloration bronzée de la peau était presque générale : seuls les mamelons, la voûte palatine, la conjonctive et les organes génitaux avaient conservé leur coloration normale. De plus, il se plaignait d'une grande faiblesse et de névralgies dorsolombaires. Les symptômes étaient tellement caractéristiques

que M. Guttmann n'hésita pas à faire le diagnostic de maladie bronzée.

Aujourd'hui, le malade est complètement guéri, et le nombre d'hématies, qui au début de la maladie était de 1,200,000 par m.m.c., est aujourd'hui monté à 7.700.000.

Le traitement a consisté en un régime fortifiant et en application de courants continus.

M. Lewin fait observer que, chez ce malade, a manqué un des symptômes importants de la maladie d'Addison : les troubles gastro-intestinaux. Et cela suffit pour se demander si le diagnostic est bien solidement assis.

M. Gerhardt. — La maladie bronzée est produite par une lésion des capsules surrénales, que ce soit la tuberculose ou la carcicomatose, ou un épanchement de sang. En tout cas, il est difficile de dire ce qui eut lieu dans le cas de de M. Neumann ou par quel processus il y eut régénération du parenchyme surrénal.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 13 *novembre* 1893.

Le sang dans la septico-pyohémie et l'ostéomyélite.

M. Canon a examiné l'état bactériologique du sang pendant la vie ou après la mort, chez 70 individus atteints de septicémie ou d'ostéomyélite.

Les résultats fournis par ces recherches peuvent être divisés en trois groupes, suivant que : 1° le sang renferme des bactéries, mais il n'existe pas de métastases ; 2° le sang renferme des micro-organismes et il existe des métastases ; 3° le sang ne renferme pas de bactéries, ni chez le vivant ni chez le cadavre, mais il existe des métastases multiples.

Sur les 70 cas examinés, 36 appartiennent au premier groupe. Le sang examiné quatre à cinq jours avant la mort renfermait des streptocoques. Il s'agissait dans ces cas de malades atteints de scarlatine, d'érysipèle, de phlegmons, d'empyème, de péritonite, de méningite. Dans tous ces cas, la maladie a évolué avec une rapidité extrême et sa durée n'avait pas dépassé dix jours.

Le second groupe renferme 20 cas et 7 fois on trouva des bactéries dans le sang pendant la vie ; 4 fois il s'agissait d'avortements, 4 fois de phlegmons et d'endocardite ulcéreuse, 5 fois d'ostéomyélite.

Le troisième groupe comprend 7 cas de pyohémie pure : 4 malades guérirent, 3 succombèrent. Le sang, dans ce cas, ne renfermait pas de bactéries, mais il existait des métastases streptococciennes. Dans ce groupe, la durée de l'affection a été assez longue.

Dans les trois groupes on trouva des streptocoques qui, dans certains cas, se fixent sur les parois des vaisseaux.

Dans le premier groupe, il s'agit d'une véritable septicémie qui marche tellement vite que les streptocoques arrêtés n'ont pas le temps de provoquer une suppuration qui se produit chez les malades du second groupe et surtout du troisième.

Occlusion intestinale par des calculs biliaires.

M. Kœrte. — Il s'agit d'un homme de 52 ans sujet depuis six mois à des accès de coliques hépatiques avec passage des calculs dans les selles. Le 30 septembre il est pris de colique violente dans la région abdominale gauche ; les jours suivants l'état s'aggrave et apparaissent tous les signes d'obstruction intestinale avec vomissements fécaloïdes, etc.

Laparotomie qui, après quelques recherches, fait trouver dans l'intestin un calcul à 30 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale. Incision de l'intestin qui n'était nullement invaginé, extraction du calcul, suture de la plaie intestinale, suture de la plaie abdominale ; drainage et guérison.

Pour M. Kœrte, il existait dans ce cas une sorte d'emprisonnement de calcul par sa couche musculaire contractée.

Rétrécissements infranchissables de l'urèthre.

M. Sonnenburg a constaté que depuis quelque temps les rétrécissements infranchissables de l'urèthre sont devenus plus fréquents. Cela tient peut-être à ce qu'actuellement on malmène et on traite l'urèthre avant que la gonorrhée soit entièrement passée.

Dans les trois cas de rétrécissement infranchissable qu'il a observés et où il existait en même temps des cicatrices et fistules au scrotum et au périnée, il ouvrit la vessie et fit le cathétérisme rétrograde. Dans un cas il utilisa les fistules pour réséquer les masses calleuses et faire l'autoplastie de la muqueuse uréthrale.

M. Rose. — Dans les cas de rétrécissement très serré, on observe souvent une incontinence d'urine qui tient à la dilatation considérable de l'urèthre derrière le rétrécissement. Dans tous ces cas, l'uréthrotomie externe peut donner de bons résultats.

M. v. Bardeleben peut affirmer que les rétrécissements étaient aussi sérieux il y a trente ans qu'aujourd'hui. Et il y a trente ans comme aujourd'hui l'uréthrotomie externe pouvait suffire pour l'énorme majorité des cas.

Un cas d'œsophagotomie pour carcinome.

M. Zoller. — Il s'agit d'un malade reçu à la clinique le 2 août de cette année. Depuis neuf semaines, il ne pouvait plus avaler les aliments solides, et a maigri beaucoup. Une sonde introduite dans l'œsophage s'arrêtait à 18 cm. 1/2 des dents. Pas d'infiltration ganglionnaire.

Il s'agissait évidemment d'une tumeur cancéreuse qu'il fallait enlever. L'œsophage mis à nu, on trouva derrière le cartilage cricoïde la tumeur fortement adhérente à cet organe. Une tentative de décoller le larynx échoua. On réséqua alors la tumeur avec une partie du larynx, et on sutura l'œsophage à la soie. Après l'opération on plaça une grosse sonde par laquelle le malade fut nourri.

Diplocoques dans le pus d'une mastite.

M. Seifert rapporte un cas de mastite dont le pus renfermait des diplocoques tous inclus dans des leucocytes. Les diplocoques ne se décoloraient pas par la méthode de Gram, et leur ensemencement sur agar et gélatine échoua. Il est donc possible que les diplocoques en question soient des gonocoques, et cette hypothèse est d'autant plus plausible que la malade présentait en même temps une gonorrhée.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 28 *novembre* 1893.

Pseudo-sclérose en plaques due à une rougeole.

M. Williams. — Une petite fille de 3 ans et 8 mois fut prise de convulsions, quatre jours après le début de la rougeole ; elle resta ensuite inconsciente pendant dix jours. Elle entra à l'hôpital environ quatre semaines après l'attaque convulsive ; elle était apathique, elle avait de la dysphagie, ne parlait pas et ne pouvait se tenir debout. Elle pouvait remuer faiblement ses membres, cependant elle était incapable de se nourrir seule. Elle s'améliora très lentement et au bout de trois mois elle put parler un peu, se nourrir seule, se tenir debout et marcher seule. Les mouvements des membres supérieurs étaient incertains, animés d'un tremblement très net et d'incoordination. A l'âge de 6 ans, l'enfant avait une prononciation lente, séparant chaque syllabe ; elle était un peu en retard au point de vue intellectuel ; elle présentait encore un tremblement des mains augmentant lorsque la malade y faisait attention. Deux ans après, son état s'était encore amélioré ; le langage était encore lent, mais dénotait une intelligence plus vive. Elle pouvait faire des courses assez longues, mais la démarche était spasmodique. Tous les membres étaient animés d'un léger tremblement, au moment des mouvements volontaires ; les réflexes patellaires étaient normaux. A l'âge de 10 ans, l'intelligence n'était pas encore normale. L'enfant à l'école était en retard sur ses camarades ; il y avait du tremblement de tous les membres et de la tête. Elle avait encore la même démarche ; il n'y avait pas de nystagmus. Si on met à part l'hémiplégie et l'atrophie musculaire, on peut classer de la façon suivante les troubles nerveux qu'on

signalé à la suite de la rougeole : *a*) myélite disséminée aiguë ; *b*) cas présentant plus tard des symptômes de sclérose en plaques (pseudo-sclérose en plaques) ; *c*) cas dans lesquels domine l'incoordination ; *d*) cas présentant des paralysies étendues, ascendantes et diffuses, rappelant les paralysies diphthéritiques. On peut classer de la même façon les maladies nerveuses consécutives à la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, la coqueluche, l'influenza, les oreillons. La pseudo-sclérose en plaques s'observe encore après la diphthérie. Dans la myélite aiguë disséminée compliquant la variole et la rougeole, les lésions de la corde sont primitivement vasculaires ; la clinique semble donner raison à Westphal qui veut que des lésions moins marquées produisent la pseudo-sclérose en plaques. Il est probable que l'incoordination temporaire qui se montre à la suite de certaines maladies infectieuses est due à des lésions analogues.

M. Ormerod. — On peut aussi voir ces troubles nerveux à la suite du rhumatisme fébrile. M. Fonwell a rapporté une observation de ces troubles nerveux survenus chez un sujet atteint de rougeole ; ils commencèrent par du délire, du coma, etc. ; il y eut un trouble très intense du langage et les membres étaient en partie ataxiques, en partie paralysés. Dans un autre cas rapporté par Ebstein, le malade alla de mieux en mieux, mais il mourut au bout de deux ans d'une maladie intercurrente. Jaccoud a montré que ces pseudo-scléroses diffèrent de la sclérose en plaques vraie par leur apparition subite et leur tendance à la guérison. La pseudo-ataxie diffère de l'affection précédente en ce qu'elle ne survient qu'après que la fièvre a disparu et qu'elle n'affecte pas le langage. On a aussi signalé dans la rougeole l'atrophie musculaire ; j'ai vu des rougeoles qui compliquaient l'atrophie musculaire progressive survenant chez trois membres de la même famille.

M. Penrose. — J'ai examiné la moelle dans le cas de M. Barlow : les cornes antérieures étaient principalement affectées ; cependant on voyait disséminés dans la substance blanche des foyers de plus ou moins grande dimension.

M. Beevor. — La difficulté est de localiser la lésion et d'en déterminer la nature. Son apparition brusque, le coma et les crises par lesquels elle se manifeste font plutôt penser au cerveau qu'à la moelle et sa nature est probablement vasculaire. Les lésions médullaires sont probablement des lésions descendantes ayant pour point de départ le cerveau. La démarche spasmodique et l'exagération des réflexes distinguent ces troubles nerveux de ceux qui sont consécutifs à la diphthérie. A mon avis, la lésion consiste ou bien en une petite hémorrhagie de l'écorce cérébrale ou en une thrombose des petites veines de la même région.

M. Church. — J'ai rencontré des troubles nerveux analogues chez des enfants atteints de fièvre typhoïde.

Sclérose du rein.

M. Hollis. — En dehors de l'embolie, j'ai observé dans l'endocardite maligne trois ordres de lésions rénales : 1° la congestion rénale ; 2° le gros rein blanc ; 3° le petit rein contracté. Ce ne sont là que les différentes phases d'une même maladie due à des corpuscules facilement colorables disséminés dans le tissu aréolaire. J'ai trouvé des corpuscules semblables dans l'aorte, et dans le tissu cellulaire entourant les vasa vasorum toutes les fois qu'il y avait de l'athérome. La présence de ces corpuscules dans les reins avait amené une hyperplasie fibreuse, une destruction des éléments nobles de ces organes, une hypertrophie considérable des parties restées saines.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 27 *novembre* 1893.

Syringomyélie.

M. Beevor. — Voici une femme atteinte de syringomyélie ; elle a 23 ans. Elle présente une atrophie des éminences thénars et hypothénars et des interosseux des mains. La peau est rude au toucher, sèche et épaissie. Les réflexes patellaires sont exagérés. Il n'y a pas de disparition de la sensibilité tactile, mais la sensibilité à la douleur a disparu au niveau des membres supérieurs, de la tête, du cou et de la partie supérieure du thorax. La sensibilité thermique a disparu dans les mêmes régions.

Anévrysme poplité.

MM. Ballance et **Lunn** présentent un homme de 27 ans, qui avait eu un anévrysme poplité. M. Ballance lui lia la fémorale au sommet du triangle de Scarpa. Toute pulsation disparut dans la tumeur, mais le volume de cette dernière ne diminua pas sensiblement. On peut se demander si on est en présence d'un anévrysme compliqué d'un sarcome ou si on a affaire à un de ces cas rares d'anévrysmes dans lesquels l'absorption est presque nulle à la suite de la ligature du vaisseau. Les auteurs croient à la réalité de cette dernière hypothèse et se proposent, si la tumeur persiste, de l'ouvrir et de la traiter comme un hématome.

Kyste hydatique de la vessie.

M. Fenvick. — J'ai opéré un homme présentant un gros kyste hydatique situé entre la paroi musculaire postérieure de la vessie et le péritoine ; en quatre semaines, cette tumeur s'était énormément développée et atteignait presque l'ombilic. Une incision dans la région sus-pubienne me conduisit sur la vessie qui était vide et projetée en avant et hors du bassin par la tumeur ; j'ouvris le kyste et il s'en écoula une grande quantité de liquide et de vésicules filles ; j'ai ensuite drainé la cavité. Le malade guérit.

Tumeur kystique congénitale du cou et de l'aisselle.

M. Sheild. — Je vous présente une tumeur congénitale volumineuse qu'on a trouvée en faisant l'autopsie d'un enfant. Cette tumeur était située profondément sous la clavicule, et les vaisseaux sous-claviculaires en traversaient la substance. En septembre, cette tumeur s'enflamma sans cause appréciable, elle augmenta beaucoup de volume, devint rouge, chaude, œdémateuse. On y fit plusieurs ponctions, mais on ne retira qu'un peu de sang. L'enfant mourut au bout de trois semaines. Cette tumeur était constituée par un tissu conjonctif dense ; du côté de l'aisselle et de la racine du cou, ce tissu devenait spongieux et finalement se résolvait en une série de petits kystes du volume d'un pois ou d'un grain de raisin, et remplis d'un sérum jaune. Les parois de ces kystes étaient formées de tissus fibreux et on n'y pouvait distinguer aucun revêtement épithélial ou endothélial. Cette tumeur appartenait en somme à la classe de l'hygroma kystique.

Thrombose du sinus latéral.

M. Ballance. — Un homme de 20 ans entra à l'hôpital à la fin de septembre ; il était malade depuis huit jours et présentait de la fièvre, des frissons, des vomissements, du délire ; il y avait un écoulement purulent de l'oreille gauche ; le malade était abattu, le pouls était rapide ; il y avait de l'œdème de la région mastoïdienne et une tumeur existait au niveau de la veine jugulaire, au-dessous de la parotide. On opéra immédiatement, en enleva tout le pus et le tissu de granulations de l'apophyse mastoïde et de la région pétreuse ; on mit à nu le sinus et on le trouva atteint de thrombose ; on coupa la jugulaire entre deux ligatures ; on incisa alors le sinus, on le bourra de gaze. Le malade guérit rapidement.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 24 *novembre* 1893.

Fistule vagino-intestinale.

M. Narath présente une femme de 32 ans qu'il a opérée d'une fistule vagino-intestinale.

Cette femme accoucha il y a quelque temps d'un fœtus macéré. Les couches furent difficiles, et après l'accouchement la malade garda le lit encore pendant 6 semaines, pendant lesquelles il se faisait par le vagin un écoulement séro-purulent trouble. Lorsque la malade quitta le lit, elle constata

qu'une partie des aliments qu'elle prenait passaient non modifiés par le vagin.

Ce fait a pu être vérifié quand la malade entra à l'hôpital. L'exploration fit voir un vagin très allongé et ne présentant rien d'anormal. Dans la région iléo-cæcale on sentait une tumeur dure, grosse comme une pomme, qui pouvait bien être l'utérus.

Le 28 juillet on fit la laparotomie. On fit d'abord une incision verticale allant de l'ombilic au pubis, et une seconde horizontale allant de l'ombilic vers le flanc droit. On arriva facilement sur la tumeur qui était, en effet, formée par l'utérus augmenté de volume, immobile, fixé par des adhérences. Derrière l'utérus se trouvait un gros paquet intestinal dont deux anses communiquaient avec l'utérus et le vagin. Comme il était impossible d'établir les rapports précis entre les anses en question avec l'utérus et le vagin, on réséqua les deux anses et on rétablit la continuité de l'intestin par une suture circulaire. Les quatre bouts des anses réséquées furent ensuite fixés entre les lèvres de la plaie abdominale et celle-ci fermée.

Quand, après l'opération, on injectait dans le vagin du liquide, celui-ci ressortait par les quatre orifices à la fois. Au bout de 10 jours, le liquide ne ressortait plus que par les orifices de l'anse jéjunale. Aujourd'hui, l'anse de l'iléon est transformée en un simple trajet fistuleux à travers lequel on peut arriver profondément sur l'utérus; à côté se trouvent deux fistules qui correspondent aux extrémités de l'anse jéjunale.

M. Latzko a observé un cas de fistule vagino-intestinale par gangrène du vagin due à la compression par un pessaire.

Pied-bot.

M. Lorenz présente deux enfants, un de 10 ans, l'autre de 13, qui présentaient un pied-bot congénital. Il leur fit l'opération de redressement modelé à l'aide de son ostéoclaste-redresseur, et aujourd'hui tous les deux peuvent exécuter, avec le pied opéré, des mouvements actifs de pronation.

Suture nerveuse.

M. v. Hacker présente un jeune homme auquel il a fait en 1889 la suture du médian. Bien que les deux bouts du nerf sectionné fussent distants de 10 centim., on parvint à les suturer en tendant les deux tronçons du nerf et en mettant le coude en flexion. Au bout de quelques mois, l'atrophie des muscles innervés par le médian commença à s'améliorer et aujourd'hui il n'en existe plus trace.

Réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche.

M. Lorenz présente une fillette de 8 ans, à laquelle il a fait la réduction sanglante d'une luxation congénitale de la hanche. La malade fut déjà présentée au mois de mars de cette année, et aujourd'hui, 14 mois après l'opération, la guérison peut être considérée comme absolument complète à tous les points de vue. L'enfant marche sur n'importe quel terrain sans présenter la moindre claudication. L'articulation peut être mise en extension complète, et fléchir ensuite à angle droit. Les mouvements d'abduction, d'adduction et de rotation sont libres et les muscles du membre opéré sont aussi puissants que ceux du côté sain.

Traitement des anévrysmes (*suite*).

M. v. Hacker présente un malade porteur d'un anévrysme poplité que le malade lui-même attribue aux mouvements de flexion et d'extension forcées du genou.

M. Schopff présente un anévrysme de la sous-clavière formant tumeur des dimensions d'un œuf d'oie, et provenant d'un malade opéré par M. Schopff. Le sac était presque complètement oblitéré par des caillots et l'opération n'a été faite que pour parer aux accidents de compression provoqués par la tumeur.

M. v. Dittel présente un anévrysme de la poplitée, probablement d'origine traumatique, provenant d'un malade auquel on fut conduit à faire l'amputation de la cuisse. La tumeur très volumineuse était formée par un sac principal et six moins grands qui, tous, s'ouvraient dans le premier.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 22 novembre 1893.

Gangrène spontanée après section du nerf cubital.

M. Lœbl. — Une fillette de 11 ans tombe sur un carreau et se fait à l'avant-bras droit une coupure qui saigne abondamment. La plaie est pansée sans antiseptiques irritants et lorsque, après 4 semaines, on enlève le pansement, on trouve sur la paume de la main et le bout du 4e doigt des vésicules qui, plus tard, s'ulcérèrent.

L'examen fait le 4 novembre montra une cicatrice déprimée sur le bord cubital de l'avant-bras au niveau de son tiers inférieur; une main en valgus très atrophiée principalement au niveau des interosseux; paralysie de tous les muscles innervés par le cubital, à l'exception de l'adducteur du pouce; sensibilité diminuée dans tout le domaine du cubital, qui lui-même n'est pas sensible à la pression.

Sur l'éminence hypothénar, une ulcération des dimensions d'une pièce de un franc à surface granuleuse, à bords irréguliers; sur le bout du petit doigt et de l'annulaire, vésicules remplies d'un liquide rouge brunâtre.

La malade n'est pas hystérique, ni nerveuse, ni diabétique, son système nerveux central et périphérique fonctionne normalement et on ne trouve pas chez elle de troubles vaso-moteurs. Il faut donc admettre qu'il s'agit dans ce cas d'une gangrène spontanée par troubles trophiques consécutivement à la section du nerf.

A la même occasion, M. Lœbl présente un second malade atteint de *reproduction* (récidive) *locale de vésicules après traumatisme nerveux.*

Il s'agit d'une fille de 19 ans qui, il y a trois ans, fut opérée d'un névrome du bout de l'annulaire. La tumeur se reproduit à 4 reprises après 4 opérations. On fit alors l'amputation du doigt. Huit semaines après l'opération, une éruption vésiculeuse parut sur le bras gauche, éruption qui tantôt disparaît, tantôt revient.

L'examen du système nerveux de cette malade a donné les résultats suivants : Réflexes patellaires et périostés exagérés, hyperesthésie considérable de tout l'avant-bras gauche et sensibilité à la pression des nerfs radial, cubital et médian du côté gauche. Ces nerfs ne sont pas épaissis et ne présentent pas de nodosités.

Les vésicules sont disséminées sur le bras gauche jusqu'à l'épaule; leur contenu est clair, chez quelques-unes trouble ou purulent. Par places les vésicules se sont crevées et sont recouvertes de croûtes, mais nulle part on ne trouve de cicatrices.

Dans ce cas encore la lésion pemphigoïde s'est développée après un traumatisme nerveux.

M. Singer considère la lésion du premier malade non pas comme une gangrène spontanée, mais comme un trouble trophique consécutif à une lésion du nerf. Cette lésion explique et les paralysies musculaires correspondantes et le peu de tendance des ulcérations à la cicatrisation. Les troubles trophiques sont d'origine neuro-paralytique et dépendent d'une lésion périphérique.

M. Hock a observé six cas de gangrène spontanée, deux fois chez un hystérique, une fois chez un idiot; les trois autres malades n'avaient aucune tare nerveuse. La gangrène survient après un traumatisme insignifiant qui fait défaut dans les récidives consécutives.

La marche de cette affection fait penser à une lésion d'origine nerveuse, mais il est certain qu'elle ne dépend pas d'une lésion du système nerveux central ou périphérique.

M. Singer soutient au contraire que la gangrène spontanée est un non-sens une fois qu'on n'admet pas une lésion nerveuse. « Spontanée » veut seulement dire qu'il n'existe aucun rapport entre la gangrène et un traumatisme.

Presque toujours, dans ces cas, il s'agit d'hystériques. Chez une malade, M. Singer arriva à obtenir la cicatrisation de l'ulcération par l'application d'une plaque métallique. Seulement, une autre ulcération ne tarda pas à se produire un peu plus loin.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Appendicite à répétition. Intervention dans l'intervalle des crises. Libération du cæcum sans résection de l'appendice. Guérison. Communication à la *Société de chirurgie*, par M. Quénu.

Il n'est pas toujours possible, quand on opère dans l'intervalle des crises un malade atteint d'appendicite chronique, d'enlever ou même de découvrir l'appendice. En pareille circonstance, on ne doit pas s'acharner à sa recherche, il faut se contenter de libérer le plus possible le cæcum, d'en détacher les adhérences et de réséquer l'épiploon qui le recouvre : c'est la conduite que nous avons suivie au mois d'avril dernier chez un enfant âgé de 15 ans, et nous n'avons eu qu'à nous louer de notre prudence. Cet enfant, malgré que nous nous soyons borné à détacher et à réséquer le grand épiploon qui adhérait au cæcum, n'a plus souffert du ventre, il n'a présenté aucune crise. Nous l'avons revu il y a peu de jours, il est transformé, s'est fortifié et ne prend plus aucune précaution au sujet du choix des aliments.

Voici le résumé de son observation que nous devons à notre confrère M. Le Clerc, de Levallois-Perret :

Garçon de 15 ans, né chétif, éprouvé successivement pendant ses premières années par une rougeole, une pneumonie, une angine diphthéritique. Grand-père maternel diabétique, père glycosurique pendant trois mois ; pas de tuberculose dans les antécédents personnels ou héréditaires. Cet enfant a depuis l'âge de dix ans des digestions difficiles, des douleurs de ventre, de véritables indigestions nocturnes ; l'appétit est plutôt augmenté, sauf une tendance à la constipation.

En octobre 1891, le jeune F... fut pris subitement la nuit de vives douleurs abdominales, ayant leur maximum dans la fosse iliaque droite, avec vomissements et diarrhée, fièvre modérée, 38°3.

La sensibilité de la fosse iliaque droite rendait toute exploration impossible.

Au bout de quelques jours de lit, les souffrances s'amendèrent et le calme revint.

Des crises semblables, mais moins violentes, se répétèrent ensuite tous les quinze jours, puis tous les mois, et enfin s'espaçant davantage, tous les deux mois.

On le traita par l'opium et les vésicatoires.

Dans l'intervalle des accès, la région gardait une certaine sensibilité, sans offrir d'empâtement manifeste.

Un an après seulement, en octobre 1892, le médecin put sentir nettement, au niveau du bord externe du muscle droit, une petite tumeur indurée. Un autre médecin avait même pris cette induration pour un ganglion et avait ordonné l'huile de foie de morue.

Dès octobre 1892, les crises se rapprochèrent de plus en plus, mais perdant en durée ; ces crises s'accompagnent de plus en plus de phénomènes nerveux divers.

En novembre 1892, M. Cadet de Gassicourt consulté porta le diagnostic d'appendicite et conseilla, avec la temporisation, l'usage des révulsifs et un régime alimentaire approprié. Nous fûmes consulté en décembre 1892 et fûmes d'avis d'intervenir immédiatement. Les parents attendirent encore, espérant toujours dans le traitement médical et notre opération fut reculée jusqu'au 26 avril 1893.

La chloroformisation fut difficile, l'enfant étant extraordinairement nerveux et agité. Une incision sur le bord externe du muscle droit nous permit d'arriver sur une masse dure, mal limitée, recouverte par le grand épiploon qui bridait le cæcum et adhérait à la paroi abdominale : nous fîmes la résection de toute la masse épiploïque adhérente après ligatures en chaînes, les trois quarts de la surface cæcale furent libérés d'adhérences, mais au niveau du cul-de-sac, c'est-à-dire à l'insertion présumée de l'appendice iléo-cæcal, il nous fut impossible de contourner l'intestin qui restait rattaché à la fosse iliaque par une sorte de gangue indurée, gangue où vraisemblablement se trouvait noyé l'appendice vermiforme. Après quelques tentatives modérées de détachement des adhérences, nous crûmes prudent de laisser les choses en l'état et le ventre fut refermé avec une mèche de gaze iodoformée passant par l'extrémité inférieure de la plaie. Les suites furent complètement apyrétiques : un mois après l'opération, une seule fois l'enfant ressentit pendant quelques jours un peu de douleurs de ventre, mais, fait intéressant, ces douleurs siégeaient exclusivement à l'épigastre, et la région de la fosse iliaque demeura absolument insensible soit spontanément, soit à la pression.

Dès le mois de juillet la santé générale s'était grandement améliorée, l'appétit et la digestion ne laissaient rien à désirer et l'enfant put se livrer à toutes sortes d'occupations et de jeux auxquels il avait dû renoncer pendant les derniers mois de sa maladie. Depuis, les bons résultats de l'opération ne se sont pas démentis ; nous avons revu l'opéré jeudi dernier, soit 7 mois après l'opération : cet enfant s'est extraordinairement développé, il travaille dans la maison de son père qui est commerçant, il mange comme tout le monde, ayant abandonné le régime alimentaire que par prudence nous lui avions conseillé : aucune crise douloureuse n'est survenue depuis le commencement de mai, la fosse iliaque est souple, non douloureuse, on perçoit encore à la palpation une induration correspondant au siège de l'appendice. Le nervosisme s'est considérablement amendé.

Ces résultats nous ont paru d'autant plus dignes d'être rapportés que l'opération avait été incomplète; ils sont encourageants pour ceux qui, comme nous, conseillent l'intervention dans l'intervalle des crises en cas d'appendicite à rechutes, car la principale objection des abstentionnistes est l'impossibilité où l'on se trouve parfois de découvrir l'appendice ; ils prouvent que même en pareille circonstance le chirurgien peut rendre au malade plus de services que n'auraient fait toutes les médications et tous les révulsifs du monde. D'autre part, notre observation démontre que la guérison n'est pas étroitement subordonnée à la résection de l'appendice ; il semble qu'en certains cas, ce qu'il importe surtout d'obtenir, c'est moins la disparition d'une lésion d'ailleurs enkystée par la végétation fibreuse, que le libre jeu de la première portion du côlon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 12 décembre 1893.

Présidence de M. Laboulbène

M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel, donne lecture de son Rapport général sur les prix décernés en 1893.

M. le Président fait connaître les prix proposés pour 1894, 1895 et 1896.

M. Alphonse Guérin prononce l'éloge de M. le professeur **Ulysse Trélat.**

Prix décernés en 1893.

Prix de l'Académie (1,000 francs) : *Des origines et des modes de transmission des cancers.* — Un prix de 700 francs est décerné à M. le Dr Maurice Cazin (Paris). Des encouragements de 150 francs à M. le Dr Jean Fabre (Lyon) et à M. le Dr G. Rappin (Nantes). Mention honorable à M. le Dr Arnaudet (Cormeilles, Eure).

Prix Alvarenga (800 francs). — 400 francs à M. Vaudin, pharmacien à Fécamp ; 400 francs à M. le Dr Sébileau (Paris). Mentions honorables à MM. Oriou, médecin-major au 17e régiment de chasseurs, Dr Laffitte (Paris), Dr Azoulay (Paris).

Prix d'Argenteuil (6,800 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les récompenses suivantes : 3,000 francs à M. le Dr Desnos (Paris) ; 1,500 francs à M. le Dr Noguès (Paris) ; 1,500 francs à M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris; 800 francs à M. Genouville, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX BARBIER (2,500 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1,000 francs à MM. les Drs Thoinot et Dubief (Paris) ; 750 francs à M. le Dr Lesage et M. Thiercelin, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX HENRI BUIGNET (1,500 francs). — Le prix est décerné à M. le Dr Hanriot (Paris).

PRIX CIVRIEUX (800 francs) : *Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.* — L'Académie partage le prix entre : M. le Dr Honoré Bidon (Marseille) et M. le Dr Calixte Rougé, médecin en chef de l'asile des aliénés de Limoux (Aude). Mention honorable à M. le Dr Vincent Pagliano (Marseille).

PRIX DAUDET (1,000 francs) : *Des parotidites.* — Prix de 800 francs à MM. les Drs Paul Claisse et Ernest Dupré (Paris). Prix de 200 francs à M. le Dr Cristiani, privatdocent à l'Université de Genève, et à Mme Cristiani, docteur en médecine.

PRIX DESPORTES (1,300 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les récompenses suivantes : 1° Mention très honorable avec 500 francs à M. le Dr Paul Delmas (Bordeaux) ; 2° mention très honorable avec 500 francs à M. le Dr Thomas, médecin-major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Bordeaux ; 3° encouragement de 300 francs à M. le Dr Cathelineau et à M. le Dr Lebrasseur (Paris).

CONCOURS VULFRANC GERDY. — L'Académie a versé, en 1893, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 3,500 francs à M. Arthus, pour ses missions, en 1893, à Châtelguyon et à Saint-Nectaire, et son rapport sur les eaux minérales de Vichy (mission de 1892) ; 2° 3,500 francs à M. Bernard, pour ses missions, en 1893, à Royat et à Hammam-Meskoutine, et son rapport sur les eaux minérales de La Bourboule (mission de 1892).

PRIX ERNEST GODARD (1,000 francs). — Prix à M. le Dr Ernest Basset (Paris).

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE (1,000 francs) : *De l'ictère des nouveau-nés.* — Le prix est décerné à M. le Dr Lesage (Paris) et à M. le Dr Demelin (Paris).

PRIX LABORIE (5,000 francs). — Le prix n'est pas décerné, mais l'Académie accorde les encouragements suivants : 1° 1,000 francs à M. le Dr Plicque (Paris) ; 2° 1,000 francs à M. le Dr Vaillard, professeur à l'école du Val-de-Grâce ; 3° 1,000 francs à M. le Dr Jules Bœckel (Strasbourg) ; 4° 1,000 fr. à M. le Dr Eugène Rochard (Paris) ; 5° 500 francs à M. le Dr Choux, médecin-major à l'hôpital de Vincennes, à titre de mention honorable ; 6° 500 francs et une mention honorable à M. le Dr Aldibert (Toulouse).

PRIX LAVAL (1,000 francs). — Le prix est décerné à M. Edouard-Alfred Friteau, étudiant à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX LEFÈVRE (1,800 francs). — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 1,000 francs à MM. les Drs Charles Vallon et Auguste Marie, médecins des asiles d'aliénés de la Seine ; 2° 800 francs à M. le Dr Séglas (Paris).

PRIX MEYNOT (2,600 francs). — Prix de 1,600 francs à M. le Dr Tscherning (Paris) ; mention très honorable avec 500 francs à M. le Dr Sulzer, privatdocent d'ophthalmologie à l'Université de Genève ; mention très honorable avec 500 francs à M. le Dr Félix Lagrange (Bordeaux).

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1,500 francs). — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 1,000 francs à M. le Dr Viaud (Bordeaux) ; 2° 500 francs à M. le Dr Loir, médecin à Sydney (Australie). Mentions honorables : 1° M. le Dr Gillet de Grandmont (Paris) et 2° à M. le Dr Charles Leroux (Paris).

PRIX OULMONT (1,000 francs). — M. Claisse, interne des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

PRIX PORTAL (600 francs) : *Les luxations congénitales de la hanche.* — Le prix est décerné à M. le Dr Arnold Vallette (Genève).

PRIX POURAT (1,200 francs) : *Déterminer à l'aide de l'expérimentation et de la physiologie pathologique le rôle du pancréas dans la glycogénie et la glycosurie diabétiques.* — Le prix est décerné à M. le Dr Thiroloix (Paris).

PRIX PHILIPPE RICORD (600 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Charrier (Paris).

PRIX TREMBLAY (7,200 francs). — 1° Prix de 2,000 francs à M. le Dr Albarran (Paris) ; 2° prix de 2,000 francs à M. le Dr Launois (Paris) ; 3° prix de 2,000 francs à M. le Dr Reblaud (Paris) ; 4° récompense de 1,200 francs à M. le Dr E. Vignard (Nantes).

PRIX VERNOIS (700 francs). — 1° Prix de 300 francs à M. le Dr Richard, médecin chef de l'hôpital de Gabès (Tunisie) ; 2° Prix de 200 francs à M. le Dr Trousseau (Paris) ; 3° Prix de 200 francs à M. le Dr Dupuy (Saint-Denis, Seine) ; 4° Mention honorable à M. Zune (Paris), pour son travail portant le n° 2 ; 5° Mention honorable à MM. les Drs Charles Girard et Bordas (Paris) ; 6° Mention honorable à M. le Dr Rouvier (Beyrouth), pour son ouvrage portant le n° 3 ; 7° Mention honorable à M. le Dr Delobel (Noyon, Oise).

Service des eaux minérales.

1° *Médaille d'or* à M. le Dr Bouyer, ex-médecin-inspecteur à Cauterets.

Médailles d'argent à MM. les Drs Bovet (Pougues-les-Eaux), Forestier (Aix-les-Bains), Marty, médecin-major de 1re classe, à Chollet ; Mœller, membre correspondant de l'Académie de médecine de Belgique.

3° *Rappels de médailles d'argent* à MM. les Drs Chauvet (Royat), Delastre (Brides-les-Bains), Ferras (Bagnères-de-Luchon), Mabboux (Contrexéville), De Piétra Santa (Paris), Planchet (Balaruc), Sénac-Lagrange (Cauterets).

4° *Médailles de bronze* à MM. les Drs Allos (Néris), Barbaud (Luxeuil) et Rouillard (Paris), Léon de Bénazé, docteur en droit à Paris, Choux, médecin-major de 1re classe à Vincennes, Francon (Aix-les-Bains), Piot, médecin-major de 2e classe à Constantine.

5° *Rappel de médaille de bronze* à M. le Dr G. Farges (Cauterets).

Service des épidémies.

1° *Médailles d'or* à MM. les Drs Fichot (Nevers, Nièvre), Lallemant (Dieppe, Seine-Inférieure), Villard (Guéret).

2° *Rappels de médailles d'or* à MM. les Drs Aubert, médecin-major de 1re classe, Carlier, médecin-major de 2e classe, à Versailles, Chabenat (La Châtre, Indre), Fiessinger (Oyonnax), Le Roy des Barres (Saint-Denis), Sicard (Béziers).

3° *Médailles d'or* à MM. les Drs Delahousse, médecin principal de 1re classe, Legée (Abbeville, Somme).

4° *Rappels de médailles d'argent* à MM. les Drs Boucher, médecin-major de 2e classe, à Verdun, Bastiou (Lannion), Durand (Marseillan, Hérault), Duvernet (Paris), Jaubert, médecin-major de 2e classe, Mantel (Saint-Omer), Rousseau (Vouziers), Sudour, médecin-major de 2e classe au 15e de ligne.

5° *Médailles de bronze* à MM. les Drs Bouyer (Saintes), Boyer (Commercy, Meuse), Bunel (Paris), Cassedebat, médecin-major de 1re classe, Deschamps (Paris), Dignat (Paris), Herck, médecin-major de 2e classe, Liénard, médecin principal de 2e classe, et Ziffel, médecin aide-major de 1re classe, Malinas, médecin-major de 1re classe, Marotte, médecin-major de 2e classe au 23e de ligne à Bourg, Moreaud, médecin-major de 2e classe à Tulle ; Paris, médecin en chef, et M. Pain, interne de l'asile d'aliénés à Maréville, Parisot (Nancy), Provendier, aide-major de 1re classe, Reynaud (Alger), Roux de Brignolle (Marseille), Salètes, médecin-major de 2e classe, Tartière, médecin-major de 1re classe, Vergely (Bordeaux).

6° *Rappels de médailles de bronze* à MM. les Drs Bartoli, (Calvi, Corse), Gelly (Bar-le-Duc, Meuse), Géraud, médecin-major de 1re classe, Guibert (Saint-Brieuc), Jenot (Dercy, Aisne), Loison, médecin-major de 2e classe, Magnant (Gondrecourt, Meuse), Mathieu (Vassy, Haute-Marne), Pernet (Rambervilliers, Vosges), Raymond (Paris).

Service de l'hygiène de l'enfance.

1° *Médailles de vermeil* à MM. Delage, inspecteur des Enfants-Assistés de la Gironde, Dr Denizet, inspecteur de la circonscription de Château-Landon (Seine-et-Marne), Dr Guyot (Calais), Savouré-Bonville, inspecteur du département de l'Eure.

2° *Rappels de médailles de vermeil* à MM. Fleury, inspecteur du département des Vosges, Lelimouzin, inspecteur du département de la Loire-Inférieure, Dr Mazade, inspecteur

du département des Bouches-du-Rhône, Dr Séjournet (Revin), Dr Sutils (Chapelle-la-Reine).

3° *Médailles d'argent à* MM. le Dr Gerson (Paris), Dr Ollivier (Reims), Tourneur, inspecteur départemental du Morbihan.

4° *Rappels de médailles d'argent à* MM. le docteur Barthès, inspecteur du département du Calvados, Dr Carassus (Milly), Carlier, inspecteur départemental du Pas-de-Calais, Dr Delobeil (Noyon), Rollet, inspecteur départemental de l'Ain, Serrès, inspecteur départemeutal du Rhône.

5° *Médailles de bronze à* MM. le Dr Convers (Saint-Etienne), Mme Hervieu, sage-femme à Sedan, Dr Legay (Lille), Mathis de Mabreuil, inspecteur départemental de la Vendée, Dr Purrey (Pyrénées-Orientales), Dr Thomas (Genève), Vaudin, pharmacien à Fécamp, Dr de Welling (Rouen).

Service de la vaccine.

I. Prix de 1500 francs à partager comme suit : 1° 300 francs à M. A. Calmette, médecin de 1re classe des colonies, directeur de l'Institut bactériologique et vaccinogène de Saïgon (Cochinchine); 2° 300 francs à M. G. Lépinay, médecin de 2e classe des colonies, adjoint à l'Institut bactériologique et vaccinogène de Saïgon (Cochinchine); 3° 300 francs à M. P.-A. Cassedebat, médecin-major de 1re classe au 2e régiment de zouaves, à Oran (Algérie); 4° 300 francs à M. Martial Hublé, médecin-major de 2e classe au 4e régiment de tirailleurs algériens, à Kairouan (Tunisie); 5° 300 francs à M. Emile Tartière, médecin-major de 1re classe, au 148e régiment d'infanterie à Verdun (Meuse).

II. *Quatre médailles d'or, à* : M. le Dr Edmond Chaumier, à Tours (Indre-et-Loire); Dr Choux, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes (Seine); Dr Huguenard, médecin-major de 1re classe au 161e régiment d'infanterie au camp de Châlons (Marne); Dr Emile Sudour, médecin-major de 2e classe au 15e régiment d'infanterie, à Carcassonne (Aude).

Plus *cent médailles d'argent à* des vaccinateurs qui se sont distingués soit par leurs travaux sur la vaccine, soit par le grand nombre de leurs vaccinations.

Prix proposés pour l'année 1894 (1).

Prix de l'Académie (1,000 francs). — Question : *De l'étiologie de la grippe.*

Prix Alvarenga (800 francs) à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat (800 francs) à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Baillarger (2,000 francs) à l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier (2,500 francs) à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Mathieu Bourceret (1,200 francs) à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henry Buignet (1,500 francs) à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs sera partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

(1) Les concours seront clos fin février 1894.

Prix Capuron (1,200 francs). — Question : *Etude comparative sur le traitement hydrologique du diabète sucré.*

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Des troubles du langage chez les aliénés.*

Prix Daudet (1,000 francs). — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.*

Prix Desportes (1,300 francs) à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret (900 francs). — Question : *Les Somnambulistes.*

Prix Ernest Godard (1,000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix de l'Hygiène de l'Enfance (1,000 francs). — Question : *De la mort apparente des nouveau-nés.*

Prix Herpin (Metz) (1,200 francs). — Question : *Du traitement abortif de l'érysipèle.*

Prix Itard (2,400 francs) (Triennal) à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie (5,000 francs) à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laval (1,000 francs) à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Meynot (2,600 francs) à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne (1,500 francs). — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner », par une allocution annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. « Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Nativelle (300 francs) à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont (1,000 francs) à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (Chirurgie).

Prix Orfila (6,000 francs). — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?*

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique des maladies causées par le bacterium coli commune.*

Prix Pourat (1,000 francs). — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Saintour (4,400 francs) à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Saint-Paul (25,000 francs) à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Saint-Lager (1,500 francs) à l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Stanski (1,800 francs) à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois (700 francs) au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix proposés pour l'année 1895 (1).

Prix de l'Académie (1,000 francs). — Question : *Phénomènes circulatoires et chimiques de la contraction des muscles striés.*

Prix Alvarenga (800 francs) à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Barbier (2,000 francs) à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet (1,500 francs) à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs sera partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Mathieu Bourceret (1,200 francs) à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Adrien Buisson (10,500 francs) à l'auteur des meilleurs découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron (1,200 francs). — Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

Prix Chevillon (1,500 francs) à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Daudet (1,000 francs). — Question : *Du Myxœdème.*

Prix Desportes (1,300 francs) à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine, 49, rue des Saint-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1895. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1896. Une somme de 1,500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard (1,000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Huguier (300 francs) à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix de l'hygiène de l'enfance (1,000 francs). — Question : *Hygiène de la peau pendant la première enfance.*

(1) Les concours seront clos fin février 1895.

Prix Laborie (5,000 francs) à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laennec (1,000 francs). — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*

Prix Laval (1,000 francs) à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Louis (4,000 francs). — Question : *Etude comparée des iodures au point de vue thérapeutique.*

Prix Mège (900 francs). — Question : *De la pathogénie des myocardites.*

Prix Meynot (2,600 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Nativelle (300 francs) à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont (1,000 francs) à l'élève en médecine qui aura obtenu le prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat. (Médecine).

Prix Perron (3,800 francs) à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique des tumeurs de la parotide.*

Prix Pourat (1,200 francs). — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

Prix Philippe Ricord (600 francs) à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois (700 francs) au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix proposés pour l'année 1896 (1).

Prix de l'Académie (1,000 francs). — Question : *Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.*

Prix Amussat (1,000 francs) à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Alvarenga (800 francs).

Prix Baillarger (2,000 francs) à l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés, consacrés aux aliénés.

Prix Barbier (2,000 francs).

Prix Charles Boullard (1,200 francs) au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret (1,200 francs).

Prix Henri Buignet (1,500 francs).

Prix Capuron (1,200 francs). — Question : *De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus.*

Prix Chevillon (1,500 francs).

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.*

Prix Daudet (1,000 francs). — Question : *Des angines couenneuses non diphthériques.*

Prix Desportes (1,300 francs).

Prix Falret (900 francs). — Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.*

Prix Ernest Godard (1,000 francs).

Prix Hugo (1,000 francs) à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

Prix Laborie (5,000 francs).

Prix Laval (1,000 francs).

(1) Les concours seront clos fin février 1896.

Prix Lefèvre (1,800 francs). — Question : *De la mélancolie.*

Prix Meynot (2,600 francs).

Prix Adolphe Monbinne (1,500 francs).

Prix Nativelle (300 francs).

Prix Oulmont (1,000 francs) à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat. (Chirurgie).

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux et ganglions), dans la sphère des néoplasmes malins.*

Prix Pourat (1,000 francs). — Question : *Des relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.*

Prix Saintour (4,400 francs) à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Saint-Paul (25,000 francs).

Prix Stanski (1,800 francs) à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois (700 francs) au meilleur travail sur l'hygiène.

Nota. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis aux concours, à l'exception des prix Buignet et Huguier. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Chevillon, Desportes, Godard, Huguier, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Saint-Paul, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des Eaux Minérales, des Epidémies, de l'Hygiène de l'Enfance et de la Vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

Prix Aubert (500 francs). — M. le Dr Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 8 décembre 1893.

Tuberculose des voies génito-urinaires.

M. de Massary rapporte l'observation d'un malade entré dans le service de M. Chauffard avec une tuberculose pulmonaire chronique compliquée d'entérite tuberculeuse à forme dysentérique. Il y a trois mois, on constata que le malade émettait des urines à la fois par l'urèthre et par le rectum. Au toucher, on trouvait une ulcération de la paroi rectale antérieure. Les urines contenaient aussi du pus.

A l'autopsie, on vit qu'au-dessous de la vessie, présentant des lésions d'inflammation chronique, la prostate avait presque complètement disparu et était remplacée par une caverne, sorte de cloaque communiquant avec le rectum, la vessie et l'urèthre. Il y avait de plus une grosse poche, derrière la masse intestinale, qui laissa écouler, lorsqu'elle fut incisée, du pus analogue à un pus d'abcès froid. On voit que les parois de cette poche sont formées en haut par le rein aplati et atrophié, et, dans le reste de leur étendue, par les calices, le bassinet et l'uretère considérablement distendus. La partie inférieure de l'uretère, ainsi augmenté de volume, était oblitérée par un calcul du volume d'une noisette.

Fibrome et fibro-sarcome de l'utérus.

M. Pilliet a recherché, à propos d'un utérus fibro-sarcomateux au sujet duquel il a fait récemment une communication à la Société, s'il y avait, dans une série de fibromes utérins dont il a fait des préparations, des gaines sarcomateuses entourant les capillaires. Il était, en effet, intéressant de saisir la lésion à son début. Or, sur un grand nombre de coupes, on voit, autour des capillaires, des cellules sarcomateuses en plus ou moins grande abondance.

D'autre part, M. Pilliet montre sur d'autres coupes, portant sur des fibromes en activité, les tourbillons musculaires disposés autour des vaisseaux en néoformation. Comme il s'agit de pointes d'accroissement insuffisantes pour l'irrigation tubulaire du tissu, celui-ci se transformerait en tissu fibreux. M. Pilliet soulève, à ce sujet, plusieurs hypothèses relatives à la pathogénèse des fibromes.

Endocardite végétante.

M. Bezançon relate le fait d'une jeune fille de 22 ans, ayant eu autrefois du rhumatisme et probablement de l'endocardite, qui est entrée dans le service de M. Cornil, avec des phénomènes d'infection assez vagues. Quelques jours après, elle présentait de l'anesthésie de la totalité de la jambe gauche avec ecchymoses assez larges à ce niveau et douleurs profondes. Il y avait un souffle très marqué à la pointe du cœur. On diagnostiqua une embolie : quelques jours plus tard, apparaissaient tous les signes de la gangrène sèche. On a trouvé à l'autopsie un bourgeon énorme, disposé en choufleur, sur la valvule mitrale : il y avait des infarctus de la rate.

Lésions du cœur en asystolie.

M. Letulle montre des coupes de foie et de cœur, provenant d'une malade morte d'asystolie. Le cœur était atteint de rétrécissement mitral. Il y avait dilatation du cœur droit : le cœur gauche était petit et non dilaté. L'artère pulmonaire offrait une dégénérescence athéromateuse très étendue. Le foie était peu augmenté de volume ; à sa surface, il y avait, par places, un épaississement fibroïde du péritoine formant une dépression en cupule. Ce qui est frappant ici, sur les coupes du cœur, surtout au niveau de la cloison interventriculaire, c'est un état plexiforme très marqué des fibres musculaires. On voit un plexus formé de fibres arciformes comprenant dans leur intervalle quelques capillaires avec des cellules embryonnaires extrêmement rares. Il n'y a pas de sclérose. La fibre musculaire a conservé sa striation normale. Cet aspect plexiforme n'a pas été retrouvé dans le ventricule droit. Les coupes de foie montrent une cirrhose diffuse biveineuse avec dilatations capillaires très marquées en certains points.

T. Legry.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 décembre 1893.

Hydronéphrose intermittente.

M. Tuffier communique un travail fondé à la fois sur l'expérimentation et sur douze opérations. Il cherche avant tout à prouver que l'hydronéphrose intermittente est liée directement au rein mobile et à cet égard un premier argument est l'existence à peu près exclusive de la lésion chez la femme et à droite : il en était ainsi 12 fois sur 12, sur les opérées de M. Tuffier, qui, dès lors, s'est rattaché à l'opinion de Landau, de Terrier et Baudouin et a cherché à la vérifier expérimentalement en libérant le rein chez les chiens et tantôt en le laissant mobile, tantôt en le fixant par la suture en un point anormal, de façon à réaliser les deux types cliniques de rein mobile resté flottant ou fixé secondairement. Sur 8 cas, il a obtenu 4 fois l'hydronéphrose intermittente, ce qui concorde avec cette donnée clinique que tout rein mobile ne s'accompagne pas d'hydronéphrose intermittente.

Ce qui prouve le rôle de la coudure de l'uretère, c'est l'observation d'une femme que M. Tuffier a fini par opérer, qui a eu pendant longtemps deux crises par jour, auxquelles

elle mettait fin en se couchant, le bassin élevé; et dans cette position, elle pissait. En outre, chez deux de ses opérées, M. Tuffier a vu la partie inférieure de l'uretère être normale tandis que la partie supérieure et le bassinet être dilatés.

Expérimentalement, on n'a pas de vraie coudure, mais une courbure; mais cela suffit pour que de ce côté il y ait un écoulement moindre dans la vessie, avec rétention au-dessus de la courbure.

Le premier phénomène qui se passe du côté du rein est une congestion avec turgescence, et bientôt le rein se déforme, soit en fer à cheval, soit tout à fait aplati. Quand on voit une de ces formes, on peut affirmer l'hydronéphrose intermittente.

L'évacuation de la poche se fait par deux mécanismes : le redressement de la courbure, parfois observé pendant qu'on opère; la tension en arrière de l'obstacle, et c'est évidemment le seul mécanisme possible lorsque le rein est fixé en position anormale, et cela encore, M. Tuffier l'a vérifié en opérant.

Le traitement de choix est la néphropexie, qui a donné à M. Tuffier 9 succès opératoires et thérapeutiques. Mais il n'est applicable que si la poche se vide assez bien. Dans le cas inverse, on ne se résoudra à la néphrectomie qu'après mûre réflexion, car l'état du second rein peut causer la mort. Cette opération n'a d'ailleurs guère été pratiquée que par erreur de diagnostic, avec un kyste de l'ovaire par exemple; mieux vaut en principe la néphrectomie que M. Tuffier a pratiquée deux fois. La ponction ne doit pas être entièrement repoussée, vu les succès de Tillaux, de F. Hue. Mais chez une des malades de M. Tillaux, il y a eu ultérieurement une énorme pyonéphrose.

Hernie inguinale étranglée.

M. Berger fait un rapport sur une observation de M. Choux : hernie inguinale testiculaire étranglée d'emblée, opérée au 6e jour; cure radicale incomplète. Guérison. M. Choux a débridé de dedans en dehors et a piqué l'intestin, et à ce propos, M. Berger insiste sur le conseil de pratiquer presque toujours le débridement de dehors en dedans. En effet, pour faire bien la cure radicale, il faut toujours fendre largement le trajet inguinal et attaquer directement le collet, puis disséquer le sac de haut en bas. Si M. Choux eût agi de la sorte, il est probable qu'il eût fait la dissection complète du sac, ce qui est la condition essentielle de la cure radicale.

M. Lucas Championnière insiste sur cette manière de voir, à laquelle il est heureux que M. Berger se soit rallié.

M. Quénu. — (Voyez p.).

M. Doyen (Reims) communique une statistique d'hystérectomies.

M. Lejars lit deux observations d'hystérectomie pour prolapsus utérin.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 *décembre* 1893.

Présidence de M. Fernet.

Cancer et adénopathie sus-claviculaire.

M. Comby. — On a, dans la dernière séance, attiré à nouveau l'attention sur la valeur de l'adénopathie sus-claviculaire dans le diagnostic des cancers viscéraux.

Au commencement de cette année j'ai pu faire, d'après ce signe, le diagnostic de pleurésie cancéreuse, bien que je n'aie pas eu la confirmation anatomique de ce diagnostic.

L'observation que je rapporte confirme donc les assertions de M. Troisier. Il s'agissait d'une femme de 57 ans, entrée à l'hôpital Tenon avec une pleurésie droite, accompagnée de dyspnée. L'amaigrissement progressif. L'épanchement ayant atteint un niveau élevé, je fis une ponction qui donna issue à une certaine quantité de liquide hémorrhagique. L'état général de la malade et les signes obscurs permettaient d'affirmer l'existence d'une tumeur maligne de la plèvre.

Je dois ajouter que j'ai recherché ce ganglion sus-claviculaire chez d'autres cachectiques, des tuberculeux entre autres : je l'ai exceptionnellement rencontré. Cela ajoute à sa valeur dans le cours des cancers viscéraux.

Adénopathie sus-claviculaire et axillaire dans un cas de cancer de l'estomac.

M. F. Widal. — Au cours d'un cancer viscéral et du cancer de l'estomac en particulier, on sait, depuis les travaux de M. Troisier, que l'on doit rechercher, surtout lorsque le diagnostic est hésitant, s'il n'existe pas un ganglion cancéreux, dans les régions sus-claviculaires. Chez un homme de 65 ans atteint de cancer de l'estomac douteux, nous avions recherché pendant la vie, sans le trouver, ce ganglion révélateur. A l'autopsie nous avons constaté au niveau du pylore un gros champignon cancéreux, encéphaloïde. Ni dans le foie, ni dans aucun viscère nous n'avons retrouvé le moindre noyau secondaire. Ni la surface du diaphragme, ni la surface de la plèvre ne présentaient la moindre trace de lymphangite cancéreuse, mais dans la région sus-claviculaire gauche on sentait sur le cadavre rouler, en dehors du sterno-mastoïdien, un petit ganglion dur non adhérent que la dissection montra ramolli à son centre par le cancer. Ce ganglion était gros comme une petite lentille, et l'on n'avait pu le reconnaître cliniquement, malgré les recherches faites par plusieurs personnes huit jours avant la mort. Dans la région axillaire gauche existait un ganglion, présentant à son centre un petit noyau cancéreux.

Ce fait confirme une fois de plus que le cancer de l'estomac peut faire naître à distance un ganglion cancéreux sus-claviculaire sans que l'on puisse suivre la voie de propagation. Il prouve de plus combien peut être rapide le développement de l'adénopathie sus-claviculaire.

Arthrite scarlatineuse.

M. Le Gendre. — J'ai observé un cas d'arthropathie scarlatineuse qui se distingue par la précocité de l'apparition des manifestations articulaires.

Il s'agit d'une jeune malade qui fut prise, dès le lendemain du début de la maladie, de douleurs dans les articulations et ces douleurs disparurent assez rapidement, pour reparaître dans les mêmes articulations, au cours de la convalescence. Il est difficile ici d'invoquer l'influence des infections secondaires.

Quand j'entendais M. Richardière signaler l'existence d'arthropathies noueuses avec lésions des os persistantes après la scarlatine et d'autres arthrites infectieuses d'origine nerveuse, je me rappelais combien l'étiologie du rhumatisme noueux est vague, et je repassais dans ma mémoire les cas de cette affection qu'il m'a été donné d'observer. J'ai pensé qu'il n'était pas impossible que le rhumatisme noueux lui-même puisse être l'expression personnelle de certains organismes infectieux, soit que ceux-ci se localisent d'eux-mêmes sur les jointures, soit plutôt que les lésions ostéo-articulaires soient actionnées par une trophopathie nerveuse.

M. Richardière. — L'étiologie du rhumatisme noueux est à coup sûr encore incertaine, mais les faits les mieux établis tendent à montrer que les arthropathies symptomatiques qui en font partie relèvent plutôt des infections secondaires.

Variole et obscurité.

M. Juhel-Renoy. — L'influence des rayons lumineux sur la peau normale est connue ; il était logique de penser que si ces rayons étaient nuisibles à l'état sain, *a fortiori* leur nocivité devait être accrue lorsqu'ils frappaient une peau malade. En 1867 un médecin anglais, le Dr Black, a appliqué cette idée au traitement de la variole et il a avancé que la guérison survient rapidement, sans suppuration ni cicatrice, chez les malades traités à l'obscurité. Le Dr Barlow en 1871 fut d'abord du même avis ; plus tard, ayant vu des cas défavorables, il conclut que l'obscurité a plutôt une action nocive. En juin 1893, le Dr Gallavardin reprit les conclusions primitives et admit l'efficacité du traitement par l'obscurité.

J'ai repris cette question et soumis un certain nombre de malades à la méthode préconisée par les auteurs anglais. Plusieurs de mes malades ont eu une variole bénigne qui n'en a pas moins été suivie de cicatrices apparentes. Chez deux autres malades, la variole fut beaucoup plus grave, une fois elle occasionna la mort. Toujours la suppuration apparaît à son heure et laisse ses suites habituelles. Il m'a donc semblé que ce traitement par l'obscurité ne méritait pas la vogue qu'on lui a concédée.

Rein mobile chez la femme.

M. Mathieu. — J'ai recherché systématiquement le rein mobile chez 306 femmes soignées pour une affection quelconque et j'ai tenté d'en spécifier les formes cliniques.

Il y a certainement un rapport appréciable entre la grossesse et le rein mobile, car je l'ai constaté dans une proportion de 33.8 pour 100.

La dyspepsie qui accompagne la néphroptose est habituellement elle-même entretenue et exagérée par cette dernière. Elle affecte toutes les formes et présente toutes les modifications possibles du chimisme stomacal. Souvent aussi elle détermine l'éclosion de la neurasthénie; c'est dans ces cas surtout que la morphinomanie est à redouter.

H. VAQUEZ.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 5 *décembre* 1893.

Coup de feu de l'orbite. Méningite suppurée. Trépanation.

M. Gillet de Grandmont présente la petite malade qui a fait le sujet de la communication de M. Péan à l'Académie (voyez *Mercredi*, p. 578) et insiste sur les phénomènes oculaires présentés par cette petite fille. Lorsqu'elle lui fut amenée le 4 août non seulement l'œil droit avait été détruit par le projectile, mais la cécité du côté gauche était complète. La pupille était immobile et la papille gris-bleuâtre était masquée par un voile épais, pas de compression des vaisseaux, pas de battements artériels, pas d'hémorrhagie du fond de l'œil. M. Gillet de Grandmont admet qu'il s'agissait d'une ophthalmie sympathique de nature infectieuse comme la méningite qu'avait présentée l'enfant. Il fit, à huit jours d'intervalle, deux injections sous-conjonctivales d'une goutte de solution de sublimé au centième et avant la troisième injection on crut remarquer que la pupille réagissait à une forte lumière; plus tard, la vision des gros objets revint, mais avec persistance de la suppression du champ visuel périphérique. Cet état a persisté, la vision directe seule s'est améliorée, l'enfant peut compter les doigts à cinq mètres. Ce qui mérite surtout d'être signalé, c'est qu'il n'est survenu aucun désordre visuel pendant la période des poussées de méningite qui a nécessité la trépanation pratiquée par M. Péan.

Paralysie de la 6ᵉ paire par fracture de la base du crâne.

M. Jocqs rapporte l'observation d'un enfant de neuf ans atteint de paralysie de la 6ᵉ paire droite à la suite d'une chute sur le crâne de deux mètres de hauteur. Après le choc, pas de perte de connaissance complète; mais un état d'hébétude de peu de durée. Pas d'écoulement de sang par les oreilles ni par le nez, mais crachement de sang venant de la gorge. La paralysie s'est déclarée plusieurs heures après la chute. Il y avait strabisme interne du côté droit et perte absolue des mouvements de l'œil en dehors. Diplopie homonyme en face et surtout à droite. Les autres muscles sont intacts. Au bout d'un mois, les mouvements de l'œil se sont rétablis en grande partie.

Sauf la paralysie de la 6ᵉ paire droite, il n'y aurait ici aucun signe certain de fracture de la base; mais ce seul symptôme est suffisant pour le diagnostic, ainsi que l'a établi le professeur Panas dans ses remarquables travaux sur ce sujet.

Un autre point intéressant de cette observation réside dans ce fait que le choc ayant porté à gauche, c'est le droit externe de l'œil droit qui a été paralysé. Il y a donc eu une fracture indirecte du sommet du rocher droit.

Sonde lacrymale.

M. Isambert présente un nouveau modèle de stylet destiné à permettre la dilatation et l'irrigation antiseptiques simultanées des voies lacrymales. Ce stylet présente une cannelure longitudinale qui laisse passage au liquide injecté avec la seringue d'Anel.

H. NIMIER.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 *décembre* 1893.

PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

Emploi de la pneumo-bacilline comme réactif de la morve.

M. Arloing. — On sait que la tuberculine a pu produire une réaction analogue à la réaction de Koch dans d'autres maladies que la tuberculose. J'ai eu l'idée de chercher si pour la morve il n'y avait pas quelque réactif succédané de la malléine. J'ai expérimenté à ce point de vue la toxine des cultures du pneumo-bacilllus liquefaciens bovis. Ce réactif injecté sous la peau produit des phénomènes analogues à la malléine, quoique beaucoup moins développés. Il est à noter que la pneumo-bacilline produit une réaction nette chez les animaux morveux, beaucoup moins nette chez les animaux simplement suspects. La tuméfaction locale au point d'injection est très comparable à celle de la malléine.

Convulsions toniques.

M. Hallopeau. — J'ai observé une trémulation convulsive des membres supérieurs survenue sous l'influence de l'asphyxie oxycarbonique et remarquable en ce qu'elle se produit exclusivement à la fin des mouvements expiratoires pendant les périodes où le stertor augmentait. C'est qu'alors seulement l'insuffisance de l'hématose atteignait le degré voulu pour donner lieu à une excitation des circonvolutions motrices.

Cécité corticale diagnostiquée pendant la vie et confirmée à l'autopsie.

MM. Déjerine et **Vialet.** — Il s'agit d'un vieillard de Bicêtre que l'un de nous a suivi pendant 4 ans, et a présenté dans des leçons à l'hôpital des Enfants-Malades. L'examen de la vision a pu être fait régulièrement et contrôlé jusqu'à la mort du malade. Cet homme était devenu subitement aveugle à 64 ans. L'examen de l'œil révélait une intégrité complète de l'organe. La réaction pupillaire était conservée, les milieux transparents intacts, le fond de l'œil normal. Le diagnostic de cécité corticale par double lésion du centre cérébral de la vision fut porté et maintenu, de 1889 à 1893. Le malade mourut de pneumonie. A l'autopsie on trouvait un double foyer de ramollissement cérébral cortical ancien, occupant la face interne des lobes occipitaux, avec dégénérescence secondaire du bourrelet du corps calleux. Dans l'hémisphère droit, la lésion occupe le cunéus et les lobes lingual et fusiforme, c'est-à-dire toute l'étendue du centre de la vision, tel que nous l'avons établi récemment. Dans l'hémisphère gauche, la lésion corticale porte surtout sur le centre de la face interne du lobe occipital et atteint son maximum au niveau du lobe lingual. Des deux côtés, la scissure calcarine est altérée.

Borax dans les maladies nerveuses.

M. Féré. — J'ai eu l'occasion d'employer depuis assez longtemps le borax dans les affections nerveuses convulsives, sans grand succès d'ailleurs. Mais j'ai fait à cette occasion quelques remarques concernant l'action du médicament sur la peau. On sait qu'Arnozan a dirigé son attention de ce côté et observé par un procédé spécial une perturbation dans la fonction sébacée de la peau; les changements affectent une certaine topographie et des maxima déterminés. Or, j'ai observé des éruptions d'eczéma séborrhéique occupant les côtés du tronc, les membres, la face, le cuir chevelu (où peut se produire une alopécie temporaire) et pouvant se généraliser. Il est assez remarquable que cette éruption reproduise par sa topographie les foyers de prédilection du phénomène étudié par Arnozan, ce qui confirme l'action spéciale du borax.

Gastrite phlegmoneuse expérimentale.

M. Pilliet. — J'ai employé différentes substances chez le lapin et n'ai pu produire cette gastrite qu'avec des solutions de chlorure de zinc: ce corps a la propriété de fuser et d'agir peu comme coagulant. L'estomac montre dans ces conditions une gastrite fibrino-hémorrhagique riche en hématies et pauvre en leucocytes, occupant les deux couches internes de

l'estomac. Les lésions correspondent à la même gastrite décrite chez l'homme. Les coupes ne montrent pas de microbes.

Fibrine du sang.

M. Dastre. — Il est très important de la doser exactement dans le sang en général, et dans le sang des divers organes pour en déduire le mouvement de la matière albuminoïde dans l'intimité des tissus. Or, il faut prendre quelques précautions pour obtenir des mesures exactes. Ainsi le battage devra être fait à l'aide de baguettes en ébonite, les baguettes de verre laissant échapper des paillettes de verre qui entraînent une proportion de fibrine. D'autre part, le magma fibrineux sera lavé sous un courant d'eau pendant 12 à 24 heures. Les pesées seront faites à sec. Enfin, il est indispensable que la fibrine soit de bonne heure séparée du sang correspondant pour échapper au phénomène perturbateur de la fibrino-lyse.

M. Marey fait hommage à la Société de son livre sur la physiologie du mouvement étudiée spécialement à l'aide de la chrono-photographie.

M. Jolyet et **Sigalas** communiquent leurs études sur la chaleur développée par la coagulation du sang.

M. Blézot étudie le pouvoir bactéricide des essences.

J. Girode.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 6 *décembre* 1893.

Présidence de M. Cordier.

Sur la mastoïdite.

M. Rivière fait une communication sur les symptômes de la mastoïdite et sur la valeur du signe donné par les spécialistes de l'école de Vienne, à savoir l'éclairage des cellules mastoïdiennes et de la caisse, perçu au travers du tympan lorsqu'on applique extérieurement sur l'apophyse mastoïde une lampe électrique. Il insiste sur la supériorité pour la trépanation de la gouge sur le trépan.

M. Fochier dit qu'il est de cet avis depuis fort longtemps et que même il ne se souvient pas d'avoir jamais employé le trépan pour cette opération. La trépanation à la gouge doit être faite prudemment, mais elle est une très bonne opération lorsqu'on peut intervenir à temps et que les malades ne présentent pas encore de méningite au moment où on les opère.

Sur le diaphtol.

M. Guinard fait une communication sur le diaphtol, substance appelée par Merck quinaseptol, et dont le nom véritable est acide orthoquinolinmétasulfonique.

Cette substance est peu soluble dans l'eau, mais elle devient beaucoup plus soluble dans les solutions alcalines où elle se transforme en diaphtolate.

Elle peut être décelée dans des solutions très étendues par le perchlorure de fer qui donne une coloration verte.

Le diaphtol n'a pas des propriétés bactéricides très actives lorsqu'on fait des essais avec des cultures de microbes pathogènes; ainsi il ne tue les microbes qu'après un contact de 35 à 50 minutes; il n'empêche le développement du bacillus anthracis qu'à la dose de 0 gr. 10 pour cent.

Mais il paraît jouir de propriétés plus actives vis-à-vis des agents de la putréfaction. Des urines d'animaux qui ont absorbé du diaphtol peuvent être conservées pendant 8 à 15 jours sans se putréfier, et en tous les cas jamais elles ne subissent la fermentation ammoniacale.

Des foies et d'autres viscères d'animaux ayant absorbé du diaphtol ont pu être conservés pendant 4 à 5 jours à l'étuve à 35° sans subir de décomposition.

Les cadavres des animaux se conservent également fort longtemps.

Le diaphtol est peut-être appelé à jouer un rôle en thérapeutique parce qu'il est très peu toxique chez les animaux Le coefficient de toxicité est de 5 gr. 10.

Lymphangiome kystique de l'aisselle.

M. Auguste Pollosson présente à la Société un kyste séreux multiloculaire de l'aisselle du volume d'une tête de fœtus qu'il a extirpé chez un jeune homme de 25 ans. Le diagnostic avait été porté avant l'intervention parce qu'on avait éliminé les hypothèses de lipome, kyste hydatique, abcès et que le seul diagnostic de kyste séreux pouvait être soutenu avec une certaine vraisemblance.

Il existait une coque fibreuse adventice autour de la tumeur et une fois celle-ci ouverte, l'énucléation fut très facile.

L. Dor.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 27 *novembre* 1893.

Fracture du radius, luxation du cubitus et du radius.

M. Vitrac présente un homme de 43 ans qui fit à l'âge de 17 ans une chute de trois mètres de hauteur. Cet homme offre : 1° un cal, reste d'une fracture du radius ; 2° une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus ; 3° une luxation de l'extrémité supérieure du radius. Malgré ces lésions, le sujet n'a jamais été gêné dans l'exercice de son métier de charpentier.

Contusion cérébrale par contre-coup.

M. P. Bousquet, au nom de M. le Dr Binaud et au sien, présente le cerveau d'un homme mort à la suite d'une chute sur la tête. Le traumatisme, dirigé d'arrière en avant et de droite à gauche, avait porté sur la bosse pariétale droite. L'autopsie démontra l'absence de toute lésion osseuse. La dure-mère était décollée au niveau du lobe temporo-sphénoïdal gauche. Hémorrhagie sous-dure-mérienne en ce point. Contusion au premier degré du cap de la troisième frontale gauche. Contusion au troisième degré de la corne sphénoïdale du même côté.

Varice ampullaire de la saphène interne.

M. Villar présente une dilatation ampullaire de la veine saphène interne, du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur, située à la face interne du genou, était douloureuse et empâtée. M. Villar l'a excisée et a constaté qu'elle était développée sur un côté de la veine à laquelle elle était comme appendue et offrait tous les caractères d'un anévrysme.

Séance du 4 *décembre* 1893.

Valeur antiseptique de l'acide carbonique à haute pression vis-à-vis de l'extrait orchitique glycériné.

MM. Sabrazès et Bazin. — Nos premières expériences sur la valeur microbicide de CO^2 sous pression ont porté sur des bouillons infectés : nous opérions dans les conditions où l'on se place généralement pour déterminer le pouvoir bactéricide d'un antiseptique quelconque.

Les résultats obtenus nous contraignaient logiquement à nous demander — sous forme dubitative d'ailleurs, puisque nous n'avions pas encore expérimenté sur les extraits organiques glycérinés — si l'acide carbonique à haute pression était *nécessairement* efficace dans la stérilisation d'un liquide orchitique souillé.

Nous sommes en mesure de répondre aujourd'hui à cette dernière question par la négative.

Un extrait testiculaire glycériné récent, à réaction légèrement acide, préparé par M. Bazin, d'après la technique de M. d'Arsonval (*Arch. de phys.*, 1893), est ensemencé avec du staphylocoque orangé; une égale quantité de semence de ce microbe (une anse de platine prélevée sur gélose) est dissociée dans une égale quantité de ce même extrait orchitique (3 gr.30) préalablement neutralisé au moyen d'une solution de soude stérile.

Ces tubes ont été soumis, dans les conditions que nous avons signalées précédemment, quinze heures après l'ensemencement, le premier à une pression de 47 atmosphères prolongée pendant environ cinq heures, le second à une

pression de 52 à 53 atmosphères, pendant une durée de trois heures.

Les transports sur gélose avant et après l'épreuve ont été positifs et les cultures également abondantes : la vitalité du staphylocoque orangé ne paraît donc pas être très sensiblement altérée vingt heures après l'ensemencement, dans l'extrait orchitique légèrement acide ou neutralisé, même lorsqu'on soumet cet extrait infecté à une pression de CO^2 égale à 53 atmosphères et prolongée pendant trois heures.

Epithélioma cylindrique de l'œsophage.

M. Chavannaz présente les coupes d'un épithélioma cylindrique de l'œsophage.

Le sujet qui en était porteur était un homme de 50 ans, entré dans le service de M. le professeur Vergely en novembre 1891.

L'histoire clinique peut être ainsi résumée :

Début brusque en janvier 1891, caractérisé par de la dysphagie. Au mois de mai, les aliments solides ne passent plus du tout. En juin la déglutition devient presque normale, mais quelques jours après la dysphagie se montre de nouveau.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, état cachectique ; très léger œdème de la jambe gauche, dysphagie très prononcée. L'olive œsophagienne n° 12 passe librement et sans ramener de sang. La n° 14 passe en forçant au détroit inférieur de l'œsophage. Dilatation régulière tous les deux jours; le malade peut bientôt avaler de la soupe et même du pain sec.

Le 5 décembre le rétrécissement semble s'être déplacé, la sonde est arrêtée vers la partie moyenne de l'œsophage.

La mort survient brusquement le 10 décembre.

Autopsie. L'estomac est rempli de sang. Néoplasme en forme de bague siégeant à la partie inférieure de l'œsophage.

Examen microscopique fait par M. le docteur Sabrazès.

A un faible grossissement la tumeur paraît constituée par des tubes cellulaires à lumière plus ou moins nette, plongés dans une atmosphère de tissu conjonctif qui est infiltré d'un grand nombre de cellules embryonnaires, du moins au contact immédiat des tubes. Les tubes sont constitués par des cellules épithéliales cylindriques à protoplasma très abondant avec noyau et nucléole. Dans certains tubes on trouve des cellules rondes tassées les unes contre les autres et rappelant les cellules carcinomateuses.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres.

Au point de vue clinique, elle montre, ce qu'on savait déjà, combien est grande la part prise par le spasme dans la dysphagie, mais elle montre en plus que ce spasme peut siéger non seulement au point où existe la lésion organique, mais encore en un point indemne.

Au point de vue anatomo-pathologique, c'est un nouveau cas d'épithélioma cylindrique de l'œsophage. Cette variété était à peu près inconnue avant le mémoire de Robin et Hanot. En effet, Zenker et Rindfleisch considèrent l'épithélioma de l'œsophage comme étant toujours pavimenteux. Enfin cette observation montre qu'entre cette forme et la forme carcinomateuse décrite par Butlin, il existe des types de transition.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 29 novembre 1893.

Syphilis de la moelle épinière.

M. Feilchenfeld présente un individu, ancien syphilitique, qui après un refroidissement fut pris de douleurs en ceinture, de parésie vésicale, d'abolition du réflexe rotulien et plus tard de paraplégie avec ataxie. Le tableau rappelait point par point celui de tabes. Guérison par le traitement antisyphilitique.

Hémiatrophie de la face.

M. Mendel présente une femme de 60 ans, qui à la suite d'une vive émotion fut prise de douleurs intenses dans la moitié droite de la face. Plus tard, il se développa sur le trajet du trijumeau plusieurs taches jaunes, et peu à peu la moitié droite de la face s'atrophia. La langue et les muscles innervés par les fibres motrices du trijumeau furent épargnés. Quant à la nature de cette atrophie, il est difficile de se prononcer sur ce sujet. La disparition rapide des troubles sensitifs fait penser qu'il ne s'agit peut-être pas là d'une névrite périphérique.

M. Lewin. — La sécrétion sudorale a-t-elle été augmentée ?

M. Mendel n'en sait rien. Cependant, les premiers temps, la malade accusait une sensation de froid du côté droit de la face.

Ptomaïnes de l'urine.

M. Albu a fait à l'hôpital Moabit des recherches sur les ptomaïnes de l'urine dans les maladies infectieuses telles que la rougeole, la scarlatine, la diphthérie, la pneumonie, l'érysipèle, etc. Dans certains cas on retira des extraits éthérés une substance en cristaux dont les propriétés chimiques et physiques variaient souvent avec chaque maladie. Il est difficile de dire si cette substance est une toxine, comme le disent les auteurs français ou s'il ne s'agit pas plutôt là d'un produit de décomposition des substances albuminoïdes. On peut seulement affirmer qu'on trouve dans l'urine une substance alcaloïde dont la valeur pathologique est encore à déterminer.

Anévrysme de l'aorte par balle de revolver.

M. Freyhan a présenté le cœur d'un individu entré à l'hôpital avec un souffle à la base comme dans le rétrécissement de l'aorte. Les autres signes de cette affection faisant défaut, on fit le diagnostic d'anévrysme de l'aorte.

A l'autopsie on trouva effectivement un anévrysme de la crosse de l'aorte, immédiatement au-dessus de l'insertion des valvules. La paroi du sac renfermait dans une sorte de cul-de-sac une balle de revolver que, dans un but de suicide, le malade s'est tirée dans la poitrine deux mois avant. La balle est donc venue se loger dans la paroi de l'aorte sans la perforer.

SOCIÉTÉ DERMATOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 14 novembre 1893.

Déformations osseuses dans la syphilis congénitale.

M. Joachimsthal présente un enfant de 7 ans dont le frère est mort paralytique général. Peu de temps après sa naissance, l'enfant présenta une éruption et une rhinite ; plus tard, tuméfaction des ganglions lymphatiques du cou. Les dents se développèrent mal et quelques-unes présentent le type d'Hutchinson.

Il y a quelque temps l'enfant commença à souffrir de son système osseux. L'examen fait à ce moment révéla les particularités suivantes : crâne natiforme, tuméfaction douloureuse de la face interne des tibias ; tuméfaction douloureuse de la partie moyenne du cubitus, radius déformé de telle façon qu'à l'état de repos le bras se trouve en varus. Le traitement spécifique eut pour résultat de faire disparaître la douleur, mais les déformations persistent.

M. Grimm a fréquemment observé au Japon des formes graves de syphilis héréditaire. Le système osseux est pris dans ces conditions dans une proportion de 1 0/0.

Ichthyose congénitale.

M. Lennhoff présente quatre malades de la clinique de Litten, quatre sœurs atteintes d'ichthyose. Chez deux il n'existe que de la sécheresse de la peau, chez deux autres l'ichthyose est extrêmement prononcée. Les parents de ces enfants n'ont jamais eu d'affection cutanée, mais il y a une grand'mère qui avait toujours « la peau sèche ». Cette grand'mère a une fille et un fils également atteints d'ichthyose, et le fils en question a trois enfants qui tous présentent de l'ichthyose.

M. Saalfeld présente également deux malades, frère et sœur, atteints d'ichthyose.

M. Lewin a observé plusieurs cas d'ichthyose chez des membres de la même famille. L'ichthyose congénitale ne s'observe généralement que chez des mort-nés ou chez des enfants qui vivent très peu de temps. L'ichthyose habituelle se développe à l'âge de 2 à 3 ans.

M. Blaschko considère l'ichthyose comme relevant d'une anomalie de formation pendant la vie embryonnaire. Il n'admet par conséquent pas d'ichthyose acquise.

Acné varioliforme.

M. Isaac présente une malade dont l'affection cutanée fut tout d'abord fort difficile à diagnostiquer. Il y aurait eu au début de la fièvre pendant laquelle, sur la peau fortement enflammée, il se formait des pustules qui guérissaient en laissant à leur place des cicatrices pigmentées. L'éruption procédait par poussées. C'est la troisième poussée que M. Isaac a pu observer. Sur la peau, principalement au niveau des membres inférieurs, on trouvait des pustules d'acné et des nodules grisâtres, en partie nécrosés, avec un trou au centre. Il s'agit donc là d'acné nécrotique ou varioliforme.

M. Rosenthal a observé un cas analogue.

Erythème strié.

M. Lassar a souvent observé des affections cutanées superficielles, à lésions régulièrement disposées et analogues à celles produites par le grattage et dont l'étiologie et l'origine sont toujours restées obscures. Il y a quelque temps, il a vu un garçon qui présentait cette dermatose en stries, sur les quatre métacarpiens et l'avant-bras. Les cinq stries correspondaient exactement au trajet des gros lymphatiques. Dans un autre cas, les stries étaient localisées de la même façon à la face.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 5 *décembre* 1893.

Anévrysmes de l'aorte.

M. Vœlcker. — Un homme de 44 ans, buveur invétéré, maigrissait et toussait depuis deux ans; depuis 4 mois il avait de la dyspnée, surtout lorsqu'il avalait. Le jour de son entrée à l'hôpital il eut une sensation de suffocation qui lui fit perdre connaissance ; il vomit du sang ; le lendemain il rendit encore du sang dans des vomissements et dans ses selles. Il mourut deux heures après. A l'autopsie, on trouva l'estomac et le duodénum remplis de sang. L'aorte était athéromateuse et présentait deux anévrysmes, l'un situé vers la partie moyenne de la crosse, l'autre, plus gros, situé au voisinage de l'origine de la sous-clavière gauche. Le premier anévrysme avait englobé dans sa paroi le nerf vague du côté gauche; le deuxième adhérait de même au nerf vague du côté droit et à l'œsophage; il était ulcéré à ce niveau et il communiquait avec ce conduit. On ne trouva aucune trace de syphilis. Sur 38 cas d'anévrysmes de l'aorte dont on a fait l'autopsie au Middlesex-Hospital dans ces 10 dernières années, on a trouvé 4 fois des anévrysmes multiples. L'ouverture dans l'œsophage a été trouvée 3 fois.

Ulcus rodens.

M. Bidwell. — Chez une femme de 72 ans j'ai enlevé un ulcus rodens survenu au niveau d'une verrue congénitale constituée par des glandes sébacées très hypertrophiées. Il s'agissait donc là d'une forme de carcinome des glandes sébacées. Le sarcome de ces verrues congénitales n'est pas rare; mais il est peu fréquent au contraire qu'elles soient atteintes d'un carcinome, surtout de la forme de l'ulcère rongeur.

M. Bird. — L'expression d'ulcus rodens n'a de sens qu'au point de vue clinique, elle perd toute signification au point de vue de l'anatomie pathologique. Jacob de Dublin a défini en 1827 l'ulcus rodens comme une ulcération à marche lente survenant chez des sujets bien portants, rongeant peu à peu les tissus, même les os, ne s'accompagnant d'aucune hypertrophie ganglionnaire, n'étant le siège d'aucun épaississement, et siégeant quelque part entre la bouche et les sourcils. Mais beaucoup de processus ulcéreux survenant dans cette région répondent à cette description et il faudrait savoir si oui ou non il existe un ulcus rodens indépendant du carcinome ou de l'épithélioma de ces régions.

M. Bowlby. — L'ulcus rodens constitue une entité clinique facile à distinguer: quant à son anatomie pathologique, elle en fait une forme de carcinome. L'ulcère rongeur diffère de l'épithélioma par sa situation dans le derme.

Thrombose du ventricule gauche.

M. Sholefield. — J'ai observé deux cas de thrombose du ventricule gauche; les espaces intra-trabéculaires étaient remplis de corpuscules lymphatiques qu'on séparait facilement de l'endocarde. L'aspect à l'œil nu était identique à celui du pus et n'en différait au microscope que par la présence de quelques détritus. On y trouvait des masses de micro-organismes, probablement des staphylocoques. Un de ces cas était consécutif à une scarlatine avec pyohémie chronique, et l'autre provenait d'un sujet mort de phthisie pulmonaire.

M. Vœlcker. — J'ai observé un cas analogue chez une femme morte d'un sarcome des sinus frontaux et ne présentant aucune tumeur secondaire.

M. Turner. — Je suis convaincu que ces sortes de caillots sont dus à de petites lésions de l'endocarde.

Hernie de l'ovaire et de la trompe de Fallope.

M. Lockwood. — Au cours d'une opération de cure radicale pour une hernie inguinale gauche chez une jeune femme, j'ai trouvé que cette hernie était constituée par l'ovaire et l'extrémité frangée de la trompe de Fallope contenues dans un sac volumineux communiquant largement d'une part avec le péritoine et d'autre part se prolongeant dans la grande lèvre gauche. L'ovaire n'avait pu être aperçu exactement avant l'opération, et, par suite, le diagnostic n'avait pu être fait; il était rattaché par un méso à la face postérieure du sac; l'ovaire était petit, uni et n'avait probablement jamais fonctionné. Une grosse hydatide de Morgagni était attachée au ligament tubo-ovarien et un épaississement semblait constituer l'organe de Rosenmüller. La face postérieure du sac présentait de nombreuses fibres musculaires.

Ulcère perforant du duodénum.

M. Pye-Smith. — Un homme de 23 ans, n'ayant jamais présenté qu'un peu de dyspepsie, fut pris de vomissements de sang et d'une douleur abdominale intense ; puis apparurent des symptômes de péritonite par perforation et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva un ulcère perforé du duodénum qui présentait en outre deux autres ulcérations, qui siégeaient sur la paroi supérieure de l'intestin.

Cancer de l'estomac et du duodénum.

M. Pye-Smith. — Chez un homme de 53 ans, alcoolique, très émacié, et présentant des hématémèses, on fit le diagnostic de cancer de l'estomac. Comme il présentait en outre des vomissements fécaloïdes, on conclut à l'existence d'une fistule entre l'estomac et le côlon. A l'autopsie, on ne trouva point de fistule, mais on rencontra un deuxième cancer siégeant sur le duodénum, près du pylore.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRIGHTON ET SUSSEX

Séance du 2 *novembre* 1893.

Epilepsie jacksonienne.

M. Richardson. — J'ai soigné une femme de 32 ans atteinte d'épilepsie jacksonienne. Elle fit une fausse-couche il y a onze ans ; il y a deux ans elle devint enrouée et eut sur tout le corps un rash qui persista pendant un an. Pendant huit mois elle eut une crise d'épilepsie environ une fois par mois ; puis elle eut une crise par jour, puis enfin trois ou quatre par jour. Les crises étaient toujours précédées d'une sensation de brûlure sur la moitié gauche de la langue et de

la face ou dans les doigts du côté gauche. Bientôt le côté gauche de la face se contractait, les doigts du côté gauche se fermaient et le bras se fléchissait. Tantôt il y avait perte de connaissance et production des manifestations épileptiques ordinaires, tantôt ces accidents manquaient. La main gauche était plus faible que la droite et avait une température moins élevée que cette dernière; la transpiration était abondante des deux côtés, mais surtout à gauche. Les réflexes étaient exagérés; il n'y avait pas de clonus. Le traitement par l'iodure de potassium amena rapidement la guérison.

Paralysie diphthérique.

M. Chaffey. — Dans les cas de paralysie diphthérique dont j'ai fait l'autopsie, j'ai trouvé les méninges rachidiennes distendues par un excès de liquide céphalo-rachidien. La moelle était plus dure qu'à l'état normal et la substance grise était congestionnée. Des coupes étudiées au microscope m'ont montré une distension des vaisseaux de la substance grise, spécialement au niveau de la partie centrale et des cornes antérieures; j'ai constaté en beaucoup de points une raréfaction de la substance grise, surtout en arrière du canal de l'épendyme, dont l'épithélium était en état de prolifération. Les cellules motrices de la corne antérieure étaient grandes, pâles, mal délimitées, et tendant vers la forme globulaire. Dans d'autres points elles étaient granuleuses et contractées. Les vaisseaux sanguins, à leur entrée et à leur sortie des cornes antérieures et de la commissure, étaient entourés d'un petit manchon de substance hyaline ou légèrement granuleuse et comprenant quelques leucocytes. Cette substance était indubitablement comprise dans la gaine lymphatique des vaisseaux et ne pouvait être que de la lymphe. Cette obstruction de la gaine lymphatique périvasculaire est un facteur important qui peut expliquer, en partie du moins, la raréfaction de la substance grise et la dégénérescence des cellules. Ces lésions sont plus marquées dans la région cervicale, aussi les nerfs phréniques sont souvent envahis. Les troubles de la sensibilité peuvent s'expliquer par la compression de la lymphe sur les nerfs sensitifs au niveau de leur point d'émergence.

SOCIÉTÉ HUNTÉRIENNE DE LONDRES

Séance du 25 *octobre* 1893.

Action thérapeutique de l'extrait de corps thyroïde dans le myxœdème et certaines affections de la peau.

M. Davies. — C'est George Murray qui a fait faire un grand pas à la thérapeutique en traitant les malades atteints de myxœdème par l'extrait de corps thyroïde. Cette méthode a de grands avantages, mais elle offre aussi des dangers qui sont : la perte de connaissance, la tendance à la syncope, l'accélération du pouls, les abcès et les indurations, les nausées, les congestions, les spasmes toniques, les douleurs vives de la région lombaire.

MM. Mackenzie et Fox ont montré que la glande thyroïde conserve son efficacité quand on la fait ingérer par la bouche, soit crue, soit à l'état d'extrait glycériné. On a encore obtenu des succès en traitant les malades par des extraits secs de la glande. Sous l'influence du traitement le malade perd de son poids et les divers épaississements, notamment ceux des mains, disparaissent. Il est très important de continuer le traitement pendant toute la durée de la vie. Ce traitement est encore fort utile dans le traitement du crétinisme sporadique; il a aussi donné de bons résultats dans le psoriasis, l'eczéma chronique, le xeroderma avec ichthyose (1).

(1) Traitement des maladies de peau par l'extrait de corps thyroïde (Thyroid feeding in skin diseases), par Phillips (*British med. Jour.*, 25 novembre 1893, p. 1152).

Observation I. — Un enfant de 13 ans était atteint d'eczéma infiltré de la face et de la face dorsale des mains. On donna inutilement de l'extrait de corps thyroïde, on augmenta la dose jusqu'à obtenir des symptômes de thyroïdisme, mais il ne se produisit aucune amélioration.

Obs. II. — Une femme de 45 ans était atteinte de psoriasis guttata. On la traita par l'extrait de corps thyroïde, mais on n'obtint guère d'amélioration et on dut recourir au traitement ordinaire pour guérir la malade.

Obs. III. — Un enfant de 12 ans était atteint de psoriasis guttata chronique très étendu. Un traitement par l'extrait de corps thyroïde continué pendant un mois n'amena aucune amélioration.

Obs. IV. — Un homme de 44 ans, atteint de xeroderma, fut traité par l'extrait thyroïdien; on obtint ainsi une amélioration considérable.

Le même traitement fut appliqué à trois malades externes atteints de psoriasis; mais il n'y eut aucune amélioration et même il y eut une aggravation de la maladie.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séance du 24 *novembre* 1893.

Myome suppuré.

M. Rosthorn rapporte un cas de myomectomie qui s'est présenté dans les conditions suivantes :

Il s'agit d'une femme de 47 ans dont le ventre a depuis quelque temps considérablement augmenté de volume. A l'examen on trouvait la cavité abdominale presque entièrement occupée par une tumeur ronde, élastique, fluctuante, peu mobile, et mate à la percussion. A la vulve on trouvait le vagin entièrement prolabé et au centre le col hypertrophié et ulcéré. Par le toucher combiné il fut facile de constater que l'utérus était en rétroversion et repoussé par l'extrémité inférieure de la tumeur qui paraissait être en connexion avec la partie droite de l'utérus. Diagnostic: kyste de l'ovaire droit.

A l'ouverture de la cavité abdominale on tomba de suite sur la tumeur entourée de toute part d'adhérences et tellement volumineuse que pour la mettre à jour, il a fallu prolonger l'incision au-dessus de l'ombilic. On fit la ponction et on retira 10 litres d'un pus crémeux mélangé à des détritus de toutes sortes. La tumeur libérée de ses adhérences fut alors sectionnée au niveau de l'isthme, et le pédicule traité extra-péritonéalement. L'hémorrhagie fut insignifiante et les suites opératoires très simples.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un myome intra-ligamenteux et sous-séreux suppuré.

Le pus renfermait, à côté des corpuscules du pus, des détritus, du tissu gangréné et des streptocoques nombreux qu'on a pu facilement cultiver. Une souris inoculée avec ces cultures succomba au 5e jour ; au point d'inoculation on trouva de l'œdème, mais pas de suppuration.

Symphyséotomie.

M. Rosthorn rapporte un cas de symphyséotomie chez une femme de 21 ans, II-pare, non rachitique, mais à bassin rétréci, qui désirait à toute force avoir un enfant vivant.

La section de la symphyse et du ligament sous-pubien ne présenta rien de particulier. Une première tentative d'application de forceps faite immédiatement après l'opération avait échoué à cause de la dilatation insuffisante de l'orifice du col. La seconde tentative faite une heure et demie plus tard a permis de retirer un enfant vivant.

On fit ensuite la suture périostée de la symphyse et celle de la plaie. A aucun moment, on n'eut à compter avec l'hémorrhagie. Suites opératoires très simples et guérison rapide.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PEST

Séance du 22 *novembre* 1893.

Extirpation d'un larynx carcinomateux.

M. E. Herczel. — Il s'agit d'un homme de 55 ans, qui, au mois de mars de cette année, fut pris d'enrouement. Peu de temps après, apparition dans le côté gauche du cou et dans l'oreille gauche de douleurs lancinantes, puis, plus tard, troubles de la déglutition et de la respiration.

Le malade entra à l'hôpital avec une véritable dyspnée. A l'examen du larynx, on trouva sur le bord gauche de son orifice une tumeur inégale, douloureuse à la pression. Pas d'adénopathie, pas de syphilis.

La sténose laryngée augmentant toujours, on fit, quelques jours après l'entrée du malade, la trachéotomie, et au bout de cinq jours, la laryngectomie qu'on pratiqua en utilisant la plaie trachéale.

Après l'introduction de la canule de Trendelenburg, l'incision trachéale fut prolongée jusqu'à l'os hyoïde, où elle s'incurvait à angle droit en longeant la corne hyoïde gauche, en circonscrivant ainsi un lambeau. Après la ligature de la laryngée inférieure et de la crico-thyroïdienne gauche, on mit à nu la moitié gauche du larynx en extirpant, chemin faisant, une grande partie du muscle thyroïdien infiltré de produits cancéreux.

Le larynx fendu, on trouva que sa moitié droite était également envahie. Il fallait donc changer le plan opératoire primitif et faire l'extirpation totale du larynx. L'incision horizontale fut alors prolongée à droite, de façon à former avec l'incision préexistante un T, les artères laryngée inférieure et crico-thyroïdienne du côté droit furent liées à leur tour, et la moitié droite du larynx mise à nu.

L'extirpation fut faite en commençant par le cartilage cricoïde intact. Comme les cartilages aryténoïdiens paraissaient suspects, on fut obligé d'enlever 1 centim. 1/2 de la muqueuse pharyngée, puis toute la base de l'épiglotte dont on ne laissa que la pointe. Il a encore fallu lier les laryngées supérieures qu'on avait coupées pendant ces manipulations.

Le larynx une fois enlevé, les bords de la plaie pharyngienne furent suturés au catgut sur une étendue de 8 centim., de façon à ne laisser autour du moignon de l'épiglotte qu'un orifice des dimensions d'une pièce de 50 centimes. L'angle inférieur de la suture arrivait à 3 centimètres au-dessus du moignon de la trachée. Nettoyage de la plaie; canule dans la trachée, sonde dans l'œsophage.

Les suites opératoires furent simples. Après l'opération il n'y eut pas de douleurs ni de vomissements, ni de fièvre. Pendant les trois premiers jours, on lui donnait trois à quatre fois par jour une nourriture liquide qu'on faisait passer à travers la sonde œsophagienne. Le pansement était changé deux fois par jour.

Au quatrième jour, trois légères ulcérations de la paroi droite du pharynx, ulcérations produites à la sonde et qu'on suture à la soie, une heure après avivement des bords.

Trois semaines après, le malade quittait l'hôpital. Le néoplasme examiné au microscope était un carcinome glandulaire primitif.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 29 *novembre* 1893.

Hématomyélie chez le chien.

M. Schlesinger a pu examiner la moelle d'un chien couché à la clinique vétérinaire de Vienne et présentant tous les signes de l'hématomyélie: paralysie des quatre membres, paralysie des muscles du thorax et de l'abdomen avec contractions cloniques dans certains muscles paralysés, phénomènes d'irritation méningée tels que raideur et sensibilité de la colonne vertébrale, hyperesthésie de la peau, douleurs spontanées.

Le tableau clinique rappelait donc très exactement celui de l'hématomyélie chez l'homme. L'examen de la moelle de ce chien montre une hémorrhagie sous-dure-mérienne et sous-arachnoïdienne. A la partie inférieure de la moelle thoracique, le sang avait pénétré dans la substance cérébrale et fusait, en haut et en bas, derrière le canal central.

Pachyméningite chronique ossifiante chez le chien.

M. Dexel. — L'affection en question, assez fréquente chez le chien, est caractérisée par la formation de plaques osseuses sur la dure-mère. Cliniquement, elle se manifeste par des phénomènes d'irritation : exagération des réflexes tendineux et musculaires, impotence fonctionnelle des membres postérieurs, quelquefois par une paralysie des sphincters. Tels sont les phénomènes du début. Plus tard, on trouve une parésie complète des extrémités, une diminution de l'excitabilité réflexe, de l'anesthésie très profonde, malgré laquelle on trouve normale l'excitabilité électrique des muscles.

Anatomiquement, l'affection est caractérisée par la formation de plaques osseuses sur la face ventrale de la dure-mère. La moelle elle-même est comprimée et atteinte de dégénérescence graisseuse au-dessus du point comprimé, et particulièrement nette au niveau des cordons postérieurs. Les vaisseaux très dilatés sont atteints d'une prolifération d'éléments de la tunique adventice.

M. Sternberg fait observer que M. Dexler note, dans les cas qu'il vient de décrire, l'exacerbation de la sensibilité musculaire directe. Ce fait permet donc de penser que les muscles possèdent des fibres sensitives. Le même fait découle des expériences faites au laboratoire de Ludwig et qui ont montré que si l'on excite un muscle, la pression sanguine augmente. Les vaisseaux de ces animaux étaient-ils thrombosés?

M. Dexler n'a jamais trouvé de thrombose vasculaire dans ces cas.

Dégénérescence ascendante du nerf facial.

M. Bikeles présente des préparations relatives à un cas de dégénérescence ascendante du nerf facial.

Il s'agit d'un phthisique atteint de carie du rocher, et chez lequel, 10 semaines avant la mort, s'est déclarée une paralysie faciale à droite.

Sur les préparations du bulbe faites par le professeur Kolisko, d'après la méthode Marchi, on voit les fibres du facial qui se dirigent du noyau d'origine vers le genou, renfermer des points noirs; le genou lui-même est envahi par ces points noirs qui sont moins nombreux au niveau des racines ascendantes.

RUSSIE

SOCIÉTÉ CHIRURGICALE DE MOSCOU

Séance du 3 *novembre* 1893.

Méningocèles et encéphalocèles.

M. Diakonoff. — Il s'agit d'un enfant de trois mois qui portait sur la partie postérieure du crâne une tumeur congénitale. La tumeur, très volumineuse, des dimensions d'une tête de fœtus, présentait un pédicule qui paraissait circonscrit par un orifice dont on sentait nettement les bords au niveau de l'occipital. Elle était tremblotante, un peu transparente et recouverte par la peau congestionnée et fortement tendue. Quand on exerçait une pression sur la tumeur, on ne voyait survenir aucun phénomène anormal, mais elle devenait tendue quand l'enfant criait.

L'opération fut faite le 12 octobre. La peau incisée, on tomba sur un sac rempli de liquide jaunâtre et renfermant dans sa profondeur une tumeur des dimensions d'une olive. Cette tumeur, incisée à son tour, contenait de la substance cérébrale qu'il fut impossible de réduire, et du liquide céphalo-rachidien. Le sac comme la tumeur furent enlevés et la plaie suturée. Suites opératoires simples. Guérison.

L'examen microscopique du sac montra qu'il n'était pas formé par la dure-mère. La petite tumeur était formée par de la substance cérébrale et cérébelleuse.

Le second cas observé par M. Diakonoff se rapporte à un enfant auquel on avait fait la cure radicale d'un spina bifida. Quelques mois après l'opération, l'enfant fut pris de balano-posthite avec incontinence d'urine et de matières fécales. Lorsque l'enfant fut apporté à la clinique, on trouva une gangrène du feuillet interne du prépuce et des ulcérations nombreuses sur le périnée.

On fit la circoncision et on put alors constater que le gland était également frappé de gangrène superficielle.

Par l'influence d'un traitement local, les ulcérations du périnée se fermèrent, puis, quelque temps après, les mictions et les défécations redevinrent normales.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

MÉDECINE PRATIQUE

Le sozoiodolate de mercure.

M. K. Witthauer (de Halle) se sert avec succès du sozoiodolate de mercure dans le traitement des ulcères variqueux de la jambe.

Il emploie ce médicament sous la forme d'une pommade dont voici la formule :

Sozoiodolate de mercure......	1	gramme.
Lanoline.....................	90	—
Huile d'olive................	10	—

Mêlez. — Usage externe.

On recouvre l'ulcère de petites bandelettes de toile enduite de cette pommade, on applique un peu d'ouate pardessus et on exerce une compression modérée au moyen de tours de bande. Le malade reste couché la jambe maintenue dans une position élevée. Le pansement est renouvelé chaque fois qu'il est traversé par les sécrétions, c'est-à-dire tous les jours d'abord, puis de moins en moins souvent, et enfin tous les quatre ou cinq jours seulement. Sous l'influence de ce traitement on voit, au bout de quelques jours, les fongosités se flétrir, puis se détacher sous la forme de pellicules blanchâtres. Elles sont bientôt remplacées par des granulations de bonne nature. La cicatrisation marche rapidement et peut être encore accélérée si l'on touche légèrement, de temps en temps, les bords de la plaie avec le crayon de nitrate d'argent.

Lorsque l'ulcère est en grande partie cicatrisé, on peut remplacer la pommade par les applications du mélange pulvérulent ci-dessous formulé :

Sozoiodolate de mercure.......	1	gramme.
Poudre de talc................	99	—

Mêlez. — Usage externe.

Cette poudre, ainsi que la pommade au sozoiodolate de mercure, ont donné aussi à M. Witthauer de très bons résultats dans le traitement des brûlures, des plaies d'origine diverse et des scrofulides cutanées.

Enfin, notre confrère s'est bien trouvé, dans les cas de tuberculose osseuse et articulaire, des injections dans les trajets fistuleux d'une émulsion dont voici la formule :

Sozoiodolate de mercure..	0 gr. 50 centigr.
Glycérine................	4 grammes.
Gomme arabique...........	2 —
Eau distillée............	44 —

On injecte tous les trois ou quatre jours de 1 à 2 grammes de cette émulsion dans chaque fistule. On veille à la propreté de la bouche et on examine fréquemment les urines pour suspendre le traitement en cas d'albuminurie.

Observations sur le morrhuol créosoté.

Tubercul se pulmonaire. — Guérison par le morrhuol créosoté titré en gayacol.

Coud... Albertine, 12 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Lariboisière, le 25 juin 1891.

L'enfant a eu la rougeole à 3 ans, la fièvre typhoïde à 7 ans.

La mère qui la conduit à la consultation est bien portante, le père est atteint de tuberculose pulmonaire au deuxième degré.

L'enfant est peu développée, maigre, chétive, son teint est pâle, les muqueuses complètement décolorées.

Nombreux ganglions occipitaux et au niveau de l'angle de la mâchoire.

Elle tousse depuis trois mois environ. La toux est sèche, fatigante, quinteuse, surtout la nuit.

Elle a perdu complètement l'appétit depuis un mois et demi environ. Ce qu'elle mange est cependant assez bien digéré. Pas de diarrhée. Pas de sueurs nocturnes. Amaigrissement considérable. Accès de fièvre tous les soirs.

Auscultation. — La respiration est rude, soufflante, l'expiration prolongée surtout du côté gauche. On entend quelques craquements secs. Les vibrations thoraciques sont diminuées. Il n'existe pas de bronchophonie.

Percussion. — Submatité du côté gauche, en avant surtout. Sonorité à peu près normale à droite.

Poids. — 25 kil. 750.

Traitement. — Morrhuol créosoté, trois capsules par jour, une avant chacun des trois principaux repas.

4 juillet. — Amélioration assez sensible, l'enfant est plus gaie, moins fatiguée, elle tousse moins surtout la nuit.

La respiration est un peu moins rude, moins forte, on entend moins facilement les craquements secs, même après une forte inspiration.

La submatité est moins prononcée.

Même poids.

Continuation du traitement (même dose).

12 juillet. — L'état général s'est très sensiblement amélioré, l'enfant peut jouer et courir sans être essoufflée. La face reprend une coloration normale. Les ganglions du cou sont moins gros.

L'appétit est revenu, les digestions sont parfaites.

L'enfant tousse à peine 2 ou 3 fois par jour. Elle dort toute la nuit. Elle n'a plus de fièvre le soir.

Auscultation. — Les craquements ont complètement disparu, la respiration est toujours un peu forte, l'expiration prolongée. Les vibrations thoraciques sont redevenues à peu près normales.

Percussion. — Plus de submatité.

Poids. — 27 kil. 150.

25 juillet. — L'enfant peut être considérée comme complètement guérie. Elle a un très grand appétit, digère parfaitement, ne tousse plus une seule fois ni dans la journée ni dans la nuit. L'engorgement des ganglions lymphatiques a complètement disparu.

L'enfant a pris de l'embonpoint, la pâleur de la face a fait place à une coloration normale indiquant la santé.

La respiration est redevenue tout à fait normale, le murmure vésiculaire s'entend parfaitement dans toute l'étendue des poumons.

Poids. — 28 kil. 300.

Le traitement est continué par précaution pendant 15 jours. L'enfant revue après deux mois de cessation de morrhuol créosoté continue à se ressentir des bons effets du médicament, elle jouit d'une santé parfaite. Au dire de sa mère elle n'aurait jamais été aussi bien portante.

Remarques. — Ce qui est à retenir dans cette observation, c'est la rapidité d'action du morrhuol créosoté et la persistance du résultat obtenu, malgré le mauvais état général de la malade et le terrain peu favorable sur lequel on opérait.

Bronchite tuberculeuse. — Intolérance pour la créosote. — Excellents résultats obtenus avec le morrhuol créosoté, titré en gayacol.

Lucie R..., 21 ans, demoiselle de magasin, née de père tuberculeux, a été soignée il y a quelques années à l'hôpital Cochin pour une pleuro-pneumonie suspecte. Sortie très améliorée de l'hôpital, elle a toussé tous les hivers depuis cette époque et sa santé a été en déclinant.

Dès les premiers froids, elle se plaint d'une toux incessante, opiniâtre, accompagnée d'une expectoration muco-purulente très abondante.

Elle prend de l'huile de foie de morue tous les hivers pendant plusieurs mois, mais sans résultat appréciable.

En décembre 1891 en constate au niveau des deux sommets de la submatité, de la respiration rude, soufflante, et de nombreux craquements humides. Dans presque toute l'étendue des deux poumons, des râles humides accompagnés de quelques râles sibilants.

Traitement. — Continuation de l'huile de foie de morue, 0 gr. 20 de créosote en pilules avant les repas. Pointes de feu.

25 décembre. — Huit jours après le début du traitement, la malade se plaint d'une sensation de brûlure au creux épigastrique, de renvois odorants, de nausées et de manque presque complet d'appétit.

La créosote est prise immédiatement avant chacun des deux principaux repas avec une cuillerée à soupe d'huile de foie de morue; l'intolérance s'accentue, la malade a quelques vomissements et la diarrhée.

Le *1er janvier 1892* l'huile et la créosote sont remplacées par le morrhuol créosoté. Immédiatement les troubles gastro-intestinaux disparaissent et les bons effets du médicament se font sentir dès le cinquième jour.

L'appétit revient, la malade se nourrit beaucoup mieux, elle digère sans difficulté.

Le 10 janvier. — La toux est sensiblement diminuée, l'expectoration est moins abondante, les crachats sont plus fluides, moins purulents.

La submatité est moins prononcée, la respiration moins rude, moins soufflante, les râles humides et sibilants disséminés dans toute l'étendue de la poitrine ont disparu. Les craquements humides constatés aux deux sommets sont plus rares et plus difficiles à percevoir.

Le médicament est continué et, grâce à sa tolérance et à son absorption rapide, le mieux va s'accentuant chaque jour.

A la fin de janvier, l'état de la malade est réellement très satisfaisant, elle a repris son embonpoint, et son appétit ne s'est pas démenti.

La respiration est facile, la toux et l'expectoration presque nulles.

A *l'auscultation* on n'entend plus que quelques craquements secs au moment des grandes inspirations.

Après deux mois de repos, la malade, craignant de s'être refroidie, reprend pendant 15 jours quatre capsules de morrhuol créosoté par jour.

En septembre 1892 elle était aussi bien que possible.

(*Tribune médicale.*)

Le traitement des diarrhées par le dermatol.

D'après les essais cliniques de M. le docteur G. Colasanti, professeur extraordinaire de matière médicale et pharmacologie à la Faculté de médecine de Rome, et M. Dutto, assistant à l'Institut physiologique de ladite Faculté, le gallate basique de bismuth ou dermatol serait un des meilleurs moyens que nous possédions pour combattre les diarrhées d'origine diverse : diarrhée de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, de l'entérocolite ulcéreuse, diarrhée malarique, diarrhée de la période de convalescence des différentes maladies infectieuses aiguës, etc.

Nos confrères italiens administrent le dermatol en paquets ou en suspension dans une potion gommeuse, par prises de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 centigrammes et à la dose de 2 à 6 grammes dans les vingt-quatre heures. Si le malade a des coliques, ils ajoutent au dermatol de l'opium ou de l'extrait thébaïque, lorsque le médicament est administré en cachets ou en paquets, ou bien du laudanum dans le cas où le médicament est donné en potion.

Le dermatol agirait avec une rapidité surprenante surtout dans le cas de diarrhée des phthisiques, souvent si rebelle à nos moyens de traitement.

La dose de dermatol à employer chez les phthisiques varie suivant l'intensité de la diarrhée. Lorsque le nombre de selles ne dépasse pas six par jour, 2 grammes de dermatol dans les vingt-quatre heures, répartis en quatre prises, suffisent pour arrêter la diarrhée en un ou deux jours. S'il y a plus de six selles par jour, la dose journalière du médicament doit être de 3 grammes, en six ou huit prises. Dans les cas où le nombre des selles varie entre dix et quinze par jour, on ne réussit à arrêter la diarrhée qu'après trois ou quatre jours de traitement, bien que l'amélioration soit considérable dès le second jour.

Le dermatol a toujours été bien supporté par les malades de MM. Colasanti et Dutto, même à la dose journalière de 6 grammes. Sous son influence les selles prenaient au bout de quelques jours une coloration brun foncé. Les urines restaient absolument normales; elles ne contenaient ni bismuth, ni acide gallique ou ses dérivés, ce qui prouve une fois de plus que le dermatol ne se décompose pas dans le tube intestinal.

Hydrastinine dans le traitement de l'épilepsie.

M. V. Kisselew a essayé de mettre à profit, dans quatre cas d'épilepsie, les propriétés anticonvulsivantes de l'hydrastinine constatées par lui sur les animaux (en confirmation d'expériences antérieures du même genre faites par M. le docteur P. Archangelsky). Cet alcaloïde fut administré à l'intérieur, en solution aqueuse, à la dose de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 centigrammes par prise, et à celle de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 centigrammes par jour. Chez deux malades l'effet du médicament a été nul, mais chez les deux autres notre confrère a obtenu, par l'action de l'hydrastinine, au bout de deux à trois semaines de traitement, une diminution marquée de la fréquence et de l'intensité des accès épileptiques. Chez les quatre malades l'administration de l'hydrastinine s'est montrée exempte de tout inconvénient.

Un traitement du choléra.

M. le docteur Giacich, médecin-chef de l'hôpital de Fiume, est arrivé à cette conviction que le meilleur traitement du choléra déclaré consiste dans l'emploi des médicaments qui stimulent l'action du cœur. Dans ce but il administre à ses malades, à l'intérieur, une solution d'ammoniaque à 2 0/00, leur pratique des injections sous-cutanées d'éther et leur fait prendre des boissons alcooliques en abondance. L'effet de ce traitement serait souvent des plus heureux et des plus rapides. Au bout de deux heures, il se produirait déjà une amélioration considérable de l'état du malade : la température, le pouls et la respiration se relèvent et la guérison s'affirme de plus en plus. Des bains chauds à 35° sont très utiles à la période de convalescence.

Grâce à ce traitement, M. Giacich aurait réussi à sauver plus de la moitié des malades qui se trouvaient déjà en pleine période algide du choléra.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. le Dr Vergos (marine) est nommé chevalier.

Mutations dans les hôpitaux.

Chirurgie. — M. Routier passe à l'hôpital Necker (service spécial des voies urinaires); M. Brun aux Enfants-Malades (service des chroniques); M. Gérard Marchant à Ivry; M. Bazy à Bicêtre.

Médecine. — M. Rigal passe à Beaujon; M. Gourand à la Charité; MM. Huchard et Cuffer à Necker; M. Raymond à la Salpêtrière; M. Dreyfus-Brisac à Lariboisière; M. Roques à Bichat; MM. Oulmont et Chauffard à Laënnec; M. Josias à la Pitié; M. Juhel-Renoy à Cochin; M. H. Martin à Tenon; M. Muselier à Broussais; M. Marie au Danube; MM. Netter et Gilbert à Tenon; MM. Babinski et Siredey à Aubervilliers; M. A. Petit à Sainte-Périne; M. Variot à Debrousse.

Concours de l'internat. — (Notes de la composition écrite).

24. Lacour.
23. Labbé.
21. Mesnil, Lutzgarten, Thienot, Lévy (Armand), Mlle Eliacheff, Cestan.
20. Luys, Claillous, Maurice, Fontoynont.
19. Didsbury, Fournier (Léon), Lévy (Henri), Choppin, Crochet.
18. Gaffé, Menier, Plicot.
17. Thoumire, Grosjean, Cavasse, Bouquet.
16. Monscourt.

Ecole du Val-de-Grâce. — Par décret en décret du 11 décembre 1893, M. le médecin-inspecteur Mathieu est nommé directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Dauvé, placé récemment dans la section de réserve.

Par décision ministérielle en date du même jour, M. le médecin-inspecteur Mathieu est nommé membre du comité technique de santé.

Hôpitaux de Montpellier. — Le concours de l'internat vient de se terminer. Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Guérin, Ménard, Chatinière et Mocquot.

Internes provisoires : MM. Teissier et Blanc.

(*Voir la suite des Variétés, p. 4 du suppl.*)

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique et thérapeutique d'un nouveau sel clinique : **Le chlorhydro-sulfate de quinine**, par MM. Grimaux et Laborde.

La chimie vient d'enrichir la médecine d'un composé nouveau à base de quinine, qui paraît appelé, d'après l'observation expérimentale et clinique, à rendre de réels services à la thérapeutique, et que nous avons cru devoir faire connaître, dès à présent, à l'Académie :

Il s'agit du *chlorhydro-sulfate de quinine.*

I. — Étude chimique.

Dans une première note à l'Institut, l'un de nous a cherché à établir que, dans les sels basiques de quinine, l'acide est uni, non à l'azote du groupe quinoléique, mais à l'azote de l'autre groupe, probablement de nature pipéridique.

Il m'a semblé, par suite, ajoute M. Grimaux, que l'azote du groupe quinoléique pourrait aussi s'unir à un acide et former des sels doubles de quinine, à deux acides différents, qui n'ont pas été préparés jusqu'à présent. Les essais entrepris dans cette voie ont permis d'obtenir le chlorhydro-sulfate, le bromhydro-sulfate et l'iodhydro-sulfate, ainsi que les phosphates correspondants.

Le *chlorhydro-sulfate* est bien une espèce chimique et non un mélange ; en effet, quand on abandonne, après sa préparation, la solution dans l'air sec et que l'on sépare des eaux mères la croûte cristalline qui se forme à la surface, celle-ci, après avoir été essorée sur la porcelaine et séchée à 100 degrés, donne les mêmes chiffres à l'analyse que la masse totale.

Ce sel, qui est représenté par la formule $(C^{20}H^{24}Az^2O^2)\ 2HCl,\ SO^4H^2,\ 3H^2O$, est très facilement soluble dans l'eau : *il se dissout dans son poids d'eau à la température ordinaire;* il est donc dans des conditions très favorables pour être absorbé par les voies digestives, tandis que le sulfate médicinal exige plus de 700 parties d'eau, et ne paraît se dissoudre dans l'estomac qu'à la faveur de l'acide du suc gastrique.

Cette facile solubilité le rend aussi maniable pour les injections hypodermiques : une solution préparée avec 5 grammes de sel et 6 centimètres cubes d'eau renferme, par centimètre cube, 50 centigrammes de sel.

Enfin, un autre de ses avantages, c'est que pour le même poids il renferme la même quantité de quinine que le sulfate médicinal cristallisé, avec 7 molécules d'eau : il contient, en effet, pour 100, **74,2** de quinine, et le sulfate médicinal à $7\ H^2\ O$ en contient 74,3; il doit conséquemment être prescrit aux mêmes doses que ce dernier.

II. — Étude physiologique.

D'un autre côté, les essais que nous avons faits sur les animaux, du nouveau sel de quinine, ont exactement reproduit le tableau symptomatique de l'action physiologique et toxique de la quinine, savoir :

Tremblement bilatéral caractéristique de la tête chez le cobaye, incoordination, ataxie motrice, analgésie d'abord localisée au point de l injection et se généralisant ensuite; à un degré plus avancé, ivresse et stupeur quiniques; et, si la dose atteint le taux toxique, phénomènes et processus asphyxiques terminaux.

Les doses qui engendrent ces effets ont varié, dans nos expériences, de 10 centigrammes à 20 centigrammes en injection hypodermique chez le cobaye du poids moyen de 400 grammes. Avec 2 centigrammes et demi et 5 centigrammes, on obtient déjà les phénomènes caractéristiques du tremblement et de l'incoordination ou ivresse quinique.

Mais ce qui paraît distinguer le nouveau sel de ses congénères simples, notamment du sulfate et du chlorhydrate, c'est que l'absorption et, par suite, les effets, en sont sensiblement plus rapides, ce qui tient très probablement à sa plus grande et facile solubilité, toutes autres choses égales d'ailleurs.

Nous avons pensé, d'après ces données préalables de l'expérimentation, que ce composé devait constituer un produit précieux pour l'emploi hypodermique, qui ne paraît pas, du reste, déterminer de douleur appréciable.

Cette prévision a été absolument confirmée par les premiers résultats cliniques que nous résumons ci-après, d'après les faits observés par un honorable confrère des Sables-d'Olonne, M. le docteur Cantetaut, qui a bien voulu, à notre demande, essayer le nouveau produit sur le théâtre riche en fièvres paludéennes où il exerce, et auquel nous adressons ici tous nos remerciements.

III. — Étude clinique

Voici, parmi plusieurs observations, une très intéressante.

Observation I. — P..., Jean, 22 ans, domestique au village de Chantelary.

1er août. Accès de *fièvre intermittente* se répétant jusqu'au 10 avec la forme *tierce.*

Le 10, il vient prendre une consultation, et je prescris : vomitif, plus deux grammes de sulfate de quinine en quatre prises.

Du 10 au 20, disparition des accès.

Mais, à partir du 20, la fièvre reparaît. Le malade se purge de son chef et prend 1 g. 50 de sulfate de quinine. Nouvelle disparition de la fièvre jusqu'au 5 septembre.

A partir de cette date, les accès se répètent jusqu'au 27 avec une très grande violence.

A ce moment, nouvelle consultation. Les forces sont affaiblies, l'appétit a disparu. La rate, volumineuse, dépasse de trois travers de doigt le bord des fausses côtes, l'aspect général du malade révèle l'empoisonnement paludéen bien caractérisé.

Prescription : *3 grammes de chlorhydro-sulfate de quinine* en six prises. Vin de quinina.

Disparition des accès après la troisième prise, retour de l'appétit.

Six nouvelles prises de 50 centigrammes de *chlorhydro-sulfate* sont prescrites après l'absorption des six premières, en les faisant prendre à des intervalles de plus en plus éloignés.

Disparition complète de la fièvre et retour absolu des forces. A la date du 15 octobre, le malade dit être aussi bien que s'il n'avait jamais été atteint de la fièvre.

Le chorhydro-sulfate de quinine a agi dans ce cas avec une puissance égale, sinon supérieure, à celle du sulfate de quinine.

Conclusions. — Le chlorhydro-sulfate de quinine possède au moins la même efficacité que le sulfate ordinaire du commerce. L'observation précédente le démontre nettement.

Il a, en outre, cet avantage extrêmement précieux d'être soluble dans son poids d'eau, ce qui le rend très maniable pour les injections hypodermiques, qui, de plus, ne sont pas douloureuses comme celles pratiquées avec le sulfate ordinaire et même avec le chlorhydrate.

M. le professeur Laveran (du Val-de-Grâce), dont la haute compétence dans les questions de pathogénie et de thérapeutique de l'impaludisme est bien connue, a bien voulu, de son côté, essayer, sur quelques-uns de ses malades, le nouveau produit; et il a constaté surtout les incontestables avantages qu'il possédait pour l'injection hypodermique, en raison de l'absence de douleur et de la rapidité de l'absorption.

Le chlorhydro-sulfate de quinine, nouveau sel double, à deux acides différents, est donc appelé, ainsi que nous le disions au commencement de cette communication, à rendre de véritables services dans le traitement des fièvres intermittentes, surtout dans les cas qui exigent une action rapide et sûre du médicament; et en général dans les indications qui, par la périodicité du phénomène morbide, ressortissent à l'action de la quinine; c'est pourquoi nous nous sommes fait un devoir de signaler, du haut de cette tribune, à nos collègues et à nos confrères, le nouveau médicament.

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

Iodoforme dans le traitement du choléra

M. O. Bujwid (de Varsovie), en se fondant sur les propriétés que possède l'iodoforme de tuer le bacille cholérique (d'après les expériences de Riedlin et Neissler) propose d'employer ce médicament comme moyen prophylactique et thérapeutique dans le traitement du choléra. Les doses seraient de 0 gr. 02 à 0 gr. 03 centigrammes, répétées deux ou trois fois par jour et administrées en cachets ou dans une potion gommeuse.

Poudre à priser contre le coryza.

Menthol	0.20
Chlorhydrate de cocaïne	0 10
Acide borique pulvérisé	10.00

ou encore :

Menthol	0.20
Café torréfié en poudre grossière	10.00

Mêlez.

(*J. der phar. v. Els. Loth.*, 1890, p. 75)

VARIÉTÉS

Académie des sciences.

Les prix concernant les sciences médicales ont été :

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon. — MM. les docteurs H. Huchard, Delorme, Pinard et Varnier, de Paris. Mentions : MM. Vialet, Neumann, Fiessenger. Des citations sont accordées à MM. les docteurs Claisse, Comby, Delore, Testut et Blanc.

Prix Barbier. — MM. A. Sanson et E. Gilbert. Mentions honorables : MM. Sabouraux et Mauclaire, prosecteur à la Faculté de médecine.

Prix Bréant. — Le prix est partagé entre MM. Netter, agrégé, et Thoinot, et MM. Gimbert et Burlureaux, du Val-de-Grâce. Une mention est accordée à M. Galliard.

Prix Godard. — M. Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille.

Prix Serres. — MM. Pizon, agrégé, professeur au lycée de Nantes; Sabatier, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier ; Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Bellion. — MM. Chabrié et Coustan, médecin-major en retraite.

Prix Mège. — M. Hergott, ancien professeur de la Faculté de médecine de Nancy.

Prix Lallemand. — M. Trolard, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.

Physiologie. — Prix Montyon. — MM. Laulanié, Abelous et Langlois. Des mentions sont accordées à MM. Griffiths et Crié (travaux sur les champignons).

Prix La Caze. — Le prix est décerné à M. d'Arsonval, de Paris.

Prix Pourat. — M. E. Meyer, chargé de cours à Toulouse.

Prix Martin-Damourette. — M. le docteur Géraud, médecin-major de 1re classe.

Statistique. — Prix Montyon. — M. le docteur Marvaud, médecin en chef de l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon, pour son ouvrage remarquable sur les *Maladies du soldat, Etude étiologique, épidémiologique, clinique et prophylactique*.

Les honoraires des médecins.

M. Dumontpallier réclamait devant le tribunal civil de la Seine, à un notaire de l'Aisne dont il avait, en 1892, soigné la femme, 1,500 francs d'honoraires. Le notaire, qui avait déjà versé 700 francs, prétendait ne plus rien devoir.

Le tribunal vient de rendre un jugement dont voici les attendus principaux, qui déterminent les conditions dans lesquelles peuvent être réclamés les honoraires des médecins :

... Attendu d'ailleurs qu'on doit avoir égard, en matière d'honoraires de médecin, non seulement à la situation pécuniaire du malade, mais encore à la notoriété que le médecin a pu acquérir par ses travaux et ses découvertes ;

Que, tenant compte de la position du mari de la malade, de la grande situation médicale du docteur Dumontpallier, le chiffre des honoraires réclamés n'est pas exagéré...

C'est pourquoi le tribunal a condamné le notaire de l'Aisne à payer à M. le docteur Dumontpallier la somme de 800 fr. formant avec les 700 francs déjà versés le montant des honoraires qui lui sont légitimement dus.

A propos de l'explosion à la Chambre des députés.

A la suite de l'explosion qui vient d'avoir lieu à la Chambre des Députés, un certain nombre de blessés ont été conduits à l'Hôtel-Dieu. Plusieurs d'entre eux, considérés comme suspects, ont été soumis à une surveillance toute spéciale. Un agent de police était à demeure aux pieds de leur lit. La présence d'agents de police dans des salles d'hôpital ne laisse pas d'avoir des inconvénients pour le service et pour les malades. Ces agents, d'ailleurs, peuvent être distraits de leur surveillance par les allées et venues qui se font dans la salle. Nous croyons qu'il vaudrait mieux placer les blessés ou les malades qui sont l'objet d'une surveillance de ce genre dans une chambre ou dans une petite salle, aménagée pour éviter les évasions. Il y aurait plus de garanties pour la sécurité publique et les malades honnêtes ne subiraient de leur fait aucun inconvénient. (*Progrès médical.*)

Dr Freemann.

Les étuves municipales à Paris.

Un crédit de 30,000 fr. a été voté, sur la proposition de M. Arsène Lopin au Conseil municipal de Paris, pour l'extension du service des étuves de désinfection. Le nombre des désinfections, qui était de 7,172 pour les sept premiers mois de 1892, s'est élevé, dans la période correspondante de 1893, à 19,674.

L'admission des malfaiteurs dans les hôpitaux de Paris.

Au Conseil municipal, une question a été posée dernièrement par le Dr Dubois à l'Assistance publique et à la Préfecture de police sur le cas d'un vieillard, M. V..., qui aurait été victime d'une erreur de la part de l'Administration. L'admission dans un hospice lui fut refusée sous prétexte qu'il avait été condamné deux fois pour vol et escroquerie. Puis M. V..., appelé au parquet, subit les épreuves de l'anthropométrie. L'honnêteté de M. V... fut ensuite reconnue. M. le Dr Dubois demande si l'Assistance publique a le droit de se procurer le casier judiciaire d'un nécessiteux. M. Davrillé des Essards estime que non. M. Peyron a déclaré qu'il avait le droit d'agir ainsi. M. Lépine explique que M. V... a été mensuré sur sa demande et que cette opération a permis de démontrer qu'il était victime d'une erreur. Finalement, une somme de 200 fr. a été votée à M. V..., à titre d'indemnité.

L'homéopathie au conseil municipal de Paris.

Sous ce titre, l'*Homéopathie dans les hôpitaux*, la *Nation* a publié l'article ci-dessous : « A la suite d'une enquête faite dans les différentes cliniques homéopatiques de Paris, au cours de laquelle on a constaté que plus de 150,000 consultations étaient données aux malades, plusieurs conseillers municipaux se sont émus de la situation faite à ces malades dans les hôpitaux où l'homéopathie n'est pas pratiquée. Ils ont, paraît-il, l'intention de saisir prochainement le Conseil de cette question et de s'occuper des modifications à apporter dans les hôpitaux où il serait nécessaire que les malades pussent être, selon leur désir, soumis indistinctement aux traitements homéopathes ou allopathes. M. le Dr Flasschœnt a fait, sur ce sujet, dans la *Ville*, une étude qui mérite, ajoute la *Nation*, d'attirer l'attention des membres du Conseil municipal ! » Nous insérons sans commentaires. Nos conseillers municipaux désireraient-ils rivaliser avec les politiciens d'Amérique, les seuls défenseurs actuels de l'homéopathie ?

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. des Arts et Manufact. et DUBUISSON 12, r. Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Ostéomyélite costale à bacilles d'Eberth. Note communiquée à la Société médicale des hopitaux, par A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris.

J'ai lu avec grand intérêt l'important mémoire sur l'ostéomyélite typhoïdique dont MM. Chantemesse et Widal vous ont donné lecture la semaine dernière, et j'ai constaté que, dans la discussion à laquelle il a donné lieu, mon ami M. Achard a fait allusion à un abcès costal dans lequel il a trouvé le bacille d'Eberth à l'état de pureté. Cette observation provient de ma pratique, et comme les faits de ce genre complètement étudiés ne sont pas encore fréquents, je prends la liberté de vous l'adresser.

Le 16 septembre 1891 se présenta à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier que je suppléais, un conducteur d'omnibus âgé de 27 ans. Cet homme portait près de la partie inférieure du bord gauche du sternum une bosselure arrondie, régulière, grosse comme une demi-mandarine, nettement fluctuante et ressemblant, au premier abord, à un vulgaire abcès froid de la paroi thoracique, au niveau d'une articulation chondro-sternale, ce qui est un des points d'élection de ces abcès. Pourtant, à un examen plus attentif, quelques particularités me frappèrent. Sans doute, la douleur à la pression sur le point sous-jacent du sternum n'avait pas une intensité notable ; sans doute il n'y avait pas trace d'œdème, d'infiltration de la peau, ni rien qui ressemblât à un empâtement phlegmoneux superficiel ou profond. Mais la peau avait au niveau de la tumeur une coloration rosée, diffuse, à laquelle les abcès froids tuberculeux ne nous habituent pas. En outre le malade, homme des plus vigoureux, affirmait nettement que le début de cette lésion datait de quelques semaines seulement, et avait suivi de près une fièvre muqueuse légère qui, il y a trois mois, l'avait rendu souffrant pendant trois semaines environ. C'est après cette affection qu'il commença à ressentir des douleurs lancinantes en un point du thorax où quatre mois auparavant il avait reçu un coup dont il n'avait nullement souffert jusque-là. En même temps survenait une petite tumeur qui grossit peu à peu. J'ajouterai que cet homme avait des antécédents personnels et héréditaires excellents : il ne portait aucune trace de lésion tuberculeuse actuelle ou ancienne ; père mort à 43 ans, d'une maladie inconnue ; mère âgée de 67 ans, bien portante ; deux frères et deux sœurs bien portants.

Etant donnée cette histoire clinique, j'émis l'hypothèse qu'il s'agissait probablement d'un abcès froid osseux, sterno-costal, d'origine typhoïdique. Je dis abcès froid, car le malade assurait n'avoir jamais eu de fièvre pendant que la collection se formait, et en tout cas il n'en eut jamais durant son séjour à l'hôpital.

Le 21 septembre, avec l'assistance de M. Du Bouchet, alors externe du service, j'incisai largement l'abcès parallèlement à la côte et je donnai issue à un pus verdâtre remarquablement fluide. Je curettai énergiquement la poche, dure et calleuse, et je trouvai enfin sur une articulation chondro-sternale un point osseux dénudé que j'évidai largement. Après avoir touché les surfaces cruentées au sublimé à 1/1000, je terminai par la suture avec drainage ; pansement iodoformé.

Au moment de l'ouverture de la poche, j'avais prélevé, dans une pipette stérilisée, un échantillon de pus que j'envoyai à mon ami Achard, lequel m'adressa quelque temps après la note suivante :

« Le pus, examiné histologiquement sur lamelles, après coloration au bleu de méthylène alcalinisé, montre un petit nombre de bacilles à extrémités arrondies, environ deux ou trois fois plus longs que larges. Ces bacilles ne sont point fortement colorés par rapport aux éléments de la préparation (globules de pus). Ils contiennent souvent à leur partie centrale un espace plus clair, qui leur fait prendre l'apparence d'une navette.

Des ensemencements ont été faits avec le pus sur la gélose et dans le bouillon. Sur la gélose, on obtient des bandes minces, demi-transparentes, à reflets irisés. Le bouillon est rapidement troublé ; il s'y forme un dépôt floconneux abondant. Une goutte de ce bouillon, examinée au microscope, présente des bacilles allongés, renflés légèrement à leurs extrémités, et doués d'une grande mobilité ; ils se déplacent de manière à parcourir tout le champ de la préparation.

Avec ces premières cultures, de nouveaux ensemencements ont été faits sur différents milieux. Sur la pomme de terre, le bacille produit un vernis glacé, brillant, sans contours apparents. Sur la gélose fuchsinée, il pousse facilement, en fixant la matière colorante et en décolorant le milieu nutritif, mais au bout de plusieurs jours seulement. Des échantillons de *bacterium coli commune*, ensemencés sur la même gélose fuchsinée, ont produit la décoloration du milieu dans un temps deux fois plus court.

Sur la gélose préparée avec le touraillon (résidu de l'orge germée), la culture se fait mal ; il y a seulement des colonies en petits points séparés, tandis que des échantillons de *bacterium coli* ont poussé sur ce même milieu en cultures larges et épaisses.

Dans le lait, le bacille pousse sans produire de coagulation.

Le chauffage de ces cultures dans le lait n'y produit pas non plus de coagulum. Enfin dans le bouillon additionné de lactose, la culture se fait sans aucun dégagement gazeux.

Ce sont là, en somme, les principales réactions caractéristiques du bacille d'Eberth. »

Les suites opératoires furent des plus simples.

Le 28 septembre, j'enlevai les fils et le drain. Il n'y avait pas trace de suppuration.

Le 6 octobre, le malade quitta l'hôpital, conservant à la place du drain un petit orifice par lequel sortait de la sérosité citrine. L'os sous-jacent était indolent à la pression. Pendant tout le séjour du malade à Bichat, la température resta invariablement à 37°.

Mon opéré vint se faire panser deux ou trois fois, tout en ayant repris son travail. A la fin d'octobre, je l'ai revu entièrement guéri.

Avant d'opérer ce malade, j'en avais déjà observé un autre, à l'hôpital Bichat également, quelques mois auparavant. Ce fait est moins intéressant que le précédent, parce que le sujet n'a été traité qu'à la période de fistulisation, en sorte qu'il n'y a pas eu d'examen bactériologique. D'autre part, il a été déjà publié dans la thèse de Haslé (1891-1892) sur les ostéomyélites costales aiguës. Je me bornerai donc à le résumer.

Il s'agit d'un instituteur, âgé de 30 ans, qui fut admis à l'hôpital Bichat, le 9 mai 1891. Cet homme, exempt de toute tare tuberculeuse personnelle ou héréditaire, fut pris le 8 mai 1890 d'une fièvre typhoïde qui dura un mois. Dès la convalescence, il ressentit dans le côté droit du thorax, au niveau de la fistule actuelle, une douleur qui persista jusqu'en janvier 1891 et fut traitée par des applications de vésicatoires et de teinture d'iode. En janvier 1891 seulement, soit neuf mois après la dothiénentérie, se forma un abcès qui atteignit le volume d'un œuf et s'ouvrit spontanément à la fin de février. Depuis lors il persista une fistule, siégeant dans le 6e espace

interscostal, à 3 cm. en dedans de la ligne mamelonnaire. Je passe sur les renseignements fournis par l'exploration au stylet et j'arrive à l'opération que je pratiquai le 17 mai et pour laquelle mon maître M. Terrier voulut bien m'aider.

Par des incisions limitant deux larges lambeaux qui furent relevés, je mis à nu le squelette malade et je trouvai les lésions suivantes :

1° A la partie antérieure du 6e espace, un orifice rempli de fongosités me conduisit sur le sternum, dans lequel une cavité d'ostéite raréfiante fut évidée à la curette. Elle occupait les 5e, 6e et 7e articulations chondro-sternales. La lame postérieure du sternum, restée saine, put être conservée.

2° Un autre pertuis fongueux, siégeant à la 7e articulation chondrocostale, fut curetté, et j'enlevai ainsi de proche en proche 3 cent. environ de la 7e côte, jusqu'à ce que j'eusse rencontré de l'os dur. Ici encore, la lame osseuse postérieure put être conservée.

Je touchai les surfaces cruentées au sublimé à 1/1000, je mis deux gros drains, un en dedans, l'autre en dehors et je suturai.

La réaction locale et générale fut nulle, la température ne bougea pas de 37° et la réunion immédiate fut obtenue. Mais à la place des drains il persista deux fistulettes par lesquelles s'écoulait, en faible quantité, de la sérosité citrine. Le malade, dont l'état général était parfait, vint se faire panser tous les huit jours environ, et il ne fut guéri que vers la fin de septembre. Il vaquait d'ailleurs sans encombre à ses occupations.

Ces deux observations, dont une seulement est complète, il est vrai, confirment dans ses grandes lignes la remarquable description que MM. Chantemesse et Widal viennent de donner des abcès froids ossifluents à bacilles d'Eberth. Je dirai, toutefois, que dans le cas où j'ai vu la collection avant fistulisation j'avais trouvé à l'abcès des allures un peu moins torpides que celles de l'abcès froid banal des parois thoraciques, allures en raison desquelles, à une époque où on ne connaissait guère encore ces suppurations froides à bacille d'Eberth, j'interrogeai de près le malade et je portai sur la nature de l'état fébrile antérieur — le sujet ne donnait sur ce point que des renseignements peu circonstanciés — et sur celle de l'abcès que j'avais à traiter, un diagnostic dont l'examen bactériologique vérifia bientôt l'exactitude.

En terminant, et pour continuer le parallèle établi par MM. Chantemesse et Widal entre l'ostéomyélite typhique et les autres ostéomyélites, permettez-moi d'ajouter quelques mots à propos des ostéomyélites à staphylocoques et à pneumocoques.

L'ostéomyélite chronique d'emblée à staphylocoques est évidemment rare, mais peut-être est-elle moins exceptionnelle qu'on ne le croit en général. Outre le fait que j'ai publié en 1892 à la Société anatomique et auquel MM. Chantemesse et Widal ont fait allusion, j'en ai inséré un autre, la même année, dans la thèse de mon élève Even (*Contribution à l'étude de quelques formes atténuées d'ostéomyélite*). C'est l'observation d'un homme qui, de 1881 à 1891 — 14 à 24 ans — subit des poussées douloureuses successives de l'extrémité supérieure du tibia gauche, progressivement hyperostosé. N'a-t-il jamais eu de ces fièvres légères qui passent facilement inaperçues, je l'ignore. Mais ce qui est certain, c'est que pendant 10 ans rien ne s'était ouvert au dehors lorsque, en mai 1891, j'évacuai un abcès tibial contenant des séquestres. Le pus contenait le staphylocoque doré à l'état de pureté.

Quant à l'ostéite à pneumocoques, a-t-elle toujours la spécificité anatomique et clinique que MM. Chantemesse et Widal lui attribuent d'après Lannelongue et Achard ? Le fait n'est pas encore indiscutable. Qu'elle soit, en général, caractérisée anatomiquement par « la prédominance de l'arthrite, l'absence d'abcès sous-périostés et de séquestres, cliniquement par une évolution très rapide causant des désordres étendus, par sa tendance marquée à la cicatrisation et à la réparation promptes », je le veux bien. Mais dans la thèse d'Even, j'ai publié un cas où, à la suite d'une pneumonie aiguë, j'ai vu une hyperostose torpide atteindre la première côte gauche : je n'affirme pas la nature exacte de cette lésion, car je ne jugeai pas qu'une intervention fût nécessaire, et j'ignore si plus ou moins longtemps après cet os a suppuré. D'autre part, j'ai opéré cette année un enfant chez lequel un abcès chaud occupait la partie moyenne de la diaphyse tibiale : après l'incison, l'os fut trouvé largement dénudé, sans aucune participation de l'épiphyse et du genou, et dans le pus M. Achard trouva le pneumocoque à l'état de pureté. L'enfant n'était pas convalescent de pneumonie. L'incision et l'évidement de l'os furent suivis de guérison rapide.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

61e réunion tenue à Newcastle-sur-Tyne en août 1893.

Epilepsie produite par l'empoisonnement par l'absinthe.

M. Boyer. — Marie, Magnan, Horsley et Gotch ont montré que l'épilepsie par empoisonnement par l'absinthe ressemble étroitement à l'épilepsie ordinaire, essentielle. Il y a des contractions des muscles de la face et des oreilles immédiatement suivies par des spasmes toniques et cloniques des membres et du tronc. Cette ressemblance est assez étroite pour éveiller l'idée d'un empoisonnement dans l'épilepsie ordinaire. J'ai entrepris des expériences qui m'ont conduit aux conclusions suivantes. On ne peut encore se prononcer sur la part du cervelet dans la production des spasmes cloniques. Des accès peuvent se produire, le cervelet étant enlevé ; mais l'ablation d'un lobe du cervelet associée à celle de l'hémisphère du côté opposé tend à produire l'unilatéralité. Il est probable que le cervelet a une influence, d'après les symptômes qu'on observe après l'ablation de certaines portions du cervelet. Les expériences montrent qu'un hémisphère cérébral, le cervelet étant intact, agit sur les deux moitiés du corps et qu'une moitié de la moelle peut transmettre l'influx nerveux aux deux côtés du corps. Les accès cloniques rhythmiques ne se produisent pas quand les hémisphères sont enlevés, le cervelet étant intact. Ces expériences m'ont aussi montré que l'influx nerveux peut être conduit par une autre voie que par les faisceaux pyramidaux ; si, en effet, on enlève un hémisphère cérébral, la pyramide correspondante dégénère et s'atrophie, cependant on peut provoquer des convulsions de ce côté par l'absinthe, convulsions qu'on arrête immédiatement par l'hémisection de la moelle. Enfin ces expériences m'ont montré que l'absinthe agit sur tout le système nerveux central.

Hystéropexie.

MM. Schacht et Napier. — L'hystéropexie intra-péritonéale se divise en deux grandes variétés : l'indirecte et la directe. L'hystéropexie indirecte a pour but de fixer l'utérus par l'intermédiaire de ses ligaments ou du pédicule d'un kyste ovarien, etc., au cours d'une autre opération. L'hystéropexie directe a pour but de suturer l'utérus même. Cette opération peut être faite pour elle-même ou comme complément d'une autre opération.

L'hystéropexie directe du corps de l'utérus est latérale ou médiane. Dans la première on passe les sutures sur les côtés de l'utérus ; on peut blesser les artères épigastriques ou les trompes et il peut se produire plus tard un étranglement

intestinal entre l'utérus et la paroi abdominale. L'hystéropexie directe médiane est la meilleure, et l'auteur la pratique de la manière suivante : 1° incision de l'abdomen comme pour une laparotomie ordinaire; 2° on passe la main en arrière du fond de l'utérus et s'il est adhérent on rompt les adhérences avec précaution; on soulève alors l'utérus; 3° l'utérus ainsi soutenu par deux doigts, on passe une suture à travers son fond sans en comprendre toute l'épaisseur. Puis on passe deux autres sutures qui comprennent de chaque côté le bord du muscle droit, le fascia et le péritoine et qui au milieu comprennent l'utérus; 4° on place des sutures abdominales.

M. Lane. — Jamais la ponction ne m'a donné de guérison, je n'ai obtenu dans tous les cas que des améliorations passagères.

M. Godlee. — J'ai eu recours non seulement aux ponctions répétées, mais encore au drainage permanent, mais je n'ai jamais obtenu un résultat satisfaisant.

M. Newman. — Dans la plupart des cas d'hydrocéphalie, les veines de Galien sont obstruées par une compression externe, les vaisseaux des plexus choroïdes se distendent et il en résulte un exsudat abondant dans les ventricules. Cela amène une augmentation de la pression intra-crânienne, une anémie et dans certains cas une atrophie du cerveau. On ne peut guérir cette maladie qu'en faisant disparaître les causes de la compression; mais la simple ablation de l'exsudat n'amène qu'une amélioration passagère, car cet exsudat ne tarde pas à se reformer.

De la position du pied dans les fractures de cuisse.

M. Lane. — Dans les fractures de cuisse, les chirurgiens ont pour habitude de placer un appareil qui maintient le bord interne du pied dans une direction verticale. C'est là une faute. En effet, dans le décubitus dorsal, tous les muscles étant relâchés, les membres inférieurs, par leur propre poids, subissent une rotation en dehors qui se trouve principalement limitée par le faisceau des fibres obliques de la capsule de la hanche. Ce degré de rotation est tel que les bords internes des pieds font entre eux un angle de 90° et font par suite avec la verticale un angle de 45°. Si donc, quand on a affaire à une fracture du col du fémur ou à une fracture oblique du corps du fémur, on ramène trop fortement en dedans le fragment inférieur, on empêche la coaptation et il en résulte qu'on n'obtient la guérison qu'avec un raccourcissement du membre; or, Gowan a montré que ce raccourcissement ne se produit pas si on a le soin de mettre les deux fragments en contact immédiat. On comprend aisément que plus la fracture siège bas sur le fémur, plus il y a de chances pour que le fragment supérieur subisse sa rotation en dehors jusqu'à ce qu'il ait atteint sa position de repos. Tout ce qu'on vient de dire des fractures de cuisse s'applique de même aux fractures de jambe et est encore vrai quand il s'agit des traumatismes de l'articulation tibio-tarsienne.

On ne peut établir de règle générale au sujet de l'indication de cette opération; cependant on peut dire que quand la rétroflexion utérine ou le prolapsus utérin occasionnent de tels troubles que les fonctions ordinaires de la femme sont entravées et quand les petites opérations ordinaires ont échoué, il faut recourir à l'hystéropexie. Ceci est surtout vrai chez les jeunes femmes. Sur cinq cas de rétroversion, l'hystéropexie a donné aux auteurs cinq guérisons et, sur cinq cas de prolapsus, elle a donné quatre guérisons. Les auteurs ont toujours employé de la soie pour leurs sutures.

Trop souvent on a fait des ovariotomies là où des hystéropexies eussent été bien autrement justifiées.

Traitement de l'hydrocéphalie par les ponctions répétées.

M. Hern. — Erichsen condamne les ponctions des ventricules latéraux dans l'hydrocéphalie et Treves n'en fait même pas mention dans son traité de chirurgie pratique. Je possède six observations de ponctions répétées dans cette affection et mes résultats ne sont pas mauvais. Dans cinq cas j'ai eu une amélioration et dans deux de ces cinq cas j'ai obtenu la guérison. Or, on sait que quand on n'opère pas, la mort survient en général assez rapidement ou dans tous les cas le sujet reste idiot. Dans les six cas que j'ai opérés, la tête augmentait rapidement de volume ; dans cinq de mes observations l'augmentation progressive du volume de la tête s'arrêta après la première ponction ; dans la sixième l'augmentation continua et l'enfant mourut de convulsions. A l'autopsie, j'ai trouvé une grosse tumeur cérébelleuse et la ponction n'avait amené aucun désordre. De cette étude, je tirerai les conclusions suivantes : 1° la ponction étant pratiquée avec toutes les précautions d'asepsie, et le liquide étant retiré très lentement, il ne survient aucun accident ; 2° le plus souvent cette opération amène une amélioration ; 3° si l'opération est faite assez tôt, on peut espérer la guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1893.

Sont élus : *M. Empis*, vice-président ; *M. Cadet de Gassicourt*, secrétaire annuel ; *MM. Fournier* et *Riche*, membres du Conseil d'administration pour 1894.

Des vacances sont déclarées : dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Vidal, décédé ; dans la section d'anatomie pathologique, par suite du décès de M. Charcot ; parmi les associés libres, en remplacement de M. Blanche, décédé.

M. Albert Robin achève sa communication sur les albuminuries phosphaturiques (Voir le compte-rendu de la séance du 5 décembre 1893).

Tractions de la langue.

M. Laborde communique cinq cas nouveaux d'emploi, avec succès, de son procédé de rappel à la vie par les tractions rhythmées de la langue en cas d'asphyxie.

M. Lancereaux. — Cet excellent procédé peut-il réussir dans tous les cas d'asphyxie, même à la suite d'arrêt brusque du cœur ?

M. Laborde. — Dans tous les cas d'asphyxie sans exception ; la physiologie et la clinique le démontrent aujourd'hui surabondamment, que la syncope soit cardiaque ou qu'elle soit respiratoire, ou les deux à la fois.

M. Lancereaux. — Dans beaucoup de cas de mort apparente, je craindrais que ce procédé ne suffise pas à paralyser l'acte réflexe qui en est le point de départ.

Il y a quelques années, je fus appelé auprès d'un enfant qui venait d'avoir des convulsions et était considéré comme mort par trois confrères réunis autour de lui. La flagellation, la respiration artificielle n'avaient rien produit; sur mon insistance, on fit une première piqûre avec 6 milligrammes de morphine, les convulsions reparurent plus violentes; une seconde piqûre avec 7 milligrammes amena un sommeil calme, suivi, quatre heures après, d'un rappel à la vie.

Autre fait : un homme atteint de cancer du larynx a une syncope; la trachéotomie ne détermine aucun mouvement respiratoire; une piqûre de morphine le ramène rapidement à la vie.

Aussi voudrais-je que tout médecin eût toujours sur lui une seringue de Pravaz et une solution de morphine, ne fût-ce que pour être sûr d'agir avec efficacité dans les cas où, je le crains, le procédé de M. Laborde pourrait rester insuffisant.

M. Pinard. — Je n'ai pas encore publié mes insuccès parce que je ne veux pas décourager l'emploi d'un procédé qui peut certainement rendre des services, car l'insufflation exige une habileté spéciale. Or je l'ai mis en usage trois fois à la clinique Baudelocque, concurremment avec l'insufflation, et j'ai eu trois échecs.

M. Laborde. — Je n'ai pas la prétention de réussir toujours, mais je crois que c'est un procédé qui réussit souvent là où les autres ont échoué.

Comité secret.

L'Académie, sur le rapport de M. Hallopeau, fixe ainsi qu'il suit la liste des candidats à une place de membre titulaire dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale : 1° M. Laveran ; 2° M. Raphaël Blanchard ; 3° M. Ferrand ; 4° *ex æquo* MM. Du Castel, Legroux et Sevestre. M. Huchard est adjoint à cette liste par l'Académie.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 16 *novembre* 1893.

Présidence de M. Hallopeau.

Injections de liquide testiculaire dans l'épilepsie.

MM. Cornet et **Bourneville** ont fait une série d'expériences pour rechercher l'action du suc testiculaire chez les épileptiques.

M. Féré avait déjà, en juin 1893, fait une communication à la Société de biologie sur le même sujet. En dehors de ces recherches, M. Cornet n'en connaît pas qui aient été publiées par d'autres auteurs, car la méthode de Brown-Séquard a été surtout employée dans la neurasthénie, l'hystérie et l'ataxie.

Des injections hypodermiques ont été faites dans la région fessière au moyen de la seringue de Straus. On a opéré sur trois séries de dix enfants chacune. On s'est servi, pour les deux premières séries, d'extrait testiculaire de taureau en deux solutions au cinquième et aux deux cinquièmes. Le liquide a toujours été dédoublé avec de l'eau stérilisée. On a gradué les injections de manière à les faire de plus en plus fortes et de plus en plus nombreuses. Pour la troisième série on a employé du testicule de bélier.

En retranchant deux malades qu'on ne peut faire rentrer dans la série, il a été traité 28 épileptiques. Sur ce nombre 20 ont vu leurs attaques augmenter et 8 diminuer. L'intelligence a été peu modifiée, elle a plutôt baissé. La déchéance a continué à se produire. Enfin les injections n'ont pas prévenu les complications : pendant le traitement un des enfants est mort dans une attaque, l'autre, très cachectique, a succombé à une congestion pulmonaire. Les expériences ont été commencées en février 1893. Si on considère que M. d'Arsonval dit que, si au bout de 6 semaines, il n'y a pas de résultats appréciables, il est inutile de continuer les injections, ces recherches paraissent probantes. Elles concordent entièrement avec les conclusions de M. Féré, mais sont en contradiction avec les études de M. Pierret faites à l'asile de Bron et publiées dans le *Lyon médical*.

M. Constantin Paul. — M. Babès a traité par les injections des épilepsies de l'adulte à Bucarest, mais il employait du liquide du cerveau de mouton préparé de la même façon qu'on prépare les liquides pour le traitement de la rage. Il s'adressa à des épileptiques qui avaient des accès très fréquents, quotidiens, et il obtint une rapide amélioration. Il faut noter d'ailleurs que les attaques d'épilepsie peuvent survenir sous différentes causes, depuis les vers intestinaux jusqu'aux tumeurs cérébrales. Il faut marquer ces différences dans les recherches thérapeutiques. J'ai essayé sans résultat de traiter l'épilepsie par des injections de liquide tiré des substances nerveuses. Les résultats ne furent pas brillants.

Séance du 13 *décembre* 1893.

Traitement du coryza.

M. Grellety propose la formule suivante :

Bétol	2 gr.	50
Menthol	0	25
Cocaïne	0	15
Poudre de café torréfié	1	50

M. Huchard trouve la cocaïne en trop grande quantité dans la formule de M. Grellety ; il se sert avec avantage de la formule plus simple de M. Dieulafoy :

Salicylate de bismuth.	15 gr.	»
Camphre pulvérisé	5	»
Chlorhydrate de cocaïne	0	05

M. Jullien, dans le traitement du coryza, donne la préférence aux pommades qui empêchent les mucosités de se concréter ; il se sert personnellement de vaseline boriquée et mentholée au 1/10. Il préconise aussi, avec M. Ruault, l'usage interne du benzoate de soude à la dose de 3, 4 gr. et plus.

Bains froids et goutte cérébrale.

M. Huchard fait une communication sur un cas de guérison de goutte cérébrale par les bains froids. Il fait un court historique de la question où il mentionne la seule observation sur le même sujet de Montagnon, ex-interne des hôpitaux de Lyon, publiée dans la *Loire médicale*. M. Huchard eut à soigner, en 1891, avec M. Baudouin, un goutteux, dont les urines étaient légèrement albumineuses, qui tomba dans des accès de somnolence, avec adynamie profonde, affaiblissement des contractions cardiaques, langue sèche, etc. Au bout de quelques jours la température atteignit 40° et le malade prit l'aspect typhoïde au point que le diagnostic de dothiénentérie, coexistant avec la goutte, aurait été posé, si le malade avait présenté quelques symptômes pathognomoniques (taches rosées, douleur de la fosse iliaque droite, etc.). La température parvint à 40°,9, et l'on vit survenir des symptômes ataxo-adynamiques, carphologie, soubresauts, qui décidèrent à employer les bains froids. Ils furent administrés à la température de 23°, abaissée ensuite à 20°. On en donna 6 par jour, et au bout de 8 jours la diurèse était devenue abondante, l'albumine avait disparu, le cœur battait normalement et tous les symptômes cérébraux inquiétants s'étaient dissipés.

Traitement de la blennorrhagie.

M. Ribeyrolles (La Bourboule) adresse un mémoire sur l'action de l'Eau de La Bourboule dans la blennorrhagie. Après avoir remarqué, comme l'avaient déjà fait ses confrères, l'action particulière des eaux minérales qui réveillent les blennorrhagies chroniques, les cystites, etc., et avoir rappelé le rapport de M. Jullien au Congrès de Berlin sur l'action des eaux minérales dans la blennorrhagie, M. Ribeyrolles donne le résultat de ses tentatives. Il fit à 31 malades atteints de blennorrhagie chronique des lavages avec l'eau de La Bourboule au moyen de l'appareil de Reliquet (200 à 250 gr. d'eau par lavage). Ses malades furent divisés en deux séries : une série fut traitée par des injections d'eau minérale à la température de la source (46° ou 48°) ; l'autre avec de l'eau refroidie à 20°. Les premiers lavages amenèrent un réveil de phénomènes aigus et la guérison ne tarda pas à se manifester en 17 ou 18 jours. M. Ribeyrolles a constaté d'autre part que les résultats donnés par les lavages avec l'eau minérale à la température élevée de la source donnaient des résultats plus prompts que ceux faits avec de l'eau refroidie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 *décembre* 1893.

Ruptures et hernies musculaires.

M. Michaux a présenté à la dernière séance deux malades qu'il a opérés, l'un pour rupture musculaire avec ostéome, l'autre pour hernie musculaire.

Le premier cas est celui d'un homme de 22 ans, réformé pour une rupture typique du moyen adducteur, dont il a continué à souffrir. M. Michaux incisa, trouva sous l'aponévrose intacte un petit ostéome qu'il enleva, sutura le muscle et l'aponévrose et son malade guérit rapidement.

Dans le second fait, il s'agit d'un homme de 27 ans, ayant constaté, deux ans après avoir quitté le régiment (où jamais il n'avait ressenti de gêne ni de douleur en montant à cheval), une tumeur peu à peu accrue sur le moyen adducteur. Cette tumeur, ayant alors 4 mois de date, causait des douleurs pendant la marche. Grosse comme un œuf de poule, elle durcissait par le mouvement d'adduction, devenait molle, au contraire, dans l'abduction. M. Michaux diagnostiqua une hernie musculaire, et le 15 août, il incisa sur la tumeur, vit, à travers une boutonnière de l'aponévrose, un faisceau musculaire faisant saillie, qu'il réséqua, puis sutura l'aponévrose et enfin la peau. Le résultat fonctionnel est bon, quoique la plaie ait légèrement suppuré.

A l'occasion de cette dernière observation, M. Michaux passe en revue les différents travaux publiés depuis que, en 1881, M. Farabeuf a montré la rareté de la hernie musculaire et les signes qui la distinguent de la rupture musculaire. Ces hernies, que récemment Guinard a soumises à une étude expérimentale, sont encore assez souvent confondues néanmoins avec les ruptures, et si dans leurs mémoires, Nimier, Choux (1893), réunissent 40 observations, les cas où il y a démonstration anatomique irréfutable sont au plus au nombre de 20 à 22 ; outre son fait personnel, M. Michaux en cite un tout récent de M. Hartmann (Voyez *Gazette*, 1893, p. 355).

Choux a bien montré que le traitement non opératoire est nul, et qu'il faut opérer. Sans doute, il n'est pas rare que la tumeur se reforme malgré la suture de l'aponévrose, mais les résultats fonctionnels sont bons.

M. Delorme présente un dragon qu'il a opéré il y a trois semaines et qu'il croit atteint de la même lésion que le second malade de M. Michaux. Or, à son sens, ces malades sont des exemples de ruptures musculaires et non de hernies musculaires. Chez le dragon de M. Delorme, il y a eu accident brusque, il y a huit mois, à un moment où le sujet sautait en croupe, et c'est environ deux mois après que se produisit la tumeur, présentant les mêmes caractères cliniques que dans le cas de M. Michaux et qui sont ceux de la hernie musculaire.

En raison d'une gêne fonctionnelle légère, M. Delorme opéra, et trouva, en effet, que l'aponévrose était intacte. Il constata, en outre — et l'absence d'ecchymose lui avait fait diagnostiquer, en effet, une rupture partielle et profonde — que les couches superficielles du muscle étaient intactes.

Dans la profondeur il arriva sur des nodosités dures et irrégulières, évidemment dues à des dépôts plastiques et à des restes de sang qui, en refoulant en dedans la partie saine du muscle, constituaient la tumeur appréciée cliniquement; et à cela se joignait probablement une crampe de la portion musculaire soulevée. M. Michaux, sans doute, a dit aujourd'hui qu'il avait vu une boutonnière aponévrotique; il y a 8 jours, il avait seulement parlé d'éraillures avec amincissement. Il est bien probable que si M. Michaux eût été jusque dans la profondeur, il eût trouvé des lésions analogues à celles que vient de décrire M. Delorme. En tout cas, son opéré présente actuellement une tumeur qui offre tous les caractères classiques de la rupture.

Il semble, chez cet opéré, y avoir eu amélioration fonctionnelle, mais la tumeur persiste, exactement d'ailleurs comme chez l'opéré de M. Delorme; et M. Delorme est, pour les indications opératoires, bien plus réservé que M. Michaux. Ces ruptures, livrées à elles-mêmes, causent une gêne très légère; sauf quand il persiste un hématome ou un ostéome — dont l'ablation est alors absolument indiquée — mieux vaut donc s'abstenir, car la reproduction de la tumeur est la règle.

Hématocèle rétro utérine.

M. Quénu, à propos de la communication récente de M. Reynier (voyez *Mercredi*, p. 581) rapporte un cas d'hématocèle rétro-utérine dans lequel le sang, mis en culture par M. Lesage, contenait le streptocoque à l'état de faible virulence. Il ne croit pas à une infection secondaire, cas auquel le microbe serait probablement le bacterium coli.

M. Tuffier possède deux cas semblables où M. Girode a mis en évidence la septicité.

M. Le Dentu demande depuis quand la malade de M. Quénu était souffrante lorsqu'elle a été opérée.

M. Quénu. — Il y a quatre mois.

M. Bazy présente un calcul rénal extrait par lithotomie.

M. Guinard lit une observation d'hémorrhagie intrapéritonéale par plaie du rectum (bougie stéarique); évacuation du sang par laparotomie sans recherche de la plaie causale; guérison.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 décembre 1893.

Présidence de M. Fernet.

Entéroptose et néphroptose.

M. Mathieu. — M. Juhel-Renoy m'a reproché d'avoir détaché un morceau de l'histoire de l'entéroptose pour le servir sous le couvert de la néphroptose.

Les travaux de M. Glénard ont à coup sûr établi d'une façon très nette l'entité clinique de l'entéroptose; mais je pense que le rein peut se mobiliser pour son propre compte par un mécanisme qui lui est particulier et qui est le plus souvent indépendant de celui de l'entéroptose.

Pour moi, le signe unique de l'entéroptose, c'est l'état tombant et flottant de l'abdomen, non pas seulement du coussin adipeux pré-abdominal si considérable chez certaines femmes, mais de la masse abdominale elle-même; c'est le relâchement de la sangle musculaire qui permet au ventre de tomber en bas et en avant dans la station debout, de tomber sur le côté dans le décubitus latéral, de s'aplatir à la façon du ventre des batraciens dans le décubitus dorsal ou encore de prendre la forme si caractéristique du ventre à triple saillie que décrit Malgaigne.

Celle-là, l'entéroptose en dehors, en quelque sorte, c'est l'entéroptose vraie; eh bien, elle n'a pas de rapport constant ni avec la néphroptose, ni avec la neurasthénie, ni avec la dyspepsie et je n'en ai pas tenu compte dans mon étude sur le rein mobile.

Dans les cas que j'ai surtout étudiés, j'ai relaté la fréquence de crises gastriques qui ne font pas du tout partie de l'histoire clinique de l'entéroptose, et qui contribuent pour leur part à composer le tableau de la néphroptose. Qu'il s'agisse de reins malades, comme l'a pensé M. Juhel-Renoy, je ne le crois pas. Aucun signe ne permettait ce diagnostic.

Oblitération de la veine-cave supérieure. Guérison par développement de la circulation collatérale.

M. Comby présente pour la deuxième fois un malade atteint d'oblitération de la veine-cave supérieure, laquelle persiste depuis plus de trois ans. L'apparition d'une circulation supplémentaire a permis à l'œdème de rétrocéder progressivement. Il ne persiste que de la gêne respiratoire et un peu de dyspnée d'effort. Ce cas prouve que le pronostic de cette affection a été trop assombri par les auteurs.

Ostéomyélite post-typhoïdique.

M. Achard (au nom de M. Broca). — Voir page

M. Widal, à propos de la communication précédente, rapporte une observation d'ostéomyélite typhique intéressante par sa longue durée (dix ans) d'une part, et, de l'autre, parce que c'est l'auto-observation d'un médecin des hôpitaux. La voici résumée:

A vingt-quatre ans, quelques mois avant d'être reçu à l'internat, M. X... contracta une fièvre typhoïde dont l'évolution se fit normalement en trois septénaires. Dans les premières semaines qui suivirent la convalescence, il vit se développer, au-dessous du mamelon droit, au niveau des cartilages costaux, une petite tumeur rouge à sa surface, extrêmement douloureuse spontanément et à la pression.

Au bout de 45 jours la douleur disparut, les phénomènes inflammatoires s'apaisèrent et il ne resta plus à l'endroit indiqué qu'une nodosité dure et résistante, grosse comme une noisette. Elle garda cet aspect pendant les quatre ans que dura l'internat de M. X...; la pression ou les efforts musculaires seuls la rendaient douloureuse.

A la fin de son internat, alors qu'il préparait le concours de la médaille d'or, quatre ans presque jour pour jour après le début de sa fièvre typhoïde, M. X... s'aperçut que la tumeur devenait plus douloureuse, plus volumineuse et fluctuante. Un véritable phlegmon de la paroi thoracique se développa et une large incision donna issue à une grande quantité de pus. La plaie se cicatrisa peu à peu, mais pas complètement, si bien qu'il resta un orifice fistuleux se fermant de temps en temps pour s'ouvrir à nouveau et laisser alors s'écouler quelques grammes de liquide séro-purulent par vingt-quatre heures. Lorsque la cicatrice se fermait temporairement, au-dessous d'elle se formait un petit abcès dont le développement s'accompagnait de frissons et de fièvre.

Pendant cette longue période, la santé générale s'était maintenue parfaite et M. X... avait pu affronter les concours du Bureau central. Il s'était toujours refusé à la rugination de deux côtes, opération qui lui avait été proposée. Dix ans s'étaient écoulés depuis le début de sa fièvre typhoïde lorsque trois petits séquestres s'éliminèrent spontanément par la plaie. Dès lors, la cicatrisation se fit complète, rapide, et pour toujours.

D'examen bactériologique il ne fut pas question, car cette observation fut prise il y a près de 30 ans, mais en rapprochant cette histoire de celle des ostéites costales publiées en ces

derniers temps, il est permis de supposer que le bacille d'Eberth devait être également en cause. Quel autre microbe, en effet, aurait pu déterminer, à la suite d'une fièvre typhoïde, cette évolution à caractères si spéciaux, à marche si particulière, procédant par poussées, pendant dix ans, jusqu'à l'élimination de séquestres, et cela au milieu d'une santé générale presque constamment parfaite?

« Ce fait, ajoute M. Widal, mérite d'autant plus d'être rapporté qu'il ne sera plus donné souvent d'observer une lésion de si longue durée. Grâce au progrès de l'antisepsie, on n'a plus de raison aujourd'hui d'attendre, comme l'a fait M. X..., l'expulsion spontanée de séquestres osseux. L'ablation des parties nécrosées avec la rugine ou la gouge et le maillet permettra toujours la cicatrisation rapide et complète. »

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 15 *décembre* 1893.

Maladie bleue.

M. Boquel rapporte l'observation d'un enfant âgé de sept ans, mort deux jours après son entrée dans le service M. J. Simon aux Enfants-Malades. Ce petit malade présentait des accès d'asystolie, l'auscultation du cœur avait fait diagnostiquer un rétrécissement de l'artère pulmonaire. L'autopsie montra que le cœur était gros, que les valvules de l'orifice pulmonaire étaient soudées, qu'il existait un pertuis interventriculaire, qu'il y avait persistance du trou de Botal; les viscères présentaient la congestion décrite après la mort par asystolie. Il n'y avait pas de canal artériel.

Tumeur du corps pituitaire.

M. Reymond présente les pièces histologiques d'une petite tumeur du corps pituitaire trouvée à l'autopsie d'un malade dont il a relaté l'observation récemment. Du poids de 25 grammes, elle présentait peu de traces de substance nerveuse, la partie périphérique présentait l'aspect d'une capsule nette, la partie centrale était ramollie. Au microscope on reconnut qu'il s'agissait d'un épithélioma. M. Reymond présente aussi les coupes histologiques d'une tumeur sarcomateuse de l'arachnoïde.

Myxome du larynx.

M. Gouget a observé un malade de 51 ans dans le service de M. Brouardel, présentant les lésions laryngées suivantes: orthopnée, cornage, tirage léger, quintes de toux presque incessantes.

Syphilitique depuis 1870, le malade toussait depuis plusieurs années et avait eu quelques hémoptysies; la crise actuelle datait de la veille L'auscultation fit porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire et par suite de tuberculose laryngée. Le malade mourut subitement par asphyxie, quelques heures après son entrée. On trouva à l'autopsie une tuberculose pulmonaire assez avancée. A la partie antérieure de la région sous-glottique, il y avait une petite tumeur du volume d'une cerise, régulièrement hémisphérique, sessile; sa surface était parfaitement lisse, fluctuante et translucide; on pensa à une gomme; à la section, on vit que la tumeur était encapsulée, le contenu était gélatiniforme. L'examen microscopique d'un petit fragment montra qu'il s'agissait d'un myxome.

Tumeur maligne du rein.

M. Bernard présente les pièces d'un malade du service de M. Lancereaux à l'Hôtel-Dieu. Cet homme, âgé de 55 ans, avait eu plusieurs hématuries avec caillots lombricoïdes; il existait un développement exagéré de la région lombaire droite. Ce malade entra à l'hôpital dans un état cachectique très avancé, il ne paraissait avoir aucune autre lésion viscérale, les veines étaient normales. L'autopsie montra qu'il existait à droite un rein du volume d'une tête d'enfant, entouré d'une collection purulente fusant jusqu'au psoas. Il n'existait aucune adhérence entre cette tumeur et les organes voisins (veine cave, côlon, etc.). A la coupe, cette tumeur est encapsulée, les parois sont calcifiées par places.

Hémorrhagie ventriculaire.

M. Bernard présente le cerveau d'un homme de 25 ans, mort dans le service de M. Lancereaux. Cet homme était entré depuis un mois pour hémiplégie droite, avec contracture du côté opposé. Il mourut d'apoplexie un mois après son entrée. Il est intéressant de trouver dans les antécédents de cet homme un père et deux frères morts d'hémorrhagie cérébrale; ceux-ci à peu près au même âge que lui. L'autopsie du cerveau montra qu'il y avait une inondation ventriculaire avec destruction de la capsule interne. Il y a hypertrophie cardiaque et dilatation de tout le système artériel.

T. Legry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 *décembre* 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Pathogénie de la scarlatine.

M. A. Bergé. — Mes études sur ce point m'ont amené aux conclusions suivantes. La scarlatine doit être considérée comme une infection locale, infection causée par le streptocoque dans une de ses modalités virulentes. Dans la scarlatine commune ou amygdalienne, le streptocoque se cultive dans les cryptes de l'amygdale et y sécrète une toxine érythémogène, qui se diffuse et devient l'agent provocateur de l'éruption. Les scarlatines qui se développent à l'occasion de traumas ou d'accouchements sont des infections de même type, exception faite des coïncidences et des cas de scarlatine amygdalienne méconnue.

Ces conclusions, qui avaient été déjà prévues par Babès et Fiessinger, sont appuyées sur des arguments variés: succession chronologique de l'amygdalite et de l'éruption, révélation possible de l'angine dans les cas qui semblent faire exception à ce rapport, existence de la scarlatine utérine et traumatique, scarlatines limitées à l'angine et manquant de l'éruption, mais pouvant transmettre une scarlatine régulière, constance du streptocoque dans les amygdales des scarlatineux, nature streptococcique des complications de la scarlatine, rapport de cette maladie avec la puerpéralité, action érythémogène du streptocoque démontrée par l'histoire des érythèmes dans la pyohémie et dans les infections bucco-pharyngées, enfin corrélation entre les amygdalites aiguës et la scarlatine en ce qui concerne la contagiosité, la durée d'incubation, les complications. On se rappelle encore que Klein et Powel ont indiqué la transmission de la scarlatine par le lait de vaches infectées par le streptocoque.

M. Laveran. — J'admettrais volontiers que la gorge est la porte d'entrée de l'infection scarlatineuse. Mais dire que cette maladie est causée par le même microbe que l'érysipèle, c'est là un point qu'on ne peut laisser passer sans faire des réserves et attendre une plus ample démonstration.

M. Chouppe. — Il me semble aussi nécessaire d'attendre le détail des observations et expériences de l'auteur, avant de prendre parti sur un point qui touche à une si grosse question de nosologie.

Digestion gastrique du chien.

MM. Gilbert et **Dominici.** — Nous avons étudié l'action de l'acide lactique sur l'évolution de la chymification. En donnant une dose de 4 gr. d'acide lactique à un chien de taille ordinaire, en même temps que son repas, on observe que pendant une heure tout travail digestif est arrêté, et que le chlore libre et organique n'est pas changé. Il ne s'agit pourtant pas d'une suppression totale et définitive du travail digestif de l'estomac. Il y a eu simple retard. Et après cette période d'arrêt, la chymification reprend. Ce n'est donc pas une indigestion gastrique, mais seulement de la bradypepsie. On conçoit que dans les cas pathologiques où le contenu de l'estomac tend à être évacué trop tôt dans l'intestin, on trouverait dans l'emploi de l'acide lactique chez l'homme un moyen de retarder et de ramener à une durée physiologique la digestion gastrique.

Décérébration du chien.

M. Contejean. — Voici un chien à qui j'ai enlevé il y a quelques jours tout l'hémisphère droit à l'exception du nerf optique et du bulbe olfactif. Cet animal se tient sur ses pattes, marche et court, mais présente une rotation à droite par intervalles. Son intelligence est conservée, et même l'affectivité. Il n'y a pas de paralysie, mais seulement moins de précision motrice dans le côté gauche. Toutefois l'animal peut de la patte gauche antérieure fixer la viande qu'il se dispose à manger. La vue est abolie à gauche et l'ouïe très obtuse. Il semble exister également du même côté une obtusion de la sensibilité à la douleur et surtout à la température.

Foie granuleux expérimental.

M. Charrin. — Voici un foie provenant d'un lapin qui a reçu beaucoup de toxines. L'organe rappelle microscopiquement une cirrhose granuleuse avec hypertrophie. Il est fortement granité. Et cependant, au microscope, il n'y a pas de tissu scléreux, mais seulement des infiltrations embryonnaires interstitielles. Il y a de plus des altérations cellulaires variées et en particulier une tendance proliférative qui joue peut-être un rôle dans la production de ces saillies granuleuses.

M. Hanot. — En parlant récemment du foie infectieux, j'ai insisté sur cette apparence granuleuse que j'ai attribuée à l'existence d'une hypertrophie des lobules sans cirrhose. Ce sont ces foies qu'en pathologie humaine j'ai appelés foies granuleux infectieux.

M. Sigalas a étudié l'action des bains froids sur les températures fébriles et observé l'absence de corrélation entre les températures rectales et axillaires.

MM. G. Sée et **Canut** décrivent un procédé de fixation de la ration alimentaire du chien nourri avec de la morue.

M. Cassaët communique ses études sur la physiologie pathologique de la contusion cérébrale, avec déductions touchant la trépanation.

J. Girode.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 14 *décembre* 1893.

Présidence de M. E. Besnier.

Sur un vice radical de notre classification dermatologique et la théorie des faits de passage.

M. H. Hallopeau. — Dans la nomenclature usitée en dermatologie, on place sur le même rang des maladies, c'est-à dire des états morbides de cause unique et propre et des affections, c'est-à-dire des états morbides, caractérisés seulement par leur processus et leurs manifestations symptomatiques, abstraction faite de leur cause; de là résulte une regrettable confusion. Les causes des maladies peuvent constituer des espèces immuables; il en est ainsi pour toutes les infections; on chercherait en vain des faits de passage entre la syphilis, la morve, la lèpre, la tuberculose et les différentes espèces de teignes. D'autres causes morbifiques semblent au contraire susceptibles de varier d'un sujet à l'autre chez le même sujet: il en est ainsi des auto-toxines, composés chimiques instables; si, comme on est en droit de le supposer, leur action pathogénique est la cause prochaine des dermatoses qui portent les noms de pemphigus, de dermatites herpétiformes, érythèmes polymorphe, urticaires, chroniques et prurigos chroniques, on conçoit qu'il puisse y avoir des faits de passage, selon l'expression de M. Brocq, entre ces différents types cliniques, des hybrides: il appartiendra à la chimie biologique de donner des indications précises sur ces composés.

Varices lymphatiques de la muqueuse labiale, consécutives à des érysipèles à répétition.

MM. Tenneson et **J. Darier** présentent une jeune fille de 19 ans qui, depuis l'âge de 7 ans, a eu une série d'érysipèles de la face, sans grande réaction fébrile, et à la suite desquels elle a vu se développer un œdème lymphatique permanent de la joue droite avec un gonflement de la paupière inférieure, c'est-à-dire un véritable éléphantiasis. Il y a un œdème chronique à peine marqué de la joue gauche.

En outre, depuis le dernier érysipèle (mars 1892), ont apparu sur la muqueuse des deux lèvres et sur la partie avoisinante des joues, un grand nombre de vésicules transparentes, enchâssées dans la muqueuse, de la grosseur d'une tête d'épingle, sans rougeur autour et non douloureuses. Quelques-unes de ces vésicules crèvent spontanément et il s'en forme incessamment de nouvelles. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire perceptible au cou, mais, dans la région sous-maxillaire, on note la présence de plusieurs cicatrices consécutives à des abcès.

L'incision et l'examen histologique de quelques-unes de ces pseudo-vésicules a démontré qu'il s'agit de *varices lymphatiques* développées aux dépens, soit des lymphatiques papillaires, soit des sinus sous-papillaires. Les cavités contiennent de la lymphe et sont limitées par un endothélium continu sans autre paroi propre; on ne trouve pas de streptocoques.

En piquant avec une lancette une de ces ampoules lymphatiques, on en peut tirer non seulement une goutte de lymphe, mais toute une série de gouttes. On pourrait recueillir de cette façon peut-être un centimètre cube de liquide.

Il est vraisemblable que l'œdème chronique et les varices lymphatiques sont d'origine mécanique et imputables, soit à un nœud de lymphangite oblitérante, soit à une sclérose des ganglions consécutive à l'érysipèle récidivant.

Mycosis fongoïde.

M. Quinquaud présente deux malades atteints de mycosis fongoïde : une femme chez laquelle les lésions sont constituées par une plaque unique avec infiltration de la peau et prurit occupant la cuisse, et un homme qui présente sur différentes parties du corps des plaques avec zone périphérique infiltrée, desquamation et prurit; les lésions chez ce dernier malade sont en voie de guérison, mais elles ne disparaissent jamais complètement et il reste une légère teinte brunâtre avec exagération des plis cutanés. L'examen des urines montre chez ces malades des azoturies transitoires, alors même que l'alimentation est insuffisante, et parfois de la glycosurie. Histologiquement, les lésions sont remarquables par l'intégrité des parois vasculaires, contrairement à ce qui a lieu dans le sarcome, par l'intégrité relative du tissu conjonctif et par une adhérence des cellules au reticulum plus considérable que dans les autres lésions lymphoïdes.

Névrodermites.

M. Wickham présente trois malades atteints de névrose cutanée occupant des types divers de réaction cutanée (eczématiforme, lichénienne, urticarienne). L'un d'eux, atteint pendant longtemps de prurit violent avant de voir apparaître aucune éruption cutanée, est un alcoolique avéré, dans la famille duquel existent plusieurs cas de prurigo; la marche de l'affection montre qu'il s'agit d'un fait de passage entre la névrodermie et la névrodermite et que le grattage seul ne produit pas toujours la lésion éruptive.

Roséole syphilitique ?

MM. Fernet et **Jacquet** présentent une malade qui est atteinte d'une éruption présentant l'aspect d'une roséole syphilitique et qui est survenue, par poussées successives, à la suite d'une violente émotion. Il n'y a pas d'autre manifestation pouvant être mise sur le compte de la syphilis ; on n'a pu trouver aucune trace de chancre, malgré des recherches minutieuses. Faut-il nier la syphilis et attribuer l'affection au choc moral? Faut-il, pour établir le diagnostic, tenter l'épreuve thérapeutique, par le traitement spécifique?

M. Fournier déclare qu'il est impossible, à la vue de cette éruption, de ne pas croire à la syphilis; l'absence de chancre constaté n'est pas une preuve suffisante de la non-intervention de la syphilis.

M. Jullien. — Les effets de l'expectation ayant été nuls jusqu'ici, il y aurait avantage à essayer maintenant ceux de la médication hydrargyrique.

M. Fournier, à la demande de **M. Besnier**, déclare que, en cas de syphilis, la malade ne peut éprouver de dommage

à ne pas être traitée pendant un ou deux mois, période suffisante pour voir apparaître une manifestation syphilitique qui tranchera la question du diagnostic. Il croit donc que, avec l'expectation, on ne tardera pas à être fixé sur la nature de la maladie.

Lichen de Wilson simulant par places un pityriasis rubra pilaire.

M. Hallopeau conclut, d'un cas de lichen de Wilson qu'il présente, que le lichen de Wilson peut se traduire par la production de papules miliaires acuminées, très analogues à celles du pityriasis rubra pilaire; ces papules se groupent autour des papules de Wilson et leur développement semble subordonné à celui de ces éléments; elles ne présentent pas les localisations céphaliques, phalangiennes et palmaires qui caractérisent essentiellement le pityriasis rubra pilaire; leur coïncidence avec les papules de Wilson explique comment Kaposi considère comme appartenant à un même type le lichen plan et le lichen acuminé; elles ne justifient pas la négation du pityriasis rubra pilaire comme type morbide distinct; l'aspect des éléments éruptifs n'a qu'une importance secondaire; ce qui distingue nettement les deux maladies, c'est la différence de leurs localisations.

Dermatite bulleuse consécutive à un vésicatoire.

M. Hallopeau présente une malade chez laquelle il s'est développé, sous l'influence d'un vésicatoire permanent, une éruption bulleuse, d'abord circonscrite à la périphérie de l'exutoire qui s'est étendu de proche en proche tout en restant limitée à la même région, elle a procédé depuis 4 mois par poussées successives se renouvelant incessamment; elle est liée vraisemblablement à un trouble dans l'innervation trophique provoquée par l'altération des filets nerveux englobés dans la cicatrice.

Lupus et grossesse.

MM. Bar et **Thibierge** présentent une malade atteinte de lupus vulgaire de la face, chez laquelle l'affection a constamment récidivé au cours de treize grossesses, pour se réparer aussitôt après le retour des règles. Ils ont constaté dans 21 autres cas que l'influence de la grossesse sur le lupus est très variable. Tantôt le lupus reste stationnaire pendant la grossesse et persiste encore sans modifications après l'accouchement ou subit alors une aggravation plus ou moins accentuée. Tantôt, dès le début de la grossesse, les lésions existantes s'aggravent ou des lésions semblant éteintes depuis longtemps repassent à l'état d'activité et repullulent encore pendant l'allaitement, puis l'aggravation continue ou bien, dès que les règles reparaissent, la lésion revient à son état antérieur. Parfois encore, pendant toute la durée de la gestation, le lupus s'amende plus ou moins nettement, pour reprendre une nouvelle activité quelques semaines après la fin de la grossesse.

M. Gastou présente un malade atteint de chancre syphilitique géant de la paroi abdominale.

M. Fournier communique un cas de chancre syphilitique de l'aisselle.

M. Fournier présente un malade atteint de syphilide papuleuse de la conjonctive.

M. Feulard présente une petite fille atteinte de pelade généralisée avec vitiligo, dont la pelade est actuellement guérie.

M. Galezowski lit un travail sur les chancres syphilitiques de l'œil.

Georges Thibierge.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séances du 13 novembre et du 11 décembre 1893.

Présidence de M. Falret.

L'article 317 du Code de procédure civile et l'expertise médico-légale.

M. Constans, rapporteur de la Commission chargée de l'étude d'un mémoire de M. le professeur Jaumes (de Montpellier), sur l'application de l'article 317 du Code de procédure civile aux expertises médico-légales, expose les principales conclusions de ce travail. On sait que l'article 317 dont il s'agit donne à la partie adverse le droit d'assister aux expertises ou de s'y faire représenter, même lorsqu'il s'agit de l'examen corporel de la victime d'un accident. Mais cet article n'autorise nullement la partie adverse à exiger la communication immédiate du rapport des experts, à se livrer, séance tenante, à une discussion sur les termes de ce rapport et à en modifier le texte par des observations quelconques. C'est cependant une pareille interprétation de l'article 317 qui se trouve développée dans une circulaire du chef de service médical d'une de nos grandes Compagnies de chemin de fer; en effet, en tournant les termes de cet article à son avantage exclusif, la Compagnie déclare qu'elle a le droit, non seulement d'être représentée dans toute expertise médico-légale qui touche à ses intérêts, mais qu'elle a encore le droit de prendre connaissance, séance tenante, par l'organe de ses représentants, du texte même du rapport médical et d'y introduire toute observation qu'elle jugerait utile. M. Jaumes s'élève contre cette interprétation absolument fausse de l'article 317. Il démontre ensuite les inconvénients que présente cet article qui autorise la présence de la partie adverse à l'examen corporel. Il y a des individus qui sont atteints de maladies qu'ils désirent cacher, et d'ailleurs ils en ont le droit. Il y a des femmes dont il s'agit de ménager la pudeur. Il y aurait donc lieu de formuler le vœu suivant en faveur d'une modification dudit article: la partie adverse ne pourra assister personnellement à l'examen corporel, mais devra se faire représenter par un médecin. Il faudra, en outre, spécifier, pour éviter toute interprétation équivoque, que ledit médecin ne pourra prendre aucune part à l'expertise médico-légale. (La discussion de ce rapport aura lieu dans la séance de janvier 1894.)

Les mensonges des hystériques.

M. Vibert cite deux observations qui démontrent que les hystériques croient parfois sincèrement aux faux récits qu'ils racontent. Dans la première observation, il s'agit d'une domestique X..., âgée de 28 ans, qui un jour, au moment où sa patronne rentrait après une absence de plusieurs heures, se présenta dans l'antichambre avec des vêtements déchirés et les mains tachées de sang. Elle raconta qu'un voleur avait pénétré dans l'appartement, qu'elle avait lutté avec lui, qu'il avait bouleversé tous les meubles, etc... L'enquête faite par le commissaire de police démontra que rien n'avait été dérobé et qu'il n'y avait même pas eu de tentative de vol. Le récit de la bonne ayant paru au magistrat tout à fait étrange, M. Vibert fut chargé d'examiner cette fille au point de vue mental. Il constata que X..., actuellement enceinte de 3 mois, est sujette depuis fort longtemps à des attaques d'hystérie avec perte de connaissance, que souvent elle a des hallucinations de la vue et qu'on l'a surprise ayant des conversations avec des individus imaginaires; que, de plus, elle présente des lacunes fréquentes de la mémoire. Il conclut que X... est une hystérique à manifestations psychiques, que dans le récit qu'elle a fait elle a été, très certainement, le jouet d'une hallucination visuelle et que ce récit tout en étant faux était, cependant, de très bonne foi. La seconde observation est relative à un nommé L..., âgé de 30 ans, un hystérique à caractère dramatique, emphatique, à vie déréglée et accidentée. Lors de l'accident de Saint-Mandé, il envoya une plainte dans laquelle il se présentait comme une victime. Examiné, son récit fut reconnu absolument inventé. En 1892, il s'est présenté à un hôpital de Paris en vomissant le sang à pleine bouche et en déclarant qu'il venait d'être écrasé par une voiture dont il désigna le numéro. Examiné par le chirurgien, il consentit à subir la laparotomie. Après une longue instruction, les magistrats ont conclu que l'individu n'a été victime d'aucun accident. Et cependant il l'a cru vrai, puisqu'il a consenti à subir une grave opération.

M. Motet cite quelques exemples qui démontrent que les enfants font souvent des récits analogues.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 11 *décembre* 1893.

Présidence de M. Coyne.

Fracture de la colonne vertébrale.

M. Binaud présente la colonne vertébrale d'un homme de 34 ans, entré dans le service de M. le professeur Demons à la suite d'une chute à la renverse faite d'un wagon sur le sol. On constata une paralysie sensitivo-motrice remontant jusqu'aux mamelons, accompagnée de constipation et de rétention d'urine. Il existait un point très douloureux entre la 7e cervicale et la 1re dorsale.

La trépanation du rachis fut décidée par M. le professeur Demons, mais dès que l'on vit que l'on pouvait passer le doigt entre les apophyses épineuses de la 7e cervicale et de la 1re dorsale, l'opération fut arrêtée. Le malade mourut 3 jours après.

A l'autopsie, on constata un écrasement des corps vertébraux des 7e cervicale et 1re dorsale, avec luxation du disque intercostal. Le ligament commun vertébral était rompu, de même que les ligaments inter-épineux. Enfin, la moelle était à peu près complètement sectionnée au niveau de la 6e vertèbre cervicale.

Cas d'expulsion de poche amnio-choriale avant l'accouchement.

M. Audebert présente une poche amnio-choriale encore remplie de son liquide, qu'il a recueillie dans les circonstances suivantes. Une primipare de 19 ans, giletière, entrait le 10 décembre à 3 heures du soir à la clinique d'accouchements. Quelques heures après, la dilatation étant complète, et la poche des eaux intacte, la parturiente expulsa subitement une masse molle, du volume du poing, constituée par des membranes, renfermant une certaine quantité de liquide amniotique teinté en vert sombre. En un point de ces membranes, on put voir que l'amnios était séparé du chorion par un intervalle assez large (5 cent. environ) et que dans cet intervalle existait un liquide d'un jaune rosé, absolument dissemblable du liquide amniotique expulsé en même temps. Les membranes sont parfaitement accolées dans tout le reste de leur étendue.

C'est donc là une poche amnio-choriale, telle que l'ont décrite Tarnier et Pinard. Il est rare de pouvoir constater *de visu* la présence de ces poches amnio-choriales.

Une autre particularité moins intéressante, c'est que cette expulsion a précédé l'accouchement de quelques minutes. L'enfant était mort et macéré.

Etude de l'action immédiate des bains froids sur les températures fébriles.

M. C. Sigalas a entrepris une série de recherches expérimentales sur l'action immédiate des bains froids sur les températures fébriles. Les courbes qui sont représentées dans son mémoire et qui se rapportent à des malades atteints de fièvre typhoïde, de pneumonie, ou de tuberculose miliaire aiguë, présentent de légères différences, mais ces variations ne les empêchent pas d'avoir une grande ressemblance d'allures qui légitime les conclusions suivantes :

1° La température centrale du fébricitant ne s'élève qu'exceptionnellement pendant l'immersion dans le bain (à 25-30°).

2° En rapprochant cette absence d'élévation de la température centrale pendant l'immersion des terminaisons heureuses de la maladie dans une série de cas, et l'ascension thermique pendant le bain, de la terminaison fatale dans une autre série, on trouve une confirmation de cette idée déjà émise par Bouveret et Tripier, à savoir qu'il est possible de tirer de l'observation de cette température centrale pendant l'immersion quelques inductions pronostiques : Elévation thermique : processus fébrile intense. Absence d'élévation et abaissement : formes moyennes et légères.

3° L'abaissement de la température centrale continue, pendant un temps variable, après la sortie du bain. La température axillaire reprend immédiatement une marche ascendante.

4° La comparaison des deux courbes thermométriques (axillaire et rectale), prises dans 17 expériences sur les fébricitants, montre : 1° que les résultats sont inexacts ou du moins très particuliers, auxquels sont arrivés Fiedler et Hartenstein qui ont vu que immédiatement après le bain, la température est plus élevée dans le rectum que dans l'aisselle ; tandis que une demi-heure après le bain et pendant 3/4 d'heure la température de l'aisselle est plus élevée que celle du rectum ; 2° que les données fournies par la thermométrie axillaire ne renseignent pas d'une façon précise sur l'effet immédiat du bain froid.

5° Si l'on veut adapter la température des bains froids à l'indication fondamentale d'abaisser d'un degré environ la température centrale du malade, les bains à 25-30° prolongés jusqu'au frisson, sont suffisamment froids.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 13 *décembre* 1893.

Présidence de M. Cordier.

Action hypothermisante des badigeonnages de cocaïne.

M. Geley, interne des hôpitaux, fait une communication sur l'action hypothermisante des badigeonnages de cocaïne. Dans le service de M. le professeur Teissier, un infirmier était chargé de faire des badigeonnages de gaïacol à un certain nombre de malades. Un jour, par erreur, il fit les badigeonnages avec une solution de cocaïne. Le lendemain, on pouvait constater, sur la feuille de température, un abaissement comparable à celui que produit le gaïacol. M. Geley et M. Teissier firent alors systématiquement des badigeonnages à quelques malades, et ils présentent des courbes où l'abaissement a été de un à deux degrés. Il faut employer des solutions de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 dans un gramme d'eau pour chaque badigeonnage. Ceux-ci sont faits comme les badigeonnages de gaïacol à la partie supérieure de la cuisse.

M. Guinard, qui avait été mis au courant de ces faits, a répété les expériences précédentes sur le lapin, mais il s'est servi de pommade à la cocaïne au lieu de solutions. Il a observé également des abaissements de température. Ces faits paraissent bien établir que c'est par une action nerveuse périphérique que se produisent les abaissements de température que plusieurs auteurs ont observés.

Seringue perfectionnée pour injections intra-veineuses.

M. Mayet présente une seringue perfectionnée pour pratiquer les injections intra-veineuses de chloral dans les cas de tétanos. Il a fait exclure de cette seringue toutes les parties métalliques que le chlorure peut oxyder ; c'est par un bouton d'ébonite qu'est terminé le piston. L'aiguille est en platine iridié et l'armature de l'aiguille est dorée.

M. Lépine dit qu'il ne croit pas à la supériorité des injections de chloral dans les veines sur l'ingestion par la voie buccale.

M. Carry demande si le traitement pourrait être appliqué dans les cas d'éclampsie.

M. Mayet croit que l'injection intra-veineuse est préférable à l'ingestion et il n'hésiterait pas à pratiquer une ingestion à des éclamptiques.

Aspiration d'eau de Cologne pour juguler les trachéo-bronchites consécutives aux rhumes de cerveau.

M. Roux a constaté sur 12 personnes qu'au début des affections légères des voies respiratoires, il était possible de juguler la maladie au moyen d'aspirations d'eau de Cologne.

On met quelques grammes d'eau de Cologne sur un mouchoir et on aspire fortement le liquide par le nez et par la bouche. Au bout de quelques heures, on recommence, et, en général, il suffit de deux ou trois séances d'aspiration de quelques minutes chacune pour guérir complètement la maladie et l'empêcher de se propager à la trachée et aux bronches. M. Roux n'a pas constaté le même résultat avec l'alcool ; ce

sont donc les essences contenues dans l'eau de Cologne qui possèdent une action thérapeutique.

M. Icard rappelle qu'un médecin des hôpitaux, atteint d'asthme des foins, a depuis longtemps dans sa poche un flacon d'eau de Cologne, et qu'il aspire ce liquide chaque fois qu'il sent venir un accès.

M. Glénard signale à la Société un autre moyen très simple qu'il conseille aux malades atteints de toux nerveuse, sèche, apparaissant à certaines heures et qui est en général une affection très rebelle. Il suffit d'aspirer de l'air chargé de vapeurs d'iode métallique.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 6 *décembre* 1893.

L'amélioration de l'état sanitaire de Berlin à la suite des mesures d'hygiène publique.

M. Th. Weyl constate d'abord qu'il n'existe pas au monde une autre ville qui possède une statistique médicale aussi complète que Berlin.

Si l'on consulte les tableaux statistiques de mortalité de 1840 à 1890, on constate une tendance générale à la diminution de la mortalité. La courbe descendante est nettement coupée en deux parties qui correspondent aux améliorations des années 1856 et 1876 quand on a placé les conduites d'eau (1856) et commencé la canalisation de la ville (1876).

Les tableaux de mortalité suivant les classes d'âge montrent une diminution générale de la mortalité. Ainsi, sur 1,000 vivants sont morts :

Age	1871	1875	1880	1885	1890
0-1	589.93	481.12	414.17	321.44	321.09
0-5	188.89	174.30	139.24	117.42	107.26
5-10	12.82	13.97	12.15	9.22	6.93
10-15	4.58	4.35	3.50	3.22	2.64
15-20	7.73	5.59	5.01	3.98	3.33
20-25	9.98	7.91	6.63	5.41	4.86

etc., etc.

La mortalité d'après les maladies suit également une courbe descendante.

Ainsi, pour le *tétanos* qui, en 1871, donnait pour les enfants de 0 à 1 an une mortalité de 12,5 p. 1000, on trouve en 1890 une mortalité de 2,69 p. 1000.

Même fait pour la *tuberculose* : en 1871, la mortalité pour les enfants de 0 à 5 ans était de 3.6 p. 1000 ; en 1890, cette mortalité tombe à 2,2 pour 1000. Pour M. Weyl, ce résultat, pour ce qui est des enfants, est dû à la surveillance rigoureuse des laiteries. Pour ce qui est de la diminution de la tuberculose dans les autres classes d'âge, le fait est difficile à expliquer autrement que par le progrès de la propreté générale grâce auquel le virus tuberculeux diffuse moins.

La diminution de la *fièvre typhoïde* est tout à fait frappante. Ainsi, la mortalité de par cette affection a été :

de 38.8	p. 1000	pour les années de	1854 à 1860
— 30.29	—	—	1861 à 1870
— 23.05	—	—	1871 à 1880
— 7.13	—	—	1881 à 1890

La fréquence du *cancer* et la mortalité de cette rubrique a augmenté. La mortalité par cancer a été :

de 132	pour l'année	1871
— 701	—	1880
— 1158	—	1890

Les causes de cette augmentation sont difficiles à préciser, mais on peut penser qu'actuellement on sait mieux diagnostiquer cette affection.

La mortalité par *dysenterie* a aussi diminué, comme on peut le voir d'après le tableau suivant :

Age	1871	1875	1880	1885	1890
0-5	0.9	1.5	0.6	0.3	0.04
5-10	0.3	0.2	0.02	0.07	—
10-15	0.09	0.07	0.02	0.01	—
15-20	0.03	0.05	—	0.009	0.007

En passant en revue les chiffres des autres rubriques de mortalité, M. Weyl montre que la mortalité a *augmenté :* pour la méningite non tuberculeuse, la pneumonie et le cancer ; *diminué :* pour le tétanos, le choléra infantile, la dysenterie, la tuberculose en général, l'éclampsie, la pyohémie, la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde récurrente exanthématique, la variole ; la mortalité oscille d'une façon irrégulière, de sorte qu'il est difficile de parler de diminution ou d'augmentation dans les affections suivantes : diphthérie et croup, rougeole, scarlatine, coqueluche, diarrhée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 4 *décembre* 1893.

Pseudo-insuffisance aortique.

M. Fürbringer a eu à soigner il y a quelques années un malade qui présentait tous les signes de l'insuffisance aortique, sauf le souffle. A l'autopsie on trouva une dégénérescence des valvules aortiques. Depuis cette époque, M. Fürbringer a rencontré plusieurs cas identiques sur les 300 cas d'insuffisance aortique qu'il a observés. Dans un autre groupe, on rencontre des cas où le souffle est intermittent et disparaît pour quelque temps. On attribue cette disparition à l'état de la pression sanguine ; mais il faut savoir que cette disparition du souffle survient aussi quelquefois quand le malade est au repos.

M. Leyden a observé un certain nombre de cas de rhumatismes aigus suivis de signes de l'insuffisance aortique, mais avec souffle systolique.

M. Litten n'a jamais observé un seul malade avec insuffisance aortique vérifiée à l'autopsie, sans trouver chez lui pendant la vie du souffle à la base. L'insuffisance aortique relative où la dilatation de l'anneau valvulaire n'est pas en rapport avec son degré de fermeture doit être distinguée de la pseudo-insuffisance.

Le choléra à Berlin en 1893.

M. Fürbringer a observé cette année 5 cas de choléra qui se divisent en deux groupes. Le premier comprend deux malades où le premier contamina le second ; dans le second groupe, portant sur trois cas, les trois malades appartiennent à la même famille où, sur les six membres qui tombèrent malades, trois furent dirigés sur l'hôpital Moabit. Il fut impossible d'établir l'origine de l'infection chez les membres de cette famille. Le choléra était typique cliniquement et bactériologiquement. Dans un cas, il y eut des selles sanglantes et à l'autopsie on trouva la muqueuse du gros intestin ulcérée sur une étendue de 15 centimètres.

Le rein cholérique a été trouvé dans trois cas, et cela n'a rien d'étonnant, puisque le choléra comme toutes les maladies infectieuses peut provoquer la néphrite.

M. Renvers a observé, du 23 août au 21 novembre, 122 cas suspects dont 13 seulement étaient réellement atteints de choléra. Sur ces 13 cas, 4 sont morts ; sur les autres suspects, 3 ont succombé (tuberculose, pneumonie, entérite aiguë).

Tous ces malades peuvent être divisés en quatre groupes : 1° choléra vrai, dont cinq présentaient le tableau classique, et trois paraissaient sains, mais leurs selles renfermaient le bacille en virgule ; 2° Cas, au nombre de 27, qu'on pourrait désigner le mieux sous le nom d'entérite sur aiguë. Cliniquement, il était impossible de les distinguer du choléra ; un seul de ces malades est mort. Etiologiquement, on a pu établir une intoxication par de la viande dans un cas ; pour les autres il faut admettre une infection mixte ; 3° trois malades pris brusquement de fièvre et de symptômes classiques du choléra. Dans les selles, bactéries nombreuses, parmi lesquelles aucune ne prédominait ; 4° Un grand nombre de cas où il

était facile de dire que les malades n'avaient pas le choléra.

Dans le premier cas de choléra que M. Renvers a observé, le malade fut infecté par l'eau des bains du port-nord de Berlin, et c'est en se baignant qu'il a dû avaler un peu d'eau qui l'a infecté. Deux autres cas relèvent de la même étiologie, aussi ces bains furent-ils fermés. Le quatrième cas se rapporte à un batelier qui but de l'eau de Plotzensee. En tout il eut neuf malades chez lesquels le choléra fut provoqué par l'ingestion d'eau.

Au point de vue clinique, il est à noter qu'il n'existe aucun symptôme qui permette de différencier le choléra de l'entérite aiguë, et le diagnostic différentiel ne peut être fait que par l'examen des selles. Le rouge du choléra n'est pas pathognomonique, mais peut venir à l'appui des faits établis.

L'examen des selles est encore important pendant la convalescence. Dans quatre cas les vibrions avaient disparu des selles après le sixième jour, dans trois après le septième, dans deux après le huitième.

Comme traitement, on a donné dans la majorité des cas du calomel qui semble réussir. Pendant la période algide, on avait recours aux grands lavements. Les injections intraveineuses provoquent quelquefois du collapsus et quelquefois la mort, comme on a pu le constater dans des expériences sur des animaux.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 11 *décembre* 1893.

Opération de Mikulicz.

M. Bland Sutton. — Une jeune fille de 18 ans était boiteuse par suite d'une paralysie infantile. En 1890, M. Mac Cormac voulut produire chez elle un pied équin artificiel comme l'a recommandé Mikulicz. Le squelette de la jambe et du pied provenant de cette jeune fille vous montre que le chirurgien a atteint son but. Les surfaces fraîchement coupées du scaphoïde et du cuboïde s'unirent fortement aux surfaces de section du tibia et du péroné. On voit aussi que les orteils font un angle droit avec les métatarsiens; les premières phalanges se sont creusé de nouvelles fossettes articulaires sur la face dorsale de la tête des métatarsiens. Malgré ce succès anatomique, le pied n'était que peu utile à la marche, il était en effet douloureux et je dus faire l'amputation de la jambe au niveau du genou.

Ovariotomie.

M. Spencer. — Les ovariotomies devraient toujours être opérées par les gynécologues. On doit opérer tous les cas de tumeurs de l'ovaire, même les plus mauvais comme ceux qui sont dus à des cancers, et c'est ce que, pour ma part, j'ai toujours fait. Il ne faut jamais ponctionner aucune tumeur de l'ovaire, à moins qu'il ne s'agisse incontestablement d'une tumeur maligne ou qu'il n'y ait une affection pulmonaire grave concomitante. Outre les chances d'infection immédiate, les ponctions peuvent provoquer pour plus tard les adhérences les plus dangereuses. L'expérience que j'ai des cas graves comme la rupture, la suppuration et l'infection des kystes m'a conduit à cette conclusion que plus l'état de la malade semble désespéré, plus il est nécessaire d'intervenir rapidement. Dans les statistiques, on doit faire rentrer toutes les ovariotomies, même les ovariotomies incomplètes. Un point important qu'on ne fait pas ressortir dans les statistiques est le suivant : Combien y a-t-il de réunions par première intention? Les abcès dus aux points de suture sont-ils fréquents?

Sur 50 ovariotomies, j'ai obtenu 47 fois la réunion par première intention; dans aucun cas je n'ai eu d'hématocèle consécutive à l'opération. J'ai eu recours 11 fois au drainage; dans aucun cas je n'ai fait le lavage de la cavité abdominale. Je n'ai eu une température élevée que dans un cas où la malade est morte à la suite de l'ablation d'un kyste dermoïde suppuré extrêmement adhérent; il y avait en outre une grande ulcération du rectum et du côlon descendant. Les 45 autres cas guérirent, sans fistules et sans suppuration. Sur les 50 cas que j'ai opérés, il y avait 42 tumeurs de l'ovaire dont 5 kystes dermoïdes; 8 tumeurs du ligament large ou para-ovariennes, dont une maligne. Cinq des kystes étaient suppurés. Toujours ces suppurations étaient consécutives à un accouchement. J'ai opéré d'ovariotomie une femme enceinte de 3 mois; elle arriva néanmoins à terme et accoucha de 2 jumeaux. Six kystes avaient été préalablement ponctionnés et 7 avaient une torsion du pédicule. Deux kystes s'étaient récemment rompus. J'ai pu suivre 48 malades; la hernie au niveau de la cicatrice est survenue 4 fois.

J'ai pratiqué mes opérations dans une salle bien désinfectée, sur des malades rendues autant que possible aseptiques. Pendant 24 heures après l'opération je soumets les malades à une diète absolue; le lendemain je donne du lait et des peptones; je ne donne que rarement de l'alcool. Dans le cas de vomissements persistants, je fais des massages de l'abdomen.

J'ai opéré en outre 18 laparotomies pour autre chose que pour ovariotomie; je n'ai perdu que 2 malades : l'une avait été opérée *in extremis* à la suite d'une rupture de l'utérus par un fœtus qui se présentait par l'épaule, l'autre était atteinte d'une tumeur maligne de l'ovaire et du péritoine.

M. Duncan. — Dans certains cas les ovariotomies incomplètes sont utiles. J'emploie le drainage dans les cas où il y a beaucoup d'adhérences. Quand du pus s'est écoulé hors du kyste, il est plus prudent de faire un lavage de la cavité péritonéale. Je mets mes opérées à la diète pendant 24 heures.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 8 *décembre* 1893.

Ostéo-arthrite avec nodules fibreux.

M. Pitt. — J'ai observé quatre cas d'ostéo-arthrite avec des nodules fibrineux; dans un cas il y avait aussi un exsudat fibrineux abondant avec de l'asphyxie périphérique. Il existe épars dans la littérature médicale plusieurs cas d'ostéo-arthrite avec des nodules sous-cutanés sans qu'on ait noté dans ces cas de rhumatisme aigu; il y a aussi des observations dans lesquelles on signale des dépôts fibro-gélatineux abondants. Les nodules sont caractérisés par l'organisation du tissu conjonctif, avec évidence d'irritation comme le montrait l'infiltration cellulaire qui entourait ces nodules et l'endartérite des artérioles environnantes. Cela démontre donc bien qu'on peut voir en relation avec l'ostéo-arthrite des nodules fibreux ayant les mêmes caractères physiques et probablement la même structure que ceux du rhumatisme aigu des enfants. Mais ils en diffèrent : 1° parce qu'ils surviennent chez les adultes; 2° par leur durée beaucoup plus longue; 3° parce qu'ils sont très douloureux; 4° parce qu'ils ne sont en rapport avec aucune lésion cardiaque; 5° parce qu'ils sont en général plus gros.

M. Ord. — Ces nodules fibreux associés au rhumatisme aigu ne sont peut-être que le premier stade de l'érythème noueux. Du reste, ces nodules ont une grande tendance à se former toutes les fois qu'il existe une affection aiguë ou chronique des articulations.

M. Mackenzie. — J'ai vu chez un homme de 45 ans, ayant eu pendant un an du rhumatisme arthritique ordinaire, des nodules sur le cuir chevelu et sur les phalanges, puis il en apparut sur les cartilages costaux, les côtes, les articulations sacro-iliaques, la gaine des droits de l'abdomen, le pénis et le scrotum. A l'autopsie, on en trouva sur le péricarde, sur la valvule mitrale et dans le rein.

M. Garrod. — Ces nodules du rhumatisme, qui sont si fréquents chez l'enfant, sont rares chez l'adulte. On ne les rencontre pas chez les enfants ayant de l'ostéo-arthrite vraie.

Thrombose veineuse à rechutes.

M. Handford. — J'ai soigné un homme de 37 ans qui, dans un espace de deux ans, eut près de 30 attaques de thrombose des veines de la jambe et de la partie inférieure de l'abdomen. Il avait plusieurs années avant eu la syphilis et récemment il avait eu deux orchites. En juin 1891, il resta exposé au froid et à l'humidité, et c'est alors qu'apparut une thrombose des veines fémorales des deux jambes; cette trombose gagna bien vite les veines iliaques et probablement

même l'origine de la veine cave inférieure; quelques raisons permettent de croire que les veines mésaraïques furent également prises. On crut à une anémie pernicieuse ou à une tumeur du bassin; mais ces deux diagnostics étaient erronés.

Sous l'influence du fer et de l'arsenic, le malade alla mieux; mais les veines superficielles de l'abdomen devinrent flexueuses et augmentèrent beaucoup de volume. Depuis cette époque tous les 15 jours ou toutes les trois semaines, une des veines superficielles de la jambe ou de l'abdomen s'enflamma et devint à son tour le siège d'une thrombose, et cela sans aucun traumatisme; il n'y avait ni goutte, ni artério-sclérose, ni phlébo-sclérose. L'iodure et le mercure sont les médicaments qui semblent avoir le mieux agi. Ces thromboses étaient probablement dues au poison syphilitique.

Hématurie endémique.

M. Handford. — J'ai déjà rapporté, il y a quatre ans, un cas d'hématurie endémique par le bilharzia. Ce sujet se porte bien, mais il rend encore un peu de sang de temps en temps à la fin des mictions et on peut encore trouver dans son sang de petites quantités d'œufs de bilharzia; cela tient à ce que, depuis quelque temps, cet homme ne se soigne plus. Comme depuis huit ans ce malade n'est pas retourné dans des pays où la réinfection a pu se faire, il faut admettre ou bien que la vie du parasite est plus longue qu'on ne le croit généralement, ou bien que la reproduction peut se faire dans certains cas sans l'intermédiaire d'un autre hôte.

Empyème.

M. Spencer. — J'ai soigné un homme dont la totalité de la plèvre gauche était le siège d'un empyème; la maladie s'était établie graduellement sans que le malade s'en aperçût et elle était vraisemblablement de nature tuberculeuse; le poumon gauche était en état de collapsus. Pendant six mois, on fit de petites incisions laissant échapper beaucoup de pus. Quand le malade vint dans mon service, il était extrêmement affaibli. Je fis une large ouverture réséquant de la 7e à la 11e côte et un mois plus tard je réséquai de la 6e à la 3e côte et j'injectai dans la plèvre une émulsion iodoformée. Enfin plus tard je réséquai de nouveau et plus largement encore de la 2e et à la 11e côte. Le malade put entrer alors dans un asile de convalescents, mais il y fut emporté par une forte diarrhée.

M. Bowlby. — Chez une femme de 25 ans on prit un empyème pour un abcès du sein: je pus la guérir après avoir rectifié le diagnostic et lui avoir réséqué des côtes.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 12 *décembre* 1893.

Arthrotomie du coude et du cou-de-pied.

M. Clutton pense que, pour le coude tout au moins, la résection peut être évitée en cas de tumeur blanche si on fait l'arthrotomie précoce. L'arthrotomie, au contraire, ne peut être utile comme opération tardive; on peut ainsi obtenir une nouvelle articulation mobile. Sur 9 arthrotomies du coude, M. Clutton a obtenu 6 fois une articulation mobile; une seule fois j'ai dû faire plus tard la résection du coude. J'ai pratiqué également 6 fois avec succès l'arthrotomie de la tibio-tarsienne.

M. Arbuthnot Lane. — Je crois qu'on a tort en général de pratiquer des résections chez les enfants, car il est exceptionnel que chez eux l'abrasion ne suffise pas; il faut ouvrir largement l'articulation et enlever complètement tous les tissus malades; il faut ensuite traiter la plaie par le drainage et la compression; il faut enlever tous les fragments d'os malades et bourrer toutes les cavités avec de la gaze iodoformée. Quand il y a des lésions tuberculeuses très étendues, je mets dans l'articulation du soufre après grattage; j'ouvre ensuite de nouveau pour retirer le soufre et les lambeaux de sphacèle; je fais un lavage, puis je ferme la plaie. Au genou j'ouvre aussi l'articulation et, si c'est nécessaire, j'enlève des fragments d'os. Il faut opérer de même pour la cheville et au besoin on sectionnera le tendon d'Achille pour mieux voir l'intérieur de l'articulation.

M. Bowlby. — La méthode de M. Clutton est encore appréciable quand les os du tarse sont malades.

M. Keetley. — Pour découvrir l'articulation tibio-tarsienne, je fais une incision semi-lunaire autour de la malléole interne et une incision longitudinale en avant de la malléole externe; pour bien voir l'intérieur de l'articulation, il faut sacrifier la plus grande partie sinon la totalité de l'astragale et enlever le moins possible du tibia, bien que ce dernier os soit souvent le siège principal de la maladie. Il faut opérer le plus tôt possible. Il ne faut pas provoquer des mouvements trop tôt dans l'articulation après l'arthrotomie.

M. Cheyne. — Chez les enfants il faut toujours recourir à l'arthrotomie avant de faire la résection. Il faut faire de larges incisions, et pour nettoyer une articulation le grattage est insuffisant.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 15 *décembre* 1893.

Dermatoses et putréfaction intestinale.

M. Singer, qui a fait un grand nombre d'expériences à la clinique du professeur Kaposi et au laboratoire du professeur Ludwig, est arrivé à la conclusion que la putréfaction intestinale est plus fréquente qu'on ne le pense, et que si elle attire moins l'attention que les troubles moteurs, c'est que ses manifestations extérieures sont moins frappantes. Un fait qu'il a pu nettement établir, c'est que certaines dermatoses dépendent directement d'une exagération de la putréfaction intestinale. Parmi ces dermatoses, on peut citer l'urticaire aigu et chronique, l'acné vulgaire, le prurit sénile. Si l'on se contente d'un traitement local, ces affections récidivent souvent; mais il suffit d'améliorer les fonctions intestinales par les antiseptiques, pour voir définitivement disparaître les manifestations cutanées de la putréfaction intestinale.

Ces faits sont bien connus et depuis longtemps pour l'urticaire. Les recherches relatives à cette affection ont montré que dans les cas idiopathiques l'estomac fonctionne normalement, mais qu'il existe des troubles fonctionnels du côté de l'intestin. Dans l'urticaire comme dans les autres dermatoses, l'exagération de la putréfaction intestinale se manifeste par l'augmentation de la proportion d'indican et d'acide sulfurique de l'urine.

En administrant à ces malades du menthol (en capsule) à la dose journalière de 60 centigr. à 1 gramme, on arrive à diminuer les produits de la putréfaction des albuminoïdes, et à faire disparaître l'affection cutanée sans avoir recours à la médication topique. En cas d'irritation considérable des nerfs cutanés, on fait disparaître les démangeaisons par l'application d'une pommade indifférente.

On est donc autorisé à penser que les produits de la putréfaction intestinale repris par la circulation générale arrivent à la peau dont ils irritent les éléments nerveux et glandulaires, ou à la surface de laquelle ils sont éliminés.

Spirilles dans les selles cholériques.

M. Kowalski a présenté des préparations des spirilles trouvées dans les selles des cholériques.

M. Paltauf fait observer qu'Escherich a trouvé ces spirilles il y a un an.

M. Weichselbaum trouve que ces micro-organismes signalés dans les selles des cholériques et non-cholériques par Escherich, Kirchner, Fürbringer n'ont aucun rapport avec le choléra.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale chez les femmes ayant dépassé ou près de l'atteindre la ménopause.
Communication à la Société de Chirurgie, par Quénu.

J'étais inscrit pour une communication relative au traitement du prolapsus utérin par l'hystérectomie vaginale, lorsque M. Lejars est venu il y a peu de jours nous lire l'observation de deux malades auxquelles il a appliqué ce mode de traitement.

Avant de vous communiquer mes observations personnelles, qui sont au nombre de 5 et dont la plus ancienne remonte au mois de décembre 1892, je vous demande la permission de vous résumer l'opinion courante française et étrangère sur le sujet qui nous occupe et de vous en présenter un court historique.

Martin, de Berlin, écrivait en 1889, dans son estimable traité clinique des maladies des femmes, que Kaltenbach et lui avaient les premiers, en 1880, enlevé l'utérus « dans un cas de prolapsus contre lequel tous les autres moyens avaient échoué ». Cette opération est en réalité bien plus ancienne ; à la vérité, les premières hystérectomies s'adressent non au prolapsus, mais à une altération d'un utérus procident : c'est ainsi qu'en 1813 Langenbeck enleva par la voie vaginale un utérus cancéreux prolabé. En 1836 Gebhardt exécuta la même opération et dans les mêmes circonstances. Deux ans plus tard, en 1838, Jurgensen présenta à la Société de médecine de Copenhague un utérus prolabé qu'il avait enlevé et qu'il croyait atteint de dégénérescence carcinomateuse, mais la Société jugea qu'il n'était pas cancéreux.

Edward, en 1864, nous fait le récit d'une extirpation d'utérus prolabé atteint non de cancer, mais d'irréductibilité et de gangrène; la malade, une femme de 74 ans, avait depuis longtemps un prolapsus complet que ni les pessaires ni les bandages n'avaient pu maintenir. Un beau jour l'utérus sorti depuis 48 heures s'engagea, devint irréductible et se sphacéla. Edward appliqua une ligature sur le col de la tumeur, puis le surlendemain, à cause de l'odeur infecte dégagée par les parties gangrénées, il se décida à resserrer sa ligature et à exciser. Sa malade guérit. L'idée d'extirper l'utérus atteint de prolapsus irréductible avec menace de gangrène avait déjà germé dans l'esprit d'un chirurgien plus d'un siècle antérieurement : en effet, dans une lettre à Smellie en 1757, Oakby, de Birmingham, raconte qu'en de telles circonstances il proposa à la patiente l'extirpation de l'organe par ligature; son offre fut refusée.

Le premier, Chappin, en 1867, pratiqua de parti pris l'hystérectomie vaginale pour un prolapsus de l'utérus non compliqué de gangrène ou de cancer ; viennent ensuite les observations de Patterson et Corradi en 1876, de Hahn et de Kehrer en 1877, de V. Reuffel et enfin celles de Martin et Kaltenbach en 1880.

Depuis 1880, les observations se sont multipliées à l'étranger ; nous pouvons citer les cinq de Munchmeyer, les trois de Müller, celles de Negretto, de Winiwarter, de Coe, de Krieg, de Boldy et les 8 cas de la clinique de Breslau qui ont servi au mémoire important de Robert Atsch. Tout dernièrement enfin trois nouvelles observations ont été publiées dans une thèse d'Iena, la thèse de Kehrer.

Nous arrivons facilement de la sorte à réunir une trentaine de cas, dont deux en Italie, 4 ou 5 en Amérique et le reste en Allemagne.

Dans notre pays, les observations publiées sont en extrême petit nombre. La première en date est, je crois bien, celle de M. Richelot. M. Richelot opéra, le 25 juillet 1886, à Saint-Antoine, une femme de 60 ans atteinte de procidence complète. Il se servit pour l'hémostase de quatre pinces qu'il ne laissa que 24 heures ; le 1er septembre, la cystocèle avait reparu et bientôt la malade eut un prolapsus tout aussi volumineux qu'autrefois.

Elle dut subir une opération complémentaire consistant en un large avivement des parois antérieure et postérieure, et dans le cloisonnement du vagin. Terrillon a traité par l'hystérectomie une femme de 55 ans chez laquelle l'utérus descendait au delà de la vulve. Le résultat fut parfait. Notre collègue se hâte d'ajouter qu'il considère cette opération comme beaucoup trop sérieuse pour une infirmité à laquelle on peut remédier par d'autres procédés.

En 1891, Goullioud fut amené à enlever l'utérus chez une femme qu'il avait opérée déjà d'un cancer dans la cloison recto-vaginale ; cette première opération avait déterminé ou tout au moins exagéré la formation d'un prolapsus utérin. Le résultat définitif des deux opérations successives fut excellent. Les observations françaises publiées se réduisaient donc à 3, quand nous avons entrepris notre première opération le 23 décembre 1892. Depuis, nous en avons pratiqué 4 autres. M. Segond a publié, le 29 novembre 1893, une clinique sur le traitement chirurgical du prolapsus utérin, dans laquelle il ne rapporte qu'une seule observation personnelle toute récente. Jointe aux précédentes et aux deux de Lejars, cela nous fait un total de onze observations françaises.

Il est vraisemblable, toutefois, que ce nombre est inférieur à la réalité, et qu'un certain nombre de cas n'ont pas été livrés à la publicité. Nous tenons par exemple de M. Doyen qu'il a plusieurs fois fait l'ablation de l'utérus pour des prolapsus génitaux.

Il nous importait d'établir dans quelles proportions l'hystérectomie vaginale a été pratiquée contre le prolapsus utérin ; ce n'est, en effet, que sur des faits et non sur des raisonnements que peut se fonder la juste appréciation d'une méthode opératoire.

L'analyse des 40 ou 45 observations connues nous obligerait à réduire encore, et de beaucoup, le nombre des documents qu'on peut considérer comme probants : les unes sont incomplètement rapportées, les autres sont trop récentes, d'autres enfin ne signalent que le résultat immédiat ou rapproché de l'opération.

Nous ne nous occuperons, par suite, que de celles où la malade a été revue au moins deux mois après l'intervention chirurgicale.

L'opinion des chirurgiens qui ont eu à se prononcer pour ou contre l'hystérectomie vaginale a été la plupart du temps une opinion de tendances, et non une opinion basée sur l'observation personnelle ; ses adversaires lui ont moins reproché les dangers réels ou non qu'elle peut faire courir, que son insuffisance à guérir la chute du vagin ; Richelot, Müller, Baumgarten, etc., n'ont-ils pas dû faire des opérations complémentaires ? Schrœder n'a-t-il pas raison d'écrire que si l'hystérectomie guérit à coup sûr la procidence de l'utérus, elle n'amène pas toujours la guérison du prolapsus ? L'extirpation totale n'est pas suffisante, dit Edebohls ; la seule méthode dispensant du procédé plastique supplémentaire est celle pratiquée par Polk et qui consiste à ouvrir le ventre, à enlever l'utérus et à rattacher le vagin à la paroi abdominale.

En somme, en Allemagne et en Amérique les avis sont partagés : si Munchmeyer réserve son opinion, si C. Schrœder ne peut provisoirement croire que l'extirpation vaginale ou sus-pubienne soit indiquée contre le seul prolapsus utérin, Hégar, Kaltenbach, Schultze, Martin, etc., admettent la légitimité de l'opération.

En France, l'opération de Richelot est présentée dans la plupart des thèses qui traitent du prolapsus comme une hardiesse chirurgicale qu'il ne convient pas d'imiter. Seul, M. Pozzi, influencé par les beaux résultats de Robert Atsch et de Kehrer, accepte l'hystérectomie pour « les chutes complètes et invétérées de l'utérus et du vagin où les parties herniées très hypertrophiées sont difficilement réduites et maintenues ». D'un autre côté, l'introduction d'une nouvelle méthode opératoire consistant à fixer l'utérus à la paroi abdominale, méthode conservatrice par excellence, paraissait devoir reléguer au dernier plan une méthode de suppression telle que l'hystérectomie, de telle sorte que cette dernière voyait se joindre les hytéropexistes à ses anciens adversaires les colpopexistes et colporraphistes.

Tel est l'état de la question.

Pour notre part, nous venons défendre la cause de l'hystérectomie vaginale appliquée dans certaines conditions, à certains cas, et exécutée d'une certaine manière.

1° Nous posons comme premier principe que l'opération ne doit s'adresser qu'aux femmes ayant dépassé l'âge de la ménopause ou s'en rapprochant tellement que toute grossesse devienne absolument improbable.

L'objection tirée d'une suppression de fonction disparaît de la sorte : car si on laisse intacts les ovaires reconnus sains, je ne vois pas en quoi la disparition du tissu utérin pourrait affecter l'organisme plus que la résection d'un segment vaginal. La physiologie nous a appris à faire bon marché des théories qui accordaient à la matrice un autre rôle que celui de chambre incubatrice. Sans insister davantage sur ce point, nous devons pour justifier notre opinion essayer de démontrer que l'opération, à égalité de risques, est plus efficace que les procédés qui s'adressent aux cas similaires.

2° Il va sans dire, en effet, que s'il est question d'hystérectomie, c'est qu'il s'agit de prolapsus complets avec entraînement du vagin et insuffisance de l'appareil de soutènement. Quelles sont, en pareils cas et chez des femmes d'une cinquantaine d'années ou plus, nos ressources thérapeutiques?

Le massage facilite la réduction d'un utérus sorti et engorgé, il diminue le volume et le poids de l'utérus, il ne fait rien pour la contention. Le support de l'utérus par un pessaire n'est admissible que si le pessaire peut lui-même être soutenu par quelque chose; sinon, dans les cas où la tonicité du plancher pelvien est entièrement relâchée, le seul support à emprunter aux bandagistes est une sorte de bandage qui passe entre les jambes de la femme et va se rattacher à une ceinture ordinaire ; c'est là un pis aller auquel ne peuvent se résoudre les femmes obligées de marcher et de gagner leur vie. On est donc bien obligé d'en arriver à un traitement local un peu plus sérieux.

Les lésions qui déterminent la formation d'un prolapsus total sont de deux ordres : 1° l'insuffisance des moyens de suppression de l'utérus ; 2° le relâchement de toutes les parties molles qui constituent le plancher pelvien, c'est-à-dire du vagin et du périnée : de là deux grandes classes de moyens thérapeutiques : d'une part des procédés de fixation de l'utérus ou du vagin, tels sont l'opération d'Alexander, les colpopexies de Péan, de Picqué ou de Polk, d'autre part tous les procédés de restauration du plancher pelvien et du vagin, tels sont les périnéorraphies, le cloisonnement du vagin de Le Fort, les colporraphies médiane ou latérales ou encore la combinaison de ces autoplasties telle que la colpopérinéorraphie. Bon nombre de gynécologistes continuent à penser que la restauration périnéo-vaginale demeurerait insuffisante, si on n'y ajoutait une diminution dans le poids de l'organe à soutenir ; pour eux, l'amputation du col est nécessairement le premier temps de l'acte chirurgical ; il est bien supposable que l'idée d'enlever l'utérus en totalité n'a été chez la plupart des hystérectomistes que l'exagération de celle qui a fait procéder d'autres chirurgiens à l'opération d'Huguier. Or, j'ai hâte de l'affirmer, telle n'a pas été notre idée directrice, tel n'est pas l'effet que nous attribuons à l'hystérectomie vaginale sur la guérison du prolapsus.

Il est incontestable que tous les utérus prolabés ne se ressemblent pas : on avait depuis Huguier exagéré l'hypertrophie utérine. Duplay et Chaput ont récemment démontré qu'il n'y a pas de rapport étroit, absolu entre le prolapsus et le poids de l'utérus : chez une de nos cinq malades l'utérus était absolument atrophié, petit, et ne pesait pas 30 grammes ; d'autre part, les cas de récidive après hystérectomie sont des arguments sans réplique : je conclus donc que si l'hypertrophie utérine ou l'addition d'un fibrome à l'utérus favorise la descente de l'organe, elles n'en sont pas en général les premières causes, et que l'indication tirée du poids utérin doit être rejetée au second plan. Par suite, nous n'avons à discuter que les moyens qui s'adressent aux deux autres indications, l'indication de fixation, l'indication de restauration; quel que soit son état et quel que soit l'âge de la malade, l'utérus peut toujours être fixé, tandis que chez certaines femmes, ni le vagin, ni le périnée ne sont restaurables.

Dans les prolapsus incomplets, chez les femmes jeunes encore et même chez certaines qui ont dépassé la ménopause, les autoplasties vagino-périnéales sont les opérations de choix ; il est des cas où d'avance on doit s'attendre à un échec, cela surtout chez les femmes dont le périnée a subi une sorte d'involution atrophique sénile : j'ai le souvenir d'une femme obèse de 55 ans à qui je fis dans la même séance une amputation du col, une double colporraphie antérieure ou postérieure et une périnéorrhaphie. La réunion fut parfaite, mais, moins de deux mois après, les forces vaginales étaient de nouveau relâchées. La réunion périnéale était amincie et distendue et le moignon d'utérus réapparaissait à la vulve. J'imagine que dans des conditions analogues la plupart de mes collègues ont eu des cas semblables, sinon je m'expliquerais peu que tant d'efforts aient été faits pour trouver autre chose et qu'on ne se soit pas arrêté définitivement à un procédé parfaitement innocent pour recourir à des fixations avec ou sans ouverture de l'abdomen.

Atsch a pris la peine de suivre les malades opérées à la clinique de Breslau pendant une période de 4 ans ; or, sur une moyenne de 94 malades renvoyées comme guéries, 59 seulement méritaient d'être ainsi considérées. Cohn, à la clinique de Berlin, a observé 13 rechutes sur 47 opérées. J'ajoute qu'il est essentiel de ne pas tenir pour des succès complets des cas où les femmes sont obligées après leur opération colporrhaphique de faire usage d'un pessaire, je conclus que les opérations de fixation et d'anaplastie ne sauraient convenir aux mêmes cas, et qu'il ne doit pas être fait de parallèle entre les dernières et l'hystérectomie vaginale. Il y a lieu, au contraire, de mettre celle-ci en regard de la ventro-fixation. J'ai eu la bonne fortune d'aider mon maître et ami Terrier dans ses premières hystéropexies pour prolapsus, j'en ai moi-même exécuté plusieurs dans son service et avec des résultats fort heureux : je crois donc que l'hystéropexie est une bonne opération : je la mettrai en première ligne pour le traitement des procidences totales chez les femmes jeunes, encore réglées, chez lesquelles une conception est possible ; à partir de la ménopause je lui préfère l'hystérectomie vaginale; aussi bien que la laparotomie cette opération permet de s'assurer de l'état des annexes, et de les enlever au besoin, elle est tout naturellement indiquée dans les prolapsus compliqués de cancer, de fibrome ou

d'hypertrophie considérable de la matrice; cela me paraît moins grave, même dans les cas simples, que la ventrofixation; je ne saurais trop répéter que je n'ai en vue que les femmes âgées, artério-scléreuses la plupart, emphysémateuses souvent, chez lesquelles toute laparotomie présente toujours un aléa. Chez de telles malades, l'hystérectomie vaginale me paraît au contraire une opération bénigne, sans aucun retentissement sur l'état général, sans aucune réaction appréciable.

Une hystérectomie pour prolapsus ne ressemble en rien à une hystérectomie pour cancer ou pour salpingite, son exécution m'a semblé infiniment simple, les dangers ordinaires de l'hystérectomie me paraissent très faciles à conjurer, je reviendrai sur ce point à propos du manuel opératoire.

Quant aux résultats définitifs, la difficulté de les établir existe pour l'hystérectomie comme pour la ventrofixation. Dumoret comptait 4 récidives sur 23 cas d'hystéropexie et la plupart de ses malades notées comme définitivement guéries n'étaient que des opérées de 4 à 7 mois.

Dans une des 8 observations de Robert Atsch, la guérison durait encore au bout de 3 ans; dans une autre elle s'était maintenue 6 mois après, les résultats éloignés manquent pour les autres, et je puis en dire autant du plus grand nombre de cas publiés : les opérations de Lejars et Segond sont toutes récentes.

Mes malades étaient des femmes de 44, 48, 56, 58 et 64 ans. Deux étaient encore réglées, mais chez l'une d'elles, la dernière et septième grossesse avait failli mal se terminer à cause du prolapsus; chez l'autre femme, la menstruation était douloureuse et de plus la procidence utérine se compliquait d'un kyste ovarique.

Tous ces cas de prolapsus étaient anciens; quelques femmes, il est vrai, ne s'en étaient aperçues que sept à huit mois auparavant, au moment où l'utérus était complètement sorti hors de la vulve; mais la chute datait de plus loin et, chez celles qui s'étaient bien observées, le mal remontait jusqu'à 11, 21 et 28 ans.

Les symptômes prédominants et qui ont décidé les femmes à réclamer une opération ont été surtout des troubles dans la miction allant jusqu'à la rétention d'urine, des douleurs dans la marche et dans la station debout, des tiraillements pénibles dans les reins, obligeant à cesser tout travail, une difficulté à obtenir la réduction et enfin divers phénomènes réflexes, tels que des troubles digestifs et des vomissements.

Sur 4 cas où les dimensions de l'utérus ont été notées, nous relevons 3 fois une hypertrophie, et une fois une atrophie manifeste. L'intervention chirurgicale a consisté dans l'hystérectomie vaginale toute seule dans un cas; dans l'hystérectomie avec colporrhaphie antérieure et postérieure dans un cas; dans l'hystérectomie avec périnéorrhaphie seulement dans 3 cas. Nos malades ont été maintenues rigoureusement couchées pendant trois semaines.

Les résultats sont restés parfois 2, 5, 8, 10 et 12 mois après l'opération.

Chez toutes les malades, la fixation en haut du vagin est demeurée remarquable; le vagin paraissait comme allongé et son cul-de-sac plus élevé même qu'à l'état normal, puisque c'est avec peine et en déprimant fortement le périnée qu'on pouvait l'atteindre, la malade étant debout ou couchée.

Chez 2 malades, nous avons noté une très légère saillie de la paroi antérieure du vagin : je dois dire que chez l'une nous n'avions fait qu'une hystérectomie; chez l'autre nous n'avions ajouté à l'hystérectomie qu'une périnéorrhaphie mode Lawson Tait, sans résection aucune des parois vaginales. La colporrhaphie n'a été ajoutée à l'hystérectomie que chez une seule malade.

Tels sont les résultats : j'arrive au procédé opératoire.

J'ai dit plus haut que la plupart des chirurgiens voyaient dans les cas de prolapsus complet une triple indication : 1° refaire l'appareil de fixation ; 2° restaurer le soutènement vagino-périnéal; 3° diminuer le poids de l'organe à soutenir.

Voyons comment l'hystérectomie répond à ces desiderata. Pour le dernier point, elle donne évidemment un meilleur résultat que tout autre procédé; je veux bien que bon nombre d'utérus soient atrophiés, mais beaucoup d'autres sont hypertrophiés, dégénérés ou accompagnés de tumeurs.

Pour le second point, il est évident que l'hystérectomie ne peut rien : aussi croyons-nous qu'il convient d'ajouter une périnéorrhaphie dans presque tous les cas, et une résection vaginale chez les femmes dont le vagin est par trop relâché et agrandi; ce n'est pas là une infériorité spéciale à l'hystérectomie vaginale : la méthode rivale, l'hystéropexie, laisse aussi derrière elle la cystocèle et de la rectocèle, elle a besoin d'être complétée par une restauration de l'appareil de soutien. Je ne crois pas toutefois qu'il soit besoin d'ajouter à l'hystérectomie les larges résections vaginales dont parle Robert Atsch et que semble adopter M. Lejars; la colporrhaphie, telle que nous la pratiquons pour les cas de chutes simples de l'utérus, me semble suffisante, à la condition que l'extrémité profonde du vagin soit bien fixée.

J'arrive à l'indication la plus intéressante, celle de la fixation du vagin.

Voici comment elle se réalise. Robert Atsch a parfaitement fait observer que la cicatrisation du péritoine et des ligaments utérins a pour effet d'amener leur rétraction vers la cavité abdominale; « le reste du vagin, dit-il, est maintenu relevé par cette rétraction ». Il serait intéressant de s'assurer anatomiquement de ce phénomène quand l'occasion s'en présentera; mais d'après nos observations cliniques il n'est pas douteux pour nous : et du reste ces lambeaux de ligaments ne font qu'obéir à une loi générale qui fait que les lambeaux se rétractent vers leur pédicule. Il résulte de là qu'il est de la dernière importance de fixer les pédicules des ligaments larges au vagin : la méthode des pinces à demeure, soutenable dans d'autres circonstances, est déplorable s'il s'agit d'hystérectomie pour prolapsus; c'est se résoudre d'avance à la réunion secondaire, alors qu'il faut à tout prix chercher ici la réunion par première intention : c'est là pour moi la cause de l'échec de Richelot et de beaucoup d'autres : il faut raisonner ici comme pour une hernie dont on recherche la cure radicale; aussi, non content de faire la suture du péritoine et du vagin comme quelques-uns l'ont fait, nous ajoutons quelque chose de plus.

Après avoir ouvert les culs-de-sac postérieur et antérieur du péritoine, nous sectionnons l'utérus sur la ligne médiane; puis, avec la plus grande facilité, nous lions en chaîne de chaque côté les ligaments larges au moyen de 3 fils de soie plate; nous coupons un chef sur deux, de manière à ne conserver de chaque côté que trois chefs.

Alors chaque moitié utérine étant excisée, nous lions chaque fil du côté droit avec celui du côté gauche : en un mot nous réunissons l'un à l'autre nos deux moignons de ligaments larges de manière à faire une sorte d'écharpe, de sangle, qui soutienne les efforts abdominaux. Le péritoine est ensuite rapidement suturé en avant et en arrière aux bords antérieur et postérieur de l'angle, la surface des pédicules est donc extra-péritonéale; nous la recouvrons de la face cruentée du vagin que nous suturons entièrement avec du catgut de manière à ne pas avoir à enlever les fils. Une des sutures au

moins traverse à la fois les lèvres de l'incision vaginale et le pédicule. Le vagin adhère ainsi aux pédicules, l'orifice résultant de l'ablation utérine est fermé en totalité; la rétraction cicatricielle, loin de tirer excentriquement sur la cicatrice pour l'affaiblir, ne pourra que la remonter et tirer sur le vagin. Cette sangle et le fond du vagin se trouvaient être presqu'à la vulve au moment de l'opération et sont refoulés et maintenus par des tampons pendant 3 semaines. La fixation a toujours été constatée à la sortie des malades, c'est-à-dire de 28 à 30 jours après l'opération. On pourrait m'objecter qu'il est peut-être osé de recoudre le vagin et d'isoler les pédicules qu'ont étranglés les fils de soie. Dans les 4 premières opérations nous n'avons pas suturé le vagin par-dessus le moignon, nous avons laissé les pédicules dehors faire saillie dans le vagin, le péritoine étant du reste fermé comme il a été expliqué plus haut, mais en réalité ces craintes sont chimériques : lorsqu'on ferme le vagin par-dessus le pédicule, les choses se passent comme dans les cas où, suivant le procédé de Terrier, nous enfermons dans la paroi abdominale et recouvrons de la peau un pédicule d'hystérectomie abdominale, c'est le même procédé et les suites sont aussi simples.

Quant aux autres temps de l'hystérectomie, je ne crois pas devoir beaucoup y insister, tout se passe au dehors, l'opération a été des plus faciles dans nos 5 observations. Une fois cependant nous avons eu quelque difficulté à décoller la vessie.

M. Lejars et d'autres chirurgiens ont rencontré cette même difficulté.

Si l'adhérence de la vessie était tant soit peu prononcée, nous conseillerions de tailler dans le tissu utérin en se guidant de temps en temps sur le doigt introduit par-dessus le fond de l'utérus par le cul-de-sac postérieur.

Les dangers habituels de l'hystérectomie, à savoir l'hémorrhagie et la blessure des voies urinaires, sont absolument évitables en cas de prolapsus total de l'utérus.

L'infection secondaire ne peut survenir si l'on a eu soin d'isoler et de fermer la cavité péritonéale comme je l'ai indiqué plus haut.

Je conclus : l'hystérectomie vaginale est une bonne opération contre le prolapsus total de l'utérus chez des femmes ayant atteint la ménopause ou près de l'atteindre, principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, spécialement lorsque l'état du périnée et du vagin ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutènement.

A plus forte raison cette opération est-elle indiquée lorsque les annexes sont malades ou lorsque l'utérus est lui-même atteint d'altérations invétérées, métrite hypertrophique, fibrome, néoplasme malin.

Dans ces conditions d'âge, de situation sociale et de lésions, l'hystérectomie vaginale est préférable à la ventrofixation. C'est une opération bénigne et remplissant bien les conditions du traitement. Pour être efficace, il faut que l'hystérectomie vaginale soit une véritable colopexie.

Dans ce but il est bon de reconstituer aux dépens des ligaments larges du péritoine une véritable sangle, que l'on fixe au vagin.

L'expérience nous apprend et la pathologie générale nous explique que cette sangle ainsi fermée se rétracte peu à peu vers ses points d'attache, c'est-à-dire en haut vers le centre.

La cicatrice vaginale étant ainsi fixée, il ne reste plus en cas de cystocèle prononcée ou de rectocèle qu'à pratiquer une colporrhaphie ordinaire. Il sera toujours bon de compléter l'opération par une périnéorrhaphie exécutée rapidement par le procédé de Lawson Tait ; mais ces opérations complémentaires doivent être faites dans la même séance que l'hystérectomie vaginale. Si on s'en dispense, le résultat principal n'en sera pas moins acquis, la légère cystocèle persistante ne sera jamais capable d'apporter une entrave ou même une gêne sérieuse aux fonctions et aux occupations des malades.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 *décembre* 1893.

Présidence de M. Laboulbène

Election.

M. Laveran est élu membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicales, par 59 voix sur 79 votants, contre 12 à M. Huchard, 4 à M. Raphaël Blanchard, 3 à M. Ferrand et 1 bulletin blanc.

Dilatation de l'estomac et entérite mucino-membraneuse.

M. G. Sée. — Chez un tiers des malades, surtout des femmes qui passent pour atteintes d'affections gastriques, on ne trouve aucun signe réel, surtout au point de vue chimique, ni de dyspepsie ni de dilatation pour lesquelles on les traite vainement pendant des années.

Ces prétendus dyspeptiques ou dilatés n'ont en réalité aucun trouble de l'estomac; c'est dans le gros intestin que siège leur maladie. Celle-ci consiste en une sécrétion de mucine sans fibrine phlegmasique ; c'est une entérite mucino-membraneuse, qui se traduit par quelques troubles douloureux du côlon, par des fermentations gazeuses, par la dilatation du côlon. Ce sont les masses mucineuses, glaireuses, rubanées ou cylindroïdes qui sont expulsées avec les matières évacuées. Ces produits muqueux sont expulsés le plus souvent avec les résidus durcis de la digestion.

Comme traitement, il convient d'évacuer, par des moyens mécaniques, l'huile d'olive, le séné rectifié, surtout pas de purgation ; calmer les douleurs à l'aide des bromures de calcium ou de strontium ou à l'aide du cannabis indica, mais pas d'opium; atténuer les fermentations, la formation des gaz et la putréfaction à l'aide du phosphate, du salicylate et du biborate de soude combinés, pas de benzonaphtol.

Le régime des intestinaux se rapprochera de la ration normale, s'éloignera du régime des gastriques, le choix des aliments doit être concerté selon les cas avec constipation habituelle ou avec la diarrhée incidente.

En général, les viandes fortes, le jambon, la charcuterie, le gibier, les œufs demi-durs, seront seuls à digérer, le lait difficilement, la pomme de terre en purée ou cuite à l'eau réussit ainsi que le riz peu cuit et pigmenté; les fruits seront sans avantage.

L'eau, le thé à volonté sans rationnement, pas d'autres boissons. Les eaux gazeuses n'agissent pas bien à cause du gaz carbonique.

L'alcool est absorbé en grande quantité par l'estomac, il faut y renoncer, excepté temporairement, si la digestion est mauvaise, alors on peut faire boire ce qu'on appelle vulgairement un grog chaud; mais le vin blanc ou rouge doit être interdit.

Résections costales.

M. Delagenière (Le Mans) pense que pour combler les cavités pleurales, le travail de réparation se fait aux dépens du poumon et non de la paroi; il suffit d'évacuer définitivement le contenu de la plèvre et de transformer la cavité pleurale anfractueuse en une cavité régulière, par suite facile à combler. On atteindra ce but en effaçant le cul-de-sac costo-diaphragmatique, et en drainant la plèvre dans ce cul-de-sac même. L'effacement du cul-de-sac costo-diaphragmatique sera obtenu en réséquant les 6e, 7e, 8e et 9e côtes dans la plus

grande partie de leur étendue ; l'incision de la plèvre, suivant les cas, pourra se faire dans l'espace occupé par une des côtes réséquées et le drainage s'effectuera dans la partie antérieure de l'incision qui correspond au cul-de-sac costo-diaphragmatique.

Si, à la lésion de la plèvre, il s'ajoute une lésion pulmonaire, on agira sur cette lésion par l'incision de la plèvre faite comme précédemment si la lésion siège dans le lobe inférieur du poumon. Si elle siège dans le lobe supérieur, il faudra agir sur elle par le chemin le plus court, puis traiter la plèvre en effaçant le cul-de-sac costo-diaphragmatique par la résection des 6e, 7e et 8e côtes et en diminuant ce cul-de-sac.

L'auteur a eu l'occasion de mettre six fois ces préceptes à exécution, trois fois pour des affections de la plèvre (pleurésie purulente ancienne avec fistules pleuro-cutanées, pleurésie purulente tuberculeuse, pleurésie purulente), et trois fois pour des affections du poumon (foyer de gangrène situé à la base du poumon et nécessitant une pneumectomie partielle ; kyste hydatique du poumon ; abcès du poumon).

Ces 6 malades ont tous guéri sans la moindre fistule.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 *décembre* 1893.

Parasites dans le cancer.

M. G. Nepveu (Marseille). — La question de l'origine du cancer est loin d'être tranchée.

Est-il dû à un trouble trophique ou à un parasite ? Le nombre si considérable de fins corpuscules qu'on aperçoit dans le cancer autorise à penser que le travail karyokinétique si important qui se produit dans ces circonstances ne suffit pas à lui seul à expliquer leur présence, ni l'existence de certaines formations cellulaires anormales. Tout d'abord, on y observe des bactéries, et depuis 1880, époque à laquelle je les ai le premier signalés, personne n'a nié leur présence dans le cancer.

Existe-t-il d'autres parasites dans le tissu carcinomateux ? On observe les *spores* réunies en masse dans des cellules dites sporifères. Ces spores sont en liberté dans des espaces plasmatiques. En se développant elles prennent une forme épithélioïde. Ces spores pénètrent dans les cellules amiboïdes, nombreuses à la périphérie des tumeurs. Elles s'introduisent dans les cellules en voie de karyokinèse et infectent leurs produits. Elles pénètrent aussi dans les noyaux des cellules épithéliales ; de là elles tombent dans le plasma cellulaire ; elles y compriment et atrophient, en se développant, le noyau dont elles sont sorties.

Ces cellules d'origine sporique ont un cachet particulier : 1° *intracellulaires*, elles présentent tantôt plusieurs noyaux, tantôt plusieurs nucléoles, parfois des stries sur le pourtour de la cellule, autour du nucléole, parfois une espèce de *coma* central ; parfois aussi, des spores sont montées sur une tige à la façon des notes musicales ; *libres*, elles offrent un aspect spécial, tantôt extrêmement petites, tantôt atrophiées, tantôt plus développées.

A côté de ces formations, il faut citer : *a*) des *cellules kystiques* fixées aux parois lymphatiques avec quatre cellules intérieures et plus ; *b*) des *cellules fenêtrées* avec masses nucléaires amiboïdes ; *c*) des *cellules* en forme de triangle curviligne à noyau divisé en quatre (*tétragénie*) ; *d*) de petites cellules qui se colorent très vivement à la fuchsine phénolée et se transforment en cellules amiboïdes avec huit à dix petits noyaux, dont chacun devient le centre de petites cellules épithéliales.

Tout cet ensemble dénote un travail particulier qui diffère essentiellement de la karyokinèse dans ses traits les mieux établis et se rapproche de l'évolution des sporozoaires.

Sans vouloir approfondir davantage un sujet si délicat et si complexe, je crois devoir faire remarquer que de nombreux facteurs doivent intervenir dans la pathogénie du cancer ; que, à côté des troubles karyokinétiques si importants des cellules, il faut signaler des lésions nerveuses constantes, des lésions des capillaires sanguins et lymphatiques constantes elles aussi, et, par conséquent, des troubles de nutrition consécutifs d'une grande valeur.

Sur la stérilisation du pain et du biscuit sortant du four.

MM. Balland et **Masson.** — Les germes apportés par l'eau servant à la panification peuvent-ils conserver leur activité dans le pain après cuisson ?

Les expériences bactériologiques que nous avons entreprises à l'hôpital militaire de Vincennes nous ont montré — ce que nous prévoyions d'ailleurs — que le pain et le biscuit de nos manutentions militaires étaient stériles à leur sortie du four. Voici, du reste, les conclusions de ces expériences :

1° Les microbes apportés par l'eau pendant le travail de la panification ne résistent pas à l'action combinée de l'acidité des pâtes et de la température à laquelle ces pâtes sont exposées au four ;

2° Ces deux facteurs (acidité et chaleur) assurent pratiquement la stérilisation du pain et du biscuit. Certaines spores, connues par leur résistance aux températures élevées, peuvent seules conserver leur activité et se développer ultérieurement dans certaines conditions particulièrement favorables ;

3° Du moment où l'acidité diminue sensiblement, comme dans les pâtes préparées avec les levures, la stérilisation n'est plus assurée au même degré ;

4° Dans tous les cas, les germes pathogènes, le bacille typhique et le bacille du choléra en particulier, qui offrent tous une moindre résistance à la chaleur, doivent nécessairement être détruits.

Données chronométriques relatives à la régénération des nerfs.

M. C. Vanlair. — Des expériences que j'ai faites sur un certain nombre de chiens et de lapins, en opérant sur les nerfs facial, pneumogastrique et sciatique, préalablement divisés, afin de déterminer le temps nécessaire à leur régénération, m'ont donné les résultats suivants :

A. Dans le cas de coaptation parfaite des deux bouts : 1° pour le *facial*, huit mois, soit une vitesse de régénération de 9 millimètres environ par mois ou 3 décimillimètres par jour ; 2° pour le *pneumogastrique*, onze mois, soit une vitesse de 3 centimètres par mois ou 1 millimètre par jour ; 3° pour le sciatique, mêmes chiffres à peu de chose près que pour le vague.

B. Dans le cas des moignons nerveux tenus à distance, le délai est de plus de treize mois (1) pour un intervalle de 1 centimètre, de vingt mois environ pour 2 centimètres et de vingt-huit mois et demi pour 3 centimètres.

Quant aux délais correspondant à chacune des trois phases de la régénération du nerf, j'ai obtenu les chiffres suivants : *a*) quarante jours environ pour la prolifération initiale ; *b*) une vitesse de 2 *décimillimètres* 1/2 par jour pour le parcours des fibres nouvelles dans le système intercalaire ; *c*) une vitesse de 1 *millimètre* par jour pour la progression des éléments nouveaux dans le segment périphérique.

Séance du 11 *décembre* 1893.

Influence de l'électricité sur les êtres vivants.

M. Lecercle. — J'ai mesuré la quantité de chaleur émise par une surface déterminée de la peau d'un lapin soumis à ce mode d'électrisation qu'on appelle le *souffle électrique*. La chaleur rayonnée était reçue sur un thermomètre placé à une distance de 4 centimètres de la peau de l'animal, dans une cloche traversée par un courant d'air. Le souffle produit par une machine Wishmhurst, dont les plateaux ont 35 centimètres, provoque une émission de chaleur correspondant à une élévation thermométrique qui, dans certains cas, a dépassé 2°. En comparant l'énergie électrique fournie par la machine à l'énergie calorifique rayonnée, qu'on peut mesurer par l'excès de la température de la cloche sur celle de l'air extérieur, j'arrive à cette conclusion, à savoir qu'il y a un rapport constant entre l'énergie électrique fournie à l'animal et l'énergie calorifique restituée.

Je puis également démontrer par d'autres expériences que l'augmentation du pouvoir émissif de la peau est accompagnée d'un abaissement de la température de la région qui reçoit le souffle ; les régions voisines subissent une diminution de leur pouvoir émissif.

Ces expériences prouvent bien que l'électricité a une ac-

(1) L'expérience a porté sur le nerf poplité interne.

tion propre sur les êtres vivants et qu'il ne suffit pas de dire, pour expliquer son action thérapeutique, qu'elle agit par suggestion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 *décembre* 1893.

Prolapsus utérin.

M. Quénu. — Voy. p. 621.

Entérorrhaphie pour anus contre nature.

M. Février (Nancy) communique un cas de succès de la laparotomie franche suivie de libération de l'intestin et d'entérorrhaphie latérale pour un anus contre nature compliqué de prolapsus et ayant résisté à l'autoplastie, à l'entérotome appliqué par M. Heydenreich. Il s'agit d'un jeune garçon chez lequel l'anus iliaque avait été établi pour parer à des accidents d'occlusion consécutifs à l'ingestion de 68 cerises avec leurs noyaux. M. Février a incisé franchement en dedans de l'orifice, pour s'éloigner des tissus enflammés et infectés, et il recommande cette pratique, c'est-à-dire en somme la laparotomie franche.

M. Berger dans deux cas récents — un anus iliaque préliminaire à l'extirpation du rectum ; un anus consécutif à une hernie crurale étranglée — a opéré différemment, avec succès. Par plusieurs applications successives et profondes d'entérotome, il a créé un vaste infundibulum, sans éperon, puis il a incisé sur la fistule, a bien libéré l'intestin en ouvrant le péritoine et a terminé par l'entérorrhaphie latérale. Il faut en effet renoncer aux demi-mesures anciennes et entrer sans crainte dans le péritoine, mais l'application préalable de l'entérotome est préférable à la laparotomie en tissus sains que conseille M. Février.

M. Michaux, au contraire, se rallie à cette pratique, qu'il a pour sa part appliquée deux fois : une pour une fistule stercorale, l'autre pour une fistule pyostercorale due à un pyosalpinx. Dans ce dernier cas, il a d'abord transformé la cavité pyostercorale en un anus contre nature directement opérable.

M. Berger ne croit pas qu'on puisse faire un rapprochement entre les fistules pyostercorales et l'anus contre nature, où la zone d'adhérences est très mince.

M. Routier cite un cas de fistule pyostercorale de la fosse iliaque droite, où il intervint 15 ans après le début. Il trouva l'orifice sur le gros intestin, qu'il attira complètement au dehors, le sutura et tamponna à la gaze iodoformée la plaie pariétale.

M. Schwartz, dans un cas d'anus contre nature par hernie crurale, appliqua l'entérotome comme le veut M. Berger, puis mit en œuvre le procédé de suture après abrasion de Chaput. Guérison après une fistulette stercorale temporaire.

Abcès péricæcal.

M. Kirmisson lit un rapport sur deux observations de M. Ménard (de Berck-sur-Mer). La première de ces observations se rapporte à un cas d'ostéite tuberculeuse du calcanéum, traité par l'évidement sous-périosté et suivi de guérison parfaite au point de vue fonctionnel. Le deuxième fait communiqué par M. Ménard a trait à un cas de suppuration péricæcale, pris d'abord pour une coxalgie, et traité par l'incision de la collection, suivie de lavage du péritoine et de drainage ; la guérison opératoire s'est faite sans incidents, mais, dans les six mois qui ont suivi l'intervention, des phénomènes douloureux se sont reproduits à plusieurs reprises, et l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une infiltration tuberculeuse du côté du cæcum.

M. Monod présente un jeune garçon chez lequel il a fait récemment une orchidopexie.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 22 *décembre* 1893.

Lésion cérébrale et crânienne.

M. Isidor présente le cerveau et la boîte crânienne d'une femme de 20 ans entrée à la Pitié, dans le service M. Muselier, avec des symptômes qui firent d'abord songer à la fièvre typhoïde. Cette malade tomba bientôt dans le coma, avec phénomènes épileptoïdes localisés aux membres supérieurs et à la partie droite de la face. Pendant une période de rémission des accidents survenue deux jours avant la mort, on put se convaincre qu'aucun des centres importants n'était atteint. A l'autopsie, on trouva une ulcération ovalaire de la face interne du pariétal droit, une perforation de la dure-mère à ce niveau et un ramollissement du tissu cérébral sous-jacent, sans adhérences des méninges. Un examen histologique ultérieur éclairera sans doute la nature de ces altérations.

Etranglement herniaire.

M. Ravanier rapporte l'observation d'une femme opérée par M. Nélaton pour des phénomènes d'étranglement herniaire atténués. Il y avait dans la région inguinale droite une tumeur grosse comme une noix, irréductible, faisant saillie au moindre effort de toux. La malade rendait des gaz de temps à autre. Le contenu du sac est formé par la trompe et l'ovaire droit suppurés, accolés à un paquet épiploïque également suppuré.

M. Quénu a vu, dans une hernie, un ovaire et la trompe, mais non suppurés.

M. Broca rappelle que cette année M. Guinard a présenté une pièce de salpingite suppurée dans une hernie. Dans le cas de M. Ravanier, on ne peut guère dire si la trompe est ou non l'origine de l'infection. On sait en effet que les épiplocèles pures peuvent suppurer et même se sphacéler : M. Broca en a publié deux cas dans la thèse de son élève Duret.

Artères du rectum et de l'anus.

M. Quénu communique des résultats nouveaux relatifs aux recherches qu'il poursuit depuis deux ans sur la circulation du rectum. Ses publications antérieures ont trait aux veines et aux lymphatiques du rectum. Actuellement il en étudie les artères. Ses examens ont porté sur treize sujets. M. Quénu mentionne plusieurs dispositions artérielles intéressantes non décrites par les classiques. Il insiste, entre autres faits, sur les anastomoses qui relient les artères hémorrhoïdales entre elles. M. Quénu a en effet trouvé une anastomose des hémorrhoïdales supérieures et moyennes. Sur treize sujets cette anastomose n'a manqué qu'une seule fois. Chez les douze autres, l'anastomose a été une fois bilatérale, onze fois unilatérale. Il résulte de cette disposition que l'indépendance admise pour la circulation artérielle du rectum n'existe pas et qu'il y a là des voies de circulation collatérale, dans le cas d'oblitération de la mésaraïque inférieure ou de l'artère iliaque primitive par exemple.

Infection pleuro-pulmonaire intra-utérine.

M. Legry montre les poumons d'un enfant qui n'a vécu que 10 heures et chez qui la respiration est toujours restée incomplètement établie. La surface de la plèvre présente des fausses membranes et des filaments fibrineux ; il y avait dans chaque plèvre environ deux cuillerées à café de liquide séro-sanguinolent. Ce liquide et ces fausses membranes, examinés au microscope, se montrent remplis de microcoques disposés en chaînettes et offrant l'aspect du streptocoque. Les autres organes ne présentaient aucune altération microscopiquement appréciable. De semblables lésions ne peuvent être le résultat d'une affection ayant débuté après la naissance. Il y a donc eu contamination intra-utérine. Mais la mère n'a éprouvé aucun malaise le jour qui précéda l'accouchement. Elle accuse toutefois, depuis un mois environ, des pertes blanches considérables, d'une âcreté telle qu'elle éprouvait une cuisson très violente au niveau des organes génitaux externes ; elle a eu, en effet, une vaginite intense. Or, comme il y a eu chez cette femme rupture prématurée des membranes, trois jours avant l'accouchement, il est logique d'admettre que les germes de la vaginite ont infecté le liquide amniotique et que c'est

par cette voie que la contamination pulmonaire et pleurale de l'enfant s'est réalisée. Des cultures ont été faites dont les résultats seront donnés avec ceux de l'examen histologique des pièces.

Abcès aréolaire du foie.

M. Lyon relate l'observation d'un malade qui entra à l'hôpital avec un ensemble de symptômes généraux qui fit porter le diagnostic de grippe. Bientôt la fièvre tomba d'ailleurs et il ne resta qu'un état d'asthénie profonde. Le malade mourut subitement de syncope. A l'autopsie on a trouvé des abcès aréolaires du foie offrant la disposition décrite par M. Chauffard. Il y avait eu rupture dans le péricarde. Le pus était bien lié : les cultures ont donné du streptocoque. C'est en vain qu'on a cherché l'origine de cette suppuration. On n'a trouvé aucune lésion des autres organes.

T. Leghy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 décembre 1893.

Présidence de M. Fernet.

Ulcérations tuberculeuses de la langue.

M. Barié présente un malade porteur d'ulcérations multiples de la langue datant de deux mois et s'accompagnant d'adénopathie. Le sujet est atteint également de lésions pulmonaires manifestement tuberculeuses. Ce qui est à noter, c'est que les lésions du poumon paraissent avoir débuté après les ulcérations de la langue.

M. Fernet rappelle à ce propos le bon effet de l'emploi du naphtol camphré et des cautérisations ignées dans des cas analogues.

Aphasie pneumonique passagère.

M. Chantemesse. — Dans le cours de la pneumonie, comme de la plupart des maladies infectieuses, on peut voir survenir des phénomènes d'aphasie plus ou moins durables. La plupart du temps, ils relèvent de lésions facilement constatables, méningites, ramollissement, etc. Mais dans certains cas, leur bénignité montre qu'aucune altération sérieuse du centre nerveux ne peut être invoquée.

Ces sortes d'accidents apparaissent d'ordinaire vers le 2e ou le 3e jour à partir du début de la pneumonie. Ils sont précédés de céphalalgie, d'étourdissements pouvant aller jusqu'à la syncope, ou d'accidents vertigineux fugaces avec fourmillements dans la moitié droite de la face et dans le membre supérieur correspondant; parfois ces derniers phénomènes sont nettement hémiplégiques.

L'aphasie peut débuter brusquement; mais le plus souvent elle fait suite à une véritable attaque apoplectiforme. Elle se présente avec tous les caractères de l'aphasie dite ataxique, par lésion de la 3e circonvolution frontale gauche. Au début, l'intelligence est obtuse, mais au bout de quelques heures, l'intelligence est suffisamment revenue pour que le malade puisse faire comprendre par gestes qu'il ne peut parler.

En même temps que l'aphasie, on constate toujours des désordres de voisinage. Il existe une paralysie du facial inférieur droit. La face est déviée du côté gauche, le pli nasolabial est effacé ou moins marqué à droite, l'orbiculaire des paupières est respecté. La langue est déviée du côté droit.

L'hémiplégie droite peut être complète, mais le plus souvent la paralysie est limitée à la face, la langue et le membre supérieur droit. D'ordinaire, il n'y a aucun trouble de la sensibilité ni des réflexes. Au début, il y a des phénomènes vaso-moteurs intenses.

Ces accidents ne paraissent pas influer sur la marche de la pneumonie, qui peut, d'ailleurs, être légère ou grave.

La durée des accidents aphasiques est courte; elle va de 24 heures à 4 ou 5 jours; la paralysie faciale cède en même temps, mais l'hémiplégie disparaît plus lentement, surtout si elle a été complète.

Dans un fait que j'ai observé récemment, chez une femme de 77 ans, l'aphasie apparut le 3e jour après le début des accidents et elle disparut au bout de quelques heures. Le lendemain de ces phénomènes aphasiques, la paralysie droite faisait elle-même entièrement défaut. La pneumonie suivit une marche favorable. La malade n'avait aucune lésion cardiaque, ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Quelle pathogénie faut-il invoquer ici ? La rapidité de la guérison permet d'exclure l'existence d'une lésion matérielle. On a, dans certains cas, invoqué la possibilité de troubles de nature hystérique; ici rien de pareil n'est en cause et les accidents ne ressemblent en rien au mutisme hystérique. Les hypothèses qui restent sont celles qui invoquent l'action des toxines microbiennes, soit directement sur les centres nerveux, soit sur la contractilité des vaisseaux cérébraux par l'influence des vaso-moteurs et sur la circulation qui en dépend.

On ne peut encore émettre sur ce point un jugement définitif, mais le fait de la distribution des troubles fonctionnels dans un territoire nerveux qu'arrose une seule artériole, la sylvienne et ses branches, plaide en faveur de la dernière interprétation. J'ajoute que dans tous les cas d'aphasie pneumonique dont j'ai connaissance, la pneumonie siégeait du côté droit.

Néphroptose et entéroptose.

M. Le Gendre. — La pathogénie du rein mobile me paraît être très complexe. Pour l'apprécier, il faut tenir compte de toutes les circonstances étiologiques suivantes :

1° La néphroptose n'existe presque toujours que chez les femmes ;

2° Elle est exceptionnelle chez l'enfant ;

3° Elle ne commence à paraître que dans l'adolescence chez les jeunes filles ;

4° Elle est plus fréquente chez les femmes qui ont eu des grossesses ;

5° Elle coïncide très fréquemment avec la dyspepsie ou l'atonie gastro-intestinale, ou la dilatation de l'estomac ;

6° Elle existe surtout chez des sujets dont les parois abdominales sont flasques, et on trouve souvent chez eux d'autres preuves de la flaccidité du tissu musculaire, strié ou lisse (phlébectasie variqueuse, crurale, hémorrhoïdale) ou généralisée, atonie des muscles bronchiques ;

7° Souvent la mobilité du rein est apparue après un amaigrissement rapide ou des alternatives d'embonpoint ou d'amaigrissement. Il y a deux causes déterminantes qu'il importe de mettre en relief. M. Bouchard a montré la fréquence du rein mobile chez les sujets atteints de dilatation de l'estomac. C'est qu'à cette dilatation s'ajoute le plus souvent une augmentation de volume du foie. Quand l'organe ne peut trouver librement sa place, quand, par exemple, une constriction trop énergique par le corset vient contenir le thorax, il pèse sur le rein qui se trouve abaissé et alors, quand les choses en sont là, une circonstance fortuite et mécanique peut achever de précipiter le rein.

M. Glénard. — Les considérations dans lesquelles sont entrés MM. Mathieu et Le Gendre montrent le rôle considérable joué par la néphroptose dans la symptomatologie de certains troubles d'ordre général et spécial. Mais ces auteurs me paraissent avoir oublié le facteur le plus important, celui qui réside dans la ptose intestinale.

L'influence et la fréquence du rein mobile sont évidentes. J'ai contribué pour ma part à le montrer. J'ai indiqué de plus que la mobilité du rein était en rapport avec son abaissement; aussi ai-je proposé la dénomination de néphroptose au lieu de celle de rein mobile. J'ai aussi fait remarquer qu'il y avait bien des degrés divers de néphroptose, depuis celui dans lequel on sent seulement l'abaissement de l'extrémité inférieure, jusqu'à celui où le rein s'abaisse dans sa totalité, et ces différents degrés sont appréciables par la palpation bimanuelle, surtout aidée par l'influence de l'acte inspiratoire. De la sorte la néphroptose apparaît plus fréquemment qu'avec les moyens primitifs d'investigation.

D'autre part, il est évident que les signes attribués à la néphroptose sont des signes d'emprunt, liés aux troubles gastriques, intestinaux surtout, qui accompagnent le rein abaissé. La sensation de boule est d'origine duodénale ou intestinale, elle est de nature gazeuse, les crises douloureuses sont en rapport avec des manifestations gastriques, etc. Enfin tous ces accidents peuvent parfaitement exister sans néphroptose, mais ils n'existent pas sans ptose intestinale. C'est cette dernière qu'on a trop laissée dans l'ombre et qui joue, entre

les troubles douloureux gastro-intestinaux et la néphroptose, le rôle d'intermédiaire nécessaire. Ce qui confirme encore plus ce que je viens de dire, c'est l'influence thérapeutique de la sangle abdominale. Lorsque celle-ci soulage les malades, ce n'est pas en replaçant ou maintenant le rein, car elle peut agir très favorablement lorsqu'il n'y a pas néphroptose, c'est en remontant la masse intestinale prolabée, en la soulevant d'en bas. Mais la sangle n'agit pas toujours aussi merveilleusement et souvent il est nécessaire d'adjoindre une médication antidyspeptique ou autre.

Dans les cas rebelles, c'est encore l'entéroptose qui explique les insuccès. A la longue elle détermine des coudures intestinales, coliques surtout, des sténoses même avec adhérences, inflammations subaiguës, etc.; lorsque de pareilles lésions sont constituées, la guérison est encore plus difficile et on conçoit que, dans ces cas, comme dans les autres, la néphroptose ne peut être incriminée.

M. Mathieu. — M. Le Gendre a repris la théorie de M. Bouchard qui invoque le rôle de la congestion hépatique et de la constriction du thorax par un corset, une ceinture, etc. Il y a toujours une grosse objection à faire à cette pathogénie, c'est que, si elle peut être fréquente, elle ne saurait être appliquée à tous les cas. Pour ces cas il faudrait donc invoquer autre chose, mais, d'autre part, la dyspepsie n'est pas non plus l'accompagnement forcé de la néphroptose, et bien souvent, en tout cas, la dyspepsie et la dilatation gastrique ne peuvent expliquer qu'un nombre relativement restreint des cas de rein mobile.

Relativement à l'exposé fait par M. Glénard, je commencerai par reconnaître la part importante prise par l'auteur dans l'historique de la question qui nous occupe. Mais je ferai remarquer que l'objection qu'il nous fait n'est pas toujours valable. Il prétend qu'il y a entre l'état dyspeptique et le rein mobile un intermédiaire, c'est l'entéroptose. Mais celle-ci est loin d'être toujours nécessaire, et l'on voit tel malade, au ventre maigre, rétracté presque, se plaignant tout autant que d'autres sujets répondant au type décrit par M. Glénard. C'est donc qu'une autre raison intervient chez ces malades, et cette raison commune des accidents, il faut la chercher dans la ptose du rein.

J'ai fréquemment aussi cherché l'existence de la corde colique; souvent je l'ai rencontrée, mais j'ai remarqué qu'elle indiquait bien plutôt un resserrement, un spasme, une rétraction de l'intestin, et non l'état de ptose que M. Glénard invoque. Et justement ce spasme se produit sous l'influence réflexe de la néphroptose qui l'explique; c'est pour cela que je mets la ptose rénale à l'origine et non à la fin des accidents qu'elle justifie.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Seance du 23 décembre 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Ulcérations gastriques expérimentales.

MM. Enriquez et **Hallion.** — Nous avons injecté à des chiens et des cobayes, par la voie sous-cutanée, des doses variables de toxine diphthérique, par exemple 1/2 à 2 c.m.c. de culture en bouillon filtrée sur porcelaine. Les chiens sont morts en 9 à 14 jours, les cobayes en 2 à 15 jours. Il s'était produit des signes de catarrhe gastro-intestinal. Or, à l'autopsie, nous trouvions des lésions gastriques variées, constituées tantôt par des ecchymoses de la muqueuse, tantôt par plaques de nécrose, souvent enfin par des ulcérations occupant la région du pylore ou la petite courbure. Au microscope, il est aisé de voir que ces trois formes de lésions sont des degrés d'un même processus. Les plaques de nécrose sont circonscrites par une infiltration embryonnaire très prononcée. Celle-ci occupe parfois la surface libre, ce qui semble indiquer qu'il ne s'agit pas d'une action chimique de surface et de type peptique. On notait fréquemment des lésions d'endartérite.

Ces constatations sont à rapprocher de ce qu'on sait du mécanisme de l'ulcère rond, attribué, suivant les uns, à des endartérites, suivant les autres, à l'action de poisons infectieux. Dans les faits observés par nous, ces 2 mécanismes peuvent être invoqués; mais en tout cas, il est constant qu'on n'a point affaire à une embolisation de microbes.

Action du bacille d'Eberth sur le foie.

M. Gilbert. — Dans des communications antérieures, j'ai montré avec M. Girode que la fièvre typhoïde pouvait retentir sur le foie sous la forme d'une infection des voies biliaires et de la vésicule. J'ai étudié cette question expérimentalement et injecté des cultures de bacille typhique dans le cholédoque par le procédé de M. Roger. Un des lapins est mort en 5 jours, après avoir présenté de l'ictère. Le foie était gros, tuméfié, parsemé de taches jaunes, correspondant à des zones nécrosiques. La vésicule contenait un liquide trouble et purulent. Histologiquement, elle avait perdu son épithélium, et la muqueuse était remplacée par une nappe embryonnaire diffuse. Dans le foie, on notait des lésions d'angiocholite et de péri-angiochiolite embryonnaire, avec rétrécissement des canaux. Il y avait aussi des infiltrations lymphatiques des espaces portes. Les îlots voisins étaient nécrosés. Parfois, les zones nécrosiques occupaient à la fois les lobules et les espaces portes du voisinage: sorte de nécrose en masse. Dans les vaisseaux biliaires, le contenu de la vésicule et la paroi enflammée de cette dernière, le bacille d'Eberth existait en grande abondance.

D'autres animaux ont présenté des lésions analogues, mais beaucoup moins développées.

Variation des leucocytes.

M. Richet. — J'ai continué mes recherches sur la disparition des leucocytes ou leur diminution à la suite d'injections de diverses substances. J'ai vu que la tuberculine, le bouillon glycériné et sucré ont des effets positifs analogues. Dans le bouillon, ce n'est pas la glycérine qui agit, non plus que le sucre, la peptone, les phosphates et la potasse, ni la créatine et les éléments solubles dans l'alcool. C'est donc aux autres constituants du bouillon, encore peu connus, que revient l'action précédente.

En poursuivant mes recherches, j'ai trouvé que l'on ne peut attribuer le phénomène à une accumulation des leucocytes dans la rate ni dans le foie. Peut-être s'agit-il d'une stase dans les capillaires; mais l'explication échappe jusqu'ici.

Agents physiques et bactéries.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — Nous avons étudié l'action de l'acide carbonique sous pression sur le bacille pyocyanique et vu que cet agent détruit les cultures en bouillon après dix heures. Suivant nos recherches, il s'agit plus d'une action toxique que du simple rôle de la pression.

De même l'ozone pur en cinq minutes affaiblit considérablement la fonction chromogène, sans la détruire complètement. Il est à peine besoin de faire remarquer combien ce bacille à pouvoir chromogène se présente ici dans des conditions favorables pour permettre d'apprécier les résultats.

L'action des grands froids est aussi à retenir. Une température de — 110° tue le ferment inversif, comme nous l'avons constaté déjà antérieurement et comme Pictet l'a confirmé récemment.

Toxicité du sang.

MM. Leclainche et **Rémond** (de Metz). — Nous avons injecté au lapin gris du sang de diverses espèces animales; nous employons le sérum, ou le sang défibriné, ou le caillot fragmenté et filtré. La toxicité du sang est très variable suivant les animaux. Ainsi, représentée par 119 chez le cheval, elle correspond aux chiffres 80 chez le lapin, et 22 chez la vache. Le caillot est beaucoup plus toxique ; 26 chez le cheval, 5 chez le chien. Le contraire a lieu avec le sang défibriné. La toxicité augmente considérablement au moment des réactions fébriles; elle diminue au contraire dans certains états cachectiques.

M. Hayem. — J'ai fait dès longtemps des expériences et des constatations analogues. Mais je pense que l'expression de toxicité traduit mal l'essence du phénomène. Suivant les cas, il se produit des caillots par précipitation ou des coagulations en masse. Celles-ci peuvent par exemple oblitérer les cavités droites et l'artère pulmonaire. Aussi la cyanose et

l'asphyxie sont extrêmes et rapides. Lorsqu'on injecte du sang de cheval au chien, il se produit seulement des précipitations parcellaires, et l'on observe des accidents moins graves, hémoglobinurie, purpura. A mon sens, les propriétés dites toxiques du sang complet, du caillot, du sérum, tiennent à des actions fermentatives qu'une température de 56° empêche de se manifester.

Nutrition bactérienne.

MM. Charrin et **Dissart**. — Le bacille pyocyanique n'a pas d'exigences nutritives étroites. Il se développe bien ou à peu près dans des milieux contenant des peptones, de l'albumine, de l'urée, de l'asparagine, du glycose, du glycogène, des acides lactique et acétique. La fonction chromogène dans ces conditions se manifeste bien. Il est à remarquer cependant que les cultures en milieux azotés sont plus virulentes que les cultures en milieux hydrocarbonés.

Concentration du sang dans le poumon.

M. Dastre. — On sait dès longtemps que l'air expiré élimine de l'eau et l'on en a déduit que le sang de l'artère pulmonaire perd de l'eau dans le parenchyme pulmonaire pour se concentrer dans les veines efférentes. J'ai repris ce point; et, au lieu d'ouvrir la poitrine pour ponctionner directement l'artère pulmonaire, j'ai pratiqué le cathétérisme du cœur droit pour éviter le refroidissement et les variations tenant à l'évaporation. Pour faire la comparaison, les deux espèces de sang étaient recueillies dans des cuvettes à fond plat et large, une mince couche de sang se desséchant plus vite. Dans la majorité des cas, on éprouve en effet que le sang des veines pulmonaires a perdu de l'eau. Mais on peut noter l'effet inverse ou l'état d'équilibre. Il faut admettre dans ces cas que le sang en traversant le poumon livre à l'air alvéolaire un peu d'eau, mais en reprend à la lymphe et aux liquides interstitiels pour faire la compensation.

M. Malassez. — J'ai fait autrefois des numérations globulaires des deux espèces de sang, et constaté en effet que le sang des veines pulmonaires n'était pas concentré. Peut-être faut-il admettre que dans certains cas l'air inspiré se sature de vapeur d'eau dans l'arbre bronchique et peut en perdre au niveau des alvéoles.

M. Camus décrit des anomalies du canal thoracique chez le chien, en particulier une bifurcation se faisant assez bas, avec abouchement bilatéral au cou.

M. Contejean, pour étudier l'action des sucs gastriques sur des organes pourvus de leur circulation physiologique, a pratiqué une hernie gastrique d'une portion de duodénum. L'opération a été bien supportée.

M. Modinos a pu mélanger à l'urine des substances toxiques telles que la strychnine sans constater de changement dans la valeur toxique des composants du mélange.

M. Arthus est nommé membre titulaire de la Société.

J. Girode.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 20 *décembre* 1893.

Présidence de M. Cordier.

Fracture du fémur avec interposition musculaire entre les fragments. Intervention immédiate.

M. Auguste Pollosson présente un malade qui avait fait une chute de 13 mètres le 10 juillet et qui s'était fracturé le fémur. On put constater une mobilité extrême et une absence absolue de crépitation osseuse, ce qui fit penser à une interposition musculaire entre les fragments. Aussi le 29 juillet M. Pollosson se décida à pratiquer une intervention et effectivement il put constater qu'il y avait une interposition musculaire. Après avoir réséqué les extrémités de chacun des fragments, il put faire une coaptation et ne jugea pas utile de recourir à une suture osseuse. Au mois de septembre la consolidation était parfaite. Actuellement le malade marche, mais il a un peu d'ankylose du genou.

M. Gangolphe dit qu'il a eu l'occasion d'intervenir également d'une façon très précoce dans de graves traumatismes, tels que des broiements et après avoir enlevé des portions assez étendues de différents os il a pratiqué la suture; il a toujours eu de bons résultats.

En réponse à une question de M. Horand, relative à la nature de l'ankylose, **M. Vallas** rappelle que Reyer de Dorpat a démontré que l'immobilisation d'articulations saines ne produit jamais d'ankylose.

Sarcome primitif de la plèvre.

M. Dumarest, interne des hôpitaux, présente une tumeur du poids de 3 k. 600 gr. développée aux dépens de la plèvre et ayant envahi la paroi thoracique. Cette tumeur provenait d'un malade du service de M. Gangolphe. Elle avait détruit complètement la moitié du diaphragme. Le poumon était enclavé dans la tumeur et détruit aux deux tiers. Il n'y avait aucune autre lésion viscérale. Au point de vue symptomatique, le malade avait présenté: 1° une dyspnée très douloureuse aboutissant à l'asphyxie, sans signes d'auscultation; 2° l'absence de toute cachexie; 3° une apyrexie constante; 4° de l'œdème des parois thoraciques; 5° un épanchement hématique.

Le diagnostic avait été pleurésie symptomatique d'une tumeur du foie.

Il n'y avait de ganglions ni dans l'aisselle, ni dans le creux sus-claviculaire.

M. Lépine s'élève contre l'idée émise par certains auteurs que les épanchements hématiques sont toujours symptomatiques de cancers ou de tuberculose. Il a vu en 1887 un malade qui présenta un épanchement tellement hématique que l'on compta dans le liquide 2,500,000 globules par millimètre cube; or ce malade a complètement guéri.

Traitement de la tuberculose expérimentale.

M. Destot met sous les yeux de la Société des poumons de lapins farcis de tuberculose, d'autres où les lésions sont très discrètes, et d'autres qui sont absolument indemnes. Les premiers proviennent d'animaux inoculés de tuberculose et servant de témoins, les autres d'animaux inoculés et traités par une méthode que l'auteur se réserve de faire connaître et dont l'agent principal est un sel de plomb.

Chondro-sarcome de l'épaule.

M. Roux, interne des hôpitaux, présente une tumeur d'un volume considérable développée en quelques semaines chez un jeune homme dans la région de l'épaule. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un chondro-sarcome.

M. Auguste Pollosson, dans le service duquel était ce malade, a pensé qu'en raison de l'extrême malignité de cette tumeur, il y avait lieu de tenter des greffes chez le lapin. Il a pratiqué avec M. L. Dor, il y a plus d'un mois, une greffe intra-péritonéale d'un fragment du volume d'un petit œuf qu'il venait de prendre sur le malade. Actuellement le fragment greffé est encore gros comme une noix, mais il est manifeste qu'il n'a aucune tendance à augmenter de volume; il se résorbe lentement.

Conservation des cadavres d'animaux ayant absorbé du diaphtol.

M. Guinard met sous les yeux de la Société le cadavre d'un lapin auquel il avait fait absorber du diaphtol et qui a succombé il y a plus d'un mois. Ce cadavre est encore en parfait état de conservation.

L. Dor.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 13 *décembre* 1893.

Tumeur congénitale du cou.

M. Schimmelbusch présente un enfant de 3 semaines qu'il a opéré le jour même de sa naissance d'une tumeur congénitale du cou.

L'enfant en question est venu au monde avec une cyanose extrême et une tumeur volumineuse de la partie antérieure du cou. La tumeur, qui s'étendait de la mâchoire jusqu'au sternum, était irrégulière, lobulée, et entourait le larynx et la trachée qu'elle comprimait en donnant lieu à une dyspnée intense. La respiration s'améliorait quand on tirait la tumeur en avant. Dans ces conditions M. Schimmelbusch n'hésita pas à enlever la tumeur. L'opération réussit fort bien; les suites opératoires furent simples et l'enfant guérit rapidement.

L'examen de la tumeur, qui avait les dimensions d'un œuf de poule, montra qu'elle se composait d'une substance fondamentale fibreuse farcie de petits kystes et de noyaux cartilagineux. Il s'agissait donc d'un de ces goîtres congénitaux décrits par Virchow.

M. Virchow ne trouve pas que la tumeur en question soit une strume, puisque comme structure elle ne renferme pas d'éléments de la glande thyroïde. Il s'agit peut-être là d'une tumeur du médiastin qui s'est développée aux dépens des éléments bronchiques.

Troubles trophiques dans une jambe amputée.

M. Hansemann présente les pièces anatomiques d'un individu de 70 ans succombé à une bronchite. Le moignon de sa jambe droite, amputée il y a quelques années, présente des troubles trophiques analogues à ceux que produit la lèpre mutilante. Mais comme le malade en question n'avait nullement la lèpre, il faut admettre que ces troubles trophiques sont d'origine nerveuse.

Fibromes multiples de l'utérus et carcinome alvéolaire du péritoine.

M. Pick. — Il s'agit d'une femme de 46 ans qui depuis 3 ans était sujette à des métrorrhagies et à des troubles du côté du bassin. Après l'examen de la malade on fit le diagnostic de myome utérin. L'opération fut à ce moment refusée.

La malade ne revint qu'au bout de trois ans, dans un état déplorable : cyanose et dyspnée, ascite et œdème des membres inférieurs, etc. Dans le ventre on sentait une tumeur des dimensions de deux poings, et au niveau de l'utérus un myome des dimensions d'une tête d'enfant, les deux tumeurs indépendantes l'une de l'autre.

L'opération confirma le diagnostic et montra qu'il s'agissait d'un myome volumineux de l'utérus.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoula 8 litres d'un liquide sanguinolent. Le bord libre du grand épiploon était occupé par une tumeur qu'on enleva après l'avoir séparée de ses adhérences; puis, tout ayant été terminé de ce côté, on enleva l'utérus avec ses annexes. Suture de la plaie. Guérison opératoire rapide.

Ce cas est donc intéressant par la coexistence des deux tumeurs fort différentes et par le siège de la tumeur cancéreuse.

M. Virchow, qui a examiné les pièces, n'a pas trouvé d'éléments cancéreux dans l'utérus. Il ne croit pourtant pas qu'il s'agisse là d'un carcinome primitif du péritoine; le foyer primitif se trouve peut-être quelque part dans le tube digestif ou ses annexes.

Traitement opératoire des annexites.

M. Arendt a fait 27 salpingo-oophorectomies sans une seule mort opératoire. Deux opérées ont succombé, l'une à une tuberculose généralisée, l'autre à une maladie intercurrente.

Le plus souvent, il s'agissait dans ces cas d'une infection gonorrhéique. La tumeur formée par les collections était toujours appréciable au toucher, mais, à l'opération, on trouvait que la tumeur était moins volumineuse que ne le faisait supposer la palpation. Au point de vue opératoire, M. Arendt préconise la petite incision. Après l'opération, il suit la pratique des chirurgiens qui purgent les laparotomisés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE MUNICH

Séance du 8 novembre 1893.

Rhabdomyome du bras.

M. Sittmann présente un homme de 60 ans porteur, depuis 42 ans, d'un rhabdomyome au bras droit. La tumeur survenue après un traumatisme est située sur la face externe du biceps auquel est elle reliée par un pédicule étroit et recouverte par la peau normale. Ce qui montre que la tumeur est composée de fibres musculaires striées, c'est qu'elle se contracte sous l'influence de la volonté et à l'excitation directe ou indirecte.

Il n'existe dans la littérature que deux cas analogues publiés par v. Biehl.

Chirurgie de l'oreille.

M. Grunwald rapporte deux cas d'extraction des osselets de l'oreille interne, pour otorrhée fétide par carie, et présente ensuite trois malades auxquels il avait fait la trépanation de l'apophyse mastoïde pour carie. Chez tous ces malades on fut obligé de réséquer la paroi postérieure du conduit auditif.

Lymphomes malins.

M. Grunwald a observé deux cas de lymphome malin. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 45 ans venue pour un sarcome primitif inopérable de l'amygdale gauche. A la place de l'amygdale, on voyait une tumeur lobulée grosse comme une noix, recouverte par la muqueuse normale sur laquelle se dessinaient des vaisseaux assez volumineux. La tumeur qui distendait fortement la loge amygdalienne paraissait se continuer en dehors avec une tumeur ganglionnaire qui s'étendait de l'oreille jusqu'à la région sous-maxillaire.

Comme il ne pouvait être question d'opération, on fit dans la tumeur et les ganglions lymphatiques des injections d'arsenic qui eurent pour résultat d'amener une diminution temporaire de la tumeur. Plus tard, des tumeurs ganglionnaires se formèrent au-dessus des deux clavicules dans les aisselles et les aines. La mort survint par épuisement.

A l'autopsie, on ne trouva pas de métastases viscérales, et l'examen microscopique de la tumeur amygdalienne montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules.

Le second cas se rapporte à une fillette de 10 ans qui est entrée à l'hôpital pour une tumeur ganglionnaire énorme qui occupait principalement le côté gauche du cou en s'étendant du maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule en passant en avant jusqu'au sterno-mastoïdien droit, en arrière jusqu'à la colonne cervicale. D'après la mère, la tumeur a notablement augmenté après que l'on eut fait plusieurs injections de tuberculine.

A côté de cette tumeur qui avait les dimensions de deux poings d'adulte, on en trouvait une autre grosse comme un œuf de pigeon dans l'oreille gauche; la rate était manifestement hypertrophiée et pouvait être sentie sous les fausses côtes.

L'examen du sang donna des résultats négatifs. La température, d'habitude normale, monta à plusieurs reprises le soir à 39°. L'enfant succomba à l'épuisement.

A l'autopsie, on trouva les ganglions cervicaux, axillaires, bronchiques et mésentériques transformés en tumeurs. La rate était hypertrophiée, friable, farcie de nodules rouges et blancs. Les poumons et l'intestin étaient intacts.

Sur la coupe, les ganglions lymphatiques présentaient tous les signes de dégénérescence caséeuse. Sous le microscope, on ne trouva pas de bacilles tuberculeux, mais il existait des tubercules typiques avec cellules géantes et cellules épithélioïdes.

Malgré l'absence des bacilles, M. Grunwald croit que dans ce cas, comme dans ceux de Wætzoldt, Askanozy, Brentano et Langl, Fischer et autres, le lymphome malin était d'origine tuberculeuse.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE.

Séance du 7 décembre 1893.

Trouble de la vision centrale.

M. Brailey. — Chez un homme de 57 ans, bien portant, la vue de l'œil gauche commença à s'affaiblir en 1884 et celle de l'œil droit fit de même en 1886. Au bout de deux ans, la vision centrale de la forme et de la couleur était absolument

perdue dans le premier œil; il n'existait plus que la vision excentrique diminuée. A l'ophthalmoscope on constatait de la dégénérescence rétinienne avec une atrophie chorio-papillaire. L'œil droit avait un scotome central absolu et sa vision excentrique était diminuée; ses lésions visibles à l'ophthalmoscope étaient les mêmes, mais moins prononcées que celles de l'œil gauche.

Néoplasmes intra-oculaires.

M. Collins. — Je viens d'observer quelques cas peu ordinaires de néoplasmes intra-oculaires. J'ai enlevé chez une femme de 63 ans un sarcome mélanique du corps ciliaire. Dans un autre cas j'ai trouvé une tumeur du corps ciliaire à structure glandulaire. Enfin, j'ai observé chez le frère et la sœur les deux yeux atteints d'une néoproduction vasculaire probablement de la nature d'un nævus capillaire d'origine rétinienne. Chez le frère la vue commença à baisser à l'âge de 20 ans et en un an il devint complètement aveugle; on fit l'énucléation des yeux en raison de la douleur et de la tension dont ils étaient le siège. Chez la sœur la vue commença à baisser vers l'âge de 10 ou 11 ans et aboutit à la cécité complète en un an. Ce ne fut que 13 ans plus tard que les yeux devinrent douloureux et qu'on dut en faire l'énucléation. J'ai pu examiner les yeux du frère; la rétine était complètement décollée, sauf en un point; les veines étaient énormément dilatées et leurs parois étaient épaissies. Dans les yeux de la sœur je ne pus retrouver ni iris, ni cristallin, ni rétine; il y avait une vaste cavité à l'intérieur de chaque œil et des plaques osseuses s'étaient formées à la face interne de la choroïde.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 19 *décembre* 1893.

Diphthérie de l'estomac.

M. Fenwick. — Un enfant de 3 ans entra à l'hôpital pour une dyspnée intense; l'examen de la gorge ne révélait aucune fausse membrane; l'anorexie était complète et quand on introduisait des aliments par la sonde il y avait invariablement des vomissements qui ne contenaient aucune trace d'acide chlorhydrique. On fit la laparotomie et le malade mourut le lendemain. A l'autopsie on trouva une laryngite diphthérique primitive avec des fausses membranes se propageant dans les plus fines ramifications bronchiques. L'estomac était entièrement tapissé par une fausse membrane qui se prolongeait jusque dans le pylore. La diphthérie de l'estomac est rare et se rencontre presque exclusivement chez les enfants qui ont de la diphthérie du pharynx.

M. Shattock. — J'ai observé un cas semblable dans lequel une vaste fausse membrane tapissait tout l'estomac, bien qu'il n'y en eût aucune trace au niveau de l'œsophage ou du pharynx.

Kyste dermoïde de la face.

M. Bowlby. — Un enfant présentait à la joue une petite marque qui n'attira aucunement l'attention jusqu'à ce que l'enfant eût 5 ou 6 mois. A ce moment la tumeur occupait le voisinage du nez, un peu au-dessous de l'œil; une dent apparut alors à sa partie supérieure, ne présentant, du reste, aucune connexion avec le maxillaire supérieur. Quand l'enfant fut âgé de 5 ans, on enleva cette tumeur qui consistait en une petite portion de peau entourant une petite masse analogue à une gencive et de laquelle émergeait une dent à forme d'incisive. Au-dessous de cette dent qui était apparente, s'en trouvait une autre cachée, représentant la dent permanente correspondante. On sait que les dents sont rares dans les kystes dermoïdes superficiels.

Tumeur du larynx.

M. Semon. — Un homme de 44 ans présentait une tumeur du larynx ayant pour siège le repli aryténo-épiglottique gauche et présentant toutes les apparences d'un angiome. On l'enleva au galvano-cautère et on vit qu'il s'agissait d'un papillome entouré d'une sorte de capsule constituée par un caillot en partie organisé. J'attire votre attention sur le siège tout à fait anormal de cette tumeur, sur ce fait que ce papillome avait une structure bien plus analogue à celle des papillomes de la vessie qu'à celle des mêmes tumeurs des voies respiratoires supérieures et enfin sur ce fait unique d'hémorrhagies spontanées ayant formé une capsule à la tumeur. Quatre mois après l'opération, cette tumeur récidiva et devint plus grosse que la première. On l'enleva de nouveau au galvano-cautère et un examen microscopique montra qu'elle était de nature maligne; en conséquence, on fit la pharyngotomie sous-hyoïdienne et on excisa la néoformation. Il y eut une hémorrhagie secondaire; cependant le malade alla bien jusqu'au soir du troisième jour; le malade devint alors brusquement inconscient, il eut de la fièvre, du coma, de la respiration Cheyne-Stokes. Il mourut quatre jours après l'opération. A l'autopsie on trouva un œdème et une congestion intense du cerveau. La tumeur était, comme la première, un papillome entouré d'un caillot; la tumeur, du reste, se prolongeait dans la profondeur des tissus du larynx sous forme d'un carcinome. Cette tumeur devait avoir pour point de départ les glandes de la muqueuse. C'est la première fois qu'une tumeur papillomateuse du larynx revêt l'aspect d'un angiome pédiculé. Il est absolument évident que dans ce cas la tumeur était maligne d'emblée; le néoplasme avait dû commencer dans la profondeur et les productions papillaires n'en représentaient que des manifestations extérieures.

M. Brown. — Le premier papillome ne me paraît aucunement avoir été de nature maligne; je crois qu'il s'agissait d'une tumeur primitivement bénigne, devenue maligne par suite de l'irritation causée par le galvano-cautère. Je crois que cette transformation d'une tumeur bénigne en une tumeur maligne n'est pas fréquente. Il est certain que cette transformation est possible si on admet l'origine microbienne du cancer; il suffit alors en effet qu'il y ait une excoriation pour qu'un cancer puisse se produire. Cela prouve que dans certaines tumeurs bénignes du larynx, il vaut mieux se garder des instruments dont l'usage peut entraîner une irritation.

M. Bowlby. — Cette tumeur est un carcinome villeux.

Abcès en connexion avec l'œsophage.

M. Rolleston. — Je viens d'observer trois cas d'abcès en connexion avec l'œsophage. Dans le premier, l'abcès était localisé en dehors de l'œsophage, du côté droit; il s'ouvrait dans l'œsophage et il entraîna la mort par ulcération de l'artère thyroïdienne inférieure. Cet abcès existait chez une femme de 30 ans; je ne pus en déterminer la cause. Dans le deuxième cas, il survint une suppuration autour d'un rétrécissement siégeant à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de l'œsophage. Ce rétrécissement paraît être dû à l'ingestion d'un corrosif survenue il y a 33 ans; il se forma un abcès gangréneux du médiastin postérieur; la tunique musculaire de l'œsophage était en partie détruite et en partie adhérente à la paroi externe de l'abcès; la suppuration avait commencé dans la sous-muqueuse. Cet abcès se rompit dans la plèvre gauche et occasionna un pyo-pneumothorax. Le troisième cas a trait à une suppuration du médiastin postérieur, autour du tiers inférieur de l'œsophage. La cavité de l'abcès communiquait avec l'œsophage, immédiatement au-dessus du diaphragme; il s'ouvrit dans la plèvre gauche; les symptômes du pyo-pneumothorax apparurent brusquement à l'occasion d'un effort et la mort survint très vite. On ne trouva aucune trace de cancer de l'œsophage.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 22 *décembre* 1893.

Pneumaturie.

M. Schnitzler est parvenu à provoquer la pneumaturie chez des lapins rendus diabétiques par l'administration de la phlorizide, et auxquels il injectait dans la vessie des cultures de coli bacille. Dernièrement, il a eu l'occasion d'observer une femme non diabétique, atteinte de pneumaturie et chez laquelle l'urine examinée bactériologiquement contenait une culture pure de coli bacille.

De nouvelles expériences faites avec le coli bacille ont alors montré à M. Schnitzler que si ce microbe est injecté dans une vessie saine, il provoque de la cystite; mais si l'injection est faite dans la vessie d'un animal rendu préalablement diabétique par la phlorizine, on observe alors de la pneumaturie.

Gastrostomie.

M. v. Hacker a présenté un malade auquel il avait fait la gastrostomie pour carcinome de l'œsophage, d'après son procédé personnel, en formant un sphincter avec le muscle droit et l'abdomen. Bien que dans ce cas la canule à ballon fût remplacée par un simple tube à drainage, le sphincter artificiel fonctionne fort bien.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PEST

Séance du 18 *novembre* 1893.

Etranglement interne.

M. Minich a rapporté un cas d'étranglement interne chez un garçon de 18 ans entré à l'hôpital pour une pleurésie purulente droite, et succombé en 24 heures avec des vomissements et phénomènes de collapsus. A l'autopsie, on trouva un diverticule de Meckel long de 10 centim. qui était fixé au péritoine pariétal par une bride de 8 centim. de longueur.

Atrésie congénitale de l'intestin grêle.

M. Minich. — Il s'agit d'un enfant de 3 jours, à l'autopsie duquel on trouva le jéjunum long de 43 centim., se terminer en cul-de-sac et se continuer sur une étendue de 23 centim., par un cordon large de 2 millim. et présentant une série de dilatations ampullaires alternant avec du rétrécissement. Il s'agissait donc là d'atrésies congénitales multiples. La présence du méconium dans la partie supérieure de l'intestin doit faire penser que l'intestin était au début perméable et que le volvulus a dû se produire vers le 4e mois de la vie fœtale.

VARIÉTÉS

Questions d'assistance publique. — Le nombre des vieillards, hommes et femmes, admis dans les établissements hospitaliers de Paris devient chaque jour plus considérable. Il en résulte que beaucoup attendent indéfiniment une place dans les hôpitaux. M. Clairin vient en conséquence demander au *Conseil municipal* que les vieillards puissent être envoyés avec leur consentement dans les asiles des départements qui leur conviendront le mieux. Le Conseil, estimant que cette mesure aurait pour effet d'alléger les finances de la ville, a renvoyé la proposition de M. Clairin à la commission d'assistance publique.

Le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine ont donné, depuis quelques années, un grand développement aux œuvres d'assistance maternelle et particulièrement aux services des accouchements hospitaliers et de l'allaitement. Pour que cette organisation soit complète, M. Paul Strauss propose de traiter les femmes enceintes, suivant l'expression de MM. Tarnier, Budin et Pinard, comme d'intéressantes malades et de mettre à la disposition des bureaux de bienfaisance un crédit de 100,000 francs qui sera désigné sous le titre de « Secours de grossesse aux femmes enceintes ». La proposition est renvoyée à la commission compétente.

Au Conseil général de la Seine, M. Strauss a présenté au nom de la 3e commission son rapport sur le *budget spécial des enfants assistés.*

Après avoir rappelé très brièvement les différents projets de loi, dont le Parlement est saisi, spécialement en ce qui concerne les enfants assistés et l'assistance maternelle, M. Paul Strauss fait observer que la ville de Paris n'a pas attendu le vote de la loi pour fonder des asiles pour les femmes enceintes et qu'une proposition a été déposée en vue de diminuer les abandons par la création d'un asile temporaire pour les enfants sevrés. L'orateur fait ensuite connaître le résultat des efforts tentés en vue de donner une plus grande extension aux secours préventifs d'abandon, secours d'allaitement, pour lesquels un subside de 100,000 francs a été alloué aux bureaux de bienfaisance.

C'est ainsi qu'en janvier 1892, 2,825 femmes, en janvier 1893, 2,079 femmes ont été secourues.

Pour les enfants, 8,145 ont été secourus en janvier 1892 et 8,791 en novembre 1893. La moyenne des secours s'est élevée de 2 fr. 30 à 9 fr. 80.

Un secours de 20,000 francs a été attribué aux bureaux de bienfaisance de la banlieue pour venir en aide aux enfants orphelins de père ou de mère.

En résumé, M. Paul Strauss constate pour la première fois en 1893 une diminution dans le nombre des enfants abandonnés. Des résultats considérables ont été obtenus au point de vue de l'hygiène dans l'hospice dépositaire. Ainsi la diphthérie a complètement disparu de cet établissement.

La population des enfants assistés, qui était de 25,969 en 1878, est actuellement de 34,000.

Plusieurs observations sont présentées à M. Paul Strauss, par M. Stanislas Leven au sujet de l'allaitement artificiel et par M. Deschamps qui constate que le directeur de l'Assistance publique a tenu compte de ses observations sur le service intérieur des enfants assistés. M. Deschamps a demandé en particulier qu'un plus grand nombre d'enfants en nourrice fussent envoyés dans les stations situées au bord de la mer chez des familles de pêcheurs.

Les familles d'ouvriers parisiens consentiraient volontiers à payer un franc par jour pour assurer ainsi la santé de leurs enfants.

D'autre part, M. Deschamps demande que les enfants soient astreints, dans une mesure raisonnable, au travail, l'agent moralisateur par excellence. « Les journées passées à ne rien faire, dit-il, coûtent plus de 40,000 francs à l'Assistance publique. »

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, constate que des progrès sérieux ont été accomplis cette année. Mais il est indispensable, ajoute-t-il, de lutter et d'organiser sur des bases solides le travail dans les dépôts. Quant aux enfants malades, il faudra d'abord s'assurer que le placement au bord de la mer leur sera favorable.

Finalement, M Paul Strauss fait adopter un projet de vœu demandant que le Parlement veuille bien adopter le plus promptement possible les projet de loi préparés par le conseil supérieur de l'Assistance publique sur les enfants assistés et sur l'assistance maternelle.

Institut médico-légal. — Les dépenses du service de la Morgue sont rapportées par M. Alpy. A ce sujet, M. Stanislas Leven, qui considère ce service comme étant d'ordre essentiellement municipal, dépose une proposition tendant à inviter l'administration à présenter, dans la prochaine session, un mémoire fixant le contingent de la subvention à fournir par le département pour le fonctionnement de la Morgue.

M. Alpy présente ensuite, au nom de la 7e commission, un rapport sur le projet de création, à Paris, d'un « Institut médico-légal » dont le principe a été approuvé par le Conseil général en 1891.

M. Alpy rappelle qu'il s'agit de créer un établissement destiné à contenir, dans les meilleures conditions d'organisation, la réunion de deux services : celui des autopsies et expertises judiciaires, et celui de l'enseignement de la médecine légale, qui sont actuellement installés d'une manière défectueuse et provisoire, partie à la Morgue et partie à la Préfecture de police.

M. Bassinet combat ces conclusions ; il demande au Conseil de revenir sur son vote de 1891. A son avis, il s'agit d'une création qui n'intéresse que l'État et pour laquelle on veut faire supporter la plus lourde charge au département. En outre, le projet est insuffisamment étudié : sur quel crédit prendra-t-on la dépense qui s'élèvera à près d'un million ?

Par 46 voix contre 21 sur 67 votants, le Conseil décide qu'il ne passera pas à la discussion des articles.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.